Informazioni su questo libro

Si tratta della copia digitale di un libro che per generazioni è stato conservata negli scaffali di una biblioteca prima di essere digitalizzato da Google nell'ambito del progetto volto a rendere disponibili online i libri di tutto il mondo.

Ha sopravvissuto abbastanza per non essere più protetto dai diritti di copyright e diventare di pubblico dominio. Un libro di pubblico dominio è un libro che non è mai stato protetto dal copyright o i cui termini legali di copyright sono scaduti. La classificazione di un libro come di pubblico dominio può variare da paese a paese. I libri di pubblico dominio sono l'anello di congiunzione con il passato, rappresentano un patrimonio storico, culturale e di conoscenza spesso difficile da scoprire.

Commenti, note e altre annotazioni a margine presenti nel volume originale compariranno in questo file, come testimonianza del lungo viaggio percorso dal libro, dall'editore originale alla biblioteca, per giungere fino a te.

Linee guide per l'utilizzo

Google è orgoglioso di essere il partner delle biblioteche per digitalizzare i materiali di pubblico dominio e renderli universalmente disponibili. I libri di pubblico dominio appartengono al pubblico e noi ne siamo solamente i custodi. Tuttavia questo lavoro è oneroso, pertanto, per poter continuare ad offrire questo servizio abbiamo preso alcune iniziative per impedire l'utilizzo illecito da parte di soggetti commerciali, compresa l'imposizione di restrizioni sull'invio di query automatizzate.

Inoltre ti chiediamo di:

+ *Non fare un uso commerciale di questi file* Abbiamo concepito Google Ricerca Libri per l'uso da parte dei singoli utenti privati e ti chiediamo di utilizzare questi file per uso personale e non a fini commerciali.

+ *Non inviare query automatizzate* Non inviare a Google query automatizzate di alcun tipo. Se stai effettuando delle ricerche nel campo della traduzione automatica, del riconoscimento ottico dei caratteri (OCR) o in altri campi dove necessiti di utilizzare grandi quantità di testo, ti invitiamo a contattarci. Incoraggiamo l'uso dei materiali di pubblico dominio per questi scopi e potremmo esserti di aiuto.

+ *Conserva la filigrana* La "filigrana" (watermark) di Google che compare in ciascun file è essenziale per informare gli utenti su questo progetto e aiutarli a trovare materiali aggiuntivi tramite Google Ricerca Libri. Non rimuoverla.

+ *Fanne un uso legale* Indipendentemente dall'utilizzo che ne farai, ricordati che è tua responsabilità accertati di farne un uso legale. Non dare per scontato che, poiché un libro è di pubblico dominio per gli utenti degli Stati Uniti, sia di pubblico dominio anche per gli utenti di altri paesi. I criteri che stabiliscono se un libro è protetto da copyright variano da Paese a Paese e non possiamo offrire indicazioni se un determinato uso del libro è consentito. Non dare per scontato che poiché un libro compare in Google Ricerca Libri ciò significhi che può essere utilizzato in qualsiasi modo e in qualsiasi Paese del mondo. Le sanzioni per le violazioni del copyright possono essere molto severe.

Informazioni su Google Ricerca Libri

La missione di Google è organizzare le informazioni a livello mondiale e renderle universalmente accessibili e fruibili. Google Ricerca Libri aiuta i lettori a scoprire i libri di tutto il mondo e consente ad autori ed editori di raggiungere un pubblico più ampio. Puoi effettuare una ricerca sul Web nell'intero testo di questo libro da `http://books.google.com`

This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Y 24.

TAYLOR INSTITUTIO

BEQUEATHED

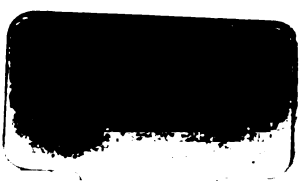
TO THE UNIVERS

BY

ROBERT FINCH, M.

OF BALLIOL COLLEGE.

1601 E. 88



Y 24.

TAYLOR INSTITUTION.

BEQUEATHED

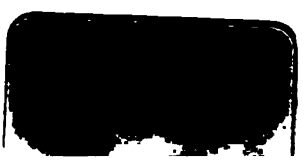
TO THE UNIVERSITY

BY

ROBERT FINCH, M. A.

OF BALLIOL COLLEGE.

1601 e. 88



600030004D

Al Nobil Uomo Sig. Roberto Din
In attestato di profonda stim
L'autore

ELEMENTI
DI CHIRURGIA

DI FILIPPO LEONARDI

CHIRURGO PRIMARIO, E LETTORE DI ANATOMIA E CHIRURGIA NELL' ARCHIOSPEDALE DEL SS. SALVATORE AD SANCTA SANCTORUM.

TOMO PRIMO

CHIRURGIA MEDICA

SEZIONE PRIMA

MALATTIE GENERALI;

IN ROMA MDCCCXIV.
Presso Crispino Puccinelli Stampatore in Via della Valle num. 53.

Col permesso de' Superiori,

ALLA SANTITA' DI N. S.

PAPA PIO VII.

FELICEMENTE REGNANTE

BEATISSIMO PADRE.

Concorrono i più sacri titoli di riconoscenza, e di dovere a rendere non solamente scusabile il mio ardimento, ma necessario ancora, nell'offerire, che fo alla SANTITA' VOSTRA questo mio tenue lavoro, men-

tre in mezzo alle paterne cure laboriosissime, per il ristabilimento di un ripristinato Governo, dovrei starmene muto ammiratore delle grandi Operazioni, delle quali è anima, e vita la grandezza, ed incessante providenza della SANTITA' VOSTRA medesima. Ma siccome l' oggetto principale delle anzidette paterne sollecitudini è il sollievo dei vostri amatissimi Sudditi dalle spirituali, e temporali calamità, come potrei fare a meno, di non offerirle un lavoro, che tende all' istruzione dei Giovani, i quali vogliono profittare nell'arte salutare, per iscemare quanto si può le miserie corporali degli Uomini, lavoro, che non si sarebbe intrapreso, se la SANTITA' VOSTRA non si fosse degnata di prescegliermi ad insegnare questo ramo delle mediche cognizioni? Ed ecco, che il mio

ardimento, figlio della Riconoscenza, e del Dovere, non potrà non incontrare il gradimento, e degnazione della SANTITA' VOSTRA, tanto più, che un tale Augusto Nome in fronte dell'Opera la renderà più stimabile, e più gloriosa.

Vño, Devño, Fedño Suddito
Filippo Leonardi.

APPROVAZIONI.

In ossequio delli Ordini ricevuti ho letto, ed attentamente esaminato l'Opera intitolata *Chirurgia Medica*, che è divisa in due parti, cioè in Chirurgia Medica, ed in Chirurgia Operativa, compilata dall'Illustre Sig. Filippo Leonardi Chirurgo Primario, e Lettore nel Venerabile Archiospedale del Santissimo Salvatore in S. Giovanni in Laterano, il quale con indefessa fatica, ordine, e precisione, in detta opera ha riunito le antiche cognizioni, e le più recenti scoperte Chirurgiche; per cui sono di parere essere la sudetta opera utile alla facoltà Chirurgica, e massime alli Giovani Studenti, che si dedicano ad apprendere questo ramo dell'Arte salutare. E però parmi confacente a comun vantaggio la pubblicazione con la stampa di detta opera, nella quale non vi è nulla che offenda la Santa Religione Cattolica, nè i buoni costumi. In fede &c. Roma 2. Agosto 1814.

Giovanni della Rocca Chirurgo Primario, e Lettore nel Venerabile, ed Apostolico Archiospedale di Santo Spirito in Sassia.

Avendo di commissione attentamente percorso il primo Tomo dell'Opera del Sig. Filippo Leonardi, che ha per titolo *Chirurgia Medica*, e nulla avendo ritrovato, che si opponga alla S. Fede, al buon costume, e al rispetto dovuto a Principi, altronde sembrandomi utilissimo ai Studenti di Chirurgia, cui l'Autore deve istruire nel Ven. Archiospedale del Santissimo Salvatore in San Giovanni in Laterano, perchè così avendo le Istituzioni stampate, e le avranno più copiose, e non saranno soggetti a tanti errori, in cui cader sogliono simili persone nei scritti, che abbiano sotto la dettatura; e finalmente avranno agio maggiore ad occupare più utilmente il tempo della Scuola in conferenze, o spiegazioni più estese, stimo che meriti esser dato alla pubblica luce colla stampa, e che come sarà per ridondare in pubblico vantaggio, così ne acquisterà del credito l'Autore, e col render conti i suoi talenti, e col significare l'impegno, che ha di eseguire più puntualmente, e con maggior profitto l'impiego, che sostiene di Lettore in tal materia nel sudetto Archiospedale.

Roma questo dì 14. Agosto 1814.

Raffaele Canonico Bonomi Censore emerito dell'Accademia Teologica in Sapienza, e Lettore del medesimo Archiginnasio.

INTRODUZIONE.

Benchè in mezzo a tanta luce, dopo molte ingegnose ricerche, ed utilissime scoperte, per le quali chiarissimi Autori hanno dotato alla Repubblica Medica Opere di Chirurgia, che per l'acutezza, facilità, ed ordine degne sono di somma lode, sembrar potesse infruttuosa, e superflua la stampa di questi miei Elementi; pur nondimeno l'esatto adempimento dell' onorifico incarico affidatomi d'instruire nella teorica, e nella pratica della Chirurgia i Giovani studenti nel Ven. Archiospedale del SS. Salvatore *ad Sancta Sanctorum*, mi ha per se solo, non senza grave ragione, stimolato a darli alla luce, onde compiere nel breve spazio di tre anni l'intiero, e metodico corso di questa sì necessaria facoltà, e lucrare così il tempo inutile, e tedioso destinato allo scrivere, impiegandolo con miglior consiglio in ispiegazioni più diffuse, ed in vantaggiose ripetizioni.

I comandi altresì, e le paterne sollecitudini, e premure dell' Emo, e Rmo Sig. Card. Pignatelli vigilantissimo nostro Protettore tante volte dimostratemi, ed in ispecial modo poco prima della

di lui gloriosa deportazione da questa Città, sono per me un nuovo, e nobile impulso a far comparire al pubblico questa mia qualunque siasi produzione, (in ossequiosa riconoscenza de' tanti beneficj dalla prelodata E. S. benignamente compartitimi) il di cui vanto deesi intieramente all' influenza del suo valido patrocinio.

Prima di esporre il piano da me seguito in questa compendiosa Opera ragion vuole, che almen di volo, si parli di quest'Arte salutare, e dei requisiti richiesti in coloro, che ad essa voglionsi dedicare.

Questa parte adunque della Medicina, cui noi imprendiamo a trattare, che conoscesi col nome di Chirurgia, reca tanto grandi, e sicuri vantaggi all' umanità, quanto palpabili, ed evidenti sono i suoi effetti; tutte le malattie sono soggette all' ispezione oculare, chiari sono i metodi usati nelle medesime, e ciascuno è in grado di giudicare dell' effetto, ed efficacia dei rimedj, non meno che della cura praticata nel sanarle. E' sempre chiamato il Cerusico ne' casi, in cui gli sforzi della natura sono insufficienti, o inutili affatto a guarire l' infermità; quindi è che abbandonandosi a se stessa, o se ne ritarderebbe il bramato esito, o se ne impedirebbe del tutto la guarigione. Vanta finalmente la Chirurgia a preferenza degli altri rami della Medicina il singolar vantaggio di riconoscere assai sovente la vera cagione delle malattie, per lo che il Professore

è in istato di porvi il sicuro, ed opportuno riparo.

Per bene apprendere questa nobilissim' Arte, e conseguire la gloria, che si brama, volendo anche aspirare alla meta di essa, sono necessarie alcune qualità scientifiche, e debbonsi godere eziandio certe doti del corpo, e dell' animo. Le prime consistono nell' acquistar con diligenza la teorica, e pratica dell' arte stessa dopo avere appreso tutte le cognizioni preliminari, che si richieggono indispensabilmente. L' Anatomia, la Fisiologia, la Medicina teorica e pratica sono di necessità al Chirurgo, e distinguono il Professore dal Cerretano, e dall' ignorante.

Le doti del corpo, che sono propriamente doni della natura, senza di cui non si può esercitare questa professione, sono una vista chiara, ed acuta, ed una mano ferma, esigendosi l' operazione manuale. Quelle dell' animo debbono assolutamente essere una sagace prontezza, ed un coraggio tale, che sia capace a riflettere sul momento, onde prendere il più adattato, e conveniente partito ne' casi ardui, e dubbiosi, e quindi eseguire a sangue freddo, e con precisione le più grandi, e difficili operazioni, non praticandole senza una evidente necessità, giacchè l'abilità del Professore non si desume dal numero delle Operazioni, ch' eseguisce, ma bensì da quelle che ha bene eseguite, determinandovisi ne' casi

convenienti non ignorando le risorse della natura.

Che poi il posseder bene l' Anatomia pratica sia cosa necessaria al Chirurgo, si conosce assai chiaro dal riflettere, che quest' Arte è stata sempre nella sua infanzia, finchè non si è conosciuta l' Anatomia, che sù i Bruti soltanto, e fino a tanto che alcuni celebri Scrittori non hanno illustrato la mirabile struttura del corpo umano esaminandone minutamente le complicate sue parti. Ed infatti quanto vantaggio non ha recato lo sviluppo dell' Anatomia unito alle fisiologiche cognizioni all' Ostetricia, alle malattie degli Occhi, della Vescica, ed in somma a tutte quelle della grande Chirurgia?

Quest' Opera è divisa in *Chirurgia Medica*, ed in *Operatoria*. La prima parte della *Chirurgia Medica* comprende le malattie generali, che indistintamente possono attaccare tutte le parti del corpo umano, e sono l' Infiammazioni, e loro conseguenze, cioè Suppurazioni, e Cancrene, i Tumori di tutte specie, le soluzioni di continuità, vale a dire Ulceri, Ferite, e Fratture; finalmente le mutazioni di sito, come le Lussazioni, e le malattie dell' ossa, dell' articolazioni, e tutto questo conterrà il primo Tomo.

La seconda parte della *Chirurgia Medica* consiste in tutte le malattie locali, e queste verranno trattate secondo le regioni, che desse occupa-

no: si principierà dal capo, passando in seguito al collo, quindi ai mali del petto, ed addome, e in fine a quegli degli articoli: che è quanto racchiuderà il secondo Tomo.

L'ultima divisione di queste Istituzioni appartiene, come si è detto, all'*Operatoria*. Si parlerà adunque delle Operazioni secondo l'ordine delle regioni, nelle quali si praticano, servendomi dello stesso metodo usato nelle malattie locali. Tralascio in questo ultimo Tomo parlando delle operazioni sull'addome, di descrivere, e trattare di quelle, che appartengono alla Ostetricia, rimettendo gli studenti alla lettura di varie pregiatissime Opere sù tal ramo di quest'Arte utilissima.

Ho procurato riunire in quest'Opera tutti i più recenti, ed accreditati metodi di medicare, e le manualità più sperimentate, e sicure dirette da lume anatomico, per operare senza pericolo, e con felice successo.

IMPRIMATUR.

Candidus Maria Frattini Archiep. Philipp. Vicesg.

PARTE PRIMA
CHIRURGIA MEDICA

SEZIONE I.
MALATTIE GENERALI.

CAPO I.

INFIAMMAZIONE.

L'infiammazione è quella malattia, nella quale una parte del corpo umano esaltata nelle sue proprietà vitali diviene più o meno tumefatta, ed accompagnata da un certo sviluppo di calore, da un ravvivamento di colore, che forma un rosso a seconda del grado dell'infiammazione medesima, e finalmente da dolore, che qualche volta può dirsi piuttosto sensazione penosa. Questa locale alterazione di vitalità acquista diversi nomi secondo i varj luoghi, che occupa, denominandosi *Oftalmia* quella dell'occhio, *angina* quella della gola, *glossitide* quella della lingua etc.

La diversa sede, che prende l'infiammazione esterna, o chirurgica è una patente cagione per farla distinguere sotto questo rapporto in *erisipelacea*, *flemmonosa*, o *catarrale*. L'infiammazione erisipelacea limitasi soltanto alla superficie della cute, la flemmonosa arriva fino al tessuto cellulare, e la catarrale attacca le membrane mucose. Fassi un al-

tra divisione della infiammazione cioè in acuta e cronica, vera, o falsa, o come dicono i moderni stenica ed astenica. Il corso dell' acuta è ordinariamente più solleçito, ed i sintomi quantunque gravi sono meno allarmanti, ma la seconda rendesi di più lunga durata, i sintomi sebbene miti in apparenza producono effetti più terribili, ed il suo termine è spesso infelice. Noi non facciamo quì menzione di molte altre specie d'infiammazioni riconosciute da molti Autori p. e. la *metastatica*, la *gastrica*, la *biliosa* prodotte da una determinazione di un umore sopra di una data parte, da una saburra gastrica, o finalmente da un affezione del sistema bilioso. Queste infiammazioni o non esistono o possono ridursi alle divisioni già esposte. Le infiammazioni idiopatiche, e simpatiche, dette anche specifiche soltanto meritano di essere accennate rapporto alla cura che esigono. Noi vediamo l' infiammazione venerea persistere ad onta, che si siano esauriti tutt' i mezzi in genere adottati per l' infiammazione se non si amministrano degli antidoti necessarj contro la malattia generale, e lo stesso diciamo dell' erpetica, vajolosa, vaccinale &c.

Le cagioni dell' infiammazione possono essere distinte in remote, occasionali, e prossime. Tra le prime annoverasi il temperamento pletorico, la stagione fredda etc. Le cagioni occasionali poi sono molte. Vengono esse generalmente a ridursi ad una irritazione locale sia essa prodotta da una sostanza particolare applicata per un certo tempo sul nostro corpo, sia l' effetto di una violenza esterna, sia un disordine nelle sei cose non naturali da cui può risultare un accresciuta irritazione in una parte, che in tale stato appellasi infiammazione. La cagione prossima poi sembra dipendere da un grado maggiore di eccitamento della machina, o di una parte di essa

prodotto dall' azione più forte delle potenze stimolanti. Questo stimolo agisce sensibilmente sul sistema sanguigno osservandosi, che il corso del sangue è molto più attivo, e rapido non potendosi d' altronde ripetere il rossore, che è un sintoma quasi costante dell'infiammazione. Non infrequentemente per altro osservasi, che in alcune infiammazioni può essere ritardato il movimento circolatorio come accade in quelle prodotte da cagioni esterne, ed immediate. Non è però così facile secondo noi l' assegnare una cagione prossima generale, la quale convenga tanto alle infiammazioni dipendenti da vigore, quanto da quelle prodotte da debolezza, se pur non vogliamo dire essere lo stimolo quello, che nel primo caso produce l'afflusso del sangue nella data parte, ed al contrario l'atonia de' vasi esserne la cagione nel secondo. Il danno degl' attonanti locali nelle infiammazioni steniche, ed il vantaggio di essi in quelle procedenti da debolezza aggiunge peso a quest' opinione.

Il prognostico di questa malattia si desume non solo dall' età, e temperamento del malato, ma eziandio dalla specie, e grado della medesima, ed in forza ancora degl' altri sintomi più gravi, che possonsi alle volte associare, come dolor di capo, sete, aridezza di bocca, febbre, e convulsioni.

L' infiammazioni ordinariamente terminano in quattro modi. La risoluzione, che consiste nella sua totale dissipazione è uno de' più frequenti, e felici successi, che in essa possa accadere. La suppurazione, o l' indurazione sono anch' esse sovente l' effetto di una infiammazione, e finalmente una cancrena generasi qualche volta in sequela della medesima, che può dirsi con ragione essere il più infausto termine della malattia. Molti ne aggiungono a queste anche due altre terminazioni, cioè la re-

trocessione, e la metastasi. La risoluzione è la cessazione intiera dell' infiammazione senza, che ve ne rimanga alcuna traccia, eccetto che una debolezza locale. La suppurazione accade quando nel luogo infiammato formasi un nuovo umore morboso detto marcia, o pus, il quale ha delle qualità affatto diverse da quelle degli altri umori animali, l' induraziono dicesi allorchè la parte infiammata diviene dura, e più densa, che non era antecedentemente. Le glandole infiammate per la loro delicata struttura sono soggette a quest' induramento per lo più in grazia della prematura applicazione dei ripercussivi, i quali favoriscono il coagulo di una parte degli umori per l' esilità de' vasi ripiegati su loro stessi, e formano un nucleo per lo scirro, che deve per altro distinguersi dalla natura del medesimo. Finalmente la cancrena consiste nella mortificazione di una parte molle del corpo umano, in cui ha cessato ogni principio di vita. La ritrocessione, o delitescenza è la scomparsa rapida dell' infiammazione, la quale intanto differisce dalla risoluzione, in quanto che questa non porta seco alcuna cattiva conseguenza, mentre nella ritrocessione facilmente ne siegue lo sviluppo della malattia sopra un' altra parte. Questo trasporto è quello, che dicesi comunemente dagli scrittori metastasi. Parleremo in appresso delle più interessanti di queste terminazioni dell' infiammazione più in dettaglio per mantenersi nel sistema adattato ad istituzioni Chirurgiche, che ci siamo prefissi, quindi passiamo al presente ad accennare qualche cosa in generale sulla cura di questa malattia.

A quest' oggetto è assolutamente necessario il conoscere la natura della infiammazione, e segnatamente osservare se dessa è idiopatica, o sintomatica, se sia acuta, o cronica. Le infiammazioni sin-

tomatiche, che sono prodotte da cagioni irritanti locali, come sarebbe p. e. la presenza de' corpi estranei possono curarsi facilmente togliendo la cagione, che le produsse. Per quello poi riguarda la cura dell' altre infiammazioni dovrà sempre tentarsi la risoluzione. Qui però deve avvertirsi, che molte infiammazioni non sono suscettibili di risoluzione, ma debbono necessariamente suppurare. Noi vedremo parlando del flemmone, e del furuncolo, che queste due infiammazioni sono quasi sempre seguite da un andamento regolare de' sintomi, che le dichiarano di tal natura, e per conseguenza in simili casi deve il Cerusico promuoverne la suppurazione con i rimedi emollienti, i quali ajutino la formazione del pus.

Nell' altre infiammazioni poi, le quali sono suscettibili di risolversi deesi prima di tutto osservare se desse siano acute, o croniche, cioè se siano prodotte da accresciuto vigore delle parti, o da indebolimento delle medesime. I rimedi generali di una infiammazione acuta consistono nel sistema antiflogistico, come la dieta, i salassi, le bevande diluenti, i calmanti, gli emollienti locali applicati sotto tutte le forme possibili di lozioni, semicupj, fomentazioni, cataplasmi etc. Il salasso è sicuramente il rimedio più energico di cui possa farsi uso in questa malattia. Esso può essere o generale, o locale. Il primo ordinariamente deve farsi nel principio della cura, ed indi procurare una depleżione locale per mezzo delle sanguisughe. E necessario anche qui riflettere alle varie specie di cagioni, le quali possono aver prodotto queste infiammazioni, p. e. una infiammazione cagionata da una deposizione di un umore qualunque, come una deposizione lattea difficilmente cederà al metodo antiflogistico, e siccome terminano queste infiamma-

zioni per ordinario con la suppurazione quindi è, che sarà prudente consiglio procurarla dal bel principio cogl' adattati emollienti.

Le infiammazioni croniche, che sono ordinariamente di natura opposta alle acute, e riconoscono per loro cagione una debolezza, o atonia locale, e naturale richieggono un metodo affatto opposto al precedente, cioè il metodo corroborante. Non è possibile qui determinare i varj metodi corroboranti, che possono competere a questa specie d' infiammazione dipendendo essi non poco dalla parte, ch' è affetta dalla medesima, e dagl' umori viziati della machina, che l' han prodotta, da quali riconoscono ordinariamente la loro origine, e durata. In generale convengono in queste infiammazioni gli astringenti, ed i ripercussivi; le preparazioni metalliche, la canfora, i rubefacienti etc. sono di questo numero. Non possono escludersi talvolta anche in questa specie d' infiammazione gli emollienti locali, e generali antiflogistici, poichè non convengono i sudetti astringenti, e ripercussivi ad una parte molto irritata senza favorire una susseguente suppurazione, o un indurimento se dessa è glandolare. Queste sono le regole generali per la cura d' ogni infiammazione. Non è qui necessario l'avvertire, che molti rimedi divengono poi antiflogistici, o calmanti secondo le circostanze particolari, così p. e. l'opio, il vetriolo, ed altri simili rimedi stimolanti possono divenire calmanti nelle infiammazioni croniche, e l' operazione di ridurre un ernia incarcerata col taglio sarà un rimedio contro l' infiammazione dell' intestino.

CAPO II.

SUPPURAZIONE.

Abbiamo detto parlando dell' infiammazione, che la suppurazione era una delle sue terminazioni, e che dessa consisteva in una separazione di pus nella parte antecedentemente infiammata. La raccolta di quest' umore dicesi *ascesso*. I segni, i quali indicano la suppurazione sono la mutazione di carattere della febbre, che prima era di natura infiammatoria, è continua, e diviene alquanto remittente nella sua esacerbazione, è accompagnata da brividi di freddo, e nella sua remissione da sudore, il polso è meno duro di quello fosse nello stato infiammatorio, il tumore infiammato diviene più limitato, più elevato, acuminato, e se la suppurazione non sia molto profonda sentesi la fluttuazione della materia. In questo stato cede la febbre, ed il dolore, e termina ordinariamente con l'aprirsi il tumore da se stesso, e dar esito alla marcia racchiusa allorchè questa esista nel tessuto cellulare subcutaneo.

Varie specie di ascessi vengono riconosciute dai Pratici cioè i idiopatici suddivisi in caldi, e in freddi, e sintomatici. Noi non accenneremo qui, che l'ascesso per congestione o altrimenti detto sintomatico prodotto come credeano gli antichi da una materia indigesta. Questo è freddo, poco doloroso, e senza infiammazione acuta. L'ascesso cistico è quello, in cui il pus viene rinchiuso in una cisti particolare formata dal tessuto cellulare; ovvero è formata dalla membrana, che riveste il viscere stesso, che è stato distrutto, e come fuso dalla suppurazione. Non sono rari gli esempj di questa sorte di ascessi ne' visceri parenchimatosi,

come il polmone, il fegato etc. Finalmente l'ascesso critico è quello prodotto dalla deposizione della malattia sopra una parte qualunque del corpo, e secondo che forma una crisi completa, o incompleta produce la guarigione della malattia, o la morte del malato. Conviene porre attenzione al luogo, in cui formasi l'ascesso, al tempo nel quale si genera, ed alle alterazioni, che esso produce nella machina. L'ascessi delle parotidi p. e. sono per lo più di questa sorta ben frequenti nelle febbri nervose etc.

La formazione della marcia negli ascessi ripetesi da alcuni da una specie di disorganizzazione della parte, che è quanto dire dall'essere diventata locale una malattia, che nello stato di infiammazione era ancora generale; altri poi sostengono, che la suppurazione non è che un grado maggiore d'infiammazione, ed in sostanza riguardasi come una degenerazione del sangue, il quale ha preso una nuova forma. Qualunque sia realmente la cagione della suppurazione, egli è interessante il decidere quando essa realmente esista. I segni, i quali noi abbiamo accennati danno molto lume sulla suppurazione esistente; ma è necessario ancora esaminare la qualità dell'umore separato. Non esiste suppurazione senza secrezione di pus, quindi tutto l'oggetto è di fissare i caratteri di questo umore. Nelle suppurazioni esterne egli è ben facile il distinguere il pus, ma non lo è così nelle interne. Molti chimici si sono applicati a determinare i caratteri del pus, ed il criterio per distinguerlo dal muco; ma oltre che l'esperienze dei prelodati Chimici non sono le più sicure, non servono esse, che a far distinguere il pus dal muco, e non mai dalla così detta materia purulenta, che ha molto più analogia col pus, e che nasce non da una sup-

purazione, ma da una viziata secrezione di qualche parte. Lo stesso possiamo dire delle esperienze microscopiche, colle quali alcuni recenti Scrittori hanno preteso poter determinare dei caratteri distintivi della marcia, esperienze le quali sono troppo poco decisive, onde poterne formare un criterio adattato.

In genere la cura degli ascessi consiste nel favorire l'accrescimento delle marce, fondendo quanto havvi di duro, e d'infiammato coi rimedi adattati alla specie dell'ascesso, e nel procurare l'esito del pus racchiuso. Questo può ottenersi o naturalmente, o artificialmente. Molti Autori preferiscono il lasciare, che l'ascesso si apra da se stesso, venendosi ad ottenere con questo mezzo varj vantaggi, giacchè il foro si fa sicuramente a tempo debito, cioè quando la suppurazione è giunta al suo giusto grado da richiedere l'apertura, ed inoltre questa si forma nel centro della suppurazione, si dà esito alla materia graduatamente, e si dà tempo alle pareti della cavità di approssimarsi a misura, che vuotasi l'ascesso; devesi per altro riflettere, come esporremo in seguito, che molte volte la natura delle parti adjacenti, o la difficoltà, che prova l'ascesso d'aprirsi da se medesimo, non permette di attendere, che ciò accada. Per ottenere queste aperture naturali dopo aver procurato una buona suppurazione, o cogli emollienti, come fomenti, cataplasmi, ceroti emollienti, e simili, o cogli irritanti come le cipolle cotte, il lievito, il sapone, la gomma ammoniaca, ed altri, quali ultimi medicamenti sono i più adattati nella specie di ascessi di cui parliamo, deesi facilitare la perforazione della pelle continuando l'uso di necessarj topici, aggiungendovi, se fia di bisogno i ceroti diachilon, di altea, emol-

lienti etc. Questo metodo di lasciare gli ascessi aprire da se stessi per alcuni riguardi non è praticabile, come si è detto, in molti casi. Non deve attendersi l' apertura spontanea dell' ascesso, quando esso può per mezzo della materia, che contiene produrre del disordine nelle parti vicine, quindi debbono aprirsi con sollecitudine gli ascessi posti profondamente nel petto, nella regione lombare, o nel basso ventre, potendosi ragionevolmente temere, che l' ascesso si rompa internamente, e formi uno stravaso nella cavità. Deesi parimenti aprire sollecitamente un' ascesso, il quale resti situato vicino qualche parte, che possa essere offesa dalla marcia, come sono p. e. quelli posti vicino l' orbita, la spina, un aponeurosi, qualche articolazione, o se trovasi nelle tonsille, nella prostata, nelle quali circostanze è facile, che la marcia minacci soffocamento, produca la soppressione delle orine, la distruzione dei ligamenti, del periostio, non che la carie dell' ossa, se per mezzo dell' incisione non se ne procura l' esito. Lo stesso dicasi degli ascessi, i quali contengono del pus di cattiva indole, come quelli prodotti dalla deposizione di umori di natura acre, e corrosiva.

Dovendosi dunque dal Cerusico in tali casi venire all' apertura dell' ascesso, tre sono i metodi particolari adoperati dai pratici per tale oggetto, e sono il caustico, il setone, e l' incisione. Qualunque però sia il metodo, che vogliasi praticare, dev' essere accompagnato da molte cautele in alcuni ascessi, atteso che mancano, o sono equivoci quei segni necessari, come la fluttuazione, e ciò appunto accade nelle raccolte di marcia situate sotto de' muscoli molto grossi, o sotto qualche aponeurosi, nelli quali non riconoscesi il gonfiore con la vista, nè la fluttuazione col tatto. Quindi il Pro-

fessore deve essere ben cauto in tale circostanza onde potere aprire l' ascesso nel luogo precisamente dove è radunata la maggior quantità di materia.

Il metodo del caustico quantunque venga sovente preferito dai malati, che temono l' incisione è di molto più lungo, e doloroso, e per conseguenza il Cerusico non dovrà scieglierlo che ne' casi, ne' quali l' incisione non sia sufficiente a produrre gli effetti, che si desiderano. Siccome il caustico stimola le parti, e produce alle volte una nuova infiammazione sarà molto utile in quegli ascessi, in cui per debolezza la suppurazione sia troppo lenta. Il caustico più comunemente usato si è la pietra caustica, o la calce viva impastata col sapone. Il metodo del setone è parimenti doloroso, e non conviene generalmente eccetto che sia necessario mantenere una lunga suppurazione.

L' apertura col ferro è preferibile nel maggior numero degl'ascessi perchè va destituta dalla lentezza, e da molto dolore, da cui sono accompagnati gli altri metodi, ma essa presenta delle notabili difficoltà. Siccome non vi è parte del corpo umano, dove non possa formarsi un ascesso, quindi è che l'apertura del medesimo richiede le più grandi cognizioni anatomiche, e siccome agli ascessi può competere un diverso metodo secondo le diverse parti, nelle quali sono situati, perciò non possono qui darsi che de' principj generali. L' ascesso va aperto nel luogo dove è più prominente, dove la fluttuazione è più sensibile, e nel punto più declive; con questi mezzi si viene a facilitare lo scolo della marcia sì perchè apresi nel sito indicato dalla natura medesima, sì ancora perchè il peso stesso della marcia tende a scorrere nella parte inferiore. La direzione da darsi al taglio deve essere longitudinale, ossia secondo la direzione delle fibre carno-

se, onde ne restino recise meno, che sia possibile. Qui nasce la questione, se nell' apertura degli ascessi sia da preferirsi una grande incisione ad una piccola. Noi siamo di sentimento, che le grandi incisioni siano dannose, perchè dando accesso all'aria esterna impediscono, che le pareti della cavità si riavvicinino frà loro, e così le suppurazioni sono sempre abbondanti, e la marcia di cattiva qualità; per lo contrario le picciole incisioni dando esito alla materia a gradi, procurano anche graduatamente la riunione, e coll' impedire l'accesso dell' aria esterna non disturbasi l' azione della natura nella separazione del pus. Per queste ragioni consigliano molti Pratici di sostituire al bisturì un grosso troicart e ci sembra questo metodo preferibile, eccettuato ne' casi dove la marcia sia molto densa, che difficilmente esce da una picciola apertura, ovvero il tumore sia di natura fredda, linfatica, e cronica, ne' quali casi le pareti della cavità hanno perduto quella forza, che richiedesi acciò possano riunirsi e meritano anzi, completa, che apparisca la suppurazione, un' apertura a perdita di sostanza, vale a dire formata coll' applicazione del caustico, ed in fine se l'azione organica della parte é illanguidita, saranno eziandio giovevoli l' injezioni risolventi.

Un fenomeno, che ordinariamente ha luogo dopo l'apertura di ascessi molto estesi si è la formazione di seni profondi, i quali separano del pus. Se l'ascesso dia maggior quantità di marcia, che sembri poter contenere secondo la sua estenzione, se comprimendone la circonferenza osservisi uscire la medesima si potrà esser sicuri dell' esistenza de' seni, la direzione, e situazione de' quali scoprirassi con la tantola. La compressione, o il taglio sono i rimedi per tali seni.

Gli ascessi cistici richiedono necessariamente una incisione estesa, giacchè in essi oltre l'esito del pus è necessario incidere la cisti, e procurarne la totale fusione, e separazione. Un setone è spesso utile per ottenere questi effetti.

Aperto l'ascesso, e dato esito alla marcia, si riempirà l'apertura fatta con proporzionata quantità di morbide sfila, affine di riparare quel poco sangue, che scaturisce, impedire la cicatrizzazione de' lembi recisi, e favorire la salutevol secondaria suppurazione, indi si coprirà l' apertura con delle compresse sostenute da una fasciatura, si medicherà in seguito il malato applicando sull'apertura fatta una faldella di sfila con unguento rosato, od altro, e continuando l'uso di un empiastro emolliente, se la parte si è resa sensibile segnatamente se vi esista qualche durezza, altrimenti il solo bagnolo di ossicrato, rinovando la medicatura più o meno frequentemente secondo la quantità di pus, che si separa, onde ottenerne la guarigione. Non accade egualmente in quegl' ascessi, in cui per varie cagioni viene impedita la cicatrizzazione, cioè o per la troppo gran debolezza del malato, oppure per qualche vizio della machina, o de' solidi, che mantenga una continua sorgente di marcia. Il vitto corroborante, il vino, la china etc. saranno utilissimi per prevenire, o rimediare alla prima. Nel secondo caso poi converrà attaccare direttamente quelle cagioni, che hanno formato gli umori di genere morboso, o vizj de' solidi, senza la qual precauzione tutte le cure locali riuscirebbero inutili,

CAPO III.

DELLA CANCRENA.

La *cancrena* è la mortificazione di una parte molle del corpo umano, nella quale ha cessato ogni azione organica, che è quanto dire l' estinzione delle proprietà vitali. Se questa mortificazione si estenda profondamente al di là delle parti molli, e arrivi fino all' osso dicesi *sfacelo*. In questo è mortificato l'intiero articolo, o membro. La cancrena distinguesi dalla maggior parte degli Scrittori in umida, e secca. La cancrena umida consiste in un ingorgamento della cute, che perde a poco a poco la sua consistenza, sensibilità, e calore diviene livida, e ricuopresi di flitteni, che vanno aprendosi esalando un odor fetido. La parte passa così in putrefazione, essa comunicasi ai fluidi, che ivi scorrono, e questi poi ne infettano tutto il corpo. Nella cancrena secca all' opposto non osservasi nè putrefazione, nè ingorgamento, ma la parte diviene secca, nera, fredda, insensibile, e nasce la disorganizzazione, come vedesi in un membro assiderato.

Le cagioni delle cancrene sono varie, la miglior distinzione che possa farsi di esse è in esteriori, ed interiori. Le interne consistono spesso in una cattiva qualità di umori, onde vediamo in tali soggetti una ben picçola infiammazione passare subitamente in cancrena. Le cagioni esteriori sono tutte quelle, le quali giscono irritando una data parte, e segnatamente se producono un impedimento nella circolazione degli umori. Il fuoco, il freddo, i caustici, le contusioni, gli strozzamenti delle intestina le legature &c. possono essere tutte cagioni della cancrena.

Prima di passare alla prognosi, e cura di que-

sta malattia è necessario esporre varie specie di cancrena, le quali meritano una particolare attenzione pel rapporto che hanno con le principali cagioni capaci di produrle, e pel lume, che possono darci su di queste. Una delle più ordinarie cause della cancrena si è l'infiammazione, ed allora la cancrena viene prodotta o dal troppo stimolo, che ha luogo nella parte infiammata, o da una disorganizzazione cagionata dall' infiammazione stessa, o dalle sue conseguenze. Una specie di putrefazione degli umori può eziandio esser cagione della cancrena, la quale in questo caso è secondo molti Autori d' indole gastrica. Può eziandio la debolezza di tutto il sistema, e segnatamente de' nervi esser cagione di cancrena, e finalmente non è raro, che i vizj organici producano una cancrena. Tutte le malattie, le quali debilitano la machina possono eziandio generarla, quindi nelle febbri di Ospedale, nello scorbuto, nei decubiti è assai frequente il veder nascere delle cancrene prodotte appunto dalla debolezza di tutto il sistema. Il freddo può anche per la stessa ragione annoverarsi fra le cagioni della cancrena, ed a questa classe di malattia appartengono i geloni così detti. Il fuoco è capace ugualmente di produrla suscitando una violenta infiammazione nella parte. Finalmente una cancrena, che merita particolare attenzione, sebbene sia ristretta soltanto ad alcuni luoghi, è quella prodotta dal grano speronato, e questa principia ordinariamente dalle dita delle mani, o de' piedi.

La prognosi di questa malattia, di qualunque specie essa sia, è sempre pericolosa, e spesso mortale; questo prognostico però và modificato secondo la cagione della medesima, e secondo le parti, che essa affetta. La cancrena è una malattia, la quale sia per l'umore stesso acre, e corrosivo separato, sia per la debolezza. che dessa induce in tutta la

macchina comunicasi facilmente da una parte all' altra, ed i suoi progressi sono sovente molto rapidi; però in molti casi osserviamo, che la natura impedisce non solo questa comunicazione, ma procura eziandio la separazione della parte cangrenata. Ciò osservasi spesso negli articoli, ed in simili casi la cagione principale è, che più non agisce quella forza, che ha prodotto la cancrena. La maniera, con la quale accade questa naturale separazione della parte malata dalla sana consiste in una infiammazione circolare, che produce una suppurazione per mezzo della quale separansi le parti cangrenate dalle sane, e riducesi il tutto ad una piaga semplice con perdita di sostanza proporzionata alle parti attaccate dalla cancrena. In simili casi l' arte deve ajutare la natura, e questo per mezzo di rimedj emollienti, o stimolanti secondo che la parte è infiammata o dolorosa, o pallida, ed indolente, onde così procurare una buona infiammazione, e suppurazione.

La cura della cangrena è di varie sorti secondo la specie di essa, e particolarmente secondo le cagioni, le quali l'hanno prodotta, e secondo la parte affetta. Da questo vedesi, che è ben difficile il dare delle regole generali per la cura di questa malattia; ma conviene esaminare se la cagione è locale, ed allora spesso il togliere una compressione, che impedisce il circolo degli umori, il dar esito ad un fluido racchiuso, e simili possono essere i soli mezzi adattati a ristabilire una parte cangrenata, mezzi i quali non possono esporsi in dettaglio, ma il Cerusico deve sul momento porli in opera secondo il caso particolare. Se la cangrena dipende, come non di raro accade, da vizio umorale, cioè scorbutico, venereo &c. è chiaro, che senza attaccare direttamente queste cagioni con i me-

todi adattati, non sarà mai possibile ottenere la perfetta cura della malattia. Può finalmente la cancrena dipendere da cagione generale, o da vizio di tutto il sistema, e segnatamente de' solidi senza riconoscere alcuno de' vizj accennati, ed in questo caso la debolezza è la causa principale, allora l' indicazione è chiara, e tutto consiste a dar tono al sistema, ed allontanare le cagioni debilitanti onde restituire alla machina l' energia necessaria.

La cura della cancrena deve essere generale, e locale. La generale va diretta secondo le cagioni della malattia; siccome ordinariamente la debolezza è unita ad essa, e ne è spesso la cagione, quindi tutti gli sforzi debbono esser diretti a togliere la medesima. Il vitto nutriente, e l' uso interno degli stimolanti, e corroboranti costituirà la base della cura. Fra i rimedj di questo genere ha il primo luogo la china, questo rimedio produce mirabili effetti nelle cancrene tanto dando tono a tutto il sistema, quando servendo di antisettico, ed arrestando così i progressi, che suol fare nella machina l'umore cancrenoso riassorbito. La china sarà eziandio molto giovevole, se uniscasi con la canfora, valeriana, serpentaria, e simili altri rimedj stimolanti. Non è però, che questa regola non soffra una qualche eccezione, giacchè esistono delle cancrene le quali non solo non cedono all'azione della china, ma anzi si inaspriscono sotto l'uso della medesima. La cancrena secca di Pott, che suol sopraggiungere alle dita de' piedi è di questo genere. In simili casi trovasi maggior vantaggio dall'uso dell'opio.

Questo è quello, che appartiene alla cura generale della malattia, richiede però essa eziandio alcuni ajuti locali tanto per separare la parte già mortificata, quanto per impedire, che la malattia non faccia ulteriori progressi. Nella cancrena umida è

necessario dare esito all'umore cancrenoso contenuto nelle vescichette, le quali formansi sulla superficie della parte cangrenata, richiedesi inoltre di astergere continuamente la parte con delle lozioni toniche, ed antisettiche, e segnatamente con la decozione di china e simili. Si procurerà inoltre, che si formi intorno la parte cangrenata quel cerchio infiammatorio, che abbiamo detto produrre spesso una buona suppurazione per mezzo della quale separasi la cangrenata dalle parti sane. Questo si ottiene col mezzo degli stimolanti locali, de' quali si farà uso particolarmente allor quando troverassi la circonferenza della cancrena poco, o niente infiammata, e di color pallido. La China, le piante aromatiche secche sono le polveri adattate a tal oggetto, senza omettere le incisioni nelle profondità dell' escare cancrenose. Quando però la parte fosse di molto infiammata, ed accompagnata da durezza, si rende in tal caso molto opportuno l'uso degli emollienti; onde ottenerne una pronta, e facile separazione nei soggetti specialmente di pletorico temperamento. I rimedj poi, i quali servono ad impedire l'avanzamento della malattia, sono il caustico potenziale, ed attuale. L' ultimo rimedio finalmente sarà l'amputazione della parte. Qui conviene riflettere, che l'amputazione è di esito assai incerto ne' casi, ne' quali la cancrena dipenda da un vizio generale della machina, sì perchè separando la parte cangrenata non si impedisce, che dessa non si manifesti in altre parti, come ancora perchè ordinariamente in questi casi la cancrena è molto più estesa nell' interno, e più in alto, di quello sia nell esterno, quindi anche amputando la parte si corre rischio di lasciare intatte delle porzioni cancrenate.

Riguardo alle specie particolari di cancrena, delle quali abbiamo di sopra parlato, ognuna anderà

curata secondo le regole generali accennate, dirette però secondo le sue cagioni particolari. Si darà quindi esito agli umori di cattiva indole, si rinnoverà l' aria ne' casi di cancrena prodotta da aria corrotta, si restituirà a gradi il calore in quelle cagionate dal freddo, e finalmente si porrà in opera una cura palliativa in quelle, che hanno la loro origine da vizj organici de' vasi grossi, le quali non sono affatto curabili per l' impossibilità, che ci è di togliere la cagione, che le ha prodotte.

CAPO IV.

DEI TUMORI INFIAMMATORJ.

I tumori, di cui parleremo in questo capitolo sono quelli, i quali riconoscono per loro origine una infiammazione locale, ed i principali fra essi sono l'erisipela, il flemmone, l'antrace, il panarice, ed il furuncolo.

L' erisipela definiscesi da migliori Pratici una infiammazione della superficie della pelle di un rosso vivo lucente un poco giallastro con leggerissima tumefazione, che occupa una grande estenzione senza aver limiti ben determinati, essa cangia di luogo stendendosi nelle parti vicine, e produce un calore urente, e pruriginoso, con la pressione del dito sparisce il rossore; ma ritorna quando cessa di premersi sulla cute.

La divisione dell' erisipela è in primo luogo di erisipela semplice, o complicata, idiopatica, o sintomatica, distinguesi eziandio secondo le cause, quindi abbiamo la gastrica, la biliosa, e quella prodotta da cagioni locali.

Comunemente distinguono i Pratici tre gradi nell'erisipela, il primo, che è il più mite è quel-

lo, che consiste in un semplice sentimento di svogliatezza nel corpo, di mancanza di sonno etc. Questi leggieri sintomi svaniscono al comparire dell'esantema. Il secondo grado di erisipela è più violento, i sintomi sono più gravi, la malattia è accompagnata da febbre. Nel terzo grado finalmente la malattia produce la febbre più forte con dolore di testa, delirio, vomito etc., e la desquamazione, che accade nel 11., o 14. giorno è accompagnata ordinariamente da una crisi.

Per quello riguarda le cagioni dell' erisipela sono varie le opinioni degli Scrittori. Alcuni hanno preteso ridurle tutte alla bile, o vizj delle prime vie', allo stato inflammatorio della machina, e finalmente alle cagioni locali; sembra però, che esistano molte specie di erisipele dipendenti da altre cause, e segnatamente dalla traspirazione impedita; può essere anche l'erisipela prodotta dal trasudamento di un umore irritante, come spesso osservasi nelle estremità inferiori degli idropici, e finalmente una debolezza qualunque; quindi non è raro di osservarsi l'erisipela nelle persone di età avanzata, e di temperamento cachetico,

La prognosi dell' erisipela è varia. I fondamenti principali di essa debbono desumersi dalla natura della febbre, che spesso accompagna questa malattia. La febbre inflammatoria ordinariamente dimostra la malattia di carattere benigno, come anche la febbre gastrica, o biliosa, la quale riconosce la sua origine nelle prime vie; l' erisipela po accompagnata da febbre nervosa, e maligna è spesso pericolosa, e molte volte passa in cancrena. Moltre questi indizj presi dalla natura della febbre altri possono prendersene dalle complicazioni dell malattia, e dalle parti, che essa occupa. Riguardo alle complicazioni sarà pericolosa l' erisipela

che sopraggiunge all' edema, o al flemmone, non essendo lontano il pericolo di cancrena, come osservasi nelle erisipele, che sopraggiungono ai leucoflemmatici. Riguardo poi al luogo, che occupa sarà più pericolosa l' erisipela a misura che la parte affetta sarà più nobile, o prossima a qualche viscere interessante, su di cui facilmente trasportasi l' erisipela, ed allora ha luogo ciò, che dicesi metastasi della medesima.

La metastasi è molto frequente nella erisipela, ed è pericolosa a tenore delle parti, nelle quali si manifesta. Se dessa accade nel cervello, o nel petto, gli accidenti, che ne risultano sono molto pericolosi, ed alle volte anche mortali. La metastasi dell'erisipela dunque è da temersi molto in quelle della testa, ed in quelle delle parti esterne del petto.

La cura di questa malattia dee essere generale, e locale. La cura generale và diretta secondo la natura della medesima, la quale desumesi, come abbiamo detto, dalla specie della febbre, da cui essa è accompagnata. Se la febbre sia di carattere inflammatorio dovrà porsi in opera il regime così detto antiflogistico, o debilitante. Ordinariamente l' erisipela inflammatoria presenta un carattere benigno, ed allora sarà sufficiente di usare i più miti diaforetici, p. e. il nitro, e lo spirito di Mindererro, una dieta tenue, e l' astinenza da ogni cosa irritante; ma se poi la malattia sia di un carattere inflammatorio più deciso, la febbre più risentita, il dolore acuto etc. sarà necessario il ricorrere ai salassi ripetuti secondo la violenza della malattia, ed il temperamento del paziente, si farà uso degli adattati purganti, come la manna, il tamarindo, la cassia etc. e si terminerà la cura colle bibite antiflogistiche, e diluenti. Il sistema debili-

tante nella dieta ha molto più luogo nel caso di erisipela forte infiammatoria.

Si è detto, che spesso l'*erisipela* riconosce per sua cagione primaria un vizio esistente negli organi biliarj, o nelle prime vie. Ciò supposto la cura sarà diversa, essendo il primo oggetto quello di togliere la cagione della malattia. Il metodo evacuante otterrà i massimi effetti, quindi i purganti sono utilissimi, e segnatamente i salini come il cremor di Tartaro, il sal di Glaubero etc. Il tartaro emetico sarà eziandio molto vantaggioso.

Finalmente nelle erisipele procedenti da una debolezza di tutto il sistema, ed accompagnate da febbre di carattere nervoso avranno luogo i rimedj stimolanti. In generale la cura in questi casi dovrà esser piuttosto diretta alla malattia universale ossia alla febbre, avvertendo soltanto d' impedire, che l' infiammazione locale passi in cancrena, lo che ha segnatamente luogo allor quando l' erisipela occupa delle parti, che sono soggette al decubito, come il gran trocantere, la tuberosità ischiatica, l'osso sacro etc. Non appartiene alla Chirurgia il dare i precetti, coi quali debbesi diriggere la cura della febbre nervosa o putrida, quindi passiamo ai rimedj locali, che convengono nell' erisipela.

Il sentimento comune si è, che i rimedj locali poco luogo possano avere nella cura di questa malattia, giacchè la maggior parte di essi possono agire come ripercussivi, e quindi esser cagione della ritrocessione della malattia, e della metastasi della medesima. Pure siccome alle volte il dolore, e prurito della parte sono insopportabili è necessario applicare de' topici blandi, onde diminuire questi incomodi. I migliori consistono nelle pezze bagnate nell' infusione tepida di fiori di malva, o di meliloto, le quali saranno eziandio giovevoli, in quan-

to che impediscono il contatto dell' aria fredda molto dannoso nell' erisipela. Converrà poi assolutamente astenersi da ogni sorte di tonici forti, e stimolanti locali, i quali sono tutti astringenti, e per conseguenza ripercussivi, e producono facilmente la retrocessione di questa malattia inflammatoria, che è più di ogni altra soggetta a cangiar di luogo. E' anche necessario avvertire, che i topici di qualunque specie, e segnatamente gli emollienti non hanno luogo quando sia da temere la suppurazione.

Per l' erisipela prodotta da pura località la cura principale dovrà consistere ne' rimedj topici adattati all' indole della malattia, quindi saranno indicati i cataplasmi emollienti, o i rimedj leggermente irritanti secondo che dessa sia prodotta da uno stimolo locale, o piuttosto da una atonia della parte. Sarà eziandio molto vantaggioso procurare l'esito dell' umore spesse volte contenuto nelle picciole vescichette, che accompagnano sovente queste specie di erisipele. Una però delle principali indicazioni: che avrà particolarmente luogo nella cura dell' erisipele locali, sarà quella di togliere la cagione che l' ha prodotte, e quindi conviene diriggere il piano di cura, secondo le principali circostanze, che possono variare all' infinito, e per le quali senza deviare dal metodo, che ci siamo proposti non possono darsi delle regole generali.

Una erisipela, di cui tutti gli Autori ne formano una specie particolare, è il così detto *Fuoco sacro*, o *Zona*, e che molti confondono anche col *Pemfigo*. Questa malattia ha ricevuto varj nomi, si è chiamata *Erisipela Miliare*, *Erisipela Pustolosa*, *Erpete Miliare*, *Erpete Cenchrias*, *Cintura di fuoco etc. etc.* L' indole della malattia ha molti caratteri, i quali la distinguono dall' *Erisipela*. In primo luogo non sono ad essa soggetti che gli

adulti, e mai i bambini, ed in secondo luogo la malattia attacca sempre il petto, o il basso ventre, e conserva una direzione circolare. I sintomi prodromi della medesima sono l' anzietà, mancanza di sonno, febbre, nausea etc. la malattia si manifesta al luogo dove deve accadere l'eruzione con un senso di prurito, e qualche volta accompagnato da calore urente. Dopo pochi giorni accade l' eruzione. Essa succede ordinariamente nel petto, o nell' addome in forma di piccole vescichette ripiene di un umore sieroso. Queste si riuniscono via via, e formano una cintura sul corpo della larghezza di 4. o 5. dita, la quale non descrive mai un cerchio intiero, ma si estende dallo sterno, o dalla linea alba fino alla vertebre da un lato, o dall' altro. La cute è infiammata, e presenta l' aspetto di una erisipela vescicolare. Le piccole pustole si aprono, e formano delle croste, le quali cadono diseccandosi.

Qualche Autore pretende che questa malattia sia di indole gastrica; ma dagli effetti che si ottengono dalla cura evacuante sembra, che questo gastricismo non sempre abbia luogo. Qualunque però ne sia la cagione egli è certo, che dessa è molto più grave dell' *erisipela* ordinaria. Quando l' eruzione è mite, ed il malato è di temperamento sano, e robusto, la malattia quantunque non abbia conseguenze pericolose, lascia sempre de'dolori muscolari, i quali poi sono diuturni, ed ostinati nelle persone di età avanzata. Alcuni Autori asseriscono di averla osservata anche ne' bambini, non solo grave, ma alle volte mortale.

Per quello che appartiene alla cura di questa specie di *Erisipela* sarà molto utile principiarla con de' purganti, e qualche volta ancora con un emetico. In tutto il tempo poi dell' eruzione consiste-

rà la cura nel far uso di bevande diluenti, ed antiflogistiche, continuando sempre l' indicazione di tenere il ventre libero o co' leggieri minorativi, o co' clisteri emollienti. Nello stadio dell' essiccazione delle pustole, e della caduta delle croste, se continueranno i dolori nella parte affetta sarà utile porre l' infermo all' uso del latte, e de' bagni. Non è poi necessario quì il ripetere che essendo questa malattia della natura dell' *Erisipela* è egualmente da temersi la retrocessione, quindi sarà sommamente indicato l' astenersi da ogni sorte di rimedj stimolanti locali e ripercussivi.

Il *Flemmone* è un tumore infiammatorio circoscritto, duro, accompagnato da dolore, rossore, e febbre, la sede di esso è nella cute, e tessuto cellulare. Le cagioni di questa malattia sono per ordinario le medesime, che abbiamo detto essere dell' infiammazione, ma soltanto esistono alcuni casi particolari di flemmone, i quali possono riconoscere diversa origine. Il flemmone, che sopravviene al braccio in occasione di salasso è appunto di questa specie, alcuni credono, che desso dipenda dalla puntura del tendine, altri da quella del nervo, ed alcuni altri finalmente dall' ingresso dell' aria nella vena aperta.

Questa malattia è molto più grave dell' erisipela terminandosi rare volte per risoluzione, ma passando più comunemente in suppurazione, la quale talora è anche seguita dalla cancrena. Questa spesso tien dietro alle vaste, e profonde suppurazioni prodotte dal flemmone. Quando si stabilisce la suppurazione, il tumore principia ad ammollirsi, il colore della cute diviene più pallido, si assottiglia la medesima, e si sente manifestamente la fluttuazione. In questo stato si è formato del pus, dalla buona, o cattiva qualità del quale dipende la na-

tura della suppurazione, ed il felice, o infelice esito della malattia.

Egli è certo, che il flemmone suol terminare per lo più colla suppurazione, ma pure è possibile, che il suo fine sia la risoluzione, esito felice, che potrà sperarsi con qualche fondamento, se il Cerusico può dal principio della malattia ordinare una dieta rigorosa, ripetere il salasso a seconda de' precetti generali, amministrare de' miti purganti, accompagnando il tutto coi topici emollienti.

Sotto questi riguardi se il flemmone tende alla suppurazione, la cura consisterà nel sollecitarla procurando insieme la formazione del pus di buona qualità, in seguito dare esito al medesimo, ed in terzo luogo favorire la detersione dell' ulcere, che gli dà origine, e finalmente ottenere la cicatrice. Molte delle cose, che noi abbiamo accennate parlando degl' ascessi hanno luogo eziandio nel flemmone.

Per sollecitare la suppurazione, e nello stesso tempo procurare, che il pus sia di buona qualità è necessario porre in opera il sistema antiflogistico, e debilitante come abbiamo accennato per la risoluzione, e questo anderà adattato al temperamento del paziente, all' età del medesimo, ed al grado dell' infiammazione locale. Ne' soggetti giovani robusti, di temperamento pletorico l' infiammazione è ordinariamente violenta, la febbre risentita, e la suppurazione accade sollecitamente, per conseguenza il metodo antiflogistico dee porsi in opera con la massima energia. Per lo contrario ne' soggetti deboli, avanzati in età, e di cachetico temperamento l' infiammazione sarà più lenta, piccolo il dolore, quasi nulla la febbre, e la suppurazione sopragiungerà molto più tardi. In tal caso il metodo debilitante anderà usato con cautela, che anzi sarà alle volte necessario ricorrere a qualche

medicamento topico leggermente irritante onde supplire alle forze mancanti per accelerarne la suppurazione. I rimedj generali antiflogistici come abbiamo veduto consistono principalmente ne' salassi, *bibite* diluenti, purganti, e segnatamente nell'astinenza da qualunque cosa irritante; ma oltre questi rimedj generali si richiedono eziandio de' rimedj topici consistenti per la maggior parte in cataplasmi emollienti, come sarebbero p. e. quelli di malva, e mollica di pane, e latte, o cose simili. Ne' casi, ne' quali abbiamo detto venga il tumore indolente, duro, e poco infiammato converranno gli empiastri irritanti, i gommosi etc. Riguardo la parte poi dovrà aversi ancora molta attenzione alla sua situazione, onde essa non resti danneggiata dalla compressione, si procurerà quindi, che quelle parti dove la pelle è più sottile, e delicata restino meno compresse, e che si varj la posizione onde non resti il malato sempre appoggiato sulla medesima parte. Questo è per quello riguarda la cura del primo stadio del flemmone in generale, esistono però molte volte dei flemmoni prodotti da cagioni locali, e che richiedono la cura locale particolare. Noi abbiamo di già osservato di sopra, che la puntura di un tendine, di un nervo etc. possono essere altrettante cagioni locali di questa malattia, quindi conviene dirigere la cura secondo le medesime cause. Nelle punture de' tendini consigliano i Pratici oltre la cura antiflogistica generale, e locale d' incidere la parte, e scoprendo il tendine offeso dividere tutte le fibbre aponeurotiche infiammate, la quale operazione produce ordinariamente l' alleviamento de' sintomi. Nel caso poi di ferita di nervo, siccome i gravi accidenti, i quali sopraggiungono nascono dall' essere il nervo stato soltanto punto, o reciso in parte, si faranno cessare facil-

mente con la totale recisione del nervo offeso, la quale non riuscirà difficile scoprendolo antecedentemente. Molti Autori consigliano in simili casi di usare il caustico, che alle volte è sufficiente mezzo per calmare gli allarmanti sintomi.

Ottenuta la suppurazione converrà dar esito alla materia contenuta. Riguardo a questo può tanto ottenersi lasciandone la cura alle sole forze della natura, quanto aprendo il tumore col ferro. Avendo noi già parlato di questi due metodi in occasione che abbiamo trattato degli ascessi è inutile, che ripetiamo le ragioni, che obbligano a dare la preferenza ad un metodo piuttosto, che ad un altro. Abbiamo ivi similmente parlato del metodo da seguirsi nell'apertura del tumore preferendo quasi sempre una picciola apertura ad una grande.

Dato esito alla materia si è accennato essere necessario di procurare l'astersione del fondo del tumore. Se il paziente sia di robusto temperamento, se sia di buona costituzione, l'astersione dell'ulcere, o del fondo del tumore accade per sola opera della natura senza altri ajuti per parte del Cerusico, che leggiere, e superficiali medicature procurando nello stesso tempo di tenere aperto il foro, onde dar esito al pus, che si va formando. Delle stuella di sfila secche, o ricoperte di un leggiero digestivo saranno sufficienti in simili casi. Se poi il soggetto sia debole, o abbia qualche vizio nella machina, il pus sarà di cattiva qualità, e si formerà una piaga sordida, nella quale lenti, e tardi saranno i progressi verso la cicatrizzazione. In questi casi sarà necessario di corroborare la macchina, onde elevare il sistema generale delle forze dall' abbattimento in cui sono cadute, e correggere in seguito i vizj degli umori con gli adattati metodi.

Con queste precauzioni otterrassi la cicatrice.

Questa principia dal fondo dell' ascesso, il quale si va lentamente ricoprendo di una nuova carne di color rosso, vascolare, sensibile in forma di bottoni, i quali unendosi a poco a poco vengono formando come una nuova sostanza, che a gradi va crescendo fino che riempie la cavità, ed arriva a livello della cute. Il tessuto cellulare di questa parte diviene sempre più serrato, onde alla fine la cicatrice presenta una specie di sostanza più compatta, e non gode di quella estensibilità, di cui è fornito nello stato naturale, e che è il proprio carattere del tessuto cellulare.

Un tumore appartenente similmente a quelli dei quali parliamo è il furuncolo. Questa malattia definiscesi comunemente da Pratici un tumore infiammatorio doloroso, duro, di figura circolare elevato nel mezzo, non maggiore della grossezza di un uovo di piccione, ma spesso più piccolo, che ha la sua sede nella cute, e tessuto cellulare. Questo tumore di raro viene solo, ma spesso ne nascono varj, e si succedono l' uno all' altro. Un' accresciuto vigore della machina sembra essere la causa della malattia, trovandosi essa aver luogo per lo più nelle persone robuste, e di pletorico temperamento, in quelle segnatamente dedite all' uso di bevande forti, e liquori spiritosi, e la medesima è molto più frequente nelle stagioni, nelle quali dominano le malattie inflammatorie, e principalmente nella primavera.

La terminazione ordinaria del furuncolo è quella della suppurazione, anzi questo non è affatto capace di risoluzione. Allora la punta del tumore forma una specie di pustola, la quale aprendosi dà esito ad un pus sanguinolento. Esce in seguito una porzione di tessuto cellulare biancastro, denso, granelloso, il quale è come il nucleo del furuncolo.

stilenziale, riportando a questa seconda specie il *Favo*, e la *Pustola maligna*, o *Mal-vat*.

L'*Antrace* benigno, e semplice non è contaggioso, e nasce generalmente nelle persone di buon temperamento senza alcuna causa nota. Esso ha molta analogia col furuncolo, seppure non si distingue da esso per essere i sintomi alquanto più forti, essendo il tumore flemmonoso più grande, che nel furuncolo, e più doloroso. Il tumore occupa la cute, ed il tessuto cellulare. La sua punta diviene fin dal bel principio negra, livida, all' intorno infiammata, e cancrenosa, indi si apre, e da esito ad un pus sanguinolento, ed ivi formasi un ulcere profonda, ed accompagnata da febbre risentita sul principio, ma che va graduatamente diminuendo, e percorre generalmente il periodo del suo corso con molta sollecitudine. Il calore urente, che accompagna questa malattia gli ha fatto dare il nome di *Carbonchio*.

L' *Antrace maligno*, o *pestilenziale* distinguesi dal benigno pel suo colore più oscuro, e cancrenoso con un dolore molto più acuto. Esso ha nella sua punta una vescichetta, la quale rompendosi forma un' escara negra. I sintomi, i quali accompagnano l'*Antrace maligno* sono molto più forti, di quelli, che unisconsi al benigno, ed a differenza di questo ha di particolare di essere di sua natura contagioso, e di non costituire una malattia idiopatica, ma di essere il sintoma di un altra malattia di tutto il sistema, e che riconosce per causa il contagio, e manifestasi a preferenza ne' luoghi malsani, e nelle persone deboli, o che si esercitano in lavori insalubri i quali producono delle putride esalazioni. La malattia essendo al sommo contagiosa fa de' progressi molto rapidi, e comunicasi principalmente per mezzo del contatto delle

persone, o qualunque altra cosa infetta. Il luogo affetto dal carbonchio maligno è vario, ma attacca esso ordinariamente le glandole, e principalmente quelle delle ascelle, e degl' inguini. I progressi di questa malattia sono molto più rapidi, che quelli *dell'* antrace benigno.

Alcuni fra i più recenti pratici considerano il *Favo* come una varietà dell'*Antrace maligno*, quantunque sia molto meno grave di esso. Il *Favo* non è a propriamente parlare, che un tumore infiammatorio cancrenoso della natura del *Carbonchio*, ma più largo, ed esteso, il quale viene a preferenza alla nuca, o al dorso. I suoi progressi sono sul principio molto rapidi, e formasi l' escara, da cui va gemendo un' umore di cattiva natura, e che riconosce la sua origine da una cancrena della cellulare, e della cute, onde sovente al separarsi di essa rimangono scoperti i muscoli. Il nome di questa malattia ha preso origine dall' aspetto, che essa presenta molto simile a quella di un alveare, essendo tutta la superficie forata da molti buchi.

Finalmente può anche riguardarsi come una varietà dell'*Antrace* la così detta pustola, o *Mal-vat*, il quale al dire di alcuni Scrittori, è proprio di molti paesi della Francia, e non così spesso osservasi in altri luoghi. Questa malattia principia con un piccolo rossore simile alla puntura di un insetto, che passa poi in una piccola vescichetta, e che ingrossandosi diviene prontamente cancrenoso. La malattia è accompagnata da sintomi spesso assai gravi.

Da quello noi abbiamo già detto può facilmente dedursi quale possa essere la cagione della malattia *Li* progressi rapidi della medesima, e la facilità della parte a passare in cancrena denotano sicuramente una causa universale, che agisce su di tutto il

sistema, e che per ordinario è d' indole maligna, e contagiosa, ed in fatti le febbri pestilenziali sono sempre accompagnate dall' *Antrace maligno*. Non è però, che non possa dipendere anche l' *Antrace* da un vizio della machina stessa, come p. e. da un umore qualunque máligno, che si determini verso una data parte, e ciò ha dato luogo a molti di credere all' esistenza di un *Antrace critico*. Che poi questa determinazione di umori possa realmente essere la causa dell' antrace osservasi chiaramente nel Favo, che non di raro dipende dalla determinazione di un umore morboso su di una data parte, e che sovente è prodotto da una qualche irritazione locale nella medesima.

La prognosi dell' antrace è quasi sempre pericolosa, terminando sovente con la cangrena, e con la morte. Varia però a seconda delle diverse specie, che abbiamo riportato della malattia. L'antrace benigno, quantunque produca sempre molto disordine nelle parti, ed insieme molta perdita di sostanza, rare volte è pericoloso; ma non è però così del *Carbonchio maligno*, *o pestilenziale*. In alcuni soggetti il suo corso è tanto rapido, che molti ne muojono in 48. ore, ed altri in tempo piu lungo. Esso è spessissimo mortale, e se non ha tal termine, produce una perdita di sostanza, che lascia delle deformità irreparabili. Il Favo, che noi abbiamo detto essere una varietà dell' *Antrace maligno*, è anche pericoloso, ma in proporzione meno dell' *Antrace*, ed il suo corso è più lungo, ed alle volte li malati se non muojono nell' acuto della malattia, o nel periodo della cancrena, muojono nel cronico dopo che essa è terminata, e periscono per la debolezza. Finalmente la *Pustola maligna*, o *Mal-vat* è anche esso ugualmente pericoloso, e se la debolezza sia grande la cangrena fa de' gran-

progressi, ed il malato perisce in pochi giorni. Se però reggano le forze, e si formi intorno al tumore un cerchio inflammatorio, che produce per mezzo della suppurazione una separazione della cangrena, cade l'escara, ed il malato guarisce.

Osservasi da tutto questo, che la cura principale dell' Antrace di qualunque specie esso sia consister deve primieramente nell' arrestare i progressi della cangrena, e secondariamente nel mantenere le forze del malato, e per conseguenza la cura dee incominciarsi dall' uso degli emollienti, se siano necessarj, del caustico, e ben anche del fuoco. Queste sono le basi principali, sulle quali è fondata la cura dell' *Antrace*, e che fà ora di mestieri di sviluppare.

L' *Antrace benigno* richiede ordinariamente una cura non molto attiva, bastando li semplici emollienti locali sotto forma di empiastri, aggiungendovi qualche leggero stimolante qualora osservasi che la malattia faccia un corso troppo lento. La cura interna consisterà ugualmente nel metodo debilitante, vale a dire purganti, e bevande diluenti, ed anche in qualche salasso se la malattia presenti una forte diatesi inflammatoria. Subito che l'inflammazione sia diminuita, il tumore sia ammollito, e presenti una specie di fluttuazione sarà necessario l' aprirlo, e questa incisione sarà bene, che sia di una certa grandezza, onde dar esito al fluido contenuto, e segnatamente alla cellulare corrotta; quindi molti autori consigliano di farla cruciforme, lo che rende anche più facile l' applicazione de' rimedj necessarj, onde impedire la cangrena, fra i quali annoverasi principalmente la China, che in queste occasioni è di sommo vantaggio.

Nell' *Antrace maligno* come più pericoloso, e

più rapido nel suo corso, la cura debbe essere pi energica tanto per quello riguarda tutto il siste ma, quanto per quello appartiene alla malattia lc cale. Dall' indole della malattia stessa comprendes che la cura esser dee tutta diretta ad impedire l debolezza, quindi nella cura interna si avrà in pri mo luogo in mira la natura della febbre, che suo le con esso essere accompagnata, e che essendo d natura nervosa richiede una cura attiva stimolan te. Un emetico sull' invasione della malattia sar utilissimo, come adattato ad eliminare il miasma contagioso, che è la cagione della medesima. Il res to della cura interna consisterà nell' uso del vino e della China. I vescicanti, l' alcali volatile, e l canfora saranno molto giovevoli, adattandoli alla circostanza, e segnatamente alle forze del malato, alla violenza della malattia, ed alla natura dell'e pidemia regnante. E' poi inutile il dire, che i pur ganti, ed i salassi non potranno che essere danno si in una malattia, nella quale l'estrema debolez za del paziente induce con somma facilità una can grena mortale. Questo è quello riguarda la cura in terna dell' *Antrace maligno*. Per quello poi, che appartiene alla cura esterna i migliori Pratici con sigliano per arrestare i progressi della cancrena l' uso del fuoco. Con questo mezzo si ottiene di rianima re l' azione della parte, e di rinvigorire la forza vitale di essa. Altri consigliano l'uso del caustico come p. e. la pietra caustica, ed altri finalmente le scarificazioni. Il metodo del fuoco sarà sicu ramente preferibile a tutti; ma qualunque si ado peri degli accennati dovrà indi farsi uso de' sti molanti locali, come p. e. dell' unguento basilico, della terebintina &c. Non é poi qui necessario l' av vertire che qualunque metodo si usi anderà più volte ripetuto il contatto del caustico, del fuoco, o

delle scarificazioni fino che la piaga prenda un aspetto benigno, e si impediscano i progressi della cancrena.

Il sistema di cura conveniente all' altre due specie di malattie da noi riportate all' *Antrace*, cioè *il Favo*, ed il *Mal-vat* poco differisce da quello abbiamo accennato per l' *Antrace maligno* secondo gli antichi in particolare; il *Favo* però dipendendo spesso come si è di sopra detto da una determinazione, o metastasi di umore maligno sarà prima di tutto necessario correggere la qualità di detto umore con i rimedj adattati generali, e contemporaneamente trattare il locale con gli empiastri emollienti, e mai stimolarlo con attonanti, nè aprirlo con ferro, o fuoco, ma solo dai naturali favi procurare in ogni medicatura a fare uscire la marcia.

Nel mal-vat poi conviene adoperare la cura conveniente alle malattie contagiose, e per la cura locale oltre gli stimolanti topici, fra i quali viene dai recenti Scrittori raccomandata la china, l' aceto, il sale ammoniaco etc. sarà eziandio necessario l' uso del caustico. Un acido forte, o qualunque altro caustico, e meglio poi di tutti il ferro rovente sono i mezzi migliori per indurre una locale irritazione, che oltre l' impedire i progressi della cancrena, produce una infiammazione locale, ed una suppurazione, il di cui effetto è la separazione delle parti mortificate. Molti adoperano delle taste, o altro corpo estraneo ricoperto di qualche polvere caustica.

Per terminare il trattato de' tumori inflammatorj restaci a trattare del *Panarice*. Questa malattia consiste in una infiammazione flemmonosa, che sopragiunge nell' estremità delle dita. Gli autori recenti distinguono 4. specie di *Panereccio* a seconda delle parti, che esso occupa. La prima spe-

cie ha la sua sede sulla faccia palmare del dito, la seconda resta nel dorso di esso, e sotto l' unghia, la terza nella vagina de' tendini, e finalmente la quarta nel periostio delle falangi, mentre le due prime sembrano occupare soltanto la cellulare di dette parti. I sintomi ordinarj della malattia sono il tumore, o piuttosto il gonfiore dell' estremità di un dito accompagnato da rossore, calore vivo, e dolore lancinante, il quale si estende sovente a tutto il braccio, producendo eziandio la tumefazione del medesimo, non che delle glandole dell' ascella. Se la sede della malattia sia nella vagina de' tendini, o nel periostio delle falangi, i sintomi saranno molto più gravi, essendo in questi casi molto risentita la febbre, ed aggiungendosi ad essa il delirio, e le convulsioni.

Le cagioni della malattia possono essere locali, o generali. Fra le cause locali si annovera qualunque genere di irritazione locale, come sarebbe le punture delle dita, e segnatamente quelle trascurate, o che abbiano luogo in una machina, nella quale domini un vizio qualunque di umori, e così ancora le punture, dalle quali siasi introdotto in essa qualche umore venefico. Le contusioni, le morsicature di animali velenosi, i corpi estranei introdotti &c. sono tutte cause adatte a produrre questa malattia. Per quello poi, che riguarda le cagioni interne di essa possono esse ridursi alla inalzata eccitabilità della machina, che produce questa infiammazione flemmonosa locale, come appunto vediamo, che sotto circostanze analoghe generansi spesso delle altre infiammazioni locali. I vizj interni, i quali alle volte cagionano il *Panereccio* possono essere eziandio considerati come cagioni generali della malattia; ma conviene a questo riguardo esser cauti di non prendere un sintoma

di una malattia generale esistente nella machina per una malattia particolare.

Per quello, che riguarda il pronostico del *Panereccio* qualora esso sia semplice, ed attacchi soltanto la cellulare, non sarà di molta conseguenza ma cederà facilmente all'uso degli emollienti, e si otterrà una buona suppurazione qualora si adoperino i mezzi a questo oggetto indicati. Non può però dirsi lo stesso, qualora la malattia abbia la sua sede nella vagina de' tendini, o nel periostio, e segnatamente qualora si rincontri questa malattia in una machina infetta di qualche vizio di umori, come p. e. venereo, scorbutico, o scrofoloso. Se la malattia abbia la sua sede nelle vagine de' tendini, l' infiammazione non si limita alle sole dita, ma si estende alla mano, all' antibraceio, e fino anche all'ascella, i dolori sono fortissimi, e la suppurazione è molto estesa, la di cui conseguenza è spesso la distruzione de' tendini flessori, e quindi lo storpiamento, la perdita di qualche falange, la cancrena, e puranche la morte. Il *Panereccio* che ha la sua sede nel periostio produce facilmente la carie, e quindi richiede molte volte l'amputazione se non è sufficiente l'esfoliazione, e la sortita della porzione di falange cariata per ottenerne la cicatrice. Non di raro poi accade, che la malattia occupa tanto la vagina de' tendini flessori, quanto il periostio, ed allora il pericolo cresce necessariamente a proporzione della maggior quantità delle parti interessate.

La cura del *Panereccio* è analoga a quella delle altre infiammazioni, vale a dire di tentare primieramente la risoluzione col metodo antiflogistico passando in seguito qualora essa non possa ottenersi a procurare una buona suppurazione dando in appresso esito alla materia, che si è formata. Il metodo dunque, che devesi usare nel principio del-

la malattia sarà quello debilitante, e dovrassi particolarmente ricorrere al salasso ripetuto secondo la violenza della febbre, la forza de' dolori, ed il temperamento del malato. Molti consigliano anche i salassi locali, e questi per mezzo delle mignatte; le fomentazioni, i bagni, ed i cataplasmi emollienti saranno in questa malattia utilissimi, come nelle altre infiammazioni flemmonose tanto per procurarne la risoluzione, quanto per calmare i dolori. Occupando questa malattia i nervi appartenenti all' organo del tatto, non è alcuna maraviglia se i dolori siano a proporzione assai più forti, che in qualunque altra infiammazione flemmonosa, e quindi gli anodini, e calmanti saranno oltremodo necessarj. L' opio sul principio della malattia produce sovente mirabili effetti. La violenza de' dolori in questa malattia obbliga il più delle volte a incidere il tumore senza che per anco siasi ben stabilita la suppurazione. Il taglio dovrà esser profondo fino alla sede della malattia, e con questo prevengonsi ordinariamente molte funeste conseguenze; conviene però anche avvertire, che ad onta di tutti questi mezzi non si arriva spesso ad impedire la carie dell' osso, e lo storpiamento. Incidendosi il periostio l' osso rimane spesso allo scoperto, e ne siegue la carie, che se abbia luogo nell' ultima falange produce la caduta di essa, e così poi incidendosi la vagina de' tendini flessori, e rimanendo il tendine allo scoperto ne siegue l' esfoliazione, e lo storpiamento ne è la conseguenza inevitabile. Ad onta però della facilità di tutti questi successi è necessario di aprire il tumore sollecitamente sì per i violenti dolori, come anche per impedire, che il pus si faccia strada lungo la vagina tendinosa, ed attacchi una maggior estenzione dell' articolo. Avendo molti Autori creduto, che la pressione del li-

gamento annulare del carpo potesse essere la cagione del grave dolore hanno proposto di reciderlo. Questo però non è necessario, e se pur qualche volta ci si deve ricorrere, ciò accade piuttosto per dare un esito libero alla materia, ed impedire, che la suppurazione si faccia strada lungo l'articolo, di quello sia per togliere la pressione di esso legamento.

Sono poi divisi gli Autori circa la preferenza del ferro, o del caustico in tali circostanze. Il vantaggio, che ritrovasi dall' incisione è molto più sollecito, che quello che ottiensi dal caustico, ed inoltre il sangue, che esce in maggior copia per mezzo dell' incisione produce l'effetto di un salasso locale. Il caustico all' opposto produce una più grande apertura, che facilita molto il pronto esito della materia; ma si può ottenere lo stesso effetto facendo un taglio cruciforme. Il metodo dell' incisione va sempre preferito al caustico tanto perchè desso produce un effetto più sollecito, quanto perchè è meno doloroso, cosa, che è molto valutabile in questa malattia, nella quale i dolori sono assai vivi, e vengono accresciuti da ogni minima causa.

Inciso il tumore, e dato esito alla materia dovrà continuarsi la medicatura con gli emollienti locali. Sarà necessario l' astenersi da tutti i rimedj irritanti, che vengono da molti prescritti, e così anche deve prescriversi l' uso delle taste, e turunde di sfila, onde tenere aperto lo scolo alle materie; giacchè oltre che desse sono difficili a tenersi nel sito adattato sono insopportabili pel dolori che recano. Se dopo praticata l' incisione l' infiammazione sia violenta, ed i dolori assai forti potrassi ricorrere al salasso, piuttosto che all' uso dell' *opio* applicato localmente, come da qualcuno si commenda. Di quest' opio ne sarà soltanto lo-

devole l' amministrazione interna per riparare alle vigilie notturne ceduto che sia lo stadio infiammatorio.

CAPO V.

DEI TUMORI SIEROSI.

L' equilibrio fra l'azione de'vasi esalanti nella membrana cellulare, ed in tutte le cavità del corpo umano, e quella de vasi assorbenti è la causa per la quale il fluido separato viene ugualmente riassorbito, e non si raduna mai in alcuna delle parti accennate; ma se questo equilibrio poi più non esista, se i vasi esalanti ne separino in troppa quantità, ovvero i vasi inalanti non possano riassorbire la quantità, che se ne separa, disturbasi l'equilibrio fra queste due specie di vasi, e l'umore viene a radunarsi nella cellulare, o in qualche cavità. Un' tal raduno di questo fluido sieroso viene da noi detto *Tumore sieroso*, il quale riceve diversi nomi a seconda delle parti, le quali egli occupa. Molti Scrittori annoverano in questa classe l' *Edema*, la *Leucoflemmazia*, l' *Anasarca*, l' *Idrope*, e le *Idatidi*, ma rigorosamente parlando non è, che il primo appartenente a questa classe, comprendendo noi sotto il nome di *Edema* eziandio la *Leucoflemmazia*. Le altre malattie nominate non possono chiamarsi propriamente tumori sierosi essendo il siero raccolto in una cavità, e molte volte non formando alcuna elevazione all' esterno.

Per *Edema* intendesi in Chirurgia quell' accumulamento di umore sieroso radunato nel tessuto cellulare subcutaneo. Questo tumore è il più delle volte molto esteso, e non è così esattamente circoscritto come gli altri tumori. La cute è del color naturale, anzi spesso più bianca, il calore è minore

essendo molte volte la parte fredda. La pressione del dito produce una fossa, la quale resta anche dopo fatta la pressione, e non svanisce, che a gradi. Questo tumore spesso s' infiamma, ed una tale infiammazione è di natura erisipelacea, ed alle volte anche si rompe dando esito al fluido contenuto. Un carattere dell' *Edema* è di portarsi facilmente da un luogo all' altro, come ancora di crescere, o diminuire secondo le diverse posizioni della machina, lo che ha segnatamente luogo nell' *Edema* dell' estremità inferiori.

Parlando di questa malattia è necessario fare due distinzioni. La prima riguarda le parti, che essa occupa, e la seconda riguarda la natura della malattia. Le diverse parti, che occupa l' *Edema* fanno, che esso riceva diversi nomi, quindi dicesi *Anasarca* se occupa tutto il corpo, *Edema* se restringasi alle estremità, *Idrocele* esterno quando l' umore è stravasato nella cellulare dello scroto, ed interno, o vero quando detto umore è nella vaginale del testicolo etc. La natura poi dell' *Edema* può essere idiopatica, o sintomatica, può essere acuta, o cronica, e finalmente può essere l' effetto di un' atonia di tutto il sistema, segnatamente del linfatico, ovvero dipendere da causa opposta, e può finalmente essere il prodotto di cagioni locali.

L' esame dunque il più interessante nella cura dell' *Edema* si è quello delle cagioni, le quali sono molto varie, ma possono commodamente ridursi a tre punti principali, considerandole cioè come cagioni irritanti, come cagioni debilitanti, o finalmente come cagioni locali, ed indipendenti da vizio di tutto il sistema, alle quali possono eziandio ridursi gli edemi sintomatici. Le malattie infiammatorie possono esser cagione di edema, accrescendo l'azione de vasi sanguigni, e per conseguenza spin-

gendo maggior copia di fluido ne' vasi esalanti, ed aumentando la separazione della linfa. In molti casi di *Pleuritide*, o *Scarlattina* ossservasi l'Idrotorace prodotto appunto dalle cagioni accennate. Più frequenti però sono i casi di Edema nati da una atonia del sistema in generale, la quale riguardi poi particolarmente il sistema linfatico. Quest' atonia diminuendo l'azione de vasi assorbenti produce il ristagno del fluido separato dai vasi esalanti, e quindi l'Edema. La malattia prodotta da queste cagioni osservasi frequentemente nell' età avanzata, e nelle persone, che sono state per molto tempo soggette all' azione di cagioni debilitanti. Le febbri intermittenti portano seco molte volte per conseguenza l'edema di questa natura. L' emorragie violenti sono anche spesso origine di questa specie di malattia.

L' ultima divisione delle cagioni dell'edema abbiamo detto essere quelle locali, sotto questa specie noi comprendiamo le ostruzioni de visceri, o delle glandole conglobate, le malattie tutte del sistema linfatico, la compressione sopra il medesimo come p. e. dell' utero gravido, lo scirro di qualche viscere etc. Finalmente l'Edema può essere eziandio sintomatico. Qualora desso sia sintoma di un Idrope interno, come per ordinario accade che l'Edema de' piedi sia sintoma dell' ascite, e quello delle mani dell' Idrotorace, debbono queste malattie considerarsi come una sola, e rintracciarne la cagione principale dirigendo secondo essa il piano di cura; molte altre volte però l'Edema è un sintoma di una malattia interna affatto differente dall'Idrope, e questo osservasi segnatamente nel caso di vizj organici, o dilatazioni del cuore, o vasi grossi. In queste malattie, e molto più nell' ultimo stadio delle medesime l' infiltrazione dell' estremità inferiori, ed

o molte volte la parte fredda. La pressione
o produce una fossa, la quale resta anche
tta la pressione, e non svanisce, che a gra-
esto tumore spesso s' infiamma, ed una ta-
mazione è di natura erisipelacea, ed alle
che si rompe dando esito al fluido conte-
n carattere dell' *Edema* è di portarsi facil-
a un luogo all' altro, come ancora di cre-
diminuire secondo le diverse posizioni del-
na, lo che ha segnatamente luogo nell' *Ede-*
estremità inferiori.

lando di questa malattia è necessario fare
inzioni. La prima riguarda le parti, che
upa, e la seconda riguarda la natura della
. Le diverse parti, che occupa l' *Edema* fan-
sso riceva diversi nomi, quindi dicesi *Ana-*
occupa tutto il corpo, *Edema* se restringasi
mità, *Idrocele* esterno quando l' umore è
nella cellulare dello scroto, ed interno,
ando detto umore è nella vaginale del testi-
La natura poi dell' *Edema* può essere idio-
sintomatica, può essere acuta, o croni-
almente può essere l' effetto di un' atonia
il sistema, segnatamente del linfatico, ov-
ndere da causa opposta, e può finalmente
prodotto di cagioni locali.

same dunque il più interessante nella cura
ma si è quello delle cagioni, le quali sono
rie, ma possono commodamente ridursi a
principali, considerandole cioè come ca-
tanti, come cagioni debilitanti, o finalmen-
cagioni locali, ed indipendenti da vizio
il sistema, alle quali possono eziandio ri-
i edemi sintomatici. Le malattie inflamma-
ssono esser cagione di edema, accrescendo
de vasi sanguigni, e per conseguenza spin-

che o dall' apertura del tumore qualora esso esista all' esterno, o dalla sezione del cadavere.

Per quello poi appartiene alla cura delle idatidi essa è delle più difficili. In questi casi è necessario distinguere se queste idatidi siano realmente animali della classe de' vermi, ne' quali casi molti propongono degli antelmintici, e segnatamente il mercurio. Dobbiamo però confessare, che questo metodo spesso riesce infruttuoso. Il mezzo migliore si è quello di incidere il tumore qualora esso sia accessibile, e quindi dopo dato esito alle idatidi contenute distruggere la cisti o per mezzo del caustico, o per mezzo di un topico stimolante.

CAPO VI.

DE' TUMORI SANGUIGNI.

Le malattie, delle quali parliamo in questo capitolo consistonò in una raccolta di sangue, che formasi in una data parte del corpo umano sia essa prodotta o da una dilatazione de' vasi sanguigni, ovvero dalla rottura de' medesimi, lo che da origine allo stravaso del sangue in una cavità, o da una infiltrazione del medesimo nel tessuto cellulare. Parlando nel secondo volume di questi elementi di Chirurgia delle malattie particolari di ogni parte del corpo umano avremo occasione di trattare delle varie raccolte di sangue, che formansi in diversi luoghi di esso, e che secondo le diverse regioni, che occupano ricevono diverso nome, presentano una prognosi diversa, e richieggono un vario metodo di cura. Le malattie, delle quali al presente parliamo sono gli *Ascessi sanguigni*, *l' Ecchimosi*, *la Varice*, *e l' Aneurisma*.

L' *Ascesso sanguigno* è una malattia poco fre-

quente, e per conseguenza poco nota, Varj Scrittori recenti hanno pubblicato delle osservazioni sopra alcune specie di questa malattia, specie, le quali sono incurabili, e nelle quali altro rimedio non si è trovato, che l' amputazione del membro. Il carattere di questi tumori è di essere duri, indolenti, e contenenti del sangue molto degenerato. Essi hanno la loro sede molte volte nelle glandole, ma spesso negl' articoli. Il corso di questa malattia è ordinariamente lungo, e se venga ad estirparsi il tumore col taglio ne nasce ordinariamente una emorragia irreparabile, che produce la morte del malato. L' apertura del tumore è accompagnata dallo stesso effetto, giacchè se non ne siegue l' emorragia mortale ha luogo una cancrena, che inevitabilmente priva di vita il paziente. Questi tumori hanno ordinariamente un colore livido, e per solito la parte passa in cancrena, o i tegumenti si rompono, e producono l' emorragia mortale. Nella sezione della parte trovasi la carie, e se la malattia abbia fatto dei progressi le ossa sono distrutte. Questo fenomeno è analogo a quello, che osservasi negli altri tumori sanguigni, e segnatamente negli aneurismi, nelle quali malattie se siano di lunga durata osservasi costantemente la distruzione delle ossa.

La diagnosi di questi tumori non è così facile; ma potranno dar molto lume il temperamento del malato, la causa della malattia, ed i sintomi di essa. Il tumore è ordinariamente tardo nel suo corso a differenza dei tumori di altra specie, e non presenta alcun carattere inflammatorio, nè partecipa dell' indole di alcuna altra specie di tumori. Ordinariamente osservansi nella circonferenza degli ascessi sanguigni delle vene gonfie, e livide, e molte volte si rincontra nel mezzo di essi una specie di fluttuazione affatto diversa da quella, che sentesi col

tatto negli ascessi, e segnatamente varia se si rifletta al corso precedente della malattia.

La prognosi di questi tumori è sempre infausta; per quello poi che appartiene alla cura i migliori pratici non riconoscono alcun altro mezzo, che l'amputazione del membro. L'estirpazione del tumore è seguita come si è detto da emorragie mortali, e quindi è piuttosto dannosa, che utile. Da questo ne siegue, che qualora il tumore esista in luoghi tali, che non ammettano l'amputazione la malattia sarà incurabile, e non ammetterà, che la cura palliativa. Per questo metodo di cura saranno indicati gli attonanti locali, ed anche l'apertura del tumore per mezzo del troicart. Quest'apertura dovrà farsi nel luogo indicato dalla natura stessa, cioè dove la cute è più sottile, e quasi trasparente, e si procurerà che l'apertura sia più piccola che sia possibile, onde poterla chiudere al momento, che si vegga, che sovrasti un emorragia pericolosa. Questo metodo però non guarisce mai radicativamente la malattia, ma non fa, che ritardarne i progressi.

L'*Ecchimosi* è un tumore prodotto dal sangue stravasato sotto la cute, e cagionato dalla rottura di vasi sanguigni. Questo tumore è spesso leggiero, superficiale, e consistente in una semplice macchia della cute, qualche volta però lo stravaso è considerabile, il tumore molto elevato, e la malattia degenera in un ascesso sanguigno.

Alcuni Moderni distinguono l'ecchimosi in diffusa, e circoscritta. Intendono essi col nome di ecchimosi diffusa quella formata dallo stravaso del sangue nella cellulare quando esso infiltrasi nelle cellule di essa, chiamando poi ecchimosi circoscritta quella prodotta dall'accumulamento del medesimo in una sola cavità. Nell'ecchimosi diffusa la gonfiezza è molto simile a quella, che osservasi nei

edema, quando l' acqua è infiltrata nella cellulare mentre nell' ecchimosi circonscritta la malattia ha piuttosto l' apparenza di un tumore.

Le cause di questa malattia possono essere o esterne, o interne. L' esterne sono le percosse sulla parte, le contusioni, e le ferite de' vasi succutanei. Alle cagioni interne poi appartengono tutte le depravazioni degli umori, e segnatamente del sangue. Osservansi per conseguenza dell' ecchimosi nelle malattie di questo genere, come p. e. nello scorbuto, nel tifo. L'ecchimosi di questa seconda specie potrebbe chiamarsi piuttosto sintomatica, ed appartenendo la cura della medesima a quella della malattia generale noi non intendiamo qui parlare che della prima specie, che vien prodotta dalle cause esterne, e che potrebbe dirsi idiopatica, o locale.

Siccome l'oggetto principale in questa malattia si è quello di procurare il riassorbimento del sangue stravasato, quindi è, che quando lo stravaso sia piccolo il tumore poco, o nulla elevato, la parte dove esso esiste non sia vicina a degli organi delicati, e finalmente la causa sia esterna, e di poca conseguenza, la guarigione della malattia sarà facile ad ottenersi. Se poi all' opposto il sangue stravasato sia in abbondanza, il tumore molto elevato, sia situato in vicinanza di parti interessanti, e finalmente se la causa, che l' ha prodotto sia grave, o dipenda da una depravazione di umori, la prognosi della malattia non sarà così certa, potendo nascere molte volte delle suppurazioni pericolose, la carie delle ossa, e simili pericolosi accidenti.

Tutto l'oggetto principale della cura dell' ecchimosi idiopatica, o locale consiste nel procurare il riassorbimento del sangue stravasato. Quando lo

stravaso è leggiero spesso le sole forze della natura sono sufficienti ad ottenere l'intento non riconoscendo la malattia in questo caso, che una cagione puramente locale. Non sarà però inutile in queste circostanze l' ajutare la natura per mezzo di attonanti, ed astringenti localmente applicati, i quali accrescendo l' azione de' vasi assorbenti facilitano il riassorbimento dell' umore stravasato. I bagni freddi, lo spirito di vino, il sale ammoniaco, l' erbe aromatiche sono i rimedj, i quali sodisfano principalmente all' accennate indicazioni.

Ma questi rimedj sono spesso insufficienti ne' casi, ne quali l' ecchimosi è più grande, e forma un tumore elevato. In questi casi la parte è per ordinario molto dolente, ed i rimedj spiritosi, ed irritanti non fanno che accrescere il dolore senza facilitare il riassorbimento del sangue stravasato, che anzi sono d' impedimento al medesimo coartando maggiormente i vasi, e cagionando una infiammazione; allora è necessario l' uso degli emollienti sul principio quando vi è ancora timore di una infiammazione; ma passato il primo periodo é necessario ricorrere all' uso dei discuzienti, e risolventi più energici avendo in questi casi il sangue acquistato una maggior densità. Il sale ammoniaco, il sapone, la farina di seme di lino, e simili sono i rimedj adattati all' oggetto. Spesso però questi rimedj operano lentamente, e non impediscono punto, che il tumore suppuri, o che produca la carie dell' osso sottoposto. In tali circostanze è necessario prevenire questo disordine, e l' unico mezzo è l' apertura del tumore, Quest' apertura deve esser meno grande, che sia possibile, e sufficiente soltanto a dare esito all' umore contenuto senza dar adito all' aria, o a qualunque corpo estraneo. Evacuato il sangue, e poste le parti a mutuo con-

tatto per mezzo dei locali attonanti si arriva a procurare una locale infiammazione, che produce l'adesione delle parti, e si riunisce la cavità.

I tumori di questa natura formansi spesso alle parti genitali muliebri, e sotto la cute del cranio. Questi secondi si osservano sovente nei bambini, e segnatamente ne' neonati. I tumori formati nelle labbra delle pudende muliebri richiedono frequentemente l' apertura, ma quelli, che formansi sulla testa dei bambini cedono spesso all'uso degli attonanti locali; se però il riassorbimento sia troppo tardo è necessario ricorrere all' apertura onde impedire la corrosione dell' osso sottoposto.

La varice è un tumore sanguigno formato dalla dilatazione preternaturale, e permanente delle vene, e sue ramificazioni. Questa malattia può aver luogo in molte parti del corpo, ma segnatamente nelle estremità inferiori, ed in esse particolarmente formano le vene de' tumori molli, nodosi, indolenti, e di color bleu, e questi tumori diminuiscono tenendo l' articolo nella posizione orizontale, mentre crescono tenendolo verticalmente. Molte volte però le varici sono del color naturale della cute quando la vena sia alquanto profonda, e così poi possono esser dolorose, dure &c. Secondo le varie parti, nelle quali esistono questi tumori ricevono essi diverse denominazioni, chiamansi quindi emorroidi se esistono all' ano, circocele quelli dello scroto, e cordone spermatico, e finalmente varici propriamente dette quelle delle estremità inferiori.

La cagione ordinaria di questa malattia consiste in un impedimento qualunque al ritorno del sangue, dal quale nasce una congestione nella vena. Fra queste cagioni hanno luogo la pletora locale di una parte, la debolezza de' vasi venosi, la soppressione di una evacuazione sanguigna, e fi-

nalmente qualunque compressione sulle vene, la quale impedisca il ritorno del sangue al cuore. I tumori, l' ostruzioni de' visceri del basso ventre possono quindi esser cause di varici; ma una delle più frequenti è la gravidanza, nel qual caso la compressione dell' utero sulle iliache impedisce il ritorno del sangue dalle estremità inferiori, e quindi produce delle varici all' ano, ed alle cosce, e gambe. Oltre le cagioni locali meccaniche delle varici possono venir esse prodotte anche dalla situazione delle membra continuata per lungo tempo, e quindi sono soggette alle varici le persone, che stanno spesso in piedi, o cavalcano per lungo tempo.

Al principio le varici sono piccole, e circoscritte, ma in appresso crescono, diventando oblunghe, e condensandosi il sangue divengono eziandio dure. Fintanto che desse sono piccole, e molli poco incomodo arrecano, ma cresciute poi che siano diventano dolorose, e spesso s' infiammano. Ci sono delle varici, che si aprono di tanto in tanto da se medesime, ovvero in occasione di qualche compressione o puntura esterna. L' emorragia, che ne siegue produce sempre un alleviamento de' sintomi, ma spesso diviene troppo violenta, ond' è necessario reprimerla. Cessata l' emorragia o naturalmente, o artificialmente si riproduce per solito nuovamente la varice con i medesimi incomodi antecedenti.

La cura della malattia consiste nell' allontanare le cagioni di essa, e nel rimediare al loro effetto. Se la cagione sia permanente come la gravidanza, uno scirro di qualche viscere dell' addome, o altra qualunque di simil natura, ognun vede, che poco, o nulla potrà sperarsi dall' arte Chirurgica. Ma se la varice dipenda da cagioni estrinseche, come da compressioni esterne, o da un genere

di vita particolare, sarà facile la guarigione. Per rimediare poi alla dilatazione della vena se dessa sia recente, non di gran volume, e non accompagnata da sintomi gravi si otterrà la diminuzione del tumore, o almeno s' impedirà l' avanzamento di esso per mezzo della compressione, e degli astringenti. La compressione dovrà essere metodica, uniforme, e permanente. Riguardo poi ai topici astringenti consisteranno essi nell' uso dell' acqua fredda, nella decozione di china, vallonea, spirito di vino, allume, preparazioni saturnine &c.

Qualora però la malattia sia antica, sarà ben difficile, anzi impossibile ottenerne la cura radicativa, e tutto quello che potrà farsi sarà di impedirne l' avanzamento, giacchè in questi casi essendo le pareti delle vene troppo dilattate hanno esse perduto la loro elasticità, nè possono ritornare allo stato naturale, quindi la malattia è incurabile, con tutto ciò sarà necessario il praticare i mezzi testè accennati, giacchè se dessi non guariscono la malattia, oltre l' arrestarne i progressi, impediranno ancora, che la parte s' infiammi, che suppuri e si rompa, lo che da spesso origine a delle ulceri varicose, le quali non sono difficili a passare in cancrena. Si dovrà quindi attendere in questi casi di prevenire l' emorragie per mezzo de salassi, del regime di vita, e della situazione adattata della parte, se poi l' emorragia succeda dovrà arrestarsi coi mezzi già indicati. Gli antichi scrittori di Chirurgia propongono tre metodi per la cura delle varici consistenti nell' apertura del tumore, nell' incisione di esso, estraendo i grumi di sangue contenutivi, e finalmente nella legatura della vena al di sopra, e al di sotto del tumore varicoso. Questi metodi però sono al presente rigettati dai migliori

pratici, perchè dolorosi, ed inutili, ottenendosi lo stesso effetto dalle compressioni.

L'Aneurisma consiste propriamente in una dilatazione dell' arteria, ma siccome sotto il nome di aneurisma si comprendono alcune malattie non dipendenti da una dilatazione dell' arteria, ma bensì da un' apertura delle pareti della medesima, qualunque ne sia stata la cagione, quindi è, che i più recenti scrittori di Chirurgia definiscono l' aneurisma un tumore sanguigno, arterioso, con pulsazioni isocrone a quelle del cuore.

La divisione più communemente ammessa di questa malattia si è di distinguerla in aneurisma *vero*, aneurisma *spurio*, ed in aneurisma *varicoso*. L'aneurisma vero è quello, che viene formato propriamente dalla dilatazione delle tonache dell' arteria. Nell' aneurisma spurio, o falso l' arteria non è dilatata, ma è rotta, ed il tumore viene formato dal sangue, che si stravasa nella cellulare vicina. Questo aneurisma falso si è distinto in aneurisma falso primitivo, ed in consecutivo. Il primitivo è quello, nel quale dopo l'apertura di un' arteria cagionata da un violente sforzo di un membro, o contusione non vi sia alcuna esteriore lesione, da cui possa uscire il sangue, infiltrasi esso nella cellulare vicina, e forma un tumore pulsatile nella parte stessa. Questa specie di Aneurisma può essere poi o circoscritto, o diffuso, perchè il sangue infiltrandosi nella cellulare graduatamente a seconda del calibro del vaso, e dell' apertura, o può formare un sacco distendendo la stessa cellulare, e rendersi circoscritto, e per lo contrario inoltrandosi questo fluido per le cellule dell' adipe succutaneo, va ad acquistar il tumor maggior circonferenza non che alle volte occupa quasi tutto l' articolo con alcune ineguaglianze, ed in allora le si dà il nome di diffuso. L' aneurisma poi fal-

so consecutivo è quello, il quale nasce, o in conseguenza del vero per la rottura delle tonache dell' arteria, che da qualche Scrittore è chiamato *Aneurisma misto*, o in seguito di un' aneurisma spurio per la riapertura dell' arteria già cicatrizzata, ed in questo il sangue si stravasa di sovente in piccola quantità sotto i tegumenti, e forma un tumore duro, rotondo, circonscritto, con pulsazione e senza cangiar colore alla pelle. L' aneurisma varicoso è poi quando è ferita la vena da una parte all' altra, ed indi è ferita anche l' arteria sottoposta. Questo aneurisma partecipa della varice, e dell' aneurisma consistendo propriamente in una dilatazione della vena prodotta dal sangue arterioso, il quale ha un continuo passaggio nella medesima. Per questa ragione è stato anche denominato varice aneurismatica, o anèurisma per anastomosi. In questo aneurisma si cicatrizza l' apertura esterna della vena restando aperta l' interna, o quella corrispondente all' arteria.

Molti Scrittori ammettono anche altre specie di *Aneurisma*, p. e. *l' Aneurisma misto*, e *l' Ernia Aneurismatica*. L' aneurisma misto accade secondo essi quando trovasi riunita la rottura, e la dilatazione dell' arteria, come abbiamo già detto, lo che può accadere allor quando nell' aneurisma vero dopo essersi molto dilatata l' arteria viene essa a rompersi o per la troppa distenzione, o per vizio interno della macchina, o per una qualche causa esterna. L' ernia poi aneurismatica è stata da alcuni riconosciuta nella ferita delle membrane esterne dell' arteria restando illesa l' interna. Non potendo essa sola resistere allo sforzo del sangue dee necessariamente cedere ad esso, e formare una specie di sacco, o d' ernia, d' onde ha ricevuto il suo nome. Questa specie però seppure esiste è sicuramen-

la ferita stessa. L' aneurisma spurio consecutivo si forma dopo qualche tempo dall' apertura dell' arteria già chiusa, e viene prodotto dalla riapertura della stessa ferita, come ancora può nascere dalla rottura del sacco aneurismatico nell' aneurisma vero. Finalmente la causa dell' aneurisma varicoso consiste come abbiamo già accennato nella ferita dell' arteria corrispondente a quella della vena, che la ricuopre.

La prognosi degli aneurismi è varia secondo il luogo occupato dalla malattia. Se l' aneurisma sia interno è ordinariamente incurabile, molto più che i rimedj, i quali potrebbero essere utili in questa malattia non possono venire applicati che negli ultimi stadj della medesima essendone nei primi periodi difficile la diagnosi, onde essi terminano o con la morte improvvisa del malato per la rottura dell' aneurisma stesso, o con l'idrope parziale o generale. L' aneurisma esterno è molte volte curabile, ed abbiamo degli esempi di aneurismi guariti, anzi molti di essi guariscono spontaneamente. In questi casi accade il coagulo del sangue, il quale impedisce la maggior dilatazione dell' arteria, o del sacco aneurismatico se l' aneurisma sia spurio. Nel caso di aneurisma vero resta ordinariamente abolito il diametro dell' arteria, e si fa la circolazione del sangue per mezzo de' vasi laterali; se poi l'aneurisma sia spurio, si forma il grumo di sangue nel sacco, ed il sangue può seguitare a scorrere per l' arteria stessa. Questi casi però di guarigioni spontanee di aneurismi non sono la terminazione la più ordinaria della malattia. Per solito l'aneurisma tende sempre a crescere in volume, e così produce la morte del malato o inducendo la cancrena della parte, o la carie delle ossa, o finalmente rompendosi e producendo così una emorragia mortale.

Le indicazioni da aversi nella cura degli aneurismi in generale sono 1. di diminuire l' impeto del sangue, che tende sempre a dilatare il tumore, 2. di rimediare alla causa del tumore stesso sia essa la dilatazione dell' arteria come nell' aneurisma vero, sia l'apertura della medesima come nell' aneurisma spurio. Egli è necessario di esporre primieramente alcuni principj generali per la cura di questa malattia per passare poi agli ajuti, i quali convengono ad ognuna delle specie in particolare.

I rimedj generali, con i quali si diminuisce l'impeto del sangue consistono ne' debilitanti. Fra di essi ha il primo luogo il salasso, indi la dieta rigorosa, e la quiete. Una compressione locale sarà di molto giovamento per ottenere lo stesso intento. Gli astringenti da molti raccommandati sono al presente riconosciuti di poco, o niun vantaggio, e quindi poco uso si fa de' medesimi. I mezzi presentemente più usati sono la compressione, e l' allacciatura, i quali però debbono essere diversamente impiegati secondo la varia natura della malattia.

L' aneurisma vero ammette l' uno, e l' altro di questi metodi. La legatura può farsi o legando l'arteria al di sopra del tumore impedendo così il passaggio del sangue nel medesimo, ovvero legando l' arteria al di sopra, ed al di sotto del tumore, indi aprendolo per dar esito al sangue contenuto. La stessa distinzione ha luogo nell' altro metodo, che adoperasi per la cura dell' aneurisma vero, ossia nella compressione, potendosi essa praticare tanto immediatamente sul tumore, quanto sull' arteria al di sopra del medesimo. La compressione è ordinariamente dolorosa, e quindi rare volte si ottiene con questo mezzo l'effetto desiderato, molto più che una compressione debole non è di grande effet-

te utile nell' aneurisma spurio, giacchè qualora esso non sia molto recente il sangue stravasato, ed aggrumato nel sacco aneurismatico impedisce, che la compressione agisca direttamente sulla ferita, al contrario essa comprimendo il sangue aggrumato produce la rottura de' grumi, e dà luogo a nuove emorragie, ed alla cancrena. In questo caso il miglior metodo è quello dell' allacciatura.

L' aneurisma varicoso finalmente ch' è la terza specie di aneurisma, che abbiamo esposto, non ammette la compressione, non potendo essa procurare, che la cicatrizzazione della ferita della vena senza che possa poi ottenersene quella dell' arteria corrispondente nella vena medesima. Siccome gl'incomodi di questa malattia non sono grandi, e non cresce molto di volume, nè impedisce i moti del braccio, che è il luogo dove esso più frequentemente si forma, così i più recenti Pratici usano di lasciare la malattia alla natura senza tentare nè la compressione, nè l' allacciatura. Alcuni propongono la compressione, ed asseriscono aver da essa ottenuto la cura radicativa della malattia, ma siccome abbiamo degli esempj di persone, le quali hanno vissuto molti anni con questo incomodo senza risentirne alcun danno, e sappiamo d' altronde, che la compressione è spesso riuscita infruttuosa sarà miglior consiglio l' abbandonare la malattia a se stessa.

Prima di lasciare di parlare degli aneurismi è necessario dir qualche cosa in particolare sopra le due specie di aneurismi più frequenti ad occorrere in pratica, cioè quello del braccio, e quello del popliteo. L' aneurisma del braccio è per ordinario prodotto dalla puntura dell' arteria brachiale in occasione del salasso. Questa specie di aneurisma è spurio, e può essere o primitivo, o consecutivo. In questo

aneurisma se la compressione sia fatta sul momento stesso, ch'è punta l'arteria, essa è spesso sufficiente per guarire la malattia, e l'arteria viene ad obliterarsi. Uno de' principali riguardi, che dee aversi in questa compressione si è quello di procurare, che essa venga fatta su di un solo punto, e precisamente sulla ferita dell'arteria, e non circolarmente sul braccio tanto per lasciare ai vasi laterali la libertà di supplire al corso del sangue intercetto nell'arteria ferita, quanto per non comprimere i nervi, e produrre dolori acuti nel braccio. Acciò però questa compressione produca il fine desiderato si richiede ordinariamente un lungo tratto di tempo. Qualora peraltro si osservi, che dessa non produca effetto alcuno, e che il tumore si formi di nuovo togliendo l'apparecchio, in somma che l'aneurisma sia divenuto più voluminoso, o sia diffuso è segno manifesto, che la compressione è insufficiente per la guarigione della malattia, e debbesi per conseguenza ricorrere al più presto possibile all'allacciatura dell'arteria, la quale sebbene si renda di qualche difficoltà nel ritrovare precisamente il luogo dell'apertura, nulladimeno abbiamo degli esempj essere stata con felice successo eseguita quando siansi adoperate le necessarie cautele.

L'aneurisma del poplite è parimenti più sovente spurio, che vero, e nasce per ordinario da una violenta distenzione dell'articolazione del ginocchio. Se questo aneurisma sia circonscritto è spesso curabile con la compressione, o almeno non produce grande incomodo se il malato resti in riposo, ma se sia diffuso, o il malato faccia del moto richiede spesso l'amputazione a motivo della minaccia di cancrena. Se poi l'aneurisma sia vero, formandosi con lentezza è curabile facilmente per mezzo della compressione. Essa dee farsi sul tu-

more stesso, e se è moderata potrà esser di vantaggio senza produrre gran dolore. Qualora poi la compressione non sia sufficiente è necessaria l'allacciatura, i di cui metodi saranno da noi esposti quando tratteremo delle operazioni Chirurgiche.

CAPO VII.

DE' TUMORI AEREI.

Enfisema chiamasi quel tumore formato dall' infiltrazione dell' aria in qualche parte del corpo, la quale aria può esser di natura diversa secondo le varie cagioni che hanno dato luogo al tumore, giacchè se desso abbia origine da una comunicazione esistente fra il tumore, e le vie della respirazione come ancora fra il tumore, e l' aria atmosferica l' aria contenuta non sarà che pura aria atmosferica, se poi il fluido aeriforme, che costituisce l'enfisema abbia la sua origine o dal gas contenuto nelle intestina, o da quello prodotto dalla decomposizione di una parte, o di un umore qualunque, sarà d' indole diversa secondo la varia cagione produttrice della malattia.

Il tumore enfisematico è indolente, teso, de color naturale, elastico. Si può distinguere l' enfisema secondo la sua sede. Quando l' aria vien contenuta nel tessuto cellulare succutaneo, chiamasi propriamente enfisema, se poi il fluido aeriforme contengasi in una cavità, come p. e. in quella del basso ventre, lo che è il caso più frequente dicesi *Timpanitide*. Nel basso ventre può formarsi un raduno d' aria in due modi, cioè o nella cavità stessa dell' addome, o in quella delle intestina; può anche aver luogo nella cellulare delli muscoli dell' addome; ma questo non appartiene propriamente alla tu-

panitide. Oltre queste distinzioni riconosconsi ancora in Chirurgia molte altre malattie particolari di questa specie, le quali vengono chiamate con diverse denominazioni, come p. e. l' ernia formata da una raccolta d' aria dicesi *pneumatocele*, e *broncocele* il gonfiore della glandola tiroidea dipendente spesso dall' aria contenuta etc.

Per quello, che appartiene alla Chirurgia, dessa considera principalmente l' enfisema propriamente detto, o sia la raccolta d' aria nel tessuto cellulare. Varie cagioni possono produrre questa malattia, la quale può dipendere come abbiamo accennato o da una comunicazione del tumore con le cavità destinate a contenere dell' aria, ovvero dalla decomposizione di umori in una data parte. Tutte le cagioni, le quali producono una comunicazione degl' *integumenti* con le vie del respiro possono produrre l' enfisema, fra esse sono le principali le ferite degli organi della respirazione, cioè della laringe, e trachea, del petto, e de' polmoni, lo che ha luogo eziandio nelle fratture delle coste senza ferita esterna. Può ancora nascere l' enfisema dalle ferite delle prime vie, o qualunque altra soluzione di continuità in dette parti. Le cagioni le quali possono formare questa raccolta d' aria delle prime vie sono moltissime, ma l' ernia è una delle principali. Per quello poi riguarda lo sviluppo dell' aria procedente da decomposizione di qualche umore, ciò ha luogo particolarmente per la debolezza generale, o locale, osserviamo quindi questa specie di enfisemi molto frequente nelle malattie putride, nella cancrena, e simili.

L' enfisema non è per se stesso una malattia pericolosa, essendo quasi sempre sintoma di un' altra quindi secondo la malattia primaria dee giudicarsi la gravezza dell' enfisema. Se esso sia genera-

le, o occupi una notabile estensione può divenir doloroso, e cagionare anche de' gravi incomodi Tutto il pericolo della malattia per se stessa consiste nel suo volume, il quale può comprimere l parti vicine, e così disturbare le funzioni di qualche organo interessante. Oltre di queste regole generali possono aver luogo molte considerazioni particolari riguardo alla parte affetta, p. e. ne' polmoni se abbia luogo l' enfisema sarà imperfetto il processo della respirazione, avendo l' aria atmosferica esito per altra parte, e lo stesso dicasi degli altri casi di enfisema.

Da quello che abbiamo finora accennato si comprende, che, stante la diversità dell'enfisema, se desso è idiopatico, e costituisce una malattia per se stesso, ovvero se è sintomatico, cioè effetto di un altra malattia, diverso debbe essere il metodo di cura del medesimo. Le due indicazioni principali a sodisfarsi nella cura dell' enfisema sono d' impedire il passaggio continuo dell'aria nel tumore enfisematico, e di togliere, o dar esito all' aria contenutavi. Riguardo alla prima indicazione dee essa dirigersi secondo la cagione, la quale ha prodotto la malattia. Qualora dessa consista in un' atonia della parte è chiaro, che gli attonanti debbono costituire la base della cura, onde produrre il coartamento delle parti, le quali danno passaggio all' aria. Se una ferita sia quella, che dia adito all' aria, rare volte richiedesi l' uso de rimedi, giacchè quando la ferita s' infiamma viene da se medesimo a coartarsi il tessuto cellulare, e quindi resta impedito ogni accesso all' aria, venga questa dall'esterno, o dai condotti aerei interni, co' quali comunica la ferita. I casi di lesioni locali, come ferite, o fratture sono molto frequentemente seguiti da enfisema. Nelle ferite della trachea se si chiuda troppo

presto la ferita degl' integumenti l'aria si infiltra nella cellulare, e produce l'enfisema. E' quindi necessario di mantenere aperta questa ferita esterna, ed anche dilatarla, onde possa liberamente sortire l'aria. Un' altro caso, del quale avremo occasione di parlare in seguito si è quello della frattura delle coste. I pezzi d'osso fratturati forano spesso la pleura, ed il polmone, e sono cagione di enfisema. In questo caso spesso basta una forte compressione, la quale impedendo la dilatazione del tessuto cellulare viene ad inibire l' ulteriore accumulamento dell'aria nella cavità del tumore; molte volte però si richiede l' apertura di esso.

Qualora siasi impedito il nuovo accumulamento dell'aria nella cavità dell'enfisema spesso è questo solo ajuto sufficiente alla cura della malattia, poichè l'aria contenuta viene a dissiparsi da se stessa, e ciò per mezzo della sua unione co' fluidi della parte medesima; siccome però questa dissipazione molte volte non può accadere per la sola forza della natura, è necessario, che il Cerusico adoperi de' mezzi, onde ottenere l' intento. Due se ne commendano da pratici i quali usansi comunemente a quest' oggetto, vale a dire gli attonanti locali, e l' apertura. I primi agiscono dando una certa azione alle parti, e facilitando in questa maniera la decomposizione, ed assorbimento dell' aria, che forma l'enfisema. I migliori attonanti proposti sono lo zolfo in vapori, lo spirito di vino, lo spirito di Mindererо, i quali rimedi agiscono piuttosto per una certa azione meccanica, ossia col dar tono ai vasi, ed alle parti tutte, di quello che per mezzo di un' azione chimica, ossia decomponendo l'aria contenuta. Il metodo di usare questi attonanti è di applicarli sulla parte bagnando delle compresse nei medesimi, e contenendoli con una forte fasciatura,

ovvero di stropicciare con de panni imbevuti di queste sostanze spiritose tutta la periferia dell' Enfisema. In questo caso deesi molto anche attribuire all' azione stessa meccanica della confricazione.

Se poi il tumore enfisematico sia di un volume troppo grande, e se non cede ai rimedi accennati sarà necessario ricorrere all' apertura del medesimo per dar esito all' aria contenuta. Supposta l' apertura già esistente, come accade in occasione di ferita, che abbia prodotto l'enfisema, sarà sufficiente la compressione sul medesimo fatta graduatamente, e procurando di far scorrere l'aria verso l' apertura stessa, la quale dee essere anche ingrandita, se infruttuosamente ciò siasi eseguito; se poi la ferita non ammetta dilatazione, ovvero l' enfisema dipenda da altra cagione, nè esista apertura all' esterno, come p. e. nell' enfisema prodotto dalla frattura delle coste, dovrannosi fare delle punture con la lancetta per tutta l' estenzione del tumore osservando di farle penetrare sino al tessuto cellulare giacchè allora queste piccole aperture non mancheranno di dar esito all' aria contenuta, segnatamente se siano ajutate da una pressione locale; e indi si ricorrerà a qualche topico spiritoso, se la debolezza della parte lo richieda.

L' enfisema più esteso, e quello particolarmente, nel quale l'aria è rinchiusa in una cavità, come p. e. del petto, o del basso ventre può anch essere alle volte suscettibile di apertura. Si hanno esempj di enfisema del petto curati felicemente con la paracentesi, ma ciò è stato molto più proposto nella timpanitide quantunque un tal metodo non sia stato coronato da esito felice. I rimedj interni di questa malattia, i quali consistono ordinariamente in tonici, appartengono totalmente alla medicina. La stata proposta come si è detto la paracentesi, u

siccome la malattia ha luogo il più delle volte non nella cavità dell' addome, ma bensì nelle intestina, ognun vede quali inconvenienti possa portar seco il forare le medesime per quanto vogliasi far sottile l' apertura, quindi è, che al presente i migliori pratici hanno rinunziato a questa operazione contentandosi de' soli rimedj interni. Un altra difficoltà poi, che ha fatto rinunziare presentemente alla punzione nel caso di timpanitide, si è l' impossibilità di distinguere la timpanitide addominale dall' intestinale, e quindi il pericolo di praticare una operazione, che riuscirebbe forse tanto utile nel primo caso, altrettanto pericolosa nel secondo. L' altro metodo consigliato da qualcuno di estrarre l' aria dall' intestino retto per mezzo di una canna da lavativo, non è stato susseguito dal desiderato fine, e quindi è al presente anche esso abbandonato come di niun vantaggio, non riuscendo, che appena ad evacuare l' aria contenuta nell' intestino retto, e ciò ancora soltanto nel caso di timpanitide intestinale.

CAPO VIII.

DEI TUMORI CISTICI.

I tumori cistici sono generalmente indolenti, o almeno poco dolorosi, circoscritti, di poca durezza, e molte volte accompagnati da fluttuazione, la loro sede è nel tessuto cellulare, il colore è naturale. Quello, che distingue questi tumori dagl' altri si è che vengono internamente formati da una cisti, o sacco preternaturale prodotto dalla dilatazione di un follicolo mucoso, o dalla sola cellulare, il quale contiene una materia di varia consistenza, e di natura diversa.

Secondo la diversità della materia contenuta nella cisti hanno questi tumori ricevuto differenti nomi. Noi abbiamo già altrove parlato degli ascessi cistici, e de'tumori cistici acquosi, segnatamente di quelli, che costituiscono le idatidi, resta qui ora a parlare degli altri, i quali sono conosciuti da molti Autori sotto il nome generico di *lupie*.

Questa specie di tumori comprende le *Meliceridi*, gli *Ateromi*, ed i *Steatomi*. *Meliceridi* diconsi quei tumori cistici, i quali contengono una materia simile al mele pel colore, e la consistenza. *Ateromi* si chiamano i tumori, che contengono una materia di natura pultacea, e più densa di quella contenuta nelle *Meliceridi*, e finalmente gli *Steatomi* sono composti di una materia molto più dura simile al sego, e di natura albuminosa. Oltre queste specie di tumori possono eziandio annoverarsi fra i tumori cistici i *Lipomi*, e le *Natte*, i primi composti internamente di adipe, e gli altri detti ancora *Talpe*, o *Testuggini* tanto per la loro figura, quanto pel corso, che tengono, sono quelli specie di tumori cistici, i quali vengano nella parte capillata del capo, e partecipano della natura dell'Ateroma, e del Meliceride.

In generale la sede de' tumori cistici è il tessuto cellulare succutaneo, come il più adattato alla formazione della cisti, non è però, che anche altre parti non siano soggette a questa specie di malattia, come p. e. le membrane, e segnatamente la pleura, il peritoneo etc. Alcuni Autori sostengono, che gli steatomi siano a differenza degli altri tumori cistici i più frequenti a rincontrarsi nelle parti interne, e più profonde.

Per quello appartiene al corso di questi tumori, desso è vario secondo la diversa specie dei mali, giacchè ora sono essi indolenti, ora accom

pagnati da dolore, ora sono di figura rotonda, ora irregolare; così differiscono eziandio riguardo alla durezza, essendo molli, qualora la materia contenuta sia fluida. Egli è vero però, che per quanto i tumori cistici siano molli, sempre presentano una maggior resistenza, che gli ascessi, ed i tumori acquosi, atteso che il fluido contenuto nei medesimi essendo racchiuso in un saeco, o cisti particolare, non viene a cedere così facilmente alla pressione locale, che anzi si sente tutto il tumore per così dire separato dalle parti adiacenti, e formante come un corpo isolato. Uno de fenomeni poi da osservarsi in questa specie di tumori si è la varietà del volume, che prendono, essendovene di quelli, i quali sono piccolissimi come p. e. nelle palpebre; ed altri poi, i quali pervengono ad un volume straordinario, lo che ha luogo segnatamente negli steatomi.

Egli non è così facile il render ragione della maniera, con la quale si forma quella cisti, o sacco particolare, che costituisce la natura propria di questi tumori. La spiegazione la più plausibile di questo fenomeno si è quella di ammettere una infiammazione locale, di cui per altro non abbiamo segni esterni essendo essa insensibile al paziente stesso. Questa produce una qualche aderenza nel tessuto cellulare, dal che deve necessariamente nascere l'ostruzione di alcune cellule del detto tessuto, e quindi essere impedita la comunicazione delle cellule medesime fra loro. Queste ostruzioni, o adesioni crescendo a poco a poco vengono a formare quella cavità, o cisti, che viene a rendere il tumore isolato, e non comunicante con le altre parti del tessuto cellulare. L'ostruzione de' dotti escretori delle glandole, o follicoli sebacei può ammettersi eziandio come cagione della formazione di questa

cisti; ma qualunque ne sia l'immediata è necessario il supporre una infiammazione locale sia dessa prodotta da cagione interna, o esterna.

Le conseguenze, che portano questi tumori sono varie secondo la diversa natura de' medesimi, e secondo le varie cagioni, che l'hanno prodotti. Molte volte sono essi di pochissima conseguenza, e non arrecando alcun incomodo possono i malati soffrirli senza applicarci alcun rimedio. Ma non sempre sono essi così innocenti, giacchè possono portare dei danni tanto pel loro volume, e peso, quanto per la suppurazione, e distruzione conseguente delle parti contigue. I danni i quali vengono prodotti dal volume straordinario di questi tumori, oltre il peso grande può anche essere l'impedimento delle funzioni delle parti adjacenti, p. e. dell'occhio, lingua, articolazioni etc.; quello però che è ancora più da temersi, si è il danno da essi prodotto qualora vengano ad infiammarsi, e passino in suppurazione. In questo caso oltre il guasto, che dessi generano nelle parti molli vicine possono anche cagionare la carie delle ossa, e produrre quindi una malattia pericolosa, e mortale. Se dopo la cura di uno di questi tumori se ne formino degli altri in varie parti del corpo, è chiaro, che la malattia dipende da un vizio generale di tutta la machina, e quindi in simili casi ogni cura locale riesce insufficiente; ma è necessario di esaminare la cagione generale della malattia, e secondo la medesima formare la prognosi, e dirigere il piano di cura. La terminazione di questi tumori può anche variare secondo la particolare indole de' medesimi. Saranno essi di più facile cura se la cisti sarà semplice, e recente, nei quali casi alle volte è dessa così sottile, che si rompe da se medesima sotto la cute, e spandendosi la sostanza contenutavi sot-

to la medesima viene a riassorbirsi, e si forma una specie di risoluzione. Se poi la cisti sia antica, dura, divisa in molte cellule, la cura ne sarà molto più lunga, il riassorbimento difficile, e la distruzione della cisti quasi impossibile.

I metodi, che usansi comunemente per ottenere la cura de' tumori cistici sono l'estirpazione, la legatura, il sètone, ed il caustico, la scelta poi di questi dipende dalle circostanze particolari della malattia, vale a dire dalla mollezza, o durezza del tumore, dal tempo, che esso ha avuto luogo, dal volume, dalla forma, e dalla situazione, e finalmente dalla cagione che l'ha prodotto, la quale è quella, che deve più di tutto dirriggere il Cerusico nell' intraprenderne il piano di cura. I rimedj da molti propósti per risolvere questi tumori sono al presente abbandonati presso che intieramente, essendo essi di poca, o niuna efficacia, ed essendo presso che impossibile ad ottenerne la risoluzione. I rimedj di questa natura sonó composti de' più forti stimolanti, cioè o alcalini, o acidi, o preparazioni metalliche, e segnatamente saturnine, e mercuriali. Molte volte coll' uso di questi, o analoghi rimedj si procura l' infiammazione del tumore, o spesso ancora sopraggiunge essa da se medesima. La suppurazione è per ordinario la conseguenza di una tale infiammazione, e questa non è una delle più felici terminazioni della malattia, giacchè dessa non fa che produrre una piaga, che prende un aspetto sordido, e dopo una lunga suppurazione degenera in cancro, o produce una cancrena, attaccando inoltre le ossa, delle quali cagiona la carie. In questo caso è necessario ricorrere prontamente all' estirpazione.

Da questi principj si vede chiaramente, che poco, o nulla essendovi da sperare dalla risoluzione, o suppurazione di questi tumori deve il Ce-

rusico per tempo ricorrere ad uno dei metodi accennati di sopra. Il primo fra essi è l'estirpazione. Questa consiste nel tagliare la pelle, che ricuopre il tumore, e separare il medesimo dalle aderenze. Acciò questa operazione possa avere il suo pieno effetto si richiede, che il tumore sia mobile, non molto voluminoso, e presenti nello stesso tempo una certa resistenza, e solidità, onde possa esser distaccato dalle sue aderenze senza che la cisti si rompa, lo che ne renderebbe molto più difficile l'operazione. Il metodo più comune, di cui si fa uso per queste operazioni, si è quello di incidere i comuni tegumenti longitudinalmente, e dopo estratto il tumore distaccandolo dalle sue aderenze, riunire i labbri della ferita come una ferita semplice. Questo taglio longitudinale però non è sufficiente se il tumore è molto voluminoso, ed allora invece di un semplice taglio è necessario farne due, i quali vengono a formare un incisione cruciforme, o a guisa di T. Alcune volte la cute essendo troppo assottigliata, è difficile riunire i labbri della ferita dopo l'operazione, e quindi si costuma di portar via una porzione de' comuni tegumenti, lasciandone però sempre una quantità sufficiente per ricoprire la piaga. In questi casi potrà praticarsi un incisione di forma ovale. Qualunque sia la forma del taglio dopo estratto il tumore è necessario prima di chiudere la ferita di dare un esito al sangue, che esce dai vasi recisi, giacchè nel caso contrario esso verrebbe a radunarsi nel luogo stesso del tumore, e si renderebbe più tarda la cicatrice. Quest'avvertenza non rendesi necessaria quando la ferita resta sopra un corpo duro, come p. e. l'osso del cranio, nel qual caso per mezzo di una adattata compressione si può impedire l'emorragia.

Il secondo metodo proposto per la cura di que-

sta specie di tumori si è la legatura. Per porre in opera questo metodo s' incide circolarmente la cute, e si lega indi la base del tumore. Questo metodo però presenta tali inconvenienti, che è poche volte usato, ed infatti oltre il non poter esser posto in pratica che ne' tumori di base molto stretta, e forniti come di un peduncolo, si rende la legatura impraticabile nella maggior parte de' casi, ed inoltre il dolore eccessivo, che per ordinario cagiona la medesima obbliga il Cerusico a preferire quasi del continuo l' estirpazione, operazione molto più sollecita, e meno dolorosa, e non si adopera la legatura, che nei casi, ne' quali l' estirpazione sia difficile perchè il tumore è inaccessibile, ovvero perchè sia da temersi una emorragia.

Il setone è stato eziandio proposto da alcuni per la cura de' tumori cistici. Questo metodo consiste nel passare un setone pel tumore, ed introdurre con tal mezzo nel medesimo un qualche rimedio, che ne promuova la suppurazione, ed anche qualche forte irritante, che distrugga intieramente il tumore. Questo metodo però oltre l'esser doloroso ha l' inconveniente, che se la cisti sia antica, e per conseguenza grossa, e dura non si ottiene spesse volte, che la fusione della sostanza racchiusa nella medesima per mezzo della suppurazione, senza che venga distrutta la cisti, motivo per cui dopo fatto uso per qualche tempo del setone, si richiede necessariamente l' estirpazione.

Restaci finalmente a far menzione del quarto metodo, ossia del caustico. Questo consiste nella pietra caustica, butirro d' antimonio, o simili, i quali però non sono usati, che per distruggere il resto di una cisti, che non si è potuta completamente estrarre col taglio. Non è però, che non possano anco adoperarsi per aprire un tumore ci-

curare di togliere la congestione dell' umore sinoviale raccolto nella cisti. I metodi a questo effetto proposti sono varj, e sono la risoluzione, la compressione, la lacerazione della cisti, e l' estirpazione. La risoluzione si procura per mezzo di forti stimolanti, come sono p. e. le preparazioni mercuriali, le preparazioni alcaline, e simili. Molti consigliano ancora della belladona o in decozione, o applicando le foglie contuse, e può finalmente esser utile ancora lo spirito di sapone. Quello però che è certo, si è che questa specie di tumori è difficilissima a risolversi, ed appena i gangli incipienti, e di piccol volume cedono ai rimedi indicati per quanto forti, ed attivi essi esser si vogliano. Il metodo della compressione è forse più sicuro della risoluzione. La compressione suol farsi con una lamina di piombo, la quale sarà bene ricuoprire con dell' unguento mercuriale, ovvero ungendo il tumore con un risolvente, o ammolliente secondo che richieda la sensibilità della parte. Questa lamina di piombo deve esser mantenuta sul tumore stesso per mezzo di una fasciatura alquanto compressiva, la quale riuscirà poi ancora più vantaggiosa, se ci si unirà una fasciatura, che comprenda l' articolo stesso.

Molto più sicuro poi è il metodo della lacerazione, o apertura della cisti. La maniera di praticarla è di percuotere il tumore con un corpo duro, ovvero comprimendolo fortemente col dito, sotto del quale si sia posta p. e. una moneta, o altro corpo resistente.

Quest' urto, o compressione fa rompere la cisti, e l' umore contenuto nella medesima si viene a spargere nella cellulare, e quindi ne siegue facilmente l' aderenza delle pareti del tumore, e la guarigione; ma per ottenere questo effetto è neces-

sario di formare una compressione metodica sul tumore, la quale produca l' aderenza delle pareti del medesimo. Sarà molto vantaggioso l'adoperare nello stesso tempo qualche bagnolo leggermente attonante, come di spirito di vino, o una soluzione di sale ammoniaco, estratto di Saturno etc. Questo metodo però non può riuscire, che nel caso il tumore sia situato sopra un' osso, il quale presenti una certa resistenza alla compressione. Se questo metodo non sia applicabile si può ugualmente aprire il sacco, o la cisti per mezzo dell'incisione, o del caustico, ma siccome la sola apertura della cisti non esenta il tumore dalla recidiva, è necessario introdurre nella cavità di esso delle sfila, onde si produca una infiammazione, che renda più facile l'adesione delle pareti del tumore. L' unic' avvertenza necessaria in questi casi si è di impedire l' introduzione dell' aria nella ferita, giacchè trattandosi di vagina tendinosa rimasta allo scoperto potrebbe produrre dolori violenti, infiammazioni forti, ed altri gravi sintomi. A questo si ovvia col fare la ferita della minor grandezza possibile. Evacuato l'umore saranno anche in questo caso utili la compressione, ed i leggieri astringenti.

Per quello poi riguarda l' estirpazione quantunque sia essa stata proposta da molti, presenta essa difficoltà tali, che oltre l' esser rare volte praticabile, quasi mai può produrre la cura totale della malattia. Ciò non ostante quando la cisti sia dura, e resistente potrà tentarsi questa operazione nella stessa maniera, che abbiamo accennato parlando de' tumori cistici in generale. Siccome però alla base del tumore resta il tendine, e la sua vagina, è necessario usare somma cautela nel distaccare il tumore dalla parte inferiore, onde evitare l'offesa delle dette parti, la quale porterebbe seco gravi ac-

cidenti, e segnatamente la febbre, dolore, e le convulsioni. A quest' oggetto oltre la cautela di impedire l'accesso dell' aria sarà bene di non praticare l'estirpazione del ganglio se non nel caso, in cui il tumore sia mobile, e di procurare, che la ferita sia meno grande, che si può, e se è possibile evitare la suppurazione. Estirpato il tumore i rimedj adattati saranno la compressione, ed i leggeri astringenti, come già si è accennato parlando degl' altri metodi di curare questa malattia.

CAPO IX.

DE' TUMORI LINFATICI.

Abbiamo già di sopra nel Cap. V. parlato de' tumori sierosi formati da uno stravaso di siero nella cellulare, o sia dell' edema. I tumori, de' quali parliamo al presente sono formati da una congestione di un umore linfatico; ma essi differiscono dall' edema per le seguenti proprietà. I tumori linfatici si formano lentamente, senza infiammazione, e senza mutazione di colore della cute, essi sono duri, e circoscritti, e la principal differenza dall' edema si è, che non conservano come il medesimo l'impressione del dito. Invece di essere formati dal siero, è la parte albuminosa del sangue, che ne costituisce la natura, e dessa assume diversi caratteri divenendo alcune volte dura, e concreta, come lo scirro, ed il cancro, altre volte rimanendo fluida, ed essendo contenuta in una cisti particolare, abbia poi essa la sua sede nel tessuto cellulare, o fra i muscoli, o finalmente nelle articolazioni. Questi tumori sono sempre d' esito incerto, e pericoloso, e ciò ha segnatamente luogo quando essi attaccano le articolazioni, e sono situati sul periostio con

ingorgamento del medesimo. La difficoltà di guarirli consiste nell'essere essi molto resistenti alla risoluzione, e perchè non possono estirparsi, che quando sono piccoli, situati nella superficie del corpo, ed hanno una cisti alquanto resistente. Per quello poi appartiene all' indole varia di questi tumori è chiaro, che quelli prodotti da cagioni interne, o da una particolare indole di umore venereo, scrofoloso, e reumatico, non cederanno alla cura locale se non si unirà alla medesima una cura interna ugualmente efficace.

Abbiamo negli Autori recenti di Chirurgia degli esempj di tumori linfatici arrivati ad un volume straordinario; la maggior parte però prodotti da viaj interni, e segnatamente da quelli, che attaccano particolarmente il sistema linfatico. Si possono questi tumori formare ancora all' interno, e produrre danni grandi alle parti contenute nelle cavità, nelle quali essi si formano. Essi hanno luogo ordinariamente nella cavità del petto, e dell'addome, e secondo il luogo, che essi occupano, e secondo i visceri, a cui sono vicini, come ancora a proporzione del loro volume producono varj sintomi, de' quali è ben difficile nel tempo, che vive il malato, conoscere la precisa cagione, non potendosi per ordinario decidere, che dopo la morte del medesimo. Questa specie di tumori è come ognun vede affatto incurabile. Quelli situati all' esterno sono spesso possibili a risolversi; questa risoluzione si ottiene con l' uso delle acque termali prese in forma sì di bagni, che di doccia. Se poi siano situati nelle articolazioni, ed interessino il periostio, i legamenti, le capsule etc. rare volte sono curabili; ma la sola amputazione è il rimedio conveniente in questi casi, e che può salvare la vita al malato.

Alcuni Autori recenti parlano di una specie di questa malattia delle estremità inferiori, la quale attacca principalmente quest' estremità, ed è ben differente dall'edema, che osservasi in dette parti. Questa malattia non è molto ordinaria ne' nostri climi, ma lo è molto più ne' climi caldi, e segnatamente nelle Indie Orientali, e dessa consiste secondo alcuni nella congestione del succo gelatinoso, ed adiposo accumulati sotto il tessuto cellulare succutaneo. Essa non cede ordinariamente ai rimedj i più efficaci. I metodi proposti che sono alcune volte stati coronati da esito felice sono gli stimolanti locali, ed i drastici forti, ma spesso questi riescono di niuna efficacia.

Per quello appartiene poi alle congestioni linfatiche in generale segnatamente se siano esse formate sopra le articolazioni, siccome la conseguenza ne sarebbe la carie, o l'anchilosi, è necessario intraprendere per tempo una cura attiva. Oltre i rimedj generali, e particolarmente quelli adattati alla cagione interna della malattia, qualora essa dipenda da un vizio umorale è necessario far uso di rimedj locali. Per ottenere la risoluzione ogni qual volta sia dessa possibile saranno vantaggiosi i topici leggermente stimolanti, come per esempio una soluzione di opio nello spirito di vino rettificato alla dose di due grani per oncia, le sanguisughe il ceroto vescicante etc. e per sino la moxa. Ma se da questi rimedj non si ottenga la guarigione è necessario ricorrere all' apertura. Questa qualora si eseguisca col troicart porta seco meno gravi conseguenze di quella eseguita col bistourì, perchè minor accesso permette all' aria, però siccome l' umore contenuto è spesso di tal densità, che non può uscire per una piccola apertura, molti preferiscono il setone. Questo metodo è spesso su

ficiente ad ottenere la cicatrice, e la guarigione del tumore; ma siccome spesso la cura è troppo tarda, la suppurazione abbondante produce la carie dell'osso, ed obbliga il Professore a ricorrere all' amputazione. in specie se la malattia riconosca per cagione un vizio interno.

CAPO X.

DELLO SCIRRO.

Lo scirro viene comunemente definito un tumore duro, indolente, non risolvibile secondo alcuni se è inveterato, la di cui sede è ordinariamente in una parte glandolare; ma che può anche nascere nelle parti fornite di tessuto cellulare. Questa *malattia* termina spesso in cancro, quindi possono confondersi queste due malattie in una non essendo il cancro per ordinario, che la conseguenza dello scirro. Non conoscendosi esattamente la natura, e le cagioni prossime della malattia, di cui parliamo, è ben difficile determinare quali siano i segni caratteristici di essa, onde poterla distinguere da quelle malattie, con le quali ha molta analogia. I moderni Scrittori di Chirurgia riconoscono lo scirro ai caratteri seguenti. In primo luogo il tumore scirroso é duro molto più che gli altri tumori, i quali sopraggiungono nelle medesime parti, differisce inoltre lo scirro dai predetti nell'esito, giacchè come quelli cedono facilmente all' uso de' rimedi, ed in un determinato tempo o si risolvono, o suppurano, così questo non termina in alcuni di questi due modi massime quando non è incipiente, non avendo altra tendenza, che quella di passare dopo qualche tempo in cancro. Lo scirro è alle volte doloroso, segnatamente quando sia prossimo a pas-

sare in cancro, e questi dolori sono lancinanti, e distinguonsi da quelli, i quali accompagnano gli altri tumori per non essere l' effetto dell' infiammazione, o altra cagione apparente. Qualora quindi si osservino questi dolori è segno, che lo scirro va a passare in cancro. Finalmente le cagioni della malattia potranno dar molto lume per distinguere lo scirro dalle altre malattie, con le quali potrebbe confondersi. Tutti questi segni però non sono sufficienti molte volte per la diagnosi della malattia, trovandosi molti tumori, i quali presentano presso che i medesimi caratteri dello scirro senza essere altrimenti scirrosi, e viceversa rincontrandosi de' tumori, o affezioni scirrose, le quali non presentano molti de' caratteri accennati, e proprj dello scirro.

Una delle ragioni, per le quali è difficile il pronunziare un esatto giudizio su questa malattia si è che sono al sommo ristrette le cognizioni, che noi abbiamo sulla cagione della medesima. La causa prossima dello scirro viene dai più recenti Professori di Chirurgia attribuita alla concrezione della sostanza albuminosa, la quale si depone lentamente nel tessuto di un organo glandoloso producendo l' ingorgamento del medesimo, ma siamo poi molto all oscuro per quello riguarda la cagione, che produce questa concrezione, o ingorgamento. Nulla, o quasi nulla sappiamo sulle cagioni interne, e ciò che è noto sull' esterne si è, che le contusioni producono spesso questa malattia. Tutte le cagioni poi le quali possono formare quest' ingorgamenti fanno nascere lo scirro, e queste possono ridursi a tre capi, cioè 1. le passioni d' animo. 2. la soppressione delle evacuazioni. 3. I vizi delle machina come p. e. un umore erpetico, scrofoloso &c., un esantema ritrocesso, e simili cagioni.

La prognosi di questa malattia è in generale delle meno favorevoli, essendo essa molto pericolosa, e questo secondo le varie parti, che occupa. Questa gravezza della malattia dipende tanto dalla difficoltà, che vi è di risolvere lo scirro, come ancora dalla facilità, che rincontrasi nel medesimo di passare in cancro. Tale passaggio accade quando lo scirro principia a dolere, o si rompe, e degenera in un ulcere maligna di una natura particolare, e della quale parleremo trattando del cancro. Deve però a questo proposito osservarsi, che la tendenza dello scirro a passare in cancro non è la medesima in ogni scirro, ma varia secondo la sede della malattia, il temperamento del paziente &c. e spesso ancora secondo la cagione, che l'ha prodotto. La durezza maggiore dello scirro, il senso di prurito, e delle punture nel medesimo, la tumefazione delle vene prossime sono come si è detto segni del passaggio dello scirro in cancro.

La cura dello scirro inoltrato in particolare consiste nell' estirpazione, giacchè i rimedi topici sono o inutili, o dannosi, poichè quelli, i quali sono detti risolutivi non fanno, che irritare lo scirro, e renderlo doloroso. S' intende già, che questa operazione non può aver luogo che nello scirro situato immediatamente sotto la cute; giacchè se parliamo dello scirro delle viscere, o di qualunque parte interna non essendo il medesimo soggetto all' estirpazione, deve essere necessariamente incurabile. Quando l' estirpazione sia possibile deve farsi al più presto, molto più che facendola sollecitamente si viene ad impedire, che il tumore scirroso si riproduca dopo l' operazione, lo che facilmente succede quando essa sia fatta molto tardi, e segnatamente quando lo scirro dipende da cagione interna, e così ancora si viene a rendere più faci-

le l' operazione medesima, giacchè quanto più lo scirro è distrutto con sollecitudine, il tumore è di volume più piccolo, e più mobile, e la cute è sana. L'estirpazione del tumore scirroso si fa incidendo i tegumenti, e separando il tumore dalle sue aderenze se ne esistono. Alcune volte è necessario di portar via una porzione della cute come aderente al tumore, ed allora si avrà una perdita di sostanza ne' communi integumenti; questo deve evitarsi per quanto è possibile, ma qualora ciò non si possa è necessario di conservare la maggior quantità di cute, che si può, altrimenti rendesi difficile la cicatrice.

Questo è in generale il metodo da usarsi nella cura di questa malattia, ancorchè molti credono, che i rimedi interni possano spesso essere sufficienti per la cura di essa. Noi riferiremo qui alcuni dei più accreditati in questo genere. I più attivi si sono presi dal regno minerale, e segnatamente dai metalli; fra i quali l' antimonio, ed il mercurio. Il Kermes minerale, l' antimonio crudo, il tartaro emetico sono le preparazioni antimoniali proposte per la cura dello scirro, ed il mercurio dolce, il sublimato, l'etiope antimoniale, &c sono le preparazioni mercuriali proposte per lo stesso oggetto. I rimedj vegetabili vantati per la cura dello scirro consistono nelle piante narcotiche come la belladona, l' aconito, la cicuta &c. Molti pratici hanno ancora aggiunto a questi rimedj la gomma ammoniaca, l' alcali volatile, e simili attivi rimedj, dai quali a dire il vero poco, o niun vantaggio si ottiene nella cura dello scirro massime è innoltrato.

Quantunque però generalmente si creda poco utile la cura interna dello scirro, che anzi non faccia essa, che ritardare il momento dell' operazione

e faccia così perdere il tempo favorevole di estirparlo, conviene però riflettere, che molte volte dipendendo lo scirro da cagioni interne, come p. e. dalla soppressione di qualche evacuazione, o dalla retrocessione di una eruzione, o finalmente da un vizio degli umori, non è totalmente impossibile di ottenere la cura radicativa del medesimo per mezzo di rimedi internamente, o localmente amministrati, e specialmente diretti contro la cagione stessa della malattia, ed allor quando essa non sia molto avanzata, che è quanto dire che il tumore non sia duro, grosso, ed aderente, e sia molto lontano il timore, che esso passi in cancro. Debbesi però usar molta cautela nell' uso de' rimedi proposti per la cura dello scirro, giacchè essendo essi molto stimolanti non è difficile che producano una grande irritazione dello scirro, e promuovano la sua degenerazione in cancro. Molti Autori riportano dei casi, ne' quali lo scirro si è risoluto spontaneamente; ma questi casi sono troppo rari, onde potersi fondare sulle forze della natura per ottenere la cura di questa malattia.

Queste osservazioni possono dirigere il Professore nell' intraprendere la cura interna dello scirro, per quello poi riguarda l' operazione debbesi osservare se sia possibile di estirpare intieramente il tumore, giacchè nel caso, che ciò non possa eseguirsi non deesi in alcun conto venire all'operazione. Se il tumore scirroso sia molto aderente sarà difficile l' estirparlo, ovvero se oltre lo stesso tumore ne esistano degli altri in altre parti sarà inutile l' operazione, dipendendo la malattia da cagione intrinseca. A quest' oggetto una delle particolari osservazioni da farsi nell' estirpare un tumore scirroso si è quella di estirparlo intieramente, e di estirpare insieme tutti gli altri tumori scirrosi, i

quali potessero ritrovarsi nelle altre parti; onde non lasciare indietro alcuna traccia dell' antica malattia. L' arresto dell' emorragia, chè è uno de' sintomi i più pericolosi di questa operazione verrà da noi esposto quando tratteremo delle operazioni in particolare.

CAPO XI.

DEL CANCRO.

Questa malattia è difficile a definirsi; giacchè è molto vario il suo corso secondo le diverse parti, che affetta, e perchè i varj sintomi, i quali essa presenta esistono ancora in altre malattie molto dalla medesima differenti. Dassi ordinariamente il nome di cancro occulto a quel tumore duro con il colore della pelle più, o meno alterato, con i vasi vicini turgidi, o varicosi, accompagnato da una sensazione dolorosa, oppure di calore accresciuto, ed altre volte da continue trafitture. Questa completa disorganizzazione del tessuto della parte, che forma il tumore, vi determina l' infiammazione, s' ammollisce in qualche punto dalla liquefazione cancerosa, si fa maggiormente dolente, e formasi quindi un' ulcere, la quale ha delle carni dure, e disuguali, o fungose, e molli, la sua base è grossa, e dura, le labbra sono rovesciate all' infuori, la materia, che getta ha un odore proprio, e particolare, e finalmente è accompagnato da dolori divenuti lancinanti, e da frequenti emorragie. Questo stato si distingue col nome di cancro manifesto. Un carattere del cancro si è quello di non cedere ai rimedj applicati; ma di fare il suo corso, e di peggiorare sempre più qualunque sia il metodo di cura adoperato. e ca-

gionare alla fine la morte. Si è cercato di esaminare quali fossero le variazioni, che il cancro produce nella parte affetta, e si è rinvenuto, che la sostanza della medesima diviene di consistenza lardacea, di color grigio, e perde affatto la sua organizzazione, non si distinguono più le diverse sue parti, e questi effetti sono tanto costanti, che i più moderni asseriscono, che una massa cancerosa non sia più distinguibile a qual parte del corpo umano appartenga.

La sede ordinaria del cancro è nelle glandole conglobate, ma attacca molte volte senza eccezione anche delle altre parti, e secondo le medesime presenta sintomi diversi. Nella mammella principia il cancro ordinariamente con un tumore scirroso, o con un ingorgamento linfatico del petto, e qualunque ne sia il principio dopo qualche tempo si forma un cancro manifesto, generandosi un ulcera sordida fetida, con degli orli callosi, e che produce delle abbondanti emorragie, le glandole vicine s' ingorgano, e segnatamente quelle dell' ascella, le coste si cariano, e succede l' affezione degl' organi contenuti nella cavità del torace, quindi nasce la tosse, la difficoltà di respirazione &c. Nel cancro del testicolo i dolori lancinanti, che l' accompagnano si estendono lungo il cordone spermatico, ed alle volte giungono fino ai lombi. Quando il cancro del testicolo riconosce per cagione lo scirro di detta parte, come per ordinario accade, il volume resta nello stato naturale, ed all' opposto nel cancro detto fungoso il testicolo aumenta di volume. Il cancro dell' occhio è di natura fungosa, vale a dire doloroso, molle, tumefatto, rossastro, e che versa del sangue al toccarsi, che si fa con la mano. A questo cancro sono soggetti i bambini, come gli adulti, ed è facile

I dolori ch'accompagnano la malattia vengono accresciuti dall' introduzione della sciringa.

Le glandole linfatiche più ordinariamente affette dal cancro sono quelle dell' ascella, e dell'inguini, queste ultime però divengono per ordinario cancerose in conseguenza dei buboni venerei preceduti. Finalmente i cancri, i quali hanno la loro sede nella cute esistono ordinariamente nella faccia, e particolarmente al naso, alle gote, alle palpebre etc. Il loro principio è vario, altri principiano con un tubercolo bruno, o giallastro, che a poco a poco diviene un ulcere, alcuni sono la conseguenza di una specie di verruca di color rossastro, il quale parimenti dopo molto tempo si esulcera. Altri finalmente vengono prodotti da un tumore linfatico, scirroso, che aprendosi degenera in un cancro. Oltre le parti della faccia già accennate possono i cancri della cute esistere sebbene più di raro in altre parti del corpo umano, come ne' lombi; nelle estremità etc.

Per quello appartiene alle cagioni del cancro consistono esse ordinariamente nelle contusioni, ingorgamenti dell' umore separato da una glandola, la soppressione delle evacuazioni, come p. e. de' mestrui, la quale produce frequentemente il cancro dell' utero, le passioni d' animo, e finalmente un vizio generale della machina. Da tutto questo si vede la difficoltà di conoscerne esattamente la vera cagione e per conseguenza di formare una giusta prognosi e metodo di cura, segnatamente per conoscere quando sia applicabile l' operazione, la quale sarà soltanto utile allorchè la malattia sia puramente locale.

Qualora il cancro sia già confermato, è ben difficile ottenerne la cura per mezzo de medicamenti, ma non tutti i cancri presentano la medesima

difficoltà; quelli del petto sono i più incurabili, mentre poi quelli della faccia cedono più facilmente ai rimedj. I metodi usati nella cura di questa malattia sono due, cioè radicativo, o palliativo. Il metodo radicativo, che deve esser preferito ogni qual volta sia possibile consiste principalmente nell' operazione, la quale però deve esser eseguita sollecitamente, e prima, che la malattia abbia fatto progressi. I tanti rimedj raccomandati sono presso che tutti di poca utilità, e ritardando l' operazione sono piuttosto dannosi. Non sarà però inutile l'uso de medesimi dopo praticata l' operazione potendo essi servire o ad impedirne la recidiva, o a diminuire la diatesi cancerosa. I rimedj commendati per la cura del cancro sono presso a poco simili a quelli indicati per lo scirro; cioè o interni, o esterni, e li seguenti sono i più attivi, e segnatamente quelli presi dal regno minerale, come l' antimonio, ed il mercurio, p. e. il Kermes minerale, il tartaro emetico, il sublimato etc. Fra i rimedi vegetabili sono molto raccomandati dai Pratici le piante narcotiche, come p. e. la cicuta, l'aconito, e finalmente la belladona, e da quest' ultima particolarmente si raccontano degli effetti vantaggiosi.

Presso che i medesimi rimedj sono quelli, i quali debbono usarsi esternamente nella cura del cancro; ma uno de rimedj esterni più accreditati, e dal quale si ottengono i migliori effetti nella cura del medesimo sotto alcune particolari circostanze, è sicuramente l' arsenico, il quale è un rimedio assai raccomandato segnatamente nel cancro della faccia. In qualunque caso però è necessario alla cura esterna unire anche l' interna, onde combattere la diatesi generale, e sarà molto vantaggioso, se all' uso degli indicati rimedi anticancerosi si unisca-

no de' fonticoli, e l'amministrazione della China. Qualora poi nè dall' operazione, nè dai rimedi generali, o locali siavi nulla da sperare per la cura del cancro, è necessario ristringersi al metodo palliativo, che consiste nel rimediare ai sintomi più urgenti. Il tener pulita l' ulcere con degli astersivi, il mitigare i dolori con l' opio, e finalmente l'arrestare l' emorragie con la legatura, o col caustico, sono gli oggetti principali da considerarsi. Devesi poi particolarmente aver cura delle forze del malato per mezzo di un vitto nutriente, e piuttosto vegetabile, e far uso della China internamente, e del latte. Molti consigliano ancora l' uso de leggieri evacuanti, onde impedire la costipazione del basso ventre, che produce cattive conseguenze.

CAPO XII.

DE' TUMORI FUNGOSI, CARNOSI, ED ADIPOSI.

Sotto uno stesso Capitolo vengono da noi riunite queste tre specie di tumori essendo esse molto analoghe fra loro. Consistono questi tumori in una escrescenza del tessuto cellulare, il quale però viene a soffrire una specie di degenerazione. I nomi i quali hanno ricevuto queste diverse malattie variano secondo la natura, e sede delle medesime. *Polipi* chiamansi le escrescenze carnose situate sulle membrane, che rivestono alcune cavità interne. *Fungo* chiamasi una escrescenza di carne di cattiva qualità, che ritrovasi sulla superficie di un ulcere ordinariamente molle, e di color rossastro, come ancora diconsi funghi i tumori, che ritrovansi sul tessuto cellulare, e sopra alcune membrane, come il periostio, e la dura madre. Se questi tumori sia

no semplici, e non dipendenti da vizio alcuno generale diconsi *Ipersarcosi*.

I tumori sarcomatosi, o carnosi detti ancora *Sarcomi* sono più duri, ora dolenti, ora nò, ed il loro tessuto è quasi carnoso, della qual natura sono molti polipi. I tumori *Adiposi* poi sono più molli de' precedenti, ed ordinariamente la loro massa è come divisa in più parti.

La cura di questa specie di tumori qualunque natura essi abbiano consiste nell' estirpazione, si faccia dessa col ferro, col caustico, o con la legatura. Siccome però ognuno di essi può soffrire alcune variazioni nel metodo curativo a seconda della sede, e della cagione della malattia, quindi è che crediamo necessario di esaminare le varie specie di essi in particolare.

Tumori fungosi sanguigni diconsi varie escrescenze formate da un radunamento di sangue, o ne' vasi, o nella cellulare. I *nei* sono di questa classe come ancora i tumori di color violetto, o rosso scuro, i quali riconoscono la loro sede nel tessuto cutaneo come i precedenti. Quelli tumori sanguigni poi, i quali hanno la loro sede nel tessuto cellulare succutaneo si accrescono fino ad un volume enorme, e se vengono incisi producono delle emorragie sovente mortali, se al contrario si lascino far de progressi producono la cancrena della parte. La cura conveniente in questi casi è quella di estirpare il tumore completamente nella sua base qualora non sia di una estensione tale, che ne risulti una piaga molto vasta, e che per conseguenza difficilmente cicatrizza. Questa operazione però spesse volte è seguita da un esito infelice se il tumore non sia ben piccolo.

Il periostio è parimenti soggetto a tumefarsi, e divenire fungoso, e ciò ha ordinariamente luogo

in conseguenza di contusioni, ma alcune volte nas
cono questi tumori anche spontaneamente, e senz
causa alcuna esterna. Il loro corso è lungo, giacch
restano molto tempo piccoli, duri, e circoscritt
ma poi all' improviso crescono di volume rapid
mente, divengono molli, e producono la corrosi
ne dell' osso sottoposto. Questa malattia è di di
gnosi molto difficile, e non ammette rimedio alc
no fuorche l' amputazione supposto che il tumo
esista in una parte, la quale sia suscettibile di que
ta operazione. Se il tumore sia recente, e poco v
luminoso, ed inoltre la diagnosi siasi fatta giust
mente, il ferro, o il caustico attuale potranno secor
do alcuni pratici esser di qualche vantaggio.

Questa specie di tumori può aver luogo ezia
dio nella dura madre. Essi formansi nella super
cie esterna di detta membrana dove essa è adere
te all' osso, e la conseguenza della malattia è
distruzione delle tavole ossee del cranio, che i
sensibilmente viene ad essere perforato, e così s
sorte fuori il fungo della dura madre, il quale fo
ma un tumore all' esterno. Siccome il foro del cran
è all' intorno circondato da punte ossose, le qu
penetrano nella sostanza del tumore a proporzio
che esso si aumenta, ne viene che questa malat
porti seco de dolori acutissimi. Le cagioni de
medesima sono varie, e principalmente i vizj int
ni della macchina, può però essere eziandio pr
dotta da colpi violenti sul capo, contusioni, e
un contro colpo. Qualunque ne sia la cagione
essa è ordinariamente incurabile, richiedendosi
riunione di molte circostanze favorevoli, onde
tere ottenere un qualche vantaggio dall' estirpaz
ne, e dalla trapanazione, che sono i due mezzi
cessarj, e da cui soltanto riuniti può sperarsi

guarigione ne' casi semplici, e sul principio della malattia.

Questi tumori fungosi possonsi tuttavia ritrovare in molte altre parti del corpo, come nella caruncola lagrimale, nelle gengive dove forma la così detta *Epulide*, nei seni mascellari, nell'orecchia, nella vescica, e nelle parti genitali muliebri esterne, e segnatamente poi nel naso, fauci, ed utero ne' quali casi diconsi *polipi*, di cui ci ristringiamo a parlare brevemente.

Il *polipo* del naso ha origine nella membrana pituitaria ove dessa naturalmente è più densa, ed ha per lo più una base stretta in forma di peduncolo. Può per altro esso crescere ad un gran volume, e sollevare perfino le ossa nasali. Gli autori distinguono varie specie di questa malattia, e sono il polipo mucoso, vascolare, scirroso, e sarcomatoso, secondo cioè la sua durezza, colore, e sostanza etc. Il mucoso è il più molle, e rare volte è solo, e ne è difficile l' estirpazione, e ripullula con facilità. Il polipo vascolare è più duro, l' estirpazione del medesimo produce delle emorragie, e degenera facilmente in carcinoma. Quello scirroso è di durezza quasi cartilaginea, ed ordinariamente è incurabile. Finalmente il polipo sarcomatoso ha di particolare, che rincontrasi quasi sempre nella narice posteriore. La cognizione di queste diverse specie, e dell' attaccamento del polipo è molto interessante pel buon' esito dell' operazione, onde dovrà il Professore assicurarsene per mezzo di uno specillo, o di una sciringa da donna, ed anche portando le dita nelle fauci, se il caso lo richiederà. Per quello, che riguarda la cura della malattia molti sono li metodi proposti, essi consistono o nel procurare di distruggere il tumore per mezzo di caustici, e del setone, e

sti sintomi si aumentano di molto rendendo anche atrofica la gamba, ed arrivano fino a produrre la carie dell' osso la quale cagiona la morte del paziente.

Le cause de' tumori bianchi sono poco conosciute dipendendo da cagioni interne, o esterne. Quello che sembra più probabile si è, che queste agiscano producendo l' infiammazione delli legamenti, e parti adjacenti, sieno desse poi esterne, o interne. Questa infiammazione ha luogo principalmente nel ligamento capsulare, e suole essa passare in suppurazione, dalla quale non solo viene il legamento stesso alterato nella sua sostanza, e tessitura, ma viene eziandio cariato l' osso. Da questo è ben chiaro, che l' esito di tali tumori non può essere che infelice, e che quindi l' unica speranza sarà riposta nell' amputazione. Non è però, che questa prognosi non soffra varie modificazioni a seconda della cagione della malattia, e della sede di essa. Se la malattia riconosca per origine un' affezione scrofolosa come ordinariamente accade ne' ragazzi, e se attacchi una grossa articolazione sarà sempre più pericolosa; per lo contrario se la malattia sia prodotta da cagioni esterne, o da una semplice affezione reumatica, se l' articolazione sia delle più piccole, vi sarà maggior speranza di ottenere la guarigione senza ricorrere all' amputazione della parte, ma per mezzo di una cura ben diretta, e segnatamente istituita a tempo.

La cura della malattia dee consistere nel procurare di risolvere l'infiammazione, ed impedire, che non passi in suppurazione. A questo oggetto sarà necessario adoperare il metodo così detto antiflogistico prescrivendo il riposo più assoluto dell' articolazione affetta, sebbene questo abbia piuttosto luogo nelle estremità superiori, che nelle in-

feriori, giacchè in queste resta molto difficile atteso, che l' articolo tende sempre alla flessione, e se si tenga esteso forzatamente, ne siegue l' anchilosi; saranno quindi necessari i salassi generali, e locali, gli emollienti, i minorativi, e la dieta. Gli emuntorj posti nelle parti vicine al tumore, saranno eziandio di molto vantaggio. Potrà passarsi in seguito ai risolventi, fra i quali sono spesso utili i mercuriali, ma quelli più vantaggiosi, e propj sono i bagni d' acque minerali, i suffumigj, e la doccia. Questo metodo riesce segnatamente ne' tumori bianchi prodotti da cagioni esterne, ma non è per se solo sufficiente nella stessa malattia cagionata da cause interne, e specialmente da affezione scrofolosa. In simili casi a questa cura è necessario unirci anche un sistema di cura interna diretta a combattere la cagione della malattia. L'antimonio, la digitale, la poligala, i replicati purganti etc. sono i rimedi, i quali vengono indicati ne' casi accennati.

Siccome però ad onta di tutti questi rimedj spesse volte non si arriva a risolvere l' infiammazione, non può impedirsi, che desso suppuri, ne viene per conseguenza, che la cura dovrà essere diretta a procurare l' esito della materia, onde non si trasferisca all' interno dell' articolazione. Molti Pratici sono di sentimento, che si possa in alcuni casi formare la suppurazione nella sola parte esterna del ligamento capsulare, e che quindi dando esito alla materia si possa impedire, che dessa non si porti a distruggere, e cariare le ossa componenti l' articolazione. I metodi dai medesimi proposti per l' apertura sono varj, ma i più convengono, che il setone sia il miglior metodo per dar esito alla materia senza incorrere negli inconvenienti, che porta seco il ferro tagliente, o il caustico. Convien

[illegible] che il [illegible] rare volte riesce, [illegible] che la marcia esce per [illegible] di portarsi anche all' intor- [illegible] il miglior consiglio sarà quin- [illegible] appena si osserva, [illegible] e segnatamen- [illegible] giacchè la ca- [illegible] che ne siegue pel ries- [illegible] è più tarda a sopraggiun- [illegible] difficilmente guaris- [illegible] tutta nell' articola- [illegible] dita. Vi sono taluni, [illegible] l' estremità dell' ossa [illegible] di tutto il mem- [illegible] molte circostanze [illegible] non meno crudele [illegible] medesima.

CAPO XIV.

[illegible]

[illegible] un apertura mor- [illegible] prodotta da causa [illegible] materia, e situata in [illegible] tutte accom- [illegible] sostanza delle parti [illegible] o sia ferite, [illegible] più difficile gua- [illegible] cronica [illegible] mentre la ferita, che [illegible] che tende conti- [illegible] Nelle ulceri le marce [illegible] delle parti, ma [illegible] solide adiacenti, di [illegible] cura ben diretta l' ulcera tende

sempre ad estendersi, ed a divenire di cattiva indole. Due altri effetti perniciosi dell' ulcera sono l'evacuazione delle materie, ed il riassorbimento delle medesime. La prima da luogo se sia abbondante ad una debolezza grande della machina, ed insieme ad una emaciazione universale. Il riassorbimento poi del pus corrompe tutta la massa del sangue, e degli umori, e produce una febbre colliquativa, e d' indole putrida.

Attese le diversità infinite, che ci presentano le ulceri nella loro forma, ne' sintomi, che l'accompagnano, e finalmente nelle cause, le quali l' hanno prodotte, e che per conseguenza richieggono un diverso metodo di cura, sono state da pratici stabilite molte specie diverse di ulcera, le quali è necessario conoscere ognuna in particolare. Varie sono le divisioni delle ulceri stabilite dai Pratici, ma ci sembra, che debbono esse considerarsi tanto riguardo la causa principale della malattia, quanto rapporto l' influsso, che ha questa cagione nel metodo curativo delle ulceri. Fra le molte divisioni stabilite dai più recenti Scrittori sembranci degne di particolar menzione le *Ulceri scorbutiche*, *scrofolose*, *veneree*, *erpetiche*. Per quello appartiene alle altre specie di ulceri da molti accennate, come sono le *cancerose*, le *psoriche*, le *tignose* etc. non formando esse una malattia particolare, ma dipendendo piuttosto da una determinazione locale della malattia generale vengono da noi trattate in occasione, che parliamo delle malattie particolari, le quali ad esse danno origine.

Se noi consideriamo le ulceri riguardo ai loro sintomi comuni qualunque possa poi essere la cagione della malattia, osserviamo, che desse possono esistere in qualunque parte del corpo; ma che quelle, le quali hanno la loro sede nelle gambe

sono le più comuni. Esse impediscono la funzione della parte, e sono di danno tanto per la quantità dell'umore separato, quanto per la cattiva qualità di quello, che si riassorbisce.

Dalla divisione, che noi abbiamo data delle ulceri è facile il comprendere, che possono all'infinito variare le cagioni produttrici delle medesime. Comunemente si dividono queste in generali, e locali. Le ulceri prodotte dalle cause della prima specie, sono ulceri sintomatiche, quelle poi per effetto di cagioni locali possono costituire una malattia principale. Egli è in pratica molto difficile il rintracciare la cagione delle ulceri qualora dessa sia generale, e consiste in una affezione di tutto il sistema; ma potrà portar molto lume in queste circostanze il corso della malattia, e gli incomodi del malato sofferti prima dell'apparizione dell'ulcera. Se osservasi un ulcera, la quale non ceda ai rimedj ordinarj, e si sappia d'altronde, che il malato abbia anteriormente sofferto delle malattie universali, vi sarà ben molto fondamento di credere, che l'ulcere riconosca una causa generale, e che questa sia appunto della stessa natura della malattia precedente. Oltre le malattie, le quali abbiamo accennato come origine di ulceri, cioè lo scorbuto, le scrofole, la lue venerea, e l'erpete, possono le ulceri esser prodotte eziandio da altre malattie universali, come l'artritide, la soppressione de' mestrui, l'emorroidi, e principalmente da tutte le retrocessioni di una qualunque eruzione cutanea. Oltre poi queste cause generali accennate delle ulceri due specie meritano particolare considerazione, e sono primieramente quelle prodotte da malattie precedenti segnatamente esantematiche come p. e. da vajolo, rosalia, scarlattina etc. e quelle, che riconoscono la loro origine da vizj esistenti ne' viscer

del basso ventre, e specialmente del fegato, e della milza.

Per quello poi riguarda le cagioni locali delle ulceri queste consistono principalmente ne' corpi estranei esistenti nelle medesime siano èssi stati introdotti dallo stromento, il quale ha prodotto la ferita, come accade principalmente in quelle d' armi da fuoco, ovvero siano essi cagionati dalla separazione della porzione dell' osso sottoposto prodotta da frattura, carie etc. Questa specie per altro a propriamente parlare non merita essere inclusa nella divisione dell' ulceri, tenendo un carattere acuto, opposto a quello delle medesime.

Secondo la varietà delle cause della malattia, e secondo il tempo, che la medesima ha durato deve formarsi la prognosi delle ulceri. Se la cagione, che l'ha generata sia difficile a conoscersi, e conosciuta con difficoltà possa togliersi, malagevole ne sarà la guarigione. Lo stesso dovrà dirsi delle ulceri antiche, e di cattivo carattere. Esse saranno molto più facili a guarirsi ne' soggetti giovani, e robusti, così ancora saranno di cura più facile quelle, le quali attaccano parti meno interessanti, e viceversa.

Prima di entrare a parlare della cura delle ulceri è necessario esaminare una questione, la quale ha occupato i migliori pratici, se cioè debbansi, o no curare le ulceri. Noi crediamo, che una simile questione non possa essere così generalmente decisa senza aver riguardo alla natura particolare delle medesime, ed alle cause, le quali l' hanno prodotte. Per quello appartiene alla natura particolare dell' ulcere, è necessario riflettere se dessa sia antica, o recente, se i progressi dell' ulcera verso la guarigione vengano accompagnati da un disturbo delle altre funzioni della machina, ovvero se il pa-

però confessare, che il setone rare volte riesce, giacchè nel tempo stesso, che la marcia esce per l' apertura, non lascia di portarsi anche all' interno dell' articolazione; il miglior consiglio sarà quindi di ricorrere all' amputazione, appena si osserva, che siasi stabilita la suppurazione, e segnatamente quando il soggetto sia un adulto, giacchè la carie dell' osso, e la morte, che ne siegue pel riassorbimento della materia è più tarda a sopraggiungere ne bambini, i quali meno difficilmente guariscono molto più se la malattia esista nell' articolazione del cubito, o delle dita. Vi sono taluni, che hanno proposto recidere l' estremità dell' ossa cariate senza venire all' amputazione di tutto il membro, ma oltreche essa richiede molte circostanze per potersi preferire, ci sembra non meno crudele ed incerta dell' amputazione medesima.

CAPO XIV.

DELLE ULCERI.

Sotto il nome di ulcera s' intende un apertura morbosa, o soluzione di continuità prodotta da causa interna cronica, tramandante materia, e situata in una parte molle. Sono generalmente tutte accompagnate da una alterazione nella sostanza delle parti vicine, e distinguonsi dalle piaghe, o sia ferite, che suppurano per esser di molto più difficile guarigione, e per esser una malattia cronica mantenuta da una affezione interna, mentre la ferita, che suppura è una malattia acuta, che tende continuamente alla cicatrizzazione. Nelle ulceri le marce impediscono non solo la riunione delle parti, ma viziano sempre più le parti solide adiacenti, di modo che senza una cura ben diretta l' ulcera tende

sempre ad estendersi, ed a divenire di cattiva indole. Due altri effetti perniciosi dell' ulcera sono l'evacuazione delle materie, ed il riassorbimento delle medesime. La prima da luogo se sia abbondante ad una debolezza grande della machina, ed insieme ad una emaciazione universale. Il riassorbimento poi del pus corrompe tutta la massa del sangue, e degli umori, e produce una febbre colliquativa, e d' indole putrida.

Attese le diversità infinite, che ci presentano le ulceri nella loro forma, ne' sintomi, che l'accompagnano, e finalmente nelle cause, le quali l' hanno prodotte, e che per conseguenza richieggono un diverso metodo di cura, sono state da pratici stabilite molte specie diverse di ulcera, le quali è necessario conoscere ognuna in particolare. Varie sono le *divisioni* delle ulceri stabilite dai Pratici, ma ci sembra, che debbono esse considerarsi tanto riguardo la causa principale della malattia, quanto rapporto l'influsso, che ha questa cagione nel metodo curativo delle ulceri. Fra le molte divisioni stabilite dai più recenti Scrittori sembranci degne di particolar menzione le *Ulceri scorbutiche*, *scrofolose*, *veneree*, *erpetiche*. Per quello appartiene alle altre specie di ulceri da molti accennate, come sono le *cancerose*, le *puriche*, le *tignose* etc. non formando esse una malattia particolare, ma dipendendo piuttosto da una determinazione locale della malattia generale vengono da noi trattate in occasione, che parliamo delle malattie particolari, le quali ad esse danno origine.

Se noi consideriamo le ulceri riguardo ai loro sintomi comuni qualunque possa poi essere la cagione della malattia, osserviamo, che desse possono esistere in qualunque parte del corpo; ma che quelle, le quali hanno la loro sede nelle gambe

sono le *ulceri Scrofolose*, *Scorbutiche*, *Veneree*, ed *Erpetiche*. Le *ulceri scrofolose* sono ordinariamente la conseguenza dell' estirpazione di tumori scrofolosi, o dell'apertura spontanea dei medesimi, e sono accompagnate da molti sintomi scrofolosi; esse guariscono assai difficilmente, ed attaccando le articolazioni producono la *carie*, o almeno l' *anchilosi*. Le ulceri di questa natura essendo sintomi di una malattia universale poco vantaggio possono ricevere da una cura locale, ma è necessario curare la predetta coi metodi interni adattati, e che a noi non appartiene di esporre. Rifletteremo soltanto, che essa è molte volte impossibile, come p. e. quando le *Scrofole* hanno prodotto, come qualche volta accade, una *Tise polmonare*, l' *Atrofia Mesenterica etc.*

La guarigione dell' ulceri scrofolose è molto difficile, ma alle volte il solo avanzarsi dell' età, ne produce la medesima. Dessa per altro può essere più sollecita facendo preservare il malato dall' umidità, e dal freddo, procurare una facile traspirazione per mezzo di frizioni secche, sostenere l'energia delle forze della circolazione con vitto nutriente, e prescrivergli varie abluzioni, fra le quali meritano la preferenza le alcaline. Per quello poi appartiene ai mezzi da prendersi nel caso di carie dell'articolazione si ristringono essi all'amputazione della parte, come unico, e necessario rimedio.

Le *ulceri scorbutiche*, accompagnate da debolezza universale sono ordinariamente fungose, putride, producono delle emorragie, ed hanno spesso la loro sede nelle gingive, le quali sono tumefatte, e rammollite, e producono l' alito fetente. I rimedj, i quali hanno luogo per la cura di esse sono gli antiscorbutici internamente p. e. il vino,

o elisir antiscorbutici formati colle radiche fresche di Rafano rusticano, di Bardana, di foglie di coclearia etc. e gli antisettici, e stimolanti topicamente, fra i quali segnatamente la China, la tintura di lacca, l'acido muriatico allungato, e la barite, e gli astringenti, onde arrestare l'emorragia come l'allume, e lo spirito di vino canforato. Nei bambini passano più di sovente in cancrena, e sono assai pericolose, a cui vi si aggiunge la febbre di carattere adinamico, diviene difficile la respirazione, cadono in continui deliquj, si sviluppa un'eruzione petecchiale, ed in fine cessano di vivere.

Le *Ulceri Veneree* distinguonsi in primitive, ed in secondarie, e per conseguenza non si formano sempre alle parti genitali, ma hanno luogo eziandio in varie parti del corpo. Esse non cedono alla cura locale, e segnatamente quelle secondarie, ma è necessario distruggere l'infezione venerea, alla quale deve però unirsi il trattamento locale consistente nel diminuire l'infiammazione cogli emollienti, e ricorrere poi agli stimolanti, ed anche ai caustici, nel caso siano callose o inveterate. Tutta la cura consiste principalmente nel mercurio dato internamente, ed applicato ancora localmente, medicamento però, il quale richiede le più grandi cautele nell'amministrazione, e che troppo a lungo continuato può produrre gravi inconvenienti. Di queste ne crediamo anche meritevole l'uso della cauterizzazione dell'ulcere sifilitica. Molti Scrittori di Chirurgia sono di sentimento, che nelle ulceri veneree primitive sia sufficiente la sola cauterizzazione delle medesime, onde distruggere la grossezza dei bordi, che forma il principale carattere delle medesime, e che non sia necessario l'unirci l'uso interno del mercurio. Ciò per altro può avere al

più luogo nelle ulceri primitive incipienti, giacchè nelle altre sarà necessaria la cura interna. Nelle *ulceri sifilitiche* alle parti genitali saranno molto utili le frizioni mercuriali all' estremità inferiori.

Le *ulceri erpetiche* finalmente sono ulceri croniche, resistenti ai mezzi ordinarj di cura, e dalle quali sono ordinariamente attaccate le persone miserabili, e poco pulite. Questa specie d' ulcere è la più difficile a guarirsi di tutte, eccetto l' ulcera cancerosa, e molte volte è ben difficile l' arrestarne i progressi, i quali sono non di raro molto rapidi. In generale però un ulcere erpetica dopo aver corroso i tegumenti resta per molto tempo nello stesso stato, e continua egualmente la suppurazione, la quale è ben difficile a far cessare, e forse il più delle volte sarebbe anche pericoloso. Quindi di tutti i rimedj astringenti, e stimolanti sono di sommo pregiudizio potendo produrre la retrocessione dell' erpete su qualche parte interna. I rimedj più indicati localmente sono gli emollienti, e quelli, che promuovono la suppurazione, e molti hanno anche proposto il vescicante sull'ulcere stessa; ma questi medicamenti sono di niun vantaggio e anche dannosi se all' uso di essi non si unisce la cura interna. Noi non possiamo qui estenderci sul metodo interno conveniente per la cura dell' erpete; ma ci contenteremo di accennare, che i bagni caldi, e segnatamente quelli di acque minerali sono stati riputati molto efficaci. A questi devono unirsi le piante antiscorbutiche, il siero, i purganti, l'antimonio, e qualora sia l'erpete d' indole venerea si ritrarrà moltissimo vantaggio dall'uso del mercurio.

Prima di terminare il trattato delle ulceri non sarà fuori di proposito il dire qualche cosa sulle ulceri artificiali, dalle quali con giusta indicazione

adoperate ritrae la Medecina, e la Chirurgia infiniti vantaggj. La Chirurgia aprendo le ulceri artificiali cerca di aprire alla natura una strada per la quale dessa possa scaricarsi degli umori nocivi, e morbosi. La differenza però, che esiste fra queste ulceri, e le naturali si è, che le ulceri nate spontaneamente hanno luogo per una separazione degli umori morbosi, i quali poi vengono dalla natura eliminati dall' ulcere, che dessa forma a quest' oggetto. Per lo contrario le ulceri formate dall' arte non essendo prodotte da separazione di questi umori cattivi separano i medesimi insieme co' sani, e non hanno altro fine, che diminuire gli umori senza depurare la massa del sangue come molti pretendono, anzi sono molte volte dannose per la perdita di umori, che producono. Un vantaggio però dell' ulceri artificiali si è quello prodotto dall' irritazione, che desse cagionano, che è alle volte utilissima per liberare una parte più interessante della macchina da una determinazione, che può divenire pericolosa, come si è già di sopra più volte osservato. Il setone, il fonticolo, ed il vescicante sono le tre specie di ulceri artificiali, che si praticano dal Cerusico.

Il setone consiste in una ferita, che si forma in una piega della cute, e per la quale si fa passare un nastro, che si và tirando ogni giorno, onde resti sempre una nuova porzione di esso nella ferita, e così questo corpo estraneo venga a cagionare una suppurazione abbondante nella parte. Il nastro deve spalmarsi di unguento digestivo, onde resti più proprio per l' effetto, che deve produrre. Il setone può applicarsi presso che in tutte le parti del corpo; ma dovrà scegliersi il luogo più adattato all'indicazione prefissa, segnatamente qualora si tratti di derivare una determinazione verso una data parte.

giorno di più. In questo caso si viene insensibilmente a tagliare il tramezzo, che divide le due aperture della fistola, e si cicatrizza l'ulcere. Questo metodo però è lungo, ed in molti casi non può aver luogo.

Il taglio è il metodo preferibile a tutti nella cura delle fistole. Questo può effettuarsi in tre modi, cioè o con la incisione totale, o con la dilatazione, o finalmente con la contro apertura. L'incisione totale è il metodo da preferirsi agli altri qualora sia praticabile, ed a questo fine adoperasi la tenta scannellata, la quale introdotta nella fistola sulla guida di essa si taglia la medesima per tutta la sua lunghezza. Con questo metodo si ottiene l'esito libero delle marce, e si procura ancora un sufficiente grado d'infiammazione, ma non ha desso luogo, che in quei casi, ne quali la fistola è poco estesa, e poco profonda, e che termina in una cavità, o con la cute, onde con il taglio si possa fare una communicazione diretta con la cavità stessa, o ridurre nel secondo caso la fistola ad una piaga superficiale. Fatto il taglio si viene a ridurre la fistola alla natura di un ulcere semplice, e quindi dovrà medicarsi come tale, cioè cogli emollienti, o stimolanti, secondo che lo stato della medesima sia inflammatorio, ovvero che presenti ancora qualche callosità, o sia difficile a cicatrizzare. La dilatazione è necessaria in quei casi, ne' quali non ha luogo l'incisione, cioè se la fistola sia molto profonda, o veramente se sia di lungo tragitto. L'oggetto della dilatazione è quello di aprire il foro esterno della fistola, onde essa acquisti maggior superficie, e per conseguenza il taglio deve essere più grande all'esterno, che all'interno. Molti Pratici consigliano invece del ferro tagliente di servirsi delle turunde, le quali con la loro presenza di-

gionate da carie dell' osso sottoposto devono essere accompagnate da massima difficoltà per la guarigione, quale per altro sarà sempre in rapporto colla specie dell' osso cariato, e sua situazione; che quelle le quali penetrano nella cavità del petto saranno di cura molto più difficile, che quelle dell'intestino retto; oltre di questo dobbiamo osservare, che le fistole essendo ulceri, come le altre, delle quali abbiamo parlato, nè essendo da esse diverse, che nella figura, debbono esser soggette alle medesime leggi tutte delle ulceri, e che quindi possono esistere delle fistole di natura scrofolosa, scorbutica, venerea, erpetica etc. le quali saranno più, o meno curabili secondo la loro natura come abbiamo già di sopra esposto.

Siccome la cagione principale, che si oppone alla cicatrizzazione delle fistole si è la loro figura, ne siegue, che il principale oggetto della cura deve esser quello di cambiare la medesima, onde ridurla alla natura di ulcera semplice. Questa cura deve parimenti esser variata secondo le cagioni, e l'indole della malattia, e quindi alla cura locale sarà necessario unire la cura generale. Noi abbiamo già trattato di questa in altro luogo, quindi ci ristringeremo ad esporre solamente la locale, che consiste nell' aprire il seno, o la fistola per tutta la sua lunghezza. I metodi proposti per procurare la guarigione delle fistole sono il caustico, la legatura, ed il taglio. Il caustico è ottimo per togliere la superficie callosa dell' ulcera; ma se la fistola sia molto profonda è poco efficace, ed inoltre è assai dolorosa. La legatura non può aver luogo, che nelle fistole, le quali hanno due aperture, giacchè allora si fa passare per ambedue un cordoncino di refe, o come alcuni consigliano di piombo, e si annoda stringendolo moderatamente ogni

CAPO XVI.

Delle Ferite.

Dicesi ferita in Chirurgia una soluzione di continuità nelle parti molli, recente con effusione di sangue fatta per mezzo di un istromento incidente, contundente, o perforante. La divisione delle ferite è varia secondo l'aspetto, sotto il quale desse si considerano I punti principali, che debbonsi avere in mira nell'esame delle ferite sono la qualità della ferita, il pericolo che essa porta, la parte, che offende, e finalmente il luogo, che dessa occupa. Riguardo alla qualità delle ferite dividonsi queste in semplici, ed in complicate. Le ferite semplici sono quelle, le quali niun altro fenomeno presentano, che la divisione delle parti. Conviene peraltro osservare, che questa divisione può essere maggiore di quello, che sarebbe naturalmente quando venga reciso un muscolo attesa la contrazione delle fibbre muscolari, oppure leggermente inciso anche l' osso, o che la ferita accompagnata sia da qualche altra indisposizione, lo che ha fatto dare da alcuni il nome di ferite composte a quelle di tal natura. Le ferite complicate poi mostrano non solo la divisione delle parti, ma eziandio un' altro oggetto qualunque da doversi avere in mira nella cura di esse. Questi sintomi, che accompagnano la ferita possono essere o generali come p. e. un vizio di umori, ovvero locali, come l' emorragia, la frattura dell' osso, la contusione, la presenza di un corpo estraneo etc. Variano le ferite ancora riguardo alla prognosi, e sotto questo punto di vista dividonsi le ferite in sanabili, pericolose, e mortali. Questa divisione molto interessante per la Chirurgia forense, e per le denunzie, porta seco molte altre suddivisioni p. e. le ferite sa-

nabili possono essere sanabili assolutamente, con deformità rimanente, e con riserva. Le ferite mortali sono o necessariamente mortali, ovvero mortali per se, o finalmente mortali per accidente etc. Riguardo alle parti offese merita molta attenzione questa divisione secondo la parte ferita, sia dessa cioè un muscolo, un tendine, un nervo, un' arteria, un viscere etc. Possono finalmente distinguersi le ferite riguardo al luogo, che desse occupano, considerando cioè le regioni del corpo umano, come il capo, il collo, il petto, e l' addome, divisione, la quale è la più comoda per un trattato elementare, e che noi adotteremo parlando delle ferite di ciascuna di queste parti, dopo che avremo parlato delle ferite in generale.

I sintomi generali, i quali sogliono accompagnare le ferite sono in primo luogo l'allontanamento delle parti ferite. Questo è maggiore, o minore secondo la direzione della ferita, e segnatamente se sia ferito un muscolo trasversalmente, nel qual caso la forza di contrazione delle fibbre muscolari rende, come si è detto, la dilatazione della ferita molto più sensibile. Uno de' fenomeni più costanti delle ferite si è l' esito del sangue maggiore, o minore secondo i vasi offesi. Il sangue diminuisce graduatamente, e si coagula, al sangue succede il trasudamento di un siero sanguinolento, il quale tumefacendo i labbri della ferita viene a degenerare in un vero pus. A questa epoca si stabilisce una non equivoca suppurazione, la quale a poco a poco riproducendo della nuova carne viene ad effettuare la cicatrice. Non tutte però le ferite osservano questo corso, molte, e segnatamente le più semplici guariscono senza suppurazione, nascendo la riunione immediata dei labbri di esse qualora restino a mu-

tuo contatto in forza del succo linfatico emesso fra le labbra della ferita.

Non sempre però le ferite percorrono questi diversi stadj senza presentare de' sintomi pericolosi, i quali meritano l' attenzione del Cerusico riguardo al metodo di cura. Devesi in primo luogo esaminare se esista la contusione delle parti prossime alla ferita, ed allora queste ferite diconsi contuse, fra le quali annoveransi segnatamente quelle fatte da armi da fuoco, delle quali parleremo in appresso particolarmente. Le ferite possono essere ancora accompagnate da lacerazione delle parti, lo che ha luogo in quelle prodotte non tanto da un istromento incidente, e perforante, quanto da una rottura, o distrazione violenta delle parti. Le punture sono pure ferite, ma hanno de' caratteri particolari, che le distinguono da esse, recisamente per l'offesa de'nervi, o parti tendinose, che suole accompagnarle. Molte ferite sono eziandio seguite da perdita di sostanza, altre finalmente dall' introduzione di corpi estranei, segnatamente di palle di piombo, scheggie d'osso, e porzioni dell' istromento, il quale ha prodotto la ferita stessa.

Oltre questi fenomeni soliti ad accadere nelle ferite altri meritano particolare considerazione, e questi sono l'offesa delle parti interessanti, cioè i vasi, i nervi, i tendini etc. L' offesa de' vasi arteriosi segnatamente di un qualche calibro produce l'emorragia, che richiede dei rimedj istantanei, e così l' offesa de' nervi, tendini etc. può produrre il tetano sintoma mortale, e che esige tutta l' attenzione del Cerusico.

Secondo la varia distinzione, che abbiamo accennata delle ferite, secondo il luogo, che esse occupano, ed i sintomi, che l' accompagnano dovrà formarsi la prognosi delle medesime. Noi abbiamo

già di sopra accennato quali siano le distinzioni, che convengono alle ferite riguardo la prognosi, ma essendo tante varie le combinazioni, che possono accadere in questi casi non è possibile il dare delle regole generali su questo punto, dovendosi la prognosi regolare tanto secondo la parte ferita, quanto secondo la qualità della ferita stessa, ed i sintomi, che l'accompagnano. In occasione, che parleremo delle ferite in particolare avremo luogo di dare delle regole per la prognosi esatta di ciascuna di esse.

L'oggetto principale della cura delle ferite si è quello della loro riunione. Questa può succedere in due maniere, o cioè le parti divise si riuniscono immediatamente, e questa dicesi riunione per prima intenzione, e questo accade per la infiammazione delle parti; ovvero le parti divise non si riuniscono immediatamente, ma dopo infiammate suppurano, ed allora si genera della nuova carne, la quale viene a poco a poco a formare delle adesioni, che producono la cicatrizzazione della ferita. Varie sono le opinioni degli Autori sulla maniera, onde nasce la riunione della ferita in ambedue i casi, quello però può dirsi di certo si è, che in tutte le circostanze la riunione di due parti divise viene operata per mezzo di un processo, il quale ha molt' analogia con il processo di nutrizione, e quindi dee accadere una certa decomposizione nelle parti divise sia che la riunione nasca per prima intenzione, sia che dessa abbia luogo per seconda intenzione. E' poi ormai dimostrato, che nella riunione qualunque i vasi non si rincontrano mai insieme, nè si riuniscono nel luogo reciso, e quindi non può sostenersi la riunione di una parte affatto divisa, essendo in questo caso

una delle due porzioni incapaci di formare il processo necessario.

Passiamo ora ad esporre i mezzi, che adopera il Cerusico per ottenere la riunione delle ferite, ed in questa conservarle per entrar dopo a trattare della cura de' più rimarchevoli sintomi, che l'accompagnano, ed il modo di prevenire quelli, che disturbar potrebbero le forze della natura, che tende alla cicatrizzazione. Il primo oggetto, che dee avere il Cerusico nella cura di ogni ferita si è quello di conoscere la sua profondità, e le parti, che dessa interessa, ed in sostanza tutto ciò, che può influire sul metodo di cura da adottarsi. L'esame oculare, e quello del tatto somministrerà facilmente per mezzo delle cognizioni di Anatomia un' idea esatta della qualità della ferita, e delle parti offese; se la ferita è alquanto profonda, la sua direzione sia obbliqua, sarà necessario far uso dello specillo per rintracciare la figura della medesima. Lo specillo dee essere di argento piuttosto, che di acciajo, bottonato in cima, e flessibile, deesi poi avvertire nell' introdurlo di tenerlo alquanto lento nella mano, onde possa prendere i movimenti necessarj per adattarsi alla figura della ferita, e non formare delle false strade. Inoltre conviene introdurre lo specillo a poco a poco, e delicatamente per non offendere troppo le parti di recente recise, e non accrescere il dolore al paziente, segnatamente se vi è offesa di nervi, come ancora per non far nascere emorragia forte, cosa facile ad accadere se si urtino troppo violentemente le parti offese.

Qualora la ferita sia semplice, ovvero non presenti sintoma alcuno, il quale meriti una indicazione particolare potrà il Cerusico procurarne la riunione per prima intenzione. Gli oggetti da aversi in mira nella cura con questo metodo sono di te-

nere i labbri della ferita a mutuo contatto, e di prevenire l'infiammazione. I mezzi per ottenere il primo, sono la situazione della parte lesa, la fasciatura, i ceroti adesivi, e le suture. La positura del membro offeso serve a porre nel maggior rilassamento possibile le parti recise, e segnatamente i muscoli tagliati per traverso, onde in questo modo si viene ad impedire, che i labbri della ferita non vengano a slontanarsi. Questo metodo, che per se solo poche volte è sufficiente per la riunione della ferita è utile, anzi necessario unito con uno de' tre mezzi seguenti, cioè la fasciatura, il ceroto adesivo, o sia la sutura secca, e la sutura cruenta. La *fasciatura* consiste in una fascia, la quale si passa intorno al membro ferito, e dopo si fa passare uno de' capi in un' apertura fatta nell' altro *capo*, e così stringendola vengonsi a mantenere in contatto i labbri della ferita. Questa fasciatura dicesi unitiva a differenza di un altra detta espulsiva, e che consiste in una fascia rotolata intorno al membro ferito. Queste fasciature oltre l' essere per se sole insufficienti a procurare la riunione delle parti hanno molti inconvenienti, e segnatamente quello di coprire in modo la ferita, che non possa osservarsi senza togliere la fasciatura, e quindi il mezzo, che ne procura la riunione.

Il *ceroto adesivo* è il secondo mezzo per tenere a contatto le parti recise. Questo consiste nello stendere un poco di ceroto diapalma, diachilon, o altro simile sopra una pelle, o un pezzo di tela, e tagliandone delle liste più strette nel mezzo, che nelle estremità applicarle da una parte, e dall' altra della ferita in modo, che vengano a tenere a contatto i labbri di essa, e questa chiamasi sutura secca. Questo metodo è sicuramente ottimo per ottenere la riunione, ma non manca di presentare

degl' inconvenienti, cioè di non potersi adoperare in tutte le parti, come ancora di tenere a contatto soltanto la superficie esterna della ferita, senza procurare la riunione delle parti più profonde. Questo inconveniente, che alle volte può produrre col ristagno di materie nella cavità interna della ferita può prevenirsi ponendo le liste di ceroto in modo, che lascino un piccolo spazio fra i labbri esterni della ferita, pel quale possono passare quelle materie, che se restassero nella cavità interna della ferita ne impedirebbero la riunione.

La sutura cruenta consiste in una cucitura delle parti fatta per mezzo di aghi, e filo, metodo, il quale come doloroso, e causa di irritazione dovrà risparmiarsi per quanto è possibile, nè adoperarlo, che in caso di necessità, e dove non possono le parti recise tenersi a contatto con altro mezzo. La sutura cruenta viene eseguita con l' ago di acciajo curvo, e non solo puntuto, ma tagliente ne' lati. Il filo deve essere di due, o anche più fili insieme, ed incerato, e di figura piatta, e non rotonda. La sutura è di varie specie, le principali di esse sono la nodosa, o intercisa, l' incavigliata, l' attortigliata, quella de' pellicciaj, e quella a filsetta. Siccome avremo occasione di parlarne in dettaglio delle tre ultime trattando delle operazioni, nelle quali esse convengono, descriveremo qui soltanto le prime due, cioè la nodosa, e l' intercisa o incavigliata. La sutura nodosa si fa passando l' ago dal di fuori all' indentro in un labbro della ferita, ed indi nell' altro labbro dal di dentro all' in fuori, e stringendo indi i due fili con un nodo. Si daranno tanti di questi punti quanti sono necessarj per la lunghezza della ferita. I punti debbono esser distanti dalla ferita per impedire la lacerazione de' suoi bordi, ed inoltre dovrà ajut-

si la forza de' punti ponendo delle liste di cerotto fra i medesimi. La sutura poi incavigliata si fa nella stessa maniera, che la nodosa, con la differenza, che invece di passare un solo filo ad ogni punto se ne passano due, ed invece, che essi vengano annodati sulla ferita si annodano da ogni parte sopra un cilindretto di tela spalmata di cerotto, parallello alla ferita stessa.

Qualunque di questi mezzi si scelga per tenere a contatto le parti divise onde ottenere la riunione per prima intenzione è necessario prevenire l'infiammazione coi mezzi adattati, cioè il riposo di mente, e di corpo, la dieta, le bevande, ed anche i salassi se la natura della ferita li richieda, o il temperamento del paziente li renda necessarj.

Riguardo al secondo metodo di ottenere la riunione delle ferite, o sia quello detto per seconda intenzione, distinguonsi in esso due periodi, quello cioè dell' infiammazione, e quello della suppurazione. Il Cerusico non ha altro, che fare in questi casi, che secondare l' opera della natura, e togliere gli ostacoli, che potrebbero impedirla. Nel periodo quindi dell' infiammazione deesi riempire la ferita con delle sfila o asciutte, o imbrattate d' unguento rosato etc. fasciare la parte, e porla in adattata situazione, e ad una temperatura piuttosto calda specialmente nell' inverno. Si dovrà ancora adoperare il regime antiflogistico, ed una dieta conveniente. Nel secondo periodo poi si medicherà la ferita colle semplici sfila asciutte per rianimare la fiacca azione de' solidi, e rinnovandole spesso subito, che si formano le marce, procurando, che resti essa meno, che sia possibile al contatto dell' aria. Se tuttociò non basta per risvegliare la sensibilità della piaga potrassi unire alle sfila un leggiero irritante. Le forze del malato debbono essere soste-

nute con regime corroborante per animare ancora la necessaria azione del sistema vascolare. Con questo metodo si va a poco a poco riempiendo la ferita di nuova carne, e granellosa, la quale consiste nella vegetazione del reticolo capillare, e la sua natura è puramente cellulosa, per lo che dove questa abbonda, la cicatrice si forma più sollecitamente. Se la nuova carne sia di natura cattiva cioè molle, e fungosa, ed il suo colore dilavato si distruggerà cogli escarotici. Riguardo ai mezzi da adoperarsi nella suppurazione, e nel caso, che venisse a formarsi un ulcera, e rendersi callosi i bordi della piaga ne abbiamo già trattato parlando della suppurazione, e dell' ulcera.

Resta ora, che prima di entrare a trattare delle ferite delle diverse parti diciamo qualche cosa sopra alcuni sintomi, i quali accompagnar sogliono le ferite, e che richieggono una qualche modificazione nella cura. Primieramente le ferite possono esser contuse. Qualora la ferita sia stata prodotta da un corpo, il quale non sia soltanto tagliente, ma ancora contundente, essa ha all'intorno delle parti quasi morte per cagione della pressione, e queste particelle debbono separarsi per mezzo della suppurazione. In queste ferite non può quindi aver luogo la riunione per prima intenzione, ma è necessario impedire una violenta infiammazione coi metodi già indicati, incidendo anche le parti mortificate, e segnatamente se vi sia bisogno di porre allo scoperto qualche parte offesa, come p. e. un arteria ferita, o un osso fratturato per estrarne delle scheggie, o per rialzarlo, essendo depresso. In generale la suppurazione di queste ferite suol esser molto abbondante, e quindi essendovi molto a temere la debolezza del paziente, fa di mestieri mantenerne le forze coi rimedj adattati, e

segnatamente la china, il vino, il vitto nutriente etc.

Le ferite possono esser lacerate, ossia prodotte da una violenza esterna, che stacca subitamente, e totalmente qualche parte del corpo, come p. e. un dito, un braccio, una gamba etc. L'emorragia è alle volte in queste ferite di poco momento, anche ne' vasi di qualche calibro sia per la costrizione in seguela della distrazione, che hanno sofferto, sia per lo spasmo, e compressione de' muscoli lacerati, e contratti, che esercitano sopra di essi. Alcune volte possono accadere delle lesioni di continuità in certe parti senza violenza esterna, come p. e. nel tendine d'Achille, nel ligamento della rotula, e nel tendine degli estensori della gamba etc. quali di sovente sogliono terminare felicemente col solo ajuto della situazione, e fasciatura alquanto compressiva, che si estenda a quasi tutto l'articolo, con cui si obbliga la parte ad avvicinarsi più, o meno nel punto, dove si è separata. Le ferite di cui parliamo, non potendosi medicare per prima intenzione, debbono necessariamente suppurare accadendo una specie di disorganizzazione nelle parti, quindi dovranno esse curarsi per seconda intenzione a tenore dei metodi esposti.

Se le ferite siano profonde, ma con apertura stretta, e prodotte da istromento acuto, e perforante diconsi punture. Qualora queste ferite siano semplici possono curarsi per prima intenzione essendovi molti casi di felice riuscita, ma presentano desse più spesso, che le altre de' gravi sintomi, come l'offesa di un nervo, o tendine, della difficoltà dell'esito del sangue, o della esistenza di un corpo estraneo. In questi casi è necessario procurare di diminuire l'infiammazione col regime antiflogistico, e coll'amministrazione dei sedativi,

e dilatare ancora se sia di bisogno la ferita, ed indi procurarne la suppurazione. In appresso daremo i precetti da osservarsi nell' offesa de' nervi, che spesso accompagna le punture.

Qualora poi la ferita sia accompagnata da perdita di sostanza prodotta da istromento, che stacchi porzione di un membro, o altra parte, le parti staccate difficilmente possono riunirsi se pure non siano ben piccole, e non vengano riposte in sito con molta sollecitudine, non è però tanto difficile la riunione di una parte staccata soltanto in una porzione. Il tutto dipende dalli vasi, che restano intieri, i quali se siano di sufficiente diametro possono mantenere la communicazione nella parte recisa. Se la parte staccata affatto non possa riunirsi si riuniranno le parti vicine, e se ciò neanche sia possibile si procurerà una buona suppurazione della medesima per mezzo della quale si rigeneri una nuova sostanza, che supplisca a quella perduta. E' quì però da osservarsi, che questa riproduzione non si eseguisce in tutti i punti del corpo umano nella stessa maniera, ed in alcune non si eseguisce affatto.

I corpi estranei, i quali rimangono nelle ferite meritano una particolare attenzione per parte del Cerusico pel dolore, ed irritazione, che producono, e perchè si oppongono alla riunione della ferita. E' quindi necessario di assicurarsi della presenza di questi corpi qualora se ne abbia un qualche sospetto dalla natura de' sintomi, o dalla qualità dell' istromento, che ha prodotto la ferita. Riconosciuta l'esistenza del corpo estraneo, ed assicuratosi il Cerusico del luogo, dove esso esiste è indispensabile il farne l' estrazione per mezzo della pinzetta, o altro istromento adattato dilatando ancora la ferita se l' angustia della medesima impedisca di farne commodamente l' estrazione. La positura dell.

parte è necessario, che sia presso a poco la medesima, che teneva nel momento, che fu ferita, avvertendo però di non irritare troppo la parte offesa, onde accrescerne l' infiammazione, e la suppurazione.

Oltre i fin quì accennati sintomi, i quali possono rendere complicata la natura della ferita, due ne esistono, che meritano somma attenzione; cioè l' offesa de' grossi vasi, e nervi producendo queste l' emorragia, ed il tetano. L' emorragia sia primitiva, o consecutiva va subito arrestata qualora sia violenta. Le emorragie alcune volte fermansi da se medesime, ma qualora ciò non succeda dovrà porsi in opera uno de' mezzi, che ci somministra la Chirurgia, cioè la compressione, gli astringenti, la legatura, ed il caustico. Noi abbiamo già parlato di questi metodi in occasione, che abbiamo trattato dell' aneurisma. e quindi non è necessario molto fermarci su i medesimi. La compressione si pratica per mezzo del tornichetto, ma dessa richiede un punto fisso, su cui appoggi l' arteria, ed inoltre è necessario, che la compressione venga esercitata sulla sola arteria senza comprimere i nervi, ed i vasi laterali, onde non resti impedita la circolazione. Gli astrigenti, come l' acqua fredda, l' allume, il vitriolo, l' ammoniaca etc. stimolano i vasi, e ne producono il ristringimento. Questi rimedj vanno applicati con delle stuella di sfila sulla ferita stessa, ma non sono di utile, che nell' offesa di vasi molto piccoli. Molto più vantaggiosa è poi la legatura, che consiste nel passar l' ago curvo sotto il vaso con un filo, e formando una legatura al di sopra della ferita se il vaso sia intieramente reciso, ovvero due legature una al di sopra, ed una di sotto alla ferita se il vaso sia reciso soltanto in parte. Questa operazione è molto

analoghi a quelli prodotti dallo stravaso del sangue nella cavità interna del cranio, nulladimeno ne abbiamo alcuni, che possono farla distinguere dal medesimo, cioè nella commozione la respirazione è libera, e facile, e nello stravaso è profonda, e difficile, e simile all'apoplessia, così ancora il polso si rende molle, ed eguale nel primo caso, ed una ineguaglianza accompagna indispensabilmente lo stravaso. I sintomi prodotti dallo stravaso del sangue nella cavità del cranio dipendendo dalla compressione, che questo fluido esercita sul cervello non possono esser guariti secondo alcuni Scrittori, che dando esito al fluido contenuto per mezzo della trapanazione. Una delle grandi difficoltà però, che qui si presenta, si è di conoscere esattamente il luogo, dove esiste lo stravaso. La paralisia di uno de' lati del corpo, o di una delle estremità indica, che lo stravaso è dalla parte opposta, ed esistendo questo sintoma potrà esperimentarsi prima di tutto il salasso dalla jugulare del lato opposto a quello affetto da paralisi, e secondo l'effetto prodotto dal primo salasso potrà il Professore regolarsi se debba essere più volte ripetuto. Al salasso potrà anche unirsi l'uso degli emetici, il bagno freddo alla testa, allontanando per quanto si può la trapanazione, che da molti Autori ragionevolmente si esclude nello stravaso di sangue sotto il cranio per ragioni che in altro luogo esporremo. Le parti interne della testa possono eziandio infiammarsi, e suppurare nel caso di ferite del capo, e questo è un sintoma molto pericoloso. Queste infiammazioni, o suppurazioni possono aver luogo o fra il cranio, e la dura madre, o fra le meningi stesse. La febbre, i polsi duri, il delirio, la paralisi, l'emiplegia, e spesso la morte sono gli effetti di questa infiammazione, e si osserva in tali casi ancora un peggioramento nella fe-

rita esterna. Per la cura di questa infiammazione si richiede il metodo antiflogistico proporzionato alla gravezza della malattia, ed al temperamento del paziente. Le ferite della testa sogliono spesso essere accompagnate da malattia de' visceri dell' addome, e segnatamente del fegato. Per ispiegare questo consenso sono ricorsi i pratici all' afflusso del sangue nelle parti inferiori prodotto dalla resistenza, che trova nelle parti superiori, ovvero al rapporto esistente fra il cervello, ed il fegato per mezzo de' nervi, e finalmente i più moderni alla commozione, che partecipa anche il fegato nella commozione del cervello, come il viscere più grosso, e più pesante, che gli altri; ma quest' ultima opinione non può essere verisimile che nelle ferite sul capo prodotte da cadute fatte da un altezza notabile.

Tutti i sintomi fin quì riportati possono accompagnare non solo le ferite del capo, e segnatamente quelle prodotte da istrómento contundente, o da una caduta, nella quale il capo percuota contro un corpo duro; ma ancora le altre offese della testa prodotte parimenti da colpi violenti, o cadute sulla medesima quantunque non accompagnate da ferita; un sintoma però ch' è dipendente dalle ferite della testa esclusivamente si è la ferita del cervello, la quale non è che rare volte curabile, dovendo essere ben superficiale, e non unita ad altri sintomi pericolosi. Abbiamo per altro degli esempj di perdita di una porzione della sostanza del cervello terminata con la guarigione. Siccome nelle ferite del cervello esistono frequentemente de' corpi estranei, e particolarmente de' pezzi d' osso, la prima cura deve essere di estrarli, altrimenti irritando il cervello producono una suppurazione di cattiva qualità, ed anche fanno uscire porzione della sostanza corticale del medesimo dall' apertura dell'

osso, e costituire ciò che dicesi tumore fungoso del cervello, o *Encefalocele*, il quale deve subito recidersi con uno stromento tagliente applicandovi in seguito dell' essenze balsamiche, come quella di terebinto, ed una leggiera compressione per dolcemente reprimerlo. Deve poi il Cerusico procurare, che le marce abbiano un esito sufficiente, onde non possano fermarsi nella cavità del cranio.

Oltre le ferite del cranio meritano attenzione alcune altre ferite del capo, e segnatamente quelle della faccia. Il primo oggetto in esse dee essere quello di procurare di rendere la cicatrice meno apparente, che sia possibile, ma oltre questa regola generale meritano rimarco speciale alcune ferite della faccia per i sintomi, che producono, p. e. quelle del nervo frontale producono spesso l'amaurosi, quindi in queste è miglior partito riunirle per quanto è possibile per prima intenzione, ed evitarne la suppurazione. Le ferite de' seni frontali anche con perdita di porzione della lamina ossea esterna non sono difficili a guarirsi segnatamente se resti intiera la membrana interna, e si abbia l'avvertenza di estrarre tutti i pezzi d' osso, che potrebbono esservi rimasti. Nelle ferite delle palpebre devesi cercare, che la cicatrice produca meno stiramento, che si può, molto più se la ferita sia perpendicolare onde restino recise le fibbre del muscolo orbicolare acciò la palpebra rimanga della sua lunghezza naturale, e questo si ottiene riunendo prontamente la ferita per mezzo della sutura secca, o s è necessario anche della cruenta. Le ferite degl occhi richiedono la pronta riposizione delle p uscite dalla ferita, coprire il globo esattamente co le palpebre, e dopo applicare una compressa im bevuta in qualche leggiero attonante. Le orecchi ferite si riuniscono mediante la sutura cruenta, l

quale però non deve comprendere la cartilagine. Lo stesso dicasi delle ferite del naso, il quale si riunisce benissimo anche senza sutura, ma nel caso la ferita sia grande sarà dessa necessaria, avvertendo sempre di comprendere in essa i soli integumenti. Le ferite dei labbri, e della lingua difficilmente guariscono senza sutura cruenta, la quale sarà adattata alla parte ferita.

Fra le ferite del collo sono particolarmente da riguardarsi le ferite de' grossi vasi, quelle de' nervi, le ferite della trachea, e quelle dell' esofago. Le ferite de' grossi vasi del collo sono mortali, ed ordinariamente portano la morte del malato prima; che arrivino a tempo gli ajuti dell' arte, attesa la grave emorragia, che producono. La legatura di questi vasi è molto difficile, ed in oltre l' esito della medesima è molto incerto. Noi abbiamo degli esempj di ferite de' vasi grossi del collo guarite con la compressione. I varj stromenti inventati a quest' effetto sono poco utili, e spesso riescono dannosi, quindi il miglior metodo di praticare la compressione si è quello di comprimere la parte ferita con la mano. Non mancano degli esempj di allacciature dei vasi grossi arteriosi del collo seguite da esito felice.

Le ferite dei nervi del collo sono principalmente quelle dell' intercostale, del par vago, dei ricorrenti, alle quali può aggiungersi ancora l' offesa della midolla spinale. Riguardo alle ferite dell' intercostale, e del par vago essendo questi nervi doppj, e rimanendone uno intatto possono le funzioni de' visceri del petto, e del basso ventre continuare in qualche modo, sebbene la recisione di uno dei due nervi non lasci di portare de' notabili disordini nelle parti dal medesimo dipendenti. I nervi ricorrenti recisi portano la perdita totale, o par-

ziale della voce secondo che ambedue i nervi siano stati tagliati, ovvero uno solo di essi. Molti Autori pretendono, che possano questi nervi riunirsi, come anche il par vago, e ristabilirsi in certo modo le loro funzioni. Se poi la ferita sia nella midolla spinale, o essa venga recisa, ne siegue la morte del malato. Qualora la midolla sia semplicemente punta, oltre l' infiammazione, che ha ordinariamente luogo nasce anche la convulsione, la febbre, il dolore acutissimo, e finalmente la paralisi delle estremità, e di tutte le parti sottoposte al luogo della ferita. Il metodo da usarsi in questi casi consiste nella cura antiflogistica, nel togliere qualunque stimolo possa irritare la parte, e praticando gli antispasmodici.

Le ferite della trachea portano seco la perdita della voce, attesa l' uscita dell' aria a traverso della ferita, se poi la ferita non corrisponda direttamente a quella de' comuni tegumenti ha luogo l'enfisema. Il metodo da usarsi in queste ferite qualora siano semplici, o non siano accompagnate da emorragia, o enfisema è molto semplice, e consiste nel procurarne la riunione per prima intenzione, riunione la quale è più facile quando la trachea è ferita perpendicolarmente, di quello che quando essa è ferita trasversalmente. Se poi vi esista una complicazione, e segnatamente una emorragia, non devesi subito procurare la riunione della ferita, giacchè ne potrebbe nascere l' effusione di sangue nella cavità stessa della trachea, lo che porterebbe seco delle gravi conseguenze, ma devesi invece procurare di arrestare l' emorragia, e lasciare aperta la ferita, acciò il sangue abbia un esito libero. Le ferite della laringe sono poi molto più pericolose di quelle della trachea.

Se la ferita della trachea è semplice si ottiene la riunione di essa con delle liste di cerotto ade-

sivo, procurando però, che per qualche tempo la testa resti inclinata in avanti, al quale oggetto si potrà contenere in questa posizione con un' adattata fasciatura. Essendo la ferita estesa molti Autori consigliano di riunirla per mezzo di alcuni punti di sutura; siccome però questo produce gravi inconvenienti, e non riesce all'oggetto, che si propone il Cerusico, viene al presente poco anzi nulla usato, ma si contentano i migliori pratici di servirsi della sutura per i comuni tegumenti, la quale molto contribuisce alla riunione della ferita della trachea. Se poi questa sia stata tagliata in tutta la sua circonferenza, per lo che imminente minaccia al malato la soffocazione, oltre i mezzi indicati si potrà usare una cannula elastica, la quale s'introduce dalla laringe per evitare, per quanto si può, la soffocazione mantenendo in rapporto le due estremità della trachea recise. Per rimediare all' enfisema, siccome questo dipende dal non essere le due ferite corrispondenti, cioè quella della trachea, e quella de' comuni tegumenti, col dilatare questa seconda, se il bisogno lo richieda, viene per se stesso a diminuire l' enfisema, anzi spesso guarisce da se medesimo.

La peggior conseguenza delle ferite della trachea si è la fistola, che in seguito vi rimane. Qualora questa sia semplice se ne può ottenere la guarigione coi mezzi, che si adoperano per la cura delle altre fistole; ma se esiste perdita di sostanza, o denudamento di cartilagine, sarà necessario nel primo caso supplirvi con qualche corpo, che chiuda l' apertura, e nel secondo caso dovrà attendersi l' esfoliazione delle cartilagini, non essendo altrimenti possibile ottenere la cicatrice della fistola.

L' Esofago può esser ferito separatamente, o insieme con la trachea, carotidi primarie, vasi ju-

cioè il sangue è spumoso, ed il malato sputa sangue, o lo rigetta in quantità, e si osserva inoltre l'aria uscire, ed entrare dalla ferita. Nel momento della medesima il malato è sorpreso da sincope, con sudori freddi, ed il polso diventa piccolo, celere, ed irregolare. Dopo qualche tempo la respirazione diviene affannosa, è l'ispirazione più facile, che l'espirazione, ed il malato resta coricato più volontieri dal lato, in cui esiste lo stravaso, per non impedire la dilatazione della porzione sana del petto, e per poter respirare meglio, è obbligato ancora a curvarsi anteriormente, ed oltre di questo prova un senso di peso, ed un dolore acuto nella parte inferiore dello sterno con tosse violenta. Questi sintomi però possono sussistere anche senza lo stravaso: ma quello che può dar molto lume in questi casi si è, che quando gli accennati sintomi, e segnatamente la soffocazione è prodotta da infiammazione del polmone, i medesimi si dissipano facilmente sotto l'uso de' salassi, e del regime antiflogistico, lo che non accade quando i detti sintomi siano causati dallo stravaso nella cavità. Di più si può aggiungere all'indicati segni, il rilievo dell'ipocondrj, la dilatazione delle coste, ed il rumore sordo che sentesi dalla percussione del petto sul lato dello stravaso. Può ancora questo dipendere dalla ferita dell'arteria intercostale senza che sia offeso il polmone; ma allora i segni sebbene siano molto analoghi quelli riportati, pure mancando quelli propriamente caratteristici dell' offesa del polmone stesso non ne sara difficile la diagnosi. I sintomi della suppurazione de' polmoni, e dello stravaso di marcia nella cavità del petto non differiscono da quelli dello stravaso sanguigno, che nelli segni di suppurazione che sono principalmente la febbre suppuratoria, e

viene con freddo, e termina con sudore, un' apparenza di edema etc.

Le ferite del petto penetranti nella cavità sono molto pericolose, e segnatamente quelle, che offendono il polmone stesso, giacchè in questi casi ordinariamente il paziente muore dopo poco tempo, ovvero muore di una suppurazione del polmone. I due pericoli maggiori, che possono aver luogo nelle ferite del petto penetranti sono l'emorragia, e la tisi polmonare. L' emorragia è sempre grave succeda essa all' esterno, ovvero all' interno della cavità. Non mancano però degli esempj di persone guarite felicemente sebbene fosse stato ferito il polmone, ma ciò generalmente osservasi soltanto nelle ferite non molto profonde, e nelle persone giovani, e di buon temperamento, nè soggette ad alcun vizio di macchina. Le ferite penetranti senza offesa del polmone non sono di un tal pericolo ma conviene distinguerle secondo la natura delle parti offese. Le ferite del cuore, e vasi grossi sono assolutamente mortali; abbiamo però qualche caso, nel quale la morte è accaduta alcune ore, ed anche alcuni giorni dopo la riportata ferita, e così ancora mortali saranno le ferite del dotto toracico, e dell' esofago nella cavità del petto. Gli esempj, che vengono da qualche Autore riportati, e che si oppongono a questa opinione, debbono piuttosto considerarsi come casi fortunati, e rarissimi, di quello che come eccezioni alla regola generale.

Il metodo, che conviene alle ferite penetranti del petto è l' ordinario, che abbiamo esposto trattando delle ferite in generale, avuto però sempre riguardo al viscere offeso. In primo luogo deve il Cerusico assicurarsi della qualità della ferita, e delle parti offese, e sintomi, che l' accompagnano. A quest' oggetto adoperasi lo specillo, ma devesi con-

fessare, che questo stromento è insufficiente per conoscere la qualità della ferita, ed il suo uso è spesso pericoloso, giacchè può lo specillo offendere delle parti, che non sono state ferite, e può venire arrestato da altre parti, che si muovono o nella respirazione, o ne' movimenti della macchina, senza che esso arrivi al fondo della ferita stessa.

Conosciuta dunque dai segni indicati la natura della ferita dovrà medicarsi con l' attenzione, che è offesa una parte, che facilmente passa in infiammazione, ed in suppurazione, il quale esito devesi per quanto è possibile evitare, e quindi tutto il sistema di cura deve esser diretto a risolverla. Il metodo antiflogistico è quello, che va usato a preferenza, quindi i salassi, gli emollienti, e la dieta. Questi rimedj anderanno moderati secondo la gravezza della ferita, e segnatamente secondo l'emorragia. Il riposo, la quiete, e le bibite adattate sono mezzi necessarj ad ottenere l'intento. Per quello poi appartiene alla ferita stessa deve essa medicarsi al più presto possibile, per impedire il contatto dell' aria, e la medicatura deve esser semplice, e superficiale con delle compresse, fascie etc.

Questo è quello appartiene in generale alla cura delle ferite del petto, ma questa cura deve esser variata secondo i sintomi particolari, che l' accompagnano. Se le ferite del petto siano semplici si adopererà il metodo esposto parlando delle ferite in genere. Se siano penetranti, ma senza offesa di parti contenute sarà ancora bastante lo stesso sistema adoperando per altro le cautele necessarie, onde non abbia ad aver luogo, o l' ingresso dell'aria nella cavità, o l' ernia del polmone, e dando esito al sangue, o aria, che potesse esser contenuta. Se poi sarà ferito il polmone richiede la ferita un maggiore attenzione. Questa ferita, abbiamo de-

to, conoscersi in primo luogo dall' osservare, che essa è penetrante, e dal vedere uscire il sangue spumoso, mentre che il malato nello stesso tempo sputa sangue con tosse. Queste ferite non sogliono produrre emorragia forte, eccettuato solamente, che desse sieno molto grandi, ed in questo caso il sangue, che esce dalla bocca è ancora in quantità, l'aria sorte con forza dalla ferita, e può formarsi l'enfisema, se l'aria s'insinui nella cellulare. Le ferite dei polmoni sono pericolosissime, giacchè alcuni muojono dopo pochissimo tempo, altri muojono per la suppurazione de' polmoni, se però la ferita sia leggera non mancano degli esempi di un esito felice.

Il primo oggetto d'aversi in mira nella cura delle ferite del polmone si è quella d'impedirne la suppurazione, e quindi tutta la cura deve consistere nel risolvere l'infiammazione, trattando il malato come se fosse attaccato da una peripneumonia. Il metodo quindi adattato sarà l'antiflogistico, consistente ne' salassi, dieta esatta, bibite, e nella somma quiete.

Le ferite penetranti nel petto possono ancora offendere il cuore, ed i vasi grossi. Queste ferite, come abbiamo esposto, sono assolutamente mortali. In esse ordinariamente accade la morte prima, che abbia avuto tempo il Professore di applicare alcun rimedio, ma quando anche la malattia desse qualche ora, o giorno di tempo poco sarà da porre in opera, salvo che tenere il malato in somma dieta, e produrre una tale debolezza di forze, che, essendo diminuita l'azione del cuore, e delle arterie, nè possa più il sangue essere spinto per la ferita, dia luogo a formarsi un grumo sanguigno, che a poco a poco ne renda possibile la cicatrice. Quindi sebbene il malato presen-

ti un grado di debolezza molto grande, non è regola di ajutare le forze con degli attonanti, o cordiali, che altro non farebbero, che accrescere l'impeto del sangue, ed accelerare la morte del paziente.

L'enfisema nasce ordinariamente dal non essere la ferita de' comuni tegumenti paralella, e corrispondente a quella del polmone, ed in questo caso l'aria, che esce dal medesimo ad ogni espirazione, non potendo avere libero egresso per la ferita esterna, s'infiltra nella cellulare, l'enfisema cresce continuamente, e può produrre ancora de' funesti accidenti, se non vi si rimedi a tempo. Il principio da aversi in mira a riguardo di questo sintoma consiste nell'impedire il nuovo ingresso dell'aria nella cellulare, e nel procurare di dar esito a quella, che ci si è introdotta, lo che si ottiene rendendo paralelle le due ferite, o sia dilatando la ferita esterna; e nello stesso tempo praticando delle piccole incisioni sulle parti tumefatte, acciò possa avere un'esito libero l'aria contenuta.

Può ancora nelle ferite del petto se siano molto estese escire una porzione del polmone dalla ferita stessa. In questo caso sarà necessario farne subito la reposizione qualora il polmone sia sano, ma se principj a cancrenarsi potrà recidersi la porzione cancrenata, avvertendo però di non prendere per cancrena il color livido del polmone prodotto dallo strozzamento, che è cagionato dalla ferita: succede spesso, che il polmone si gonfia fuori della ferita in modo tale, che non può rientrare nella cavità, allora è necessario dilatare la ferita stessa, onde farne la reposizione.

La ferita dell'arteria intercostale porta seco una abbondante emorragia, e qualora dessa accada nella

cavità del petto può dar luogo ad uno stravaso mortale. L'emorragia prodotta dalla ferita dell' arteria intercostale, distinguesi da quella nata dalla ferita de' vasi del polmone, principalmente perchè nell'emorragia dell' arteria intercostale il sangue scorre senza interruzione, ed ugualmente nell' espirazione, che nella ispirazione, oltre di che non è nè spumoso, nè mescolato con aria. Questa emorragia deve arrestarsi per mezzo della compressione, per lo che è spesso necessario d' ingrandire la ferita esterna. I metodi per ottenere questa compressione sono varj, il più usato consiste nell' applicare delle sfila bagnate anche con qualche astringente, e spiritoso, e contenute in un pezzo di tela sottile, ed introdotte queste per mezzo di una tantola, mantenerle in sito con adattato apparecchio. Questa compressione può per altro anche farsi per mezzo di una lamina d' acciajo piegata, onde possa adattarsi a comprimere l' arteria sulla costa. Introdotta una estremità di questa nella ferita si tiene l'altra estremità fissata al corpo con una conveniente fasciatura, onde formando essa una specie di leva viene a comprimere l' arteria ferita. Oltre il metodo della compressione alcuni consigliano anche di allacciare l'arteria, al qual oggetto sarà necessario spesso dilatare la ferita, quindi poter introdurre il dito, e lo stromento consistente in un ago cruuato fornito di refe, con cui si lega l' arteria sulla costa. Ma questo metodo riesce di frequente difficile, e pericoloso per l' offesa delle parti delicate contenute nel petto, che di sovente non si può evitare. Altri consigliano se l' arteria sia soltanto in parte ferita di reciderla intieramente, e questo metodo è riuscito frequentemente utile per fermare l'emorragia.

Nelle ferite del petto può essere ancora offe-

so il diaframma. Le ferite del centro tendinoso di questo muscolo sono mortali assolutamente, ma non lo sono poi quelle della parte muscolare del medesimo. I segni delle ferite accennate sono la difficoltà di respiro accompagnato da dolore acuto, corrispondente al luogo, dove si attacca il diaframma, sentimento di ritrazione de' visceri dell'addome verso la spina, motivo per cui i malati sono obbligati a restare curvati in avanti, vomito, tosse, e singhiozzo, che va continuamente crescendo fino alla morte del malato, che accade in poco tempo. Si hanno degli esempj di guarigioni di tali ferite, ma rimane sempre un' apertura, che da passaggio nel petto ai visceri dell' addome.

Lo stravaso di sangue, o di marcia nel petto è una conseguenza pericolosa delle ferite di detta parte, molto più che la diagnosi non è in questi casi delle più facili. Quando però secondo i segni, che abbiamo di sopra accennati riconoscasi realmente lo stravaso esistere nella cavità, sarà necessario procurare l'esito del fluido contenuto per impedire la soffocazione del malato, che ne seguirebbe necessariamente. Se lo stravaso sia di sangue si procurerà di dargli esito obbligando il malato a giacere sul lato ferito, e dilatando la ferita se sia troppo angusta, come ancora facendo una contro apertura, se la ferita resti nella parte superiore del petto senza venire alla pratica delle sciringhe a tubo ricurvo, le quali non apportano quel vantaggio, che da qualcuno si pretende. Così ancora, ci sembra necessario il riflettere sulle injezioni tiepide da farsi nel petto in caso di sangue addensato. Ma dato esito al medesimo, e tolta per conseguenza la pressione, che desso esercitava sul polmone viene a rinovarsi l'emorragia, che è spesso mortale, quindi non deesi evacuare il sangue stravasato,

che nel caso, che si abbia il fondamento di credere, essere cessata l' emorragia, non solo dal tempo trascorso dall' epoca della ferita, ma eziandio dal ritorno del calore all' estremità, dal rialzamento del polso, dalla diminuzione del dolore etc. S' introduce poi nella ferita una stuella di sfila, che si tiene in sito con una compressa. La ferita viene a suppurare, ma ne' primi giorni continua il polmone ad essere in uno stato infiammatorio. Dell' operazione conveniente per dar esito al sangue contenuto nel petto ne parleremo a suo luogo.

I stravasi di marcia possono formarsi o nel mediastino, o fra la pleura, ed i muscoli intercostali, o fra il polmone, e la pleura, o nel cavo del petto. Riconosciuta l' esistenza del pus è necessario far l' evacuazione per mezzo dell' operazione. Se si attenda qualche tempo prima d' istituirla si corre rischio di dar luogo ad una tisi polmonare. Spesso in occasione di raccolta di pus prodotta da ferita del petto, resta una fistola nel luogo dell' offesa, ch' è necessario dilatare.

Le ferite dell' addome presentano come quelle del petto la stessa divisione in penetranti, ed in non penetranti. Le ferite penetranti nel basso ventre possono essere ancora semplicemente penetranti, o complicate con l' offesa de' visceri contenuti.

Le ferite non penetranti non sogliono essere accompagnate da gravi sintomi trattone il caso di offesa della linea alba, o dell' aponeurosi de' muscoli dell' addome, giacchè allora producono dolori forti, febbre, delirio, etc. e tutti i sintomi di forte infiammazione, e richiedono in quel punto il metodo antiflogistico. Inoltre se la ferita sia larga è necessario, che il paziente conservi sempre la situazione adattata per tenere in rilasciamento i muscoli addominali. La ferita si riunirà per mezzo de' cero-

ti adesivi, e se è necessario ancora con qualche punto di sutura, ed appropriata fascia, indi se ne sostituirà un' altra più adattata dopo la guarigione, per impedire un' ernia nel punto, della ferita, di molto indebolito. Queste ferite se siano semplici guariscono ordinariamente con molta facilità; ma se offendono le parti tendinose, o i nervi possono generare gravi accidenti, e fino anche la morte.

Le ferite penetranti nella cavità senza offesa delle parti interne sono di minor rilievo di queste ultime, meno che da esse sortano le viscera dell' addome. Egli è molto difficile alle volte il conoscere se una ferita sia, o nò penetrante; atteso che poco soccorso si può ricavare dall' uso dello specillo, e delle injezioni mucilaginose; anzi desso al presente si è da migliori Pratici abbandonato. L' esito de' fluidi separati da visceri addominali accompagnati dal sangue può togliere ogni equivoco sulla penetrazione della ferita nella cavità, che se poi le materie, che sortono sono la bile, i cibi in parte digeriti, le feccie etc; non resta più alcun dubbio sulla penetrazione nella cavità, e lesione eziandio de' visceri contenuti.

Queste ferite se sono alquanto estese sono spesso accompagnate dall' esito dell' omento, o delle intestina; allora si osservano la nausea, il vomito, il singhiozzo etc. Esse oltre, che cagionano l'esito delle visceri addominali, il quale espone queste al contatto dell' aria; sono pericolose per l' offesa de' vasi; che possono produrre uno stravaso mortale, e per l'infiammazione, che può cagionare l'irritazione delle parti.

La cura delle ferite penetranti, nelle quali non vi sia esito di viscera, addominali sarà assai semplice, giacchè si tratta solo di riunirle per prima intenzione con de' ceroti, ed una fasciatura ritentiva. Qualora però vi sia stravaso nella cavità sa-

rà indicato non chiudere totalmente la ferita, in specie nella parte inferiore, onde così dar esito alla materia contenuta, e dopo riunire esattamente la ferita.

Allorchè la ferita sia accompagnata dall' esito dell' omento, o delle intestina, è necessario farne prima di tutto la reposizione senza ommettere di lavarle con acqua tiepida, o latte, se sono imbrattate da fango, od altro. Se questa parte uscita sia l' omento, è un cattivo metodo quello di reciderlo, ma non debbesi ciò praticare, che nel caso sia cancrenato, allacciando in seguito i vasi, che possono produrre una emorragia. Siccome poi l' angustia della ferita può esser di ostacolo alla riduzione di esso, sarà bene dilatarla con un bistorino bottonato, e coll' ajuto del dito indice, spesso per altro è sufficiente il dare al malato una posizione, onde restino tutti i muscoli addominali in rilasciamento. Se poi il viscere fuori della cavità sia un intestino, si potrà facilmente ridurre, ancorchè desso abbia acquistato maggior volume per il gas racchiuso, senza forarlo con lo spillo, o altro stromento, ma tirando soltanto a se il viscere, e così dare maggior spazio alla materia, che contiene, ed infine dilatare la ferita col metodo indicato, se inutili saranno i mezzi esposti, indi riporlo al più presto, anche in caso di sua leggiera alterazione, vando meglio il calor naturale, che contengono i fluili, i quali irrorano le viscera del basso ventre, che qualunque fomentazione esteriore. Ridotte le parti, la ferita va medicata semplicemente per prima intenzione, adoperando però nello stesso tempo il regime antiflogistico, onde impedire l' infiammazione delle viscera addominali. Se poi la ferita fosse molto estesa potrà farsi qualche punto di sutura detto *Suturafia*, benchè sia meglio procurare di ottene-

vasi, che possono restare offesi. Se sia ferita la vesc
chetta del fiele, le ferite sono mortali atteso lo strav
so di bile nella cavità. Il ventre diviene tumido c
me nella timpanitide, le intestina sono distese
un fluido aeriforme, ed il malato muore pochi gio
ni dopo la ferita.

La cura delle ferite del fegato poco richie
di particolare, oltre le regole generali, che abbian
date riguardo alle ferite dell'addome, il tutto r
stringendosi a rimediare all'emorragia, allo strav
so, ed agli sintomi nervosi. Il metodo debilitant
è il metodo necessario, quindi fa d'uopo pratica
re li salassi ripetuti se sia di mestieri, come anco
ra le fomentazioni emollienti, le bevande antiflog
stiche, e finalmente la dieta esattissima. Se la fe
rita del fegato non termini con la risoluzione dell'in
fiammazione, e suppuri, questa suppurazione sar
mortale a meno che il fegato non sia aderente a
peritoneo, e l'ascesso si manifesti all'esterno.

Può ancora nelle ferite dell'addome esserne offe
sa la milza, e queste ferite sono mortali attesa l'emor
ragia, che ne risulta. Il metodo, che conviene in
queste ferite è in generale lo stesso indicato pe
le ferite del fegato. Qualche Autore propone l'estir
pazione della milza, ma questa operazione non sa
rà mai da praticarsi, non sapendo noi di qual con
seguenza possa esser l'estirpazione di questo visce
re. Con più ragione potremo eseguire la *gastrot*
mia sul rilevato tumore nella parte inferiore de
basso ventre, prodotto dal sangue stravasato. I
questo taglio si passa una pezza di lino, sfilata d
una parte, la quale fa continuare l'esito del san
gue, e della marcia fino alla guarigione, se il tut
to la permetterà.

Le ferite dei reni si conoscono dal dolore, ch
principia dalla regione lombare, e si estende fin

gl' inguini, ed ai testicoli, i quali sono contratti spasmodicamente dal lato corrispondente al rene offeso. L'orina è sanguigna, ed alle volte esce essa dalla ferita. Il malato è affetto da vomito, nausea, e tensione dolorosa dell' addome. L' emorragia, che accompagna le ferite dei reni non si manifesta sempre all' esterno, ma molte volte accade all' interno, e diviene mortale. Può ancora accadere, che il sangue si aggrumi, e venga a chiudere il passaggio all' orina. Le ferite dei reni sono molto pericolose, e segnatamente qualora sia ferita la pelvi del rene, giacchè allora lo stravaso dell' orina nella cavità rende la ferita mortale. Queste ferite sono ancora pericolose per l' emorragia, e per l' infiltramento dell' orina nella cellulare, che circonda i reni. La cura sarà in generale la medesima, che si è indicata nelle altre ferite dell' addome, che è quanto dire i ripetuti salassi, le bibite antiflogistiche, sarà poi in questo caso necessaria l' evacuazione dell' orina per mezzo della sciringa, qualora ne sia per qualunque causa impedito il passaggio. Sarà utile ancora il dilatare la ferita esterna ogni qualvolta essa sia piccola, giacchè in questo modo si verrà ad impedire l' infiltrazione del sangue, e dell'urina nel cellulare. Una delle conseguenze delle ferite dei reni può esser la fistola, o una suppurazione, la quale è ordinariamente mortale. Si hanno per altro degli esempj di queste fistole terminate felicemente.

Può facilmente conoscere il Cerusico se sia ferita la vescica orinaria. I sintomi della vescica ferita sono l'orina mista di sangue, e l'esito dell'orina per la ferita. La regione ipogastrica diventa tumida, e dolorosa, il qual dolore si estende ancora lungo l'uretra. Se la ferita sia nella parte superiore della vescica, e segnatamente vicino al fondo molto pericolosa, in specie per la facilità della

stravaso dell' orina nella cavità del basso ventre; ma qualora la ferita esista vicino il suo collo essa non sarà tanto grave, eccettuando il caso di stravaso di urina nel baccino, sintoma, ch' è non molto comune, giacchè per la situazione stessa della ferita il fluido esce facilmente per la medesima. Per quello riguarda la cura delle ferite della vescica il tutto consiste a prevenire, o a calmare l' infiammazione, quindi il salasso, le bibite, la dieta, ed il regime debilitante in generale formeranno la base della cura della malattia. Il bagno è un rimedio spesso utile specialmente per diminuire la tensione dell' addome. Per prevenir poi lo spandimento dell' urina nelle parti contigue, allorchè la ferita esista presso il fondo della vescica, il miglior mezzo sarà di tener continuamente la sciringa elastica nella medesima.

Le altre viscere contenute nell' addome, come l' utero, ed il pancreas non sono così facili ad esser ferite per la loro profonda situazione, e quante volte restino offese queste parti non richiedono intrinsecamente alcuna indicazione particolare oltre quelle, che abbiamo proposte, ed il medesimo dicasi nelle ferite del mesenterio, le quali però possono divenire pericolose per lo stravaso di sangue nell'addome, se sia o in parte, o in tutto reciso un qualche vaso arterioso. L' utero può facilmente restare ferito in caso di gravidanza, ed allora sarà la ferita pericolosa, e si decide spesse fiate l' aborto, quantunque non manchino esempj di ferite di questa natura felicemente guarite, ancorchè fosse stato offeso il feto. L' indicazione particolare in simili casi consiste nell' impedire per quanto si può l'emorragia. Difficilmente questa si arresta in quelle ferite dell'utero gravido gia elevato verso l'ombellico, val quanto dire, giunto il contenuto feto

allo stato di maturità, ed in allora deesi accelerare il parto, ossia ajutarlo, ed anzi alcuni propongono, in caso di necessità, ricorrere all'operazione Cesarea.

Una delle conseguenze ordinarie delle ferite del basso ventre penetranti, sono gli ascessi delle viscera contenute, ed i stravasi di marcia nella cavità, che producono molte volte delle asciti purulente. In questi casi richiedesi il dar esito al fluido stravasato, procurando di formare l'apertura della minore estensione possibile, motivo per cui da alcuni autori si propone l'uso del troicart, che sarà utile segnatamente negli ascessi molto estesi.

Terminata l'esposizione delle ferite delle cavità è necessario dir qualche cosa sulle commozioni, che nascono nelle parti contenute, e particolarmente nelle viscera del petto, e del basso ventre, avendo noi già accennato quelle del cervello. Le commozioni de' visceri del basso ventre, e principalmente dello stomaco, del fegato, delle intestina, e vescica orinaria producono dei gravi accidenti, che riescono molte volte più pericolosi, che quelli prodotti dalle ferite penetranti nella cavità stessa. Le cause ordinarie di queste commozioni sono le percosse violenti nel tronco siano esse prodotte da una caduta, o da urti violenti portati sulla parte stessa.

I sintomi di queste commozioni se desse interessino il petto sono una specie di sincope, respiro corto, ed affannoso, sudor freddo, polso piccolo, lento, ed alle volte intermittente, ed estremità fredde. Dopo qualche tempo sopraggiunge la febbre, il respiro diviene più difficile, il polso pieno, ed il corpo si riscalda. Se la commozione sia de' visceri dell'addome si aggiunge la nausea, il vomito, ed il singhiozzo, ed il malato sembra quasi moribondo. Questi sintomi cedono dopo poco tempo,

e si osservano disturbate le funzioni dei visceri del basso ventre, e segnatamente del fegato. Non è raro, che queste commozioni se siano forti producano delle rotture, o sfiancamenti de vasi grossi, e quindi ne nasce la morte, o una malattia cronica irreparabile, ma ordinariamente producono esse l' infiammazione di queste parti. Il metodo di cura conveniente in questi casi sarà adattato allo stato del malato. Prima che si sviluppi la febbre, che i polsi siano piccoli, ed esistano i sintomi tutti di debolezza richiedesi necessariamente il metodo attonante, saranno per conseguenza indicati i bagnoli freddi localmente, e potranno ancora usarsi le decozioni di erbe aromatiche. Siccome poi dopo qualche tempo passano i sintomi di debolezza, e principia ad apparire una vera infiammazione, di mestieri prevenire gli effetti della medesima per mezzo dei salassi, delle bibite diluenti, della dieta rigorosa, de lavativi, fomenti, unzioni oleose, e bagni tiepidi, regolandosi secondo il corso dell' infiammazione, passando cioè in appresso all' uso de' leggeri stimolanti, ed in specie degli antimoniali, oppio, canfora, e simili. Non è raro, come si è già detto, che tali concussioni producano delle infiammazioni locali, la di cui conseguenza è l' adesione delle viscera infiammate, la suppurazione, e l' ascesso. Noi già abbiamo più sopra indicato quale il metodo da adoperarsi in occasione di ascessi esterni, o di stravaso di marcia nella cavità. Dalle offese, che dette violenze esterne possono portare alle ossa, cioè alla spina, coste, e sterno avremo luogo di parlarne in appresso.

CAPO XVII.

DELLE FERITE D' ARMI DA FUOCO.

Le ferite d' armi a fuoco, che sono prodotte dai colpi esplosi dalla forza del salnitro possono considerarsi sotto varj aspetti sempre relativi alla velocità del colpo vibrato, cioè 1. la parte può essere stata semplicemente contusa dalla palla, 2. la palla può arrestarsi nella ferita stessa forando i tegumenti, ed inoltrandosi nelle parti molli, e perfino nelle ossa, e produrre una ferita senza esito, 3. la palla può entrare da un lato, ed escire dall'altro facendo due aperture, 4. finalmente la palla di cannone può portar via una parte del corpo, o un membro intero.

I sintomi più comuni delle ferite d' armi a fuoco sono la contusione, che rende lividi i bordi della ferita, e la commozione, che si propaga a parti molto lontane dalla medesima, i muscoli, vasi, e nervi sono lacerati, quindi ha luogo lo stupore, l' insensibilità della parte, l' emorragia, la cancrena, il tetano, l' esistenza de' corpi estranei nella ferita stessa: la parte percossa dalla palla di fucile è coperta di un' escara negra, ed i lembi di essa sono lividi. L' emorragia generalmente non ha luogo in questa specie di ferite, eccetto che nella lacerazione di qualche gross' arteria. Nel caso che la palla entri profondamente nel corpo, ovvero traversi un membro da parte a parte, le ferite, che ne risultano sono diverse, essendo costantemente più piccola quella, per dove è entrata la palla, ed i suoi bordi depressi, all' opposto più grande è quella prodotta dalla sortita della medesima, e questa cagiona l' inalzamento dei bordi. La direzione della ferita non sempre è retta, nè le aperture, se

dne ne esistono si corrispondono direttamente. Spe
so accade, che la palla rincontri nel suo cammin
delle resistenze per parte delle ossa, tendini, (
aponeurosi, che l'obbligano a deviare dalla sua str
da, e quindi resta molte volte difficile il ritrova
la direzione della ferita, o la situazione della pa
la qualora dessa sia rimasta nella parte offesa.

La cura delle ferite d'armi da fuoco consis
principalmente nello scegliere un metodo adattat
alla qualità della ferita stessa, giacchè siccome qu
ste specie di ferite sono così varie, e producon
effetti tanto diversi, non è possibile stabilire dell
regole generali, che convengano a tutti i casi, m
deve prima di ogni cosa il Cerusico ben conside
rare la natura della ferita, desumendola dalla part
affetta, ed applicarvi il metodo di cura conveniente

Qualora la palla non abbia penetrato nella par
te, ma soltanto prodotto una contusione semplice
sia perchè priva di forza quando ha percosso la
parte, che dicesi palla morta, sia perchè la sua azio
ne sia stata obliqua, accade qualche volta, che la
palla abbia prodotto de' gravi disordini nelle parti
sottoposte, quantunque nulla si rinvenga di danno
all'esterno. In questi casi dovrà il Cerusico esa
minare l'offesa delle parti, e secondo essa dirigge
re il metodo tanto locale, quanto generale.

Se poi la palla abbia penetrato, varie sono l
indicazioni, che si presentano; ma la prima si (
quella di cavare i corpi estranei che la ferita pu
contenere, siano dessi la palla stessa, siano porzion
di abiti, o cose simili, o finalmente pezzi d'osso. Sic
come questi corpi con la loro presenza producon
molto dolore, e cagionano una maggiore suppura
zione, è necessario di estrarli al più presto usando
però molta cautela di non irritare troppo le parti
e di non produrre una emorragia. I varj stromen

ti inventati a questo oggetto hanno molti inconvenienti; ma segnatamente quello di non potere per mezzo dei medesimi conoscere con esattezza, se realmente esista, o nò un corpo estraneo, e quale ne sia la posizione, sarà perciò molto preferibile servirsi del dito per quanto è possibile, se non altro come guida dell' istromento. Sarà di mestieri ancora nell' esaminare la situazione de' corpi estranei, e segnatamente delle palle di far porre il malato presso a poco nella medesima situazione, che avea quando fù ferito. E' ancora indispensabile il riflettere, che la palla prende spesso una direzione obliqua, lo che ha luogo come si è detto se passi vicino ossa, tendini etc. e perciò in questi casi bisogna esaminare la ferita in molte direzioni. Se rinvengasi allora, che la palla abbia percorso una strada assai tortuosa, ed obliqua, onde non sia possibile estrarla per la ferita, si esamineranno le parti vicine, e particolarmente quelle opposte all' apertura esterna giacchè spesso si sente ivi la palla, e non è difficile farla uscire con una controapertura. Se però si trovi molta difficoltà nel rinvenire la palla non si dovrà irritare troppo la parte con ricerche inutili; ma sarà meglio abbandonare ciò alla natura, avendosi molti esempj di palle uscite per mezzo della suppurazione, o rimaste nel corpo per lungo tempo senza produrre danno alcuno. Può la palla penetrare nella sostanza dell' osso, e restar ivi incastrata. Se non sia penetrata molto profondamente una leva sarà un mezzo adattato per estrarla fuori; ma se non si possa con questo mezzo sarà miglior partito attendere la suppurazione, che alle volte ne procura l' esito. Qualora però l' esistenza della medesima produca molto pregiudizio, e nè cogli stromenti, nè con la suppurazione possa otte-

nersene l'esito altro non resta, che ricorrere alla trapanazione dell'osso stesso.

Cavato il corpo estraneo se esista questo nella ferita è necessario procurare la suppurazione della medesima. Noi abbiamo già di sopra accennato quali siano i mezzi per procurare la suppurazione delle ferite, che non ammettono di esser riunite per prima intenzione come sono le ferite contuse, lacerate, o con perdita di sostanza, e per conseguenza lo stesso metodo è quello, che conviene nelle ferite d'armi da fuoco. Alcune cose però sono particolarmente d'avvertirsi in questa specie di lesioni, e segnatamente quello appartiene alla dilatazione delle medesime. Le ferite d'armi da fuoco non hanno ordinariamente una estenzione molto considerabile, ma sono profonde, perciò tanto l'estrazione de corpi estranei, quanto l'esito delle marce si rende più difficile nelle ferite di questa natura. Non devesi però in tutti i casi praticare una dilatazione; ma soltanto quando rendasi essa necessaria per le ragioni sopra indicate, e quando delle particolari circostanze non ne rendano la pratica pericolosa. Nelle parti quindi fornite di pochi muscoli, e di poca cellulare non sarà necessaria la dilatazione, essendo agevole l'estrazione de' corpi estranei, e non così facile un rigonfiamento di muscoli, che rende difficile l'esito delle marce. Sarà poi pericolosa la dilatazione nelle parti fornite di molti tendini, e nervi, la recisione de' quali porterebbe seco delle pericolose conseguenze. Le incisioni devono praticarsi al più presto possibile, e nel primo istante dopo riportata la ferita, e queste incisioni si faranno per mezzo di un bisturì bottonato condotto dalla guida del dito, regolandosi nel farle maggiori, o minori secondo la profondità della ferita, e secondo la parte, che dessa occupa, tagliando sempre per

quanto è possibile giusta la direzione de' muscoli, e procurando d' evitare l' offesa de tendini, nervi, e vasi sanguigni. Per mezzo di queste incisioni, si rende la ferita cruenta, si diminuisce la tensione, si facilita l' esito degli umori contenuti, e la caduta dell' escara, e si viene finalmente ad ottenere una migliore suppurazione.

Tirati fuori i corpi estranei, e dilatata la ferita, rimane a procurarne una buona suppurazione, scopo, a cui deve tendere il Cerusico in tutte le ferite contuse, onde l' applicazione di un semplice digestivo, e l'uso delle fomenta risolutive per le prime 24 ore, e quello in seguito degli cataplasmi emollienti favoriranno a sufficienza l' indicazione propostasi. I sintomi, che accompagnano la ferita dovranno decidere il Cerusico sul metodo interno conveniente. I salassi, e gli altri minorativi, ed in particolare un emetico prima che si sviluppi l' infiammazione saranno di molto vantaggio, se la costituzione del malato sia molto robusta, se vi sia minaccia d' infiammazione violenta, e se non vi sia stata una forte commozione. Nel caso opposto converrà far uso di un metodo piuttosto corroborante, e perseverare anche localmente nell' uso dei risolventi, e dei tonici. In questa occasione saranno indicati l' acqua vulneraria, il sale ammoniaco, lo spirito di vino etc.

La suppurazione delle ferite d'armi da fuoco può esser molto abbondante, e debilitare molto il paziente, e perciò in questi casi richiedesi un metodo corroborante, e segnatamente l' uso della china, che sarà molto utile ancora nel caso di riassorbimento delle marce. L' emorragia può anche rendere la cura di queste ferite complicata, e difficile, in specie qualora sopraggiunga in seguito della suppurazione, e dopo alcuni giorni. I tonici lo-

cali, e gli astringenti saranno i migliori rimedj indicati in questi casi.

Tutti questi principj sono adattabili nelle ferite d'armi da fuoco, che non sono complicate da frattura d'osso, o altri gravi accidenti, e nelle quali non è stato portato via un membro intieramente da una palla di cannone. In tali circostanze spesso siamo obbligati a ricorrere all'amputazione. Se una palla di cannone abbia portato via una porzione di un membro, è necessario fare l'amputazione sul momento, col qual mezzo si viene a ridurre una piaga complicata di lacerazione, frattura etc. in una piaga semplice. Lo stesso deesi praticare nel caso esista frattura comminuta, lacerazione, contusione etc. accidenti tutti, che minacciano la cancrena, che si può prevenire soltanto per mezzo dell'amputazione. La sola commozione in un membro può alle volte essere una ragione sufficiente per porre in opera l'amputazione, giacchè, sebbene in esso non esista frattura, la sola lacerazione delle parti unita alla commozione, ne produce l'insensibilità, e dispone l'arto alla cancrena. Oltre queste circostanze devesi praticare l'amputazione ancora ne' casi, che la suppurazione della ferita sia talmente abbondante, e lunga, che consumi tanto le forze del malato, onde ne venga la febbre etica, ed il malato consunto sia in pericolo di vita; ma in questo caso l'amputazione non si praticherà, che dopo qualche tempo, mentre negli altri accennati sarà sempre meglio farla al più presto possibile. Prima di determinarsi a questa operazione deve il Cerusico riflettere a tutte le circostanze particolari, nelle quali trovasi il ferito, e segnatamente se sia essa di assoluta necessità, nè siavi altro mezzo di salvare la vita al malato, che privandolo di un membro, come ancora deve il Cerusico prevedere se sia più

utile pel paziente il restare senza un articolo, supplendo al medesimo con un membro artefatto, di quello che conservare l'articolo, ma con tale deformità, o malattia, come anchilosi etc. che non possa essere non solo di alcun utile, ma gli arrechi ancora grave incomodo. Molto è stata agitata fra i pratici la questione se nelle ferite d'armi da fuoco, che non possono guarire con altri metodi sia necessaria l'amputazione, giacchè oltre l'incomodo, che reca questa operazione, e la difficoltà di praticarla sul momento ne' casi di battaglie terrestri, o navali, si hanno degli esempj di gravi ferite guarite per se medesime senza ricorrere a questa operazione, ma solo coi mezzi ordinarj. Noi però crediamo insieme coi più reçenti Scrittori, che questi casi siano molti rari, e che tutti gli incomodi, e difficoltà, che si presentano nel praticare l'amputazione non siano da porsi in confronto col pericolo quasi sicuro della perdita del paziente quando si ometta la medesima, e quindi stimiamo indispensabile il praticarla sempre ne' casi, in cui sia indicata, e farla al più presto possibile, giacchè la dilazione anche di poche ore la renderebbe molte volte inutile.

Siccome però potrebbe esistere un tale disordine, che rendesse insufficienti i mezzi, che abbiamo di sopra indicati per promuovere una buona suppurazione, ma che non richiedesse però indispensabilmente l'amputazione sebbene esistesse frattura, e lacerazione, è necessario indicare il metodo da porsi in opera in simili circostanze. Oltre le precauzioni già di sopra accennate è necessaria la situazione dell'articolo, e fare uso degli emollienti se la violenta infiammazione, la febbre, e lo stato pletorico lo richieda, in caso contrario si farà uso degli stimolanti locali, segnatamente dello spirito di

vino, o acquavite. Si deve applicare una fasciatura compressiva, e che ritenga le parti nel loro stato naturale. Riguardo poi ai rimedj interni i cordiali, e l'emetico saranno molto utili, se non esista diatesi inflammatoria, ma sopraggiungendo la febbre, e l' infiammazione debbesi ricorrere al metodo antiflogistico. Se però ad onta di tutto questo i sintomi si aumentino con minaccia di cancrena, non dovrà perdersi tempo, ma amputare subito la parte.

Resterebbe ora a parlare delle diverse indicazioni, che presentano le ferite d' armi da fuoco secondo le diverse parti, che occupano, e secondo le varie offese, che hanno prodotto; ma avendo noi già di sopra parlato delle ferite delle varie parti del corpo, e de' metodi convenienti nell' offesa dei visceri, e parti contenute nella cavità, de' nervi etc. possiamo dispensarci dal parlare al presente del metodo conveniente ne' varj casi di ferite d'armi da fuoco nelle diverse parti del corpo, richiedendo questi appunto le medesime indicazioni, che convengono alle ferite in generale, applicando però ad ogni caso particolare le regole esposte nel trattamento delle ferite d' armi da fuoco, e modificando secondo le medesime i principj generali da noi accennati.

CAPO XVIII.

DELLE CONTUSIONI.

Contusione chiamasi in Chirurgia la lesione cagionata dalla percossa di uno stromento ottuso, che urta con forza sopra una parte del nostro corpo. In questo caso si rompono i vasi sanguigni cutanei, s' indebolisce l'azione della parte, il sangue s' infiltra nel tessuto cellulare, vi si accumula, e forma sulla

superficie della cute un tumore nerastro, violetto, e doloroso. Nella contusione la cute resta intatta, lo che distingue questa malattia dalle ferite contuse, nelle quali la cute resta divisa dall' istromento stesso. I principali sintomi della contusione sono il dolore, la tumefazione, l'ascesso, la cancrena. Secondo la qualità dello stromento contundente, la velocità, con cui egli urta la parte, e la resistenza, che la medesima gli presenta, varj sono gli effetti delle contusioni. Se la parte offesa è fornita di osso, e quindi presenti una maggior resistenza al corpo contundente, la contusione riesce maggiore, ed è ordinariamente accompagnata da infiammazione.

Ma oltre gli effetti, che produce la contusione sulle parti, che lo stromento percuote immediatamente, agisce ancora essa sulle parti lontane, e produce delle lesioni, che nominansi *controcolpi*. Questi controcolpi possono causare de' sintomi molto gravi, e come se la parte stessa fosse stata esposta all' urto del corpo contundente. Tali effetti essendo molto varj non è possibile darne delle regole generali; abbiamo però molti scrittori, che riportano delle osservazioni, dalle quali deducesi l'effetto, che possono esser prodotte dal controcolpo. Si hanno degli esempj di contusioni sull' addome, che hanno cagionato la lacerazione delli vasi, dell' omento, e quella dell' intestino ileo. Le contusioni portano seco per controcolpo degli aneurismi, rotture di vasi, e stravasi di sangue. Quelle delle articolazioni producono de' mali molto gravi, come ascessi, carie, e lussazioni. La contusione delle vertebre, che può nascere in seguito di una caduta su i piedi, sulle natiche, o su i lombi è una della più pericolose, attesa la paralisi, che ordinariamente sopraggiunge. L' Anchilosi, la carie, la

cancrena possono essere la conseguenza di questa contusione.

Il pericolo maggiore, che sovrasta alle contusioni si è quello dell' infiammazione, che suole comparire spesso, e produrre delle cattive conseguenze. Se la machina sia robusta, e non sia affetta da umori cattivi, la contusione non costituirà che l' effetto locale, che cederà facilmente ai metodi ordinarj, e non avrà funeste conseguenze; ma se la contusione accada in un soggetto debole, e che sia fornito di umori cattivi, la contusione benchè leggera produrrà l' esulcerazione, la cancrena, e la carie. Così ancora se la contusione sia in un luogo fornito di cellulare, l' umore stravasato si riassorbisce facilmente, mentre se esista in luogo, dove abbondano le parti tendinose, ed aponeurotiche, passa facilmente in ascesso. Se l' osso sia offeso, o sia vicino al luogo contuso, è da temersi la carie, e finalmente dovrà giudicarsi del pericolo, e dell' esito di ogni contusione a seconda delle parti offese, e di quelle adjacenti, come già abbiamo ancora accennato di sopra.

Circa la cura delle contusioni il primo oggetto deve esser quello di procurare il riassorbimento del sangue, o altro umore stravasato nella cellulare, come ancora di prevenire l' infiammazione. Ogni specie poi di contusione richiederà un vario metodo di cura secondo la parte affetta, e gli accidenti, che l' accompagnano. I rimedj locali astringenti, e corroboranti sono quelli indicati nelle contusioni leggere, e non accompagnate da alcun sintoma pericoloso. I stimolanti di questo genere sono l' acqua fredda, l' acqua di calce, lo spirito di vino, le decozioni stimolanti, e segnatamente quella di China. Molte volte è necessario per accelerare la risoluzione di praticare il salasso segna-

tamente se il malato sia di temperamento pletorico, e vi sia disposizione all' infiammazione. Il salasso sarà di molto giovamento ne' casi di uno stravaso abbondante di fluidi nel tessuto cellulare, ed in questi casi sarà bene ajutare l'azione del medesimo cogli altri minorativi secondo la costituzione, e stato del paziente. I topici stimolanti dovranno essere alquanto più attivi, e quindi potrà porsi in uso la soluzione di sale ammoniaco, l' acqua vulneraria, e simili astringenti, ed attonanti. Ma se poi la contusione sia stata molto violenta, in modo, che l' ecchimosi siasi assai estesa, e per conseguenza impossibile il riassorbimento di tutta la quantità del sangue stravasato, sarà indispensabile il procurarne l' esito per mezzo del taglio, medicando poi la ferita come una ferita contusa. Spesso è tanto grande la quantità del sangue infiltrato nella cellulare, che forma anche de' tumori all' esterno, quantunque gl' integumenti siano nel loro stato d' integrità. Questo ha luogo segnatamente nelle contusioni de' muscoli grossi, come i lombari, ed i glutej, ed in questi casi può anche la parte cancrenarsi, e presenta allora nel centro del tumore una specie di fluttuazione, che richiede l'apertura, e fatta la medesima ne esce un fluido rossastro, e denso, che è in parte composto dalla porzione de' muscoli disorganizzati.

Queste regole generali hanno luogo presso che in tutte le specie di contusioni, ma debbono esse variarsi a seconda delle parti contuse, e de' sintomi, che presenta la malattia, e segnatamente secondo i fenomeni, che nascono dal controcolpo. Siccome però questi effetti sono tanto varj, non è possibile dare delle regole generali, a questo riguardo, ma è necessario lasciare il tutto alla intelligenza, e cognizione del Cerusico curante, il quale po-

trà adattare ai casi particolari le regole, che abbiamo di sopra esposto. Meritano però una riflessione particolare le contusioni, che accadono sulle vertebre del dorso, o dei lombi, come ancora le commozioni nate in dette parti a motivo di una caduta sulle natiche, o su i piedi giacchè queste contusioni producono sovente una malattia mortale. Nel caso di contusione, o commozione della spina nasce l' impossibilità di muoversi, il malato soffre dolori grandi nella parte senza che nulla comparisca all' esterno di offesa, ed osservasi subito la paralisi delle estremità inferiori, che è il segno più sicuro della commozione della spinal midolla. Oltre la paralisi delle estremità ha luogo anche quella della vescica, e dell' intestino retto, e quindi l'esito involontario dell' orina, e delle fecce. Molte volte si rincontra un ecchimosi estesa nella regione lombare, e segnatamente sull' osso sacro, che spesso passa in cancrena. E' raro, che queste gravi contusioni terminino felicemente, portando esse in seguito l' anchilosi, o la carie delle vertebre, ovvero la commozione generale, e la cancrena porta in breve tempo la morte del malato, o una malattia ben lunga.

I rimedj in questi casi debbono essere molto energici, e segnatamente i salassi sì generali, come locali accompagnati da rigorosa dieta, riposo, e dalla situazione adattata. Sarà necessario rimedio ad alcuni sintomi particolari p. e. alla ritenzione d' orina per mezzo della sciringa. I vescicanti applicati su i lombi, i topici stimolanti altrove indicati, ed i bagni in specie di acque minerali saranno i mezzi più convenevoli per restituire le parti inferiori al loro stato di salute, e liberarle dalla paralisi.

CAPO XIX.

DELLE FRATTURE.

Le sole ossa sono quella parte del nostro corpo, che soggette si rendono alle fratture, e ciò dipende dalla solidità del loro tessuto, il quale piuttosto si rompe, che cedere ad una forza qualunque, che agisca sopra di esse. Varie sono le specie delle fratture, poichè oltre la divisione, che risulta delle medesime secondo la diversità della parte fratturata, una non meno interessante si è quella, che riguarda la qualità stessa della frattura. *Comminute* si dicono in Chirurgia le fratture. nelle quali l'osso è rotto in più pezzi, e così distinguonsi parimenti secondo i nostri antichi le fratture in *semplici*, *composte*, e *complicate*, le quali possonsi dire *obbliques*, o *transvertali*, a tenore della diversa direzione, che acquistano nel formarsi. Semplici sono le fratture, in cui altro non osservasi, se non che la rottura della continuazione di un' osso senza, che dessa sia accompagnata da alcun altro sintoma pericoloso. Composta, o piuttosto *doppia* chiamasi la frattura di due ossa nello stesso membro, come p. e. nella gamba, e nell' antibraccio. Complicata finalmente dicesi anche quella frattura, che è riunita ad altro grave sintoma dipendente dalla causa stessa, che ha prodotto la frattura, e segnatamente l'offesa delle parti vicine alla medesima. La frattura può essere ancora in sito, o fuori di sito. Nella prima le ossa rotte restano nel loro luogo naturale relativamente alle altre parti; ma nel secondo caso le medesime si soprappongono attirate dalla forza de muscoli, e secondo la diversa maniera, nella quale si è rotto l' osso.

I sintomi, che presentano le parti fratturate

sono i seguenti. Il malato sente il colpo nell' att
stesso della frattura dell'osso, e risente come un cr
pito nella parte, dopo il qual colpo, o crepito
rende impossibile, o almeno assai difficile, e d
loroso il moto della parte fratturata. La mede
ma offre una gonfiezza circolare nel luogo preci
della frattura, la quale però dopo poche ore si e
tende a tutto il membro. Toccando con la mar
il punto della frattura si sente un vuoto nel luog
di essa dipendente ordinariamente dal maggiore,
minore allontanamento dell' estremità delle ossa fra
turate. Ma uno de segni più certi di questa ma
lattia si è il crepito, che nasce dal far muovere
pezzi rotti l' uno sopra l' altro. Questo crepito pu
alle volte esser tale da sentirsi non solo con la m
no, ma ancora con l'orecchio. La piegatura, ch
forma un' articolo in altro luogo, che nell' artico
lazione è ancora uno de' segni caratteristici dell
frattura, ma tanto questo segno, quanto quello de
crepito possono mancare segnatamente nelle fratt
re in sito senza che possa per questo giudicarsi l'as
senza della frattura. Qualora questa piegatura si
ben visibile, si osserva la prominenza in una par
te, la depressione nell'altra, il membro scortato,
curvato preternaturalmente. Tutti questi sintomi pe
rò quanto sono chiari nelle parti, dove le ossa so
no più soggette alla vista del Cerusico, come p.
nelle ossa dell' antibraccio, e della gamba, altre
tanto poi sono oscuri in quelle fornite di musco
grossi, o di abbondante cellulare, come nell' os
del femore, e segnatamente nel suo collo. Può a
cora essere assai equivoco il giudizio nelle parti fo
nite di due ossa, come l' antibraccio, e la gamb
qualora sia rotto soltanto uno de' medesimi, gia
ndo intiero l' altro, mantiene il membr

nel suo stato naturale, e impedisce, che si osservino la maggior parte de' segni sopra indicati.

Qualunque forza, che agisca sull' osso è capace di produrre la frattura del medesimo sia, che il colpo sia dato direttamente sull' osso, sia che esso ne risenta indirettamente l' azione. Le fratture, le quali accadono nello stesso luogo, dove è stato portato il colpo, sono congiunte generalmente dalla contusione, e la frattura è ordinariamente in più pezzi, il contrario accade nelle altre specie di fratture, e segnatamente in quelle, nelle quali l'osso si è fratturato per una forza applicata all' estremità di esso, onde ne venga come piegato, e quindi fratturato. Il controcolpo è ancora capace di rompere un osso, e finalmente le ossa possono esser rotte dalla sola azione de' muscoli, eccettuate, secondo alcuni le ossa lunghe, lo che può avere principalmente luogo nelle persone, che sono soggette a malattie di queste parti, che rendono le medesime fragili, come p. e. ne' venerei, rachitici, scorbutici etc.

Il pericolo delle fratture varia secondo la qualità dell' osso infranto, e giusta la natura stessa della frattura. Per la prima cagione saranno meno pericolose le fratture delle ossa dell' estremità, che quelle delle altre, la frattura delle quali può portar seco una offesa di qualche viscere sottoposto, come p. e. la frattura delle ossa del cranio, delle coste etc. Riguardo poi alla specie stessa della frattura, quelle semplici saranno sempre meno pericolose, che le composte e le complicate, le quali sebbene molte volte non portino seco pericolo di vita possono produrre anchilosi, storpiature etc. Noi abbiamo già di sopra veduto, che esistono delle cause, le quali rendono le fratture delle ossa molto più facili, come p. e. l' età, le malattie generali, o vizj della macchina, cioè scorbuto, rachitide, e simi-

li, e quindi è naturale, che in simili casi sarà cora molto più difficile la consolidazione delle sa fratturate.

La riunione delle fratture si fa per sola f della natura, generandosi una nuova sostanza c fra i pezzi fratturati, e questa nuova sostanza masi *callo*, o *porosarcoide*, e si viene a formare così dire una cicatrice come si è notato acca nelle ferite delle parti molli, ma in queste è sollecito il processo organico, che in quelle parti dure. Acciò questa operazione della na succeda regolarmente senza lasciare alcun vizio deformità nella parte fa d'uopo che il Cerusico presti i necessarj ajuti, onde possa formarsi il lo, ossia riunione perfetta delle ossa. Gli ajuti, deve prestare il Cerusico consistono principalm te nel riunire la frattura, e per mezzo di adat fasciatura mantenerla nella giusta situazione all tanando in oltre tutti gli ostacoli, che possono porsi alla riunione. La frattura non richiede se pre la riduzione, ma questa è necessaria soltan in quei casi, ne' quali le ossa non siano al loro lu go naturale. Per ottenere la riduzione si prat l'estensione, e la controestensione. L'estensione co siste nel tirare la parte, che trovasi al di sotto de frattura, e la controestensione ha per oggetto tener ferma la parte superiore alla frattura, ac dessa non ceda alla forza di estensione. Quan per mezzo di queste due operazioni le ossa sar no per ritornare al loro luogo naturale, fa di m stieri, che il Cerusico con le mani faccia una d ce pressione sul luogo stesso della frattura, ac i pezzi dell' osso più facilmente si avvicinino, restino precisamente a mutuo contatto, ed è ciò c chiamasi conformazione.

L' estensione, e la controestensione delle p

ti devesi esercitare con la massima cautela per non irritare di vantaggio le medesime, e segnatamente i muscoli, i quali venendo stimolati si opporrebbero sempre più alla estensione del membro; a questo oggetto si richiede di porre i muscoli nel maggior rilassamento possibile, e di stabilire le sudette forze estensive in luogo convenevole, come vedremo particolarmente in ogni frattura. Quando con questo metodo si sia ottenuta la riduzione esatta della parte spariranno le ineguaglianze, e prominenze formate dalli pezzi delle ossa, che non erano nel loro sito naturale, e similmente il paziente si troverà libero dai dolori, che soffriva nella parte, o almeno verranno questi molto diminuiti, Questa riduzione deve poi farsi al più presto possibile, giacchè il ritardo non farebbe, che produrre dei gravi sintomi, e rendere più difficile la conformazione.

Quando siasi ridotta esattamente la parte, è necessario mantenerla nella stessa situazione, lo che si otterrà con la quiete, e con l' applicazione dell'apparecchio. Questo è composto di varie parti. La prima sono le fascie, le quali abbracciando circolarmente il membro fratturato non solo mantengono in sito le ossa fratturate, ma tengono ancora i muscoli in una certa situazione, che impedisce, che si contragghino di troppo, e formino ostacolo alla riunione. Le fascie circolari hanno l' inconveniente di non potersi togliere senza muovere il membro, ed esporsi per conseguenza al pericolo di rompere il callo non ancora ben formato. La fascia a 18 capi, siano dessi uniti insieme, siano separati in tante strisce libere è la migliore, e più comoda fasciatura. Sopra le fasce debbonsi porre le stecche, o assicelle di legno, o di latta, delle quali se ne pongono tre, o quattro secondo la specie della frattura, e che devono essere per la loro lunghezza, e

figura adattate alla qualità del membro, che debbono contenere. Le stecche si mantengono in sito per mezzo di lacci, o legature, e si riempirà ancora lo spazio, che resta fra esse, ed il membro fratturato per mezzo di cuscinetti, o compresse, onde meglio si adattino alla figura del medesimo.

La situazione da darsi al corpo del malato deve essere corrispondente alla parte fratturata in modo, che dessa possa per quanto è possibile restare sempre nella medesima situazione senza esser obbligata a muoversi nelle diverse azioni del corpo.

Uno de' principali sintomi, che può sopraggiungere nella cura delle fratture si è quello del gonfiore della parte fratturata, lo che rendendo la fasciatura più stretta produce una compressione dolorosa anche con pericolo di cancrena, e quindi tanto in questo caso, quanto nel caso, che la fasciatura si scomponga ne viene per conseguenza che si ritardi la cura della frattura, o abbiano luogo degli accidenti pericolosi. A quest' oggetto è necessario, che il Cerusico abbia l' attenzione di osservare di quando in quando l' apparecchio per replicarlo nel caso che venga a rendersi troppo stretto, o troppo lento. Quando sarà passato il tempo necessario, che richiede ogni frattura per consolidarsi, e che varia secondo la qualità dell' osso fratturato, si toglierà l' apparecchio, e si esaminerà se la parte sia ben riunita. Secondo la specie diversa della frattura debbono esser varie le precauzioni da prendersi prima che il paziente riassuma le sue ordinarie funzioni, e di esse parleremo trattando delle fratture in particolare.

Può molte volte accadere, che dopo il tempo che comunemente richiedesi per la riunione della frattura essa non sia ancora ben formata sia ciò per difetto del metodo curativo adoperato, sia per la

costituzione stessa del malato. In tale circostanza non vi sarà altro mezzo, che quello di riapplicare nuovamente l' apparecchio esattamente, adoperando nello stesso tempo quei rimedj interni, che possono aver luogo per correggere i vizj della macchina, se dossi sono la cagione, che ne ritardano la cura. Se poi la frattura fosse riunita, ma non totalmente consolidata è necessario riapplicare parimenti l' apparecchio, e molto più ciò dovrà aver luogo ove sia la frattura riunita malamente, che è quanto dire, che le ossa siano soprapposte, o siano fuori del loro sito naturale, nel qual caso oltre l' applicazione dell' apparecchio devesi praticare ancora l'estensione, mantenendola anche per lungo tempo se sia d' uopo. Che se poi la frattura sia ben consolidata, ma riunita irregolarmente, e le ossa non restino nella loro situazione naturale alcuni pratici hanno consigliato di romper l' osso di nuovo, e principiare indi un' altra volta la cura. Questa operazione però oltre l'essere in molti casi assai pericolosa, è riuscita quasi sempre inutile a quelli, che l' han tentata, essendosi riunita la frattura nello stesso luogo, dove si era consolidata la prima volta, giacchè l' estremità delle porzioni dell' osso, che erano rimaste nella prima frattura sono diventate in tal tempo callose in modo da non potersi riunire.

L' anchilosi, ch' è spesso una della conseguenze della frattura, o piuttosto della situazione, nella quale è obbligato a restare per lungo tempo l'articolo, si previene facendo eseguire all' articolazione de' movimenti appena la frattura si è consolidata; ma conviene avvertire, che questi movimenti siano piuttosto eseguiti da una forza esterna, di quello sia dal malato stesso, non essendo difficile, che la contrazione medesima de' muscoli disunisca nuo-

vamente il callo delle ossa non ancora ben formato.

Questo è quello che riguarda generalmente la cura delle fratture semplici, ma desse non sono sempre tali. I principali sintomi, che sogliono renderle complicate sono la contusione, e l'ecchimosi, le ferite, la complicazione di altra frattura, la lacerazione, l'infiammazione, la cancrena etc. Nel caso di contusione avranno luogo i medesimi principj, che noi abbiamo esposti parlando delle contusioni compresa anche l'evacuazione del sangue qualora sia l'ecchimosi considerabile; ma se questa dipenda da offesa di arteria prodotta dalle punte dell'osso fratturato non sarà difficile, che abbia luogo ancora un' aneurisma, che richiederà l'allacciatura dell' arteria stessa, e quindi sarà necessario metterla allo scoperto. Le fratture complicate con ferita sono assai gravi, e pericolose segnatamente per l'accesso dell' aria, a cui si da luogo per la ferita. Se l'osso sia fratturato in più pezzi sarà necessario estrarre primieramente le scheggie del medesimo, che possono ritrovarsi nella ferita, e similmente recidere con la tenaglia incisiva le punte dell'osso fratturato, che potrebbero offendere le parti vicine; lo che fatto nella miglior maniera possibile, e senza dilatare inutilmente, o irritare la ferita, si riunirà la medesima, e si avrà la massima attenzione d' impedire l'accesso dell' aria, e si useranno poi i rimedj altrove indicati per diminuire l' infiammazione, ed ottenere una buona suppurazione. Qualora l'osso stesso infranto sia quello, che colla sua punta abbia cagionato la ferita forando l'articolo dal di dentro all'infuori, devesi secondo il consiglio dei migliori pratici procurare di far ritornare l'osso nella sua naturale situazione, lo che riuscirà facendo sul membro una forte estensione, e controestensione. La recisione dell' osso, che alcuni

consigliano in simili casi deve praticarsi con somma cautela, e soltanto ne' casi, ne' quali sia privo di periostio, o principj a cariarsi.

Egli è vero però, che alcune volte la frattura è talmente complicata, e le parti sono così malmenate, che tutte le precauzioni fin qui accennate non possono aver luogo, ed è indispensabile l' amputazione. Tre possono essere i casi, ne' quali le fratture richieggono questa operazione, e sono la emorragia, la cancrena, e la suppurazione abbondante. Se l'emorragia spesso si riaffacci molto tempo dopo seguita la frattura, nè possa arrestarsi con li metodi ordinarj, non vi è altro rimedio, che ricorrere all'amputazione. Lo stesso ha luogo se la parte minacci la cancrena, e così ancora se la suppurazione sia troppo abbondante, giacchè in simili casi le forze del malato si vanno ad esaurire, accade il riassorbimento della materia purulenta, e ne nasce la febbre etica, che seco porta la morte del paziente.

Le regole generali, che abbiamo fin qui esposte sono applicabili a qualunque specie di fratture, ma siccome le conseguenze, che queste malattie portano seco sono varie a seconda dell'osso fratturato, devesi quindi modificare il metodo curativo giusta la specie di frattura. Le fratture della testa sono quelle, che presentano maggior difficoltà nella diagnosi, e nella cura, e nello stesso tempo sono le più pericolose per le conseguenze. Noi abbiamo già di sopra esposto alcuni principj generali delle offese del cranio parlando delle ferite della testa, ma ci restano ancora alcuni altri punti interessanti da osservare. Le fratture del cranio sono semplici, o composte, nelle quali cioè molte fessure osservansi riunite insieme. Le fratture del cranio esistenti in luogo diverso da quello, che ha riportato il colpo di-

consi controfessure, o fratture per contro colpo. Ciò supposto l'osso si rompe sempre nella parte che presenta meno resistenza. Può ancora nelle fratture delle ossa del cranio rompersi solo la lamina interna, o vitrea restando illesa l'esterna.

I sintomi delle fratture del cranio sono assai equivoci; lo che rende molto difficile la diagnosi delle medesime. Se esista ferita, e la frattura sia nel medesimo luogo della ferita sarà ben facile il riconoscerla; come ancora se sentasi crepitazione d'osso in occasione, che vi sia qualche frammento separato; ma se per lo contrario manchino questi segni, poco sarà da fidarsi degli altri, che comunemente sono riputati per segni di frattura del cranio. Il risentirsi dal malato un suono nel momento della percossa è un segno ben equivoco, e così ancora l'emorragia dal naso, e dalle orecchie, giacchè da tutti questi segni altro non può dedursene, se non che il malato ha sofferto una forte percossa nel capo; senza che vi sia ragione di credere, che il cranio sia fratturato. Il dolore, che sentesi nel masticare può dipendere da una semplice offesa de' muscoli temporale, e massetere, o dall'articolazione della mascella, e così finalmente il delirio, l'assopimento, il vomito, e le convulsioni, e tutti gli altri sintomi dati come indizj di frattura del cranio possono accompagnare qualunque commozione del cervello, stravaso nel cranio etc. senza che realmente esista frattura alcuna. Lo stesso poi dicasi del distaccamento del pericranio, che non è parimenti segno di frattura, anzi non indica neppure la violenza dell'offesa del capo, o la violenza della percossa.

La prognosi delle fratture del cranio se vengano riguardate isolatamente, e senza aver riguardo alle conseguenze, che seco portano non è infau-

sta non essendo queste fratture di pericolo, ma siccome le medesime nascono in seguito di violenti percosse sopra il cranio, è molto frequente, che le parti contenute, e segnatamente il cervello abbiano ricevuto delle forti scosse, ed altre lesioni, che possono essere ancora molto pericolose. Così eziandio se la frattura sia composta, e vi sia depressione d' osso, ed anche qualche piccolo pezzo sia penetrato nella cavità del cranio, o nel cervello stesso i danni, che ne sieguono possono essere di molta importanza. Uno delli sintomi finalmente più pericolosi, e che rende le fratture del cranio di cattiva conseguenza si è lo stravaso nella cavità stessa, e la compressione, che desso arreca sul cervello.

Parlando delle ferite del capo abbiamo noi già indicato molti sintomi delle varie affezioni del medesimo, ed i mezzi di rimediarvi. Resta qui ora a parlare propriamente dell' offesa dell' osso, e del metodo di cura alla medesima appartenente. Le fratture delle ossa del cranio non accompagnate da alcun sintoma pericoloso guariscono facilmente come tutte le altre, e con lo stesso metodo, che abbiamo riportato parlando delle fratture in generale unendovi li salassi gli evacuanti, etc., e la riunione della ferita, che ordinariamente l' accompagna. Qualora però vi sia o stravaso nella cavità del cranio o la frattura sia complicata con depressione d' osso rendesi il più delle volte indispensabile la trapanazione, operazione però, che non devesi eseguire, che ne' casi, i quali assolutamente la richieggono, giacchè sappiamo, che moltissime volte guariscono delle fratture del cranio anche con leggera depressione d' osso, e stravaso, senza che sia necessaria la trapanazione, e che tutti i sintomi gravi hanno ceduto all' uso de' bagni, de' vescicanti, e de' salassi generali, e locali. La depressione dell'

osso, che accompagna la frattura è uno de' casi ne' quali più di sovente si richiede la trapanazione che non è all' incontro tanto necessaria per lo stravas giacchè in questo caso si può essa con qualche ragio ne escludere, stanteche o lo stravaso è nato nell' inte no del delicato viscere del cervello; e non ammet te la trapanazione, portando seco necessariament la morte, oppure gode un altra sede; e non pu per la sua gravità specifica cagionarla, quindi v sarà tutto il fondamento di sperare la dissipazion degl' accidenti in grazia dell' assorbimento di t fluido stravasato, ed in forza de' prescritti mezzi generali, e locali senza ricorrere alla trapanazione. Noi non istaremo qui a descrivere particolarmente questa operazione riserbandoci ad esporla dettagliatamente nel trattatto delle Operazioni; dove si descriverà eziandio particolarmente il metodo da tenersi tanto per sollevare le ossa depresse, quanto per dar esito all' umore stravasato qualora per esso credasi necessario istituirla.

Fra le altre fratture, che osservansi nelle ossa della testa oltre quelle del cranio sono particolarmente da considerarsi quelle delle ossa nasali, dell' arco zigomatico, della mascella superiore, e dell' inferiore. La frattura delle ossa del naso si forma sempre in conseguenza di un colpo immediato sia perchè la parte si porta contro un corpo resistente, sia perchè questo si vibri sopra di essa. Questa malattia è del continuo accompagnata da contusione, quale alle volte impedisce il facile conoscimento della frattura, ma ne resta però più chiara la diagnosi, se unitamente vi sia l' infossamento de' pezzi fratturati.

Il pericolo, che seco porta la frattura dell'ossa nasali è relativo allo scuotimento, che può aver communicato specialmente nelle persone avanzate in

età non solo alla lamina perpendicolare dell' Etmoide, onde venga fratturata, e produca della lacerazione nella dura madre, e ne' piccoli vasi, ma eziandio nel cervello medesimo, per lo che può esser unita a tutti i sintomi di commozione del Cerebro o di stravaso nel cranio, e terminare colla morte.

Se la frattura di queste ossa è semplice altra cura non richiede, che quella di dissipare la contusione. In caso poi, che i pezzi fratturati siano infossati, in allora si debbono riporre in sito naturale, lo che si ottiene coll' ajuto di una scirinza da donna, o di una stretta spatola involtata in un pannolino introdotta nelle narici, per quindi sollevare i pezzi depressi. Deve essere unita a questa manovra del rialzamento de frammenti d' osso il contatto delle dita dell' altra mano del Professore sulla parte esterna del naso, affinchè si possano con facilità ridurre le parti alla giusta conformazione. Per impedire il nuovo infossamento si deve mettere una piccola cannula elastica nelle narici, per riempir le quali si pongono delle morbide sfila anche imbrattate in qualche oleoso per non irritare la membrana pituitaria.

I sintomi, che possono sopravvenire di stravaso nella cavità del cranio, o quelli che già esistono di commozione del cervello si curano nel modo, di cui altrove abbiamo parlato, e che ci sembra inutile ripetere.

La frattura dell' arco zigomatico se sia semplice, ch'è quanto dire in un sol luogo, la posizione stessa dell' osso, ch' è fisso immobilmente alle due estremità, è sufficiente per ritenere in sito la frattura, e non si richiede pressoche alcuna forza per contenere le parti nel loro luogo naturale, se però la frattura sia composta in modo, che una porzione d' osso venga tirata inferiormente si richiederà

di riporre prima l' osso nel suo sito naturale, e mantenervelo per mezzo di un' adattato apparecchio. In questo caso i sintomi ordinarj saranno principalmente il dolore nell' abbassamento della mascella, e qualche volta si è osservato ancora un moto convulsivo nella faccia per la compressione de' nervi, che comunicano col faciale. Il miglior metodo per rialzare la porzione dell'arco zigomatico, che si porta inferiormente si è d' introdurre un dito nella bocca, e con esso premere sotto il pezzo depresso verso l' arco zigomatico stesso, e coll'altra mano nella parte esterna ajutare l' azione, e riporlo nel suo luogo naturale. Se la forza del dito non sia sufficiente, qualche pratico ha adoperato un pezzo di legno posto sopra i denti molari, quindi facendo chiudere fortemente al malato le mascelle si veniva a diminuire la depressione, e sostituendo continuamente de' legni di maggior grossezza si riuscì felicemente a collocare l'osso nella sua giusta conformazione. Se poi ne anche questo metodo fosse sufficiente viene da molti consigliato di fare una incisione onde potere per mezzo di essa agire più comodamente su i pezzi depressi, e portarli al loro luogo naturale.

La frattura della mascella superiore è molto più pericolosa sì per le gravi conseguenze, che ordinariamente seco porta, come ancora per la difficoltà, che si presenta nella cura della medesima. Un colpo violento portato sulla mascella superiore può produrre la frattura dell' osso mascellare, e smuovere i denti dal loro luogo naturale. Se questi non possano rimettersi nel loro alveolo, si dovranno estrarre del tutto, in caso diverso però si riporranno in sito, e serviranno a consolidare maggiormente la frattura legandoli ai denti vicini, che sono rimasti stabilmente ne' proprj alveoli. In qualchè ca-

è riuscito di tenere in sito le parti fratturate della mascella superiore applicando contro la medesima la mascella inferiore, e tenendovela fortemente appoggiata con un' adattata fasciatura, lo che si può anche rendere più vantaggioso procurando, che la stessa fasciatura tenga in sito ancora le porzioni dell' osso fratturato. Qualunque però sia il metodo, di cui si faccia uso per contenere questa frattura è condizione necessaria di tenere le parti immobili, e quindi si dovrà vietare al malato di nutrirsi di cibi solidi, che richieggono masticazione, o movimento della bocca per essere inghiottiti, e per conseguenza il nutrimento consisterà in soli cibi fluidi, e potrà supplirsi ai medesimi con de' clistieri nutrienti, se la deglutizione sia impedita.

La frattura della mascella inferiore è una malattia non molto commune, e viene prodotta ordinariamente o da cadute sulla parte stessa, o da colpi violenti, come p. e. calci di cavalli, che ne sono le cagioni più frequenti. I sintomi, che sogliono accompagnare questa frattura variano a seconda della sua qualità, potendosi la mascella inferiore rompere o nel mezzo, o ne' lati, o vicino le apofisi, ed in questi due ultimi casi si può ancora fratturare o da un sol lato, o da ambedue, restando i pezzi laterali allora sollevati dalla contrazione de' muscoli. La contusione, e la ferita suole essere ordinariamente unita alla frattura di questa parte, e non di raro è ancora lacerato il nervo mascellare inferiore rompendosi la mascella vicino al forame, per cui esce detto nervo, ed allora i sintomi sogliono essere assai gravi, e ne nascono le convulsioni, sordità, paralisi etc. Le percosse forti, che hanno prodotto la frattura dell' osso siccome agiscono su tutto il capo possono produrre ancora delle commozioni del cervello, e tutti gli effetti da esse dipen-

denti, quindi in generale queste fratture sono assai pericolose. Non sono poi meno gravi le conseguenze, che seco portano d'infiammazione, suppurazione, e spesso anche la carie. La loro diagnosi è delle meno difficili trattandosi di un osso mobile, ed articolato nelle due estremità, e quindi mancando l'integrità del medesimo si vede ad occhio il luogo della frattura nel muoversi della mascella; oltre di che sono segni chiari della frattura il crepito, il dolore, e la mutazione della figura.

Per curare la frattura della mascella inferiore è necessario prima di ogni altra cosa farne la reposizione qualora le ossa fratturate non restino nel loro luogo naturale. Per farne la reposizione devesi introdurre l'indice, e medio nella faccia interiore della mascella, ed abbracciandola col pollice dalla parte esterna si tira in avanti, e superiormente, onde riporla a mutuo contatto. Per mantenere in questo la frattura dopo averla riposta sarà necessario legare insieme i denti più vicini alla medesima, e particolarmente quelli, che sono stabili ne loro alveoli, lo che si farà per mezzo di un filo ben forte. Quello poi, che è al sommo necessario si è di contenere le parti in sito per mezzo di una contentiva fasciatura fissata stabilmente sopra la testa. Una delle condizioni indispensabili nella frattura della mascella inferiore si è di nutrire il malato meno che sia possibile non introducendo per la bocca, che cibi fluidi, come brodi etc. ed astenendosi da cose, che richiedono la masticazione. Si potrà supplire al nutrimento del medesimo per mezzo di lavativi nutrienti come abbiamo detto per la frattura della mascella superiore. Ordinariamente questa frattura viene consolidata in 30. o 40. giorni, e sarà più sollecita se dessa sia da un sol lato giacchè essendo in ambi i lati non potrà il malato

fare uso de' cibi solidi, che dopo 40. giorni circa.

La spina è soggetta alle fratture ugualmente, che le altre parti ossee del corpo umano. Devesi però a questo proposito avvertire, che le fratture della spina non consistono propriamente nella soluzione di continuità di un osso, ma piuttosto nella disunione delle vertebre fra di loro, e per questa ragione la soluzione di continuità della spina non può chiamarsi frattura, che considerandosi dessa come composta di un solo osso. Questa lesione della spina suole a preferenza accadere nelle vertebre del collo, e nell' unione di quelle del dorso con le lombari. In questi casi osservasi ordinariamente la divisione delle vertebre unita con la lacerazione dei legamenti, e cartilagini intervertebrali, con la frattura dell' apofisi delle vertebre, e segnatamente delle spinose, e qualche volta eziandio con la frattura del corpo stesso della vertebra, e lacerazione della midolla spinale, quando riconosca per cagione una palla dopo l' esplosione di un arma da fuoco. Le cadute, nelle quali si percuote il capo, la spina, o le natiche possono generalmente esser cagione della soluzione di continuità della spina.

Questa specie di frattura è pericolosa segnatamente per l' offesa, che viene a riportarne la midolla spinale, e siccome i sintomi, che aggravano la medesima dipendono in particolare dall' offesa de' nervi, ne siegue, che quanto più l'offesa sarà in alto, tanto i sintomi saranno più gravi, e la malattia pericolosa. La paralisi delle parti, che ricevono i nervi dalla porzione, che resta al di sotto della frattura è uno de' sintomi ordinarj di questa malattia, e quindi osservasi spesso nella medesima la ritenzione d' orina, e delle feccie, o il loro esito involontario. La commozione della spinal midolla, e le commozioni de' visceri del petto, e

perte dalla clavicola, e le ultime parimenti attesa la loro maggiore elasticità. Varie sono le fratture delle coste segnatamente per quello riguarda il luogo, dove esse si rompono, ch' è per ordinario la parte media delle medesime. Le fratture delle coste distinguonsi ancora secondo la direzione della forza, ch' agisce sulle medesime, e quindi osservansi delle fratture all' infuori, e delle fratture all' indentro. Le fratture all' infuori accadono quando la cavità del petto trovasi spinta da due forze, le quali agiscono sulle due estremità delle coste, ed in direzione opposta, allora siccome le due estremità sono obbligate ad avvicinarsi, la costa si rompe nel mezzo. Le fratture all'indentro accadono per lo contrario quando la forza agisce sulla parte media delle coste, o quando il petto percuote con violenza sopra detta parte.

Le fratture delle coste sono accompagnate da alcuni sintomi, che meritano particolare attenzione, e questi possono dipendere o dalla stessa forza, che ha prodotto la frattura, come p. e. la contusione, o ferita esterna, ovvero dalla frattura stessa, e segnatamente dalle estremità delle porzioni fratturate, come lacerazioni della pleura, o de' polmoni, emorragie, infiammazioni, ed enfisema. Il dolore nella respirazione accompagna questa specie di fratture, segnatamente se il malato voglia fare delle grandi ispirazioni. In questo momento si riconosce facilmente la frattura delle coste, giacchè premendo la parte dolente nel tempo dell' ispirazione si sente con la mano la mobilità delle ossa, e persino il crepito delle medesime, qualora la frattura non sia complicata da enfisema, o non resti il luogo ricoperto da molti muscoli, come p. e. nell'estremità vertebrale delle coste.

Secondo la specie delle fratture, e giusta la qua-

lità de' sintomi, che l'accompagnano debbesi giudicare il grado del pericolo delle medesime. Se la frattura sia semplice, e senza offesa delle parti contenute nel torace, come ancora se dessa non sia accompagnata da gravi accidenti, la guarigione non sarà molto difficile. La frattura delle coste è poche volte accompagnata dalla mutazione di luogo de' pezzi infranti, attese le grandi adesioni, che ha ogni piccola porzione di costa con le altre vicine, ed essendo nella maggior parte de' casi sufficiente la respirazione per far ritornare li pezzi delle ossa nel loro stato naturale, eccetto nel caso, che la costa sia rotta in più pezzi, e qualche porzione resti totalmente distaccata dal rimanente. Se poi la frattura della costa sia unita a sintomi gravi, e segnatamente all' offesa della pleura, o del polmone, non è raro, che tali fratture siano mortali seguendone o l' emottisi, o l' infiammazione del petto, che portano seco funeste conseguenze. E' d' avvertirsi, che li sputi sanguigni, e l' emottisi possono essere prodotti dalla sola forza esteriore, comunicata al delicato viscere, senza che desso sia stato offeso dai frammenti della costa fratturata.

La cura di questa specie di malattia consiste primieramente nel riporre le porzioni d' osso nel loro stato naturale, secondo nel mantenerle, e terzo nel prevenire gli effetti dell' offesa delle parti prossime alla frattura. Per ridurre le porzioni d' osso nel loro stato naturale devesi applicare la fasciatura in modo, che comprima nel senso opposto alla direzione della forza, che ha prodotto la frattura, comprimendo cioè le due estremità della costa se la frattura sia all' indentro, e comprimendo sul mezzo della costa, o sul luogo fratturato stesso se dessa sia rotta all' infuori. Il metodo da alcuni pratici consigliato d' incidere gl' integumen-

ti, ed introdurre degli stromenti per elevare le porzioni d' osso depresso è da moderni pratici rigettato come inutile, e pericoloso. Questa compressione mantenuta dalla fascia a corpo, o dalla *quadriga* sarà sufficiente mezzo per contenere le ossa nel loro stato naturale. Per quello poi appartiene alla cura generale dovrà esser dessa antiflogistica, segnatamente esistendo sintomi gravi, ed in specie febbre violenta, dolore, sputo di sangue, e una vera peripneumonia. Per quello riguarda i sintomi locali di ecchimosi, contusione etc. noi già abbiamo altrove dato le regole necessarie da usarsi in simili casi, lo stesso dicasi dell' enfisema, che accompagna alle volte la frattura delle coste, ed è un segno sicuro, che la punta dell' osso fratturato ha ferito il polmone. In questi rari casi attesa la continua sorgente d' aria può l' enfisema arrivare ad un grado si grande da produrre la morte del malato. Le compresse applicate sull' enfisema possono guarirlo, o arrestarne i progressi, ma se ciò non accade alcuni consigliano di fare un' incisione nei tegumenti sul punto corrispondente alla frattura, onde l' aria trovando libera l' uscita al di fuori non s' insinui più nella cellulare.

Le fratture dello sterno non sono molto comuni attesa la sua situazione, e struttura. Li violenti colpi sullo sterno tanto sul mezzo del medesimo, quanto sulle sue estremità sono le cause più ordinarie di tali fratture, quantunque si abbia ancora qualche esempio di frattura dello sterno seguita per una forte contrazione de muscoli, che al medesimo si attaccano; la mobilità de frammenti è il segno caratteristico delle fratture dello sterno, le quali sono anche molte volte complicate con ferita, contusione etc. Non è poi raro, che nelle fratture dello sterno si faccia nel petto uno stravaso di sangue,

a cui è mescolato del suco midollare contenuto in abbondanza nel tessuto spongioso di quest' osso. Un sintoma ancora può essere la depressione dei pezzi nella cavità del petto, depressione però, che non è così frequente essendo impedita sì dalle coste, che ritengono i pezzi fratturati dello sterno nel loro stato naturale, come ancora dalla dilatazione del polmone nella respirazione.

La respirazione difficile accompagna ordinariamente questa specie di fratture, come ancora la tosse, lo sputo sanguigno, e la difficoltà di giacere sul dorso sono sintomi delle medesime. Possono queste fratture portar anche seco la infiammazione delle parti contenute nella cavità del petto, e così ancora la loro suppurazione, la carie dello sterno, la tisi, ascesso, fistola etc.

Nella cura delle fratture semplici dello sterno altro non richiedesi, che il riposo, procurando, che muscoli al medesimo osso attaccati restino nel massimo rilassamento, al quale effetto sarà necessario tenere il malato in una situazione, che il capo resti un poco incurvato sul petto, ed il bacino sull' addome, applicando nello stesso tempo sulla parte delle compresse imbevute in liquori risolventi etc. Questo metodo sufficiente nelle fratture semplici dell'osso dello sterno deve essere modificato nelle fratture complicate secondo i sintomi, dai quali esse sono accompagnate. Se la contusione sia violenta, se esista ferita esterna, se i pezzi d' osso siano penetrati nella cavità del petto, fa duopo far uso del regime antiflogistico praticando i necessarj salassi, la dieta rigorosa, le bevande, ed applicando de' cataplasmi emollienti sul luogo della frattura. L' estrazione delle porzioni d' osso penetrate nel petto, come ancora l' esito delli fluidi nel medesimo contenuti sono oggetti da aversi in mira nella cura delle

fratture dello sterno. Molti pratici propongono a quest' oggetto la trapanazione dell' osso medesimo, operazione, che di rado rendesi necessaria eccetto nel caso, in cui l' osso abbia principiato a cariarsi, essendo allora indispensabile di separare la parte cariata dalla sana, altrimenti la carie dell' osso produrrebbe delle ulceri fistolose incurabili. Adempite tutte queste indicazioni è necessario mantenere la frattura nel suo stato naturale, e questo otterrassi per mezzo di una fasciatura circolare munita di compresse, che si terrà tanto stretta, quanto potrà soffrirsi dal malato.

Avendo ora trattato delle fratture principali delle ossa più interessanti del capo, e del tronco, restano a considerarsi quelle delle ossa, che compongono l' estremità, e primieramente di quelle appartenenti alle estremità superiori. La clavicola è molto soggetta alla frattura essendo situata molto superficialmente, ricoperta soltanto da comuni integumenti, e fissata immobilmente alle ossa contigue sulle sue estremità, mentre è libera nella sua parte media, dove la frattura è infatti più facile ad accadere.

Nelle fratture della clavicola osservasi ordinariamente, che il peso del braccio tira in basso la porzione esterna della clavicola al medesimo unita, ed essendosi questa porzione abbassata viene tirata all' indentro dal muscolo gran pettorale, quindi accade, che nelle fratture della clavicola il pezzo esterno resta per solito sotto il pezzo interno. In questa circostanza la spalla, ed il braccio si avvicinano al petto, non esistendo più la resistenza formata dalla clavicola, la quale impedisce la scapola di avvivinarsi allo sterno. Da questo spostamento della spalla ne viene, che nelle fratture della clavicola non può il malato elevare il braccio sopra

capo, giacchè per effettuare questo movimento è necessario, che il braccio formi un moto di intazione, il di cui centro si ritrovi nello sterno per mezzo della clavicola. Queste fratture possono essere accompagnate da contusione, lo che ha luogo quando la frattura sia prodotta da una forza, che ha agito direttamente sulla parte stessa. Può ancora esistere una ferita ne' comuni integumenti, e finalmente non di raro osservasi, che il colpo è così forte, che l'osso ne resta infranto in più pezzi. Se la frattura della clavicola sia l'effetto del controcolpo, i pezzi della frattura vengono spesso a forare i comuni integumenti, giacchè accadendo in questo caso la frattura per una forte pressione fra lo sterno, e la scapola, la curvatura della clavicola viene accresciuta, e nel rompersi i pezzi all' infuori forano la cute. Ciò ha luogo nelle cadute, che si fanno o sopra il grosso della spalla, o sulle mani qualora siano estese le braccia, ed in ogni caso, in cui il colpo tenda a ravvicinare la spalla allo sterno. Quando la frattura ritrovasi nella estremità scapolare è alquanto difficile a riconoscersi restando le ossa in sito, giacchè in questo luogo vengono ritenuti i frammenti dai ligamenti, che uniscono la clavicola all' apofisi coracoide.

Le fratture della clavicola accadono o per un controcolpo, o in virtù di una forza, o colpo direttamente applicato sulla parte stessa. Nelle fratture per contracolpo l' osso è di rado rotto in più di due pezzi, e non esiste nè contusione, nè ferita; il contrario poi osservasi nelle fratture della clavicola prodotte da una violenza applicata sulla medesima. In questi casi può anche accadere, che i vasi sotto clavicolari ed i nervi brachiali restino compressi fra la clavicola, e la prima costa, dal che può aver origine la paralisi del braccio, o qualche aneurisma. Questo caso è molto ordinario quan-

che la frattura è prodotta da un colpo violento, dalla caduta di un corpo pesante sulla clavicola, il quale producendo la frattura della medesima abbia nello stesso tempo abbassato la spalla.

Queste specie di fratture sono ordinariamente senza pericolo alcuno, ma qualora esso le accompagni dipende piuttosto dai sintomi, che sono uniti alle medesime, e dalla gravezza delle cause, che l'hanno prodotte, di quello sia dalla natura stessa della frattura. Pericolosa può essere la frattura della clavicola se sia cagionata da un colpo d'arma da fuoco, se il colpo sia stato violento, onde abbia prodotto violente contusioni, ferite, lacerazioni etc. Quello però, che rende qualche volta tali fratture di cattiva conseguenza si è la deformità del callo, che può restare per l'effetto di un metodo di cura non adattato, e perciò la difficoltà ne' moti del braccio.

Molti sono i metodi inventati per la cura della frattura della clavicola, e si sono imaginati varj apparecchj per tenere la spalla lontana dallo sterno sostenendola, e portandola all'infuori. La maggior parte però di questi apparecchj oltre l'esser molto complicati, ed incomodi pel malato non riescono punto ad ottenere l'intento che il Cerusico si propone, giacchè tutti hanno il difetto di ravvicinare la scapola, e quindi producono facilmente lo spostamento delle porzioni d'osso fratturato, sintoma, che deesi per quanto è possibile evitare, onde non ottenere un callo deforme. Oltre di questo se noi esaminiamo questi diversi metodi di ridurre le fratture della clavicola, riconosceremo facilmente, che niuno di essi è sufficiente ad impedire l'abbassamento della spalla prodotto dal peso del braccio, e quindi l'abbassamento della parte esterna, o omerale della clavicola rotta.

Il miglior metodo per contenere in sito le porzioni della clavicola fratturata senza incorrere in alcuno degl'accennati inconvenienti si è quello di combinare insieme la fasciatura, che tenga le parti immobili applicando nello stesso tempo de' cuscinetti sotto la spalla, i quali servano ad allontanare la medesima dallo sterno. Il metodo è il seguente. Si pone sotto l'ascella un cuscino in forma di cono, e ripieno di crino lungo poco meno che il braccio, e largo 4, o 5 pollici, e 3 pollici grosso nella base, o nella parte, che applicar si deve sotto l'ascella. Questa base è fissata nel suo luogo per mezzo di due nastri, i quali sono alla medesima attaccati, e vengono annodati sulla spalla opposta. Situato questo cuscino sotto l'ascella prende il Cerusico il cubito della parte affetta, e flettendo l'antibraccio spinge il cubito in avanti, e indietro elevandolo insieme, e l'applica indi fortemente al petto. Con questa operazione si viene a scostare la spalla dallo sterno, e si riporta il pezzo della clavicola infranta nella sua natural posizione, e così ottiensi la riduzione dello spostamento dell'ossa, e più non resta, che a mantenere le parti in questa situazione. Per ottenere questo effetto si prende una fascia lunga 7 o 8 braccia, ed arrotolata da una sola parte. Si applica un capo della medesima sotto l'ascella del lato sano, si passa in seguito davanti il petto, e poi sul braccio del lato affetto, indi sul dorso ritornando poi sotto l'ascella del lato sano. In questo modo viene a circondarsi il tronco con molti giri di fascia avvertendo di stringerli sempre maggiormente quanto più si arriva vicino all'estremità del cubito dalla parte affetta, nel qual luogo deve la fasciatura esser compressa più fortemente restando in questo punto l'estremità della leva formata dall'osso del cubito per tenere la spalla nel-

la massima distanza dal petto. Questa prima fasciatura serve ad adempiere alla prima indicazione, ch' è quanto dire ad allontanare la spalla dal petto, richiedesi ora di soddisfare all' altra, di tenere cioè la spalla sollevata, ed a sostenere il braccio. A questo oggetto dopo aver applicato sulla frattura delle compresse imbevute nello spirito di vino canforato, o altro liquore, che si crederà necessario, si prende una seconda fascia, la di cui estremità si applica ugualmente sotto l' ascella del lato sano, e si porta obliquamente sul petto fin sopra la spalla affetta, indi dietro il braccio, e passandola sotto il cubito si riporta obliquamente dinanzi il petto. Arrivato sotto l' ascella del lato sano è necessario fissare questo primo giro di fascia facendola girare intorno la spalla dello stesso lato. Dopo di ciò si riporta la fascia dietro le spalle, e si torna sulla spalla affetta. Si incrocicchia sulle compresse, che ricuoprono la frattura, e discendendo all' innanzi del braccio si fa passare sotto il cubito, si fa risalire dietro la spalla fino sotto l' ascella del lato opposto, terminando poi con de' giri circolari attorno al tronco. Per rendere questo apparecchio più solido sarà bene cucire insieme le fascie ne' luoghi dove le medesime si decussano, ovvero attaccarle insieme con delle spille. La mano è necessario, che sia sostenuta in una piccola sciarpa, ed è bene coprire tutto l' apparecchio con un pezzo di tela ben grande.

Questo apparecchio quantunque corrisponda alle principali indicazioni da aversi in mira nella cura della frattura della clavicola, non è però tale secondo alcuni, da' quali anzi si crede soggetto a de' gravi inconvenienti. In primo luogo dicono che essendo questa fasciatura composta di un numero di giri di fascia attorno al tronco sono questi molto soggetti

scomporsi contribuendo a questo effetto i movimenti stessi della respirazione. La compressione, che l'apparecchio esercita sul petto è molto incomoda, e rende difficile ancora la respirazione, e di più essendo l'apparecchio assai complicato si rende secondo essi imbarazzante pel paziente, o di molta difficoltà nell'applicazione. Inoltre fanno osservare, che se venga a fissarsi con una fascia il cuscinetto, che ponesi sotto l'ascella, lo che non è necessario, in caso, che questo venga a rimuoversi dal suo luogo naturale è indispensabile per riporcelo di sollevare il braccio, e produrre quindi un movimento, che non può sicuramente esser di vantaggio alla frattura.

Per ovviare a questi inconvenienti si è provato di correggere il detto apparecchio sostituendo alla fascia delle cinte di tela fissate con delle fibbie che hanno creduto renderle più stabili, e quindi sia meno soggetto tal apparecchio a smoversi, oltre di che la fasciatura è meno complicata, quindi meno incomoda pel paziente, e meno imbarazzante è sì per esso, come pel Cerusico ogni volta, che deve rinovarsi. Questo metodo consiste in una cinta di tela larga circa cinque pollici, con la quale si circonda il tronco, fissandola sul medesimo per mezzo di tre linguette esistenti in una delle due estremità, e che si uniscono a tre fibbie stabili nell'altra. Questa fascia, che va fissata sul tronco all'altezza del braccio porta altre quattro fibbie, due anteriori, e due posteriori, ad ugual distanza dalle estremità. Nella parte inferiore del braccio si applica un' altra cintura, che ha quattro striscie, con cui si fissa nelle quattro fibbie della prima cintura. L'effetto di essa si è di impedire, che il braccio si slontani dal tronco, come ancora, che desso si porti anteriormente, o posteriormente sul medesimo.

E' finalmente necessario di aggiungere eziandio cuscinetto sotto l' ascella, affinchè la spalla non accosti di troppo allo sterno. Questo cuscinetto fissa con due fettuccie, le quali si passano sulla sp la del lato sano. Questa correzione del meto precedente è fondata sullo stesso principio, c quello di tenere il braccio aderente al tronco p impedire i movimenti delle parti fratturate, e p conseguenza è soggetto ai medesimi inconveni che si pretendono esistere nell' antecedente, c questo inoltre che è più complicato, giacchè richie delle fascie, ch' è ben difficile il ritrovare sul m mento, mentre poi è molto facile il procurarsi due se plici fascie, quali sono quelle, che richieggonsi primo metodo, che non è sicuramente, come han preteso taluni, soggetto a de' gravi inconvenient dimostrandoci la pratica essere esso l' unico, c soddisfa pienamente alle diverse indicazioni, che debbono avere per la consolidazione della fratt della clavicola, non escludendo per altro l' inc modo a cui va soggetto l' infermo nel soffrire l'ap parecchio.

Alcuni Pratici per allontanare questo incom do hanno consigliato di rinunziare a qualunque f sciatura, contentandosi del solo riposo, situando malato supino nel letto col braccio del lato offe appoggiato sopra un guanciale piegando l' antibra cio, ed avvicinando il gomito al tronco, e sul luo go stesso della frattura applicare un ceroto diapa ma. Si aggiunge a tutto ciò per vieppiù conten re la frattura una leggera fascia, che passi sop la spalla, e sotto le ascelle, e si incrocicchi di tro il dorso. Questo metodo si commenda anco nel caso, che la frattura della clavicola sia com posta, o complicata con ferita. Si usa anche casi simili ricuoprire la clavicola con un pezzo

cartone, che ritenuto dalla fasciatura, dicono, possa coadjuvare a tenere in sito le porzioni d' osso divise. Con questo sistema guariscono tali fratture in 5., o 6. settimane restando però un senso di stupore, ed una difficoltà ne' moti del braccio. A questi incomodi in parte si rimedia non di raro coll' esercizio del braccio, e con le frizioni di linimento volatile, o simili medicamenti.

La scapola di rado è soggetta a fratture. La ragione ne è la sua situazione, essendo essa ricoperta da grossi muscoli, e mobile in tutti i sensi e per conseguenza cede facilmente alle violenze esterne senza fratturarsi. Conviene però a questo proposito osservare, che alcune parti della scapola non godono de' medesimi vantaggi, e quindi sono più soggette alle fratture, lo che osservasi segnatamente per l' acromion, che non è difeso dall' impressione de' colpi esterni. L' angolo inferiore della scapola è ancora esposto alle fratture. L' apofisi coracoide è situata troppo profondamente per essere soggetta all' azione de colpi esterni eccettuati li colpi d' armi da fuoco, i quali casi sono presso che i soli, in cui accada la frattura di questa apofisi.

Le fratture della scapola sono sempre accompagnate da una contusione considerabile, ed esse accadono per solito trasversalmente. Gli effetti di queste fratture sono varj secondo le parti divise, attesa la varia direzione de muscoli, che vi si attaccano. Lo spostamento maggiore accade nella frattura dell' angolo inferiore, e dell' acromion per l' azione de muscoli gran dentato nel primo caso, e deltoide nel secondo. Non sono le fratture della scapola molto facili a riconoscersi attesa la situazione profonda dell' osso: esistono tuttavia de' segni certi segnatamente per alcune specie di frat-

[illegible] di essa. La mobilità de' frammenti, ed il [illegible] delle ossa sono i segni più sicuri, ma se [illegible] e pingue, e la parte sia molto gonfia, qu[illegible] segni non si [illegible] così facilmente. Se [illegible] sia nell' angolo inferiore è facile a ric[illegible] per la mutazione di luogo del pezzo fra[illegible] [illegible] chiaramente, che desso res[illegible] immobile se si muove la parte superiore della sc[illegible]pola. La frattura dell' acromion si riconosce fac[illegible]mente dalla variazione di figura, che osservasi ne[illegible] la spalla, dalla mobilità dell' acromion etc. e s[illegible]gnatamente da un infossamento, che notasi nel luo[illegible]go, dove la clavicola si unisce con quest' apofisi. Tutti questi segni sono molto facili a riconoscer[illegible] per la situazione superficiale dell' acromion. U[illegible] delle fratture della scapola più difficili a distinguer[illegible]si è quella dell' apofisi coracoide essendo la me[illegible]desima situata molto profondamente.

Le fratture della scapola sono più pericolos[illegible] per i sintomi, che l' accompagnano di quello sia[illegible]no per se stesse. La contusione è il sintoma più ordinario, ed il più grave, essendo queste frat[illegible]ture per solito accompagnate da gran contusione che viene prodotta da colpi violenti, che necessa[illegible]riamente richiedonsi per fratturare un' osso così ri[illegible]coperto di muscoli come è appunto la scapola. Gl[illegible] ascessi sotto di essa, ed ancora i stravasi ne[illegible] petto possono essere le conseguenze della forte con[illegible]tusione, che accompagna le fratture della scapola.

Il metodo di cura deve esser vario a norm[illegible] della frattura, e segnatamente secondo la parte dell[illegible] osso, dove essa esiste. Nelle fratture longitudina[illegible]li della scapola, come ancora nelle obblique, è ne[illegible]cessario tenere i pezzi a mutuo contatto con avvi[illegible]cinare il braccio al tronco, e tenerlo in questa si[illegible]tuazione per mezzo di una fasciatura circolare, l[illegible]

quale avrà ancora il vantaggio di comprimere la scapola stessa, e quindi impedire lo spostamento dei pezzi, come altresì di contenere in sito le compresse bagnate in liquori attonanti, e risolventi, onde facilitare la riunione delle ossa divise. Un altro vantaggio poi di questo apparecchio si è quello d'impedire i movimenti della spalla, ed i moti del braccio indipendentemente dalla scapola. Se poi la frattura si ritrovi nell' angolo inferiore dell' osso, non é possibile opporsi all' azione del muscolo gran dentato, che tende a trasportare in basso, ed in avanti la porzione d' osso separato, perciò è necessario portare tutta la scapola in questo senso, ed a tal fine addurrà il braccio in questa direzione, onde si muova sul medesimo l' intera omoplata. Portato il braccio in dentro, in avanti, ed in basso devesi mantenere in tale situazione con una adattata fasciatura procurando, che l' antibraccio resti sempre nello stato di flessione, e mantenendolo semiflesso con una fascia fissata sulla spalla opposta.

Nelle fratture dell' acromion il muscolo Deltoide porta in basso quest' apofisi, ed all' opposto la scapola viene tirata dal trapezio, ed angolare. In questo caso è necessario di sollevare il braccio procurando di riporre l' acromion nella sua naturale situazione per mezzo del capo dell' omero, che tende a portarlo in basso, ma siccome potrebbe il predetto movimento elevare tutta al scapola, senza che poi l' acromion tornasse realmente al suo sito, devesi nello stesso tempo premere sulla scapola stessa, onde portarla ad incontrare l' acromion separato. Il mantenere il braccio elevato, e la scapola depressa sono le due indicazioni da aversi in mira nell' applicazione della fasciatura nel caso di frattura dell' acromion, e sarà parimenti indispensabile di far

sostenere il braccio, e spingere in basso la scapo la nel cambiar l' apparecchio, che trattandosi c fascie di grande estensione facilmente si scompone Nelle fratture dell' apofisi coracoide, e del cap della scapola, le quali però sono ben rare, con verrà usare all' incirca lo stesso modo.

Le fratture dell' acromion attesa la forza nota bile de muscoli, che tendono a dividerlo dalla sca pola stessa sono di cura più lunga dell'altre frat ture di quest' osso, e di quelle delle altre ossa giacchè se si togliesse l' apparecchio prima del tem po potrebbe la forza muscolare riprodurre nuova mente la frattura. Non è poi quì necessario l'av vertire, che ai rimedi locali debbono unirsi anco ra i generali. Siccome abbiamo già detto, che le suppurazioni, stravasi, e simili sintomi sono la con seguenza di queste fratture, così è necessario pre venire tali accidenti col regime antiflogistico; for matosi poi l' ascesso sarà necessaria l' apertura. e se desso abbia luogo sotto la scapola potrà ricor rersi eziandio alla trapanazione dell' osso.

La frattura del braccio non è delle più com muni attesa la mobilità somma dell' osso dell' O mero, il quale è per conseguenza più soggetto al le lussazioni, che alle fratture. Le fratture dell'os so dell' omero distinguonsi secondo il luogo, che occupano, e principalmente si dividono in frattu re del collo dell' omero, in quelle del corpo del medesimo, e finalmente in quelle delle sua estre mità inferiore. Le fratture del collo dell' omero so no quelle, che accadono nella parte superiore del medesimo, e chiamansi fratture del collo dell' ome ro impropriamente, giacchè per solito la frattura ha luogo al di sopra dell' attacco del muscolo pet torale, e gran dorsale. Non è però impossibile, che abbia luogo ancora una vera frattura del collo

dell' omero in seguela di una ferita d' arma da fuoco.

I sintomi, che seco portano le fratture dell' omero variano a seconda del luogo, che è fratturato. Quelle del collo dell' omero così dette sono le meno facili a riconoscersi, la grossezza del muscolo deltoide ricuoprendo tutta l' articolazione, dal che ne viene, che può facilmente confondersi con la lussazione di quest' osso, ma in questa l' apofisi acromion forma un risalto, quando che nella frattura, di cui parliamo, la spalla gode della sua rotondità naturale. Si osserva inoltre nella frattura una mobilità maggiore, che nella lussazione, come ancora si sente una specie di moto accompagnato da crepito sotto il capo dell'omero, giacchè la parte inferiore dell' osso viene portata all' indentro dai muscoli, che vi sono attaccati, allora il cubito è portato all' infuori. Due segni ancora per distinguere la frattura di questa parte dell'omero sono la immobilità del capo di esso nel tempo, che si fa muovere la parte inferiore dell'osso e lo accorciamento, o almeno la mancanza di allungamento del braccio, che suole accompagnare la lussazione.

Nelle fratture del corpo dell' osso se desse siano sotto l' inserzioue del deltoide i pezzi restano al sito per l'azione de muscoli bicipite, e tricipite, e così ancora i frammenti non sono discostati fra loro se la frattura abbia luogo nella parte inferiore del medesimo. Se però dessa sia sopra l'inserzione del Deltoide, ed abbia acquistato nel formarsi una direzione obbliqua il pezzo inferiore sale sopra il superiore. Le fratture dell' Omero che accadono nella sua parte inferiore vicino i condili sebbene non siano tanto difficili a riconoscere quanto quelle del collo del medesimo si posso-

no per altro alle volte confondere con la lussazione dell' Ulna, si distingue però molto bene se si osservi il cangiamento di direzione dell'antibraccio l' ineguaglianza, che si sente nell'estremità dell'Omero, la crepitazione, il dolore, la difficoltà de moti.

Per quello appartiene al pericolo della frattura dell' Omero, qualora dessa interessi il corpo di quest' osso, la malattia è ordinariamente di poca conseguenza, e guarisce facilmente prescindendo dagli accidenti, che possono alle volte accompagnarla. Il pericolo però cresce sempre se la frattura esista in una delle estremità dell' osso, e quanto più è dessa vicina all' articolazione tanto la frattura è più grave. In questi casi può sopraggiungere l' anchilosi, può ancora la frattura riunirsi con un callo mal formato, che poi impedisca i movimenti stessi dell' articolo, come anche una delle conseguenze può esserne la lacerazione delle parti, e quindi l' infiammazione, la suppurazione.

Circa il metodo di cura delle fratture dell' Omero è di mestieri distinguere la loro indole. Se la frattura sia semplice, ed esista nel corpo dell' osso non ne è difficile la cura. Il miglior mezzo di ridurla si è quello di praticare l' estensione, e la contro estensione facendo tener ferma da un lato la spalla per mezzo di un assistente, il quale resti situato alla parte opposta della frattura, e porti le sue braccia una anteriormente sul petto del malato, e l' altra posteriormente sul dorso del medesimo. Un secondo assistente poi prenderà la parte inferiore del braccio sui condili dell' Omero, e lo tirerà in senso opposto. Il Cerusico situato a lato del braccio offeso farà con le mani la riduzione dell' osso fratturato, e si conoscerà essere accaduta quando il braccio è ritornato alla sua lunghez-

za giusta, ed alla sua natural direzione, procurando segnatamente, che il condilo esterno dell' omero corrisponda alla parte più elevata del grosso della spalla. Ridotta la frattura deve applicarsi la fascia, che sarà lunga 7 a 8 braccia, e rotolata da un sol capo. Si pone nella palma della mano una quantità di sfila, acciò servano d' appoggio per sostenere la fasciatura, e fatta poi chiudere la medesima si applica la fascia principiando dalle dita, e continuando circolarmente sull' antibraccio fino all' articolazione del cubito. Arrivata a questo punto la fascia si fa piegare l' antibraccio sul braccio, e si continua ad avvolgerla circolarmente sul braccio stesso osservando di fare due, o tre giri sul luogo della frattura, ovvero questi si fanno prima con un' altra piccola fascia. Quando si è giunto con essa fino alla spalla si debbono collocare le stecche in numero di quattro, le quali saranno formate di legno sottile, o meglio ancora di latta. Queste si applicheranno intorno il luogo della frattura alle quattro parti del braccio, che se non sarà molto grosso, ne basteranno soltanto tre. Si faranno sostenere le medesime da un assistente, ed il Professore seguiterà con la fascia i giri intorno il braccio, e terrà così a ricuoprire le stecche, e mantenerle nel loro luogo, avvertendo di ritornare fino al cubito, o all' antibraccio, e di non stringerla troppo nei giri, onde non produrre una dolorosa compressione.

E' condizione indispensabile per la cura di questa frattura, specialmente per i primi giorni, che la fascia sia applicata non solo sul braccio offeso, ma ancora sull' antibraccio, e sulla mano, giacchè se si tralascia questa precauzione atteso lo stringimento, che fa nascere la fasciatura nel braccio viene qualche volta impedita la circolazione libera de' fluidi nelle parti sottoposte alla frattura, e dal

no per altro alle volte confondere con la lussazi ne dell' Ulna, si distingue però molto bene se osservi il cangiamento di direzione dell'antibrac l' ineguaglianza, che si sente nell'estremità dell' mero, la crepitazione, il dolore, la difficoltà moti.

Per quello appartiene al pericolo della frat ra dell' Omero, qualora dessa interessi il corpo quest' osso, la malattia è ordinariamente di po conseguenza, e guarisce facilmente prescinden dagli accidenti, che possono alle volte accomp gnarla. Il pericolo però cresce sempre se la fra tura esista in una delle estremità dell' osso, e quan to più è dessa vicina all' articolazione tanto la fra tura è più grave. In questi casi può sopraggiun gere l' anchilosi, può ancora la frattura riunirsi co un callo mal formato, che poi impedisca i mo vimenti stessi dell' articolo, come anche una del le conseguenze può esserne la lacerazione delle parti, e quindi l' infiammazione, la suppurazione

Circa il metodo di cura delle fratture dell' Omero è di mestieri distinguere la loro indole. Se la frattura sia semplice, ed esista nel corpo dell' osso non ne è difficile la cura. Il miglior mezzo di ridurla si è quello di praticare l' estensione, e la contro estensione facendo tener ferma da un la to la spalla per mezzo di un assistente, il quale re sti situato alla parte opposta della frattura, e por ti le sue braccia una anteriormente sul petto del malato, e l' altra posteriormente sul dorso del me desimo. Un secondo assistente poi prenderà la par te inferiore del braccio sui condili dell' Omero, e lo tirerà in senso opposto. Il Cerusico situato a lato del braccio offeso farà con le mani la riduzio ne dell' osso fratturato, e si conoscerà essere acca duta quando il braccio è ritornato alla sua lunghez

ta giusta, ed alla sua natural direzione, procurando segnatamente, che il condilo esterno dell' omero corrisponda alla parte più elevata del grosso della spalla. Ridotta la frattura deve applicarsi la fascia, che sarà lunga 7 a 8 braccia, e rotolata da un sol capo. Si pone nella palma della mano una quantità di sfila, acciò servano d' appoggio per sostenere la fasciatura, e fatta poi chiudere la medesima si applica la fascia principiando dalle dita, e continuando circolarmente sull' antibraccio fino all' articolazione del cubito. Arrivata a questo punto la fascia si fa piegare l' antibraccio sul braccio, e si continua ad avvolgerla circolarmente sul braccio stesso osservando di fare due, o tre giri sul luogo della frattura, ovvero questi si fanno prima con un' altra piccola fascia. Quando si è giunto con essa fino alla spalla si debbono collocare le stecche in numero di quattro, le quali saranno formate di legno sottile, o meglio ancora di latta. Queste si applicheranno intorno il luogo della frattura alle quattro parti del braccio, che se non sarà molto grosso, ne basteranno soltanto tre. Si faranno sostenere le medesime da un assistente, ed il Professore seguiterà con la fascia i giri intorno il braccio, e verrà così a ricuoprire le stecche, e mantenerle nel loro luogo, avvertendo di ritornare fino al cubito, o all' antibraccio, e di non stringerla troppo nei giri, onde non produrre una dolorosa compressione.

E' condizione indispensabile per la cura di questa frattura, specialmente per i primi giorni, che la fascia sia applicata non solo sul braccio offeso, ma ancora sull' antibraccio, e sulla mano, giacchè se si tralascia questa precauzione atteso lo stringimento, che fa nascere la fasciatura nel braccio viene qualche volta impedita la circolazione libera de' fluidi nelle parti sottoposte alla frattura, e dal

ristagno de' medesimi nell' antibraccio, e nella ma no possono procursi de' gonfiori edematosi, che fer mandosi nell' articolazione, ed addensandosi i flu di in essa contenuti possono dare origine ad un falsa anchilosi. Tutta questa fasciatura deve esser imbevuta in un qualche fluido risolvente.

Applicato l' apparecchio si sosterrà la parte of fesa o con un cuscino se il malato resta nel let to, ovvero con una sciarpa se desso sta in piedi lo che forse è riputato molto meglio meno che primi giorni, e se non esistano sintomi gravi. L'ap parecchio non si rinnoverà, che dopo cinque, o se giorni, ed in seguito anche più di raro se non so praggiungono accidenti, che obbligano a toglierlo Siccome poi in questa frattura forse più, che in ogn altra è facile a sopraggiungere la falsa anchilosi nell' ar ticolazione coll' antibraccio sarà ben fatto di far ese guire de' moti all' articolazione, onde impedire la rigidezza della parte. Per quello appartiene alla cu ra universale, ed interna in casi di frattura dell'ome ro ci riportiamo a ciò che abbiamo detto parlando delle fratture in generale.

Lo stesso metodo, che abbiamo esposto per l cura delle fratture del corpo dell' omero ha ezian dio luogo se la frattura sia in una delle due estre mità, osservando però alcune modificazioni partico lari. Se la frattura esista nel collo dell' omero, l stecche soddisfano completamente al numero di tre ma non è sufficiente la fasciatura proposta nelle frat ture del corpo stesso dell' osso, essendo necessari adoperarne una simile presso a poco a quella, ch abbiamo proposto per la frattura della clavicola l' oggetto della quale si è quello di opporsi ai mo vimenti del braccio, procurando, che esso non s discosti dal tronco, e così si viene ad impedire che le parti fratturate si muovano dalla loro giust

situazione, che difficilmente conservano ne' movimenti del braccio mancando nella parte superiore dell'osso fratturato la sufficiente lunghezza, ed essendo situato troppo profondamente per poter esser mantenuto stabile nella necessaria posizione. Gioverà poi molto a questo oggetto il riempiere esattamente il cavo dell' ascella con un cuscinetto, o con delle sfila, per impedire l' accostamento della parte inferiore dell' osso dell' omero al tronco.

Qualora poi la frattura dell' omero trovisi vicino ai condili, o siano i condili fratturati essi medesimi, la malattia è assai più grave, e porta seco facilmente l' anchilosi falsa. Alcuni propongono in questi casi di tenere il braccio in una estensione, e nella stessa direzione dell' antibraccio, onde formino insieme una sola linea, ed indi circondare l' articolazione con delle stecche mantenute da una fasciatura, e dalle compresse, che suppliscano alle ineguaglianze dell' articolazione. Questo metodo sarebbe è vero il più sbrigativo, se non fosse soggetto a portar seco l' anchilosi dell' articolazione del cubito, e quindi sarà meglio servirsi dell' ordinaria fasciatura, che di sopra abbiamo indicato tenendo l' antibraccio piegato nella stessa maniera. Se rendasi assolutamente necessaria l' applicazione delle stecche sopra l' articolazione molti hanno proposto di formare delle stecche a cerniera, onde poterle applicare restando piegato l' antibraccio, ovvero si possono mettere quattro piccole stecche alla parte inferiore del braccio, e quattro simili alla parte superiore dell' antibraccio, situando poi la solita fasciatura. Le fratture del braccio complicate debbono trattarsi secondo le regole generali già esposte.

L' antibraccio è soggetto alle fratture ugualmente, che il braccio, ma essendo questa parte com-

posta di due ossa ulna, e raggio possono le fratture essere o di una di esse soltanto, o di ambedue insieme. Siccome queste varie specie di frattura dell' antibraccio sono d' indole diversa, e richieggono un diverso metodo curativo, è necessario considerarle separatamente. Quindi parleremo prima della frattura di ambedue le ossa, alla quale secondo i moderni daremo il nome di frattura dell' antibraccio, ed in seguito delle fratture di raggio, e dell' ulna.

Le fratture dell' antibraccio sono ordinariamente conseguenza di un colpo portato sulla parte stessa, ed in questo caso la frattura delle due ossa accade comunemente nel medesimo luogo, le ossa restano quasi sempre in sito riguardo la loro lunghezza, e diminuisce lo spazio interosseo. Le fratture dell' antibraccio sono facili a confondersi con la lussazione del carpo qualora ritrovinsi nella estremità inferiore dell' antibraccio, ma attesa la mobilità delle apofisi stiloidi nel caso di frattura, si distinguerà dalla lussazione per l'immobilità di esse nella medesima. La cura di queste fratture suole esser facile, e sicura eccetto in alcuni casi particolari, come p. e. se vi sia uscita d' osso, che abbia forato la carne, giacchè allora attesa la gran quantità di parti tendinose, e nervose può qualche volta nascere il tetano, e la cancrena. Può ancora aver luogo un' altro fenomeno, che cioè essendo la frattura delle due ossa vicine, e somministrandosi la materia pel callo da tutte quattro l' estremità delle ossa fratturate si venga a formare un solo callo e quindi restino aderenti le due ossa, lo che impedisce il moto di pronazione, e supinazione dell' antibraccio.

Per riporre le ossa fratturate nel loro luogo naturale sarà necessaria l' estensione, e la contro

estensione, la quale si farà piegando l' antibraccio ad angolo retto sul braccio, e facendo prendere l'arto da due assistenti in senso opposto. Uno di essi cioè prenderà la mano del malato, e se si potrà meglio ancora le stesse estremità inferiori dell' ulna, e radie e l' altro terrà fisso il braccio o l' estremità superiore dell' antibraccio facendo la contro estensione. In questo tempo il Professore riporrà le ossa nel loro sito naturale procurando di situare anche i muscoli nello spazio interosseo, lo che si eseguisce assai facilmente.

Per mantenere poi la frattura nella sua posizione deve indi applicarsi l' apparecchio consistente in due compresse piuttosto lunghe, e graduate in modo, che siano più larghe dove toccano l' articolo. Questo si otterrà formando le medesime di un solo pezzo di tela della lunghezza dell'antibraccio, e ripiegato sopra se stesso, diminuendo sempre la larghezza della piegatura. Queste compresse saranno secondo il solito bagnate con qualche liquore attonante. Sopra le compresse si applicherà una fascia circolare, che principj a formare due o tre giri sul luogo della frattura, ed indi vada discendendo fino alla mano, dove si circondi il metacarpo lasciando fuori il pollice, e si risalisca indi fino all' articolazione del cubito. Fissate in questa maniera le compresse si pongono due stecche lunghe quanto l' antibraccio alle due facce del medesimo, e ritornando con la fascia sopra le stecche fino alla mano si mantengono nella loro naturale posizione. Molti Autori consigliano di porne due altre lateralmente all' antibraccio, ma queste sono secondo alcuni pratici più proprie a produrre lo spostamento delle ossa, che ad impedirlo, giacchè non favoriscono esse, che a procurare il ravvicinamento dell' ulna, e raggio, cosa a cui tendono

guardo alla larghezza, ed accostarsi all' ulna stessa.

Il metodo di cura conveniente nelle fratture del raggio si è il medesimo, che quello proposto nella frattura dell' antibraccio. Deve soltanto avvertirsi che l' estensione sia determinata principalmente sul raggio, al quale oggetto si procurerà di scostare all' infuori il frammento inferiore. Il Professore deve avere in mira di impedire l' avvicinamento del raggio all' ulna, e questo stringendo i muscoli per mezzo delle compresse per spingerli, e mantenerli nello spazio interosseo, onde conservare il medesimo. Nel rimanente si osserveranno le stesse precauzioni, che abbiamo accennate parlando della frattura dell' antibraccio.

Le fratture dell' ulna sono meno frequenti, che quelle del raggio, ed hanno luogo ordinariamente per un colpo portato direttamente sull' osso, ovvero per una caduta nella quale venga percosso il medesimo contro una resistenza. La maniera di riconoscere questa frattura non varia punto, da quella indicata per la frattura del raggio. Il metodo di cura è parimenti lo stesso avvertendo bensì di dirigere l' estensione sull' ulna, e si dovrà parimenti procurare d' impedire il ravvicinamento delle ossa. In tutte le fratture poi dell' antibraccio è necessario fare eseguire al malato dei movimenti per impedire l' anchilosi dell' articolazione del cubito.

Le fratture dell' Olecrano quantunque propriamente possano considerarsi come fratture dell' ulna, [illegible] una particolare attenzione. Quest' [illegible] ha molta analogia con la rotula riguardo le funzioni, che ambedue esercitano, ed i muscoli, che ci si [illegible]. L' olecrano si rompe ordinariamente [illegible], e le fratture del medesimo sono ora [illegible] stessa de muscoli estensori [illegible], e sia del tricipite, il quale estendendo [illegible] l' antibraccio produce la frattura

dell' olecrano, ed ora accade la frattura di questa parte per una violenza esterna, che percuota il cubito, ovvero per una caduta sopra detta parte. Il sintoma il più costante di questa frattura si è quello, che dipende dall' azione del tricipite, il quale tira seco in alto il pezzo di olecrano fratturato, e forma nell' articolazione del cubito un vuoto nella parte esterna, che è maggiore quando l' antibraccio è piegato, di quello che quando è esteso. L'olecrano passa al di sopra de' condili, ed è mobile restando fissa l' ulna. Da tutti questi segni si vede, che non è difficile il ravvisare questa frattura se pure non esista una violenta contusione, che ne renderebbe meno chiara la diagnosi, la quale però sarebbe ugualmente sicura dopo dissipati i sintomi infiammatorj.

Per ridurre la fratttura dell' olecrano fa di mestieri mettere la parte fratturata a contatto dell'osso dell' ulna, mantenerla nella stessa situazione, resistere alla forza del tricipite, che tende continuamente a portarla in alto. Si deve a questo oggetto circondare l'antibraccio con una fasciatura mediocremente stretta, e facendo in seguito stendere l' antibraccio sul braccio si spinge l' olecrano in basso, e posto a contatto dell' ulna estendendo la pelle del cubito si fa passare un giro di fascia dietro l'olecrano, e sopra del medesimo, indi un altro di otto, e così alternativamente in modo, che l' olecrano resti fissato nel suo luogo. Si continua indi la fasciatura fino sul braccio. Ciò fatto ponesi una quantità di sfila nell' articolazione del cubito, e si situa alla parte interna del medesimo una lunga stecca, e ben forte, che si fissa poi con de' giri della fascia, la quale deve discendere dall' estremità superiore del braccio fino alla mano. In questa maniera resta impedita ogni flessione dell' antibraccio.

zione della falange, e secondo i più moderni pr
ci alla disarticolazione del dito nella sua unione c
estremità dell'osso del metacarpo.

Fra le fratture delle estremità inferiori la
ma, che si presenta ad esaminare sí è quella
femore, che è molto soggetto alla medesima at
la sua lunghezza. Esse possono essere o nel cor
o nelle estremità dell'osso; noi però non parle
mo quì di quelle del suo collo, di cui tratterer
separatamente in appresso, e discorreremo ora s
tanto di quelle del suo corpo, dell' estremità in
riore, e della superiore. Le fratture del femore p
sentano molte varietà, ed attesa la gran quant
e forza de' muscoli al medesimo appartenenti s
cede quasi in tutte un' discostamento de framm
ti, che può accadere in moltissime direzioni. N
le fratture obblique, e non sempre nelle trasver
li i pezzi si soprapongono, e la coscia si accorci
In generale presso che in ogni frattura della cos
il pezzo inferiore è quello, che suole esser trat
all' insù, se pure non si eccettui la frattura, d
accade immediatamente sotto il piccolo trocantere
giacchè allora il psoas, e l' iliaco, che ivi si a
taccano tirano l'estremità del frammento superio
in alto, ed in avanti, ed ivi forma un tumore. Nc
è poi molto difficile il riconoscere le fratture del
coscia, giacchè la deformità del membro, il su
raccorciamento, il cangiamento di direzione, la pr
minenza dei frammenti delle ossa, l' impossibili
de' movimenti, il dolore, il crepito etc. non lasci
no alcun dubbio sulla malattia. Queste fratture s
no poi molto gravi, e di cura difficile attesa la qua
tità di muscoli, che impediscono di mantenere
sito i frammenti, e quindi richiedono molta atte
zione per la cura.

Il metodo più adattato è il seguente. Il mal

deve esser posto in un letto non molto largo, fornito di matarazzo piuttosto duro. La testa sa- sostenuta da un semplice cuscino, ed il letto sa- orizontale. L' apparecchio consiste in una quan- di striscie di tela, tre stecche, compresse, un zo di tela largo quanto è lungo l' articolo, al- sacchetti di pulla di avena, e cinque lacci per tenere l'apparecchio. Dopo aver spogliato il ma- con tutta la precauzione possibile si porrà la ta offesa sopra l'apparecchio già disposto nell'or- , con cui deve essere applicato, e si passa alla riduzione, Un' assistente prende il bacino, ritiene premendo sulle creste dell' osso dell'ileo, re un' altro afferra il piede, e dopo averlo un girato obliquamente al di fuori lo tira a se naturale direzione. Il Cerusico intanto pro- per quanto è possibile di ridurre le ossa frat- nella loro situazione. Ciò fatto, e continuan- l' estensione si passa all' applicazione dell' ap- chio. Si pongono in primo luogo ai lati del- cia due compresse bagnate in un liquore at- e, e si cuopre il piede, e la gamba con si- ompresse. Si applicano indi le striscie di fa- che abbracciano l' articolo dalla parte supe- della coscia fino alla parte inferiore della . Ciò fatto s' involgono due stecche lunghe il membro in un panno di lino adattato, e plicano lateralmente alla coscia fratturata riem- o lo spazio, che esiste fra esse, e l' articolo sacchetti di pulla di avena spingendo la me- a nelle parti' dell' articolo, che sono depres- cciò la pressione sia da pertutto uguale. Si ap- in seguito una terza stecca nella parte ante- della coscia, che si estenda dall' inguine alla ala, e si fissa il tutto con i lacci situati a di- nze eguali. Alcuni alle stecche sostituiscono i ca-

nali, che nella maggior parte de' casi possono essere vantaggiosi ritenendo l' articolo più solidamente, onde i frammenti delle ossa sono meno soggetti a discostarsi fra loro. Riguardo poi alle fascie sembra in questo caso preferibile la fascia così detta a diciotto capi, che consiste in nuove striscie di tela lunghe poco più della circonferenza della coscia, e che sono unite l' una sopra l' altra in modo che la porzione della striscia superiore resti un poco ricoperta dall' inferiore, e vadano ancora graduatamente credendo in lunghezza. Con questa fasciatura posta sotto il membro si potrà stringere ogni volta il medesimo senza passare la fascia sotto l' articolo, ed evitare sempre più il pericolo di scomporre i pezzi. Alcuni Pratici preferiscono a questa la fascia circolare perchè ritiene vieppiù le parti a mutuo contatto.

La cura interna del malato sarà quella, che si è accennata trattando delle fratture in generale. L' apparecchio deve essere rinnovato ogni 3, o 4 giorni, e più spesso ancora se arrechi incomodo al paziente. Dopo i 40 giorni se il callo sia sufficientemente solido si potrà togliere l' apparecchio, e sostituire al medesimo una semplice fasciatura circolare. Nelle fratture oblique del femore il metodo accennato è poco sufficiente ad ottenere la guarigione, attesa la facilità, che hanno le ossa a scomporsi, e quindi si rende necessaria l' estensione continua, di cui si parlerà in seguito. Ne' bambini tutto l' apparecchio consiste in una fascia circolare, e quattro stecche, ma è necessario ricuoprire l' apparecchio con una compressa a più doppi, che si rinnova ogni giorno per impedire, che le orine, e le feccie non obblighino a cangiare l' apparecchio come anche in essi si può fissare più stabilmente l' articolo, passando due o tre striscie di tela in distanza

za eguale sopra l' apparecchio cucite al materasso.

Nelle fratture del femore vicino ai condili si deve applicare una compressa nella cavità del poplite per impedire, che i muscoli gemelli non rovescino il frammento inferiore. In quelle poi, nelle quali è staccato il gran trocantere applicasi una compressa sul medesimo per mantenerlo in sito. In tutte le fratture dell' osso del femore certamente sarà bene attendere circa 50 giorni prima di togliere l' apparecchio avvertendo però di porre in opera i metodi altrove accennati per impedire la falsa anchilosi, che spesso ha luogo nel ginocchio.

Abbiamo di sopra accennato, che le fratture del collo del femore meritano una attenzione particolare, giacchè nella cura debbono essere per alcuni riguardi trattate diversamente dalle fratture delle altre parti dell' osso medesimo. La frattura del collo del femore può esistere in varj luoghi di esso, e può ancora essere accompagnata dalla frattura del gran trocantere, e nei bambini può invece di questa accadere la disunione dell' epifisi. Le cagioni predisponenti alla frattura del collo del femore sono le malattie, che attaccano principalmente le ossa, i vizj cancerosi, la necrosi, la rachitide, il morbo venereo, come ancora l' età avanzata etc. Le fratture del collo del femore sono per lo più trasverse, e quasi mai obblique molto più perchè succedono ordinariamente per controcolpo, e sono prodotte da una percossa sul gran trocantere, o da una caduta sui piedi. Questa specie di frattura è sempre congiunta allo spostamento delle ossa, lo che però può nascere anche qualche tempo dopo seguita la frattura, ed è minore nelle fratture, che accadono entro l' articolazione stessa, per la ragione, che il ligamento orbicolare contiene i pezzi fratturati. Lo spostamento dei frammenti d'os-

so può accadere tanto secondo la lunghezza quanto giusta la circonferenza del medesimo. In questo caso oltre l' accorciamento del membro, il ginocchio, ed il piede rare volte trovansi rivolti all' indentro, ma quasi sempre voltati all' infuori, ed il peso del piede stesso è quello, che produce questo effetto.

Si può confondere la frattura del collo del femore con la lussazione del medesimo osso. Per non cadere in equivoco devesi riflettere alle cagioni della malattia, ed ai segni diagnostici. Questi sono il crepito, che si sente al momento della caduta unito all' impossibilità di alzarsi, il membro fratturato è più corto, ed il ginocchio, ed il piede sono voltati all' infuori. Per mezzo dell' estensione si può rendere facilmente all' articolo la sua dimensione, e direzione, lo che non è così facile in caso di lussazione, ed in questi movimenti si sente molte volte il crepito de' frammenti delle ossa, e finalmente non potrà il malato elevare tutta insieme l' estremità inferiore.

Le fratture del collo del femore sono da molti credute assai pericolose, producendo degli ascessi, fistole, e che portano seco necessariamente la claudicazione essendone impossibile la riunione. Altri poi sono di opinione, che queste fratture in niente differiscano dalle altre. Quello, che può dirsi di certo si è, che nei vecchj è la riunione assai difficile, e spesso impossibile, negli altri casi però la difficoltà della riunione che si osserva, e la claudicazione, che spesso ne siegue dipende forse piuttosto dai metodi curativi poco adattati, che si adoperano, giacchè con de' mezzi bene indicati si ottiene la riunione di questa frattura come di quella delle altre ossa, con la sola differenza, che la cura sarà molto più lunga, e le cagioni, che ab

biamo detto predisporre la macchina alla medesima la ritarderanno infinitamente.

Per adempire agli oggetti principali, che deve avere in vista il Professore nella cura di questa malattia è necessario fare in primo luogo la riduzione della frattura. Si fa giacere il malato sul lato sano, oppure secondo altri supino, e l'estensione si fa sulla gamba, e la contro estensione sul bacino. A quest' oggetto si applica uno sciugatojo alla parte inferiore della gamba, che deve essere tirato da più assistenti, ed un' altro simile si pone nella piegatura della coscia sana, che passando sopra il bacino dello stesso lato serve per tenerlo fermo, e così formare la contro estensione. Nella riduzione debbesi in primo luogo riporre il membro nella sua dimenzione, ed in seguito nella sua direzione naturale voltando il piede al lato opposto, in cui rirovasi. Se i muscoli si contraggono fortemente, o che raramente succede, si sospenderà ogni tentativo, e si porrà l' apparecchio delle fratture del corpo dell' osso adoperando il regime antiflogistico, ed attendendo la cessazione di tale accidente, per procurare nuovamente la perfetta riduzione col lo stesso metodo.

Per mantenere le ossa in contatto si richiede in primo luogo una posizione adattata. Questa consiste nell' essere la gamba estesa sulla coscia, e la coscia sul bacino. La posizione accennata deve essere mantenuta per mezzo di un apparecchio conveniente. Molti sono i metodi proposti a quest' oggetto. Si è usata la fasciatura così detta a spica, si immaginato di legare l'articolo malato col sano, onde primo non possa accorciarsi, si sono inventate varie macchine, onde tenere il membro in una continua estensione; ma tutti questi metodi hanno principalmente l' inconveniente di restare insopportabi-

Nella frattura della rotula i pezzi fratturati vengono allontanati per la forza, con la quale il frammento superiore è tirato dai muscoli estensori della gamba, e questo allontanamento è maggiore nella flessione della medesima, a cui resta fisso il frammento inferiore. Questo discostamento de' frammenti rende facile la diagnosi della frattura della rotula. A questo segno poi si unisce la caduta del paziente senza potersi rialzare.

La possibilità della riunione nelle fratture di quest'osso è stata richiamata in dubbio da molti Scrittori di Chirurgia, e quindi essi credono miglior metodo il lasciare la frattura senza tentarne la riunione, la quale secondo loro è impossibile, ed il procurarla produrrebbe l'anchilosi. I più recenti Scrittori sono però di sentimento, che la riunione della rotella sia possibile come quella delle altre ossa, siegua dessa pel contatto immediato de' frammenti, ovvero per mezzo di una sostanza intermedia, che si vada a poco a poco formando, e che quindi il metodo più adattato sarà quello di procurare la riunione della frattura, molto più che l'anchilosi non ha luogo se non si tenga l'articolo immobile più di quello è necessario per la consolidazione della medesima.

Se dunque si voglia procurare la riunione de' frammenti della rotola, sarà necessario tenerli vicini fra loro più che sia possibile, giacchè verrebbe altrimenti a formarsi fra di essi una sostanza, che accrescerebbe di molto la lunghezza della rotella, e renderebbe difficile il camminare. Siccome la frattura della rotola è ordinariamente accompagnata da sintomi infiammatorj, è necessario dissiparli prima di curare la frattura stessa, e ciò si ottiene tanto con la cura profilattica, che consiste nell'uso dei refrigeranti per prevenire l'infiammazione, quanto nella cura antiflogistica se dessa sia già comparsa.

I sintomi inflammatorj cedono conforme l' uso al metodo antiflogistico se sia adoperato a tempo, e con efficacia, se però essi continuano per qualche tempo s' insisterà sul metodo debilitante, e segnatamente sui salassi. Qualora però non sia possibile dissipare i sintomi inflammatorj in 20, o 30 giorni è inutile applicare qualunque apparecchio, giacchè si è già formata la sostanza, che deve riunire la rotola, ed il malato non potrà camminare senza appoggio su di un piano disuguale, allora il Professore non deve avere altro in mira, che di prevenire l' anchilosi.

Prevenuta, o dissipata l' infiammazione debbonsi riunire i frammenti, e mantenerli riuniti pel tempo necessario, onde dar luogo, che si renda solida la sostanza nuova, che si forma. Per ottenere queste indicazioni si farà estendere la gamba sulla coscia, e piegare la coscia sul bacino per mettere in rilassamento i muscoli estensori della gamba, e si manterrà questa posizione dell' articolo per mezzo di cuscini. La fasciatura ordinaria, che propongono molti Autori per contenere i frammenti della rotella si è la fasciatura chiamata a otto di cifra, ma questa non comprimendo tutto l' articolo produce facilmente l' ingorgamento dell' estremità inferiore di esso, ed inoltre l' azione di questa fasciatura è insufficiente per contenere in sito i frammenti, mentre esercita una compressione dolorosa sui i muscoli.

Il metodo proposto dai recenti si è il seguente. Si fa tener fermo il bacino da un assistente, mentre un' altro tiene elevata l' estremità inferiore. Prendesi in seguito una striscia di tela più lunga, che tutto l' articolo, ed un poco più larga della rotola, si stende sulla parte anteriore della gamba fissandola con alcuni giri di fascia sulla parte inferiore di essa, e precisamente sul dorso del piede lascian-

done fuori tre, o quattro pollici, che si ripiegano, e si fermano con nuovi giri di fascia, si segnita ricuoprire tutta la gamba fino, che si giunge all' osso fratturato. Allora accostando i pezzi d' osso fra loro, e facendo tener bene distesa la striscia di tela, che lo ricuopre, come ancora stirando bene la pelle, acciò le sue piegature non si interponghino fra i pezzi, e ne impediscano la riunione, si fissano essi in sito con due compresse laterali, ovvero facendo un' apertura nella striscia di tela, che si continuerà indi a ricuoprire dalla fascia circolare sino all' alto della coscia, e per tenerla meglio distesa si ripiegherà al di sopra fissandola con nuovi giri circolari fino alla gamba. Per impedire di piegare la gamba si applica una stecca al di sotto dell' articolo, che arrivi dalla natica al calcagno, e che si fissa con una nuova fasciatura circolare, si porrà tutto l' articolo alquanto elevato, ma in modo, che formi un piano inclinato, ed il piede sia molto più alto, che la coscia.

Questo apparecchio è sicuramente il migliore di quanti ne siano stati proposti, ma non è privo d' inconvenienti, fra i quali annoverasi la facilità con cui si slenta la fasciatura, e quindi ne nasce lo slontanamento de' pezzi, il dolore che esso produce, e la pressione non sufficiente, che esercita; ma a quest' incomodi rimediasi in parte col visitare spesso il membro, e rinovare l' apparecchio. Molti altri metodi sono stati proposti per contenere in sito questa frattura, ma sono tutti più, o meno soggetti a maggiori difficoltà di quello, che abbiamo riportato. Da questa difficoltà sono stati indotti molti Professori a proporre di lasciare la frattura a se medesima senza applicare fasciatura di sorte alcuna, assicurando, che con questo sistema si viene a prevenire l' anchilosi, e non restano impediti

i movimenti dei ginocchio, ma per quello riguarda l'anchilosi si può tener lontano facendo eseguire dei moti all'articolazione dopo venticinque, o trenta giorni, ed i movimenti del ginocchio restano sempre più difficili, che nella riunione dell'osso.

Le fratture della gamba distinguonsi in fratture di ambedue le ossa, in fratture della tibia, ed in quelle della fibola. Le fratture di ambedue le ossa insieme sono le più frequenti, e diconsi comunemente fratture della gamba, ed accadono ordinariamente verso la metà dell'osso. Queste fratture sono soggette allo spostamento dei frammenti segnatamente a quello, che accade secondo la loro larghezza, e la gamba presenta una convessità anteriormente. La rotazione del piede può eziandio produrre uno spostamento all'infuori, o all'indentro, ma il primo caso è il più comune.

La diagnosi delle fratture della gamba è una delle più facili, segnatamente se non siano esse nella parte superiore, e vicino all'articolazione del ginocchio, e la prognosi è meno pericolosa di quella delle fratture della coscia, riguardando però sempre la qualità della frattura, ed i suoi sintomi.

Per la cura di queste fratture si deve situare il malato in un letto duro, stretto, ed orizontale, sul quale si porrà un cuscino ben lungo, e largo ripieno di avena. Sopra di esso verrà situato l'apparecchio composto di tre lacci, un pezzo di tela quadrata, alcune striscie di tela, due compresse, varj cuscinetti di pulla di avena, e tre stecche, due laterali più lunghe della gamba, ed una anteriore più corta di essa.

Dopo fatta l'estensione, e la contro estensione si applicano le compresse, e le striscie di tela separate, quali possono fermarsi con qualche punto di filo nella parte anteriore dell'articolo per mag-

gior comodo, senza la striscia, che le sostiene posteriormente, si principia con esse dalla parte inferiore della gamba. Può ancora sodisfare a quest'oggetto la fasciatura a 18 capi. Si collocano indi le tre stecche procurando, che esse comprimano ugualmente da tutte le parti, al quale oggetto si porranno fra esse, e la gamba i cuscinetti accennati di sopra. Le due stecche laterali s'involgono nel pezzo di tela quadrata, e vengono ritenute con i lacci insieme con la terza posta anteriormente tra le due ossa per mantenere più, che sia possibile lo spazio interosseo. Lo stivaletto di *Pott* può anch'esso mantenere in sito questa frattura. Una fascia che passa sotto la pianta del piede, ed incrociandosi sul dorso di esso viene fissata lateralmente alla gamba serve per mantenere il piede nella stessa posizione, cosa estremamente interessante, anzi devesi coprire il piede con uno de' soliti archi, acciò il peso delle coperte non lo faccia inclinare da una parte, o dall'altra. Le compresse situate sotto il calcagno sono molto dannose, giacchè colla loro compressione possono produrre un' ulcere di cattiva indole, con scopertura d'osso. Il principio generale nella cura di queste fratture deve essere di tenere tutto l'articolo in una posizione semiflessa, sostenuto però sempre da cuscini adattati. Molto utile si rende in questi casi la fasciatura a diciotto capi, che noi già abbiamo esposto di sopra, e che ha il vantaggio di tenere anch'esso stretto l'apparecchio senza obbligare di sollevare il membro al rinovare ogni medicatura. Per mantenere questa frattura si può ancora far uso delle stecche canali etc. da qualcuno raccomandati in simili circostanze. L'apparecchio si bagnerà con dell'acquavite canforata, e si rinoverà ogni settimana almeno, e dopo 50 giorni ordinariamente il callo è solido

sufficienza, che il malato possa principiare a camminare con delle grucce, e muovere l' articolazione, ed allora si sostituirà una semplice fasciatura circolare all' apparecchio accennato. Per quello appartiene ai casi di fratture complicate della gamba, quello riguarda la cura interna, nulla abbiamo a aggiungere a quanto abbiamo di sopra esposto.

Le fratture della sola tibia sono molto frequenti, ma poco pericolose, giacchè non sono soggette spostamento delle ossa, o almeno questo è poco significante, dal che però ne viene, che la diagnosi di queste fratture è assai difficile, segnatamente la frattura sia nella parte superiore dell' osso. L'esame delle cagioni, e de' sintomi della malattia possono dar qualche lume sulla natura della medesima. Per la cura di questa malattia dopo fatta l'estensione, e riposti i frammenti nel loro stato naturale s' applica nella parte anteriore della gamba una compressa stretta, e lunga ritenuta da una fascia circolare, ed indi tre stecche sottili, che si tengono in sito con gli ultimi giri della fascia. Il malato non dovrà appoggiarsi sulla gamba affetta, e molte volte sarà necessario applicare la fasciatura che abbiamo di sopra indicato per la frattura della gamba. La frattura della tibia esige presso a poco l'istesso tempo per consolidarsi, che quello abbiamo detto per quella della gamba.

Le fratture della Fibola sono meno comuni, che quelle della Tibia, e questo accade in virtù della sua elasticità, e situazione, essendo essa meno allo scoperto della tibia, ma qualche volta può produrle una straordinaria abduzione del piede, ed allora il malleolo esterno è come separato dal resto dell' osso. La frattura più pericolosa della fibola si è quando essa resta fratturata vicino al piede. I cataplasmi emollienti, ed i salassi sono indi-

cati per dissipare qualunque principio d' infiammazione, e gonfiore. Si circonderà l' articolo di fascie separate, e per mezzo di due stecche ben lunghe, e che passino il ginocchio si procurerà, che il piede non si muova dalla situazione adattata. Questa frattura richiede ordinariamente un mese per la formazione del callo non sopraggiungendo ascesso, carie etc. accidenti, che anche esigere potrebbero l'amputazione della parte, fuori di che altro non resta, che muovere il piede, e la gamba per prevenire l'anchilosi. Se la frattura sia lontana dall' articolazione si ricerca l' apparecchio indicato nelle fratture delle ossa della gamba sebbene qualcuno consiglia l'applicazione di una sola stecca sul lato esterno dell' articolo, escludendo l' interna, come inutile, senza omettere le debite cautele per conservare lo spazio interosseo, benchè ciò non sia tanto interessante come nell' antibraccio.

Le fratture dell'ossa del piede richiedono l'istessa cura, che quelle delle ossa della mano. Una frattura però, che merita particolare attenzione si è quella del calcagno. Queste fratture sono poco frequenti attesa la solidità dell' osso, e la di lui situazione. Può rompersi il calcagno per la contrazione violenta degli estensori del piede, ma questa causa è più rara nel calcagno, che nell' olecrano, e nella rotola essendo esso più forte di queste due ossa. Queste fratture accadono ordinariamente nella caduta sulla pianta del piede, essendo esso in estensione. Il malato sente un crepito nel calcagno, sopraggiunge il dolore, che si aumenta ne' moti del piede, l' infermo non può stare in piedi, nè camminare, ed il calcagno si gonfia, la porzione del medesimo, a cui si attacca il tendine d'Achille diviene mobile, e si osserva qualche volta, che i pezzi sono separati fra loro, cosa però ben difficile a ri-

conoscersi attesa la grossezza dei tegumenti, e la quantità del grasso, che ricuopre quest' osso.

Per la cura di questa frattura è necessario in primo luogo porre a contatto i pezzi fratturati, lo che si ottiene mettendo il piede nella maggior estensione possibile, e facendo nello stesso tempo flettere la gamba sulla coscia per porre in rilasciamento i muscoli gemelli, e solare. Per mantenere il piede nella detta situazione si può far uso della pianella così detta di *Petit*, oppure si prende una fascia ben lunga, che dal dorso del piede si fa passare sotto la pianta, e si fissa ivi una lunghetta, o striscia di tela con alcuni giri. Si stende il piede, e si porta la lunghetta, e la fascia dietro la gamba fino al poplite, dove si ferma con altri giri dandone alcuni prima, e dopo ripiegando la striscia di tela, e ricuoprendola colla fascia ivi si termina l' applicazione. Questa striscia deve essere stretta più, che sia possibile. Sarà bene ricuoprire la parte offesa con una compressa, che si sosterrà per mezzo di una piccola fasciatura a 8 di cifra. E' necessario riempire con delle sfila le cavità, che rimangono lateralmente al tendine di Achille, acciò resti meno compresso, che sia possibile. Trattata in questo modo la frattura guarisce in 30, o 40 giorni, ed ordinariamente senza accidenti. Dopo questo tempo si potrà togliere la fasciatura, che resta sempre incomoda, ma si dovrà porre attenzione a non piegare molto il piede, come ancora a non estenderlo molto appoggiandosi fortemente sulla punta di esso, altrimenti sarà facile, che la frattura torni a recidivare, richiedendosi molto tempo per la perfetta formazione del callo.

CAPO XX.

DELLE LUSSAZIONI.

Sotto il nome di *lussazione* intendesi in Chirurgia la variazione rispettiva, che accade nelli rapporti naturali delle ossa; e questo può nascere tanto quando la testa di un' osso esce dalla cavità destinata a contenerlo, quanto se le superficie articolari di due ossa più non si corrispondano. Gli autori distinguono le lussazioni in *complete*, ed *incomplete*, chiamando complete quelle, nelle quali la variazione accennata è totale, ed incomplete quelle, nelle quali essa non è che parziale, ed allora le superficie articolari si toccano ancora per qualche punto delle loro cartilagini, ed a queste lussazioni incomplete non sono soggette, che le articolazioni a ginglimo, nell'articolazione all' opposto per enartrosi la lussazione è sempre completa.

Oltre questa divisione generale delle lussazioni ve ne sono delle altre non meno interessanti da osservarsi nella pratica, vale a dire riguardo la specie di articolazione, che è affetta, e la direzione secondo la quale è lussato l' osso, che viene a classificare le lussazioni in *interne*, *esterne*, *posteriori*, *anteriori*, *superiori*, *inferiori etc.* Una distinzione non meno interessante si è quella, che riguarda il tempo di essa, giacchè le lussazioni invecchiate sono infinitamente più difficili a ridursi, che quelle recenti. E' parimenti da distinguersi la lussazione semplice da quella complicata con altri sintomi, come ferite, fratture, contusioni etc. che ne possono molto variare la prognosi, e ritardare la cura della malattia.

Quello però, che merita molta considerazione per parte del Cerusico nell' intraprendere la cura

di una lussazione sono le cagioni della medesima. Gli autori di Chirurgia distinguono queste in interne, ed esterne, predisponenti, o occasionali. Le cause interne predisponenti sono la mobilità dell' articolazione, e la poca forza della medesima, la paralisia de muscoli, che circondano un' articolazione, come ancora il rilassamento de' ligamenti della medesima. Le cagioni occasionali interne delle lussazioni sono il gonfiamento delle cartilagini articolari, il raduno della sinovia, e le forze muscolari. Nel primo caso la lussazione accade a gradi, nel secondo si fa in un momento. Le cause occasionali esterne principali sono i colpi, le cadute etc. Acciò poi queste cagioni agiscano, si richiede, che la violenza venga portata in una direzione obbliqua alla carità, in cui s' articola l' osso, altrimenti il colpo esterno altro non farebbe, che portar con forza il capo dell' osso contro la sua cavità articolare. Nelle articolazioni a ginglimo la lussazione è prodotta dalla sola violenza esterna, ma nelle articolazioni orbicolari ci si unisce sempre l' azione de' muscoli. Nelle lussazioni poi di qualunque genere succede sempre una distensione, o lacerazione più, o meno grande delli ligamenti, e delle capsule, lo che è ben facile ad intendersi.

Non è molto difficile il riconoscere l' esistenza di una lussazione. Conviene però osservare, che nella maggior parte delle lussazioni rincontransi molti segni comuni alle fratture, ed alle contusioni. I segni principali delle lussazioni sono l'allungamento, o accorciamento del membro, il cangiamento di direzione, e di forma, e finalmente l' impossibilità di potere eseguire alcuni moti. Nelle articolazioni a ginglimo il raccorciamento, o allungamento del membro non ha luogo, ma in queste articolazioni essendo le ossa molto superficiali non si rende mol-

lontano dall' osso lussato, e non sull' osso medesimo non si viene a promuovere l' irritazione, e contrazione de' muscoli allo stesso osso attaccati, che contraendosi verrebbono ad impedire la riduzione dell'osso lussato, o almeno di molto ritardarla, quindi sembra, che debbasi questo metodo anteporre, anche per la ragione che quanto più lontano si applica l'estensione della parte lussata, tanto più lunga è la leva, e per conseguenza tanto maggiore effetto si ottiene. Nè deve temersi che le articolazioni intermedie vengano a soffrire da questa estensione, e consumare porzione della forza impiegata, giacchè i muscoli stessi rendono queste articolazioni solide abbastanza, e formano una leva continua.

Vi sarebbero per altro delle ragioni per indurci ad abbracciar il primo metodo. Fissando p. e. la forza estensiva sopra il carpo, in occasione di lussazione dell' omero, l' articolo deve restare ben disteso, ed i muscoli, che dall' omoplata si portano all' antibraccio vengono stirati, e per conseguenza si contraggono alquanto prima di rendersi, e si oppongono alla facile riduzione, apportando del dolore; al contrario si evita questo inconveniente col primo metodo, potendo far tenere in flessione l' antibraccio, e per conseguenza in rilassamento i muscoli bicipite, e tricipite.

Qualunque sia il punto, ove si voglia fissare l' estensione, è miglior metodo servirsi di assistenti capaci, l' azione de' quali può regolarsi meglio, che qualunque macchina, che se esercita un' azione troppo forte può lacerare ancora i muscoli, ed i tegumenti senza ridurre la lussazione. Per applicare molti assistenti ad un articolo si potrà applicare un nastro all'intorno di esso, il quale verrà tirato dai medesimi.

L'estensione deve esser fatta secondo la direzione, che ha preso l'osso lussato, altrimenti sarebbe inutile, ed a misura, che i muscoli si allungano devesi far rientrar l'osso nella sua cavità.

La contro estensione non deve applicarsi sull'osso lussato, ma sulla parte situata al di sopra di esso, e la forza deve essere uguale a quella dell'estensione procurando però, che la direzione, con cui essa si esercita sia perpendicolare alla superficie articolare, dalla quale è uscito l'osso lussato. Quando queste due forze vengano esercitate esattamente, ed il Professore prenda il momento adattato, si rende molto facile il far rientrar l'osso nella sua cavità.

Qualora però con questi mezzi la lussazione si renda irreduttibile varj sono i metodi proposti per diminuire la forza muscolare, ch'è quella, che si oppone alla riduzione di essa. In primo luogo si è proposto di dare al malato una posizione, nella quale non avesse alcun punto di appoggio per contrarre i muscoli, come p. e. ponendolo sopra una tavola orizontale ben stabile. Se questo mezzo non sia sufficiente si procurerà d'indebolire l'azione muscolare per-mezzo dei replicati salassi, bagni, dieta, e molti propongono anche l'uso dell'opio, tartaro emetico o simili, che producendo una debolezza indiretta nella macchina, fa rilassare i muscoli, e ligamenti etc. e se ne ottiene più facilmente l'intento. Altri hanno ritrovato molto vantaggio da una estensione continua de' muscoli, che venendo a stancarli l'indebolisce.

Se però la lussazione non sia più recente questi mezzi non sono bastanti atteso l'ingorgamento de' ligamenti, per risolvere il quale devesi far uso de' bagni, ed altri rimedj risolventi, i quali però riescono spesso inutili, se la lussazione sia molto

struttura della parte. La varietà sola, che osservasi in questa lussazione si è, che possono uscire dalla cavità ambedue i suoi condili, ovvero uno soltanto. Molti Autori chiamano completa la prima lussazione, ed incompleta la seconda, ma questa denominazione è difettosa, essendo la lussazione incompleta quella soltanto, nella quale l'osso non esce intieramente dalla sua cavità. Nei bambini di età tenera non può lussarsi la mascella, giacchè il corpo, e le branche dell'osso si uniscono ad angolo molto ottuso, e quindi i condili essendo nella direzione quasi del corpo dell'osso, formano il centro de' movimenti della mascella, nè possono essere spinti fuori delle cavità articolari.

La lussazione della mascella inferiore è prodotta raramente da violenze esterne, ma per ordinario dalla forza de' muscoli, e segnatamente dallo sbadiglio, giacchè questa lussazione viene formata dall'abbassamento straordinario della mascella. In questo caso i condili scorrono dall'indietro in avanti sotto le radici trasverse delle apofisi zigomatiche, ed entrano nelle cavità di tal nome, allora si alzano gli angoli della mascella portandosi all'indietro, mentre si abbassano i condili trasferendosi in avanti, e quindi la bocca resta aperta. I condili comprimono i nervi temporali profondi, e masseterici, e producono i dolori, ch' accompagnano questa lussazione. Oltre l'apertura della bocca si osserva nella parte anteriore dell'orecchia un vuoto nel luogo, che occupava il condilo della mascella, e rincontrasi un'eminenza al di sotto della gota formata dall'apofisi coronoide, i muscoli si allungano, e si accresce la secrezione della saliva, le gote sono appianate, i denti inferiori sono in avanti, ed il malato non può nè parlare, nè inghiottire.

Se la lussazione è recente questi segni sono ben

distinti, ma se dessa sia antica la mascella inferiore s'inalza, ed il malato arriva a poco a poco perfino a poter parlare, ed inghiottire. Quindi questa malattia non è pericolosa, e ne è assai facile la cura.

Per ridurre questa lussazione si opera come siegue. Il malato resti seduto, ed appoggi la testa al petto di un ministro, il quale la tenga ferma portando le mani sulla fronte del paziente. Il Professore ricuopre i suoi pollici con una fascia, o con un pannolino per non esporli ad esser morsicati, e l'introduce nella bocca più indentro che può sugli ultimi denti molari. Le altre dita sono appoggiate sotto il mento. Presa così la mascella premendo coi pollici sul punto indicato si viene essa ad abbassare, e si porta indi all' indietro, onde i condili vengano ad uscire dalle fosse zigomatiche. Quando il Professore si accorge, che questo ha avuto effetto, si alza il mento coll' altre dita, e tenendo fissi i denti molari si vengono così a spingere all' indietro i condili. Molte volte la contrazione de' muscoli viene a produrre una costrizione momentanea delle mascelle, onde restano esposti i pollici del Professore ad essere offesi, motivo per cui è necessario di portarli subito all' infuori, e situarli fra i denti, e le gote.

Per prevenire la recidiva si applica la *fionda*, o il *fazzoletto* detto anche *mentoniera*, e si procura segnatamente ne' primi giorni di non far prendere al malato, che de cibi fluidi, o almeno che non esigano molta masticazione, come ancora di evitare, che il malato parli, rida etc. essendo molto facile la recidiva di questa lussazione.

Nelle lussazioni della mascella inferiore così dette incomplete, o sia da un sol lato conviene lo

stesso metodo, eccetto che tutta la forza dovrà esser diretta dal lato offeso.

Le vertebre sono poco soggette a lussarsi attesa la larghezza della superficie, con le quali esse sono in contatto fra loro, la forza de' muscoli, e legamenti, che le circondano, il piccolo movimento, di cui esse sono capaci, la direzione delle apofisi articolari, le quali cose tutte rendono impossibile la lussazione delle vertebre lombari, e dorsali, e se dessa accade non può aver luogo, che nelle vertebre del collo, giacchè in questo non hanno luogo gl' impedimenti, che trovansi nelle altre vertebre. Fra esse ancora non riconosconsi per sicure, che la lussazione della testa sulla prima vertebra, e quella della prima vertebra sulla seconda, ch' è ancor più frequente dell' altra.

La lussazione della testa sulla prima vertebra non viene mai prodotta da cagione esterna, giacchè l' articolazione non permette questo spostamento, e se ancora accadesse produrrebbe sul momento la morte. Nei casi però di malattie producendosi questa lussazione a gradi a gradi la midolla spinale può benissimo adattarsi alla medesima come osservasi nella rachitide.

La prima vertebra può lussarsi sulla seconda, se per cagione di violenza esterna il moto, che permette l' articolazione fra queste due ossa, viene portato al di là de' suoi limiti, allora si lacerano i ligamenti, e le masse laterali della prima vertebra scorrono sulle apofisi articolari della seconda. Alcune volte l' apofisi odontoide, i di cui ligamenti sono rotti abbandona l' anello, che la ritiene, altre volte rimane nel suo sito, ma sempre il canale vertebrale resta diminuito, e la midolla spinale viene compressa, e prova una specie di torsione. Questa lussazione può esser prodotta ancora da debolezza di

ligamenti dell' apofisi odontoide. In essa si osserva la testa portata a destra, o a sinistra, senza che possa riportarsi alla sua naturale situazione, l'orecchia è pochissimo inclinata, ed il muscolo sterno-cleido-mastoideo rilassato. Questi segni si osserverebbero ancora nelle lussazioni delle altre vertebre del collo.

Se la lussazione non produca alcun' accidente dipendente dalla compressione della midolla spinale sarà ben fatto l' astenersi da ogni tentativo, giacchè sarebbe facile nel fare inclinare la testa del malato da una parte per liberare l' apofisi articolare della vertebra superiore di comprimere la spinal midolla; e produrre la morte del malato. Liberata l'apofisi articolare devesi fare eseguire al capo un moto di rotazione opposto a quello, che ha prodotto la lussazione. Si fissa indi la testa con delle fasciature, che siano fissate alla spalla, onde impedire la recidiva.

Le ossa del bacino non sono soggette a lussazione alcuna essendo unite insieme assai fortemente. Si è però osservato da qualcuno una lussazione del coccige, come ancora non è impossibile la lussazione nelle sinfisi sacroiliache, malattia per altro, che deve essere al sommo rara, giacchè per produrla si richiede che il bacino sia situato in una adattata posizione, nel mentre che una gran violenza urta il medesimo sull' osso sacro. Abbiamo negli Scrittori di Chirurgia un qualche esempio di questa lussazione, ch' è estremamente pericolosa sì per la malattia per se stessa, come ancora per la contusione violenta, che l'accompagna, e che estendendosi fino alle viscere dell' addome può cagionare la loro infiammazione, ch' è di grave periglio. Alle lussazioni appartenenti al tronco deve riferirsi ancora quella delle coste, che viene ammessa da molti Scrittori, ma

i più recenti credono con ragione questa lussazione impossibile; e ciò al riflettere soltanto ai mezzi, coi quali unisconsi al corpo delle vertebre, e loro apofisi trasversali.

Le lussazioni della clavicola sono molto più rare delle fratture di essa, come appunto si osserva in tutte le altre ossa lunghe. La clavicola poi può lussarsi in ambedue le sue estremità, sternale cioè, ed omerale. Quella della estremità sternale non è difficile ad accadere, giacchè le superficie articolari della clavicola, e dello sterno non sono eguali, ed inoltre i ligamenti dell' articolazione sono piuttosto deboli cioè il capsulare, e l' interclavicolare. Questa lussazione può accadere in alto, in avanti, ed in dietro, ma non in basso, giacchè lo impedisce la cartilagine della prima costa. La più frequente è la lussazione anteriore, che accade quando la spalla portasi all' indietro. Le altre due specie sono molto più rare. Nella lussazione anteriore l' estremità della clavicola lacera i ligamenti, e si porta avanti lo sterno formando un tumore sotto la pelle duro mobile quando si muove la spalla. Da questi segni prodotti dalla situazione superficiale dell' osso nasce, ch' è molto facile il riconoscere questa specie di lussazione. Nelle altre poi saranno diversi i sintomi, p. e. si troverà una fossa invece dell' elevazione nella lussazione all' indietro, ed in questa si osserveranno gli effetti della compressione dell' osso lussato sulla trachea, e si vedrà elevata l'estremità della clavicola nella lussazione superiore, nè corrisponderà essa all' estremità della clavicola opposta.

Per ridurre la lussazione, di cui parliamo o sia quella anteriore dell' estremità sternale della clavicola, si deve procedere presso a poco nella stessa maniera, che abbiamo indicato trattando della

frattura di quest' osso. Si fa estendere il braccio al paziente, e formandone come una leva, si porta per mezzo di esso la spalla all' infuori, e si procura indi di trasportare l' estremità lussata della clavicola nel senso medesimo, in cui si è fatta la lussazione, onde poterla poi più facilmente ricondurre verso la faccetta, che dessa ha abbandonato. Questa manovra è assai facile, ma essendo i legamenti lacerati è difficile a mantenere l' osso in questa situazione, dalla quale si rimuove ad ogni moto della spalla. E' quindi indispensabile fissare il braccio con la stessa fasciatura, che si adopera per le fratture della clavicola, e ciò è necessario tanto in questa lussazione, quanto nelle altre specie di lussazioni dell' estremità sternale della medesima. Però con tutto questo mezzo, e quantunque si tenga molto tempo l' apparecchio per dar luogo ai ligamenti lacerati di riunirsi, è ben raro, che si ottenga di conenere la faccetta articolare della clavicola sulla faccetta articolare dello sterno per la piccolezza delle loro uperficie, e per la debolezza de' ligamenti, motivo er cui dopo la guarigione rimane sempre un poco più rominente l' estremità della clavicola lussata.

Le lussazioni dell' estremità omerale della clavicola sono meno frequenti di quelle della sua estremità sternale, attesa la forza dei ligamenti conoideo, e romboide, i quali s' uniscono alla scapola. er la posizione obbliqua delle faccette articolari on accade questa lussazione ordinariamente, che l' insù, ed ha luogo in sequela di una caduta ulla spalla, giacchè allora la clavicola scorre ul' acromion dal basso in alto, si rompono i liamenti, e la spalla viene portata verso il tronco la' azione de' muscoli. I segni di questa malattia ono assai chiari, e sono il dolore ne' movimenti ella spalla offesa, e la protuberanza, che forma

l' estremità della clavicola sotto la pelle, che ricuopre l' acromion. Questa lussazione è difficile a mantenersi ridotta, ma si hanno degli esempj di malati, ne' quali l' osso non era tornato nel suo stato naturale, nè ciò per altro impediva loro di servirsi del braccio corrispondente. Del resto il metodo di cura sarà il medesimo di quello indicato per l'estremità sternale della clavicola, applicando poi le regole date parlando delle lussazioni in genere.

La lussazione dell' omero è una delle più frequenti ad accadere, ed è ben facile a concepirne la ragione, se consideriamo l' indole dell' articolazione del medesimo. In fatti la cavità glenoide del capo della scapola è ben superficiale, e contiene a propriamente parlare il capo dell' omero molto maggiore della cavità stessa. La lussazione di quest' osso può accadere anteriormente, posteriormente, ed in basso, o in avanti; non può portarsi in alto perchè viene impedita la testa dell' omero dalle apofisi acromion, e dal ligamento triangolare, il quale si porta all' apofisi coracoide, onde dessa non può escire dalla sua cavità in questa direzione senza la frattura delle sopradette eminenze, e lacerazione del di loro ligamento, nulladimeno qualche Scrittore di Chirurgia ammette potersi far strada in alto il capo dell' omero fra l'apofisi coracoide, e la clavicola. La lussazione all' indietro è ancora assai rara. La più comune è quella in basso ed è sempre primitiva essendo ivi il ligamento orbicolare molto più debole, e non essendovi tendini, o parti ossee, che rendano più forte l'articolazione, ed impediscano la distenzione di questo ligamento. In questa parte la testa dell' omero non trova alcuna resistenza bastantemente forte, non essendoci in tale cavità, che vasi, nervi, cellulare etc. Nella lussazione di cui parliamo deve accade

re necessariamente la lacerazione del ligamento orbicolare.

La maniera colla quale, si forma questa lussazione è la seguente. Il cubito deve essere allontanato dal tronco, e portato all' infuori, anzi ancora un poco elevato, allora cadendo in questa situazione, e percuotendo il cubito, il capo dell'omero scorre dall' alto in basso sulla cavità glenoide, ed appoggiandosi con forza sulla parte inferiore del ligamento orbicolare, questo lacerandosi viene l' osso ad uscire dalla sua cavità; alla forza del colpo devesi aggiungere ancora l' azione muscolare del gran pettorale, gran rotondo, e gran dorsale, giacchè nell' atto, che si percuote il cubito questi muscoli si contraggono per trarre l' omero verso il tronco, lo che non potendo accadere a motivo, che il cubito è fisso sul punto, che viene a battere, la loro azione si esercita sul capo dell' omero, che viene da essi tirato in basso. Da questa lussazione può nascere la paralisi del deltoide per la compressione del nervo circonflesso.

Non è molto difficile il riconoscere questa lussazione dell' omero, giacchè il braccio è sempre più lungo dell' altro, lo che si vede benissimo confrontando i cubiti posteriormente, il braccio diviene obliquo, ed il cubito resta allontanato dal corpo. Si sente inoltre che l' osso dell'omero si è portato all'indietro, giacchè passando le dita sul braccio non presenta questo nella sua parte superiore la medesima resistenza, ch' osservasi nello stato sano. Si sente oltre di ciò un vuoto sotto l' acromion nel luogo dove dovrebbe restare il capo dell' omero, e si sente all' opposto questo nel cavo dell' ascella, così ancora si rende impossibile al paziente di fare un moto di rotazione col braccio, e di portare la mano alla fronte.

Questa specie di lussazione sebbene ordinariamente non accompagnata da gravi accidenti, è molte volte difficile a ridursi; e spesso produce come abbiamo detto la paralisi del deltoide.

Molti metodi sono stati immaginati sì dagli Antichi, che dai Moderni Scrittori di Chirurgia per la reposizione di queste lussazioni. Noi però ci limiteremo a riportare quello soltanto, che dai più recenti viene stimato il migliore, e ch' è il seguente.

Si pone nel cavo dell' ascella un cuscinetto ben duro, che riempia il medesimo, e si estenda anche un poco al di fuori sì in avanti, che all' indietro per impedire, che il panno destinato alla contro estensione comprima i tendini de' muscoli gran pettorale, gran dorsale, e gran rotondo. Per mantenere la forza opposta all' estensione si pone sopra l' indicato cuscino il panno che deve essere ripiegato a più doppi in modo, che sia largo circa quattro dita, e passandone i due capi verso la spalla opposta si fanno tenere agli assistenti. Per impedire poi che la scapola non siegua l'estensione è necessario applicare un altro simile laccio sul corpo della spalla, e passandolo orizontalmente avanti, e dietro il tronco si fanno sostenere i due capi ai medesimi assistenti; finalmente un' altro sarà destinato a comprimere dall' alto in basso l' acromion. Per fare poi l' estensione si passa intorno all' estremità inferiore dell' omero, oppure al carpo un panno piegato sopra se stesso della larghezza di tre in quattro dita trasverse, il quale si raccomanda ad uno, o più assistenti, a tenore della forza, che deve impiegarsi, per far nascere l' allungamento de' muscoli, cui tiene fisso il capo dell' osso nella nuova sede. Il malato resterà a sedere, ed il Professore situato alla parte esterna del braccio lussato quando vede, che i muscoli cedono alla forza estensiva pre-

de con ambe le mani la parte superiore del medesimo, e lo riporta nella sua cavità. L' estensione deve farsi primieramente nella direzione obbliqua, che ha preso l' osso lussandosi, ed indi si farà in direzione retta. Per poter poi ridurre il capo dell'osso più facilmente nella propria cavità sarà bene se il Professore appoggierà il cubito del malato al suo petto, giacchè allora l' osso dell' omero viene a formare una leva di terzo genere. Se si creda molto difficile la riduzione a motivo della forza dei muscoli saranno molto utili i bagni, e le emissioni di sangue prima di tentare la riduzione, e questi saranno molto più necessarj nel caso, che la lussazione non sia recente, nella quale circostanza è molto più difficile il riporla.

La lussazione dell' omero all' indentro in avanti può essere consecutiva, nascendo in questo caso dall' azione de' muscoli combinata col colpo sull' articolazione del cubito essendo il braccio allontanato dal tronco, e portato alquanto all' indietro. Il capo dell' omero si porta da principio fra l' omoplata, ed il muscolo sotto-scapolare. In questa lussazione il braccio è ordinariamente della sua natural lunghezza. Il cubito è portato all' indietro, e si sente il capo dell' omero nella parte superiore, ed esterna del petto al davanti del grosso della spalla, ed al disotto della clavicola. Il malato non può eseguire i movimenti di rotazione col braccio. Questa lussazione va curata presso a poco con lo stesso metodo, che abbiamo accennato per l' altra, ma è d'avvertirsi, che l' estensione si deve prima fare secondo la direzione dell' omero, cioè all' indietro, e subito che quest' osso è uscito dalla fossa sopraindicata si porti in avanti.

La lussazione all' indietro, o all' infuori, è tanto rara, che da alcuni ne viene persino negata l'esi-

figura nell' articolazione del cubito. Ad onta però di questi segni non è difficile equivocare su tal lussazione prendendola segnatamente per una frattura della parte inferiore dell' omero, dell' olecrano, o del capo del raggio, motivo per cui è necessario esaminare attentamente i sintomi tutti, giacchè se si applicasse l' apparecchio per le fratture senza ridurre la lussazione, dopo 2. o 3. settimane si renderebbe questo impossibile, e potrebbe seguirne anche l' anchilosi.

Molti metodi sono stati proposti per ridurre questa lussazione, ma il migliore è quello, che noi passiamo ad esporre. Si fa sedere il malato, e prendendosi da un' assistente l' estremità inferiore dell' antibraccio, e tirando il medesimo viene a formare l' estensione nello stesso tempo, che un' altro assistente prende la parte media del braccio, e fa la controestensione. Il Professore situato alla parte esterna del paziente piglia con ambedue le mani l' estremità inferiore dell' omero, mentre con i pollici spinge inferiormente l' olecrano, e lo fa così rientrare nella sua cavità. Alcune volte sia perchè la lussazione è invecchiata, sia pel temperamento robusto del paziente non è sufficiente l' estensione e contro estensione fatta con le sole mani degli assistenti, ed allora è necessario di applicare un laccio al carpo, ed un altro al braccio, o all' ascella ponendo un cuscinetto nel cavo di essa, come praticasi nella lussazione dell' omero.

Ridotta la lussazione si collocano delle compresse imbevute in qualche liquore risolvente, e si mantiene in sito col mezzo di una fascia che formi nell' articolazione una specie di 8. di cifra, onde contenga le ossa nella loro posizione naturale. Si avvertirà di tenere l' antibraccio semiflesso, e di continuare la fasciatura lungo il medesimo fino al

dita per prevenire il gonfiore, che altrimenti avrebbe luogo. La lacerazione de' ligamenti, che accade in questa lussazione, produce qualche volta de' sintomi inflammatorj, e segnatamente del gonfiore, ed in questo caso è di mestieri far uso del metodo antiflogistico praticando dei salassi, cataplasmi emollienti, e simili mezzi. Passati alcuni giorni devesi procurare di far eseguire all' articolazione de' movimenti per prevenire l' anchilosi, alla quale è quest' articolazione esposta più di ogni altra.

La lacerazione del ligamento annulare produce ne' casi di lussazione posteriore dell'ulna anche quella del capo del raggio, il quale viene spinto in avanti sull' ulna, e questo fa, che sebene siasi ridotto quest' osso, ciò non ostante non possono eseguirsi i movimenti di pronazione, e supinazione senza dolore, non potendo girare le ossa l'uno sull' altro. Si riconosce facilmente la causa, giacchè osservasi il capo del raggio poggiato sull' ulna, e molto più in avanti, che l' estremità inferiore dell' omero, con cui si articola, nel qual caso per poco, che si spinga all' indentro si riduce facilmente, e si mantiene in sito con una compressa ritenuta dall' apparecchio descritto di sopra. Questo apparecchio và poi rinovato almeno ogni tre giorni.

La lussazione dell' ulna all' indietro deve ridursi al più presto, altrimenti col tempo diviene irreduttibile, e si forma una falsa articolazione, che permette soltanto alcuni movimenti imperfetti dell'antibraccio.

Se l' ulna si lussa anteriormente, deve necessariamente accadere la frattura dell' olecrano, e quindi la cura sarà la medesima, che quella abbiamo indicato parlando di questa frattura, eccetto che essendo il disordine nelle parti molto maggiore, che in caso di semplice frattura, o lussazione si richie-

derà più energico l'uso dei salassi, ed in generale del regime antiflogistico.

Le lussazioni laterali dell'ulna sono facili a riconoscersi, come ancora a ridursi, ed a mantenersi ridotte, bastando una semplice fasciatura circolare, ma siccome lo sforzo per produrre queste lussazioni deve essere stato assai grande, così producesi molta lacerazione, e distrazione nelle parti molli, motivo per cui violenti saranno i sintomi inflammatori, ai quali si rimedia con i metodi già di sopra accennati.

La seconda specie di lussazione dell'antibraccio è la lussazione dell'estremità superiore del raggio sull'ulna, ed allora il capo del raggio si porta anteriormente, o posteriormente. Gli Autori di Chirurgia distinguono questa lussazione in primitiva, che accade in un punto per esterna violenza, e consecutiva, che accade lentamente. La lussazione anteriore del raggio è più difficile ad accadere, che la posteriore, perchè i movimenti di supinazione, che producono la prima sono più limitati, che quelli di pronazione cagione dell'altra. Nelle lussazioni posteriori la mano è in uno stato di pronazione, nè può ridursi al suo sito naturale, e si sente il capo del raggio indietro a lato dell'olecrano. Per ridurla basta prendere colla destra la mano del paziente, e porla in istato di supinazione, mentre con la sinistra si spinge in avanti il capo del raggio, applicando poi i soliti rimedj attonanti, e procurando di usare molta cautela ne' moti dell'antibraccio, giacchè il ligamento annulare non riprende la sua solidità, che dopo molto tempo. Nella lussazione anteriore sarà lo stesso il metodo eccetto che si comprimerà il capo del raggio dall'innanzi all'indietro. Le lussazioni consecutive sono frequenti ne' bambini, e vengono prodotte dalle con-

torsioni, che gli si fanno provare conducendoli, o sollevandoli per le mani. A questa malattia si rimedia coll' uso de' bagnoli tonici, e coll' evitare le cagioni, altrimenti oltre la lussazione, che ne viene nascono spesso de' tumori articolari, carie d'osso, fistole etc. segnatamente ne' bambini già affetti da vizio scrofoloso, alle quali non si rimedia che con l' amputazione.

Finalmente la terza specie di lussazioni dell'antibraccio è quella dell' estremità inferiore dell' ulna. Questa può accadere in avanti, o in addietro, ma la prima è più rara della seconda, giacchè dovendo essa venir prodotta dalla supinazione troppo grande della mano, questo moto è meno facile, che quello di pronazione, da cui viene cagionata la seconda specie di lussazione. Il capo del raggio scorre sull' estremità dell'ulna in avanti, o all' indietro, e molte volte restano lacerati i legamenti, che uniscono queste due ossa, ed il capo dell' ulna portasi avanti il raggio. La mano resta in uno stato di supinazione senza poter esser riportata alla pronazione, si sente avanti il raggio il tumore formato dal capo dell' ulna, e si vedono le due ossa, che non restano in una situazione parallela.

Per ridurre questa lussazione non può praticarsi l' estensione, ma basta, che un' assistente tenga la mano, e la volti un poco verso il lato radiale, allora si spinge dal Professore la testa dell'ulna all' indietro, ed il raggio in avanti, mentre nel tempo medesimo l' assistente, che tiene la mano la porta allo stato di pronazione. Si sente intanto un forte crepito nel rientrare l' osso nella sua cavità, sul momento si rendono facili i movimenti di pronazione, e supinazione. Si applicano delle compresse imbevute in un liquore attonante, e risolven-

te, e si colloca una fasciatura, tenendo l' antibraccio, e la mano in riposo.

La lussazione dell' estremità del cubito all' indietro è più comune di quella, di cui abbiamo fin qui parlato. In essa la mano resta in uno stato di pronazione senza poter mettersi in supinazione. Le ossa sono parimenti in una situazione obbliqua, ma il capo dell' ulna si sente dietro il raggio. La cagione di questa lussazione è ordinariamente una pronazione troppo forzata. Il metodo per ridurre questa lussazione è lo stesso, che abbiamo indicato per l' altra, trattone, che tutti i movimenti debbono eseguirsi in senso contrario. Questa lussazione va ridotta al più presto, altrimenti resta impossibile a ridursi. Se ciò non si faccia sul momento la parte si gonfia, e allora si richiede l'uso degli emollienti, e calmanti, ed anche di qualche salasso prima di passare alla riduzione.

La mano può lussarsi in quattro maniere, cioè anteriormente, posteriormente, all' indentro, ed all' infuori. Queste due ultime però sono le più rare, atteso che le superficie articolari sono in questo senso di maggior lunghezza, e che le apofisi stiloidi impediscono le lussazioni accennate. La lussazione posteriore è la più frequente di tutte, e questo nasce molto dalla direzione inclinata all' indietro delle superficie articolari dello scafoide, semilunare, e piramidale. La lussazione posteriore del carpo ha luogo nelle cadute, che si fanno sulla mano in istato di flessione. I segni della lussazione sono il tumore formato dal carpo dietro l' estremità inferiore delle ossa dell' antibraccio, la profondità, che osservasi nella parte anteriore del carpo, e nello stato di gran flessione, in cui è la mano senza, che possa porsi in istato di estensione.

Il metodo di ridurre questa lussazione cons

ste nel far tirare da un assistente la mano, mentre un altro ritiene l'antibraccio, ed allora sarà facile di far rientrar l'osso nella sua cavità premendo sull'eminenza formata dietro le ossa del raggio.

La lussazione del carpo anteriormente succede nelle cadute sulla mano estesa. Questa lussazione di raro è completa, ed è difficile a riconoscersi attesa la quantità di tendini, che passano avanti il carpo, e che impediscono di osservare l'eminenza formata anteriormente dal medesimo. Il metodo di cura è lo stesso dell'antecedente. Queste lussazioni sono quasi sempre accompagnate da lacerazione di ligamenti, e da un ingorgamento, che richiedono l'uso dei tonici, e risolventi, ed anche in seguito degli emollienti se sviluppansi sintomi d'infiammazione.

Le due specie di lussazioni laterali sono di raro, o mai complete. La loro diagnosi è assai facile, nè difficile ne è la riduzione, che si ottiene facendo delle leggiere estensioni, e riponendo l'osso nella sua cavità. Un'oggetto molto interessante da aversi in mira in tutte le lussazioni del carpo si è la lacerazione de' ligamenti, e la distrazione delle parti, che possono produrre facilmente l'anchilosi, o la carie.

Le ossa del carpo, e metacarpo sono collegate insieme con ligamenti così forti, ed inoltre i loro moti sono tanto poco estesi, che le lussazioni sono impossibili. Abbiamo tuttavia degli esempj di lussazione dell'osso grande della cavità formata dallo scafoide, e semilunare.

Le dita possono lussarsi nella loro articolazione col metacarpo, o nell'articolazioni delle falangi. Nell'articolazione del metacarpo le prime falangi non possono restar lussate, che all'indietro, impedendo la lussazione in avanti non solo la struttura dell'estremità dell'ossa, con cui si articolano, ma

eziandio la resistenza, che offre la palma della mano. Le prime falangi del pollice, e del dito minimo sono le sole, che possano lussarsi all'indentro, e la prima del pollice soltanto può lussarsi all'infuori, ed è essa ancora la più esposta alle lussazioni all'indietro. E' ben chiaro, che in genere queste lussazioni si formano per una forza esteriore portata in direzione opposta sull'altra estremità della falange, che si lussa; come anche può nascere una lussazione all'indietro di un dito, se un corpo resistente agisca vicino la testa della falange da lussarsi nel momento, che tutta la mano è diretta con violenza verso di esso, come suole accadere in una caduta etc. Non è difficile di riconoscere questa specie di lussazioni, osservandosi chiaramente la deformità della parte prodotta dalla situazione della falange dietro l'osso corrispondente del metacarpo, la seconda falange è piegata sulla prima per la contrazione del muscolo flessore, il dolore, e l'impossibilità di estendere la prima falange non lasciano dubbio alcuno sull'indole della malattia.

Queste lussazioni non sono molto pericolose, ma può aumentarsi il pericolo, se questa specie di lussazione accade nella prima falange del pollice, eccetto nelle persone, che hanno i ligamenti notabilmente rilasciati, ed è per altro necessario di ridurle al più presto possibile, giacchè dopo alcuni giorni più non riesce di farlo. La riduzione non è in genere assai difficile, ma lo è bensì in quest'ultima sì per la quantità di muscoli, che circondano l'articolazione della prima falange del pollice coll'osso del metacarpo, come per la poca presa, che offre la medesima per esser posta in estensione. Si circonda a quest'oggetto la falange con un laccio, che è necessario tirare con molta forza, e nello stesso tempo si fa ritenere il carpo da un

assistente, ed insieme il Professore farà rientrare l'osso nella sua cavità. Le lussazioni delle falangi dell'altre dita, e specialmente quelle, che si articolano coll'osso del metacarpo sono più facili a ridursi che quella, che abbiamo esposto finora, per potersi più comodamente fissare l'estensione, ed il metodo da adoperarsi presso a poco è il medesimo.

Passando ora ad esaminare le lussazioni dell'estremità inferiori, le prime da considerarsi sono quelle del capo del femore. Esse sono meno frequenti, che le fratture del collo di quest'osso, e ciò nasce dalla stabilità di quest'articolazione prodotta dalla profondità della cavità cotiloidea, e dalla quantità de' muscoli, che la circondano. Essendo in molti casi difficile il distinguere la frattura del collo del femore dalla lussazione di quest'osso sono state sovente confuse queste due malattie, e si è presa spesso la frattura per lussazione, motivo per cui si è creduta questa più frequente di quello, che lo è realmente.

La lussazione del capo del femore è di 4. specie ben determinate, ed ammesse da tutti i Pratici, e sono 1. la lussazione superiore, ed esterna 2. la lussazione inferiore interna, 3. la lussazione superiore anteriore, e 4. finalmente la lussazione inferiore posteriore. La prima, e la terza specie sono le più frequenti, le altre due sono più rare, e segnatamente l'ultima, la quale non accade, che consecutivamente. Nelle cadute sulle piante de' piedi, o sulle ginocchia il capo del femore esce dalla cavità cotiloidea rompendo il ligamento rotondo, e l'orbicolare, e si porta sulla fossa iliaca. Accade qualche volta, che questi ligamenti si estendono senza lacerarsi in quei soggetti di fibbra lassa, e che dedicati siano fino dall'adolescenza al ballo, salti etc. Allora la porzione in-

feriore del ligamento orbicolare resta tesa sulla cavità sudetta, i muscoli gluteo massimo, e medi restano rilassati; come ancora il psoas, e l' iliaco. Gli altri rimangono nello stato naturale, o un poco allungati. I segni per riconoscere questa lussazione sono la brevità dell' articolo, e lo stato di flessione, ed adduzione; in cui esso ritrovasi: il ginocchio è più in avanti, ed indentro, così ancora la gamba, ed il piede, il gran trocantere resta più prossimo alla cresta dell' osso dell' ileo. Questi segni, e particolarmente l' immobilità dell' articolo servono a distinguere questa lussazione dalla frattura del collo del femore.

La lussazione di cui parliamo è molto grave attesa la forza grande de' muscoli, che circondano l' articolazione; e ne rendono per conseguenza assai difficile la riduzione; come ancora attesa la distrazione, e lacerazione de' ligamenti, che necessariamente deve accompagnare la lussazione di una articolazione così forte.

Per la riduzione si farà porre il paziente sopra un letto ben solido, e duro. Si passerà nell' inguine del lato sano una salvietta piegata secondo la sua lunghezza, e questa servirà per la contro estensione. Il mezzo di essa resta applicato nella parte interna, e superiore della coscia, e le due estremità passando anteriormente, e posteriormente al bacino vengono ad annodarsi sul fianco, dove sono ritenute dagli assistenti. Oltre questa salvietta è necessario applicarne ancora un altra circolarmente al bacino, la quale passando avanti, e dietro l' addome è sostenuta da altri assistenti situati dal lato sano del paziente, e serve questa per impedire, che il bacino non venga ad inclinarsi dal lato affetto seguendo la forza d'estensione. Questa si farà con un laccio, o salvietta piegata in diago-

nale applicata intorno la parte inferiore della coscia, o della gamba, e che verrà tirata da un numero di assistenti bastante a superare la forza dei muscoli. Il Professore situato dal lato offeso del Paziente premendo sul gran trocantere farà rientrare l'osso nella sua cavità, quando il medesimo sarà arrivato al livello di essa per mezzo dell'estensione. La riduzione spesso resta assai difficile, e si richiedono replicati tentativi, ed ancora l'uso dei debilitanti per mettere in rilasciamento i muscoli. La fasciatura a spica applicata alla parte servirà per contenere delle fomentazioni emollienti, o risolventi, si praticheranno dei salassi, e la dieta sarà rigorosa, ma sopra tutto si procurerà, che l'osso resti in sito legando li due femori insieme al di sopra delle ginocchia, ed il malato deve restare in riposo almeno tre settimane, altrimenti i ligamenti lacerati non hanno il tempo di riunirsi, e ne nascono degli ingorgamenti articolari, che terminano spesso con la carie.

La seconda specie di lussazione del capo del femore si è in basso, ed all'indentro sul forame ovale, e questa specie è anche frequente quanto l'altra. Essa ha luogo nelle cadute sui piedi nel tempo che le ginocchia sono considerabilmente lontane l'una dall'altra, in questo caso il capo del femore scorre dall'infuori all'indentro sul fondo della cavità cotiloidea, e viene a situarsi sulla porzione inferiore, ed interna del ligamento orbicolare, che resta dal medesimo lacerato, mentre si porta nella fossa otturatrice fra il ligamento, e l'otturatore esterno. La coscia è più lunga di quella del lato sano, il gran trocantere viene allontanato dalla cresta, e dalla spina anteriore, e superiore dell'ileo, e la natica è depressa per l'allungamento dei muscoli. Si sente nella piegatura della coscia il ca-

po del femore, la gamba è piegata leggermente, il ginocchio, e la punta del piede sono rivolti all'infuori, nè possono portarsi al loro stato naturale. Da questi segni si vede, che la prognosi di questa lussazione è meno pericolosa di quella della lussazione superiore, ed esterna, giacchè i muscoli, i quali si opporrebbono alla riduzione restano tutti rilassati dalla malattia stessa, ed inoltre la contusione, e lacerazione della parte è molto minore. Per ridurre questa lussazione si adopera l'istesso metodo, che nell'altra, di cui abbiamo parlato, eccetto che l'estensione deve sul principio farsi in basso, ed all'infuori, ed il capo del femore deve essere diretto in senso diverso.

La terza specie di lussazione del capo del femore si è l'anteriore, e superiore, questa però è assai rara. In essa l'articolo è voltato all'infuori, e più corto dell'altro, il gran trocantere resta vicino alla cresta dell'ileo, e l'estremità superiore dell'osso elevando i muscoli psoas, ed iliaco forma un tumore nella piegatura della coscia che comprime i nervi crurali producendo dei dolori, ed anche la paralisi di alcuni muscoli. Questa lussazione è ordinariamente accompagnata da violenta contusione, e lacerazione delle parti molli attesa la violenza grande, ch'è necessaria per produrla; la riduzione è più difficile delle altre, di cui abbiamo parlato, ed il metodo è lo stesso.

Finalmente l'ultima specie di lussazione del capo del femore è quella inferiore, e posteriore, e che può nascere tanto da una violenza esterna, che obblighi il capo del femore ad uscire dalla parte inferiore della cavità cotiloidea, ed a portarsi nel luogo in cui l'osso dell'ileo si unisce a quello dell'ischio, quanto in seguito della lussazione superiore, ed esterna, in cui il capo del femore

che si era portato nella fossa iliaca esterna per la flessione della coscia sul bacino si portà in basso, ed in indietro, e questa ne è ordinariamente la cagione, onde i recenti Scrittori vogliono, che questa quarta specie di lussazione del capo del femore non sia mai primitiva, ma sempre consecutiva. I muscoli posteriori sono tesi, come ancora il psoas, e l'iliaco. La coscia è più lunga di quella del lato opposto, e si sente il capo del femore alla parte posteriore, ed inferiore della natica, ed il ginocchio, ed il piede sono voltati all'infuori, trattone quando la lussazione di cui parliamo sia in seguito della lussazione superiore, ed esterna, giacchè allora il ginocchio, ed il piede restano come in questa lussazione, cioè all'indentro, ma vi è di più la flessione della coscia sul bacino, che serve a far distinguere questo caso dalla lussazione superiore, ed esterna. Il metodo di ridurla è il medesimo, che abbiamo di sopra accennato, eccettuato solamente che devesi prima estendere la coscia sul bacino.

Nella riduzione delle lussazioni del capo del femore il Professore è obbligato far eseguire all'articolo de' movimenti per assicurarsi, che sia ridotto, ma ciò farà con somma cautela procurando di evitare quei moti, che potrebbero riprodurre la lussazione. Se la lussazione superiore, ed esterna del capo del femore non venga ridotta, il medesimo si forma una nuova cavità articolare nella fossa iliaca esterna, e ne siegue la claudicazione.

Trattando delle lussazioni del capo del femore è di mestieri dir qualche cosa sulle lussazioni spontanee del medesimo. Queste vengono prodotte o dall'ingrossamento delle cartilagini, che ritrovansi nella cavità cotiloide, o dalla carie, ch'attacca il contorno stesso della cavità, o il capo del

femore. La contusione delle stesse cartilagini causata da violenza esterna, come cadute, percosse etc. può esser cagione del loro ingorgamento. Come ancora può esso venir prodotto da un vizio della macchina, che determinandosi in questa parte produce una irritazione. Sia poi l'ingorgamento prodotto da causa interna, o esterna le cartilagini si gonfiano, si fanno sentire de' dolori, che divengono assai forti, ed il capo del femore viene a poco a poco spinto fuori dalla sua cavità, e portato in alto, e all'infuori dai muscoli gluzj. Nel decorso della malattia l'articolo si va slungando a gradi, e dopo si raccorcia in un punto, e sopravvengono tutti i segni della lussazione primitiva in alto, ed all'infuori, i quali abbiamo già accennati parlando della medesima. Oltre questi sintomi se ne osservano degli altri particolari a questa lussazione p. e. il gonfiore della natica, che diviene dolente; la cute resta tesa; e si osserva un tumor bianco. si formano degli ascessi nella medesima, o nella piegatura della coscia, come ancora delle fistole, e ne scola un pus acre, e fetidissimo, sopraggiunge la febbre lenta, il marasmo, e la morte, e nell'apertura del cadavere si trova il capo del femore fuori della cavità cotiloide, questa vedesi ripiena della condensata sinovia, e le ossa alterate.

Nelle lussazioni spontanee del capo del femore prodotte da carie osservasi qualche diversità. I dolori sono da bel principio violenti, e l'articolo affetto non si slunga graduatamente come nel caso antecedente, ma si raccorcia in un punto, e si osserva l'orlo della cavità cotiloide cariato, come altresì un poco il capo del femore. I vizi interni sono cagioni frequenti di questa malattia, ma più di tutti forse il vizio scrofoloso.

Queste lussazioni sono malattie assai gravi,

sono molto più pericolose se il paziente è debole di costituzione, la malattia antica, accompagnata da fistole, e la lussazione sia in basso, ed interna, giacchè allora l' articolo resta più lungo, e la lussazione più incomoda.

La cura della malattia consiste nel prevenire la lussazione spontanea, giacchè accaduta questa non vi è altro da sperare, che la formazione di una nuova articolazione nella cavità iliaca, o l' anchilosi del capo del femore. Ai primi sintomi dunque di essa si deve porre il paziente in perfetto riposo, e praticare de' salassi, osservare una rigorosa dieta, applicando nel tempo stesso dei risolventi, ed emollienti alla parte a tenore dello stato della medesima. Qualora la malattia dipenda da un vizio interno, contro di esso deve diriggersi il metodo di cura. Un vescicante applicato alla parte, e mantenuto per molto tempo ha prodotto spesso degli effetti vantaggiosi, ma se ad onta di questi rimedj non si possa prevenire la lussazione deve procurarsi l'unione del capo del femore con l' osso innominato, e che questa succeda nella maniera la più comoda pel malato, lo che si ottiene con il riposo esatto, e facendo tenere sempre l'osso del femore esteso sul bacino. Gli ascessi, che si formano non vanno aperti, o almeno più tardi, che sia possibile, e con apertura piccolissima. Riguardo poi le fistole si procurerà di tener lontano l' accesso dell' aria, e di tenerle nette con delle iniezioni astersive. Nello stesso tempo si farà uso di tonici interni, di bagni, e segnatamente minerali, nè si faranno fare de' movimenti all' articolo, i quali aumenterebbero l' irritazione, ed impedirebbono l'anchilosi, che è la miglior terminazione della malattia.

La lussazione spontanea del femore in basso, ed interna è più rara dell' altra. I segni sono i me-

desimi della lussazione primitiva di questa specie, ed il metodo di cura non differisce da quello indicato alla prima specie di lussazione spontanea soltanto la claudicazione, che ne resta è più incomoda.

La rotula può lussarsi in quattro modi, cioè in alto, in basso, all' esterno, ed all' interno, ma queste due ultime specie possono soltanto chiamarsi propriamente lussazioni della rotula, essendo lo spostamento di quest' osso negli altri due casi la conseguenza della lacerazione del tendine de' muscoli estensori della gamba, ovvero del ligamento inferiore della rotula, senza di che quest' osso non potrebbe lussarsi superiormente, o inferiormente. Le lussazioni laterali accadono per una violenza esterna, che spinga l' osso in questa direzione. Può molto ancora contribuire a questo il rilassamento del ligamento inferiore della rotula. Delle due specie di lussazioni laterali l'esterna è la più frequente.

Di qualunque specie sia la lussazione della rotula non è difficile il ridurla attesa la grande mobilità dell'osso, ma appunto per questa stessa ragione si rende difficile il mantenerla ridotta. La diagnosi della lussazione della rotula è assai facile restando quest' osso quasi allo scoperto. I sintomi della lussazione all' infuori sono un dolor violento, l' impossibilità di piegare la gamba, e si sente la rotula, che si è portata all' infuori, mentre nel luogo dove deve ritrovarsi la medesima appare il condilo del femore. I sintomi poi della lussazione interna sono i medesimi, eccetto, che ritrovasi la rotula nella parte interna. In tutte due poi le lussazioni il sintoma più grave si è il rilassamento del tendine degli estensori della gamba, e del ligamento inferiore dell' osso lussato.

Questa lussazione deve essere ridotta al più

presto possibile, e siccome la tensione degli estensori della gamba formano il principale ostacolo si farà porre il malato nel letto con la gamba estesa sulla coscia, e la coscia piegata sul bacino, sostenendo la gamba per porre in rilasciamento i detti muscoli. In questa situazione è facilissimo il ridurre la lussazione, lo che si riconosce al crepito dell'osso nel rientrare nella sua cavità, ed alla cessazione di tutti i sintomi della malattia, e segnatamente alla facilità di piegare, ed estendere la gamba. Riposta la lussazione si rende necessario il praticare qualche emissione di sangue, ed applicare dei topici emollienti per dissipare, o prevenire l'ingorgamento inflammatorio, che spesso sopraggiunge a motivo della contusione, e distrazione delle parti molli, che sempre siegue la violenza, che deve agire sull'osso stesso per produrne la lussazione. Alcuni Scrittori di Chirurgia consigliano di mantenere l'ossa in sito per mezzo di una fasciatura adattata, o anche delle macchine, che si adoperano nella frattura della rotula, ma l'incomodo, che portano questi metodi è spesso considerabile, e non sono poi li medesimi sufficienti ad impedire, che l'osso non ritorni a lussarsi nuovamente ne' moti dell'articolo. Sarà quindi miglior partito quello di mantenere la parte per alcuni giorni in perfetto riposo, e dopo questo tempo far eseguire alla medesima de' movimenti regolati, per impedire la rigidezza dell'articolazione. Un sintoma, che merita particolar riguardo in questa lussazione si è lo stravaso di sangue nella capsula articolare, e che deve assolutamente aversi in vista nella cura della malattia. Il riposo, ed i mezzi già da noi di sopra dicati in occasione, che abbiamo trattato di questi stravasi sono i rimedj necessarj da praticarsi. Le lussazioni della rotella restano molto soggette alla

recidiva, ma questa si può prevenire con una fasciatura contentiva, ed accaduta ancora che sia è al sommo facile il rimetterla.

La lussazione della tibia sul femore può aver luogo in quattro diverse specie, cioè posteriormente, anteriormente, all' interno, o all' esterno. Siccome quest' articolazione presenta una gran superficie, le lussazioni non sono mai complete, non potendo ciò accadere senza una grande lacerazione dei ligamenti, e tendini assai robusti, e numerosi, che rendono forte l' unione delle due ossa. Da questa forza dei ligamenti nasce, che le lussazioni anteriore, e posteriore sono le più difficili, e che la tibia non si lussa, che incompletamente, e lateralmente. Queste lussazioni accadono ordinariamente in conseguenza di una gran forza, e principalmente nelle cadute, in cui la gamba è ritenuta mentre il peso del corpo porta il femore da un lato, o da un altro.

Non è difficile il riconoscere la lussazione della tibia, Se essa sia posteriore trovasi la gamba impossibilitata ad estendersi, la rotula è fissa nel spazio, che esiste fra i condili del femore, sotto essa sentesi un vuoto, e si presenta nello stesso tempo teso il ligamento inferiore della rotula, diretto obbliquamente all' indietro. Nella cavità del poplite si conosce il tumore formato dal capo della tibia. Se la lussazione sia anteriore i segni saranno opposti agli accennati, e così non sarà primenti difficile il riconoscere le lussazioni esterna ed interna dalla sola ispezione della parte.

Siccome queste lussazioni non possono accadere senza una considerabile distrazione, e lacerazione delle parti molli, e dei ligamenti, ne segue, che è molto facile il riporla, e quindi si richiede pochissima forza di estensione, e contro-

stensione; ma appunto per questo motivo tali lussazioni sono assai facili a recidivare, e quindi è necessario di mantenerle dopo ridotte in modo da impedire ogni movimento all' articolazione affetta. I migliori Pratici consigliano di servirsi in questi casi di un apparecchio simile a quello, che si pratica nelle fratture dell' osso del femore, ch' è quanto dire di canali, o di stecche laterali, e sacchetti di avena, le quali mantengano in sito le parti. Ridotta la lussazione, ed applicato il mezzo per mantenerla, siccome abbiamo detto, che la distrazione, e lacerazione delle parti molli è ordinariamente considerabile in queste lussazioni, così rendesi necessario d' impedirne le conseguenze, e perciò dovrà porsi in opera il metodo antiflogistico affine di prevenire l'infiammazione per ottenerne la risoluzione, che se ciò non accade passando in suppurazione come sovente succede fa di mestieri aprire l' ascesso, che si forma procurando di dare un libero scolo alla marcia, che potrebbe produrre danni notabili nell' articolazione tanto ai ligamenti, quanto alle cartilagini articolari, ed anco all' estremità delle ossa stesse. Nel caso per altro che la carie delle ossa fosse la cagione dell' ascesso si aprirà con la minore incisione possibile per impedire il contatto dell' aria. Accade molte volte, che la lussazione della tibia sia seguita da cancrena, ed allora altro non rimane, che l'amputazione.

Alle lussazioni della gamba può riferirsi ancora quella della fibola sulla tibia, ma questa è sommamente rara, e può al più accadere in caso che si rovesci il piede all' infuori, giacchè questo movimento farebbe salire la fibola, il di cui capo si porterebbe sul condile esterno del femore. Riponendo il piedo nel suo stato si fa discendere la fibola nel luogo naturale, e si mantiene in sito con

una fasciatura circolare, e con de' bagnoli attonanti. Devonsi fare eseguire de' movimenti al piede per impedire la rigidezza dell' articolazione, che siegue nella lussazione di questa parte.

Le lussazioni del piede sono molto rare, essendo l' astragalo situato assai profondamente nella cavità formata segnatamente dai due condili delle ossa della gamba, ed essendo quest'articolazione fortificata da validi ligamenti, che sono il *transversale*, il *ligamento medio della fibola*, il *posteriore*, ed il *deltoideo* così detto dalla sua figura. Quattro sono le direzioni, secondo le quali può lussarsi il piede, cioè anteriormente, posteriormente, internamente, ed esternamente. Le due prime sono più rare delle altre due, e fra queste la più frequente è l'interna perchè il malleolo interno è meno lungo dell' esterno. Essa vien prodotta da un eccessivo torcimento del piede all' infuori, e si conosce molto facilmente dalla situazione del piede stesso, che resta con la pianta voltata all' infuori, mentre si sente l' astragalo nella parte interna al di sotto del malleolo. I segni opposti sono quelli, che accompagnano la lussazione esterna.

Queste lussazioni costituiscono una malattia delle più pericolose, attesa la distrazione, e lacerazione de' validi ligamenti, tendini, vasi etc. molto più, che in queste due specie di lussazioni, acciò l'astragalo possa escire dalla cavità articolare si richiede o la frattura di uno dei condili, o la lacerazione de' ligamenti, che uniscono le due ossa della gamba. Molti Pratici consigliano quindi di amputare al più presto la gamba, ma si hanno degli esempi di lussazioni del piede non seguite da gravi accidenti. Per la cura dovrà il Professore in primo luogo riporre la lussazione al più presto, onde prevenire i sintomi infiammatorj, ed il gonfiore della par-

te. Un ajutante prenderà il piede per fare l'estensione, ed un altro terrà fissa la gamba nella sua parte media. Il Professore allora procurerà di far rientrare l'astragalo nella sua cavità imprimendo al piede un moto opposto a quello, che ha prodotto la lussazione. Ridotta la parte si devono applicare sulla medesima delle compresse imbevute di qualche liquore risolvente, e per mantenere il piede ridotto si situerà l'apparecchio per le fratture sostenendo così lateralmente il piede con le stecche.

Riposta la lussazione è necessario prevenire i gravi sintomi, che sogliono alla medesima sopraggiungere, e segnatamente l'infiammazione, la quale può terminare in suppurazione, formandosi degli ascessi, che producono la carie delle ossa, ovvero in cancrena, che fa dei progressi difficili ad arrestarsi. A quest' oggetto conviene subito praticare dei salassi applicati secondo l'età, ed il temperamento del paziente. Ma se il disordine delle parti sia grande si dovrà ricorrere all' amputazione. Qualche Pratico è di opinione, che invece di amputare l'articolo sia preferibile di portar via l'astragalo, giacchè si riportano degli esempj di malati guariti felicemente con questo metodo, essendosi l'estremità inferiore della tibia riunita col calcagno.

Un sintoma molto frequente nelle lussazioni del piede interne si è come abbiamo detto la frattura dell'estremità inferiore della fibola, ed a questo sintoma dovrà prendersi molto riguardo esaminando il detto osso nelle due lussazioni laterali, ed applicando l'apparecchio per le fratture, se realmente questa frattura abbia avuto luogo.

Le lussazioni anteriore, e posteriore del piede sono le più rare, ed accadono in occasione di violenta estensione, o flessione del medesimo. Le an-

teriori sono più difficili, che le posteriori; ma in ambedue esiste lacerazione de' ligamenti anteriori, o posteriori secondo la specie di lussazione. Nella lussazione posteriore il piede è raccorciato nella sua parte superiore, ed il calcagno più prominente, il tendine d' Achille è teso, l' estensore delle dita è rilasciato, ed il piede è immobile. L' opposto accade nella lussazione anteriore.

Queste due specie di lussazioni sono assai facili a ridursi, ed il metodo è il medesimo, che abbiamo accennato per le lussazioni laterali, e così debbono adoperarsi le stesse precauzioni per mantenerle ridotte, e prevenire i sintomi, che per ordinario sopraggiungono.

Fra le ossa del tarso sono rarissime le lussazioni essendo le medesime unite con forti ligamenti, e presentando grandi superficie, in modo che formano come un solo osso. Si ha qualche esempio di lussazione dell' astragalo, e del calcagno con il cuboide, e scafoide. Le ossa del metatarso non si lussano mai essendo unite insieme assai fortemente, e così le ossa delle dita, le quali presentano poca superficie agli urti esterni, che potrebbero produrre la lussazione. Però non è impossibile la lussazione del dito grosso sull' osso del metatarso. La cura conveniente si è la riduzione con i metodi già più volte accennati, e nel caso essa non riesca si propone l' estirpazione del dito.

CAPO XXI.

DELLE MALATTIE DELLE OSSA.

Tratteremo in questo capitolo delle malattie principali, ch' attaccano la sostanza stessa delle ossa, le quali sono la *Necrosi*, e *Caric*, il *Pedartrocace*, l'*Ecstosi*, la *Rachitide*, e l' *Osteosarcosi*.

La necrosi è quell' affezione delle ossa, nella quale la loro sostanza si dissecca, e diviene morta. Questa malattia delle ossa ha molta analogia con la cancrena delle parti molli. Varj Scrittori di Chirurgia, e segnatamente gl' antichi non hanno distinto la necrosi dalla carie, o al più l' hanno nominata carie secca, ma questa è ben dall' altra diversa giacchè nella carie l' osso è fornito ancora di una certa vitalità. La necrosi attacca facilmente le ossa larghe, e si estende ora più, ora meno nella loro sostanza, e la parte media delle ossa lunghe è quella, che viene sovente attaccata in questa malattia, l'estremità spongiose non vi sono punto soggette. Il sintoma principale della necrosi è l' esfoliazione delle ossa, o sia la separazione delle lamine prive di vita. La cute sopraposta s'infiamma, si gonfia, e si forma un' ascesso, che si apre dando esito ad un pus, il di cui assorbimento produce alle volte la tabe, la consunzione, ed il marasmo. Dall' apertura si sente l' osso diseccato, e denudato, il periostio si viene ad ingrossare, ed ossificare, e costituisce una copertura all' osso privo di vita.

La nècrosi è prodotta da cagioni interne, o esterne, e quelle sono le più frequenti, cioè i vizj venereo scrofoloso etc. I colpi violenti, ed i forti irritanti sono le cause esterne. La malattia principia con dolori forti, che non cedono ad alcun rimedio, dopo qualche tempo la parte si gonfia, e s'infiamma, ed il tumore rammollito produce delle aperture fistolose. La suppurazione è abbondante, ed insieme col pus escono i pezzi d' osso secchi.

Secondo i luoghi, che occupa la malattia, e giusta le sue cagioni varia il pericolo di essa. Nella necrosi superficiale tanto delle ossa lunghe, quanto delle ossa larghe il pericolo è assai mite, nè altro deve fare il Professore, che ajutare la natu-

ra, che per se stessa è sufficiente a produrre la guarigione. Il pericolo maggiore ha luogo nelle ossa lunghe quando il periostio si è ossificato, ed impedisce, che la natura possa eliminare i pezzi, o lamine d' osso affette.

Nella cura della necrosi poco si può fare dal Professore, ma il più è opera della natura, a cui il medesimo deve servire di ajuto, procurando di favorire la separazione del pezzo di osso attaccato dalla malattia. Se l' osso sia piano, come p. e. quelle del cranio si dovrà attendere l' esfoliazione, che accade per la suppurazione, e sviluppo del reticolo vascolare, che si forma al di sotto. In questo caso sarà bene di smovere un poco il pezzo osseo per facilitarne il distaccamento. I topici emollienti convengono più che gli stimolanti, i quali irritano di troppo, ma quello, che più interessa si è di medicare nello stesso tempo il vizio interno, che ordinariamente è la cagione della malattia. Il trapano non si rende necessario, che quando la necrosi affetta tutta la grossezza dell' osso, ed il pus si portasse sulla dura madre comprimendo il cervello. Si deve procurare di non rompere i pezzi ossei, che debbono distaccarsi, perchè l' estrazione degl' altri pezzi resta difficile se sono ricoperti dalle parti molli, nel qual caso debbonsi esse incidere per mettere l' osso allo scoperto. Distaccati i pezzi d'osso, riducesi la piaga ad un ulcere semplice, giacchè i bottoni carnei, che si elevano dalla diploe, o dalla dura madre servono per base alla cicatrice.

Nella necrosi, che affetta la parte esterna delle ossa lunghe deve tenersi il medesimo metodo. Se siasi formata una fistola, e si senta al di sotto l' osso mobile, dovrà incidersi la medesima per metterlo allo scoperto. Nel caso di *sequestro* così detto, quando cioè la malattia esista in un osso lungo,

che resta rinchiusa in una specie di tubo osseo di nuova formazione si deve attendere, che l'osso rinchiuso sia separato dall' altro, che l' involge, lo che si conosce alla sua mobilità portando or da una parte, or dall'altra il membro. Arrivata la malattia a questo grado la natura non può ajutare il paziente colla separazione dell'osso, ma è necessario farne l'estrazione. Se l' osso sia circondato da forti muscoli, siccome la suppurazione sarebbe assai grande, e pericolosa, sarà meglio preferire l'amputazione, come ancora se la malattia estendasi all' articolazione. In altri casi potrà tentarsi l' estrazione del pezzo d' osso, operazione assai difficile, e dolorosa.

Il metodo per praticarla è il seguente. Si metterà allo scoperto l' osso malato procurando di far ciò nella parte meno ricoperta di muscoli, e dove non vi siano grossi nervi, o vasi sanguigni. Si faranno due incisioni semiellitiche, e si toglierà la porzione di cute, e muscoli compresa fra di esse. Invece dell' incisione si propone da alcuni il caustico; ma l' operazione è più lunga, e più dolorosa. Scoperto l' osso malato se nasca una forte emorragia si dovrà riempire la ferita, ed attendere che cessi la medesima per estrarre l' osso. Se dessa non si presenta si applicheranno subito due, o tre corone di trapano verso la parte inferiore dell'osso, e con uno scalpello si porteranno via i pezzi, che dividono i forami, dopo di che con le pinzette, o con le dita si estrarrà il pezzo d' osso rinchiuso. Riempiesi di sfila la ferita, che riesce molto profonda, e si medica per suppurazione, la quale ordinariamente è assai lunga per la grandezza della piaga, e la durezza dei labbri della medesima. Da questo si vede, che devesi tentare molto di raro questa lunga, e pericolosa operazione ad onta degli esempj di felice successo.

La *carie* può paragonarsi alle ulceri di cattiva qualità delle parti molli, e sono soggette a questa malattia tutte le ossa, ma segnatamente quelle composte di sostanza spongiosa. Abbiamo già veduto, che questa malattia è assai diversa dalla necrosi, giacchè nella carie non è estinta la vita dell' osso. Questo è ammollito nella sua sostanza, è ripieno di parti fungose, e ne stilla una sierosità nerastra fetida.

Le cagioni della carie possono essere interne, o esterne. Queste seconde sono rare, e non ha luogo la carie neppure in quei casi, ne quali formasi per causa esterna un ascesso vicino ad un osso. Queste esterne servono però di cagioni occasionali quando esista già un' vizio venereo, scorbutico, canceroso, e segnatamente scrofoloso. Non è difficile il riconoscere la carie dell' osso, se questo sia accessibile alla vista, o allo specillo, ma non può dirsi lo stesso della carie di un osso profondo, e non accessibile agli stromenti, ma si può supporre la carie se la fistola sia diretta verso un' osso, e ne scoli un umore negro, fetido, e le parti molli siano indurite. Questi segni però non sono totalmente certi; ma è necessario ajutarsi con i segni razionali. Uno dei più caratteristici di questi si è il dolore dell' osso precedente la formazione dell' ascesso nella parte affetta molto più se ci sia il fondamento di credere un qualche vizio interno.

La carie è tanto più pericolosa, quanto più spongioso è l' osso, ch' essa attacca, segnatamente se è prossima ad una articolazione, ed è molto pericolosa nelle ossa corte, communicandosi con facilità alle ossa vicine. La carie prodotta da causa esterna è meno pericolosa di quella nata da cagione interna, e questa seconda è unita a maggior pericolo se riconosce l' origine da un vizio canceroso, o scro-

foloso. Finalmente deve riguardarsi l'età, il temperamento, le forze del malato, lo stato delle parti molli etc.

La cura di questa malattia non è delle più facili sì per la gravezza della malattia stessa, come ancora per l'incertezza, in cui sono gli Scrittori di Chirurgia riguardo ai metodi di cura, di modo che quando ha il Professore cercato di distruggere la causa interna, che l'ha cagionata, e procurato di mantenere le forze del malato, si può dire, che abbia quasi intieramente adempito al suo oggetto, giacchè l'applicazione de' rimedj è piuttosto diretta secondo delle viste empiriche. Non appartiene qui il descrivere quali siano i mezzi per distruggere i vizj interni della macchina, ma possiamo soltanto aggiungere, che se il vizio non esista, o sia già distrutto, onde la malattia sia divenuta locale sarà necessario limitarne i progressi con accrescere l'azione della parte per mezzo di rimedj assorbenti, ed irritanti, come p. e. i balsamici, i quali procurano la disseccazione dell'osso se è cariato superficialmente, ed il distaccamento della porzione cariata. Oltre i balsamici può farsi uso ancora dell'acqua vegeto-minerale, ed anche de' caustici. Ma questi rimedj poco sono attivi se la carie sia umida, giacchè la loro azione viene distrutta dall'umore, che scola dall'osso. In questi casi il miglior rimedio è il fuoco, che converte la carie umida in necrosi; ma per far uso di questo rimedio debbonsi avere molte cautele. In primo luogo sarà necessario scoprire l'osso cariato o col ferro, o con la pietra caustica, e deve indi applicarsi il ferro ben arroventito, giacchè quanto è più ignito tanto meno dolore produce. Si applicheranno due, o tre cauterj, se il primo non sia sufficiente, avvertendo di adoperare delle cannule per difendere le

parti adjacenti, se ciò sia necessario. In questa operazione è indispensabile brugiare tutta la porzione dell' osso cariato, altrimenti non si fa che rendere più ribelle la malattia. Il fuoco assorbisce l' umido, procura l' esfoliazione della parte separata, deve po in ogni caso essere il primo oggetto quello di distruggere il vizio interno.

La cura varia secondo la diversità delle ossa cariate. Nella carie venerea delle ossa del capo deve dirriggersi la cura contro la malattia generale. A quest' oggetto potranno praticarsi le frizioni mercuriali, o le preparazioni mercuriali interne. Il caustico può produrre troppa irritazione al cervello e meningi, ed è meglio togliere i pezzi d' osso col trapano. Nella carie dell' apofisi mastoide dell' osso temporale è il fuoco sommamente vantaggioso. Nella carie delle altre ossa del capo come quelle del palato, delle mascelle etc. basta ordinariamente la cura interna, eccetto la carie ne seni mascellari, la quale spesse volte richiede la perforazione del bordo alveolare corrispondente.

La carie delle vertebre è di conseguenza molto funesta, producendo degli ascessi per congestione, o la curvatura della spina. Gli ascessi per congestione si formano o all' inguine, o in vicinanza dell' ano, o alla parte posteriore del bacino secondo dove si fa strada la marcia. Il dolore delle vertebre precede la formazione di questi ascessi, i quali aprendosi danno esito ad un pus abbondante, che diventa fetidissimo al contatto dell' aria, ed il di cui riassorbimento produce il marasmo, e la morte. Questi ascessi debbono aprirsi al più tardi possibile, e con piccolissima apertura per impedire il contatto dell' aria.

La curvatura della spina se dipende dalla carie, il suo effetto è la paralisi delle estremità infe-

riori, della vescica, e dell' intestino retto. Negli adulti questa malattia è incurabile, ma nei bambini non è lo stesso, giacchè la curvatura dipende piuttosto dal riammollimento delle vertebre, di quello sia dall'ascesso, o sia dalla carie. I fonticoli, o la moxa ai lati della spina sono in questi casi molto vantaggiosi. Se combinasi poi la detta curvatura cogli ascessi la malattia sarà gravissima, ed incurabile.

La carie dello sterno cagiona degli ascessi, che penetrano alle volte nel mediastino anteriore, dove formano delle collezioni di marcia, che producono non di raro la corrosione della pleura, e del pericardio. Questa malattia gravissima è poco suscettibile di guarigione senza ricorrere alla trapanazione dell' osso, o separarlo con lo scalpello, attendendo di non lasciarne alcuna parte affetta. Nei luoghi dove si è portata via una porzione dello sterno si viene a formare una sostanza dura, e quasi ossea, che ne rimpiazza benissimo le funzioni. Nella carie delle altre ossa poco vi è di interessante da osservare, ma conviene regolarsi secondo i precetti generali, che abbiamo esposto, prendendo attenzione alle parti prossime coll' applicazione del fuoco, e dirigendo un' adattata cura per gli ascessi, che vengono in conseguenza della carie.

Il *pedartrocace* chiamato ancora *spina ventosa*, è stato da qualche Autore confuso con l' osteosarcosi, o rammollimento delle ossa, sebbene siano due malattie diverse, come vedrassi quando noi parleremo della seconda di esse. Il pedartrocace propriamente detto è una malattia delle ossa, che principia dalla loro midolla, che s' infiamma, si aumenta, fa gonfiar l' osso, ne corrode la sostanza, e si fa strada al di fuori producendo poi dei tumori, che suppurano, ed in fondo de' quali si sente l'osso cariato, a traverso di cui si può penetrare nel-

la sua parte interna. Questa malattia osservasi assai frequentemente nelle falangi delle dita, e le ossa piccole, e cilindriche delle estremità. Molti distinguono la spina ventosa dal pedartrocace in quanto, che nella prima la midolla dell' osso si converte in una sostanza molliccia, ed ulcerosa senza distuggersi totalmente, come accade nel pedartrocace, altri poi distinguono queste due malattie chiamando spina ventosa l' infiammazione acuta della midolla delle ossa, e pedartrocace l' infiammazione cronica. Nella spina ventosa l' osso rimane ancor vivo nella massima parte, e quindi la sua separazione è più lenta che nella necrosi, e di guarigione più difficile senza l' amputazione, e l' osso non si riproduce come nella necrosi, rimanendo quindi l' articolo deforme.

La cagione della spina ventosa, e pedartrocace essendo ordinariamente la diatesi scrofolosa è necessario dirigere contro di essa la cura generale, e quindi converranno i bagni di mare, i bagni minerali, l' antimonio, la decozione di piante antiscrofolose etc. Per quello poi appartiene alla cura locale converranno le docce, la cicuta, il sale ammoniaco, e simili rimedj, e molti attestano aver ricavati grandi vantaggi dal mercurio adoperato sì internamente, che localmente. Se però il guasto dell' osso produca un' ascesso, dovrà questo aprirsi procurandone la maturazione cogli emollienti, ed aperto, che sia si dilateranno i seni, che ordinariamente si formano per porre l' osso allo scoperto, che allora caderà più facilmente in mortificazione, nè sarà difficile il portarne via de' pezzetti, i quali da loro stessi si vanno separando. Conviene però in questi casi medicare sempre la piaga semplicemente aggiungendovi l' uso de' miti escarotici, i quali ajutano moltissimo l' opera della natu-

ra, ch' è spesso da se sola sufficiente a produrre l' esfoliazione dell' osso.

Molte volte per altro accade, che questi metodi non sono sufficienti a produrre la guarigione della malattia, ed allora si richiede necessariamente l'amputazione. Le spine ventose, che richiedono questa operazione sono principalmente quelle, che attaccano le ossa nelle loro faccette articolari, quelle, che attaccano il calcagno, il cubito etc. Queste ultime sono molto pericolose attese le grandi aderenze, e struttura del calcagno, e l' ampia articolazione del cubito, in cui si connettono più ossa. La cura locale non potrà essere la quì sopra esposta, cioè dilatare i seni per porre l'osso allo scoperto, ma converrà contentarsi d' alcuni topici, i quali destinati siano piuttosto ad impedire il contatto dell' aria, che ad agire per la risoluzione della malattia. Le docciature, o i leggieri stimolanti saranno però indicati, ma spesse volte a nulla giovano, e per salvare la vita al malato bisogna ricorrere, come abbiamo detto, all'amputazione se esista quella forza in esso, che esige tale operazione. Qualche Autore di Chirurgia in occasione di spina ventosa nel calcagno, prescrive di estirparlo intieramente, e crede che quest' operazione sia in molti casi da preferirsi all' amputazione del piede. Questo metodo per altro non lascia di essere laborioso, e difficile. In caso però di amputazione ha luogo quì la regola opposta a quella, che conviene negl' altri casi, vale a dire di fare l' amputazione più tardi, che sia possibile sembrando a molti probabile, che il vizio generale resti più limitato, lasciandogli continuare la sua azione nel luogo affetto, altrimenti amputata la parte malata non manca esso di produrre la stessa malattia in altre parti, e così si verrebbe a praticare inutilmente una

operazione, che deve risparmiarsi per quanto è possibile. Oltre di che conviene a questo proposito riflettere, che la cura del pedartrocace, e della spina ventosa è lunga estremamente, ed abbiamo degli esempj di malati guariti perfettamente dopo un lungo lasso di tempo, e principalmente se il soggetto sia di tenera età.

L' *esostosi* altro non è, che un rigonfiamento delle ossa dall' addensamento de' fluidi. Questa malattia non è molto commune se non intendiamo sotto il nome di esostosi le malattie conosciute sotto il nome di pedartrocace, o spina ventosa, ed i tumori del periostio. L'esostosi differisce secondo l'osso, ed il luogo del medesimo, in cui esiste, come ancora secondo il volume del tumore, le sue cagioni, e la sua struttura. L' esostosi osservasi frequentemente nelle ossa del cranio, mascella inferiore, sterno, omero, raggio, ulna, carpo, femore, e tibia, nelle altre ossa è meno comune. L' esostosi ha ordinariamente la forma di un tumore rotondo.

Circa la cagione di questa malattia rare volte è dessa esterna, ma più sovente interna, e segnatamente viene prodotta dal vizio venereo, e scrofoloso. Dagl' altri sintomi, che accompagnano la malattia sarà facile nella maggior parte de' casi il distinguere quale dei due vizj sia stato propriamente la cagione della medesima. Se questa riconosce per causa un vizio scrofoloso, l' esostosi occuperà a preferenza l' ossa lunghe, o corte, e nello stesso tempo si osserverà l' ingorgamento delle glandole linfatiche del collo, e tutti gli altri segni scrofolosi. Nelle esostosi veneree poi sono più facilmente affette le ossa piane, e questo accade ordinariamente negli ultimi periodi della lue. L' esostosi venerea ha luogo per ordinario nelle ossa del cranio, o nella tibia, e la sua formazione è preceduta da do-

ri locali profondi, ed inoltre prima della formazione dell' esostosi si osservano tutti i sintomi dell'affezione venerea sì locale, che generale.

Di qualunque natura poi sia l' esostosi, apparisce sempre sotto la forma di un tumore durissimo, aderente ad un osso, immobile, e circonscritto. Gli effetti prodotti dall' esostosi per il loro volume sono varj a seconda delle parti, che occupano, e possono alle volte essere molto pericolosi. La cagione della malattia, e la qualità della disorganizzazione, che essa ha prodotto nell' osso, sono i due punti principali, che debbono determinare riguardo la prognosi della malattia. L' esostosi prodotte da causa esterna sono più difficili a guarirsi, che quelle nate da cagione interna, e fra queste sono più ribelli quelle scrofolose, che le veneree, giacchè non abbiamo un rimedio così sicuro contro la prima malattia, e come contro la seconda. L'esostosi più dure, e compatte sono le meno pericolose non crescendo mai ad un gran volume, nè il pericolo dipende, che dalla loro situazione.

Siccome noi siamo molto all' oscuro sulla maniera, con cui si producono l'esostosi, e non possiamo stabilire un metodo di cura ragionato. Quello però deve servir di base si è di dirigere la cura contro la cagione della malattia, non essendo difficile a riconoscersi l' esostosi veneree, sarà in questo caso facile la cura della medesima, trattandosi soltanto di porre in opera un metodo antivenereo. Noi non possiamo qui determinare quale debba essere un tal metodo, giacchè appartiene questo al trattato delle malattie veneree in generale, di cui l'esostosi non è che un sintoma, basterà soltanto l' osservare, che trattandosi del grado massimo della malattia, e di malati, i quali hanno già fatto uso i molti rimedj, la cura deve essere molto energi-

ca. Converanno quindi le frizioni di pomata mercuriale, o di una soluzione di sublimato, sale ammoniaco, opio in acqua distillata, aggiungendovi un poco di spirito di vino, di cui se ne potrà far uso anche per bagnolo, le bibite antiveneree, e finalmente il mercurio internamente, se non sia sufficiente adoperato all' esterno, ed allora sarà adattato l' uso del sublimato secondo la prescrizione di alcuni Pratici, ma spesso ciò non può eseguirsi a motivo, che i malati hanno già preso molto mercurio per curare la lue preceduta, di modo che non sono più in istato di soffrirlo, ed intanto conviene limitarsi ai diaforetici, all' opio, all' acido nitrico, muriatico ossigenato, e simili rimedj. Con questo metodo si viene a togliere la cagione della malattia, ma difficilmente si rimedia all' effetto, e resta la medesima puramente locale, poscia che l' esostosi diviene indolente, non cresce di volume, ed intanto è inutile il continuarne la cura, nè produce alcun altro incomodo, che pel suo volume, il quale se cagioni degli effetti pericolosi va estirpata, essendo qualunque rimedio locale, se non dannoso, almeno inutile.

La cura delle esostosi scrofolose consiste nell' uso dei rimedj consueti ad adoperarsi nelle scrofole come docce, bagni etc. e se l' esostosi passi in carie come alle volte succede, va diretto il piano di cura, come abbiamo già accennato parlando della carie.

Si è già di sopra detto, che tolta per mezzo de' rimedj interni la causa principale della malattia, questa divìene puramente locale, e che non è più suscettibile della risoluzione per mezzo dei topici indicati, o puramente risolventi; ma se il suo volume la rende incomoda alle parti vicine, è necessario estirparla. Questa operazione, che va rispa-

miata per quanto è possibile si fa nella maniera seguente. Se l' esostosi ha una base stretta dopo messa allo scoperto si sega con una piccola sega nella sua base, ma se questa fosse troppo grande, o per la situazione non potesse adoperarsi la sega, devesi far uso dello scalpello, e del martello usando la precauzione di fissare immobilmente l' osso, di portare lo scalpello obliquamente, acciò agisca tagliando, ed incidendo insieme, e finalmente di non dare delle scosse molto grandi segnatamente se si tratti del capo. Il trapano, e le tenaglie incisive possono essere ancora necessarie. Estirpata poi l' esostosi si distruggeranno i residui della medesima col ferro rovente.

La *Rachitide* è una malattia, che consiste propriamente nell' ingrossamento delle apofisi delle ossa, e nello storcimento nella loro lunghezza, ed articolazioni prodotto dal rammollimento delle ossa medesime. La rachitide significa propriamente un' affezione della colonna vertebrale, ma sotto questo nome intendesi comunemente la malattia formata dal complesso de' sintomi accennati, nè ogni rammollimento d' ossa viene compreso sotto il nome di rachitide.

Questa malattia è propria dell' infanzia, ed ordinariamente si manifesta nel tempo della dentizione. Noi siamo molto all' oscuro sulle cause immediate della malattia. Alcuni sostengono, che il rammollimento delle ossa sia la malattia primitiva, altri, che dipenda da un vizio venereo, scorbutico, segnatamente scrofoloso, altri finalmente credono, che la rachitide possa dipendere dalla mancanza del fosfato di calce nelle ossa, o dalla presenza di un' altro acido diverso dal fosforico, ma è ben difficile il pronunziare decisivamente su di queste opinioni. Qualunque per altro sia la causa i sintomi so-

no i seguenti. Il ventre duro, la pelle arida, gli articoli atrofici, il bambino è estremamente consunto, e le articolazioni si gonfiano, le ossa si curvano, il capo cresce in volume, e le facoltà morali si sviluppano molto presto. La spina, dove risiede principalmente la malattia si curva, e si raccorcia, lo stesso accade nella clavicola, e nella scapola.

Questa malattia è alcune volte ereditaria, ma deve spesso la sua origine a molte cause debilitanti, come la cattiva qualità di latte, o la mancanza di vitto sano, di aria, l'umidità, e come si è detto principalmente alle scrofole. Per quello poi appartiene all'esito della rachitide è questa un male delle più gravi, non essendovi a propriamente parlare rimedio alcuno contro la medesima, e siccome tutto quello, che si può fare è d'impedire i progressi della malattia, così ne siegue, che tanto più infausta sarà la prognosi, quanto più antica sarà la malattia, e quanto più interessanti sono le parti affette. Vediamo sovente delle risorse, che trova la natura stessa per guarire questa malattia senza l'ajuto dell'arte, e questo accade ordinariamente per mezzo di altre malattie.

Da quello si è detto vedesi, che poco si può dire di certo sul metodo di cura conveniente alla rachitide, che però consiste generalmente negli astonanti. L'aria pura è una delle cose principali, come ancora la pulizia, e la situazione della macchina, onde il capo non graviti sulla colonna vertebrale, e ne produca sempre più la curvatura, quindi molti consigliano di tenere il paziente in una situazione orizontale. Le frizioni, umide, o secche il vitto adattato, e vino puro dato epicraticamente, la mutazione della nutrice, il moto attivo

o passivo etc. sono mezzi i quali possono molto contribuire alla cura della malattia.

Questi sono i mezzi generali riguardanti l'igiene, per quello poi appartiene ai medicamenti conviene aver riguardo al grado della malattia, ed allo stato del paziente, come ancora agli altri sintomi, che possono unirsi alla medesima p. e. i vermi, la dentizione, le convulsioni etc. Per quello riguarda l'affezione delle glandole del mesenterio, le frizioni, ed il moto possono essere di qualche vantaggio, ma questi mezzi saranno poco efficaci se non ci si unisce il metodo di cura generale consistente nei rimedj antiscorbutici, antiscrofolosi, antivenerei se la cagione della malattia consiste in una di queste affezioni. A questi rimedj sarà molto utile l' aggiungere gli amari, ed altre preparazioni toniche. Molti hanno creduto, come si è di sopra accennato, che la malattia consistesse nella mancanza di fosfato di calce delle ossa, ed hanno procurato di rimediarvi col somministrare al malato de' medicamenti, che contenessero questo principio, ma l' esito non ha corrisposto alla loro aspettazione.

Resta qui finalmente ad avvertire, che tutti i mezzi meccanici inventati per raddrizare le ossa dei rachitici, o per impedirne la curvatura, come stecche di ferro, stivaletti etc. sono di poca, o nessuna utilità non togliendo punto la cagione della malattia, anzi sono dannosi, perchè impediscono il movimento necessario delle parti, e l' azione muscolare, ed obbligano il paziente a conservare sempre una medesima situazione, lo che è molto pregiudizievole nella presente malattia, quindi rari sono i casi, ne' quali essi possano aver luogo, ed al più possono essere di qualche utilità ne' casi di storcimento de' piedi.

Restaci ora per terminare questo trattato sulle

malattie delle ossa di dire qualche cosa del rammollimento delle medesime chiamato dagl' Autori *Osteosarcosi*, ed *Osteomalacia*. Differiscono queste due malattie propriamente fra loro, in quanto che nella prima le ossa perdono ogni durezza, e qualità ossea, mentre nella seconda esse si rammolliscono semplicemente. L'osteosarcosi nasce dalla mancanza del principio terreo delle ossa prodotta ordinariamente da un vizio interno, e segnatamente dal principio venereo. In questa malattia l'osso è molto accresciuto di volume, e quasi sempre si sente nel medesimo una pulsazione prodotta o dalle arterie dell'osso stesso, o da quelle adjacenti. Da questi segni non sarà difficile il riconoscere la malattia.

Riguardo alla cura essa è quasi mai possibile eccetto nel caso sia prodotta da lue venerea, nel qual caso possediamo il rimedio sicuro contro la sua causa, ed allora converrà amministrare il mercurio co' metodi adattati, nè mancherà di vedersene degli effetti vantaggiosi qualora però la malattia non sia ancora molto avanzata, giacchè in questo caso tolta eziandio la cagione della malattia restano le ossa così disorganizzate, che non è più possibile il loro indurimento. Negli altri casi sono presso che inutili tutti i rimedj interni, o locali, giacchè la malattia non lascia di fare de' continui progressi, e produce dolori, infiammazioni, carie, ulceri etc, e si propaga alle parti vicine, e per conseguenza non ci è altro rimedio, se la parte affetta ne sia suscettibile, che l' amputazione, e la cauterizzazione dell' osso, che rimane.

L' osteomalacia consiste come abbiamo detto in una mollezza delle ossa, che principia con dolori nelle medesime, e nasce dalla mancanza del fosfato di calce, che si separa invece nelle orine. Le ossa s' incurvano, la macchina s' accorcia, e la mala-

tia termina con la morte. La causa di questo morbo dipende parimenti da un vizio interno, e segnatamente dalla lue venerea. Ne' malati affetti da questa malattia le ossa sono disposte moltissimo alle fratture, le quali accadono per le cagioni le più leggiere. L'osteomalacia ha prodotto ancora delle variazioni notabili nel bacino delle donne, le quali poi sono state impossibilitate a partorire, sebene antecedentemente avessero avuti parti felicissimi. La cura della malattia è ordinariamente impossibile, nè può sperarsi qualche vantaggio, che nel caso sia essa prodotta da un vizio interno, e segnatamente dalla lue venerea, contro di cui possediamo un metodo sicuro più che in ogni altra. Negli altri casi dovremo contentarci di un sistema di cura generale, e segnatamente dell'uso degli astringenti, fra i quali l'allume, e le sostanze contenenti il concino, che agisce forse condensando il principio gelatinoso delle ossa, onde ritenga più facilmente il fosfato calcare.

CAPO XXII.

DELLE MALATTIE DELLE ARTICOLAZIONI.

Come al trattato delle fratture siegue quello delle lussazioni, così alle malattie della sostanza delle ossa naturalmente debbono venire in seguito le malattie delle articolazioni. Le articolazioni sono soggette a molti mali, che rendono difficili, o ancora impossibili i movimenti delle medesime. Noi abbiamo già di sopra parlato di alcune malattie, che sogliono sopraggiungere nelle articolazioni, nè ci resta ora, che a dire qualche cosa sull'*Anchilosi*, *Idrope delle articolazioni*, facendo menzione in questa dei

corpi estranei, che si formano in esse, e sulla Di*storsione*.

L'anchilosi è una malattia, che consiste nell'impedito moto di un' articolazione. Deve per altro riflettersi, che non ogni impedimento del moto articolare costituisce l' anchilosi propriamente detta; ma soltanto quello, che forma esso stesso la malattia principale, giacchè improprio sarebbe il dare il nome di anchilosi a quei casi, in cui l' articolazione non può muoversi a motivo di un' altra malattia, che affetti l' articolazione stessa, o le parti contigue.

Sogliono i Scrittori di Chirurgia riconoscere diverse specie di anchilosi, e distinguere la medesima in completa ed in incompleta. *Completa* dicesi l' anchilosi quando il moto dell' articolazione si rende affatto impossibile, *incompleta* poi quando essa è soltanto difficile. Oltre questa distinzione per altro esposta da tutti gli Autori si debbono secondo noi considerare molte altre varietà nelle diverse specie di anchilosi, giacchè oltre le varie cause, che l' hanno prodotta, e che per conseguenza richieggono un diverso metodo di cura, devesi considerare ancora la cagione immediata, o prossima della malattia, che merita un riguardo particolare per la direzione della cura.

L' anchilosi vera, o sia l' anchilosi propriamente detta consiste nell' unione, o saldamento delle estremità articolari di due, o più ossa, che nasce segnatamente dall' ossificazione delle cartilagini interarticolari. Questa specie di anchilosi oltre l' essere incurabile non può chiamarsi vera malattia, giacchè essa succedendo per l' ossificazione delle cartilagini, come si è detto, ha luogo per l' accrescimento del processo della stessa ossificazione, e nasce nell' età avanzata, che seco porta l' aumento di questo processo per la maggior quantità del fosfa-

to calcareo, che si separa nel sistema osseo in maggior copia quanto l' età è più avanzata, onde questo sistema, che tutto è cartilaginoso nel principio della vita, diviene interamente osseo nella decrepitezza.

L' anchilosi incompleta poi, che sebene riguardo agli effetti sia analoga a quella, che ora abbiamo esposto, pure differisce da essa in quanto, che non esiste l' aderenza delle superficie articolari delle ossa, è quella, che dipende dalla mancanza di flessibilità dei tendini, e ligamenti, che circondano l'articolazione, onde mancando queste parti della necessaria cedevolezza, il moto dell' articolazione si rende impossibile. Quest' anchilosi dipende ordinariamente dalla mancanza di esercizio delle parti accennate, che ha luogo quando un' articolazione deve restare per molto tempo immobile, come ne' casi di fratture, o lussazioni, che richieggono un lungo tempo per la guarigione, come abbiamo di sopra accennato trattando di queste malattie. Può però questa specie d' anchilosi dipendere eziandio da una malattia propria dell' articolazione stessa, come tumori bianchi, linfatici etc. li quali alterando la sostanza de' tendini, e ligamenti tolgono ad essi quella flessibilità, che si richiede, onde possano far eseguire all' articolazione i moti necessarj.

Riguardo ai sintomi di questa malattia il principale si è quello di non poter muovere l' articolazione, e questo è realmente l' unico, il quale accompagna la medesima, anzi ne costituisce l' essenza. Gli altri, che possono esserci uniti, come p. e. dolore, gonfiore etc. dipendono dalle malattie, che accompagnano l' anchilosi, o che ne sono state la causa. Noi abbiamo già di sopra esposto quali siano le principali cagioni dell' anchilosi, molte delle quali possono esser locali, e possono esistere nell' ar-

ticolazione stessa, come p. e. l' impedita separazione della sinovia, che facilita la mobilità delle cartilagini interarticolari, o l'infiammazione delle parti, che compongono l' articolazioni, e che producono l' aderenza delle medesime, che dovrebbero esser mobili, e cedevoli. Oltre di queste cagioni esistenti nell' articolazione stessa l' immobilità dell' articolo cagionata da fratture, o altre malattie di parti contigue possono produrre lo stesso effetto. Può nascere eziandio l' anchilosi da vizio generale della macchina, che si determini particolarmente nelle articolazioni, o finalmente come si è detto di sopra da un accresciuto processo di ossificazione, che ha luogo segnatamente nell' età avanzata.

Dalla descrizione delle varie specie di anchilosi, e dall' esposizione delle sue diverse cause si vede, che questa malattia sarà alcune volte curabile, ed altre volte incurabile. L' anchilosi vera è sempre incurabile, anzi spesso il Cerusico non solo non può prevenirla, ma si trova obbligato a favorirla, onde evitare altra malattia più pericolosa. Riguardo poi all' anchilosi falsa si potrà essa curare quando la malattia non sia molta avanzata, e che credasi il Cerusico in istato di vincere le cause, siano desse generali, oppure locali, che l'hanno prodotta.

Nell' anchilosi vera, essendo essa come si è detta incurabile, deve il Professore quando si avvede che essa è inevitabile procurare, che l' articolo prenda qualche posizione, onde anchilosato che sia rechi al paziente il minore incomodo possibile. Il voler tentare de' rimedj locali produrrebbe forse l'infiammazione delle parti, non si verrebbe ad impedire con questo l' anchilosi, e ne potrebbe venire anche la carie dell' osso.

L' anchilosi poi falsa, o incompleta si può spes-

so curare felicemente, sebene riesca molte volte difficile il guarirla intieramente. Il principale oggetto peraltro nella causa di questa malattia si è di prevenire la sua totale formazione, venendo sempre in conseguenza di fratture, tumori, o altre malattie situate in vicinanza delle articolazioni, le quali obbligano queste parti a restare per lungo tempo immobili, onde ne siegue ordinariamente la rigidità dei ligamenti, capsule articolari, e tendini, che circondano l'articolazione, il primo oggetto pertanto dev'essere quello di far eseguire alla medesima dei continui movimenti, onde questi parti conservino la loro flessibilità, per quanto per altro lo permette lo stato della malattia principale. Se però con queste cautele non si sia potuto impedire l'anchilosi dovrassi procurare di restituire all'articolazione se non in tutto almeno in parte la sua mobilità per mezzo degli adattati rimedj. Questi consistono principalmente nell'uso degli emollienti segnatamente sul principio della malattia, come p. e. i bagni tiepidi, le fomenta emollienti, e le unzioni di simil natura. Quando poi la malattia sia alquanto diminuita si dovrà procurare di dare all'articolazione tutto l'esercizio possibile, senza per altro usare la pratica consigliata da alcuni di prendere con le mani le due ossa componenti l'articolazione, cosa, che potrebbe produrre delle funeste conseguenze. Fra i rimedj, che convengono in questo stato i migliori sono l'unzioni attonanti, come linimento volatile, canfora, spirito di sapone etc. li bagni di acque minerali, le docce, li vapori etc., con quali rimedj si arriva a superare, o almeno a diminuire questa ostinata malattia.

Le articolazioni sono oltre l'anchilosi soggette ancora all'idrope. Noi abbiamo già parlato dei tumori linfatici, che hanno luogo nella medesime;

ma l' idrope dell' articolazioni differisce da essi in quanto che questa consiste principalmente in una separazione abbondante di linfa nella cavità stessa delle articolazioni prodotta dalla troppa irritazione delle parti destinate a tal uso. Questa malattia è puramente locale, e quasi mai dipende da un vizio generale come accade nell'idrope delle altre parti del corpo. Non è poi facile il riconoscere questa specie d' Idrope, giacchè il radunamento del fluido nell' interno dell' articolazione è accompagnato ordinariamente da ingorgamento delle parti molli, che la circondano, e quindi con qualche difficoltà si arriva a sentire l' esistenza del fluido, tuttavia la mancanza di dolore, il gonfiore delle parti laterali dell' articolazione, la fluttuazione, che sebbene profonda, ed equivoca si sente da una parte percuotendo l' opposta, lo stato naturale della cute non lasciano dubbio sulla natura della malattia. Essa ha luogo quasi esclusivamente nell' articolazione del ginocchio, come quella, che presentando maggior superficie è soggetta a risentire maggiormente l' effetto delle cause irritanti, che agiscono su queste parti.

Tali cagioni sono come si è detto principalmente tutto quello, che può produrre una irritazione nell' articolazioni, e segnatamente l' infiammazione, i corpi estranei, che si formano nelle medesime come anche qualche volta i vizj generali reumatico, erpetico, artritico ed eziandio venereo etc. Può poi ancora dipendere da un esercizio troppo violento dell' articolazione, in somma da tuttociò, che possa produrre una secrezione troppo abbondante di fluido, che ivi è destinato a separarsi.

L' idrope degli articoli, o *idartro* è una malattia di cura non molto facile sì perchè malagevole ne è la risoluzione, come ancora perchè l' apertu

presenta molta difficoltà per le conseguenze, che possono sopraggiungere.

La cura della malattia consiste principalmente ne' rimedj locali, avendo noi già di sopra espresso, che questa malattia è per lo più locale. I topici risolventi, ed eccitanti saranno quindi quelli, che avranno il primo luogo nella cura dell' idartro, e fra questi hanno luogo la scilla, il mercurio, il sapone etc. applicati secondo i metodi più adattati allo stato della malattia, ed alle forze del malato. La canfora, l' ammoniaca, e le cantarelle sono state eziandio raccomandate nella cura di questa malattia, ma l' opio sciolto nello spirito di vino rettificato si è trovato di sommo vantaggio. Ogni medicamento poi, che agisce su tutto il sistema riuscirebbe inutile eccetto ne' casi, in cui la malattia dipendesse da un vizio generale artritico, reumatico etc., ne' quali casi una cura generale potrebbe molto ajutare l' effetto di una cura locale.

Se poi questi rimedj non riescano di giovamento sarà necessario ricorrere alla punzione, la quale si potrà fare con un troicart non molto grosso, o con un stretto bistourì, procurando per quanto è possibile d' impedire l' ingresso dell' aria nell' articolazione. A tal oggetto il metodo da preferirsi in questa circostanza è quello, che siegue. Fatto un taglio de' tegumenti nella parte laterale dell' articolazione; ove rendesi più elevata, ed anche sentesi più sensibile la fluttuazione, si tirano da un lato medesimi, per fare l' apertura col bistourì, o col troicart nella capsula ligamentosa, da cui sortito il liquido si lasciano sopra loro stessi i tegumenti, i quali ricuoprono la ferita del ligamento capsulare, così impediscesi l' accesso dell' aria nell' articolazione. Riunita la ferita esterna è necessario porre

la parte, e mantenerla in perfetto riposo; ricoprendola di pezze bagnate in qualche risolvente.

Nelle articolazioni si generano sovente de' corpi estranei di natura cartilaginosa, che alle volte si trovano ancora nelle borse mucose, e si sentono facilmente col tatto, qualora non siano situati fra le superficie articolari dell' ossa stesse. Essi sono di varia grandezza, e figura, e si trovano in molte articolazioni, ma segnatamente in quelle del ginocchio. Questi corpi estranei producono dolori acutissimi, se ritrovansi fra le due superficie delle ossa, che si articolano insieme per la compressione, che producono nel moto delle medesime; ma se si ritrovano fuori delle superficie stesse, o sia a lato, o dietro l' articolazione non cagionano, che un irritamento locale, e da cui nasce una maggior secrezione di fluido, e quindi può venirne l' idrope di sopra esposto. Noi non sappiamo affatto la causa, che possa produrre questi corpi estranei, i quali al più si possono attribuire ad una secrezione morbosa delle parti destinate a separare la sinovia. L'analisi chimica de' medesimi sembra, che dimostri consistere la loro base principalmente nel fosfato di calce, lo che manifesta, che un abbondanza di questo nella secrezione della sostanza dell' osso sia la causa principale della formazione de' medesimi.

Per quello poi riguarda la cura, che conviene in questa malattia essendo detti corpi duri, e spesso inorganici, è facile il comprendere, che poco o niente vi è da sperare dai topici, i quali non possono affatto procurarne la risoluzione, e quindi l' unico metodo di cura consiste nell' estrazione. Questa operazione non è molto difficile, nè pericolosa, ed il metodo di praticarla si è il seguente. Si fa porre il malato in modo onde le parti, e segnatamente i muscoli, e tendini, che circondano

l' articolazione restino nel massimo rilassamento, ed indi si fa da un' assistente tirare la pelle da un lato più che sia possibile. Il Professore fisserà il corpo estraneo con la sua mano sinistra, e con la destra taglia con un bistourì li tegumenti, ed il ligamento, che ricuoprono il medesimo. Ciò fatto per mezzo della pressione delle dita il corpo estraneo viene ad escir fuori facilmente da se stesso, lo che se non accade per essere desso ritenuto da una specie di ligamento, o briglie così dette, che uniscono il corpo estraneo alle parti vicine non sarà difficile il distaccarnelo recidendo questi ligamenti, o aderenze con le forbici, o col bistourì stesso. Ciò eseguito si farà lasciare dall' assistente la cute, e siccome questa per la sua elasticità, cessando la stiratura procotta, ritorna alla sua situazione naturale, ne nasce, che l' apertura della medesima non corrisponde più a quella del ligamento, e quindi si viene ad impedire con questo mezzo ogni accesso dell' aria nell' articolazione, che potrebbe produrre una irritazione nelle superficie articolari, e che seco porterebbe delle cattive conseguenze. Alcuni autori sono di opinione, che questa precauzione sia inutile, potendosi ovviare tale inconveniente con l' esatte medicature della ferita, ciò non ostante i migliori, più recenti Pratici sono dell' opinione da noi esposta. Eseguita poi l' estrazione del corpo estraneo si procurerà la riunione della ferita, e si applicherà sulla medesima qualche topico risolvente.

Per terminare il trattato delle principali malattie dell' articolazioni rimane ora a dir qualche cosa delle distorsioni, La *Distorsione*, o *distrazione* consiste nello stiramento, o anche lacerazione delle parti molli, che circondano un articolazione. Questa malattia viene spesso in seguito alla lussazione, ma sovente ancora si rincontra senza di questa quan-

to incerto, e di sovente si deve perfino ricorrere all' amputazione della parte, onde rimediare all'abbondante suppurazione, ed alla carie dell' ossa, che non di raro sopraggiungono.

La cura delle distrazioni consiste primieramente nel riposo assoluto dell' articolo, onde prevenire qualunque causa stimolante, che possa accrescere l'irritazione delle parti distratte, o lacerate. Sul principio della malattia saranno assai utili i così detti refrigeranti, segnatamente l' acqua fredda, in cui si dovrà tenere immersa per molto tempo l' articolazione affetta trattone il caso, che il soggetto sia una donna mestruata. Con questo semplice metodo si riesce di guarire una distorsione, se i sintomi non ne siano assai gravi; ma se esista lacerazione, contusione, ecchimosi etc. sarà necessario ricorrere all' uso dei calmanti, come fomenta, cataplasmi, ed anche ai salassi, secondo lo stato dell'infiammazione, onde dissiparla, e prevenire le conseguenze della medesima. Risoluta questa fa d'uopo restituire il tono necessario alle parti disunite, e lacerate, e ciò per mezzo dei corroboranti, come i saturnini, i balsamici, ed altri simili rimedj non omessi gli antiscrofolosi, se il vizio scrofoloso abbia, come sovente accade, avuto qualche influenza sulla gravezza della malattia. La continuazione del perfetto riposo della parte sarà assolutamente necesssario. Se questi medicamenti non sono adequatamente apprestati, o se il malato non serbi un' assoluta quiete ne possono facilmente venire in conseguenza de' tumori bianchi, ovvero degli sforgamenti pericolosi, e perfino delle carie dell'ossa che compongono l' articolazioni, delle quali malattie ne abbiamo parlato a suo luogo.

Fine del Tomo Primo.

CAPO XI. *Cancro* . . . . . pag. 90
XII. *Tumori Fungosi, Carnosi, ed Adiposi* . 96
—— *Fungosi sanguigni* 97
Polipo del naso 99
—— *dell' utero* 100
XIII. *Tumori Bianchi* 101
XIV. *Ulceri* 104
—— *Scrofolose* 112
—— *Scorbutiche* ivi
—— *Veneree* 113
—— *Erpetiche* 114
—— *Artificiali* ivi
Setone 115
Fonticolo 116
Vescicante ivi
XV. *Fistole* 117
XVI. *Ferite* 122
—— *della Testa* 134
—— *della Faccia* 138
—— *del Collo* 139
—— *della Trachea* 140
—— *dell'Esofago* 141
—— *del Petto* 142
—— *del Polmone* ivi
—— *del Cuore, e grossi vasi* . . . 147
—— *dell' Arteria intercostale* . . . 148
—— *del Diaframma* 149
Dello stravaso di marcia, o di sangue nel petto 150
Ferite dell' Addome 151
—— *dell'Intestina* 154
—— *dello Stomaco* 155
—— *del Fegato* ivi
—— *della Milza* 156
—— *dei Reni* ivi
—— *della vescica Orinaria* 157

Ferite dell' utero, e pancreas . . pag. 158
Commozione de' visceri del petto, e del basso ventre 159
CAPO XVII. *Ferite d'Armi da Fuoco* 161
XVIII. *Contusioni* 168
XIX. *Fratture* 173
—— *del Cranio* 181
—— *dell' ossa nasali* 184
—— *dell' Arco Zigomatico* 185
—— *della Mascella Superiore* . . . 186
—— —— —— *Inferiore* . . . 187
—— *della Spina* 189
—— *dell'osso sacro, e coccige* . . . 191
—— *dell' altre ossa del bacino* . . . ivi
—— *delle Coste* ivi
—— *dello Sterno* 194
—— *della Clavicola* 196
—— *della Scapola* 203
—— *dell'Acromion* 205
—— *del Braccio* 206
—— *dell'Antibraccio* 211
—— *del Raggio* 214
—— *dell' Ulna* 216
—— *dell'Olecrano* ivi
—— *dell'ossa del Carpo, e Metacarpo* . 218
—— *della dita* 219
—— *del Femore* 220
—— *del Collo del Femore* 223
—— *della Rotula* 227
—— *della Gamba* 231
—— *della Tibia* 233
—— *della Fibula* ivi
—— *dell'ossa del piede* 234
XX. *Lussazioni* 236
—— *della mascella inferiore* 243
—— *della Testa* 246

Lussazione della prima vertebra cervicale . . . . . pag. 246
—— *del Coccige* 247
—— *delle Sinfisi sacro-iliache* . . . ivi
—— *della Clavicola* 248
—— *dell' Omero* 250
—— *dell' Antibraccio* 255
—— *dell' estremità superiore del raggio sull' ulna* 258
—— *dell' estremità inferiore dell' ulna* . 259
—— *della Mano* 260
—— *delle dita* 261
—— *del Capo del femore* 263
—— *Spontanee del medesimo* 267
—— *della Rotula* 270
—— *della Tibia* 272
—— *della Fibula sulla Tibia* 273
—— *del Piede* 274
—— *dell' Astragalo, e Calcagno, con il Cuboide, e Scafoide* 276
—— *del dito grosso* ivi
CAPO XXI. *Malattie delle Ossa* ivi
Della Necrosi 277
Della Carie 280
—— *dell' ossa del capo* 282
—— *delle vertebre* ivi
—— *dello sterno* 283
Del Pedartrocace ivi
Dell' Esostosi 286
Della Rachitide 289
Dell' Osteosarcosi, e Osteomalacia . . 292
XXII. *Malattie delle Articolazioni* . . . 293
Anchilosi 294
Idrope dell' articolazioni 297
Corpi estranei, che si formano nell' articolazioni 300
Distorsione 301

ELEMENTI
DI CHIRURGIA

DI FILIPPO LEONARDI

CHIRURGO PRIMARIO, E LETTORE DI ANATOMIA E CHIRURGIA NELL' ARCHIOSPEDALE DEL SS. SALVATORE AD SANCTA SANCTORUM.

TOMO SECONDO

CHIRURGIA MEDICA

SEZIONE SECONDA

MALATTIE PARTICOLARI.

IN ROMA MDCCCXV.
Presso Crispino Puccinelli Stampatore in Via della Valle num. 53.

Col permesso de' Superiori.

INTRODUZIONE.

Le malattie, che offender possono indistintamente tutte le parti del corpo umano, sono state il soggetto della prima sezione di queste Chirurgiche Istituzioni. Conviene ora trattare in questo secondo Volume di quelle infermità soltanto, che invadono alcune parti determinate, le quali, sebbene sieno state da noi in generale esposte, meritano ciò non pertanto di essere in particolare, e con distinzione trattate.

Il metodo, che seguiremo sarà quello delle parti, che ne sono affette: quindi è che daremo principio alle malattie della testa, e delle diverse regioni della medesima, passando poscia a quelle del collo, del petto, dell' addome, e delle parti genitali sì virili, che muliebri.

Denotando questi generi dei mali, quelli saranno più presi di mira, che interessano il Cerusico, tralasciando di far menzione dei meno ragguardevoli per non estendere troppo a lungo questi elementi di Chirurgia; ed omettendo ancora la descrizione del *manuale* delle grandi operazioni, si esporranno per conseguenza quelle soltanto, che non meritano essere incluse fra le medesime, poichè per esse è destinato particolarmente il terzo volume.

IMPRIMATUR:

Si videbitur Reverendissimo Patri Sacri Palatii Apostolici Magister.

Candidus Maria Frattini Archiep. Philipp. Vicesg.

APPROVAZIONI.

Per ordine del Reverendissimo Padre Maestro del Sacro Palazzo Apostolico ho attentamente letto il secondo volume dell' opera intitolata *Elementi di Chirurgia*, composta dall' illustre Sig. Filippo Leonardi Chirurgo Primario, e Lettore nel Venerabile Archiospedale del Santissimo Salvatore in S. Giovanni in Laterano, nel qual volume (come nel primo) l' Autore ha riunito le antiche cognizioni, con le più recenti scoperte chirurgiche; per cui credo utile alla facoltà, ed in particolare per li giovani studenti, che si consacrano a questo ramo dell'arte salutare la publicazione con la stampa del medesimo; molto più che in esso volume non trovasi nulla che sia contro la Santa Religione cattolica, alli buoni costumi, nè alla maestà de' Principi. In fede &c.

Roma li 21. Giugno 1815.

Giovanni della Rocca Chirurgo Primario e Lettore nell' Apostolico Archiospedale di S. Spirito in Sassia.

Per obbedire agli ordini del Reverendissimo P. Maestro del Sacro Palazzo Apostolico avendo diligentemente percorso il Tomo secondo dell' opera *Medico-Chirurgica* del chiarissimo Sig. Leonardi nulla vi ritrovo, che si opponga alla santa fede, e buoni costumi; e giudicando per le ragioni accennate nell' approvazione del primo Tomo utile la stampa del medesimo, credo potrà permetterglisi a vantaggio de' Studenti di Chirurgia.

Roma 16. Giugno 1815.

Raffaele Canonico Bonomi Censore emerito dell' Accademia Teologica di Sapienza e Lettore nell' Università di Roma.

IMPRIMATUR.

Fr. Philippus Anfossi Ord. Praed. Sacri Palatii Apost. Magister.

PARTE PRIMA
CHIRURGIA MEDICA

SEZIONE II.
MALATTIE PARTICOLARI.

CAPO I.

DEI MALI DELLA TESTA.

ARTICOLO I.

Delle malattie, che attaccano le parti interne, ed esterne del Cranio.

Egli è vero, che non solo la scatola ossea contenente il cervello detta comunemente Cranio, ma eziandio il viscere contenuto può riguardarsi, come sede di altre malattie oltre quelle, di cui abbiamo parlato nel primo volume. Queste si riducono generalmente alla commozione del Cervello, e sua produzione principale, all'ernia del medesimo, all'idrope, che in questo nasce, ed all'Idrocefalo esterno, ed interno, al quale possiamo riunire la spina bifida.

Trattando delle ferite nella prima Sezione, si è parlato della commozione de' visceri del Petto, e del basso ventre, e di quella del Cervello si è accennato semplicemente come sintoma delle ferite della testa, onde fa di mestieri vederla al presente nel suo vero aspetto per conoscere il grado, e deciderne il metodo conveniente di cura.

La delicata sostanza di cui è formato il Cervello, e la midolla spinale, rende ragione del pericolo, che offre uno scuotimento nato in dette parti, sia per un colpo immediato, o per una forza trasmessa da una parte anche lontana come sarebbe una caduta sulle ginocchia, o sulla pianta dei piedi. La diversa violenza delle cagioni, ed il vario punto da cui si trasportano al cervello, ed alla spinal midolla, sono quei che spiegano a sufficienza il diverso grado della commozione di dette parti. Dessa pertanto può limitarsi ad un semplice sbalordimento, e confusione d'idee, e presenza di scintille luminose nell'atto della percossa, parlando del cervello, o ad un senso di peso susseguito da dolore se dicasi della midolla spinale. In altro caso può cagionare la perdita istantanea, e totale di sentimento, o produrre la paralisia delle parti, le quali ricevono i nervi dal punto percosso della spinal midolla. Può finalmente esser tale lo sconcerto prodotto nella sostanza del Cervello, e della midolla spinale, il quale non ne permetta alla Chirurgia renderlo sotto il suo dominio, giacchè la morte si associa quasi contemporaneamente alla disgrazia.

Ad onta peraltro di questi segni da noi descritti che accompagnano i diversi gradi di commozione del cervello resta qualche volta difficile il conoscere esattamente quella specie di questa malattia, cioè il secondo grado, potendosi dessa confondere collo stravaso di sangue nella cavità del cranio. I più recenti Scrittori di Chirurgia sostengono, che per distinguere questo dalla commozione del cervello sia sufficiente l'osservare il tempo, in cui è sopraggiunto il sintoma più interessante che accompagna queste malattie, vale a dire la perdita di sentimenti: poichè nella commozione questo sintoma si rende

primitivo sopraggiungendo nel momento stesso della caduta, o percossa sul capo, mentre in caso di estravaso ciò non ha luogo, che dopo qualche tempo, manifestandosi cioè la suddetta perdita quasi a gradi a gradi. Noi abbiamo già veduto nel primo volume parlando della ferite della testa, che oltre l'accennati sintomi, la qualità del polso, e della respirazione può dar molto lume sull'esistenza della commozione del Cervello.

Un sintoma, che suole accompagnare le commozioni del Cervello segnatamente se queste dipendono da una caduta fatta da qualche altezza si è l'affezione del sistema epatico. In questi casi vi si uniscono tutti gl' indizj di malattia del fegato; i rimedj in ciò indicati sono necessarj, e riescono di molto vantaggio. Tutti gli Scrittori di Chirurgia si sono impiegati a spiegare questo fenomeno, e ne hanno addotte molte, e varie cagioni del medesimo; ma la maggior parte di essi sembra, che ammetta una connessione immediata fra il cervello, ed il fegato, ovvero che ripetano questa coerenza di sintomi dal disordine che nasce in cotesti casi nella circolazione, funzione, in cui il fegato ha molta parte. I più recenti per altro poco persuasi da questi ragionamenti hanno creduto, che l'affezione del fegato in seguito delle percosse del capo dipendesse piuttosto dalla scossa, che riceve tutta la macchina in simili occasioni, e che viene risentita per conseguenza dal fegato, come il viscere più pesante, e a proporzione meno fisso, e meno difeso dalle scosse violenti. Che ciò sia vero si deduce non solo dalla situazione, e dai legamenti, che gode codesto viscere, ma ancora dall'esperienze ripetute su i cadaveri fatti cadere da varie altezze. Oltre di che si è osservato, che in queste circostanze, in cui la commozione del cervello ha

luogo senza che la macchina venga a soffrire una scossa, o commozione generale, come accade per esempio ne casi di percossa sul capo con bastoni, non si affacciano, o non si conservano i sintomi d'affezione al fegato, nè nascono ascessi nella di lui sostanza, cosa che può accadere se la detta commozione sia prodotta da altra cagione, nè si trova alcuna traccia di offesa in detto viscere, se termina la malattia colla morte.

Le commozioni del cervello, e della spinal midolla riconoscono la loro origine, come si è detto da una scossa violenta, che agisca immediatamente o da lungi su queste parti, e secondo la violenza della causa, che ha agito, e secondo la gravezza dei sintomi si deve giudicare del pericolo della malattia. E' d'avvertirsi per altro, che sebbene il grado della commozione del cervello, che presenta i più semplici sintomi di sopra accennati, sembri promettere un felice successo, pure vi sono molti esempi, che dessa è terminata dopo non molto tempo colla morte del malato. Quindi è chiaro, che in genere questa malattia è per se stessa pericolosa, anche potendo produrre infiammazione, ed ascesso nella sostanza del cervello, e suoi involucri.

Per quello che si appartiene alla cura della sola commozione del Cervello, e della midolla spinale, passando sotto silenzio le complicazioni di ferite, fratture &c. di cui ne abbiamo parlato a suo luogo, devesi primieramente aver riguardo al grado di essa, e secondo questo, e giusta l'età, il temperamento del malato rendere più o meno attiva la cura. L'emissioni di sangue, i minorativi, i vescicanti sono i mezzi, coi quali potrassi curare la commozione del cervello. Bisogna riflettere, che l'uso del salasso affinchè non divenga pernicioso nel ripeterlo deve essere praticato nelle prime 24 ore.

e secondo che l' esigga l'età, ed il temperamento pletorico del malato, il rossore del volto &c. Questo potrà farsi, e ripetersi con maggior vantaggio dal piede.

Saranno eziandio in questa malattia assai utili i minorativi, ma quello che ha riscosso la più grande approvazione da tutti i pratici si è il tartaro emetico. Questo rimedio dato a picciole dosi, e frequentemente ripetute ha prodotto i migliori effetti nella commozione del cervello, e quindi è uno di quelli, su di cui usato colle necessarie cautele può il Professore contare moltissimo in cotesta affezione. Vi sono alcuni pratici, che uniscono all' anzidetto rimedio l'uso continuato de' clistieri fino alla guarigione.

Possono anche essere di molto vantaggio i vescicanti, siano dessi applicati lontano dalla parte offesa, come derivativi, sian posti sulla parte stessa in tutta la sua estenzione, per mantenere una leggiera esterna irritazione, ed aumentare l'attività nervosa della medesima, allorchè lo stato del malato lo richiegga. Generalmente poi converranno dopo diminuito l'afflusso alla parte le frizioni spiritose l'uso topico della neve, i bagni attonanti &c. in una parola tutto ciò, che può rianimare l'azione de' nervi depressa, e dissipare così gli effetti della commozione.

L'ernia del Cervello detta altrimenti *Encefalocele* è una malattia, che consiste nell' esito d' una porzione del Cervello a traverso di un forame o naturale, come nella troppo tarda ossificazione delle fontanelle, o preternaturale del Cranio, in conseguenza di fratture, carie, ed applicazione del trapano &c., e che viene ricoperta nel primo caso dalle meningi, e dai communi tegumenti, e nel secondo lo è per lo più dalle sole membrane destinate ad

involgere il delicato viscere. Questa specie di Encefalocele dicesi accidentale.

Oltre la divisione fatta dell' Encefalocele relativa alle cagioni, che l' han prodotta ve ne un' altra risguardante il tempo, in cui esso nasce. Si dice ernia del Cervello congenita se un bambino porta seco dall' utero materno cotesta malattia, ovvero, essendo il di lui cranio non intieramente ossificato, e lasciando per conseguenza degli spazj vuoti segnatamente nelle così dette fontanelle si viene a formare poco dopo la nascita per le grida, e pianti del medesimo.

Facilmente si conoscerà l'ernia del Cervello allorchè sia accidentale, e prodotta da cagioni esterne, riflettendo alle pregresse cause, da cui ha avuto origine, che se poi è congenita, o cagionata dalla non sollecita ossificazione delle fontanelle, i segni principali di essa sono in primo luogo il tumore molle, privo di fluttuazione, e che ordinariamente ha una pulsazione, la quale corrisponde presso a poco a quella delle arterie, ma che oltre di questo ha ancora una elevazione, e depressione corrispondente al moto del polmone. Se il tumore è piccolo rientra facilmente, e si osserva alla sua base l'apertura morbosa, o naturale del Cranio. Dai detti segni si può distinguere l'ernia del Cervello da altre malattie con le quali può avere in apparenza una qualche analogia, per esempio dai tumori acquosi, che escono dalle suture, o fontanelle in caso di Idrocefalo interno, giacchè questi sebbene abbiano apparentemente molta simiglianza coll' encefalocele distinguonsi pure facilmente dal medesimo perchè hanno una specie di fluttuazione, e sono accompagnati dagli altri sintomi di estravaso sotto del Cranio. I tumori fungosi della dura madre si vengono parimenti a distinguere pel modo, con cui si formano

e per i segni loro propri, de' quali noi già abbiamo a suo luogo parlato. Lo stesso ancora può dirsi dei tumori acquosi, o sanguigni, che si trovano nei bambini appena nati, i quali non sono compressibili, nè alla loro base si sente il forame nel Cranio, come nell' Encefalocele. La diagnosi è assai più difficile qualora l'ernia sia accompagnata dall' acqua, che è quanto dire la malattia essere un *Idroencefalocele*, nel qual caso converrà far uso di tutta l'attenzione possibile per rintracciare la vera indole della medesima.

Le cagioni di questa malattia possono facilmente intendersi da quello abbiamo già di sopra esposto, parlando della sua diagnosi.

L'Encefalocele è pericoloso, ed altresì è per ordinario incurabile. Se desso è congenito, produce spesso la morte del bambino nel momento stesso della sua nascita, poichè la compressione, che soffre il tumore nel passare pel bacino, e la lacerazione, che può anche venire prodotta sono mortali, o sul momento, o poco dopo. Se però questa compressione, o lacerazione non abbia luogo può benissimo la sola impressione dell' aria, o del freddo essere causa di convulsioni mortali. Se il tumore sia piccolo non nè sarà affatto impossibile la guarigione, se si pratichi una graduata, e proporzionata compressione. Nei casi di Encefalocele prodotta da un' apertura preternaturale del Cranio, come ferita, frattura &c. la prognosi dipende molto dalla lesione delle parti, e dalla commozione, che ordinariamente soffre il Cervello in questi casi.

Per la cura dell' Encefalocele, se desso sia allo scoperto, e che dipenda da un prolungamento della sostanza del viscere, si riportiamo a quanto abbiamo detto parlando de' tumori fungosi; se poi la malattia è dell' altra specie la cura consiste principalmen-

te nel ridurre il tumore, e nel mantenerlo ridotto per mezzo di una adattata compressione. Se riesca di ottenere questi due oggetti accade spesso, che il forame dell' osso, che ha formato l' ernia, oppur da questa mantenuto si viene da se medesimo a chiudere, ed abbiamo degli esempi di casi di questa natura felicemente guariti. Conviene però avvertire, che la riduzione del tumore deve farsi gradatamente, molto più se esso sia di un volume considerabile, maggiore per esempio di quello di un uovo di gallina, giacchè se la compressione sia troppo forte oltre le convulsioni, ed altri sintomi pericolosi, che ne possono nascere si possono eziandio lacerare i tegumenti, che ricuoprono il tumore, i quali sono ordinariamente assai sottili. A questo oggetto sarà bene secondo il consiglio dei migliori pratici di adoperare per la compressione delle pezze di lino bagnate di un qualche liquore attonante, come per esempio vino, o spirito di vino allungato, decozione di China, o Vallonea &c. le quali si terranno ferme col mezzo di una adattata fasciatura. Qualche pratico di Chirurgia è di opinione che questa malattia ne' bambini possa procedere da una cagione venerea, e quindi ha creduto, che l'uso del mercurio potesse esser di molto vantaggio per la cura di essa.

E' poi molto dannosa l'apertura del tumore, e ne sieguono delle funeste conseguenze, quindi il Cerusico dovrà essere molto circonspetto, affinchè non lo apra prendendolo per tumore di altra natura, che anzi dovrà porre in opra ogni attenzione, acciò il medesimo non si apra per la troppa forte compressione, che spesso produce un esulcerazione. I rimedj saturnini localmente applicati possono essere di molto vantaggio per impedirne l'apertura. Noi abbiamo detto doversi evitare la medesima

per mezzo del ferro, o di altri mezzi riuscendo ugualmente pericolosa, conviene peraltro riferire, che nel caso di *idroencefalocele*, o sia quando l'acqua è unita all' ernia del cervello nel tumore stesso qualche Professore consiglia aprirlo per dar esito alla medesima, se sia in gran quantità, purchè si abbia l'avvertenza d'impedire l'accesso dell' aria, e dice, che non ne siegue alcuna cattiva conseguenza, e si ottiene più facilmente la riduzione dell' ernia. Abbiamo però anche degli esempi degli effetti funesti di tali aperture, e d'altronde sappiamo, che molte volte quest' ernie complicate sono guarite con la sola compressione.

L' *Idrocefalo* è una malattia, che consiste, come denota il suo stesso nome in una raccolta abbondante di sierosità fuori, o dentro del Cranio, che produce una gonfiezza mostruosa del Capo. Da queste definizioni chiaramente si vede, che due possono essere le specie dell' idrocefalo, cioè che desso si distingue dal luogo, che occupano le acque. *Idrocefalo esterno* dicesi quello, in cui queste esistono sotto gli esterni integumenti della testa; *idrocefalo interno* poi si chiama quello, nel quale le acque sono stravasate dentro la cavità del Cranio. Molti Professori di Chirurgia hanno usato il nome d' *idrocefalo interno* soltanto in quei casi, ne quali il fluido racchiuso nella cavità del Cranio ha disteso la parete ossea del medesimo, ed aumentata la circonferenza della testa, mentre hanno chiamata *idrope del Cervello* quella malattia, nella quale le acque sebbene contenute nella cavità del medesimo, nulladimeno non lo hanno disteso più dell' ordinario, mantenendo la sua stessa figura, e grossezza.

L'Idrocefalo esterno è una malattia poco frequente, a motivo della resistenza che offre, e dell' intima aderenza, che gode la cute capillata con le parti

ELEMENTI
DI CHIRURGIA

DI FILIPPO LEONARDI

CHIRURGO PRIMARIO, E LETTORE DI ANATOMIA E CHIRURGIA NELL' ARCHIOSPEDALE DEL SS. SALVATORE AD SANCTA SANCTORUM.

TOMO SECONDO

CHIRURGIA MEDICA

SEZIONE SECONDA

MALATTIE PARTICOLARI.

IN ROMA MDCCCXV.
Presso Crispino Puccinelli Stampatore in Via della Valle num. 53.

Col permesso de' Superiori.

Una delle attenzioni principali, che deve aversi nella cura di cotesta malattia, si è quella di prender di mira la cagione della medesima. Sono generalmente molto vantaggiosi in essa i purganti, e diuretici, ed abbiamo recentemente degli esempi anche di guarigione coll' uso degli sternutatori. Molto vantaggiose possono essere in quest'affezione le compressioni esterne. A tal fine si potrà applicare una adattata fasciatura, che si anderà a poco a poco stringendo, e che si è trovata in molti casi riuscire di sommo vantaggio.

L' Idrocefalo interno, consiste in una raccolta d'acqua nella cavità stessa del cranio, e questo si forma qualche volta nell' embrione nel seno materno, e comunemente si osserva eziandio nascere nei bambini, e mai sugli adulti. Questa specie d'Idrocefalo non è però la più frequente ad accadere. E' necessario distinguere le varie sedi di essa, giacchè può secondo queste sedi variare la prognosi, e la cura della malattia. Ritrovasi l'acqua ora fra il cranio, e le meningi, ora fra essa, ed il cerebro, e può finalmente radunarsi ancora nei ventricoli stessi del cervello. Egli è però spesso molto difficile il conoscere quale sia veramente il luogo occupato dal fluido stravasato, e molto più perchè rare volte si osserva, che il medesimo occupi un sito esclusivamente, che anzi non è caso raro di trovare l'Idrocefalo interno unito all'esterno.

I sintomi, che seco porta ordinariamente cotesta malattia sono la distensione del cranio, la dilatazione delle fontanelle, e suture, e questa espansione del cranio arriva spesso a renderlo molto più grande del naturale, ossificandosi esso in questo stato di dilatazione. Avanzata, che sia la malattia non permette al bambino affetto di tenere alzata la testa, altrimenti soffre del vomito, difficoltà di re-

spiro ec., il corpo si fa ordinariamente consunto, le vene del capo sono grosse, e varicose, gli occhi socchiusi, e rivolti all' ingiù con le pupille poco mobili. Questi bambini sono conforme il solito stupidi, il polso è piccolo, debole, ed anche irregolare. A tutti gl'indicati sintomi succedono non di raro le convulsioni, la paralisi, e la morte.

L Idrocefalo interno ha comunemente la sua sede in una sola parte del cranio, ed allora in essa si rinviene la prominenza. Per solito ciò osservasi nella fronte, alcune volte si distingue facilmente, che il tumore stravasato ha formato dell' ernie acquose a traverso delle suture, o delle fontanelle.

Noi non siamo totalmente al chiaro sulle cagioni della malattia, quello che è certo si è, che generalmente essa attacca i bambini nell' utero materno stesso. Molti sono di sentimento, che possa in questi casi procedere la medesima da una compressione, che abbia sofferto la madre sul ventre nel tempo della gravidanza, così ancora l' attortigliamento del cordone intorno al collo, una compressione accaduta sul capo nel tempo del parto, sia essa prodotta dalle ossa della pelvi, sia nata dalle manualità adoperate per la sortita del feto, sia con la semplice mano, oppur con gli stromenti. Possono eziandio esser cagioni della malattia un vizio de' genitori, o un' affezione ereditaria. Se l'Idrocefalo interno abbia luogo molto tempo dopo la nascita del bambino, si forma ordinariamente in sequela di ritrocessione di altre malattie, e segnatamente esantematiche della testa. In genere la causa prossima di cotesto stravaso sembra per altro secondo i più recenti Scrittori dipendere da una esalazione linfatica, o secrezione abbondante dell' aracnoidea.

Non può descriversi precisamente il corso, che suol fare l'idrocefalo, mentre desso varia a seconda

delle cagioni, e dell'età, e temperamento del paziente. I bambini, che vengono alla luce con questa malattia muojono spesso nel tempo del parto per la compressione, che soffre il tumore in tal circostanza, ed altri muojono poco tempo dopo. Se i bambini affetti da Idrocefalo interno scampino la morte, presentano sempre una lesione delle funzioni del cervello attesa la compressione, che il medesimo ne soffre. Generalmente l'Idrocefalo interno è incurabile, nè si conoscono de' casi di guarigione, che in quello sopraggiunto dopo la nascita, che se si curi a tempo può alle volte esser rimediabile. Il tutto dipende per altro dalla cagione della malattia, e dal tempo, che il malato ne è affetto, poichè, se la causa possa rimuoversi, e la malattia non molto antica si potrà sperare la guarigione, e l'opposto poi sarà in caso contrario. Se si apra il cranio delle persone morte di quest' affezione, si osserva costantemente, che il cervello è piccolo, e compresso, fino a ridursi molte volte alla forma di una semplice lamina, o membrana. La cavità del cranio, ed i ventricoli stessi del cervello sono ripieni d'acqua, ed i vasi tutti di queste parti sono gonfj, e varicosi.

Per la cura è molto vantaggioso tutto ciò, che può allontanare dal capo l'umore contenuto, richiamando nelle parti esterne vicine una adattata irritazione. Quindi saranno molto utili i vescicanti alla testa, o alla nuca, dietro le orecchie ec. Uno dei rimedj molto raccomandati nell' idrocefalo interno è il mercurio amministrato in varie forme, ma specialmente il calomelano internamente nello stesso tempo, che si praticano le unzioni mercuriali esterne. Egli è inutile quì nuovamente il riflettere, che la prima indicazione della cura deve essere quella di attaccare direttamente la cagione del-

la malattia, richiamando in specie l'eruzione cutanea se dalla ritrocessione di essa sia stato prodotto l'idrocefalo. Riguardo alla punzione, che potrebbe forse aver luogo in alcuni casi, si è dessa trovata sempre dannosa qualunque sia stata la cautela usata nell'estrazione delle acque. Tra i rimedj annoverati come utili per la cura dell' Idrocefalo interno troviamo assai celebrati i purganti, e diaforetici, gli errini, e simili.

Coll' Idrocefalo interno dobbiamo congiungere ancora un' altra malattia, che ha con esso molta similitudine, cioè l' Idrope del Cervello così chiamata. Essa non differisce dall'idrocefalo interno se non perchè le acque sono radunate nei ventricoli stessi del Cervello. In questa malattia si distinguono da tutti i pratici tre periodi. Il primo periodo è quello, nel quale principia il dolore di testa, vomito, diarrea alle volte con febbre, e dolori dell' addome, Il paziente è abbattuto di forze, ed inquieto, ha le pupille dilatate, gli occhi spaventati, e spesso convulsi. Nel secondo il polso diviene lento, ed irregolare, e si aumentano tutti i sintomi descritti nel primo periodo, e principia il sopore. Nel terzo finalmente il polso s'impicciolisce, e diviene frequente. La pupilla si rende immobile, il globo dell' occhio si osserva estremamente convulso. Le convulsioni crescono enormemente in tutta la macchina, e si distinguono segnatamente nel polso. Sopraggiunge la paralisi, ed il malato soccombe dopo poco tempo.

L' idrope del Cervello può dipendere da cagioni tanto esterne, che interne. Tra le prime si annoverano generalmente le percosse sulla testa, e le cadute sulla medesima. Le ferite di testa possono eziandio produrla, e si osserva molte volte, che dessa non si manifesta, che molto tempo dopo la lesio-

sione esterna, che l'ha prodotta. Le cause poi interne possono essere molte. La retrocessione di una malattia esantematica come scarlattina, rosalia così detta, vajuoli l'hanno spesso costituita. Possono essere cagione di essa l'edema delle estremità inferiori, il vizio venereo, scrofoloso, scorbutico &c.

Generalmente l'idrope del Cervello riconosces da tutti i pratici di cura molto difficile, abbenchè vi sia il caso di averla veduta guarire naturalmente. Quello, che si può quì dire in generale si è, che allora vi sarà speranza di guarigione, quando la malattia sia nel suo principicipio, e dipenda da una cagione ben conosciuta, e che non sia impossibile a togliersi.

Per la cura si deve procurare di favorire le evacuazioni, e particolarmente quelle linfatiche. Convengono quindi i purganti, gli emetici, i diuretici i vescicanti, gli assorbenti ec.. Uno de medicamenti, che è stato trovato de più utili in questa malattia si è come nell' Idrocefalo interno il mercurio amministrato sotto varie forme, giacchè questo rimedio agisce distintamente sul sistema linfatico. Il calomelano, o mercurio dolce sembrano le preparazioni meglio indicate, che qualunque altra in quest' affezione. La salivazione, che spesso sopraggiunge è stata da alcuni creduta poter esser la causa della guarigione; ma abbiamo degli esempi d' Idrope del cervello guarita senza questo sintoma. Riguardo all' uso degli stimolanti sembra, che poco, o nulla abbiano essi luogo nella presente malattia, poscia che molti sostengono, che dessa sia di natura inflammatoria, e provano la loro proposizione colla sezione dei cadaveri de malati morti d' Idrope del cervello, nei quali si è trovata l'infiammazione delle meningi.

La spina bifida detta ancora *Idrorachitide* è un

malattia il più delle volte congenita, che può riferirsi all'Idrocefalo interno consistendo essa in un tumore nella parte posteriore della spina prodotto da una raccolta di acqua nel canale vertebrale, e che si osserva ordinariamente nelle vertebre lombari; ma qualche rara volta ancora nelle altre parti della spina.

I sintomi, che seco porta questa malattia sono un tumore circoscritto molle con fluttuazione, e che scomparisce sotto la compressione, poichè il fluido rientra nel canale vertebrale. Compresso il tumore si sente nel fondo di esso, che le vertebre sono divise, dal qual sintoma è nato il nome della malattia, e che la distingue dalle altre in questa parte. Essa è quasi sempre congiunta ad una consunzione generale del malato, e spesse volte ad una debolezza dell' estremità inferiori, la quale non di raro degenera in una vera paralisi.

Varj sono gli aspetti, che presenta questa malattia sì per quello riguarda l'apertura delle vertebre, come ancora per quello, che si appartiene alla qualità dell' umore contenuto, essendo esso non sempre chiaro, ma purulento, o mescolato col sangue. Si osserva frequentemente, che la spina bifida è rinnita con l' Idrocefalo, onde si è supposto, che in questi casi l' acqua discendesse dal cervello nel canale delle vertebre. L' Idrorachitide procede probabilmente dalla medesima causa dell'Idrocefalo interno mentre si trova come questo nei neonati, e si osservano come si è detto spesse volte congiunte queste due malattie. In quei casi, ne'quali si rinviene la spina bifida senza raccolta di acque, vi è ogni ragione di credere, che desse abbiano esistito dianzi, e poi siano per qualche cagione state riassorbite, determinate altrove.

Quello, che si sà di sicuro riguardo all' indole dell' Idrorachitide si è, che dessa è incurabile,

giacchè tutte le istorie, che abbiamo di tal malattia sono terminate infelicemente, e tutta l'arte del Cerusico può consistere nell' allontanare per quanto è possibile questo termine fatale, che spesso è molto sollecito, mentre se l'apertura sia grande, e prossima al capo il bambino o nasce morto, o muore poco tempo dopo, in caso diverso vive esso alcune settimane, e mesi, e si hanno ancora degli esempj varj se si debba prestar fede ad altri scrittori di persone vissute degli anni.

La cura proposta per la spina bifida o è radicale, o palliativa, alla quale conviene ricorrere, se, come spesso succede, non riesce la prima. La cura radicale consiste nel procurare l' evacuazione delle acque contenute nel tumore, e nella riunione delle ossa divise. Si è da qualcuno proposta l' apertura del tumore per dar esito alle acque, ma una tale operazione è stata sempre seguita da esito funesto qualunque sia stato il metodo adoperato, e quante siano state le cautele poste in opera a questo oggetto, come spesso suole terminare se il tumore venga anche ad aprirsi da se medesimo. Lo stesso possiamo dire della legatura del tumore da cui nascono delle convulsioni, che vengono in breve tempo seguite dalla morte dell'infermo, probabilmente perchè non è possibile di evitare nella legatura il comprenderci qualche ramo nervoso segnatamente della cauda equina. I rimedj applicati localmente per risolvere il tumore riescono per la maggior parte inefficaci, e la compressione porta seco il pericolo della rottura del tumore, ch'è come dicemmo mortale. Molti medicamenti sono stati proposti sì esternamente, come internamente per risolvere il medesimo, ed in particolare i purganti, diuretici ec.; ma niuno ha prodotto successo felice. Il setone, i fonticoli sono eziandio da-

nosi per l' apertura, che producono. Resta finalmente, che parliamo di due medicamenti proposti in questi ultimi tempi per l' Idrorachitide. Il primo è il mercurio dato internamente, e gli autori, che lo propongono si fondano sull'analogia esistente fra l' idrorachitide, e l' Idropisia del cervello, e idrocefalo interno, nelle quali malattie questo rimedio è molto giovevole. Altri suppongono, che il fuoco possa essere vantaggioso fondandosi sull' esito felice, che si ottiene da esso nel così detto capostorno degli animali domestici, che è prodotto pressochè nella medesima maniera, che l'idrorachitide. Non abbiamo per altro esperienze sufficienti per poter giudicare del valore dei due accennati rimedj in cotesta malattia.

Per quello, che riguarda la riunione delle vertebre, poco o nulla può fare il Cerusico per avere la parte contratta una congenita viziosa conformazione nello sviluppo entro l'utero materno, osservandosi ordinariamente lo scostamento delle vertebrali apofisi spinose, sebbene la loro riunione, seppur succede puossi ripetere dalle forze naturali, ciò non ostante il Professore non deve omettere la graduata laterale compressione sul luogo affetto, onde facilitare l'unione delle porzioni di vertebre allontanate; ma quello, che giovera poi più di ogni altra cosa, sarà di correggere il vizio interno, che può aver prodotto la malattia, la qual cosa se renderassi sotto il dominio dell' arte, non mancherà qualche volta di procurare un' esito felice. Così per esempio vi è ogni ragione di credere, che in caso che dessa riconosca un' origine venerea, gli antidoti necessarj a tempo amministrati dal Professore, ragioneranno dei buoni effetti.

Se la cura radicativa non riesce, come pur trop-

po quasi sempre accade, deve il Cerusico contentarsi di quella palliativa. Essa consiste, come abbiamo detto, nel tenere leggermente compresso il tumore acciò non cresca molto, e nell' istesso tempo difenderlo dall' aria, onde non s' infiammi, e si rompa. Si potrà riunire alla compressione l'uso dei topici astringenti, e spiritosi, i quali possono produrre anche la diminuzione del tumore, e qualcuno pretende che dessi abbiano anche guarito la malattia; ma essendo l'esperienza generalmente poco corrispondente a queste opinioni, sarà bene adoperare i detti rimedj con estrema cautela.

ARTICOLO II.

Delle Malattie degli Occhi.

Per dare un cert' ordine ai mali della testa principieremo dalle malattie degli occhi per passar poi a quelle delle orecchie, del naso, e della bocca &c. Parlando adunque delle affezioni degli occhi esporremo primieramente quelle delle vie lacrimali, indi quelle delle parti esterne del globo di cui si parla, e passeremo quindi alle malattie, le quali attaccano questo stesso in generale, ed alcune sue porzioni in particolare, terminando infine con quelle del nervo ottico.

Tra le malattie delle vie lagrimali hanno il primo luogo l'affezioni dei punti lagrimali, del condotto dello stesso nome, del sacco nasale, e quelle che attaccano la cellulare, e la cute sopra posta al detto sacco, le quali tutte impropriamente si conoscono col nome di *fistola lagrimale*.

L'affezione dei punti, e condotti lagrimali possono essere la loro ostruzione, o la loro paralisi, o finalmente l'obliterazione di essi prodotta segnata-

mente da ulceri vajolose. Queste affezioni indistintamente cagionano la lagrimazione, quale anche accompagna l'ostruzione del sacco nasale; ma non sempre le ultime accennate, cioè l'affezioni delle parti esterne, che lo ricuoprono, fra le quali ha il primo luogo il così detto *anchilope* tumore infiammatorio, che ivi sviluppasi, se questo però non sia prodotto dall' affezione di già esistente nel sacco nasale, altrimenti anche in esso vi si associa l'epifora, quale deve ripetersi dall' ostruzione di detto sacco, e non dall' esistenza dell' Anchilope. Se questo passa in suppurazione, o si esulcera lo che di sovente accade dicesi *egilope*, che neanche per se stesso produce la lagrimazione, ma se si vedono sortire le lagrime dall' ulcere stessa, è segno certo, che sia già corroso il sottoposto sacco nasale, ed allora è formata la vera fistola lagrimale, che consiste a propriamente parlare nella sortita delle lagrime dalle proprie vie all' esterno mediante un ulcera, che siasi formata nel sacco nasale, ed in tal caso chiamasi fistola lagrimale esterna; oppure alle volte questa ulcera essendo nata alla parte opposta di detto sacco, la quale abbia prodotto la carie dell' osso unguis, come qualche volta può accadere le lagrime in un colle materie sortono dalla narice corrispondente, caso il quale si distingue dal primo, chiamandosi fistola lagrimale interna, e a qualcuno è piaciuto aggiungerle il nome di *complicata*.

Riguardando noi le pocanzi accennate affezioni delle vie lagrimali per pure cagioni della vera fistola lagrimale dobbiamo dire essere di questa il sintoma caratteristisco l' aridezza nella narice corrispondente, se sia esterna, e la sortita per questa parte di marcia, e lagrime se sia interna.

Le cagioni dunque della fistola lagrimale, che noi consideriamo come altrettante malattie, le qua-

li possono causarla, ma altresì possono non produrla, si ristringono all'ostruzione delle vie lagrimali, e sotto un certo rapporto vi si può includere la dilatazione del sacco nasale detta ancora idropisia del sacco, o *ernia lagrimale*, perchè dessa alle volte dopo essere stata stimolata da replicati tentativi per la guarigione, s' infiamma, si esulcera, e può cagionare la vera fistola.

L'ostruzione di dette parti può nascere da causa interna, oppure esterna o locale. Tutti i vizj degli umori come venereo, scrofoloso, artritico, erpetico, vajoloso producendo l'infiammazione, o latumefazione nelle membrane delle vie lagrimali, si rendono cagione dell' impedito passaggio delle lagrime. Le contusioni, le fratture, la viziosa secrezione delle glandole meibomiane detta *oftalmia purulenta*, la soppressa traspirazione sono le cause esterne, o locali, che nel loro primo apparire, o consecutivamente formano l'ostacolo al libero passaggio delle lagrime, e rendonsi tante volte origine di una vera fistola lagrimale. La dilatazione del sacco nasale è ordinariamente la conseguenza di altri disordini in dette parti, li quali hanno cagionato la paralisia del medesimo per la prolungata distensione delle sue fibre. Il sacco nasale è in questo stato indolente, e più chiaro, ed il medesimo passa pel naso se si comprimono i dotti lagrimali. La prognosi di queste affezioni inclusivamente alla vera fistola lagrimale si deduce non solo dalla loro indole, rapporto alle cagioni che l'hanno prodotte, al tempo in cui si sono formate, ma eziandio dall' età, e temperamente del malato.

Se l'ostruzione proceda da un vizio degli umori il solo combattere questo cogli adattati rimedi generali e locali può rendersi sufficiente mezzo per guarire la malattia, come egualmente vedonsi in più

tica risolvere tante altre morbose località per esempio i ristringimenti nell' uretra &c. Se ad onta di aver praticato cotesto metodo curativo, non riesce di vincere la malattia, allora piuttosto di servirsi dei diversi specilli, ed altri istromenti inventati per deostruire le vie lagrimali, le varie injezioni immaginate a tale oggetto &c. si può ricorrere con miglior profitto all' operazione, abbenchè sono pochi i casi, in cui si rende necessaria.

Se una contusione, o frattura soltanto abbia prodotto la malattia, i mezzi da noi altrove indicati a tal oggetto, che servono a togliere l'irritazione della parte affetta saranno rimedj sufficienti per guarirla radicalmente. Se la viziosa separazione delle glandole Meibomiane sia la cagione dell'ostruzione, un unguento applicato localmente composto di butirro, tuzia preparata, bolo armeno, e precipitato bianco, o altro simile può eziandio condurre alla guarigione. L' amministrazione de' diaforetici di qualunque genere, allorchè per cagione riconosca la soppressa traspirazione ne produrrà efficacemente la dissipazione della malattia. Così dicasi di quella irritazione nelle vie lagrimali, che produce generalmente l'epifora, che dissipasi sotto l'uso di qualche emetico, o purgante per riconoscerne la sua origine da una saburra nelle prime vie. Il richiamare finalmente alla cute una malattia esantematica dalla medesima retrocessa sarà il metodo di cura conveniente, se dessa colla sua retrocessione abbia prodotto l'ostruzione nelle vie lagrimali.

L' atonia del sacco nasale difficilmente si superà, benchè si ricorra all' uso de' rimedj corroboranti, ed astringenti, come la tintura di cantarelle, l'alcoole, una soluzione di pietra infernale, di allume &c., unendovi eziandio una compressione sul sacco stesso per mezzo anche di adattati strumenti,

quindi è necessario in tal caso ricorrere all' operazione, della quale ci riportiamo a descriverne il manuale nell' ultimo volume.

Indispensabile poi si rende cotesta operazione nella vera fistola lagrimale se non sia riuscito guarirla con i rimedj accennati inclusivamente ai topici, come il sudescritto unguento, od altro adattato, giusta la cagione, che l' ha prodotta. La pratica per altro dei più recenti scrittori dimostra, che la vera fistola lagrimale esterna non di raro guarisce radicalmente coll' anzidetto metodo curativo.

Le palpebre sono soggette ad attaccarsi l'una, all' altra nei loro margini, e questa malattia dicesi *anchiloblefaro*. Siccome le palpebre possono non solamente essere aderenti fra loro, ma possono eziandio rimanere attaccate al globo dell' occhio così da molti professori di Chirurgia si distingue l'anchiloblefaro in due specie, una delle quali consiste nell' aderenza delle palpebre al globo dell'occhio, e l'altra nell' aderenza delle medesime fra di loro. Quest' ultima specie viene poi distinta in anchiloblefaro vero, e spurio, secondo che le palpebre sono riunite realmente, ovvero apparentemente per mezzo di un mucco denso, e tenace. Se desso sia spurio ognun vede, che la cura è così facile, e sicura, che non può essere l'oggetto della Chirurgia, e quindi noi diremo qualche cosa soltanto dell' Anchiloblefaro vero.

Questa malattia rare volte è generale, cioè quasi mai sono le palpebre riunite insieme per tutta l'estensione dei loro margini, giacchè il passaggio delle lagrime impedisce codesta loro totale riunione, e resta sempre uno spazio di una, o due linee che permette lo scolo delle medesime, la vista degli oggetti dirigendo gli occhi lateralmente, e così rimane spesso uno strabismo abituale, che continua anche dopo guarita la malattia.

L'anchiloblefaro riconosce per sua cagione una infiammazione, ed esulcerazione dei tarsi, che continui per un certo tempo, e produce l'aderenza dei medesimi. Lo stesso ha luogo eziandio quando l'aderenza esiste fra la faccia interna della palpebre, ed il globo dell' occhio, venendo la malattia egualmente prodotta dall' infiammazione, ed esulcerazione della superficie di quest' organo, e dell' interno delle palpebre non solamente per una causa esterna, ma ancora per una malattia preceduta, e segnatamente pel vajuolo, che suole essere una delle più frequenti cagioni di cotesta morbosa aderenza.

La cura dell' anchiloblefaro non è in se stessa nè difficile, nè pericolosa, trattandosi soltanto di dividere con un' istromento l'aderenza, che le palpebre hanno contratto fra loro, o col globo dell' occhio. L'unica precauzione da prendersi in questi casi si è di non offendere il globo stesso. A questo oggetto si adopera un bistorì piccolo, ed ottuso nell' estremità se l'anchiloblefaro sia imperfetto, ed insinuandolo nell' apertura, che resta fra le palpebre si viene facilmente a separare l'adesione delle medesime avvertendo per altro di non tenere la parte tagliente del bistorì verso il globo dell' occhio. Si può anche adoperare per questa operazione una piccola forbice, con la quale si rende in alcune circostanze anche più comoda.

Se per altro l'aderenza delle palpebre sia per tutta la loro lunghezza resta alquanto più difficile introdurvisi l'istromento necessario fra esse, ed il globo dell' occhio, dovendosi primamente procurare dividere la medesima al di fuori con la precauzione di non offendere il sottoposto globo, lo che otterrà se si scostano le palpebre fra loro, ma avvertirà di principiare il taglio in un angolo dell' occhio per evitare l'offesa della cornea lucida.

Qualora le palpebre siano riunite al globo dell' occhio oltre l'esserlo fra loro, l'operazione è molto più difficile, e di esito assai incerto, mentre oltre chè presenta non poca difficoltà nel separare l'aderenza delle palpebre con esso, questa facilmente si verrebbe a rinnovare attesa l' infiammazione, e suppurazione, che sieguono ordinariamente l'operazione, e di più si rende inutile la medesima, essendo comunemente il globo in uno stato tale, che si crede con fondamento impossibile la restituzione della vista.

L' anchiloblefaro di questa specie si riconosce facilmente se si osservi, che ambe le palpebre non possono scorrere sul globo dell' occhio, e che l'infermo non può muovere liberamente il medesimo. Tale aderenza è il prodotto di cagioni esterne, o interne, come l'altra, di cui abbiamo parlato, e si osserva di molte specie, e gradi; Per effettuare in questo caso la separazione delle palpebre col bistori senza offendere il globo merita questa tutta l'attenzione, quale deve consistere nel tenere le medesime, per quanto si può discoste dall' occhio. Se l' aderenza è assai forte, e molto estesa è malagevole il separarla, e se dessa abbia luogo sulla cornea lucida è quasi certo, che questa sia opaca, e quindi si rende come abbiam detto inutile l' operazione. Molti autori raccomandano per impedire la nuova aderenza delle palpebre di interporre fra le medesime, ed il globo delle foglie d' oro, o di quelle, che adoperano i battiloro; ma questi corpi estranei irritando l'occhio non servono che ad accrescerne l'infiammazione, ed il dolore. Più vantaggioso potrebbe forse essere il muovere continuamente l'occhio, e bagnare l'interno delle palpebre con qualche fluido emolliente a cui in seguito vi si può unire dell'estratto di Saturno, o qualche grano di canfora, op-

pure servirsi di un unguento di simil natura, ma l'esperienza c'insegna, che questi mezzj riescono il più delle volte inefficaci.

Oltre la concrezione sono soggette le palpebre a molte altre malattie, fra le quali si annoverano principalmente il loro rovesciamento, il prolasso, ed il lagoftalmo.

Il rovesciamento delle palpebre può essere di due specie, può cioè aver luogo all'infuori, o all'indentro. Il primo caso dicesi *ectropio*, ed il secondo *entropio*. L'ectropio, ossia il rovesciamento in fuori delle palpebre osservasi più frequentemente nella palpebra inferiore, e lascia l'occhio scoperto, ed esposto all'azione de' corpi esterni, oltre di che non si possono raccogliere le lacrime fra i due tarsi. La cagione più ordinaria di questa incomoda malattia sono le cicatrici della pelle della palpebra, o in vicinanza di essa, le quali producendo l'accorciamento della cute impediscono, che la palpebra possa ricuoprire l'occhio, ma può oltre di ciò nascere ancora la malattia da un tumore, o grossezza straordinaria della membrana interna della palpebra, la quale viene ad allontanare la medesima dall'occhio, ed a spingerla in basso. Può finalmente avere origine la malattia da una debolezza, o paralisi del muscolo orbicolare delle palpebre, e viene in conseguenza di oftalmia invecchiata, o nasce ancora spontaneamente nell'età avanzata.

Per la cura di questa malattia rare volte sono sufficienti i rimedj locali, ma ordinariamente si richiede una operazione. Per quello che riguarda l'uso dei medicamenti conviene riflettere in primo luogo alla cagione della malattia. Se dessa è nata per vizio della cute, come per esempio da un accorciamento della medesima prodotto da una cicatrice la cura sarà più difficile, che se dipenda da gonfiore della con-

giuntiva. I rimedj locali, che convengono in questo caso sono gli emollienti per ottenere il rilassamento della cute, e l'applicazione di alcune liste di ceroto agglutinante, le quali restando fissate alla palpebra inferiore, ed alla fronte la tengono sollevata, ma essendo questo metodo spesso inutile, o poco durevole il suo effetto, sarà meglio tagliare la cute esternamente, e tenendo poi discostati fra loro i labbri della ferita, procurare di ottenere una larga cicatrice, e così supplire al raccorciamento della cute. Questo taglio si principierà col bistourì facendo una piega alla palpebra, e si continuerà poi con piccole forbici secondo la direzione dell' orlo della medesima. Per tenere separati i labbri della ferita si adopereranno le piccole liste di ceroto fissate alla fronte, ed anche alla gota, se il bisogno lo richieda, ma questo metodo rare volte porta seco il desiderato effetto.

Più facile resta come si è detto la cura dell' ectropio qualora dipenda da un vizio della congiuntiva. Se questa sia tumefatta sarà spesso sufficiente il portar via colle forbici la gonfiezza, avvertendo indi di tener sempre sollevata la palpebra col ceroto agglutinante. Conviene quì riflettere, che molte volte non si rende neanche necessario il taglio, cedendo spesso il gonfiore al solo uso de' topici, come una leggiera soluzione di pietra caustica, o altri medicamenti di simil natura. Siccome per altro accade spesso, che questa specie di ectropio venga prodotta da un vizio interno della macchina, o da ritrocessione di malattia precedente nulla si otterrà dai rimedj locali, o dall' operazione, se nell' uno, ed altro caso non ci si riunisce insieme la cura interna adattata.

Finalmente l'ectropio procedente da paralisi, o inerzia della palpebra è una specie delle più diffi-

tili a guarirsi, ed è quasi sempre incurabile. L'applicazione dei topici stimolanti fra i quali viene particolarmente raccomandato dai pratici l'olio di finocchio, ed altri stimolanti di simil natura è il metodo il quale dev' essere posto in pratica, ma per altro rare volte è seguito da un esito felice.

L'entropio, o sia rovesciamento delle palpebre all'indentro produce ordinariamente l'irritazione del globo dell' occhio, essendo i tarsi rivolti verso la cornea opaca, e succedendo per conseguenza una confricazione delle ciglia contro il globo stesso. Questa malattia dipende per lo più da un rilassamento preternaturale della palpebra, e segnatamente de'suoi integumenti. Può essa nascere ancora da una mollezza dei tarsi, da cicatrici esistenti nella parte interna delle palpebre, e finalmente come si pretende da qualcuno anche da uno spasmo del muscolo orbicolare delle medesime.

Secondo la cagione, che riconosce l'affezione deve essere diretta la cura. Se l'entropio venga prodotto da rilassamento della cute della palpebra, è necessario rimediare al medesimo coi corroboranti adattati, e si potranno ancora adoperare dei caustici indicati, ma se questi non siano sufficienti farà di mestieri di recidere una porzione degl'integumenti delle palpebre formando una piega sulla medesima, e dopo riunire i due labbri della ferita mantenendoli a contatto con qualche ceroto agglutinante. Se poi il raccorciamento de'tarsi sia la cagione della malattia, si rimedierà a questa col recidere i medesimi trasversalmente senza per altro tagliare insieme la palpebra. I rimedj corroboranti converranno nel caso di rilassamento dei sudetti, e con questi ancora od antispasmodici si dovrà rimediare nei casi di entropio, nel quale venga esso prodotto da uno spasmo de muscoli delle palpebre.

Molt' analogia con l' entropio ha un' altra malattia dai pratici comunemente detta *Trichiasi* la quale consiste in un rivolgimento interno non della palpebra; ma soltanto delle ciglia, o anche dei tarsi stessi contro il globo dell' occhio. Questo difetto può aver luogo o in ambedue le palpebre, o in una sola di esse, e può interessare porzione, o tutto il ciglio. Questa malattia è molto molesta, giacchè l'irritazione continua, che producono le ciglia rivolte all' indentro sul globo dell' occhio cagiona sempre l'infiammazione del medesimo, delle pustole, e altri incomodi, dai quali non di rado siegue la perdita totale della vista.

La trichiasi accompagna comunemente l' entropio, ma allora deve essa piuttosto considerarsi come malattia sintomatica, o secondaria, che come malattia primaria, o idiopatica, e quindi non richiede un metodo di cura particolare. Spesso però la trichiasi costituisce una malattia per se medesima, e viene prodotta o da oftalmie croniche, da infiammazioni delle palpebre, e segnatamente dal vajuolo che attacca queste parti, e finalmente può la trichiasi esser cagionata da tumoretti, i quali nascendo in vicinanza dei tarsi vengano a spingere le ciglia in indentro.

Per la cura della trichiasi l'unico rimedio consiste nello strappare i peli nati obbliquamente, e impedire il loro rinascimento. Conviene però confessare, che quanto è facile la prima parte della cura, altrettanto è difficile la seconda. Per istrappare i peli si adopera una piccola pinzetta, con cui si svelle il pelo tenendo con le dita della mano sinistra ferma la palpebra. Ma siccome poco dopo svelte le ciglia in questo modo rinascono essendo vamente molti consigliano di fregare con qualche stico il luogo, dove esse sono state strappate, e

è a questo oggetto proposto l'uso dell' ammoniaca, del ferro rovente, della pietra infernale, e di simili rimedj; i quali però spesso non producono l'effetto bramato almeno senza applicarsi più volte; usando inoltre la cautela di non offendere il globo dell'occhio, e di lavare poi la parte cauterizzata con del latte, o altro emolliente. I moderni scrittori di Chirurgia per altro poco persuasi dell' efficacia di questi due metodi, cioè della depilazione, e del caustico ne hanno proposto un altro conosciuto già dagli antichi, e che consiste nel togliere una porzione d'integumenti della palpebra, onde venendo questa ad accorciarsi nella parte esterna i tarsi siano obbligati ad arrovesciarsi all' infuori, e si venga con questo mezzo ad impedire, che i peli si portino ad offendere la congiuntiva; ma in tal modo si potrà formare un ectropio.

Il prolasso della palpebra superiore è una malattia nella quale la palpebra continuamente abbassata ricopre la convessità del globo dell' occhio, e dà al paziente l'aspetto sonnachioso. Questa malattia si è chiamata ancora *ptosi*, *atoniatoblefaro*, *o blefaroptosi*. Il prolasso della palpebra superiore si distingue dall'anchiloblefaro, perchè nel prolasso si può con le dita sollevare la palpebra superiore, che non resta aderente all' inferiore come nell' anchiloblefaro. Un' effetto ordinario, che produce si è la deformità, la privazione della vista, e la disposizione allo strabismo se il prolasso non sia totale dirigendosi l'occhio da quella parte, dove la palpebra non è intieramente abbassata.

Varie sono le cagioni di cotesta malattia, ma le principali fra esse sono l'allungamento della cute della palpebra, e la paralisi del muscolo orbicolare, e secondo queste cause devesi diriggere il metodo di cura.

Se desso proceda da un preternaturale allungamento della palpebra superiore, come accade segnatamente nei casi di edema di queste parti, è duopo che deve curarsi con de' mezzi, i quali sieno atti a ristituire alla medesima il tono necessario, onde divenga capace a contrarsi, come nello stato sano, ovvero risolvere l'ingorgamento, che è la cagione della malattia. A questo oggetto vengono consigliati gli attonanti, come i bagni freddi, le cantarelle, ed anche la soluzione di pietra infernale. Alcuni Autori commendano ancora di stendere, e stirare con qualche forza per replicate volte la palpebra, ed asseriscono di averne ottenuta con questo mezzo la perfetta guarigione. Se dagl' indicati rimedj non si giunge a dissipare quest' incomodo rilassamento della palpebra superiore, è necessario ricorrere al taglio di quella porzione ridondante di cute, lo che si fa formando una piega trasversale della palpebra, e recidendo la medesima con la forbice riunendo la ferita con un ceroto adesivo, ed una fasciatura adattata. Quello che conviene quì osservare si è di portar via una porzione di cute, che non sia maggiore, o minore di quella che costituisce la malattia.

Qualora il prolasso dipenda da paralisi dell' elevatore della palpebra si deve tutta la cura dirigere a ristituire alle parti il tono, che hanno perduto col richiamarvi l'influsso de' spiriti animali. Questa specie di prolasso è di cura difficile, ed osservasi ordinariamente nelle persone di età avanzata. I rimedj, che in allora convengono sono i tonici locali, ed in particolare l' acqua fredda, i vescicanti le cantaridi, l' ammoniaca, e simili altri stimolanti, come la canfora &c. Molti hanno consigliato ancora la doccia sull' occipite, che spesso ha prodotto buoni effetti. Alcuni altri Scrittori hanno pensato che molte volte la cagione di questa paralisi fos-

un' affezione gastrica, particolarmente quando la malattia viene accompagnata da dolore di testa, sibilo delle orecchie, nausea &c. ed in questa circostanza hanno consigliato gli emetici, i purganti, e localmente i vescicanti alla nuca oltre i stimolanti topici già di sopra accennati.

Se finalmente il prolasso dipende da una contrazione spasmodica del muscolo orbicolare delle palpebre è chiaro, che la principale indicazione della cura deve consistere nell' uso interno, ed esterno degli antispasmodici. Conviene per altro riflettere, che la malattia in questi casi è comunemente sintomatica di altre malattie, come per esempio l' isterismo, l'ipocondria, e segnatamente del ballo di S. Vito. Ciò posto i rimedj locali sono di poco vantaggio, ma è necessario dirriggere la cura contro la malattia principale.

Il *Lagoftalmo* è un' affezione opposta al prolasso delle palpebre, poichè nel lagoftalmo il malato non può chiudere le medesime, ed è obbligato continuamente a tenere l' occhio scoperto. Siccome le palpebre non possono riunirsi ne viene, che le lagrime non prendono il loro corso naturale, e quindi ne siegue una continua lagrimazione. La luce affetta fortemente gli occhi del malato, e la vista si indebolisce, venendone ancora a soffrire il globo stesso mentre resta continuamente esposto all' azione dell' aria, e de' corpi esterni.

Due possono essere le cagioni della malattia, può cioè essa dipendere o da un gonfiore preternaturale del globo dell' occhio, ovvero da un raccorciamento della palpebra superiore, e questa seconda è la causa più frequente del lagoftalmo. Varie sono le cagioni, che producono codesto raccorciamento, e sono o uno spasmo de' muscoli, o un raccorciamento tanto di essi, quanto de' tegumenti co-

muni prodotto da una ferita, piaga, cicatrice, o altra cagione qualunque analoga.

Secondo queste varie cagioni deve diriggersi la cura della malattia. Se il lagoftalmo dipenda da una spasmodica contrazione de' muscoli palpebrali converranno unicamente i rimedj antispasmodici, e per mezzo di essi si otterrà facilmente la guarigione della medesima. Più difficile poi si renderà questa dipenda da una mancanza di tegumenti, o di sostanza muscolare, che obblighi la palpebra superiore a restare sollevata. In tal caso è stata proposta l'operazione consistente nel recidere le fibre muscolari, o quella porzione di tegumenti, la quale impedisce, che la palpebra si possa distendere sul globo dell' occhio. Ciò fatto si procura per mezzo di ceroti adesivi di tenere la palpebra applicata alla parte sottostante, affinchè riprenda la sua naturale situazione. Con questo mezzo si ottiene assai perfettamente la cura della malattia, poichè nel cicatrizarsi la ferita si viene nuovamente ad accollare la palpebra; non manca per altro cotesto metodo non di raro di produrre un qualche vantaggio.

I tumori delle palpebre sono di natura molto diversa fra loro, tanto se riguardiamo la loro sede quanto se consideriamo la sostanza della quale sono composti. Essi sono ordinariamente molto piccoli, duri, e pajono generalmente della stessa indole dei tumori cistici. Occupano talvolta ambedue le palpebre, e molte volte si osservano vicino gli occhi delle medesime, e più raramente hanno luogo per mezzo di esse. Quelli, che nascono sul margine delle palpebre vengono detti *orzajuolo*, e questo è un carattere molto più grave, ed incomodo di quelli dei tumori ordinarj degli altri punti delle palpebre essendo soggetto ad una infiammazione, che frequente è assai molesta particolarmente se dipende

una causa generale, o da un vizio della macchina. Si distingue eziandio fra i tumori delle palpebre quello, che sopraggiunge nella caruncula lacrimale, e che dipende dall' ingrossamento della medesima. Questo tumore dicesi *encantide*. Noi discorreremo di queste due specie di tumori particolari dopo avere parlato dei tumori delle palpebre propriamente detti.

Questi tumori sono della stessa natura dei tumori cistici, come si è già detto di sopra, quindi i sintomi, che l'accompagnano sono simili a quelli indicati, allorchè abbiamo parlato di codesta specie di tumori, ed il metodo di cura in altro non differisce, che riguardo al luogo, che dessi occupano. Ciò produce, che il sintoma il più incomodo dei medesimi si è il loro volume, che alle volte può essere alquanto considerabile, ed allora sono d' impedimento all' elevazione della palpebra superiore, se abbiano la loro sede nella medesima, come per lo più accade. Fuori di quest' incomodo, altro danno non producono questi tumori, non essendo per loro natura di pericolo alcuno.

La cura de' tumori delle palpebre è di due specie, ch' è quanto dire la risoluzione, e suppurazione, e la demolizione. I rimedj, che convengono per risolvere, o facilitare la suppurazione in questi tumori sono i medesimi, che abbiamo indicati per la cura de' tumori cistici, che si osservano in altre parti del corpo, e quindi i ceroti emollienti, o quelli leggermente stimolanti, come il diachilon, il mercuriale, ed altri simili medicamenti sono molte volte bastanti per promuoverne la risoluzione, o suppurazione, ma se ciò non accada come non di raro succede, non vi è altro rimedio, che quello di farne l'estirpazione. Per estirpare questa sorta di tumori si deve incidere la cute delle palpebre a seconda del-

le sue pieghe trasversali procurando di non offendere la sottoposta cisti, allora premendo un poco si viene facilmente ad ottenere l'uscita del tumore con tutta la cisti. Si medica indi la ferita con porzione di taffettà, o ceroto agglutinante, e si ottiene ordinariamente in pochissimo tempo la cicatrice, segnatamente se si abbia l'attenzione di far uscire prima il sangue piucchè è possibile. Qualora riconosca il Professore, che sia rimasta ancora qualche piccola durezza nella palpebra dipendente da una piccola porzione di cisti, che non sia stata estirpata, sarà bene di toccarla col caustico prima di riunire la ferita, abbenchè i più recenti Scrittori di Chirurgia siano di sentimento, che la suppurazione, che siegue l'estirpazione di questi tumori è per se sola bastante a distruggerne il residuo del tumore, o della cisti. Siccome questi tumoretti restano molte volte assai aderenti alla congiuntiva, ne viene, che si rende impossibile di estirparli senza portar via porzione della medesima, lo che produce un foro alla palpebra, che difficilmente cicatrizza. Per evitare quest' inconveniente alcuni recenti Autori di Chirurgia hanno proposto di farne l'estirpazione dalla parte interna rovesciando la palpebra, e così non si recide, che la congiuntiva lasciando intatta la pelle. Questo metodo però può riuscir facile nei tumori situati nel mezzo della palpebra, e non molto distanti dal tarso, ma se le palpebre sono infiammate, e irritate, se si aprono difficilmente, come ancora se il tumore sia molto distante dal tarso, o situato vicino le commissure delle medesime resterà assai difficile, ed anche impossibile, o pericoloso l'estirparlo dalla parte interna.

L'orzajuolo è parimenti un tumore delle palpebre, ma che merita di essere considerato separatamente. Esso differisce dagl' altri tumori, che si formano in

queste parti, perchè si presenta mai sempre in uno de' suoi margini. Questo tumore è piuttosto piccolo, e della grossezza di un grano d'orzo, dal che prende il suo nome. Alcuni moderni Scrittori distinguono tre stati nell' orzajuolo, cioè quello di infiammazione, di suppurazione, e di indurazione.

Se codesto tumore sia infiammato s'assomiglia ad un piccolo foruncolo, e produce ancora una infiammazione nelle palpebre, la quale per altro si va dissipando a poco a poco secondo, che desso viene a suppurare, o s'indurisce. In questo ultimo caso si rende incomodo per la sua mole, mentre impedisce il libero movimento delle palpebre.

Varie possono essere le cagioni della malattia, di cui parliamo. Esse distinguonsi comunemente in esterne, o locali, ed interne, o generali. Le prime sembrano essere le meno frequenti, ma non per questo non sono eziandio molte volte causa dell' orzajuolo. Le seconde possono essere le malattie interne, e particolarmente i vizj degli umori, o le impurità delle prime vie. Secondo queste cause deve esser diretto il sistema della cura, quindi non deve ristringersi ai soli topici, ma secondo la natura delle medesime dirigere la cura generale, e locale. Se dunque l'orzajuolo dipenda o da un vizio d'umori, o da qualche imbarazzo nelle prime strade, fa di mestieri in primo luogo rimediare a questi disordini, sì collo sbarazzare le vie per mezzo degli adattati rimedj, che praticando una cura interna, come abbiamo detto, la quale sia bastante a correggere la prava indole degli umori, che è la cagione della malattia. Per quello che s'appartiene alla cura locale della medesima qualora l'orzajuolo sia in uno stato infiammatorio, essendo questo tumore della stessa natura del foruncolo si dovranno adoperare presso a poco i medesimi rimedj, che si usano in esso,

quindi sul principio converranno particolarmente gli emollienti onde promuovere la suppurazione, essendo impossibile l'ottenere la risoluzione. Molti Scrittori per altro sostengono, che se si principia a curare la malattia prima che siasi realmente formato il tumore, ma non apparisca che sotto la forma di una piccola infiammazione della palpebra se ne possa ottenere la risoluzione, ed a quest' oggetto propongono i risolventi, e segnatamente l'applicazione del freddo. Ogni volta che siasi ottenuta la suppurazione dovrà procurarsi l'esito della marcia, adoperando ancora se fia di bisogno la lancetta, o il caustico per dare escita alla medesima, ed alla piccola cisti del tumore, la quale altrimenti ne produce con facilità la recidiva, ed a questo oggetto sarà ancora bene di premere alquanto il lembo del tumore per fare uscire il pus ivi contenuto. Non potendosi per altro alcune volte ottenere la suppurazione del tumore, o l'esito totale della marcia, rimane esso indurito, e produce gl' incomodi sopraccennati. In allora conviene ricorrere all' uso dei topici risolventi, come saturnini, o altri simili. Questi medicamenti possono essere utili sì risolvendo il tumore indurito, lo che per altro poco frequentemente accade; come ancora procurandone l'infiammazione, che passando in suppurazione può produrre la cura radicale.

Quando il tumore delle palpebre consiste in un preternaturale ingrossamento della caruncola lacrimale si chiama *encantide*. Questo tumore è rossastro, fungoso, del volume d'una nocciola: abbiamo per altro degli esempj, che sia cresciuto ad un volume molto maggiore. Esso è di ostacolo alle palpebre, onde possano chiudersi esattamente, impedisce l'assorbimento delle lagrime, ricuopre i punti lacrimali, e porzione della cornea trasparente, quindi

irrita continuamente l'occhio, e cagiona impedimento nella vista. Riconosconsi ordinariamente in Chirurgia due specie di encantide, la prima semplice, o benigna, e la seconda cancerosa, e si distinguono fra loro perchè la prima è poco dolorosa, e presenta l'aspetto ordinario de'tumori di questa natura. L'encantide cancerosa è all' opposto livida, dura, granulosa, versa del sangue al minimo contatto, produce un pus icoroso, e cagiona dei dolori forti, e lancinanti, che si estendono fino al fondo dell' orbita superiore, e su tutta la faccia.

L'encantide viene per ordinario causata dalle infiammazioni dell' occhio, e segnatamente da quelle, che attaccano la caruncola lacrimale; ma può ancora dipendere da cagione esterna, come per esempio qualche corpo estraneo, che irriti questa parte. Se l'encantide sia formata da codeste cause è per ordinario benigna, ossia della prima specie, ed è allora facilmente curabile o con la suppurazione, o con l'estirpazione. Quando poi essa sia di natura cancerosa, dipende in tal caso sempre da un vizio interno, e difficilmente cede all' uso de' rimedj; ma resta incurabile riproducendosi eziandio dopo l'estirpazione.

Se il tumore sia di natura semplice, o benigna si principierà la cura col rimuovere la cagione locale se dessa esista, in caso diverso si tratterà nella stessa maniera, che gli altri tumori cistici, applicando altresì qualche topico astringente, ed irritante, se poi si osservi, che desso passi in suppurazione sarà necessario dar esito alla marcia aprendolo con una lancetta.

Con tal metodo molte volte si ottiene la cura radicale della malattia, ma qualche rara volta accade, che il tumore diviene duro, indolente, e non cede ai rimedj indicati, ed in allora devesi nuces-

sariamente ricorrere all' estirpazione. Questa è una operazione assai facile, posciachè in altro non consiste, che nel sollevare il tumore con una erina acuta, e reciderlo con la forbice. Tutti i Pratici insegnano a questo proposito, che è ben fatto in tale operazione di non recidere troppo vicina la palpebra il tumore per non offendere o l'angolo della medesima, o i punti lacrimali, e quindi sarà assai meglio lasciarne ancora qualche piccola porzione aderente, che si può in appresso distruggere col caustico. Questo mezzo sarà eziandio giovevole per arrestare l'emorragia, la quale è alle volte considerabile, nè cede ad alcun altro rimedio. Stabilita la suppurazione si laverà l'occhio con qualche fluido astringente.

Riguardo all' encantide cancerosa è inutile ogni cura locale per ottenere la guarigione; poichè essa non cede che alla cura interna, la quale però rare volte è sufficiente a distruggere il vizio della macchina. Questa malattia si estende non di raro sino alla membrana pituitaria, ed alle ossa cagionando la carie. Se si può giungere a guarire la causa della malattia generale, l'estirpazione, ed il caustico potranno esser giovevoli, altrimenti converrà contentarsi della cura palliativa, che consiste ne' narcotici localmente applicati per diminuire i dolori. La legatura proposta da alcuni per l'estirpazione di questo tumore è al presente rigettata da tutti i Pratici, perchè dolorosa, difficile per non poter essere praticata se non che nel caso, in cui il tumore abbia una base molto stretta, e finalmente, perchè vi stano sovente delle appendici dette lippomatose che è impossibile allacciare colla legatura.

L'oftalmia è una delle più riguardevoli malattie fra quelle, che attaccano il globo dell'occhio. Essa è una delle più frequenti affezioni di questo

gano, e per conseguenza merita una particolare considerazione. Sotto il nome di oftalmia s'intende dai Cerusici l'infiammazione della parte interna delle palpebre, e del globo dell'occhio.

Questa malattia è di molte specie, ma noi riporteremo quì soltanto le principali, e quelle ammesse dai migliori pratici, che è quanto dire l'oftalmia semplice detta ancora *tarassi*, l'oftalmia sintomatica, o dipendente da un vizio delle prime vie, l'oftalmia sanguigna, l'oftalmia varicosa, l'acuta, o *chemosi*, l'oftalmia flemmonosa, e l'oftalmia venerea. Da tutte queste divisioni fatte dagli Autori, si vede, che la più adattata dell'oftalmia si è quella in acuta, e cronica, in idiopatica, e sintomatica, e noi siamo di sentimento, che questa sola divisione sia sufficiente per la pratica.

I sintomi, che seco porta la malattia sono varj secondo il grado, la sede, e le cagioni della medesima. Si osserva ordinariamente un rossore, e gonfiore nella congiuntiva, ed alle volte ancora nelle palpebre, l'occhio è molto sensibile alla luce, e sentesi nel medesimo un continuo prurito accompagnato da puntura, calore, e dolore, ora più forte, ora più mite. Il polso è duro, e di sovente febrile. Nello stato più violento dell'oftalmia, ossia nella chemosi la congiuntiva diviene gonfia tanto nella parte interna delle palpebre, quanto sulla stessa sclerotica, ed intorno la cornea lucida. Tutti questi sintomi variano per altro secondo il grado dell'infiammazione, ed in generale sono molto più intensi nell'oftalmia acuta, che nella cronica.

Le cagioni dell'oftalmia sono tante, e sì varie, ch'è quasi impossibile il numerarle tutte. Oltre le cause generali delle infiammazioni molte ne esistono particolari per l'occhio, e che meritano speciale attenzione. Queste si possono dividere in esterne,

ed interne. Alle esterne appartengono le percosse, o violenze esteriori, ed i corpi estranei, che irritano l'occhio, e la luce forte, l'applicazione portata troppo a lungo, e simili altre cagioni. Alle interne poi appartengono precisamente la retrocessione di umori morbosi, e la metastasi di altra malattia segnatamente esantemi, o impetigini, il vizio venereo, scrofoloso, erpetico &c. e così ancora varie altre malattie, che possono rendere male affetti gli occhi, o le parti vicine, come il vajuolo, la rosalia, ed altre simili. Una delle cagioni più comuni dell'oftalmia, e che merita molta attenzione si è il già nominato vizio venereo, ma è necessario in questo caso esattamente distinguere l'oftalmia dipendente da cotesto vizio generale, o lue confermata da quella, che nasce dalla gonorea retrocessa. Dalla diversità delle cause della malattia, si forma una prognosi diversa, ed un vario metodo di cura.

Per quello che appartiene alla prognosi dell'oftalmia sebbene generalmente parlando questa malattia non sia nè pericolosa, nè mortale, pure non per questo è alle volte dessa grave, e produce delle conseguenze considerabili. Se l'oftalmia è semplice si risolve facilmente, e non ha alcuna sequela pericosa, se per altro essa sia grave, o accompagnata da sintomi più forti, non è tanto facile la sua cura, nè tanto sicuro il suo esito. Due cose sono a nostro sentimento da considerarsi per formare una giusta prognosi di queste gravi oftalmie, primo cioè le cagioni, che l'hanno prodotte, e secondariamente le altre malattie, che possono esserne le conseguenze. Se la infiammazione dell'occhio venga cagionata da vizio venereo, scorbutico, scrofoloso, o da retrocessione di una qualche seria malattia segnatamente esantematica è chiaro, che dessa sarà

molto più grave, e di cura più difficile, che quando riconosca una cagione locale o esterna, o una pletora generale. Riguardo poi agli effetti dell' oftalmia se la medesima sia di quella specie capace a produrli, può lasciare nell' occhio dei vizj, che costituiscono delle malattie totalmente particolari, come le macchie della cornea, l'albugine, lo pterigio, l'ipopio &c., delle quali parlerassi a suo luogo, e ne può ancora venire la perdita totale della vista. Quello che devesi in generale riflettere secondo la nostra divisione si è, che l'oftalmia acuta è più grave, e pericolosa della cronica, ma che all' opposto questa è più difficile a guarirsi dell' altra. Riguardo poi all' oftalmia idiopatica, e sintomatica ognun vede, che trattandosi della prima dovrà esaminarsi il grado, e riferirlo a quello, cui la fà distinguere in acuta, o cronica, e parlando della seconda potrassi regolare la prognosi giusta la malattia principale.

La cura dell' oftalmia è forse delle più difficili fra quelle delle altre malattie degli occhi attesa la varietà, che presenta cotesta malattia stessa. La base generale della cura deve consistere nel procurare la risoluzione dell' infiammazione, se l' oftalmia sia idiopatica, e questo si ottiene con il metodo antiflogistico, di cui già si è parlato trattando delle infiammazioni in generale, quale anderemo adattando alla malattia di cui parliamo. Qualora poi l'oftalmia sia sintomatica, ovvero dipendente da altre malattie, la cura maggiore dovrà essere diretta secondo l'indole della malattia, che l'ha prodotta.

Nell' oftalmia idiopatica convengono quindi gli emollienti locali, la dieta tenue, ed i minorativi, se dessa è accompagnata da leggera febbre riesce di molto vantaggio una soluzione di sale ammoniaco, e tartaro emetico amministrata internamente.

Se poi la malattia dimostri un carattere più maligno, e non ceda ai metodi accennati si richiede l'uso dei salassi replicati secondo l'indole della medesima, ed il temperamento del paziente, a cui potrassi unire l'uso interno del nitro, e fintanto che esiste una vera infiammazione gli emollienti locali in forma di cataplasma, come quelli di polpa di mele, e di zucchero candido, le frequenti lavande dell'occhio con decotto di foglie di malva, ed altre simili si rendono molto giovevoli per il grado della oftalmia di cui si parla. Terminato questo grado della malattia si può passare all' uso dei collirj formati di decotto di malva, e pochissime goccie di spirito di vino, a questo finalmente si potrà unire secondo il consiglio dei migliori pratici l'uso dei vescicanti dietro le orecchie, o al collo, o anche nei casi più gravi il setone alla nuca, che viene da tutti riconosciuto per uno dei rimedj i più energici nelle gravi malattie degl' occhi. Nei casi di violenta oftalmia, o nel suo massimo grado detto da *mosi* possiamo eziandio ricorrere, oltre gli emollienti locali, ed i replicati salassi generali, a che ad una deplezione locale, o per mezzo di una quantità di sanguisughe applicate intorno all' orbita, o secondo il consiglio di alcuni pratici per delle sacrificazioni nella congiuntiva fatte con uno scopettino particolare inventato a questo oggetto. L'uso però di cotesto istromento porta sempre seco tali inconvenienti, che meritamente è stato proscritto, e se mai si rende necessaria la recisione dei vasi varicosi della congiuntiva si preferisce l' istromento tagliente, che dai recenti scrittori si crede uno dei rimedj più energici particolarmente nei casi di grave gonfiore della medesima, o nell' oftalmia così detta angolare.

Una delle cose principali, che deve aversi

mira nella cura dell' oftalmia si è quella di rimuovere come abbiamo detto le cagioni, che l'hanno prodotta, e quindi si dovrà avere riguardo particolare, affinchè il malato s' allontani da qualunque causa irritante l'organo della vista, e precisamente dalla forte luce.

Per quello che s'appartiene ai medicamenti locali nel primo stadio della malattia, ossia nel periodo infiammatorio, nulla vi è d'aggiungere a quanto abbiamo quì sopra detto, e secondo ancora le regole generali, che abbiamo dato parlando dell' infiammazione. Qualora poi sia calmato questo stadio, e continui tuttavia il male per una specie di debolezza della parte, si richiede necessariamente l'uso di qualche attonante, come le preparazioni di piombo, o di sali vitriolici, e perfino anche il laudano liquido. Il precipitato rosso, il vitriolo verde, il mercurio sotto varie forme si sono eziandio provati rimedj molto vantaggiosi nelle oftalmie inveterate. Non abbiamo quì bisogno di accennare, che nelle oftalmie prodotte dall' esistenza di corpi stranei nell' occhio, l'estrazione dei medesimi è il solo metodo conveniente per la cura della malattia, rendoci un emolliente locale per dissipare l'irritazione, che ivi si è formata.

Accennata così brevemente la cura dell'oftalmia idiopatica in generale rimangono alcuni avvertimenti necessarj da darsi sulle varie specie, e complicazioni della medesima, che esiggono un metodo di cura particolare, e che la possono rendere idiopatica, o sintomatica, come quì appresso vedremo.

Alcuni Autori ammettono l' oftalmia *gastrica*, cioè dipendente da saburra delle prime vie. Questa per altro non essendo, che sintomatica, si riconosce facilmente a segni gastrici coesistenti, e quindi è facile il metodo di cura procurando di to-

comunemente in due specie vale a dire in quella prodotta dalla retrocessione di una gonorrea, detta ancora da molti oftalmia *gonorroica*, ed in quella cagionata da una lue universale. La prima specie, o sia la gonorroica è acuta, e molte volte assai violenta, e siccome nasce in conseguenza della soppressione della gonorrea si è da molti considerata come la metastasi dell' umore gonorroico sull' occhio. Le conseguenze di questa oftalmia sono comunemente piuttosto gravi, poichè può nascerne o l' opacità della cornea, o la suppurazione dell' occhio. Il sintoma più costante di questa specie di oftalmia si è lo scolo dall' occhio di un umore di natura presso a poco simile a quello, che scola dall' uretra in occasione di blenorragia. Alcuni Autori sostengono, che non esiste realmente questa sorta di oftalmia, ma che essa ha luogo soltanto qualora si tocca l'occhio con le dita intrise nel fluido, che scola dall' uretra nella blenorragia, la maggior parte delle osservazioni sembra peraltro dimostrare il contrario.

Il metodo migliore per la cura di questa malattia si è quello di richiamare al più presto lo scolo, la di cui soppressione ha causato l'oftalmia; quindi molti consigliano l'uso delle candelette, le quali introdotte nell' uretra sono spesso sufficienti ad irritare la medesima in modo da riprodurne lo scolo gonorroico, il quale diminuisce considerabilmente l'infiammazione. Conviene per altro osservare, che il ritorno dello scolo non sempre ne produce la perfetta guarigione, ed inoltre, che l'uso delle candelette, o delle adattate injezioni in molti casi non è praticabile attesa la sensibilità troppo grande dell' uretra. In queste occasioni sarà meglio servirsi de' medicamenti generali, e locali alla parte affetta, come per esempio il salasso, e segnatamente dal piede, i derivativi di ogni specie,

bibite diluenti, ed i bagni detti pediluvj, onde richiamare il flusso gonorroico. Per quello che riguarda la cura locale si faranno delle lavande all' occhio, e si potrà mescolare nelle medesime una porzione di mercurio, eccetto, che nello stato infiammatorio, nel qual caso sarebbe imprudente l'amministrare questo rimedio sia localmente, sia internamente, o in frizioni, e quindi non si deve esso adoperare, che nel caso abbia la malattia preso un carattere cronico. Una delle cose, che si rende spesso necessaria nella oftalmia di questa specie si è la scarificazione, o il taglio della congiuntiva, radunandosi di frequente sotto la medesima la materia blenorrogica, che anzi viene ancora da molti consigliata l'apertura della cornea, se il pus si stravasi nella camera anteriore dell' occhio. In caso, che si creda poi necessario l'uso del mercurio, quello gommoso adoperato localmente in collirio sarà il rimedio più utile, ed adattato.

L'oftalmia venerea prodotta da una lue generale dicesi dagli Autori *oftalmia sifilitica*, e questa nasce ordinariamente dopo l'apparenza di molti sintomi di lue, come bubboni, ulceri, dolori venerei &c. Questa specie di oftalmia sembra simile alle altre, ma la coesistenza de' sintomi di lue venerea, l'ostinazione della malattia stessa, che non cede ai rimedj ordinarj, e spesso produce gravi conseguenze, sono segni sufficienti per farla distinguere dalle altre specie di oftalmia. Una delle conseguenze le più ordinarie dell' oftalmia sifilitica si è quella di produrre dei disordini nelle parti interne dell' occhio, dai quali nasce sovèntemente la perdita della vista.

La cura di cotesta malattia consiste nell' uso del mercurio, e questo medicamento guarisce facilmente l' oftalmia sifilitica, la quale non è che un;

sintoma della lue generale. Conviene per altro avere alcune particolari considerazioni nell' uso dell'anzidetto medicamento, posciachè non di raro il medesimo produce l'esacerbazione della malattia cagionando una troppo forte irritazione, e quindi siamo sovente obbligati a tralasciarne l'uso, e ricorrere ai debilitanti, anzi sarà molto prudente il premettere qualche salasso, e purgante alla cura mercuriale, come altresì l'amministrare internamente dell' opio, se la malattia è accompagnata da forte dolore.

Molto più difficile è il curare l'oftalmia sifilitica, quando la lue non sia ancora comparsa generalmente con i suoi ordinarj sintomi, o non vi siano segni di lue generale. Allora essendo difficile il conoscere la cagione della malattia è ancora malagevole il metodo di cura. L'esame esattissimo dell' affezione preceduta, e di tutto ciò, che riguarda la salute del malato, può solo dar qualche lume, ma un sintoma, che tutti gli Autori danno come sicuro, e caratteristico di questa specie di oftalmia, si è quello, che essa diviene più dolorosa durante la notte, come appunto accade in quasi tutti i sintomi di lue. Qualora il Cerusico dopo questi esami siasi assicurato della natura venerea della malattia, il mercurio, e segnatamente il gommoso sciolto nel latte, o il sublimato localmente, e questo, o altra preparazione internamente adoperata, sarà il rimedio conveniente, e unico per la medesima.

L'oftalmia *scrofolosa* è sempre riunita ai sintomi, che caratterizzano le scrofole, e quindi non è di diagnosi difficile. Essa è ordinariamente di carattere cronico come è appunto la malattia, che la produce, di cui n' è un sintoma, e non richiede altro metodo di cura, che quello, che si adopera generalmente contro le scrofole riunendovi sempre

qualche medicamento locale, che possa aver luogo senza essere opposto all' indicazione generale. Questa specie di oftalmia è ordinariamente di cura molto lunga, e difficile, e spesso produce dei disordini nell' occhio stesso, come ulceri, macchie della cornea, stafiloma &c. e perfino la perdita della vista. L'acqua di calce, e la China amministrata internamente sono i rimedj stimati i migliori in questa specie di oftalmia. A questi rimedj generali si potrà aggiungere localmente l'uso del vitriolo di marte, della tintura tebaica, l'antimonio, ed altri simili stimolanti, i quali si adattino ai diversi caratteri, che presenta la malattia medesima, come per esempio indicato sarà l'uso dell' acqua fredda, se conoscasi nella parte affetta un eccessivo sviluppo di calore.

Se l'oftalmia dipenda da un vizio erpetico dominante nella macchina sarà sempre accompagnata da una eruzione erpetica sul volto, o altrove, e molte volte si osserva, che l'oftalmia succede nei casi, in cui per mezzo di rimedj stimolanti, e ricercussivi siasi ottenuta la ritrocessione dell' Erpete. L'oftalmia erpetica è molto ostinata, e di raro guarisce perfettamente, portando seco sovente la caduta delle ciglia. Il metodo di cura conveniente in questa malattia consiste ne' rimedj generali adattati a guarire la cagione della medesima. I bagni otterranno il primo luogo, indi i diaforetici &c. Qualche autore protesta aver ricevuto molto vantaggio dall' uso dell' emetico, e dalle ulceri artefatte. Se tuttociò non basti nell' oftalmia prodotta da altre malattie cutanee retropulse come la *psora* si è anche tentata, ma inutilmente la nuova comparsa della malattia, mediante un replicato contagio, ma più efficace si è l'uso esterno del linimento formato di vitriolo bianco, fiori di solfo, bacche di lauro, ed olio di lino.

Una specie di oftalmia sintomatica assai ostinata, e grave si è quella prodotta dal vajuolo. Questa nasce ordinariamente quando molte pustole vajuolose si ritrovano sulle palpebre, l'ulcerazione delle medesime, che ne siegue, produce spesso la caduta delle ciglia, e tutto il metodo curativo della malattia si riduce a procurare di staccare le palpebre l'una dall' altra per mezzo dei collirj risolventi, e molti Autori consigliano ancora l' uso ripetuto de' purganti. Questi purganti vanno amministrati nel terzo, o quarto stadio della malattia, ed anche dopo finita la medesima. Fra essi principalmente ha luogo il calomelano, ed il vino antimoniato.

La suppurazione dell' occhio è una malattia, che nasce comunemente in seguito dell' oftalmia acuta, e che consiste nella formazione di una marcia densa, e biancastra tirante al giallo: abbenchè dai più recenti, i quali hanno scritto sulle malattie degli occhi, non venga quest' umore tenuto per vera marcia; ma piuttosto per una linfa concreta, e condensata prodotta dall' infiammazione stessa come vediamo aver luogo in molte infiammazioni di altre parti del corpo umano. Da molti Scrittori di Chirurgia si è dato a questa suppurazione il nome d' *ipopio* in qualunque parte dell' occhio si trovi la raccolta di materia purulenta. Altri per lo contrario hanno riserbato il nome d'ipopio soltanto per l'ascesso dell' interno dell' occhio, *onice* hanno chiamato la suppurazione, che accade fra le lamine della cornea, e finalmente la suppurazione di tutto il bulbo si è distinta col nome di *empiema* dell' occhio.

Noi accenneremo quì per maggior esattezza le cinque specie di suppurazione di quest' organo riportate dai più recenti Autori di Chirurgia, e la distinzione delle quali può essere di molto vantaggio per quello riguarda la cura della malattia.

La prima specie è quando la materia purulenta, che si forma si trova nella sostanza della congiuntiva, che investe la cornea, la seconda se essa si formi fra la cornea lucida, e la congiuntiva, che la ricuopre, la terza specie è quella, in cui la suppurazione accade fra le lamine della cornea stessa, la quarta è la suppurazione, che succede nella camera anteriore, e la quinta finalmente quella, che nasce nella camera posteriore. Di queste due ultime specie da qualche scrittore di Chirurgia se ne forma una soltanto riferibile all' ipopio; come egualmente noi diciamo potersi riunire le tre prime in una sola specie, essendone ben piccola la differenza, ed eguale la cura.

I sintomi della suppurazione dell'occhio sono varj secondo la sede della medesima. Se essa abbia luogo nella superficie esterna della cornea, si vede ineguale, e forma delle piccole prominenze in varj punti della medesima, e ciò nasce dall' alterazione della sostanza stessa della congiuntiva. Se la suppurazione esista fra le lamine della cornea, e la congiuntiva, che la ricuopre, la malattia comparisce sotto la forma di un ascesso, ch' è molto piccolo, bianco, ed acuminato. Qualora sia fra le lamine della cornea stessa, e che si è distinta da molti, come abbiamo detto col nome di onice, apparisce come la precedente sotto la figura di un tumoretto, o ascesso biancastro, ma assai più appianato di quello, che si forma fra la cornea, e la congiuntiva, ed alle volte cangia di luogo, e premendosi l'ascesso medesimo si osserva, che muta di figura. Ogni volta che la suppurazione esista nella camera anteriore, si vede spesso, che la materia occupa l'inferior parte di essa in forma di mezza luna, e non di raro si espande in tutta la camera anteriore ricoprendo affatto l'iride. Questa specie di suppura-

zione si trova unita con quella della camera posteriore, e questa è la più grave di tutte. I sintomi ordinarj, che accompagnano le suppurazioni, delle quali si è già parlato sono quelli, che dimostrano l'esistenza di questa particolare dell' occhio. In codesto ultimo caso molte volte si apre la cornea da se medesima dopo forti dolori, e con questo mezzo viene ad uscire la marcia insieme con l' umor acqueo, ed il cristallino, e soventemente ancora porzione del vitreo, ed il paziente perde intieramente la vista.

Due altre specie particolari di ipopio debbono essere eziandio menzionate, la prima delle quali si è quella chiamata ipopio spurio, che consiste nella formazione di un umore puriforme, che si genera da se stesso nell' occhio, senza che questa generazione di materia purulenta sia preceduta da alcuna oftalmia, e che quindi si è chiamata suppurazione falsa dell' occhio. La seconda specie si è l'ipopio metastatico così detto, il quale dipende dallo spargimento di un umore non puriforme, ma piuttosto dipendente dalla metastasi di un umore ritrocesso. Questa specie osservasi nelle puerpere vajuolose &c., ed esso è molte volte periodico.

La cagione più frequente dell' ipopio, o suppurazione dell' occhio è l'oftalmia acuta, ma come si è quì sopra accennato può esso ancora molte volte dipendere da un umore portato da altre parti per metastasi. Ciò ha luogo segnatamente per la retrocessione di quello vajuoloso, della tigna, morbo venereo &c., e può finalmente dipendere ancora dall' operazione della cataratta, e non raramente da violenza esterna esercitata sull' occhio.

Codesta malattia produce varj effetti secondo la sua sede. Se la suppurazione sia superficiale, la medesima non è di gran pericolo, anzi spesso gua-

risce naturalmente senza bisogno degli ajuti dell' arte, e ciò accade qualora esista la marcia nella sostanza della congiuntiva, o fra essa, e la cornea, ovvero fra le lamine della cornea stessa. Se poi la suppurazione esista nell' interno dell' occhio, allora la malattia è molto grave, e porta seco alle volte non solo la perdita della vista, ma ancora quella dell' occhio medesimo; anzi può eziandio se siano violenti i sintomi, porre in rischio la vita del malato, producendo delirj, convulsioni &c.

La cura della suppurazione dell' occhio, o dell' ipopio deve essere principalmente diretta secondo le cagioni, che l'hanno prodotta, e secondo le specie di essa. Giusta questi principj la cura deve consistere nel procurare di diminuire l'infiammazione se esista, e coadiuvare al riassorbimento della marcia, o dargli esito ogni volta che sia necessario. Questo si otterrà in primo luogo cogli emollienti locali passando in seguito agli attonanti, onde rianimare l'azione degli assorbenti, e procurare la risoluzione della marcia. L'operazione di aprire l'ascesso dell' occhio dovrà evitarsi per quanto è possibile, ma dovrà indispensabilmente praticarsi ne' casi, in cui si riconosca per consenso affetto il cerebro, e ponga in pericolo la vita del malato.

Per la prima indicazione si porranno in opera debilitanti, fra i quali ottengono il primo luogo salassi, supposto che esista ancora una vera infiammazione, i quali debbono essere tanto generali, quanto locali, ma questi riserbati per ultimi, cioè con delle coppe scarificate alla nuca, o con molte pignatte alle tempia. All' uso dei salassi si potrà unire quello de' minorativi adoperati secondo il temperamento, e lo stato del paziente. Nello stesso tempo sarà necessario di far uso de' sedativi locali, e questi saranno principalmente gli emollienti, come per

esempio, i decotti di fiori di malva, di radica di altea, i pomi bolliti, e simili. In seguito i vescicanti applicati dietro le orecchie, ed alla nuca saranno molto profittevoli tanto per derivare dall' occhio l'umore, quanto per facilitarne il riassorbimento. Qualora l'infiammazione sia cessata, o sia molto mite, si potrà passare all' uso degli attonanti, i quali serviranno alla seconda indicazione. In questo stadio della malattia si usa con molto vantaggio un infusione di fiori di malva, e poche goccie di spirito di vino, indi quest' ultimo si può unire ad una qualche decozione tonica. L'uso del vitriolo, e della canfora si stima in cotesto caso dai pratici molto vantaggioso. La decozione di china con l' estratto di Saturno è stata da altri consigliata come utile, e così ancora le decozioni di piante aromatiche, ed i sacchetti delle medesime erbe applicate alla parte.

Se ad onta di cotesti metodi il pus non venga riassorbito, o sia in troppa gran quantità, è necessario di dargli esito per mezzo dell' operazione. Molti Scrittori di Chirurgia sostengono, che sia meglio di lasciare, che la suppurazione venga da se stessa a formare l'apertura del piccolo ascesso, poichè l' esistenza delle marce non produce mai dolori violenti, e non è così facile dar esito alle medesime. Per altro si sono al presente riconosciute per insussistenti queste ragioni, ed i migliori pratici consigliano ne' casi, in cui come si è detto venga segnatamente affetto il sensorio comune, di ricorrere al più presto possibile all' operazione, molto più che l'apertura dell' ascesso fatta in tempo, è l'unico mezzo sicuro onde conservare la vista almeno in parte, e non rendere tanto deforme il globo dell' occhio. Una delle difficoltà, che s' incontrano in tale operazione si è quella, che dipende dalla densità della materia contenuta, e quindi varj metodi

sono stati proposti per dar esito alla medesima, segnatamente qualora essa si ritrovi nella camera posteriore. Noi non istaremo quì ad esaminare cotesti diversi processi, ma esporremo soltanto quello, che crediamo il più preferibile. Questo consiste nell'apertura della cornea trasparente. Tale apertura deve essere alquanto grande per dar esito alla marcia, che ordinariamente è assai densa, si fa questa apertura nella stessa maniera, che si opera per estrarre la lente cristallina nell' operazione della cataratta, vale a dire tagliando la cornea nella sua parte inferiore, ed allora la cicatrice non resta incontro alla pupilla, e non è d' impedimento alla vista. S' introdurrà il coltello ordinario da cateratta, e si taglierà la cornea nel luogo accennato. Non esce conforme il solito tutta la marcia nel momento dell' operazione, essendo essa il più delle volte assai densa, anzi secondo il consiglio di migliori pratici non è necessario, ma è piuttosto dannoso di affatigare l'occhio con delle injezioni, o compressioni, onde procurare l'esito della marcia, molto più che questa a poco a poco va ad escire da se medesima senza bisogno di alcun ajuto dell' arte. Altro non devesi fare dal Cerusico, che visitare spesso l'occhio, e se egli vede, che la ferita si sia chiusa, lo che si conosce dall' osservarsi la marcia nella camera anteriore, e dal non vedersi la medesima nell'apparecchio, si deve nuovamente riaprire la ferita con lo stesso metodo indicato.

Per terminare tutto ciò, che riguarda la suppurazione dell' occhio, fà di mestieri accennare il metodo curativo, che conviene nell' ipopio sintomatico, o altrimenti detto spurio.

L' ipopio sintomatico non richiede cura diversa da quella, che si pratica per la malattia principale. Le specie più comuni di questo ipopio sono la

venerea, la vajuolosa, l'artritica &c. Molte volte nasce ancora da deposizioni lattee, da quelle di mercurio, e in seguito di febbri acute. E' chiaro, che in cotesti casi il metodo di cura deve principalmente consistere nel togliere la cagione principale della malattia, non lasciando però nello stesso tempo di porre in uso i rimedj locali, e segnatamente l'operazione, se rendesi necessaria come abbiamo di sopra accennato.

L' Idroftalmia è una malattia consistente nella tumefazione dell' occhio con protuberanza prodotta dall' accumulamento di un umore, di cui esso è ripieno. Questo umore non è sempre l'umore acqueo, che per la sua troppa gran quantità distende la cornea lucida, ma è una degenerazione di tutti gli umori dell' occhio, e principalmente dell' umor vitreo, che muta consistenza diventando più fluido, e nello stesso tempo crescendo in quantità.

Sono state ammesse da' Professori varie specie di questa malattia secondo la qualità dell' umore, che costituisce la medesima, e secondo il luogo, ch' esso occupa. Quindi è, ch'è stata distinta l'idroftalmia in anteriore, e posteriore, la prima delle quali viene prodotta dall' umor acqueo, che si raduna in gran copia, ed allora la malattia dimostra esistere principalmente nella camera anteriore; poichè la cornea lucida più prominente, e distesa si presenta, non che più allontanata dalla pupilla. Se poi la medesima nasca da una maggior quantità dell' umore vitreo, il quale oltre di ciò muti consistenza, in tal caso l' idroftalmia viene detta posteriore, e si osserva l' iride spinta in avanti presso la cornea, e la pupilla immobile.

I sintomi, che accompagnano l' idroftalmia sono i seguenti. Se la malattia sia di natura cronica i suoi progressi sono assai lenti, e l'occhio non si

aumenta di volume, che insensibilmente. Sul principio sente il malato un senso di peso, e stiramento, e tensione nell' occhio. I moti del medesimo restano assai difficili, e la vista diviene egualmente offuscata. Il globo dell' occhio si mostra più gonfio, e più duro, che nello stato naturale. La pupilla diviene di maggior diametro, e non è più così sensibile, la lente cristallina principia col divenire opaca, ed indi ancora a sciogliersi, e quindi viene a mancare intieramente la vista, si accresce il dolore del globo dell' occhio, si tumefà straordinariamente, ed i dolori si propagano alle parti adiacenti, nasce un flusso di lagrime, la superficie della cornea restando esposta continuamente all' aria non potendo più essere ricoperta dalle palpebre, e venendo continuamente irritata dalle ciglia viene ad infiammarsi, e questo si unisce ancora ad accelerare la perdita della vista, se questa non sia già del tutto accaduta. L' infiammazione viene eziandio ad occupare il tarso della palpebra inferiore.

Le cagioni dell' idroftalmia sono molte, e varie, giacchè ad esse si possono riferire tutte le cause capaci di produrre una raccolta di umore acquoso in una data parte. Ordinariamente essa attacca i bambini di tenera età, e quelli più adulti, ma a preferenza coloro i quali sono dotati di un temperamento pituitoso, o vivono in luoghi, che favoriscono questa disposizione, come per esempio, in luoghi umidi. Le percosse esterne sull' occhio, e le infiammazioni del medesimo, segnatamente quelle nate da vizio interno, come per esempio, venereo, scorbutico, e scrofoloso sono sovente la cagione dell' idroftalmia. In generale può ammettersi per cagione prossima di questa malattia come appunto in tutte le raccolte di linfa, che accadono nelle varie parti del corpo umano, la mancanza di assorbimento dell' umore linfatico, e per con-

seguenza si può ripetere dallo stato viziato de' vasi assorbenti indeboliti, ristretti, ovvero ostrutti, che siano. Perciò alcuni Autori credono, che le cagioni del idroftalmia si possano ridurre a tre classi, cioè esse producono una ostruzione nell'occhio, o una debolezza, o finalmente uno stimolo maggiore del naturale.

La prognosi dell' idroftalmia è generalmente poco favorevole. La malattia è per se stessa molto grave, e di raro curabile, poichè per solito termina con la perdita totale della vista. L' opacità del cristallino, i vizj della retina, l'infiammazione del globo dell' occhio ne sono le conseguenze. Vi sono degli esempli d' idroftalmia degenerata in cancro, e di suppurazione prodotta dalla medesima, che hanno avuto per conseguenza la carie delle ossa del cranio. L' idroftalmia posteriore è generalmente assai più grave dell' anteriore. In genere la cura è assai difficile, e quasi impossibile si è il prevenire la recidiva.

Per la cura della malattia si sono proposti molti rimedj, ma sebbene generalmente essi riescono poco efficaci ciò non ostante crediamo necessario di far riflettere, che il calomelano amministrato internamente, ha agito mirabilmente in alcune malattie della stessa natura dell' idroftalmia, abbenchè non fossero conseguenza di affezione venerea; così ancora dicasi dell' uso interno della digitale purpurea, o della digitale epiglottide in questa malattia. I sali purgativi, gli emetici, i derivativi applicati alle parti vicine, come setone, vescicante &c. sono stati in essa distintamente raccomandati, ma non tutti sono sempre seguiti da successo fortunato. Può essere per altro di sommo vantaggio il richiamare alla cute una malattia esantematica retrocessa, o il combattere un vizio esistente nella macchina, quale si abbia il fondamento di credere essere stata la cagione della malat-

a. I collirj risolventi, i quali possono eccitare l'azio
de' vasi assorbenti in genere convengono nell'
roftalmia. La punzione della cornea è una ope-
zione creduta necessaria, e da molti praticata con
alche successo, secondo quello, che essi dicono,
per altro noi poniamo mente a quanto ne han-
detto i migliori pratici resteremo convinti, che
esta operazione non è sufficiente per guarire la
alattia, giacchè non è la sola quantità di umore
causa di essa, ma il vizio o nel medesimo, o nei
olidi. La punzione o taglio della cornea altro ef-
tto non produce, che quello di evacuare il glo-
o dell' occhio dando esito all' umore acqueo, ma
on restituisce al rimanente del medesimo quelle
ualità, di cui esso deve esser fornito, acciò l'occhio
ia in istato sano. I dolori si rendono alle volte
anto violenti, che il Professore si trova obbliga-
o ad aprire il tumore per dare qualche sollievo
paziente; essendo una cosa molto dannosa pel
alato di aspettare, che il tumore si apra na-
uralmente, mentre in cotesto caso la malattia fa-
bbe de' progressi, che potrebbero produrre delle
onseguenze pericolose, ed il malato soffrirebbe inu-
ilmente de' dolori molto violenti.

Riguardo alla maniera di praticare tale ope-
zione alcuni propongono di pungere la cornea,
questo per mezzo di un piccolo troicart, altri
edono miglior metodo quello d' incidere la scle-
tica stessa; noi per altro crediamo, che nell' idro-
lmia anteriore sia sufficiente l'apertura della cor-
a lucida, come abbiam detto per la suppurazione
ll'occhio; che se poi l' idroftalmia sia posterio-
, ed i dolori siano molto grandi, e che dai sin-
mi si comprenda essere alterata l' interna struttu-
dell' occhio, allora converrà vuotare il medesi-
tagliando circolarmente tutta la convessità del-

la cornea, e così impedire, che l'infiammazione si
paghi al cervello. L'incisione si principia da
golo esterno all'interno, servendosi del coltr
di cui si fa uso nell'operazione della catera
ed introdotto il medesimo si deprime, onde così
ga recisa tutta la circonferenza inferiore della
nea. Si alza indi il lembo di questa reciso,
taglia ancora superiormente. Portata via la co
trasparente, ed uscito l'umore, si medica la
con delle sfila, e dopo alcuni giorni si cicatri
lasciando una concavità, alla quale si rimedia
nendovi un occhio di vetro.

Può accadere, che in seguito di avere es
ta cotesta operazione si riempia l'occhio nuova
te, o che da questo s'innalzi della carne fung
la quale se non cede all'uso esterno della bella
o simili, per lo che si può dubitare dell'esi
za di carie nell'orbita, o che minacci la de
razione della parte in un cancro, ed in allora l'
pazione del globo dell'occhio non dovrassi p
esitare.

Il prolasso di quest'organo ha ricevuto var
mi, e si è detto *exoftalmia*, *etfalmoftosi*, *prol*
bulbo ec. Ma tutte queste denominazioni altro no
significano, se non che l'esito dell'occhio fuori del
la cavità dell'orbita. Molti Scrittori di Chirurgi
hanno confuso sotto queste denominazioni varie spe
cie di malattie totalmente diverse fra loro, quind
hanno compreso ancora sotto il nome di *exoftalm*
que' casi, ne'quali l'occhio gonfio straordinariamen
per caso di idroftalmia, staffiloma, o altre mal
tie, che l'accrescono di volume, è obbligato ad us
re dalla sua cavità, altri poi distinguono questi d
casi, riserbando il nome di exoftalmia a quell
ne quali l'occhio è obbligato ad uscire dalla ca
tà pel suo volume accresciuto morbosamente,

mando poi prolasso dell' occhio quei casi, in esso quantunque in istato sanissimo esce dall'orper una qualunque di quelle cagioni esterne, esporremo in seguito. Quando il globo dell'occ è uscito dall' orbita resta ordinariamente sultempia, o sulle guance, ed il malato perde la fadi vedere, quantunque osservansi de'casi, ne' li sebbene l' occhio sia uscito dall'orbita, e quinil nervo ottico, ed i muscoli siano molto stira. ciò non ostante resta un qualche grado di fadi visiva.

Gli Scrittori di Chirurgia ammettono comunemte tre cagioni del prolasso del bulbo, e sono percosse sulla testa, i colpi sull' occhio, e le rescenze nell' orbita stessa, se poi vogliamo conderare sotto il nome di exoftalmia ancora quei i in cui l' occhio esce dalla propria cavità per crescimento del suo volume, dovremo ammette per cause della malattia tutte quelle, che dano origine ad un ingrossamento preternaturale l bulbo. A queste cagioni possiamo aggiungere ora la paralisia de' muscoli retti dell' occhio, e può generare il prolasso del bulbo. Questa malati viene molto raramente prodotta dalle percosse olenti sulla testa, ma non è così della seconda cane della medesima. Non è raro, che i colpi sull' chio producano il prolasso del bulbo, e segnatante qualora essi siano dati con degli strumenti abtanza sottili per poter penetrare fra il globo dell' chio, e le pareti dell' orbita.

La malattia è varia secondo le diverse cagio, che l' hanno prodotta. Qualora sia dessa cagioa da percosse sul capo, non è necessario avvere, che queste offese se sono capaci di formare prolasso del bulbo, debbono necessariamente cotuire ancora degli altri sintomi assai più gravi,

e pericolosi. Nel caso, che il prolasso venga causato da una percossa sull' occhio stesso, secondo la natura di questa, converrà giudicare de pericolo della malattia. Ordinariamente in questi casi il globo dell' occhio soffre una forte contusione, e lo stesso accade nelle parti adiacenti, qual cosa deve essere presa in considerazione. Alcune volte resta porzione dello stromento, che ha costituito il prolasso, fra l' orbita, ed il globo, e può cagionare ivi de' gravi danni, e può per esempio forare l' orbita, e penetrare fino al cervello, e rendersi così molto pericoloso il caso, come ancora è grave se lo stromento penetri ne' seni mascellari, o nel naso. Riguardo poi al prolasso del bulbo, conseguenza del gonfiore dell' orbita stessa, sia esso nel tessuto cellulare, come per esempio un ascesso ec. sia nelle ossa, come un esostosi, il prolasso accade a poco, a poco, ed il pericolo è proporzionato alla natura della malattia, ma spesso termina essa con la perdita della vista, mentre nei casi di prolasso prodotto per violenze esterne essa molte volte si ricupera.

La cura del prolasso dell' occhio. consiste nel rimettere il globo nella sua naturale situazione, e mantenervelo per mezzo di una leggiera pressione. In genere poi ad oggetto di ciò conseguire saranno molto giovevoli delle faldelle di stoppa fina imbevute nel bianco d' uovo con un astringente, per esempio, un poco di allume, le quali si lascieranno per qualche giorno sopra le palpebre.

Non è peraltro sempre sufficiente il riporre il globo dell' occhio nella sua cavità se non si toglie nello stesso tempo la cagione prossima della malattia. Se cotesto prolasso sia stato prodotto da una causa locale, come per esempio, da un ingrossamento preternaturale, o scirrosità della glandola lagrima-

le, da un tumore di qualunque specie esistente nell' orbita stessa, da un ascesso nel seno mascellare ec. sarà necessario di procurare l'estirpazione di questi tumori, o l' apertura dei medesimi, senza di cui altrimenti si renderebbe inutile la reposizione del bulbo dell'occhio, ancorchè questa potesse effettuarsi. I rimedj locali, e generali dovranno essere adattati secondo il caso particolare, e giusta le regole generali altrove indicate. Ma se poi tali metodi divengano inutili converrà ricorrere all' estirpazione del bulbo dell' occhio.

Il ridurre il globo dell' occhio nella sua cavità non è un' operazione difficile, molto più se il prolasso sia recente. L' infiammazione però delle parti dell' occhio può essere una circostanza, che meriti tutta l' attenzione del Professore, che deve trattarla coi metodi adattati. Riguardo l' offese di dette parti dovranno esser curate nel miglior modo possibile prima di ricorrere all' estirpazione del bulbo, che rendesi necessaria qualora esso non possa ridursi, per le lacerazioni nate nelle parti che le trattengono nell'orbita, o perchè non possa togliersi come abbiamo detto quella cagione, che ha costituito a gradi il prolasso di quest' organo.

Le macchie della cornea sono in genere una opacità della medesima, la quale occupa o tutta, o porzione della sua superficie, non che alle volte l' intiera sostanza, quindi si sono dati dagli Autori vari nomi a questa specie di malattia chiamandosi *nebbia*, o *nebula* altrimenti *achlys* quando l'opacità della cornea è nel minimo grado possibile, *nuvoletta* si è detta allorchè dessa è alquanto maggiore, e finalmente si è dato il nome di *albuggine*, o *leucoma* ovvero *nephelium* all'opacità totale della cornea lucida, la quale acquista un color di creta bianca, e che impedisce intieramente il passaggio della luce;

e quindi produce la perdita totale della visione. Questa medesima macchia si è distinta col nome di *aigis* se congiunta alla medesima vi sia una qualche elevatezza. Dessa merita attenzione per non confonderla colla suppurazione in detta parte. Per altro questa distinzione sembra assai poco interessante, giacchè nulla essa porta di variazione nella natura della malattia, essendo sempre della medesima indole, nè presentando altra differenza, che quella, che nasce dalla maggiore, o minore estensione della medesima. La distinzione peraltro più recente, ed interessante pare esser quella, che si conosce col nome di leucoma, che consiste nella macchia prodotta da cicatrice nata in conseguenza di altra malattia, ed intendendo per albuggine quella macchia nella co nea lucida, che non si limita alla superficie di essa, come l'altre macchie, ma interessa tutta la sostanza della membrana, e che di frequente è prodotta dalla Chemosi.

E' pertanto eziandio di sommo vantaggio per la pratica il distinguere la qualità, e la posizione di coteste macchie. Se la macchia occupi una gran porzione della cornea lucida, e sia poco densa, tutto il danno, che può essa produrre si ristringe ad un certo offuscamento nella visione, e quindi il malato vede gli oggetti ricoperti da una nebbia senza per altro, che ne sia al medesimo impedita totalmente la percezione visuale, ma se all' opposto la macchia sia molto densa, ne forma la vera cecità, come per esempio nell' albuggine, e qualche volta nel leucoma giusta la sua situazione. Conviene ancora distinguere la posizione delle macchie stesse. Se queste restino dirimpetto precisamente alla pupilla, quantunque occupino soltanto una porzione della cornea trasparente, impediranno ciò non ostante la visione, e questo accaderà molto più nelle

gran luce, che nell' oscurità, poichè nel primo caso la pupilla è molto più ristretta, e quindi minor superficie opaca della cornea si ricerca per ricoprirla intieramente. Così ancora più impediranno la vista le macchie superiori della cornea, che le inferiori, e finalmente è ben chiaro, che le macchie della cornea situate lateralmente alla pupilla produrranno una vista oblunga, o strabismo.

Alcuni Scrittori di Chirurgia distinguono ancora coteste macchie secondo la loro circonferenza. A questo riferiscesi quella specie di difetto degli occhi detto *arco senile*, che consiste nell' opacità del suo orlo inferiore, che presenta una figura semilunare, ed allora la cornea si osserva più piccola del naturale.

Le cagioni delle diverse specie accennate delle macchie della cornea lucida sono varie, l'oftalmia acuta, o cronica, le cicatrici prodotte da ferite, o da ulceri della medesima, e finalmente i vizj degli umori, come il venereo, lo scorbutico, lo scrofuloso, i quali o si complicano coll' oftalmia, o si rendono assoluta causa delle medesime. Questa malattia ordinariamente consiste nell'ingrossamento delle lamine della cornea, o in una specie di callo, ovvero in uno stravaso di un denso umore linfatico fra le sue lamine, o arrestato nei suoi piccoli vasi.

Per quello riguarda l'esito della malattia il tutto dipende dalle sue cause, e dal tempo, che l'occhio ne è affetto. Egli è certo in generale, che saranno incurabili quelle macchie della cornea, le quali dipendono da una cicatrice della medesima causata da un ulcera, o da una ferita, che interessando la sostanza stessa della cornea non possono mai cancellarsi, mentre all' opposto saranno facili a guarirsi quelle macchie, che dipendono da qualche vizio interno, qualora si pratichi una cura adat-

tata. Riguardo all' effetto poi, che esse producono dobbiamo distinguere il sito, che occupano, e la loro grandezza, mentre alcune cagioneranno come abbiamo detto la cecità totale, altre lo strabismo, ed altre finalmente saranno di poco, o niun impedimento alla vista. Se la macchia della cornea lucida non sia, che un semplice offuscamento, che rimane dopo l' oftalmia, è di guarigione assai facile, anzi spesso non ha bisogno di rimedio alcuno, ma non è così dell'albuggine, della nuvoletta, le quali, e segnatamente la prima, sono molto difficili a svanire. Se la malattia sia recente, ed il soggetto giovane generalmente dessa è di cura molto più facile, che in circostanze opposte, quindi le macchie, che sopraggiungono ai bambini si guariscono con somma facilità. Molto ancora può influire sull'esito della cura la profondità della macchia, ma in generale la guarigione di cotesta malattia è quasi sempre molto difficile, e lunga.

Il metodo, che conviene in simili casi è molto diverso secondo che la malattia è locale o generale, giusta la sua cagione, ed a tenore del diverso stato di essa, quindi nell'apprestare i rimedj dovrà aversi riguardo a tutti questi punti principali, e particolarmente, sempre ripetiamo, amministrando i rimedj interni, qualora interna sia la causa della medesima. Infiniti rimedj sono stati proposti localmente, ma per solito non sono essi sempre seguiti da effetto vantaggioso. Fra questi possono aver luogo gli emollienti se la qualità delle macchie, e l' irritazione del globo dell'occhio li richiedano, altrimenti devono prescieglersi gli stimolanti, fra i quali si raccomanda il mercurio in tutte le sue più forti preparazioni inclusivamente al sublimato corrosivo, come ancora il vetriolo, ma particolarmente il borace, il sale ammoniaco

sciolto nell' acqua di calce, un unguento formato di butirro recente, tuzia preparata, sale ammoniaco, mercurio dolce, e tanti altri simili, i quali se producono una irritazione forte nell'occhio, si fa cessare per mezzo degli emollienti locali. Conviene per altro confessare, che ad onta degli elogi, che sono stati dati a cotesti rimedj dagli Autori stessi, che li hanno proposti, non sempre essi corrispondono all' espettazione di chi li adopera. Adottato quel sistema di cura locale secondo lo stato della macchia, sarà bene contemporaneamente amministrare per bocca come risolvente in qualunque caso di essa una mite preparazione mercuriale, o antimoniale con l' estratto di qualche pianta, che si creda dal Professore adattata alla cagione se esiste, la quale può aver prodotta la malattia. Alcune volte localmente saranno anche necessarj dei rimedj irritanti, e perfino molti hanno consigliato ancora in alcuni casi l' uso dei caustici per formare un ulcera, che si raccomanda di tenere aperta fino che non diminuisca la macchia stessa.

Si è trovato altre volte molto utile il metodo di formare una pupilla artificiale, qualora sia ricoperta la pupilla naturale dalla macchia della cornea, e questo si pratica sollevando la cornea, e reciendo una porzione dell' iride, ovvero distaccandola nel suo lembo. Se alla macchia della cornea corrispondono de' vasi varicosi della congiuntiva, molti Professori hanno creduto utile il reciderli con una forbice, ed è certo, che il più delle volte quest' operazione ha prodotto in pochi giorni lo svanimento della macchia. Altri pretendono, che raschiando queste macchie possa attenuarsi a modo la cornea da ristituire la vista al primo stato, ma questo metodo poco viene approvato da' migliori pratici poichè la cicatrice dopo tale operazione ne viene

a formare una nuova opacità nella cornea lucida, e quindi rimane lo stesso difetto.

Questa parte dell' occhio può essere anche male affetta da ulceri, che sebbene noi ne abbiamo parlato in generale della cura trattando delle medesime ciò non ostante quelle della cornea lucida meritano essere considerate particolarmente. Esse hanno luogo comunemente in conseguenza di una oftalmia acuta, la quale produce in questa parte la suppurazione. Codeste ulceri possono causare dei gravi danni, posciache se si lascino molto tempo senza apprestarle gli adattati rimedj, o se questi non siano convenienti, possono estendersi molto, e cagionare non solo l'opacità della cornea per la cicatrice, che lasciano; ma eziandio possono consumare tutta la sostanza della medesima, e formare un' apertura, da cui esce in un coll' umor acqueo l'iride stessa.

Per la cura di queste ulceri conviene avere molto riguardo al grado dell'oftalmia. Se l'ulcera della cornea lucida venga accompagnata ancora da un grado violento di oftalmia è giusto, che a questa si debba diriggere tutta l'indicazione curativa tentandone la risoluzione; ma se all'opposto quest'oftalmia sia molto diminuita nella sua forza, o per meglio dire sia dissipato il vero stadio inflammatorio, è indispensabile il credere, che dessa venga piuttosto mantenuta dall' irritazione prodotta dall' ulcera stessa, e che quindi guarita questa venga a risolversi per conseguenza anche l'oftalmia. In tale circostanza il metodo curativo più adattato si è quello dell' uso dei rimedj stimolanti, che agiscono in special modo come risolventi, fra i quali hanno luogo in particolare le preparazioni vitrioliche, di cui già abbiamo parlato trattando delle altre malattie degli occhj. Gli Autori più recenti per altro sono di sentimento, che il caustico sia il rimedio il più ener-

gico, e il più attivo per impedire i cattivi effetti di tali ulceri, e guarirle radicalmente. Il miglior caustico d' adoperarsi in questi casi si è la pietra infernale, con cui deve replicate volte toccarsi la superficie dell' ulcere, fino che si formi la cicatrice, e ciò si eseguisce facendo tenere sollevata la palpebra per mezzo di un adattato istromento. La cautela da usarsi in questo metodo si è principalmente quella di non prolungare di troppo l' uso del caustico, e di non servirsene troppo frequentemente, onde si abbia a produrre nuovamente l' oftalmia, che verrebbe a rendere la malattia stessa più ribelle, e di più difficile guarigione. Dopo applicato il caustico essendo l'ulcere prossima alla guarigione si potrà far uso, invece del medesimo, di qualche collirio stimolante, per esempio, vitriolico ec.

Lo *Pterigio* nominato ancora da molti autori *Pannus*, *Ungula*, ec. consiste nell'ingrossamento, e talvolta indurimento della congiuntiva, la quale forma nell' angolo interno dell' occhio, o nel suo angolo esterno una specie di membrana falsa di figura triangolare, la di cui punta si avanza sulla cornea trasparente, ed alle volte arriva fino incontro alla pupilla, egli è raro per altro questo ultimo caso, poichè niuno diviene cieco per codesta malattia. La parte interna della congiuntiva è quella, che ne è più sovente affetta: si osservano alcune volte due pterigj in uno stesso occhio, alle volte fino a quattro, e finalmente non sono rari i casi, ne' quali lo pterigio attacchi i due occhi insieme, osservandone ancora due per ciascheduno.

Il dolore, che seco porta questa malattia è ordinariamente assai mite, ma quello, che dessa produce d'incomodo si è l'impedimento, che cagiona ne' moti dell' occhio, e l' oscurità, che porta nella visione. Lo pterigio è per solito di colore rosso pal-

lido, e questo è quello, che si è chiamato *Ungis* dagli antichi Chirurghi. Ma non di raro è rosso, ed allora la congiuntiva è infiammata, ed i vasi della medesima sono varicosi.

I più recenti Autori distinguono una specie di ptèrigio detto *adiposo*, e sotto questo nome intendono un'escrescenza, che presenta l'aspetto di un tubercolo molle, indolente, di color giallo, e simile al grasso. Questa specie di pterigio non è molto voluminosa, ed è conforme il solito situata sulla superficie della cornea verso l'angolo esterno dell'occhio. Il carattere più deciso di esso si è quello, che si può molto facilmente prendere con la pinzetta questa falsa membrana, o tumoretto, lo che non accade punto negli altri tumori della cornea opaca i quali sono molto aderenti alla medesima. Nello Pterigio poi così detto vero, il quale interessa la congiuntiva, che ricopre la cornea lucida questa o in tutto, o in parte è quasi sempre opaca, a seconda della sua estensione produce l'indebolimento della vista.

Riguardo alle cagioni della malattia sono assai varie le opinioni degli Autori, ma tutti convengono, che la più ordinaria si è l'oftalmia cronica, e segnatamente quella dipendente da causa venerea, e si può in generale convenire, che dessa viene prodotta dalle medesime cagioni, che abbiamo accennato essere quelle delle macchie della cornea. Alcuni hanno preteso, che lo pterigio consista nella formazione di una membrana preternaturale, che nasca dalla caruncole lacrimali, e si estenda fino sulla cornea trasparente, ma i più recenti Scrittori sono di sentimento contrario, molto più che il medesimo spesso accade nell' angolo esterno dell'occhio, e quindi vedendosi comunemente, che l'oftalmia è la cagione più ordinaria di cotesta malattia tutto induce a crede-

, che dessa in altro non consista, che in una *pseu-*
membrana, la quale si sia formata per mezzo di
a condensazione degli umori nella congiuntiva di-
ndente particolarmente da una depravazione de'
desimi, osservandosi quasi sempre, che il vizio
erco, scrofoloso, scorbutico, erpetico &c. sono
isa dell' oftalmia, che ha prodotto lo pterigio. Noi
diamo, che questa oftalmia non abbia sempre pre-
tato un carattere cronico, poichè sappiamo, che
pseudo-membrane si formano in altre parti del
rpo umano in seguito d'intense infiammazioni.

La terminazione dello pterigio è per ordinario
ice se intraprendesi la cura nel suo principio, al-
menti richiedesi necessariamente l'operazione. Es-
può rimanere per lungo tempo nello stesso stato
nza produrre de' grandi inconvenienti, e special-
nte senza essere molto doloroso, ma quanto più
recente, e poco esteso, tanto più facile ne è la
ra. Se poi la malattia sia avanzata, è assai diffi-
le a guarirsi, e spesso affatto incurabile. Ogni vol-
che dessa dipenda da un vizio generale sarà più
cilmente curabile, che quella prodotta da un vizio
zale, che cagiona una specie di disorganizzazione
la parte. Sarà ancora di cura molto più difficile
l pterigio, qualora vi si unisca all' addensata con-
ntiva non il rilasciamento della medesima, ma
a immobilità sulla parte, che occupa, e segnata-
nte se questa sia sulla cornea lucida.

Per la cura dello pterigio dobbiamo distinguere
a cura generale, e quella locale, che si effettua per
ezzo dei rimedj, o coll' operazione. I rimedj, che
ono indicati per la cura generale della malattia sono
uelli particolarmente adattati a togliere il vizio ge-
erale, che ha prodotto la medesima, e quindi avran-
no il primo luogo i mercuriali nel pterigio dipen-
dente da causa venerea, gli antiscorbutici in quello

che riconosce una cagione scorbutica &c. I medicamenti topici, che convengono in cotesti casi sono generalmente i medesimi, che si sono indicati parlando delle macchie della cornea, e precisamente i caustici, come una soluzione debole di pietra infernale, o di pietra caustica, il butirro detto d'antimonio: i primi de' quali potranno adoperarsi in seguito anche in dose alquanto forte, e per molto tempo, mentre l'occhio in tale circostanza è molto meno sensibile dell'ordinario. Il mezzo di applicarli sarà quello di servirsi di un pennello, che si passi fra la congiuntiva, e la palpebra, e se l'irritazione sarà forte si potrà dopo far uso di un qualche emolliente; ma per ciò prevenire basta talvolta passare subito un altro pennellino intinto nel latte sulla medesima parte.

Se poi cotesto metodo non sia sufficiente per risolvere lo pterigio sarà necessario ricorrere all'operazione. Questa si pratica nel modo seguente. Soduto il malato, ed appoggiato con la testa indietro si fa da un assistente sollevare la palpebra superiore, ed abbassare l' inferiore, allora il Professore deve prendere con un pajo di pinzette lo pterigio nella sua base, e sollevandolo colle medesime si deve recidere o per mezzo di un coltellino adattato ovvero colla forbice curva. Fatto il primo taglio si deve tener sempre sollevato per mezzo delle pinzette, e quindi staccarlo a poco a poco dalla congiuntiva col medesimo coltello fino che si può, ed infine si separa totalmente. Per fare quest' operazione è necessario di procedere con molta cautela, onde prevenire l' offesa delle parti sottoposte, e segnatamente della cornea lucida, ove piuttosto si lascia, che offendere la sostanza della medesima.

Non convengono gli Scrittori di Chirurgia sul metodo di praticare codesta operazione, credendo

lcuni migliore il principiare a distaccare lo pteri-
gio dalla parte dell'apice, altri da quella della ba-
se. Il secondo metodo sembra il più facile, ed il
più sicuro, essendo ordinariamente lo pterigio me-
no aderente nella sua base, e molto più mobile, e
questo punto di maggior mobilità è quello, che de-
vesi scegliere. Se facciasi con questo metodo l'ope-
razione ancorchè rimanga qualche piccola porzione
dell' addensata membrana, si dissipa da se medesi-
ma, ed ancorchè resti opaca quella porzione della
cornea lucida, alla quale è dessa aderente, questo
inconveniente non è da porsi molto a calcolo, nè
deve il Cerusico per tal motivo astenersi dal pra-
ticare l' operazione con un metodo assai più facile,
che è quello di cominciare a recidere lo pterigio
come abbiam detto nel suo punto più mobile. Egli
è certo però, che da qualunque parte si principi
l'operazione una conseguenza della medesima si è,
che il punto della cornea, se va ricoperta dal pte-
rigio, rimane sempre opaca per la cicatrice, che la-
scia tale operazione. All' oggetto di ovviare a cote-
sto inconveniente si è proposto di tagliare circolar-
mente la congiuntiva, che ricuopre tutta la cornea
lucida una mezza linea distante da questa, o che si
eseguisce per mezzo della forbice a cucchiajo, ed
un pajo di pinzette adattate. In seguito si separa
tutta la congiuntiva, che ricuopre la detta cornea
lucida, e si ottiene l'intento; si è creduto poter
conseguire il medesimo col taglio de' soli vasi san-
guigni, che si trovano sparsi sul bianco dell' oc-
chio, senza offendere la sclerotica. Se siasi distac-
cato lo pterigio come abbiamo di sopra accennato
mediante il taglio di esso, allora l' emoragia, che
l'accompagna sembra bene spesso essere di qualche
riguardo, ma non è necessario di fermarla. La piaga
va in appresso medicata con delle stuella di sfila

imbevute in qualche emolliente sul principio passando in seguito agli attonanti secondo lo stato della medesima, fra i quali è molto raccomandato un miscuglio di bianco d' uovo, e vitriolo bianco, che può servire ancora a dissipare qualche leggiera opacità rimasta nella cornea lucida.

Lo pterigio adiposo, di cui si è di sopra parlato non richiede un metodo diverso di cura, eccetto che è necessario far uso di un qualche caustico locale dopo che è stato estirpato, e segnatamente della pietra infernale. Lo stato in seguito dell' occhio dovrà decidere il Professore sul metodo di cura da praticarsi.

Lo *Staffiloma* viene definito comunemente l'ingrossamento della cornea lucida, o della sclerotica. Questa malattia differisce dall' albuggine, perchè è accompagnata da una prominenza della cornea molto maggiore, e spesso viene a portar seco la perdita della vista. Due specie distinguonsi generalmente di staffiloma, e sono quello della cornea, e quello della sclerotica. Lo staffiloma della cornea forma un tumore duro, opaco, convesso, ed impedisce, che si possano chiudere le palpebre se desso si avanza nella parte esteriore delle medesime. L' effetto di questa specie di staffiloma oltre la deformità dell'occhio si è quello di rendere difficile la visione, ed ancora d'impedirla totalmente. Dicesi staffiloma totale della cornea, quando essa è tutta opaca nella sua superficie, dura, e densa. Questa specie fa ordinariamente de' progressi lenti, ma che arrivano spesso spesso a produrre un volume di qualche considerazione, ed acquistare una consistenza quasi cartilaginosa, e che può degenerare in un tumore canceroso. In tale caso la malattia eccita dei dolori molto forti, ed ancora delle infiammazioni. Nello staffiloma della cornea ch

si avanza nella parte interna, ossia nella camera anteriore dell' occhio siegue ordinariamente l'aderenza di esso coll' iride, la qual malattia dicesi dai Chirurgi *Synechia*. La lacrimazione continua è ancora un sintoma, che accompagna il primo dei due accennati staffilomi, poichè pel rovesciamento delle palpebre, che spesso ne nasce, le lagrime non possono liberamente passare ai punti lagrimali. Esistono degli staffilomi, che occupano soltanto una porzione della cornea, e questi sono stati chiamati staffilomi parziali, e finalmente si osserva alcune volte, che lo staffiloma esteriore è formato di tanti tubercoli verrucosi rassomiglianti ad un grappolo d'uva, lo che ha fatto dare il nome a questa specie di malattia di staffiloma a grappoli.

Lo staffiloma della sclerotica non è così comune quanto quello della cornea lucida. Il colore del medesimo è di un rosso cupo, tendente al nero, e molte volte accompagnato da vasi varicosi. La sclerotica ora è dura, ora molle, e forma come una specie d' ernia, rimanendo in forma di protuberanza. In questa specie di staffiloma vengono innanzi nel tumore ancora le parti sottoposte, come l'umor acqueo, l' iride, l'uvea ec. Molti Autori per altro non di sentimento, che tale malattia non appartenga alle diverse sorti, che abbiamo accennato dello staffiloma, ma sia di un carattere diverso, e costituisca una più grave malattia dell' occhio, che potrebbe dirsi ernia del medesimo.

Le cagioni dello staffiloma comunemente ammesse dai Cerusici sono varie; ma le più frequenti si ristringono alle contusioni dell' occhio, alle oftalmie inveterate, e segnatamente quelle dipendenti da un vizio della macchina, come venereo, scorbutico, scrofoloso, o vajoloso, e le oftalmie de' bambini.

La prognosi di codesta malattia dipende dall' indole della medesima, dalla sede, e dal tempo, che dessa affligge il malato. Qualora lo staffiloma, che occupa semplicemente una porzione della cornea lucida, è recente, e di un volume non maggiore di un capo di spilla è una malattia non tanto grave, quanto se fosse in circostanze opposte. Quello della sclerotica è soggetto a pericoli maggiori. Infatti se lo staffiloma della sclerotica sia duro, doloroso, ed abbia de' vasi varicosi, non è difficile, che possa degenerare in un cancro dell' occhio. Questo staffiloma è molto soggetto a ripullulare se si sia tentato estirparlo col ferro, o col caustico, ed allora può assumere un carattere fungoso accompagnato da ulcerazione, dolore ec. che poi alla fine producono come abbiamo detto un vero carcinoma dell'occhio. In generale può dirsi, che la cura di questa malattia non è delle più facili, e se dessa ancora riesce ne resta non di raro in conseguenza l' opacità della cornea lucida molto più se lo staffiloma sia invecchiato, anzi se desso sia molto antico, grande e duro è ordinariamente incurabile. Un altra distinzione è necessaria a farsi riguardo alla prognosi dello staffiloma, che è quella delle cause, giacchè sarà più facilmente curabile lo staffiloma dipendente da cagione generale, ossia da un vizio di tutta la macchina, che quello prodotto da causa locale.

Il sistema di cura dello staffiloma è molto vario, e sono stati dagli Autori proposti diversi metodi per la cura di questa malattia. Per lo staffiloma parziale si è principalmente raccomandato l'uso del caustico, e segnatamente del butirro d'antimonio, che si applica con un piccolo pennello sullo staffiloma stesso, procurando nel medesimo tempo di tenere allontanate le palpebre, acciò non restino offese dall'azione del medicamento. E' necessa-

rio per altro adoperare molta cautela nell' uso dei caustici, e procurare particolarmente di temperare l'azione dei medesimi col mezzo degli emollienti, lo che si ottiene molto bene con del latte, con cui si deve bagnare l' occhio nel luogo, che è stato toccato col caustico, e ciò conviene farlo appena il malato si sente qualche dolore dall' uso del medesimo. Due, o tre volte, o anche più, che si adoperi il caustico sono ordinariamente sufficienti per la cura della malattia, ma è necessario il riflettere, che cotesto metodo non impedisce punto, che la cornea resti opaca, e rendesi quindi inutile per la cura rádicativa della medesima, può per altro produrre del vantaggio nel caso, che lo staffiloma sia duro, e molto elevato, posciachè allora distruggendosi per mezzo del caustico questa protuberanza dello staffiloma s' impedisce, che il medesimo irriti la parte interna delle palpebre, e renda difficile l'abbassamento della superiore. La pietra infernale può ancora supplire al butirro d' antimonio, anzi alcuni pretendono, che per mezzo di essa venga alle volte dissipata l' opacità della cornea, lo che se non accade sarà necessario passare ad altri metodi, e segnatamente a quelli, che abbiamo indicati parlando delle macchie della cornea lucida, e particolarmente dell' albuggine.

Gli altri rimedj generalmente proposti per la cura dello staffiloma sono i corroboranti, le compressioni, ed il taglio trattane la seconda specie, che occupa la cornea, cioè quella, che si avanza verso l' iride. I corroboranti debbono essere applicati localmente. Molti rimedj di questa classe sono stati creduti adattati per la cura dello staffiloma, e sono principalmente l'acqua fredda, la soluzione di vitriolo, allume, e simili applicati tanto a forma fluida per mezzo di un pennello, quanto

in forma di polvere, adoperando le medesime cautele, delle quali si è parlato trattando dell' uso dei caustici nella cura di questa malattia, e procurando minutamente di non destare alcuna infiammazione, e molto meno nella superficie interna delle palpebre. Per quello che riguarda la compressione è questo metodo più dannoso che utile, e per conseguenza è al presente intieramente abbandonato.

Più vantaggio si ottiene dal taglio nella cura dello staffiloma benanche sia cavo, ma parziale, poichè facilmente si chiude la piccola apertura della cornea. Esso per altro ha luogo principalmente nello staffiloma racemoso così detto, mentre se allora i diversi grappoli abbiano una specie di base più sottile della cima vengono facilmente ad esser recisi con un pajo di forbici. Se la base poi sia alquanto più larga, allora sarà meglio servirsi del bistorino, o del coltello da cateratta, e dopo è necessario toccarle col caustico, cioè o butirro d'antimonio, o pietra infernale, altrimenti vengono facilmente a riprodursi. Nei grandi staffilomi il taglio è difficile a praticarsi, dovendosi portar via quasi tutta la cornea, e per conseguenza si è da molti consigliato di aprirlo per lungo, lo che però riesce spesso inutile venendosi a chiudere l'apertura, e restando la malattia nello stesso stato. Altri hanno proposto di tagliare circolarmente la sclerotica, se questa sia la sede dello staffiloma, ma tal rimedio sarebbe più grave della malattia medesima per le conseguenze indispensabili, che ne susseguirebbero. Egualmente può dirsi dello staffiloma, che ha sua sede nella cornea lucida, pel quale sebbene usassero molte cautele nella recisione, cioè di farla obbliquamente portandone via una sola porzione di essa, ed in seguito aver luogo a distruggere l'altra parte dello staffiloma col caustico, nulla

meno dall'apertura si produrrebbe l'esito dell'iride, del cristallino, e del vitreo. Nasce ordinariamente un'infiammazione, che poi cagiona la perdita del globo, a cui si dovrebbe supplire coll'occhio artificiale. Sarà bene il riflettere, che se il caustico può guarire una porzione dello stafiloma potrà eziandio distruggerlo intieramente come qualche volta è accaduto. La legatura, ed il fonticolo sulla cornea, rimedj proposti per la cura di cotesta malattia, sono al presente poco usati come inutili, e spesso dannosi, e segnatamente di tale effetto si è il primo.

Il *prolasso dell' iride* detto ancora da molti staffiloma dell'iride è una malattia, che consiste in un tumore di colore oscuro, qual'è formato dal prolasso, o spostamento di una porzione di essa a traverso di un ulcere, o ferita della cornea trasparente. Questo tumore è alle volte molto piccolo, altre volte più grande. Nel primo caso si è distinto col nome di *miocefalo* da *mios* sorcio, e *cefalos* capo, se poi sia di mole alquanto maggiore molti lo chiamano *stafiloma dell' iride*, quantunque rigorosamente parlando il nome di stafiloma non competa, che in quei casi, ne' quali l'iride si sposta dalla sua situazione; ma resta ricoperto dalla cornea, che dicesi propriamente *stafiloma spurio dell' iride*, mentre nella procidenza soltanto di questa, esso rimane scoperto. *Melon*, o *elos* si è chiamata ancora quella specie di procidenza dell'iride, in cui il piccolo tumoretto formato da questa membrana resta duro, e calloso.

Codesta affezione è sovente accompagnata dall'oftalmia, lagrimazione, e dolori assai forti, i quali si aumentano quando si muove l'occhio, giacchè accade, che la porzione d'iride uscita fuori stropiccia sulla parte interna della palpebra. Il tumore for-

mato dall' iride non rimane sempre nello stesso stato, ma si va a poco a poco accrescendo, allora siccome l' apertura della cornea è troppo piccola a proporzione dell' iride, che esce per la medesima ne nasce una specie di strangolamento, e quindi l'infiammazione del tumore; ma tale stato non è di lunga durata, poichè via via il tumore s'indurisce, e perdendo la sua sensibilità si rende quasi indolente, per altro produce de' gravi inconvenienti nella situazione della pupilla, poscia che venendo ad essere l' iride continuamente tirata verso la parte, da cui essa è uscita dalla cornea, la pupilla non rimane più nel centro dell' occhio, si avvicina al luogo dove resta il tumore, muta figura, diviene ovale, ed è impossibilitata a restringersi alla gran luce, motivo per cui essa rendesi insopportabile all' occhio del malato. Alcuni Scrittori di Chirurgia suppongono, che questa porzione d' iride uscita fuori possa essere soggetta alla cancrena, lo che può aver luogo segnatamente ne' casi di forte strangolamento. Ordinariamente poi il termine della malattia si è, che la porzione d' iride, che è uscita si rende aderente ai lembi dell' apertura della cornea, anzi tutta la snperficie stessa dell' iride essendo portata vicino alla cornea, ed in contatto della medesima, resta aderente alla sua faccia interna.

Le cagioni, che producono cotesto prolasso sono le ferite, o ulceri della cornea. Se in queste circostanze accada una compressione dell'occhio, la malattia ha luogo più facilmente. Dopo l' operazione della cateratta essa è assai frequente, ma è altresì di poca conseguenza attesa la grande apertura della cornea lucida. Non è peraltro lo stesso quando il prolasso succede qualche giorno dopo l'operazione stessa, lo che accade per solito in seguito di qualche sforzo violento, come vomito, tosse

e simili, come ancora per una compressione esercitata sull'occhio inavvertentemente. In quel mentre essendo già riunito in parte il taglio, il foro, che da luogo all'ernia, o procidenza è minore, e quindi nasce una specie di strozzamento, che produce la lagrimazione, dolori fortissimi, ed anche una violenta oftalmia, nella stessa maniera che si osserva nel prolasso prodotto da tutt'altra cagione. Alcuni Autori riportano de' casi, ne' quali il prolasso dell' iride sia accaduto per una forte commozione d'animo, lo che non si può altrimenti spiegare se non che per la contrazione nervosa, che ha luogo nei muscoli dell'occhio, e che obbligano il medesimo ad esser compresso contro le pareti dell' orbita, e quindi sia obbligata l' iride ad uscir fuori. Quest' accidente può accadere dopo l'operazione della cateratta, o in altro caso qualunque, ove siavi un apertura della cornea. Sono alcuni di sentimento, che dopo l'operazione della cateratta la sclerotica, che si contrae in virtù della sua elasticità sia capace a produrre il medesimo.

Noi già abbiamo veduto di sopra quali siano gli effetti, che cagiona ordinariamente il prolasso dell' iride, e quindi si può facilmente dedurre qual esser debba la prognosi della malattia. Conviene inoltre distinguere principalmente da quanto tempo essa si sia formata. Se il prolasso dell' iride sia antico, molto più difficile, ed alle volte anche impossibile sarà la riduzione della membrana, giacchè essa contrae una aderenza come abbiam detto con la superficie interna della cornea, e così ancora più difficile sarà la riduzione se l'apertura di questa è piccola. Nel caso opposto, se cioè il prolasso è recente, e senza aderenza, e la ferita alquanto grande sarà molto facile la guarigione riducendo la membrana.

Questa riduzione della porzione d' iride uscita fuori è il miglior metodo per la cura della malattia, quantunque molte volte non possa ridursi, e convenga ricorrere al taglio, ai caustici, ed alla legatura proposta da alcuni. Per ridurre l' iride devesi tenere il metodo seguente. Si farà coricare il malato sul dorso, e mentre che con un ago si solleveranno i lembi della cornea si rispingerà facilmente l' iride al suo luogo. E' necessario per altro dopo ridotta la porzione della membrana uscita fuori di usare la maggiore attenzione acciò essa non torni ad uscire nuovamente, lo che suole accadere con somma facilità. La situazione adattata del malato sarà il mezzo il più giovevole, come ancora il tenere le palpebre chiuse, ma converrà ben guardarsi dal comprimere l'occhio con una fasciatura assai stretta; poichè come abbiamo di sopra accennato la compressione dell' occhio si è una delle cagioni del prolasso dell' iride; sarà quindi sufficiente una leggiera fascia con del ceroto, la quale tenga riunite le palpebre. Spesse volte l' iride è infiammata, e dolorosa ad ogni moto del globo. In questo stato è necessario ricorrere al metodo antiflogistico, e segnatamente alla quiete, ai salassi, e simili. Fuori del caso d' infiammazione forte dell'occhio sarà bene di far cadere sul medesimo di tanto in tanto una luce assai forte, la quale stimolando l' iride, ne renda facile la contrazione, e per conseguenza la mantenga nel suo luogo.

Il taglio del tumore formato dalla porzione d'iride protuberante fuori della cornea, può esser necessario ne' casi, ne' quali il tumore formato dall' iride, ch' è uscita fuori sia duro, e voluminoso. Il metodo comunemente praticato si è di recidere il tumore con la punta delle forbici precisamente a livello dell' ulcera, o ferita della cornea, e quin-

si adoperare il caustico. Questa operazione non può aver luogo, che nel caso la procidenza sia molto avanzata, giacchè se dessa sia recente sarà facile, che recidendo la porzione d' iride venga ad aprirsi la camera, e si produca l' esito dell' umor aqueo. Anzi alcuni pretendono, che in questo caso sia facile la recidiva, formandosi non molto dopo una nuova procidenza come prima, nè vi è altro mezzo per impedirlo, che quello di toccarlo col caustico. Il vantaggio maggiore, che si ottiene dal taglio si è di opporsi a quello stropicciamento, che il tumore esercita colla superficie interna delle palpebre, e che è spesso cagione d' infiammazione, ma conviene per altro confessare, che questo metodo è molto inferiore a quello della riduzione, mentre nel taglio la pupilla resta deforme, e perde la sua situazione, e figura, lo che non accade poi generalmente nella riduzione, qualora sia dessa convenevolmente eseguita, e quindi non dovrà praticarsi il taglio, che in quelle circostanze, in cui non possa ridursi, attesa la durezza del tumore, e l'aderenza, che l' iride può aver contratto con la cornea lucida dopo un certo lasso di tempo.

Il caustico può convenire nei casi, ne' quali ha luogo il taglio, anzi è necessario spesso farne uso anche dopo reciso il tumore. Se per altro esso non sia tanto duro, e voluminoso sarà sufficiente il solo caustico. Ordinariamente soddisfano all' oggetto tre, o quattro applicazioni del medesimo, e desse riducono la distruzione del tumore. Il caustico più adattato a questo fine si è la pietra infernale, o il butirro d'antimonio. Questi producono sul principio un qualche dolore, ma esso è di poca durata. Accade sovente, che al cadere dell' escara si osservi ancora quella protuberanza dell' iride, ed allora si rende necessario l' uso del caustico ripetuto nuovamente.

Alcuni Professori hanno proposto di estirpare il tumore per mezzo della legatura, ma questo metodo presenta infiniti inconvenienti, poichè oltre l'essere molto più doloroso degli altri, e cagionare spesso de' gravi accidenti, è più difficile a praticarsi, e l'esito ne è molto incerto, quindi al presente di commun consenso tutti preferiscono il taglio, ed anche il caustico, se il prolasso sia indolente, nè sia praticabile la riduzione, per facilitare la quale si può anche dilatare l'apertura della cornea colla punta del coltello da cateratta.

Pupilla imperforata chiamasi quella malattia, in cui la pupilla è chiusa perfettamente in modo da non concedere alcun passaggio ai raggi di luce. Siccome però varj possono anche essere i gradi dello stringimento della pupilla, quindi è che si sono date diverse denominazioni a codesta malattia secondo i suoi diversi gradi, distinguendo segnatamente il ristringimento della pupilla, che non permette l'ingresso, che a pochi raggj di luce, e quindi rende la vista assai difettosa, e questo vizio dicesi *Phthisis pupillæ*, o *Myosis*. All'opposto poi quel vizio della pupilla, nel quale essa trovasi come abbia detto affatto chiusa dicesi *Synigesis* e questa può essere congenita. In tal caso l'otturamento arriva a cancellare ogni traccia della pupilla, ed il malato appena può distinguere la luce dalle tenebre.

Le cagioni di questo ristringimento parziale o totale della pupilla sono principalmente le infiammazioni dell'occhio, le quali si estendono sino all'iride. Ma oltre le infiammazioni possono concorrervi molte altre cause di questa malattia: fra queste annoveransi in primo luogo i vizj interni della macchina, e segnatamente il venereo, scrofoloso

erpetico, vajoloso ec. Può ancora il ristringimento della pupilla essere un' effetto semplicemente spasmodico, lo che osservasi nelle donne isteriche, ma allora desso partecipa dei caratteri della malattia principale, e non è permanente, ma dura solo per tutto il tempo dell'accesso. Molte volte l'affezione prende ancora un aspetto periodico. Altre fiate si è veduta nascere da una irritazione forte dell' occhio, e ciò accade nelle persone obbligate ad avere avanti gl' occhi continuamente dei piccoli oggetti, ma molto luminosi, mentre allora a poco a poco essendo la pupilla obbligata a rimanere costantemente ristretta perde gradatamente la facoltà di dilatarsi, e si viene a ristingere in modo da impedire la vista nei luoghi meno luminosi.

Delle cagioni meccaniche possono eziandio produrre la chiusura totale della pupilla, o sia la synigesis. Può questo forame rimanere otturato da un grumo di sangue in occasione dell' operazione della cateratta, come altresì può venire otturato da una porzione di pus in caso di qualche suppurazione delle parti circonvicine. Qualcuno ha creduto, che la membrana pupillare alle volte non si distrugga nel feto. e che per conseguenza resti chiusa la pupilla detta *cataracta pupillaris*, che meglio espressa sarebbe col nome di *synigesis congenita* come ancora sappiamo per tradizione esser nato qualche bambino coll' iride assolutamente imperforata, e per conseguenza senza pupille. Ma questi casi non sono tanti frequenti. Una cagione dell' otturamento della pupilla, che merita attenzione si è il distaccamento dell' iride nel suo orlo dalla cornea, a cui è aderente. Allora nel luogo di questa separazione si viene a formare un' apertura, che da passaggio alla luce, ma che però dall' altro canto produce l' otturamento totale della pupilla. Le scosse vio-

lenti del capo possono essere le cause di questo distaccamento dell' iride nel suo lembo, può dipendere ancora da altre cagioni come per esempio da ulceri della cornea, e simili. Quest' apertura alcune volte non porta l' otturamento della pupilla, e, se lo produce, di sovente supplisce alla perdita della vista facendo le funzioni di una pupilla artificiale.

L' imperforazione, o ristringimento della pupilla naturale non è di così facile guarigione, e se questa malattia è molto avanzata sarà ben difficile il guarirla senza praticare un operazione, poichè la sudetta perde la facoltà di ristringersi, e dilatarsi, e rimane chiusa abbenchè siasi tolta intieramente la cagione, che la teneva otturata. Nei casi di vizio interno è ben naturale, che non si potrà curare cotesta malattia senza distruggere cogli antidoti necessarj questa stessa cagione interna. I varj metodi poi, che si sono proposti per formare una pupilla artificiale in occasione del vizio congenito, o accidentale di cui parliamo gli esporremo nella Chirurgia operatoria.

Prima di passare a trattare delle malattie, che interessano propriamente le parti più interne dell' occhio, come la lente cristallina, il vitreo, ed il nervo ottico, fa di mestieri esporre alcune affezioni, le quali dipendono dal globo dell' occhio in generale, o dalla relazione delle sue diverse parti fra loro. Queste sono la *miopia*, *la presbiopia*, *la nictalopia*, e *l'emeralopia*, tralasciando la *Diplopia*, che può esistere in un occhio, o in ambedue, essendo essa o un sintoma prodotto dall' amaurosi, o un effetto d'ineguaglianza nella cornea lucida, oppure nella lente cristallina, per lo che ci riportiamo a quanto da noi si dice sull' affezioni di queste particolari parti, o finalmente può essere eziandio la diplopia

cagionata dall' esistenza di due pupille in un occhio; ed in allora sarà incurabile.

La miopia è un vizio della vista, che consiste nel non poter distinguere esattamente gli oggetti se essi non siano molto vicini all' occhio. Il fenomeno, che forma questa malattia nasce dalla troppo sollecita unione dei raggi, i quali riunendosi in un foco prima di arrivare alla retina, si vengono a rendere di nuovo divergenti, e quindi formano sulla retina stessa un imagine confusa. Qualora per altro l'oggetto sia molto vicino all' occhio, ed i raggi arrivino alla cornea lucida molto divergenti essi non si uniranno nel foco tanto presto, e questo verrà a cadere precisamente sulla retina; onde l'oggetto verrà distinto chiaramente. Le cause di questa distanza del foco dalla retina possono essere non solo quelle, le quali tendono ad allontanare la retina dalla lente cristallina; ma ancora quelle, le quali danno una maggiore potenza refrattiva agli umori, ed alle parti, per le quali devono passare i raggi riflessi dall' oggetti. Tra le prime possiamo annoverare principalmente un' abbondanza troppo grande degli umori dell' occhio stesso, onde venendo ad accrescersi esso in ogni dimensione si venga ad aumentare il suo diametro antero-posteriore, e quindi la distanza dalla retina della lente cristallina, onde il foco di questa venga ad esistere prima della membrana accennata. Fra le seconde cause poi, o sia quelle, che accrescono la potenza refrattiva dei mezzi per cui devono passare i raggi riflessi dagli oggetti possono annoverarsi la maggior densità dell' umor acqueo, o vitreo, e la maggior convessità del cristallino. Ordinariamente questa malattia è incurabile segnatamente qualora dipenda da un vizio particolare di struttura degli occhj, ed in specie da una forma troppo convessa della lente. Per altro esistono

dei casi, nei quali l'arte può essere di qualche soccorso. Se la miopia riconosca per origine una troppo grande abbondanza di umori, onde questi vengano a rendere troppo grande il globo dell' occhio egli è naturale, che la diminuzione dei medesimi, sarà la principale indicazione d'aversi in mira nella cura di questa malattia. Noi parlando dell' idroftalmia abbiamo già dato le regole generali onde stabilire un metodo di cura adattato nel caso, di cui parliamo, che ha molta analogia colla malattia accennata. Quando poi la miopia dipenda da un' accresciuta forza refrattiva degli umori, che di sovente nasce da un vizio interno della macchina, conosciuto questo sarà facile il formare un piano di cura adattato, che alcune volte viene seguito da felice successo. Se finalmente la grande convessità della lente sia la causa della malattia, ognun vede, che questa sarà incurabile, e non resterà altra risorsa, che quella di fare uso di lenti concave, le quali rendendo divergenti i raggi, che vengono riflessi dagli oggetti, che si osservano, non possono essi riunirsi prima di arrivare alla retina, onde formando il foco sopra di essa si distingue l'oggetto chiaramente. A questo metodo poi conviene spesso ricorrere anche negli altri casi di Miopia, in cui sebbene la malattia non consista nella troppa convessità della lente, dipende per altro essa da altre cagioni, che o non possono esattamente determinarsi, o non sono tali, che possano cedere ai rimedj.

Opposta alla miopia si è la *Presbiopia*, o il *Presbitismo* così detto. Questo difetto della vista consiste in una difficoltà di vedere gli oggetti assai prossimi all' occhio, e nella necessità di tenerli lontani dal medesimo per vederli chiaramente. L'effetto di questa malattia contraria a quello della miopia dipende appunto da cause totalmente opposte a quel-

le, da cui questa viene prodotta, quindi esso consiste nell' unione dei raggi al di là della retina onde si riunirebbero in un punto dietro la medesima, e quindi non cadendo il loro foco direttamente su di essa si viene a produrre su questa membrana un' immagine confusa, ed il soggetto vedrà non chiaramente gli oggetti. Questa distanza troppo grande di foco nasce principalmente dalla poca quantità d'umori dell' occhio, e quindi ha luogo segnatamente nei vecchj, nei quali venendosi a diminuire gli umori di quest' organo la retina viene ad avvicinarsi alla lente, ed il foco di questa viene a rimanere al di là di detta membrana. Una delle cagioni principali della presbiopia può ancora essere l' operazione della cateratta, nella quale togliendosi la lente cristallina i raggi soffrono una minor refrazione, e quindi si vengono a riunire più lontano del luogo della retina, a meno che il soggetto operato non fosse stato miope, e la minor refrazione, che soffrono i raggi per la mancanza della lente, non venisse compensata esattamente dalla maggior dimensione del diametro antero-posteriore dell' occhio, e dalla maggior forza refrattiva degli umori del medesimo.

La presbiopia all' opposto della miopia cresce nell' avanzarsi dell' età, poichè nella vecchiaja generalmente gli umori dell' occhio sono in minor quantità, e quindi la lente sempreppiù si avvicina alla retina. Questa malattia è ordinariamente incurabile attesa l'impossibilità di rimuovere le cause; ma se mai qualcuna di esse potesse essere tolta sia essa locale, sia generale valeranno le stesse regole da noi proposte per la miopia, eccettochè avrà luogo una contraria indicazione. Un rimedio poi palliativo, e che converrà nella maggior parte di casi, in cui la malattia è incurabile si è quello dell' uso delle lenti convesse, che producono un effetto opposto a quel-

lo delle lenti concave convenienti nella miopia, e che indispensabilmente convengono nella presbiopia, perchè la malattia riconosce una cagione totalmente opposta. Per mezzo adunque delle lenti convesse si vengono a rendere i raggi, che si presentano nell' occhio meno divergenti, e quindi vengono a riunirsi prima di quello, che si riunirebbono se non si facesse uso di tali lenti, quindi è che il foco del cristallino venendo ad essere precisamente sulla retina, l'imagine, che si forma sù di essa resta distinta, e quindi si vede chiaramente l'oggetto. S' intende poi, che non è possibile determinare il grado di convessità convenieate alle lenti adattate per ogni presbite, ma che dovrà essere desso minutamente quanto sia necessario per supplire alla mancanza di convessità della lente, di grandezza del globo &c. come egualmente varj gradi di concavità si richiedono dai miopi secondo il grado della loro vista, e da ciò ne nasce, che i presbiti sono continuamente soggetti a variare lenti, poscia che crescendo, come abbiam detto nella vecchiaja le cause della malattia, si richiede di frequente aumentare la convessità della lente.

Un' affezione, che appartiene parimenti alla lesione della vista si è la così detta *nictalopia*, ossia quell' affezione dell' occhio, nella quale si vede meglio di notte, che di giorno dalle voci *nix*, e *ops* che significano notte, e vista; sebbene molti Autori forse poco badando all'etimologia della parola vogliano, che sotto il nome di nictalopia si esprima quell' affezione in cui si vede chiaramente di giorno. Altri poi pretendono potersi conciliare questa differenza col credere la malattia intermittente, e che apparisca in diverse ore; ma allora prenderebbe altro nome, come dimostreremo in appresso parlando di

altre malattie degli occhi. La nictalopia dunque consiste nell' impedimento di vedere gli oggetti col lume del sole, oppure distinguerli anche chiaramente, ma con impressione fastidiosa, o finalmente nulla vedono durante il giorno, lo che si chiama *nictalopia perfetta*.

Molte sono le specie di questa malattia ammesse dagli scrittori di Chirurgia, secondo che hanno creduto diverse le cagioni della medesima, sembra però, che queste possano ridursi a due, cioè a una affezione nervosa, o ad un vizio locale delle parti costituenti il globo dell' occhio. Alla prima causa si riferisce una sensibilità troppo grande del nervo ottico, e della retina, onde alla luce del sole si ristringa in modo la pupilla, che o non possa passare per la medesima la quantità di raggi sufficienti, onde formare la visione distinta, o che anche essendo ristretta soltanto più del naturale produca la percezione chiara degli oggetti, ma con una impressione fastidiosa, che può divenire dolorosa, e finalmente si riferisce alla prima cagione, se la pupilla trovasi immobile, e dilatata, quale stato di essa dicesi *midriasis*, onde cade nell' occhio un eccessiva quantità di raggi, per la quale si annienta la percezione degli oggetti. All' opposto poi in una luce moderata, come moderatissima è quella della notte, la pupilla si viene a dilatare, o trovasi di già dilatata più del necessario, e così dassi passaggio ad una quantità di raggi, onde formare sulla retina un' imagine distinta senz' alcun incomodo, anzi la distinguono più chiaramente degli altri.

Le cagioni che possono produrre questa specie di nictalopia sono una lunga inazione degli occhi, le conseguenze di malattie nervose, e segnatamente quelle, che attaccano il capo, come *emicranie*, *febbri nosocomiali*, &c. quali ultime cause parrebbe, che al

cessare di esse, dovesse dissiparsi l'estrema sensibilità della retina, come di avviso sono varj autori, ma ciò non è sempre vero particolarmente se non si usano a tempo quei rimedj a tal uopo adattati. In fatti abbiamo molti esempj, che alcuni individui afflitti una volta dalla nictalopia in seguito di febbri nosocomiali sono stati obbligati praticare dei riguardi per una serie di anni, alla fine di cui hanno avuto bisogno di perseverare in essi, per impedire le conseguenze, che potrebbero nascere dalla troppa sensibilità della retina.

Riguardo al vizio locale delle parti costituenti il globo dell'occhio, le quali possono produrre la nictalopia, noi non facciamo menzione, che delle macchie della cornea tralasciando di parlare di un leggiero offuscamento del cristallino, o di un principio di debolezza della retina, o dell'infiammazione delle parti interne dell'occhio causata da una sospensione di mestrui in una donna, o cose simili, le quali a propriamente parlare non possono annoverarsi fra le cagioni della nictalopia, ma debbono riguardarsi come malattie diverse, e conoscere per un puro sintoma la difficoltà di vedere gli oggetti nella forte luce. Le macchie della cornea adunque, se esistono incontro la pupilla, essendo questa nel giorno poco dilatata attesa la forza maggiore della luce viene ricoperta in gran parte, o intieramente dalla macchia, e si impedisce quindi o in parte, o in tutto la chiarezza della vista; all'opposto in una luce molto moderata sia di giorno sia di notte essendone meno forte l'impressione, ed essendo per conseguenza più dilatata la pupilla resta una porzione sufficiente di quest'apertura non ricoperta dalla macchia, onde dar passaggio ad una quantità di raggj bastante per formare un'imagine sufficientemente distinta.

Secondo le cagioni, che abbiamo accennato dovrà iriggersi la cura della malattia. Se questa dipende la una sensibilità troppo grande del sistema nervoso egli occhi, sia essa prodotta dalla prolungata priazione dello stimolo della luce sul medesimo sia agionata da malattie nervose, l' indicazione curativa onsisterà nel diminuire questa troppo gran sensibità, e ciò potrà ottenersi tanto coll' assuefare gratamente gli occhi a soffrire lo stimolo della luce, uanto coll' uso dei rimedj interni, i quali possano iminuire la sensibilità nervosa, e si procurerà senatamente di non esporre l' occhio, per quanto è ossibile, all' azione di una luce forte adoperando in uesto caso degli occhiali verdi, e facendo uso di uelli di minor densità nell' applicazione prolungata i cotest' organo. In genere un vitto sano compoo di cibi animali, e vegetabili sarà molto indica. Il freddo topicamente applicato una, o più volte giorno potrà essere di qualche vantaggio, specialente dopo un lungo esercizio degli occhi sopra picli oggetti.

Opposta alla malattia testè accennata si è l'ala detta *emeralopia*, che è quanto dire quell' affeone dell' occhio, in cui il malato vede bene di orno, ma non può vedere di notte, o a una luce bole. Gli autori più recenti credono con ragione, e questo difetto di vista dipenda da una mancanza sensibilità della retina, e del nervo ottico, onde pfermo non possa avere la vista chiara, che quan il sistema nervoso sia stimolato da una sufficiente antità di luce, e quindi possa questa malattia conlerarsi come un principio di amaurosi, ossia co un principio di debolezza della retina, e del ner ottico. Dovendo noi trattare in seguito dettatamente dell' amaurosi crediamo dunque poterci spensare al presente di parlare dei rimedj adattati

in codesta malattia, rimettendo il lettore a quello, che diremo per la medesima di cui l'emeralopia non è che il principio.

La *cateratta* è una malattia consistente nell' opacità della lente cristallina, benchè qualcuno in particolare degli antichi ammettano ancora, che separatamente una tal densità possa esistere nella sola capsula del cristallino, e però si è chiamata comunemente dai Cerusici *cateratta cristallina*, o vera quella che occupa la lente stessa, e *cateratta membranosa* quella, che rende affetta la membrana, o la capsula della lente. Alcune volte poi sono combinate ambedue queste specie di cateratta, ed allora dicesi *mista*, conosciuta ancora sotto il nome di *cristallino-capsulare*. Si crede ancora da alcuni Scrittori, e da altri negata l'esistenza della seguente specie di cateratta, consistendo secondo il loro sentimento nell'intorbidamento di quel poco umore detto del *Morgagni* contenuto fra la lente cristallina, e la sua capsula anteriore, il quale sebbene produca presso a poco i medesimi effetti delle altre accennate specie di essa pure non esiste nè opacità della lente, nè quella della capsula.

Distinguesi eziandio la cateratta in matura, e immatura, chiamandosi matura quella, in cui l'opacità della lente, o capsula è completa, ed immatura quella in cui restavi ancora qualche trasparenza in queste parti.

Oltre tali distinzioni ne vengono fatte altre da alcuni Autori per riguardo alla natura della malattia.

Si divide in quattro specie la cateratta così detta spuria, o falsa, e si distingue secondo il diverso luogo, dove esiste l'impedimento al passaggio de' raggi luminosi. La prima specie è quella in cui la materia purulenta si raduna nella camera poste-

riore, e condensandosi ottura la pupilla, ovvero si conglutina sulla superficie anteriore della lente cristallina. La seconda è costituita dall' offuscamento della porzione della membrana che contiene l' umore vitreo, ossia della membrana jaloidea, che ricuopre la parte posteriore della lente cristallina, e che forma quella piccola cavità in cui dessa è situata. Questa seconda specie è stata da alcuni chiamata *cataratta jaloidea*. La terza consiste in una membrana preternaturale, ed opaca esistente avanti la capsula del cristallino, cui l'hanno chiamata *cataratta choroidalis*. La quarta finalmente si è l'effetto dell' imperforazione della pupilla; ma questa malattia appartiene sicuramente meno, che le altre specie alla cateratta.

La cateratta merita di essere considerata non solo rapporto alla sede che occupa, ma anco alla sua consistenza, ed aderenza, che può avere acquistato, ed alla cagione, che l'ha prodotta come in seguito vedremo.

I sintomi che accompagnano cotesta malattia sono ordinariamente i seguenti, e dal luogo, che occupa l'opacità stessa si può molto dedurre circa la sede della medesima. Se la cateratta abbia luogo nella parte anteriore della capsula del cristallino si osservano allora delli piccoli punti bianchi superficiali, simili a delle macchie convesse situate immediatamente dietro alla pupilla, e l'offuscamento accade molto sollecitamente. All' opposto poi se l'opacità si presenta profonda, e che sembrino le macchie piuttosto di figura concava, è da presumersi, che l'opacità esista nella parte posteriore della capsula stessa. In questi due casi l'opacità è eguale in tutta la sua periferia, e segnatamente alla circonferenza. Quando dessa ha la sua sede nella lente cristallina, il malato principia a vedere meglio i corpi situati

lateralmente, che quelli posti avanti, e ciò accade perchè la lente cristallina si principia ad oscurare prima nel suo mezzo che nei lembi.

Nell' apparire della malattia gli oggetti si vedono meglio in luogo oscuro, che in sito assai luminoso, perchè in questo ristringendosi la pupilla viene a coprire il lembo della lente, che è ancora diafano, ed impedisce quindi il passaggio de' raggi. All' opposto nell' oscurità dilatandosi la pupilla viene a rimanere scoperta una porzione maggiore di lente. Potrà eziandio il professore prendere molto lume dall' ispezione locale riguardo all' opacità del cristallino, poichè si vede una macchia ordinariamente di color grigio, o biancastro, che rimane dietro la pupilla immediatamente, e che corrisponde alla grandezza della medesima. In generale nel principio della malattia il paziente vede avanti gli occhi una nebbia continua, dei punti neri, ed altri oggetti di simil natura, a poco a poco questo offuscamento và crescendo in modo, che alla fine il malato può solamente distinguere la luce dalle tenebre. In seguito il volume, la consistenza, ed il colore del cristallino variano moltissimo nella cateratta, ma quello si può quì avvertire con tutti i migliori pratici recenti, si è, che la durezza della lente non è sempre un' indizio dell'antichità dell' affezione. Il vario colore per altro della medesima dipende dalla sua maggiore, o minore consistenza, mentre se dessa è poco dura, o come dicesi cateratta fluida, o lattiginosa, il colore è bianco, ma lattiginoso, all' opposto è bianco, ma lucido nella cateratta capsulare. Se la cateratta poi sia dura, il suo colore non sarà così chiaro. Queste diverse opacità molte volte principiano in ambedue gli occhi nello stesso tempo, ma ordinariamente si affacciano in un solo, l'altro non ne viene affetto, che in conseguenza.

Oltre gli accennati sintomi nelle diverse specie
ll cateratta, si può in quella di natura lattiginosa
:osì chiamata osservare non solo, che il suo colore
' simile al latte, ma ancora si vedono sulla super-
icie della lente alcune macchie, che non sono co-
tanti, ma variano a seconda de' moti dell' occhio,
qualche volta scompariscono ancora intieramente.
iccome nella cateratta di questa specie la lente cri-
tallina diviene di una consistenza minore, che nello
tato naturale, ed alle volte ancora è quasi fluida,
uindi è che si osserva quasi costantemente, che
'opacità della medesima è maggiore nella sua parte
nferiore, e non di raro la lente stessa essendo sì
olle si separa dalle sue aderenze, e ne sorte por-
ione di essa per la pupilla. In questa specie di ca-
eratta il paziente vede forse meno, che nelle altre
pecie di questa malattia, e spessamente non arriva
distinguere il lume del giorno. Il contrario dei
intomi accennati succede ordinariamente se la cate-
atta sia dura, giacchè allora la lente diviene più
iana, i moti della pupilla sono più liberi, la lente
ppare di un colore meno bianco, ed alle volte passa
nche in oscuro, si osserva chiaramente la distan-
a che esiste fra l'iride, e la lente, ed il malato
istingue bene la luce.

Da molti autori si conosce eziandio un altra spe-
ie di cateratta che potrebbe chiamarsi media fra le
ue accennate, e questa dicesi cateratta molle, o
aseosa dalla sua consistenza media fra la fluida, e
l dura. I sintomi di questa specie di cateratta sono
resso a poco i medesimi di quelli della cateratta
uida, eccetto che si osserva in essa, che essendo
iù densa non hanno luogo i movimenti delle mac-
hie.

Questo è per quello riguarda la cateratta, che
isiede propriamente nella lente, ma non è molto fa-

cile il distinguere la malattia, qualora essa abbia la sua sede nella capsula essendo molto facile a confondere insieme queste due specie, abbenchè abbiamo di sopra esposti i segni più esatti, i quali sono il risultato delle osservazioni di molti recenti Scrittori di Chirurgia.

Tre altre specie di cateratta sono da considerarsi riguardo all' operazione, cioè la secondaria, l'aderente, e la complicata. La prima fra queste, ossia la secondaria non può dirsi propriamente cateratta, in altro dessa non consistendo che in un semplice offuscamento della capsula, che accade dopo l'operazione. Siccome estraendosi, o deprimendosi la lente cristallina, la membrana capsulare resta ordinariamente nel suo luogo, così venendo essa irritata nel tempo dell' operazione viene ad infiammarsi, e da questa infiammazione, o da una morbosa cagione interna ancora esistente nella macchina, qualche tempo dopo ne viene spesso l'opacità. Si conosce questa cateratta se si riflette ai sintomi d' infiammazione, che sopraggiungono dopo avere depressa, o estratta la lente, e che sono la causa della nuova opacità. Questa specie di cateratta potrà assolutamente evitarsi se più numerose esperienze ci faranno decidere sulla nuova maniera di fare l'operazione, coll' estrarre cioè mai sempre l' umor cristallino in un colle sue capsule.

L'aderenza della cateratta è un oggetto d'aversi in molta considerazione nel trattare questa malattia. Qualora la cateratta sia aderente deve necessariamente essere offuscata la capsula, anzi può la lente stessa essere totalmente libera. Alcuni Scrittori distinguono l'aderenza della capsula in tre specie secondo che cioè è dessa aderente al cristallino, alla membrana del vitreo, o all'iride. Nel primo caso essa poco influisce sulla cura della malattia, posciachè porta

do via la lente si porta via ancora la capsula, ma non è così negli altri due casi, ne' quali può la detta aderenza essere d'impedimento all' operazione. Non è difficile il riconoscere l'aderenza della capsula all' iride se si osservi la lente come attaccata dietro la pupilla, se questa resti immobile, e se si vedono i segni della cateratta nella capsula anteriore. Per quello poi riguarda l'aderenza nella parte posteriore o sia alla membrana dell' umor vitreo è questa impossibile a riconoscersi se non facendo l'operazione. L'aderenze accennate si possono dedurre ancora dalle cagioni della malattia, poichè se la cateratta venga prodotta da infiammazione d'occhio violenta, vi sarà motivo di sospettare quasi con sicurezza, che la medesima sia aderente.

Merita finalmente molt'attenzione la cateratta complicata. Qualunque malattia dell'occhio può complicarsi con la cateratta, ma la loro complicazione poco influisce sull' esito della malattia, e sul metodo di cura da tenersi, se ne eccettuiamo la sua complicazione coll' amaurosi. Se il malato sia affetto da queste due malattie insieme riesce quasi sempre inutile l'operazione, non essendo sotto il potere della Chirurgia, che la sola amaurosi incompleta. Quello che vi è di difficile si è, che si rende molte volte impossibile il distinguere questa complicazione, quantunque celebri Scrittori abbiano preteso di dare delle regole, e fra le principali quelle di distinguere la luce, lo che può farsi nella semplice cateratta, ma non in quella complicata con amaurosi. Questo certamente è il segno più probabile, e di qual indole è ancora quello dell'immobilità, e dilatazione della pupilla. Si potrà conoscere per altro con qualche maggior fondamento, se si rifletta alla cagione, ed al corso, che ha tenuto la malattia.

Le cagioni della cateratta sono in generale tutte

quelle, che sono capaci di produrre una lesione violenta nell' occhio, da cui possa nascere l'infiammazione di quest' organo. Lo stesso può accadere ancora in una scossa forte del medesimo, dalla quale ne siegua il distaccamento della lente cristallina, o la lacerazione della capsula. Ma oltre queste cagioni esterne possono esisterne eziandio delle interne. Fra queste ha luogo principalmente una certa debolezza dell' organo della vista, come accade segnatamente nell' età avanzata, l'abitazione in luoghi molto umidi, l'applicazione continua a riguardare degli oggetti molto piccoli, l'abuso dei liquori spiritosi, e del vino, e finalmente la retrocessione, o metastasi di un umore qualunque morboso esistente nella machina, ma particolarmente artritico, erpetico, scrofoloso, scorbutico, reumatico, vajuoloso, venereo &c.

Da tutto quello abbiamo veduto possiamo comodamente dividere le cagioni della cateratta in esterne, ed interne, e si può ancora considerare la medesima come conseguenza di una malattia generale, oppur locale. Egli è chiaro, che se dessa sopraggiunga in una persona di buona costituzione, e sana, ed in conseguenza di una cagione esterna, si dovrà considerare come malattia puramente locale. ma se all' opposto il soggetto, che viene attaccato dalla cateratta fosse di già affetto da un vizio scrofoloso, venereo &c., e la cateratta sopraggiungesse senz' alcuna causa esterna manifesta, potrebbe con ragione dedursene, che cotesta opacità è l' effetto di una malattia generale, o sia di un' affezione generale della macchina. Questa distinzione è molto interessante per la cura della malattia, essendo nel primo caso sufficiente l'estrazione della lente, che nel secondo caso riuscirebbe incerta, se non vi si unisse la cura interna. Oltre le cagioni accennate al-

cuni Autori ammettono la cateratta ereditaria, e la cateratta innata.

La cateratta è una malattia, per la quale sono stati proposti molti medicamenti, ma difficilmente, anzi si può dire, mai si guarisce per mezzo di essi, e conviene sempre ricorrere all' operazione. Noi non possiamo quì estenderci sul metodo di praticare questa operazione, poichè dobbiamo trattarne per esteso nella seconda parte di questi elementi. E' quì dunque da riflettersi soltanto, che nelle caterattte incipienti può ricevere il malato molto vantaggio per qualche tempo dall' uso delle lenti convesse, ed altresì, che nelle cateratte dipendenti da cause interne, si può sicuramente ottenere maggior vantaggio dai rimedj interni, e locali, di quello, che nelle cateratte dipendenti da cagioni esterne, le quali difficilmente guariscono senza l'opera della mano Chirurgica. Questo ha luogo distintamente in quelle prodotte da una metastasi di un qualche umore morbifico, che siasi determinato particolarmente all' occhio.

I medicamenti proposti per la cura della cateratta, e l' oggettto de' quali si è quello di procurare il riassorbimento dell'umore, che forma l'opacità della lente, e della capsula, si pretende da molti, che possano più facilmente aver luogo in caso di cateratta della capsula, di quello che nella cateratta della lente, essendo quest' ultima per solito di una consistenza tale, che poco vi rimane a sperare sull' assorbimento. Per altro ne' casi, ne' quali essa non sia molto consistente, ma di natura piuttosto fluida, potranno essi sotto un certo punto di vista essere giovevoli, anzi siccome non è così facile in molti casi di conoscere prima dell'operazione la consistenza della cateratta, non sarà inutile di tentare prima della medesima l' uso di si-

mili medicamenti. Molti sono quelli, che sono stati raccomandati come vantaggiosi nella cateratta, ma sembra, che il loro vantaggio dipenda principalmente dall' essere la malattia in alcuni casi dipendente da un vizio interno della macchina, contro il quale agisce particolarmente il medicamento. I principali rimedj decantati sono la belladona, il giusquiamo, la cicuta, l' aconito, e fra i metalli l' antimonio, ed il mercurio. E' stato finalmente ancora lodato molto l'etere applicato localmente all'occhio, o in forma di vapori, ovvero istillandolo a poche gocce nell' occhio stesso. Si riflette inoltre, che il mercurio, la china, e lo zolfo possono forse essere i più vantaggiosi, perchè le cateratte le più frequenti probabilmente sono quelle dipendenti da vizio venereo, scrofoloso, o da retrocessione di una malattia esantematica, e segnatamente della scabbie. Quello per altro a cui deve particolarmente riflettersi nell' amministrazione di questi rimedj si è, che quantunque essi non riescano a togliere affatto la cateratta, onde si renda ciò non ostante necessaria l' operazione, non riescono mai totalmente inutili qualora siano amministrati propriamente, giacchè, diminuendo, o togliendo affatto la cagione della malattia vengono ad impedire le conseguenze violenti, che spesso nascono in seguito dell' operazione, e segnatamente le infiammazioni forti, e la cateratta secondaria. Tra i medicamenti proposti per la cateratta possiamo ancora annoverare l'elettricità, e gli emuntorj, come vescicanti, fonticoli ec. dai quali medicamenti molti pretendono averne ricavato grandi vantaggi. Ma se ad onta di questi si vedesse poi, che la malattia non presenta alcun miglioramento, e che principia ad esser minacciato l' occhio sano, o che il malato ha già perduto la vista da ambedue, non resta altro mezzo da por-

e in opera, che l'operazione abbassando, o estraen-
lo la lente medesima, e facendo quest' operazione
on le dovute cautele, non tralasciando nello stes-
o tempo quel sistema di cura interna più adatta-
o, e proprio, che si creda dal Cerusico rapporto
lla cagione, e natura della cateratta, colla quale
perar si possa, che dessa si renda di qualche pro-
tto. Noi esporremo altrove quali debbono essere
ueste cautele, e quale il metodo di operare.

Il *Glaucoma* è una malattia, che è stata dagli
ntichi confusa con la cateratta, poichè sotto il
ome di glaucoma s'intendeva ogni opacità dei mez-
i, pe' quali devono passare i raggi prima di ar-
ivare alla retina. Al presente, che si è applicato
sclusivamente il nome di cateratta all' opacità del-
a lente cristallina, e sue capsole, si è riservato il
ome di glaucoma all'offuscazione dell'umor vitreo.
I sintomi che accompagnano questa malattia sono
resso a poco i medesimi di quelli, che vengono
rodotti dalla cateratta, da cui il glaucoma è molto
difficile a distinguersi particolarmente se la caterat-
a sia incipiente. I recenti Scrittori, che hanno prin-
ipiato a dividere queste due malattie, poco hanno
arlato dei segni caratteristici del glaucoma, e si
ono contentati di dire semplicemente, che in que-
ta malattia si vede l' opacità dietro il cristallino.
o stesso possiamo dire delle cagioni del glauco-
na, essendo queste poco note, e tutte le cognizio-
i, che abbiamo su questo punto si ristringono a
iconoscere la causa della malattia da una degene-
azione di umori, la quale si può credere con qual-
he fondamento essere l' effetto di un vizio nei me-
lesimi. Da questo si deduce, che poco possiamo
oi particolarmente dire sulla cura della malattia.
e questa adunque dipenda da un vizio generale
niente abbiamo da aggiungere a quello abbiamo già

spesso accennato sulla cura conveniente alle malattie locali dipendenti da un umore scrofoloso, scorbutico, erpetico, venereo ec. Potranno per altro nel glaucoma essere assai vantaggiosi i vescicanti, i fonticoli, i setoni alla nuca, come ancora i purganti, ed in somma tutti quei rimedj, che saranno adattati o a diminuire la quantità degli umori alla parte affetta, o a correggere in tutta la macchina la loro cattiva qualità. Ci sembra, che queste due indicazioni curative debbano essere unite indispensabilmente nella cura del glaucoma.

L' *Amaurosi* altrimenti detta ancora *gotta serena* è una malattia, che consiste nella privazione totale, o nella diminuzione della vista prodotta da una paralisia del nervo ottico, o della retina, e che lascia l'occhio nel suo aspetto, e conformazione naturale. Quindi ne viene, che questa terribile malattia è assai difficile a conoscersi, poichè non vedendosi all' esterno alcun segno di essa, fa di mestieri riportarsi alla relazione del malato, che asserisce di soffrire la diminuzione, o perdita totale della vista. Uno dei segni più comunemente ammessi per certi in questa malattia è la dilatazione, ed immobilità della pupilla, ma non sempre ha luogo questo sintoma, essendo molte volte la pupilla nello stato naturale, e qualche volta ancora più ristretta, che nello stato sano. Lo stesso possiamo dire dell' immobilità della pupilla, che di sovente è mobile ancora nell' amaurosi, ma questo può nascere eziandio dall' irritazione della luce sull' occhio sano (se ne sia affetto un solo), e ristringersi per consenso la pupilla di quello malato, questo però si vede facilmente se si faccia tener chiuso l'occhio sano, poichè se l'altro è affetto da amaurosi, la pupilla non si ristringerà punto. Si può anche ammettere come sintoma di questa malattia lo stra-

ismo, mentre il paziente non riguarda gli oggetti direttamente. Nell' occhio affetto da amaurosi la pupilla non è di colore negro come nello stato naturale, ma si vede come un bianco nel fondo dell' occhio; alle volte si vede di color verdastro, e molte volte si può dai non pratici confondere questa opacità, che si vede dietro la pupilla con la cateratta. Per evitare l' errore basta per altro riflettere, che l' opacità nell' amaurosi vedesi piuttosto nel fondo dell' occhio, che immediatamente dietro la pupilla come nella cateratta, e di più si osserva, che il malato è affatto cieco, sebbene l' offuscamento, che si vede sia così debole, che non potrebbe produrre tanto effetto se esistesse nella lente cristallina. Il caso più difficile a conoscersi è quello, in cui l'amaurosi è complicata con la cateratta, giacchè allora come abbiamo detto parlando di questa i sintomi di una malattia si possono in qualche modo confondere con quelli dell' altra; ma forza è ripetere, per non deviare dal sistema elementare propostoci, di far riflessione alla cagione, ed al modo con cui si è formata la medesima.

E' vario il tempo, in cui si produce questa malattia essendo il suo corso molto rapido in alcuni, i quali perdono la vista subitamente, mentre in altri dura mesi, ed anche anni prima di causare la cecità, ma questo vario corso dell' amaurosi sembra dipender molto dalle cause, che l' hanno prodotta. Così ancora varj sono i sintomi, coi quali essa principia, giacchè alcune volte sembra nascere dall' accrescimento della sensibilità dell' occhio, ed altre volte all' opposto da una diminuita sensibilità del medesimo, e sembra ancora non di raro, che principj coi sintomi, che dimostrano una raccolta di umori nell' occhio. Generalmente in cotesta ma-

lattia i malati vedono sul principio come de' moschini avanti gli occhi, ed indi de' corpi lucenti ec.

L' amaurosi attacca ordinariamente tutti due gli occhi nello stesso tempo, ovvero il secondo viene affetto poco dopo il primo. L'amaurosi sembra, che principi nel mezzo della retina, poichè quando comincia ad offuscarsi la vista i malati vedono meglio guardando lateralmente, che direttamente gli oggetti. Esistono per altro de' casi, ne' quali l' amaurosi attacca un solo occhio, e questo accade quando la cagione dell' amaurosi è locale, e segnatamente se la malattia dipenda da una lesione violenta dell'occhio, da una oftalmia, o da una lesione del ramo frontale del nervo oftalmico. Si osserva alcune volte, che tale paralisi non esiste in tutta la retina, ma soltanto nella metà di essa. Questa specie di amaurosi detta da alcuni *dimidiata* produce l' effetto di non vedere gli oggetti, che per metà, e questa soltanto può dirsi *Emiopia*, mentre sotto tal nome varj Scrittori riconoscono codesto vizio nella visione, ma prodotto da altre cagioni, il quale è un puro sintoma di altre malattie, come sarebbero diverse macchie della cornea, una posizione preternaturale della pupilla, un distaccamento dell' iride da un punto del suo bordo per qualunque causa esterna. Lo stesso si dica se la malattia esista in un sol punto della retina, giacchè allora il paziente vede una macchia nera sugli oggetti, che egli riguarda.

Da tutte queste osservazioni, e da altre, che per brevità passiamo sotto silenzio si sono dagli Autori di Chirurgia formate varie specie di amaurosi. Le più interessanti da aversi in riguardo sono l' amaurosi *completa*, ed *incompleta*, l' amaurosi *recente* o *inveterata*, e finalmente l'amaurosi *continua*, e la *periodica*.

Una delle cose molto da considerarsi per la

ura della malattia si è il conoscimento delle sue agioni. Molte, e varie possono essere quelle, che roducono l'amaurosi, ma si possono desse comodamente ridurre a tre punti principali, cioè 1. la letora del capo, 2. la debolezza del sistema nervoso, 3. qualche affezione, che agisca simpaticamente sull'occhio.

La pletora dei vasi del cervello, e dell'occhio produce l'amaurosi comprimendo il nervo ottico, la retina, e ciò accade particolarmente o in conseguenza di uno stimolo violento sulla testa, come per esempio un sole forte, ovvero dopo la soppressione di un flusso sanguigno, come mestruale, emorroidale, epistassi, o altro abituale ec. le febbri acute, l'oftalmia ec. possono produrre questa specie di amaurosi. L'applicazione continua degli occhi in specie tenendo la testa bassa, ed il tronco incurvato può produrre lo stesso effetto. Il medesimo dicasi delle percosse fatte sulla testa.

La seconda cagione consiste nella debolezza del sistema nervoso, e segnatamente di quello dell'organo della visione. L'abuso in specie prematuro de' piaceri venerei è sovente la causa di questa debolezza. L'abitare in luoghi molto illuminati dal sole, e particolarmente dove esista della neve, o altri corpi bianchi, il legger molto la notte, oppure nel giorno in un luogo, ove sia una forte luce, e l'esser soggetto ad evacuazioni abbondanti, e continue sono le cause ordinarie della debolezza de' nervi dell'occhio. Se l'amaurosi nasce in conseguenza di una debolezza locale di quest'organo sarà meno da temersi, che quella, che ha origine dalla debolezza di tutto il sistema nervoso. Abbiamo degli esempj di questa debolezza nata da diarree violenti, da forti passioni d'animo, da evacuazioni abbondanti, e repentine di un umore

qualunque. Il riguardare gli oggetti con un solo occhio indebolisce il medesimo più che il guardarli con due ec.

La terza causa è come si è detto un' affezione, che agisce per connaturale, e stretta relazione sull' occhio. Questa da molti si pretende, che consista unicamente in un' affezione gastrica delle prime vie, e la gotta serena prodotta da questa causa è alle volte intermittente. Ma oltre di cotesta cagione può ancora l' amaurosi dipendere da vizj de' visceri, e precisamente del fegato cagionati da passioni d' animo, da vermi, ed altre simili malattie.

Oltre queste tre cagioni principali, che abbiamo detto produrre segnatamente l' amaurosi, ne esistono ancora delle altre, che non si possono riportare sotto alcuna delle tre classi accennate, e queste sono i vizj generali della macchina, e le affezioni locali. I vizj generali della macchina sono particolarmente l' artritico, l' erpetico, lo scabbioso, e il venereo. Le malattie esantematiche ritrocesse, e distintamente quelle del capo sono sovente cause d'amaurosi. Può parimente nascere la gotta serena da una crisi di una malattia acuta ec. Riguardo alle cause locali può produrre l'amaurosi tutto ciò che può cagionare la lesione di parti necessarie all' integrità della visione, e quindi l' offesa del nervo sopraciliare, i corpi estranei entrati nell' occhio, la compressione del nervo ottico prodotto da un qualche tumore, ascessi, ferite d' occhio ec. Si deve ancora a questo proposito riflettere, che un infiltramento sieroso nel cervello, che communichi con l'orbita stessa comprimendo il nervo può produrre l' amaurosi. Qualche autore riporta de' casi, ne' quali si rileva, che alcune volte la cagione dell' amaurosi abbia la sua sede nella membrana pituitaria, e

quindi, che la malattia possa dipendere dall' arreto di un flusso catarrale del naso.

L' amaurosi è una malattia di cura assai difficile, anzi è dessa generalmente incurabile, particolarmente se sia inveterata. Se però la malattia sia recente, ed incompleta vi è speranza di poterla guarire. Quello per altro, che decide molto sulla prognosi d' essa sono le cause della medesima poichè se queste possono togliersi, la malattia sarà curabile. e l' amaurosi sia sopraggiunta lentamente, e siasi aumentata insensibilmente sarà di cura molto più difficile, che quella, che viene tutta in un punto, giacchè le cagioni di quest' ultime sono più recenti, e più facili a togliersi, mentre quelle dell'altre sono più antiche, e resistono all'azione de'medicamenti. Se la causa sia ben nota, è chiaro, che questo ne faciliterà molto la cura.

Gli oggetti, che deve avere in mira il Cerusico nella cura dell' amaurosi sono di togliere principalmente le cagioni della malattia, ed in oltre di dare ai nervi quel tono, che essi possono aver perduto per l'azione delle medesime. Conviene peraltro riflettere, che spesso la causa di cotesta debolezza locale è tanto oscura, che non si può arrivare a conoscere, ed allora conviene dare i rimedj secondo i sintomi, e gli effetti, che essi producono. Avendo noi già esposte in dettaglio le cagioni più comuni dell' amaurosi poco sarà necessario di dire sulla cura di questa malattia, che secondo le medesime deve esser diretta.

Nell' amaurosi della prima specie, o sia dipendente da pletora si richiede il metodo evacuante, debilitante, e principalmente i salassi. Questi saranno molto più vantaggiosi se si faranno prossimamente alla parte, e quindi sono in questi casi preferibili le sanguigne dalla jugulare, o le sangui-

sughe in quantità alle tempia. Oltre i salassi converranno i purganti, ed i vescicanti, e se la pletora dipende dalla soppressione di una qualche evacuazione è certo, che il primo oggetto deve esser quello di richiamare la medesima.

La seconda specie di amaurosi, ossia quella dipendente da debolezza va curata con un metodo tutto opposto, e quindi nella medesima saranno utili i rimedj stimolanti. Fra questi hanno luogo principalmente la china, ed i marziali adoperandoli tanto internamente quanto esternamente. Per uso esterno gioveranno ancora moltissimo la doccia, e le strofinazioni fatte con liquori spiritosi tanto alle tempia, quanto sulle palpebre, ed al sopracigiio. L' acqua fredda è stata in questi casi molto raccomandata, ed i vescicanti, o la tintura di cantarelle, e ancora l' elettricità. La canfora si è eziandio trovata giovevole, e finalmente la moxa da applicarsi alla nuca, ó alla fronte. Questi medicamenti poi altro dovranno adattarsi alla specie di debolezza che forma la cagione della malattia, posciachè se la debolezza sia generale convengono piuttosto gli stimolanti, che agiscono su tutto il sistema, mentre all'opposto se dessa sia puramente locale saranno più adattati gli stimolanti locali; ma uniti agli anzidetti.

Per quello poi, che appartiene alla terza specie di amaurosi, o sia quella, che abbiamo detta consensuale, o simpatica conviene esaminare qual sia l'organo primieramente affetto, che produce la malattia. Noi osserviamo generalmente, che l' amaurosi di questa specie per ordinario riconosce la sua cagione da una saburra delle prime vie, e quindi il metodo di cura deve consistere primieramente negli evacuanti, che è quanto dire purganti, ed emetici, e dopo di essi potrà passarsi all' uso dei lo-

geri tonici, e segnatamente della china, che nel tempo che darà del tono ai nervi della macchina, ed a quelli dell' occhio ristituirà alle prime vie il vigore, che possono aver perduto sotto l' uso degli evacuanti. Fra i medicamenti, che si sono adoperati con vantaggio nell' amaurosi prodotta da affezioni gastriche è stato particolarmente lodato il tartaro emetico, la di cui azione per altro viene creduta da molti Autori non essere in questi casi evacuante, ma piuttosto stimolante il sistema nervoso. Esso per altro è molto utile segnatamente se riuniscasi con altri attonanti. Molti altri medicamenti sono stati proposti per la cura di questa specie di amaurosi, e particolarmente varie preparazioni antimoniali, come il kermes, lo zolfo dorato, il vino antimoniato, e simili. Si è pure ricavato del vantaggio da qualche preparazione mercuriale, in specie da quelle, che agiscono producendo qualche evacuazione, come per esempio il calomelano.

Resta ora a far menzione sulla cura dell'amaurosi prodotta da vizio generale degli umori, o da cagione locale. Se la malattia dipende da vizio generale degli umori, è indispensabile, che la prima cura consista nel correggere la cattiva indole dei medesimi, quindi si dovrà trattare la malattia con quei medicamenti adattati al vizio predominante, sia esso venereo, artritico, erpetico, scorbutico, scrofoloso ec. Può in questi casi essere molto giovevole il richiamare l' irritazione all'esterno per mezzo di un vescicante, o setone, fonticolo, o senapismi, secondo lo stato della malattia. Questo avrà generalmente luogo nelle ripercussioni di malattie segnatamente esantematiche, ed in specie di quelle del capo, come per esempio la tigna.

Se l'amaurosi venga prodotta da cagioni locali,

siccome le medesime sono spesso impossibili a togliersi, così la cura radicale ne è impossibile, e tutto al più quello, che si può ottenere per mezzo dei rimedj si è di ritardare l'avanzamento della malattia. Qualora poi l'amaurosi dipenda da offesa del nervo frontale, gli stimolanti locali, fra i quali l'elettricismo possono essere di qualche vantaggio. Finalmente in quella dipendente da vermi si appresteranno gli antidoti necessarj come l'etiope minerale, il felce maschio, la valeriana ec.

Per terminare il trattato delle malattie più interessanti degli occhj ci resta di brevemente parlare del cancro dei medesimi. Avendo noi già trattato nella precedente sezione del cancro in generale, in cui abbiamo anche accennato quello dell'occhio in particolare, poco dobbiamo aggiungere su questo ultimo, dovendo esso esser curato secondo le medesime regole generali già esposte. Per altro un riflesso merita a questo proposito una particolare attenzione, e ciò si è il luogo della malattia, poichè essendo l'occhio situato così vicino al senso rio comune, ed avendo una connessione così immediata con esso per mezzo di tanti nervi, la malattia può facilmente, e sollecitamente attaccare questo viscere tanto interessante, e produrre delle funeste conseguenze.

Dalla descrizione, che noi abbiamo dato dei sintomi, i quali accompagnano il cancro si può facilmente dedurre quali siano le apparenze, che presenta il cancro dell'occhio, e che difficilmente potranno dar luogo ad equivoco sulla natura, ed indole della malattia, ma il gonfiore, il dolore esteso, e l'aspetto stesso della medesima non lasceranno alcun dubbio sulla diagnosi.

Lo staffiloma, l'oftalmia, e le altre malattie gravi, che interessano il globo dell'occhio possono esse

causa del cancro del medesimo, e secondo queste cagioni potrà il Cerusico formare un piano di cura per questa malattia, che è sempre grave, e pericolosa, particolarmente, come si è detto per la sua vicinanza al cervello. Sebbene pochi sono i medicamenti, che si ritrovano utili in questo caso, ciò non ostante dovrà il professore non omettere di tentare quei rimedj adattati, tanto contro la natura cancerosa della malattia, che già abbiamo esposti trattando del cancro in generale, quanto contro il vizio dominante se esista, o contro la cagione locale di malattia precedente. Per altro se questi rimedj riescano poco efficaci, come suole avvenire, e se ci sia luogo da temere, che per mezzo del nervo ottico possa venire affettto il cervello, il miglior partito si è quello di ricorrere all'estirpazione del globo dell'occhio, che non meritando di essere inclusa fra le grandi operazioni, l'esponiamo qui appresso. Questa si pratica per mezzo di una forbice convessa, o anche meglio di un bistourì procurando di distaccare il globo dalle sue aderenze coll'orbita, ed indi recidendo il peduncolo del medesimo, composto del nervo ottico, muscoli, vasi ec. Si deve in questo caso porre attenzione a portar via tutte le parti affette, inclusivamente alla congiuntiva, ed alle palpebre se siano anch'esse indurite, alterate nel colore ec. onde non resti il minimo germe della malattia, che potrebbe facilmente riprodursi, e cagionare delle cattive conseguenze. L'emorragia si arresta facilmente con la compressione, posciachè la cavità dell'orbita presenta una resistenza sufficiente per tale oggetto.

ARTICOLO III.

Delle Malattie degli Orecchi.

Le malattie, che attaccano gli orecchi non sono tanto numerose, quanto quelle degli occhi, ma ne esistono per altro alcune ancora in quest' organo, che possono portare la perdita dell' udito, e porre alle volte eziandio in pericolo la vita dell' infermo. Siccome però l'organo dell' udito è poco esposto alla vista del Professore, e le sue parti interne sono molto nascoste, ed alcune affatto inaccessibili, quindi è, che le malattie dell' orecchio non sono tanto ben conosciute, quanto quelle degli altri organi de' sensi. Gli Autori di Chirurgia hanno comunemente per maggior chiarezza diviso le malattie dell' organo dell' udito in quelle dell' orecchio esterno, ed in quelle dell' orecchio interno.

Fra le malattie dell' orecchio esterno, meritano primieramente attenzione quelle, che distruggono tutto il padiglione, giacchè essendo esso quasi necessario per riflettere i raggi sonori nel meato uditorio, se desso manchi, quantunque non ne segua la sordità assoluta, pure non potendo i raggi percossi essere esattamente diretti nel meato stesso, deve seguirne almeno per vario tempo una diminuzione dell' udito. La mancanza del padiglione suol nascere ordinariamente in conseguenza di un colpo d' istromento tagliente, che venga a reciderlo. Se desso resti ancora in parte attaccato alla cute si dovrà tentare di riporlo in sito, e per mezzo dei cerotti adesivi, o se dessi non siano sufficienti, viene anche raccomandato qualche punto di sutura per mantenerlo nella sua situazione, col qual mezzo si ottiene qualche volta la riunione, non omettendo

un' adattata fasciatura, che per ben situarla, e non apportare fastidio alla sensibilità del padiglione deve essere riempiuto di cotone quello spazio, che passa fra esso, e le parti sottoposte, come anche riempirne il cavo dell' orecchia. Se gli esposti metodi non siano sufficienti per la riunione, o se dal ferro tagliente sia stato portato via intieramente, altro non vi rimane, che il medicare la ferita coi metodi ordinarj, e dopo seguita la cicatrice supplire alla mancanza del padiglione con qualche istromento di metallo, o di altra adattata sostanza, che si lega sotto i capelli, e supplisce passabilmente al difetto prodotto dalla ferita.

Alcune volte anche il lobulo dell' orecchio può esser soggetto a qualche malattia, e questa consiste principalmente nei tumoretti, che hanno la loro sede nella cellulare di cui è formata la parte principale del medesimo. Dessi sono sovente l' effetto dell' irritazione prodotta dal forare il lobulo stesso, ma spesso questa non è, che la causa occasionale della malattia, poichè i vizj interni della macchina possono molto contribuire, e rendere la medesima di qualche considerazione, producendo delle ulceri di cattivo carattere, che obbligano ad intraprendere una cura interna. In generale l' indicazione curativa di questi tumori consiste nell' estirpazione secondo le regole già date parlando dei tumori in genere, ma riunendovisi una particolare complicazione, o procedendo da cagione interna si dovrà intraprendere la cura antisifilitica, antiscorbutica, o antiscrofolosa ec. secondo l' indole del vizio preominante.

L' ostruzione del meato auditorio è una malattia, che è sovente congenita, come dipendente da un vizio di conformazione. Quest' ostruzione può essere di più specie: può cioè il meato auditorio

essere chiuso per mezzo di una membrana preternaturale, ovvero può essere esso molto ristretto per ingrossamento della cartilagine, o ancora della parte ossea, o può finalmente essere il canale riempito da una sostanza qualunque. Secondo la diversa causa della malattia varia ne sarà la prognosi, e la cura. Nel primo caso, di una membrana cioè, che chiuda il meato, sarà facile il restituire l'udito al paziente facendo una incisione in questa membrana medesima, e dando così il libero passaggio all'aria. La difficoltà di questa operazione consiste nello scoprire esattamente il luogo preciso, dove esiste la detta membrana, cosa, che è alquanto difficile se la medesima sia situata un poco profondamente, attesa la tortuosità del canale stesso. E' inoltre da prendersi molta attenzione di non offendere la membrana del timpano, il qual pericolo ha fatto preferire a molti l'uso del caustico a quello del ferro tagliente. Ciò che dovrassi procurare dopo fatta l'apertura della membrana sarà di mantenerla aperta, al quale oggetto saranno molto adattate delle sfila, o altri corpi, come per esempio delle candelette di cera.

La seconda specie di ostruzione del meato, che dipende da un ingrossamento delle ossa, o delle cartilagini del canale stesso, è ordinariamente incurabile, segnatamente quando questo è ristretto a segno da rimanere obliterato affatto, se per altro lasci ancora qualche spazio, non sarà forse impossibile per mezzo dell'introduzione di corpi solidi gradatamente accresciuti di ottenere a poco a poco una maggior dilatazione del medesimo in modo, che il paziente riacquista passabilmente il senso dell'udito.

Diverso finalmente è il caso quando il meato auditorio viene otturato dai corpi estranei esistenti

l nel medesimo di qualunque natura essi siano. Alune volte però può esistere dentro l' orecchio una ostanza cellulare, che lo riempia, ed in questo caso il miglior rimedio si è quello di spingere un roicart alla profondità di 15. a 18. linee fino che i sente un vuoto, ed indi porre nel canale un qualhe corpo, che impedisca, che esso nuovamente si ichiuda. Se però l' ostruzione del canale arriva fino lla membrana del timpano, la malattia sarà incurabile. Se siano entrati casualmente nell' orecchio de' orpi estranei duri, come ossa di ciliegie, e simili arà necessario spalmare le parti con dell' olio, onde facilitare l' esito del corpo ivi arrestato, e dopo di questo si procurerà di estrarlo colle pinzette, altrimenti se ciò non è possibile si faranno delle injezioni nell' orecchio stesso, e così si estrarrà più facilmente. Il cerume delle orecchie è quello, che molte volte radunandosi in gran quantità, ed addensandosi vieppiù ottura il meato auditorio, e produce la sordità. Questa cagione è delle più frequenti, particolarmente nell' età avanzata, la cura per altro di essa non è molto difficile, giacchè sarà sufficiente l'introdurre un poco d'olio nell' orecchio per ammollire il cerume, ed injettarvi poi dell' acqua calda per iscioglierlo. Si potrà ajutare l'esito del cerume con uno stromento adattato detto comunemente stuzzicaorecchio.

Le malattie della membrana del timpano, che meritano attenzione particolare sono l'indurimento della medesima, l'ossificazione, il suo laceramento, e ben anco la sua distruzione totale. Queste malattie non sono generalmente facili a conoscersi da qualche sintoma esterno, ma è assolutamente necessaria l'ispezione locale, che molte volte resta difficile a motivo della situazione del meato auditorio. La membrana del timpano è soggetta a diventare sempre più

densa col crescere dell' età, ma se sopraggiungono delle infiammazioni in queste parti, arriva essa non di raro ad una durezza considerabile. Questo nasce particolarmente dagl' ingorgamenti della membrana mucosa, che riveste quella del timpano nella sua parte interna. Tale ingrossamento della membrana produce, che non essendo essa più adattata alle oscillazioni non può più trasmettere nella cassa del timpano le vibrazioni de' raggi sonori, e quindi ne siegue la sordità. Molti rimedj sono stati proposti per la cura di codesta malattia, ma a dire il vero con poco profitto, poichè inutili sono ordinariamente rimaste le fumigazioni da alcuni consigliate, come ancora le injezioni fatte dalla parte interna dell' orecchio, o sia per la tromba eustachiana. Oltre di che questi rimedj sono assai difficili a porsi in opera. Alcuni pratici moderni hanno proposto di sostituire a tutti questi metodi quello di perforare la membrana del timpano, metodo quanto di più facile esecuzione, altrettanto più sicuro, ed infatti si è molte volte con questo mezzo riuscito ad ottenere la cura della malattia. Si adopera a tal fine un troicart piccolo un poco curvo, si solleva il padiglione esterno dell' orecchio per poter rendere più retto il tratto del meato auditorio esterno, e s' introduce lo stromento in modo, che arrivi a perforare la membrana del timpano nella sua parte anteriore, ed inferiore, acciò non offendasi la corda del timpano, ed il manico del martello. Altri Autori all' uso del troicart sostituiscono quello del caustico, ma questo può essere riunito spesso a gravi inconvenienti, e segnatamente di restarne qualche porzione nel meato auditorio. Nei casi di ossificazione avrà luogo lo stesso metodo, ma ciò riuscirà di raro utile nella perfetta ossificazione della membrana del timpano. Ne è da temersi, che questo foro, che ri-

mane nella membrana sia d'impedimento all' udito, mentre sappiamo da moltissime osservazioni, che questi malati sentono benissimo ad onta che la membrana non sia intiera, come esporremo meglio quì appresso trattando dei laceramenti della medesima.

Cotesta membrana può restare lacerata, e si conosce facilmente la malattia facendo delle forti espirazioni, avendo il naso, e la bocca chiusa, giacchè allora si vede l'aria uscire dal meato auditorio esterno, lo che si conosce pel moto di un lume, de' capelli &c., e pel passaggio nella gola delle injezioni fatte al condotto auditorio esterno. Lo specillo cautamente introdotto può ancora dar molto lume su questa affezione. Essa viene prodotta ordinariamente da violenze esterne, come per esempio l'incauta introduzione degli stuzzicaorecchi, dall'urto violento di altri corpi, o anche dell'aria, così ancora si può rompere la detta membrana in occasione di malattie locali, come ulceri, suppurazioni &c. Queste aperture per altro non sono molto difficili a chiudersi naturalmente secondo le osservazioni dei più celebri pratici, ma qualora anche rimanesse una piccola apertura nella membra a non ne viene da questa alcun impedimento all' udito. Egli è vero, che alcuni esempj vengono riportati da varj Autori di Chirurgia, i quali dicono, che ella rottura della membrana del timpano, abbia avuto luogo la sordità irreparabile; se per altro riflettiamo bene a queste osservazioni sembra più, che robabile, che la perdita dell' udito non sia stata mplicemente prodotta dalla lacerazione della membrana del timpano, ma piuttosto bensì dal rimanere ffeso il punto, dove si attacca il manico del martello, e quindi rimanendo quest' osso distaccato dal uo posto, ne verrà appresso il disordine delle altre ossa, si verrà a distaccare la staffa dalla finestra vale, e venendo a seguirne lo scolo delle acque con-

tenute nel labirinto, i nervi rimarranno inabili a trasmettere le oscillazioni dell' aria. Ed infatti egli è certo da molte osservazioni, che non solo un forame nella membrana del timpano non è sufficiente a produrre la sordità, ma neanche lo è la perdita degli ossetti medesimi sapendosi, che in molti casi non ostante la distruzione di essi in occasione di suppurazione il paziente ha continuato a sentire passabilmente bene, lo che dà motivo a credere, che in alcune circostanze la membrana, che ricuopre la finestra rotonda possa servire allo stesso uso, che la membrana del timpano. Nei casi dunque di lacerazione, o distruzione totale di questa membrana poco avrà da fare il Cerusico nel primo caso, se non che prevenire i sintomi, ed in particolare l'infiammazione delle parti, e l'emorragia, che possono essere la conseguenza dell' azione violenta, che ha prodotto la lacerazione della medesima. Nel secondo caso poi, che la lacerazione nasca da una suppurazione nell' interno dell' orecchio si dovrà il Professore regolare secondo i precetti, che daremo in seguito trattando di questa speccie di suppurazione.

Otitide si dice l'infiammazione del meato auditorio, e di tutte le parti interne dell' orecchio. In questa malattia risente il malato un continuo dolore molte volte assai acuto nell' orecchio affetto, che si propaga alle parti vicine. Essa riconosce ordinariamente per cagione un reuma, una erisipela della faccia, e delle parti esterne dell' orecchio, o l'azione di corpi estranei introdotti nel medesimo, ed è spesso malattia pericolosa sì per la suppurazione, che può nascere, come eziandio per la propagazione dell' infiammazione, che può arrivare alle parti più interne, e produrre ancora la morte. Appartenendo l' otitide piuttosto al Medico, che al Cerusico sarà sufficiente l'accennare in generale riguardo alla cura, che dessa

deve consistere nel metodo antiflogistico principiando con i salassi generali, ed indi locali, adoperando nello stesso tempo delle injezioni emollienti, e passando poi all' uso dei vescicanti qualora lo stato della malattia li richieda.

Più riguardo merita per parte del Cerusico la suppurazione dell' orecchio, che spesso è la conseguenza dell' infiammazione del medesimo. Lo scolo di pus varia secondo l'indole della suppurazione stessa, poichè o si fa per la tromba di Eustachio, o sia per l'orecchio interno nelle fauci, ovvero si presenta per l'orecchio esterno. Nel primo caso la membrana del timpano è intiera, nel secondo essa viene ad aprirsi, cadono le ossetta dell' udito, e la conseguenza può esserne come abbiamo detto la sordità. Può ancora succedere, che il pus restando nella cavità del timpano invece di rompere la membrana del medesimo si faccia strada nella sostanza cellulare dell' apofisi mastoide, e produca la carie della medesima terminando con un tumore all' esterno in detto luogo, o anche formando la deposizione all' interno del capo con pericolo della vita del malato, poichè allora la marcia si fa strada fra l'osso temporale, e la dura madre, e comprime il cerebro, ovvero lacera la detta membrana. Può eziandio l'ascesso forar l'osso, e formare un tumore tanto all' esterno, quanto all' interno del cranio, i quali comunichino fra di loro. Questi non lasciano di essere molto pericolosi. Debbonsi distinguere a tale proposito alcune specie di scoli purulenti delle orecchie, che meritano d'essere considerati. Il primo è quello de' fanciulli, che sul principio suole essere sempre benigno, se pure non sia di natura scrofolosa, come spesso accade. Debbono ancora particolarmente riguardarsi quei scoli purulenti, che dipendono da vizio particolare della macchina, come erpetico, venereo &c.

ed i quali essendo semplicemente sintomatici meritano essere curati secondo la malattia primitiva. Alcuni finalmente riportano de' casi di suppurazione di orecchio prodotte da polipi nel medesimo.

Giusta queste diverse cagioni della malattia deve essere diretto il metodo di cura. In generale sarà regola poi di non usar mai in codesti casi dei forti ripercussivi, o injezioni astringenti, potendo questi medicamenti produrre delle funeste conseguenze, particolarmente se la malattia venga causata da vizio interno. La prima indicazione nella cura di essa, sarà quella d'impedire il passaggio delle marce nelle parti, dove potrebbe produrre del pericolo, e di diminuire la suppurazione stessa. Per quello, che appartiene alla diminuzione della suppurazione, questa non si può ottenere con de' rimedj violenti, ma è necessario contentarsi dei semplici astersivi, e delle injezioni tiepide di orzo per esempio, e mele rosato, passando in seguito a quelle un poco attonanti come sono il vino, e lo spirito di vino allungati coll' acqua, qualche decozione leggermente astringente, a cui si può unire piccola dose di tintura di mirra &c. Nei casi di suppurazione prodotta da vizio interno sarà necessario aprire un emuntorio, cioè un vescicante, o meglio ancora un setone, e nello stesso tempo praticare una cura interna, ed allora essendovi altra strada aperta alla marcia si potrà procedere all' uso di injezioni alquanto più forti, dovendosi allora meno temere una ripercussione.

Qualora poi ad onta di questi rimedj non siasi potuto arrivare ad impedire, che la marcia abbia occupato le cellule mastoidee, onde possasi premunire la carie, sarà necessario aprire l' apofisi mastoidea stessa per dar esito al pus, e questo si potrà fare con un troicart, facendo poi pel medesimo forame

delle injezioni astersive, se per altro cotesto fluido siasi inoltrato sotto l'osso temporale, e che vi sia gran fondamento di ciò credere, converrà anche ricorrere alla trapanazione.

La carie delle ossa dell' organo dell'udito può venire in seguito della suppurazione, ma essa non ha luogo, che rarissime volte nella parte petrosa, essendo questa troppa dura per venirne soggetta, e quando essa accade, ha ordinariamente la sua sede nell' apofisi mastoide, e di li la marcia infatti passa nella cavità del timpano, dove produce ancora la carie degli ossetti dell' udito situati nella sudetta cavità, non che cagiona la totale distruzione della membrana del timpano, e l' apertura della finestra ovale, da cui nasce irreparabilmente la sordità. In caso di suppurazione dell' orecchio prodotta da cagione venerea, la carie ne è sempre il termine. Questo ordinariamente si dà a conoscere come di sopra abbiamo detto con un tumore dietro l' orecchio, il quale aprendosi sentesi collo specillo la carie dell' osso sottoposto. Il caustico attuale è il miglior rimedio, e forse l'unico in questi casi.

Può la mancanza di udito dipendere eziandio da vizio de' nervi, e particolarmente dalla loro debolezza. Vi è chi ha creduto assai utile in questo caso l'emetico, ma in generale converrà la cura interna attonante, osservando per altro, che se la malattia nasce da cagione locale sarà incurabile. L'elettricità è stata ancora molto encomiata nella sordità nervosa, e sene è ritratto del vantaggio.

Conviene a questo proposito osservare, che l'affezione dei nervi inservienti all' organo dell' udito può esser varia, e consistere o nell' elevata sensibilità di quest' organo, o nella diminuzione della medesima. Nel primo caso ogni impressione sonora sull' orecchio diviene al medesimo intollerabile. Nel se-

condo se ne richiede una ben forte sulla membrana del timpano, affinchè possa percepirsi un qualche suono. La cognizione delle cagioni, le quali hanno prodotto la malattia, può dar molto lume sul metodo di cura da tenersi nella medesima: dobbiamo per altro quì riflettere, che la maggior parte di queste cause sono poco note, e difficili a conoscersi, e che in molti casi se vengano conosciute difficile ne è il rimuoverle, segnatamente quelle, che dipendono da una continua esposizione dell'organo dell'udito ad impressioni troppo forti, o troppo deboli, le quali cagionano nei nervi una troppo gran debolezza, e sensibilità, onde essi non possono venire stimolati, che da impressioni analoghe a quelle, a cui sono assuefatti. Per altro l'uso degli evacuanti, e debilitanti, come ancora quello degli stimolanti ben diretto, e regolato secondo le cagioni della malattia potrà essere assai utile nella cura di queste affezioni dell'organo dell'udito.

ARTICOLO IV.

Malattie del Naso.

L'organo dell'odorato è soggetto a molte malattie oltre quelle, delle quali abbiamo già parlato trattando delle malattie generali come ferite, fratture &c. Tra le medesime noi sceglieremo le più interessanti, che sono l'obliterazione delle narici, l'epistassi, il polipo, la coriza, l'ozena, e gli ascessi dei seni mascellari, e frontali.

L'obliterazione delle narici può nascere o per un vizio congenito, che consiste in una aderenza delle ali del naso, ovvero per una esulcerazione di queste parti, che produca il medesimo effetto, e segnatamente quelle cagionate da ulceri d'indole maligna, e prodotta

l primo caso
un bistourì,
o tempo dopo
ule, le quali
la riunione,
ire. Lo stes-
bastante nelle
eniente da ca-
cura locale è
ale coi rimedj
erei mentre il
ogni altro tra
Scrittore mo-
ento delle na-
membrana pi-
di qualche vi-
le parti vicine,
tte, o cannule
lle narici, e se-
biamo detto, in
medj opportuni a

aso quantunque sia
he il Cerusico, non è
nte obbligato a presta-
che essa sia troppo vio-
generali. Conviene usa-
ere questa emorragia, par-
da pletora generale, o da
abituali. Qualora però si
nè giovino le aspersioni
niezioni astringenti, an-
i passare alla compres-
tanto dalla narice ester-
e sfila imbevute in un
continua per lo ad

escire per la narice interna, e viene rigettato dalla bocca, o passa nello stomaco. Ad impedire questo si giunge con una doppia compressione, vale a dire nella narice esterna, e nella interna. Si fa perciò passare un filo dalla prima nella seconda, e riprendendolo nella bocca vi si lega un turacciolo ben forte di sfila, e poi tirando il filo dalla narice esteriore si viene a portarlo nella narice posteriore, ove forma una compressione, lasciando sempre una porzione di filo fuori della bocca per tirare il turacciolo quando non sarà più necessario. Per passare il filo accennato si sono adoperati molti stromenti di argento, di gomma elastica &c. ma il migliore è quello composto di una cannella d'argento con entro una molla di acciajo curva: quando la cannula è entrata nella narice si spinge la molla, che passa facilmente nella narice posteriore dietro il velo pendulo, ed alla sua estremità si lega il filo. Si ritira poi la molla, e così il filo passa nella narice anteriore. E' necessario indi riempire anche questa con un turacciolo simile, il quale come il posteriore si lascerà in sito 4 o 5 giorni secondo il bisogno. Le epistassi nate da vizio interno vanno curate con rimedj diretti contro il medesimo. Esse sono assai frequenti nello scorbuto, ed in questo caso converranno i rimedj adattati in tale affezione.

Un altra malattia dell' organo dell' odorato si è il polipo del naso, malattia non tanto rara ad accadere. Parlando dei tumori fungosi, carnosi, ed adiposi nel trattato delle malattie generali abbiamo esposto l'indole di queste escrescenze, e quindi è inutile, che ne ripetiamo cosa alcuna al presente riserbandoci poi nel trattato delle operazioni di esporre i metodi convenienti per l'operazione, che in essi conviene.

L' ozena forma un altra malattia di codesta par-

te non meno rimarchevole. Questa consiste in un ulcere del naso, che tramanda delle materie putride fetidissime, ed accompagnata spesso da carie dell'ossa del naso. Dessa cagiona al paziente de' dolori continui, ed infetta fino il fiato del medesimo. La coriza è sovente la causa dell'ozena, che consiste nell' infiammazione della membrana pituitaria, e che esige quei riguardi, i quali si prescrivono generalmente nell' infiammazione di tal natura. Se l'ozena riconosce la sua origine da questa affezione della membrana mucosa delle narici, dessa è sempre cagionata dal vizio venereo, abbenchè possa ancora dipendere da quello scrofoloso, erpetico, e canceroso etc. L' ozena sebbene è malattia quasi sempre incurabile, almeno radicalmente, essendo come si è detto spesso unita alle carie delle ossa, particolarmente se la medesima sia avanzata, ciò non ostante non debbono tralasciarsi i rimedj generali, e locali convenienti alla natura di essa. L'oggetto principale della cura dunque si è quello di astergere localmente le ulcere con dell' injezioni adattate, di stabilire qualche emuntorio, e di somministrare de' rimedj proprj a distruggere la cagione interna della malattia. Le injezioni consisteranno nella decozione di China, o di corteccia di Quercia, ed altre piante analoghe, alla quale si unirà dello spirito di vino, e dello zucchero. Sarà vantaggiosa ancora l'applicazione sull' ulcere di poche sfila con unguento formato di estratto di saturno, laudano liquido, olio di amandole dolci, e poca cera depurata. Ma ciò, che molto interessa si è di dare i medicamenti interni. Essendo il più delle volte l'ozena d' indole venerea si dovrà principalmente somministrare il mercurio, e la decozione di salsa paglia. La miglior preparazione sarà il sublimato usato con le dovute cautele, se il temperamento del

malato ne permetta l'amministrazione. Nelle ozene scrofolose, erpetiche etc. si adopereranno i rimedj adattati contro questa malattia, e se la cagione della medesima non appartenga a quelle qui sopra accennate, i frequenti minorativi, gli evacuanti, l' indicato unguento, e specialmente i derivativi applicati in vicinanza della parte offesa potranno essere di molto vantaggio per la cura dell' ozena.

Ai mali, che attaccano il naso appartengono ancora quelli dei seni mascellari, e dei seni frontali. Le principali malattie de' seni mascellari si possono ristringere agl' ascessi, ed ai polipi. Gli ascessi dei seni mascellari riconoscono la loro origine dall' infiammazione catarrale della membrana pituitaria. Questa principia con un dolore profondo nella parte, che si estende dai denti molari fino all' orbita, ed occupa tutta l' estensione del seno stesso. Le parti esterne non sono sul principio alterate, ma a poco a poco principiano a gonfiarsi, il seno si riempie di materia, le ossa si rammolliscono, e si gonfiano, e si osserva di sovente al' esterno il tumore prodotto dalla raccolta del fluido. Dal naso esce una materia puriforme quando il malato si soffia il medesimo con forza, ed alla fine il pus si apre una strada nella parte inferiore del seno ordinariamente nell' arco alveolare, o sulla faccia, ne resta una fistola, e cadono i denti per la carie dell' ossa.

Le cagioni di codesta malattia possono essere interne, o esterne. L' infiammazione della membrana pituitaria è la più comune. Questa può essere determinata da molte cagioni p. e. le contusioni sulle gote, la carie di uno dei denti molari, ma questa può essere ugualmente la causa, che l' effetto della malattia. L' estrazione dei medesimi denti c

per l'irritazione della membrana pituitaria, o per un loro che può lasciare nel fondo dell' alveolo è capace ugualmente di produrre l' infiammazione. Fra le cause di essa si debbono ancora annoverare le ferite della guancia, che penetrino nel seno, così ziandio quelle dell' orbita, l' infiammazione delle parti interne del naso etc. Ma può talvolta questa malattia riconoscere una cagione interna, e segnatamente un vizio venereo, come anche quello scrofoloso, o scorbutico, e finalmente la ritrocessione di qualche esantema, che occupi la faccia, o la testa.

Gli ascessi dei seni mascellari non sono di guarigione difficile se vengono conosciuti, e ben trattati sul principio, ma se la malattia abbia fatto dei progressi, e siansi prodotte delle fistole, e la carie delle ossa, si rende molto complicata, e di esito incerto, e sovente pericoloso.

Le indicazioni, che debbonsi avere nella cura alla malattia sono in primo luogo di procurare un sito libero al pus, in secondo luogo di detergere il seno, ed in terzo finalmente di togliere le cagioni dell' ascesso se è possibile.

Per procurare il libero esito al pus è necessario aprire il seno nella sua parte più declive. Il miglior metodo per praticare quest' operazione si è quella di estrarre uno, o più denti molari secondo il bisogno, ed indi forare l' alveolo con un troicart, onde dar esito al pus. Si deve estrarre a preferenza il dente cariato, sia esso la cagione, o effetto della malattia. Se tutti i denti sono sani estrarrà il terzo, o quarto dente molare, o anche meglio come altri vogliono basterà perforare il seno al basso della fossa canina.

Aperto il seno mascellare, ed uscito il pus si dovrà astergere l' ulcera con delle injezioni adatta-

te, e nello stesso tempo procurare, che il foro vi rimanga il tempo necessario per la cura. A quest' oggetto si faranno delle injezioni con dell' acqua d'orzo, e miele, od altre astersive adattate alla natura delle ulcere, ed allo stato delle ossa. Per mantenere poi l' apertura fatta fa di mestieri introdurre continuamente nella medesima o delle taste di sfia, o delle sponghe, o qualunque corpo capace di tener dilatato il foro. Quando le ulceri sono astersc essa si chiude da se stessa in tempo più o meno lungo, secondo l' estensione delle medesime. Nei casi di origine venerea, o altra interna si adopereranno i rimedj adattati, e già più volte accennati, e mai abbastanza raccomandati. Riguardo alle fistole, esse poche volte richiedono rimedj locali, cedendo da se stesse dopo tolta la cagione generale della malattia.

I polipi dei seni mascellari sono escrescenze ordinariamente carnose, che si formano nel seno medesimo, e che procedono da cause locali, o generali. Ordinariamente nascono in conseguenza di flussioni ripetute della membrana pituitaria, che ricuopre il seno medesimo, e sono di colore rossastro, e duri. A poco a poco riempiono essi tutta la cavità del seno, allora crescendo continuamente in volume distendono il seno medesimo, ed arrivano perfino a romperlo nelle parti più deboli, segnatamente sotto l' orbita, spingendo fuori della medesima l' occhio. Per solito terminano col far cadere i denti, ed in questo caso si stabiliscono delle aperture fistolose, dalle quali esce eziandio porzione del polipo. Esso talvolta si fa ancora strada per l' apertura dei seni mascellari, e si prolunga nelle fosse nasali. L' assottigliamento delle pareti dei seni, o anche la carie delle medesime sono la conseguenza della malattia.

La cura di questi polipi non molto differisce da quella, che abbiamo accennato parlando degli ascessi dei seni medesimi. Per distruggere l'escrescenza è necessario aprire il seno stesso nel luogo, che presenta una maggiore elevatezza, lo che non è difficile essendo le ossa in questo luogo molto sottili, e di poca consistenza a motivo della malattia. Il foro deve essere della maggiore ampiezza possibile, nè questo deve dar luogo al timore di deformità, o difficoltà di rimarginarsi, poichè tolta l'escrescenza carnosa, le ossa riprendono il loro naturale luogo, e la ferita si rimargina perfettamente. Quest'apertura produce non di raro delle emorragie considerabili, ch'è necessario arrestare con delle compresse, o altri metodi adattati prima di passare a distruggere la sostanza poliposa. Il metodo a questo fine da alcuni proposto di estirpare il polipo tagliandolo, o strappandolo, presenta molti inconvenienti. In primo luogo è desso sempre seguito da forti emorragie, le quali impediscono l'operazione, ed inoltre sebbene venga dessa portata felicemente a termine, non ne siegue per questo sempre la totale guarigione, poscia il polipo estirpato in questa maniera facilmente ripullula. Il *miglior* metodo quindi da tutti i recenti Pratici commendato si è quello del fuoco, giacchè con esso vengonsi ad evitare i due inconvenienti accennati. Il metodo di adoperare il fuoco si è quello *li far uso* di un ferro rovente. Questo deve essere ntrodotto nella cavità stessa del seno, portando- o più volte nel medesimo fino a distruggere totalmente la massa poliposa nella sua radice. E' necesario, che il ferro sia arroventato fino a divenire i color bianco, e si deve ripetere l'operazione fi- o *alla* distruzione totale dell'escrescenza. Tre, o quattro applicazioni del caustico sono alle volte

sufficienti a questo oggetto, ma non di raro se ne richiedono di più. L'applicazione di tal rimedio produce ordinariamente una maggiore, o minore infiammazione, alla quale deve ripararsi col metodo antiflogistico.

Le malattie, che attaccano i seni frontali sono presso a poco le medesime di quelle, che abbiamo accennato aver luogo nei seni mascellari, soltanto sono meno comuni forse perchè meno facili a riconoscersi sebbene siano ugualmente frequenti. Alcuni Pratici sono di sentimento, che gl' ascessi dei seni frontali quasi mai dipendano da causa locale, ma riconoscano per ordinario una cagione interna generale, all' opposto di quelli dei seni mascellari, l' origine de' quali è ordinariamente locale. Variano anche le malattie di queste parti nella prognosi, essendo gl'ascessi dei seni frontali assai più pericolosi, attesa la vicinanza degl' occhi, e del cervello.

Non è così facile il riconoscere una suppurazione esistente nel seno frontale, potendo il dolore, che accompagna questa malattia essere sovente poco sensibile, e confondendosi facilmente dessa con una coriza ostinata, molto più poi se le marce si aprono una strada pel naso, la dilatazione del seno, che potrebbe essere un indizio sicuro non osservasi mai all' esterno, perchè ivi la lamina ossea è più compatta, che all' interno. Per altro se notasi un dolore acuto nel seno medesimo accompagnato da febbre, e scolo abbondante di materie per la narice non si potrà più dubitare della vera indole della malattia, ed essa diverrà poi certissima se le medesime in luogo di escire da questa parte si facciano strada all' esterno del seno corrodendo la lamina esteriore, che lo compone. Se questa corrosione invece di nascere nella lamina esterna del seno accade nel-

lamina interna di esso, allora resta più oscuro carattere vero della malattia, ed in questo caso molto pericolosa, producendo l'azione delle mar: sul cervello un' apoplessia mortale, di cui sovensi ignora la cagione.

La cura degli ascessi dei seni frontali è simia quella degli ascessi dei seni mascellari. Se può Cerusico riconoscere lo stadio infiammatorio del- malattia deve trattarla col metodo antiflogistico, a ciò di raro accade, nè dessa si conosce, che uando è già stabilita la suppurazione. Per dar esi- in questo caso alle marce non vi è altro meto-, che quello di aprire un foro nella parte antelore del seno frontale per mezzo del trapano, ma n molti casi la difficoltà della diagnosi, e la leggerezza apparente della malattia sono di ostacolo cotesta operazione per parte del Cerusico, e del aziente, e dall' altro canto non si può ritardarla di olto per timore, che le marce si aprano una stra- all' interno, molto più se lo scolo pel naso è iccolo, e scarso. Se questo fosse molto abbondante si potrebbe forse risparmiare l'apertura dell' os-, non essendo impossibile il deterger l'ulcera per ezzo delle injezioni introdotte per le narici. Si può ncora evitare l' operazione dell' apertura dell' osso er mezzo del trapano quando le marce l' abbiano orato esse medesime, avvertendo per altro di diatarne l'apertura se dessa non sia sufficientemente rande, onde darle esito.

Qualunque per altro sia stata la maniera, con ui siasi ottenuta l' apertura del seno, l' oggetto del erusico deve esser quello di astergere il medesino, e questo si ottiene con delle injezioni già di opra accennate, contenendosi in tutto come nella ura degli ascessi dei seni mascellari, eccetto che attesa la vicinanza del cervello, e la possibilità della

corrosione della lamina posteriore del seno si deve andare con somma cautela nell' uso dei rimedj irritanti. Se dopo fatta questa operazione resti impedito il passaggio delle marce nel naso, seguitano esse ad escire per l' apertura fatta, che diviene poi fistolosa. Ciò accade sovente quando esiste già la carie delle ossa. Per rimediare a questo inconveniente molti propongono di aprire nuovamente la strada del naso con una tenta introdotta dal seno, ma restando questo assai difficile altri preferiscono d' indurre una suppurazione in tutto il seno facendo delle injezioni, nelle quali sia stata sciolta una piccola dose di pietra infernale. Questi metodi per altro non sono sempre seguiti da esito felice, e non di raro accade, che il paziente resta con una fistola incurabile.

ARTICOLO V.

Delle Malattie della Bocca.

Le malattie della bocca possono distinguersi in quelle delle labbra, delle gengive, e dei denti, degl' organi salivali, della lingua, e palato. Delle altre malattie, che interessano alcune parti interne della bocca si tratterrà parlando di quelle della gola, omettendo le altre della mandibola, come fratture, e lussazioni avendone parlato nel primo volume.

Le malattie dei labbri oltre alcune già accennate parlando dell' affezioni in generale sono principalmente la loro riunione, il labbro leporino, le ulceri, ed il cancro. La riunione delle labbra è una malattia molto rara, e se qualche volta accade è congenita. Nascendo questa deformità naturale si guarisce facilmente dividendo i labbri uno dall'altro per mezzo di una incisione orizzon-

La precauzione necessaria da aversi in que-
so si è quella di tagliare esattamente secondo
visione, che si osserva esternamente fra i due
i.

Il labbro Leporino è una malattia la quale è or-
iamente congenita, abbenchè possa essere an-
accidentale, e consiste in una divisione, o fes-
longitudinale del labbro superiore. Questa è
più comune della precedente, e per ordina-
iste nel mezzo del labbro stesso, e di raro si
va nel labbro inferiore. Può darsi il caso, che
nasca da una ferita delle labbra, e questo è
o, che dicesi labbro leporino accidentale, ed
olto più raro del congenito.

Dividesi dagli Autori il labbro leporino in sem-
, doppio, e complicato. *Semplice* dicesi quan-
na sola è la spaccatura, che lo forma, *doppio*
do esse sono in numero di due, nel qual ca-
r altro si osserva raramente, che il pezzo in-
edio arrivi fino ai bordi dei labbri, ma resta
lle volte sotto la forma di un bottoncino
o. *Complicato* finalmente si chiama quello, cui
alla fessura del labbro si è riunita eziandio
accatura del palato, ossa mascellari, uvola, e
pendulo.

I sintomi prodotti dal labbro leporino sono
cipalmente quelli d' impedire lo sputare, il ma-
re, il parlare ec., e tali incomodi sono tanto
giori, quanto più è estesa la spaccatura del lab-
stesso, anzi se questa sia tanto grande, che
vi fino alle narici, e sia unita ad una divisio-
corrispondente delle ossa palatine, ne resta in
te impedita ancora la deglutizione, passando i
i, e le bevande dalla cavità della bocca a quella
le narici. E' da osservarsi per altro, che nei
abini il labbro leporino non impedisce punto il

preferito in tutti i casi, eziandio in quelli, ne' quali ha luogo l' uso de' caustici, poichè la cura è più sollecita, meno dolorosa, ed inoltre sicura; mentre all' opposto se si voglia tentare il taglio troppo tardi, e dopo aver fatto uso inutilmente de' caustici si corre pericolo, che l'operazione non sia fatta in tempo opportuno, ed il cancro resta soggetto alla recidiva. L' asportazione del cancro ha luogo adunque per quanto voluminoso esso sia, e si fa portando via col ferro tutta la sostanza cancerosa, procurando in seguito di riunire per quanto è possibile i labbri della ferita, che è con perdita di sostanza. Per separare completamente tutto il cancro va fatto il taglio secondo la situazione del medesimo, e la parte, che occupa. Comunemente si distinguono quattro casi, cioè se il cancro esista nel margine del labbro senza molto profondarsi, si può recidere con un taglio orizontale. Se ritrovasi nella parte anteriore del medesimo senza, che arrivi fino alla posteriore si potrà portar via la sola porzione anteriore del labbro. Lo stesso si dica se il cancro abbia luogo nella parte posteriore, e se finalmente desso occupi una porzione notabile del labbro tanto in altezza, che in grossezza si deve affatto estirparlo facendo due tagli, che si riuniscono in basso in un angolo, portando via la porzione intermedia. Questa ferita con perdita di sostanza si deve medicare con la sutura cruenta, la quale procura in breve tempo la cicatrice ancorchè la ferita sia di molta estensione. Negli altri tre casi accennati le ferite si medicano come ferite semplici. Questa operazione è ordinariamente seguita da esito felice, ma non rare volte è soggetto il cancro a recidivare, e siccome questo nasce sovente da una cagione interna esistente nella macchina, così sarà bene in-

raprendere subito una cura interna adattata, onde prevenire il ritorno della malattia.

Ai mali della bocca può riferirsi eziandio l'*odontalgia* malattia, che consiste secondo i più recenti scrittori di Chirurgia in una infiammazione della membrana mucosa, che ricuopre i denti stessi. Questa malattia spesso molto dolorosa può dipendere da varie cagioni, ma una delle principali si è l'alternativa del caldo, e del freddo, ed anche la carie del dente stesso, che mettendo allo scoperto i nervi rende più forte l'azione degli agenti esteriori sopra i medesimi, e quindi ne produce l'infiammazione delle parti contigue. Se l'infiammazione della membrana mucosa sia la cagione immediata dell'odontalgia, gli emollienti, ed i derivativi locali, come scarificazioni alla gengiva, o l'applicazione di alcune sanguisughe in essa, oppure i derivativi generali secondo la violenza della medesima formeranno la base della cura. Si crede di sommo vantaggio dopo l'esposto metodo l'applicazione di un cataplasma di *cicuta*, e *josciamo*. Se poi l'odontalgia dipende da un vizio particolare del dente, e segnatamente dalla carie, l'estrazione del medesimo si tiene comunemente pell' unico rimedio conveniente. Devesi per altro riflettere, che la carie molte volte non è, che la cagione predisponente della malattia, per lo che i medesimi rimedj proposti uniti alla dieta, ed ai calmanti locali introdotti nel dente guasto possono talvolta essere per loro soli sufficienti; ma se il dolore continua, e che la specie della carie lo permetta, la cauterizzazione colle debite cautele, e l'impiombatura del dente possono eziandio guarire l'odontalgia senza ricorrere all'estrazione del medesimo, quale dovrassi soltanto eseguire, se la carie occupa la radice del dente, o abbia distrutta gran porzione della sua corona.

I mali delle gingive più interessanti a conoscersi sono la parulide, le ulceri, la cancrena, e l'epulide. La *parulide* altro non è che l'infiammazione delle gengive, quantunque alcuni altri intendano sotto questo nome semplicemente l'ascesso delle medesime. Questa infiammazione è spesso limitata ad una sola parte, la quale è per lo più l'esteriore delle gengive, che forma un tumore infiammatorio. In questi casi la gota è alle volte gonfia, non si può aprire la bocca, vi si unisce la febbre, il dolor di capo, e passa nella parte affetta la tumefazione con rossore, e dolore, dopo brevissimo tempo in un piccolo ascesso. La cagione più ordinaria di questa malattia, si è un vizio di qualche dente, e segnatamente la carie del medesimo. Può ancora dipendere dall'azione del mercurio sulle parti interne della bocca, come altresì dalla dentizione difficile ne' bambini, non che da una contusione sia per un colpo, o in seguito dell'estrazione di un dente, e finalmente da un umore reumatico, che siasi determinato particolarmente sulle gengive. Alcuni sono di sentimento, che l'ascesso, quale viene in conseguenza di questa infiammazione se non venga aperto con sollecitudine possa produrre la carie dell'osso sottoposto, ma siccome ordinariamente esso si apre da se medesimo, quindi è che non ha tempo di produrre la detta carie. Per curare codesta affezione nel suo stato infiammatorio si dovrà adoperare il regime debilitante consistente nei salassi, dieta, fomenti emollienti al luogo affetto, dovrà il malato tenere in bocca dell'acqua di malva, e sulla gengiva stessa degli emollienti, come per esempio un fico cotto nel latte, e simili medicamenti. Formato l'ascesso si aprirà con la lancetta, e dato esito a quel poco di materia che desso contiene, la ferita si rimargina sollecit-

ente in pochi giorni. Qualora per altro la cagio-
e della parulide sia permanente, e segnatamente
dipenda da un dente cariato, allora non è dessa
così facile guarigione, infatti, o si riproduce
ovamente, o resta per sempre aperto il foro dell'
esso formando una fistola, che non si guarisce
non si estrae il dente viziato, che la produce.
ilmente lo stesso si dica se l' infiammazione sia-
estesa sulle parti vicine, alle gengive, e se ab-
formato una fistola nelle guance, come alcune vol-
accade. Questo metodo non è per altro sufficien-
se oltre la carie del dente esista ancora quella
la mascella, giacchè allora dopo estratto il me-
imo si dovrà distruggere col caustico la porzio-
l' osso cariato. La parulide prodotta da contu-
ne delle gengive, o frattura delle mascelle va cu-
a come si è già detto parlando delle contusioni,
ratture in generale.

Le ulceri delle gengive sono alcune volte la con-
guenza della parulide, e se sieno molto estese for-
no quella malattia detta *stomacace*. Esse di rado
no primarie, ma spesso sintomatiche, o di lesio-
locali, come denti guasti, o dentizione difficile,
ero di malattie generali di tutta la macchina, e
ticolarmente del vizio venereo, o scorbutico, o
sono venire anche in conseguenza di debolezza,
impurità del ventricolo. Da questo facilmente
intende, che poco si potrà sperare nella maggior
te di queste malattie dalla cura locale, se non si
lie la cagione, che l' ha prodotte. La cura in ge-
rale per altro consiste nelle superficiali scarificazio-
se la gengiva è tumida, e ne' rimedj topicamente
plicati, come acido di limone, spirito di vino al-
gato, una soluzione d' allume, ed altri simili. Se
coteste ulceri sono di natura venerea, o scorbu-
a ci riportiamo per la cura a quanto ne abbiamo
to nel primo volume. Se finalmente la malattia di-

pende dalla cura mercuriale, che abbia prodotto la salivazione, la prima cosa da farsi sarà quella di sospendere l' uso del mercurio, passando poi all'amministrazione di altri medicamenti, i quali possano distruggere l' impressione dal medesimo prodotta, fra cui vengono particolarmente raccomandati l'opio, e la canfora.

Le gengive sono pure soggette alla cancrena, che nasce dalle ulceri delle medesime quando queste sono di cattiva indole, o procedono da vizio interno, ovvero attaccano le persone, che vivono in luoghi di aria mal sana. Lo scorbuto è la cagione più ordinaria della cancrena delle gengive, e questo ha luogo molto ne' bambini, ne' quali produce sovente delle letali conseguenze, non potendosi in questi impedire la deglutizione dell' umore icoroso. Per la cura deve tenersi il metodo già accennato per la cancrena, unendovi per altro nello stesso tempo i medicamenti indicati contro lo scorbuto, da cui come si è detto spesso dipende la malattia.

L' *Epulide* è una escrescenza fungosa delle gengive alle volte anche esulcerata. Questa malattia può essere o semplicemente locale, ovvero dipendente da un disordine generale della macchina. Nel primo caso è dessa di facile guarigione, estirpando l' escrescenza per mezzo del taglio, e rimediando nello stesso tempo alla cagione locale. Essa consiste molte volte ne' vizj de' denti, come per esempio nella frattura, o carie dei medesimi. In simili casi dovrà recidersi l'epulide, e dopo estratto il dente, o la radice del medesimo, se dessa soltanto sia rimasta nell' alveolo, se poi l'epulide sia più profonda, e situata fra gli alveoli, ed i denti, è necessario estrarre anche qualche dente sano per poter estirpar completamente l'escrescenza, altrimenti sarà essa soggetta alla recidiva. Negl' individui attaccati dal

scorbuto si osserva sovente l'epulide, e questa ordinariamente non si limita ad una sola porzione delle gengive come quando dipende da cagione puramente locale, ma tutte le gengive diventano gonfie, e rosse gettando sangue alla minima pressione, che venga esercitata sopra le medesime. La gengiva cresce tanto, che ricuopre fino i denti stessi, quali principiano a vacillare, ed indi a cadere. Questa specie di epulide non può guarirsi con la sola cura locale, ma si richiede la cura antiscorbutica. Il tumore deve recidersi, e dopo si potrà far uso del ferro rovente, che giova mirabilmente in questa occasione. Il ferro rovente è molto utile ancora nei casi di epulide molto inveterata, ne' quali essa è ordinariamente assai voluminosa, e produce la carie dell'osso sottoposto. Quando poi l'escrescenza fungosa sia arrivata a rammollire l'osso stesso della mandibola, ed aumentarne il volume, oltre l'uso del fuoco si dovranno estrarre ancora i pezzi d'osso, che si vanno continuamente separando, ed indi servirsi dei mezzi già da noi descritti per la cura della carie.

I *denti* sono egualmente, che le altre parti del corpo umano soggetti a molte malattie, fra le quali sono le principali quelle, che accompagnano la dentizione, la carie dei denti, e la loro lussazione. Nella dentizione de' bambini si osservano generalmente i sintomi di una irritazione nelle gengive, i quali vanno sempre crescendo, e producono delle convulsioni, infiammazione, diarrea, febbre ec. nè cessano, che coll'esito del dente. Se il bambino abbia nella sua macchina un vizio rachitico, scrofoloso, o venereo, i sintomi prodotti dalla dentizione saranno maggiori. Generalmente si osserva, che i denti canini sono quelli, che producono i sintomi più durevoli, e meno di tutti gl'in-

cisivi. La diarrea accompagna quasi sempre la dentizione, ed il più delle volte è vantaggiosa, se pure il bambino non sia molto debole, e la diarrea assai forte. Non in tutti i casi è la dentizione accompagnata da sintomi allarmanti, molte volte essa è tanto benigna, che non si richiede alcuna cura.

Tutta l' attenzione del Cerusico nella dentizione difficile deve esser quella di procurare l' esito libero del dente, onde impedire i sintomi, che nascono se essa sia difficile, e nello stesso tempo è necessario di calmare i medesimi con gli adattati rimedj. Per facilitare l' esito del dente si sono proposti varj metodi, alcuni consigliano di far tenere in bocca al bambino de' corpi duri, contro i quali premendo la gengiva essa venga a poter esser più facilmente incisa dal dente stesso, altri propongono per lo stesso oggetto di ammollire le gengive con adattati emollienti, ma la maggior parte convengono, che il metodo il più sicuro sia quello d' incidere la gengiva sopra il dente, onde procurare l'uscita libera al medesimo. Questa operazione non è di alcuna conseguenza, ed è sempre di sollievo al bambino. Per praticarla si adopera una lancetta, con la quale si fa l' incisione sul dente stesso. Meglio per altro sembra di adoperare un istromento con tagliente ottuso, potendosi facilmente rompere la punta della lancetta dalla durezza, che presenta il dente, su cui si deve incidere. Se desso sia uno degl' incisivi basta fare un taglio longitudinale, nei canini poi, e nei molari se ne richiede uno cruciforme, alcune volte accade, che quantunque il dente abbia già forato la gengiva, pure rimane un piccolo filetto carnoso sul dente, che premuto da questo produce i sintomi medesimi, ma che la recisione di esso fa immediatamente cessare. Riguardo poi alla cura de' sintomi, che seco porta la denti-

one sono questi di natura inflammatoria, o spas-
odici. Se i sintomi inflammatori siano molto vio-
nti sarà bene far uso del regime antiflogistico, pra-
cando cioè qualche salasso, ed amministrando un
aiche purgante, se lo stato del basso ventre lo richie-
. Saranno molto vantaggiosi i salassi locali con del-
mignatte applicate alle parti circonvicine. Per
uello poi riguarda i sintomi spasmodici il miglior
edicamento sarà l' opio, o meglio il laudano da-
) alla dose di due o tre gocce. La diarrea come
tile non va mai arrestata, se per altro il bambino
enisse troppo indebolito dalla medesima, si pro-
urerà di mitigarla coll' uso dell'opio. Nei casi di
titichezza sarà necessario di far uso di qualche leg-
ero purgante come siroppo di cicoria con rabar-
aro ec.

Nella seconda dentizione non si osservano
nolte difficoltà nella nascita dei denti, e quin-
li non richiede essa quasi mai l' ajuto del Cerusico. Può per altro alcune volte accadere, che il
lente di latte impedisca, che venga fuori il secon-
lo, allora ne siegue facilmente, che questo viene
spuntare in direzione obliqua, e resta incomodo
l paziente. In tal caso è necessario, che il primo
lente venga estratto per tempo, avvertendo per al-
ro di non far ciò poi troppo sollecitamente, altri-
nenti ne verrebbe a soffrire il nuovo dente, che
leve spuntare. Dalla mancanza di questa precau-
ione, di estrarre cioè i denti di latte a suo tempo
e nasce, che i secondi denti vengano alle volte
nal situati, ed obliqui. Può per altro questo di-
endere ancora da altre cagioni, e segnatamente dal-
a mancanza di spazio per i denti stessi essendo
empre i secondi denti più larghi di quelli della
prima dentizione, o sia di quei da latte, e ciò
si osserva particolarmente nei canini, i quali essen-

do degli ultimi a mutarsi trovano spesso il luogo troppo stretto, e quindi vengono a spuntare anteriormente, e colla loro punta offendono la parte interiore dei labbri. In simili casi è necessario estrarre il dente, o raddrizzarlo. Se però esso è nato obliquamente per mancanza di luogo sarà necessariamente il miglior partito quello di ricorrere all'estrazione del medesimo. Nei casi per altro ne' quali convenga il riporlo al suo luogo tre sono i mezzi proposti a questo oggetto, e sono il pellicano, la lamina, e la legatura. Per mezzo del pellicano si vengono a comprimere i denti obliqui verso il loro luogo naturale, e coll' ajuto di questo stromento si può ottenere una forza sufficiente a questo oggetto, ma appunto per questa forza, che si deve esercitare sul dente ne siegue, che spesso viene rotta quella parte di alveolo, contro cui si obbliga a portarsi il dente, e resta un vuoto nel punto, dove esso prima esisteva, quindi è che da alcuni si propone di comprimere bensì il dente col detto stromento ma replicate volte, ed adoperando ogni volta piccola forza, e così ottenere a gradi il raddrizzamento del medesimo. L' uso delle laminette è in molti casi preferibile, ed è più comodo. Consistono queste in due lamine d' oro, o d' argento, delle quali una applicata anteriormente, e l'altra posteriormente ai denti, e fissata l' una all'altra per mezzo di viti si viene a comprimere continuamente il dente, e riporlo nella sua natural posizione. Finalmente la legatura consiste nel legare il dente con un filo di seta, o d' oro, e fissarlo ai denti vicini stringendo ogni giorno la legatura, onde esso da questa graduata compressione venga obbligato ad occupare il suo luogo. Devesi per altro avvertire, che acciò riesca questo raddrizzamento dei denti è necessario, che il soggetto sia giovane, acciò le ossa, che for-

nato l' alveolo possano cedere alla legatura, altrimenti o dessa riuscirebbe inutile, o si romperebbe l' osso medesimo, quindi nelle persone adulte se l dente produce incomodi notabili sarà miglior partito l' estrarlo.

La carie dei denti è una malattia molto frequente dei medesimi. Essa principia ordinariamente con una macchietta di colore meno bianco, e meno lucido dello smalto, e tendente piuttosto al giallo, la quale a poco a poco va diventando più oscura, e finalmente forma una cavità o foro nel luogo medesimo. Secondo che questo è secco, o umido dicesi la carie secca, o umida, la di cui seconda specie è quella, che fa i progressi più rapidi, e distrugge in poco tempo la sostanza interna del dente. La carie dei denti è accompagnata sovente da violenti dolori, e molto frequenti, segnatamente se dessa principi nel canale del dente stesso, che da qualcuno viene detta *Spina ventosa*. Questa specie di carie de' denti dimostra sano l'aspetto esterno del dente, ma le continue odontalgie, ed in seguito il color diverso indicato, che acquista la corona del medesimo non pongono più alcun dubbio sull' esistenza della carie nel canale di esso. E la carie abbia posto allo scoperto il nervo, allora si rende esso assai sensibile al freddo, al calore, ai cibi e tutte queste cose producono dei grandi dolori alla parte, se pure non ne venga distrutta la sensibilità per mezzo della carie stessa, la quale arriva a distruggere il nervo. Questa malattia produce molte volte febbre, infiammazione delle parti vicine, fistole ec. Le cagioni, che sogliono causarla sono particolarmente le offese dello smalto dei denti, il quale se venga in qualche punto a lasciare scoperta la parte ossea de' medesimi, questa rimanendo esposta al contatto dell' aria viene facilmente a cariarsi. I denti così viziati possono facilmente communicare la ca-

rie ai denti vicini se essi non vengano estratti a tempo. Può ancora la carie de' denti dipendere da una cagione generale, o disposizione della macchina, e questo osservasi segnatamente nello scorbuto, rachitide ec. In tali circostanze l'estrazione del dente guasto non è che un rimedio palliativo, giacchè appena viene estratto il medesimo, che la carie attacca gl' altri.

Nella cura dei denti cariati il primo oggetto deve esser quello di impedire il progresso della malattia, lo che non può farsi con altro mezzo, che separando la parte affetta da quella sana. Questo si ottiene limando la porzione del dente, o raschiandola. Ciò fatto si deve introdurre nel buco qualche sostanza calmante, come gli opiati, ma i più adattati sono l' olio essenziale di cannella, e di garofani ec. e si passerà indi ad impiombare il dente, ossia ad introdurre nella cavità dei piccoli foglietti d' oro, i quali otturando esattamente il medesimo impediscono, che i cibi vi entrino, e cagionino dolore. Se la macchia formata dalla carie sia molto superficiale basterà l' uso della lima, ed allora non sarà necessaria l'impiombatura, ma se essa sia un poco profonda, onde abbia avuto bisogno del raschiatojo, e siasi formata una cavità, è indispensabile impiombare il dente. Questa operazione per altro non si dovrà fare, che dopo adoperati i rimedj accennati, i quali se non si rendono bastanti a distruggere la sensibilità del dente, sarà bene far uso di un piccolo ferro infuocato, che viene ad agire con più sicurezza. Se la carie poi esiste nella radice del dente, ognun vede, che questi metodi non hanno luogo, ma è necessario di estrarlo.

L' estrazione dei denti è una operazione di qualche riguardo, che fatta senza le debite precauzioni può produrre dei gravi inconvenienti. Le cagioni

che determinano alla medesima sono i dolori forti dei denti, la carie, e la situazione irregolare del dente. Varj sono gli stromenti inventati a questo oggetto. I principali fra essi sono la tenaglia, la chiave inglese, il pellicano, ed il piè di capra. Gli stromenti, che debbono generalmente preferirsi sono quelli, che estraggono il dente in direzione perpendicolare, e così non si corre rischio di rompere l'alveolo. Questi sono la tenaglia, ed il piè di capra. Nell' uso del pellicano, e della chiave inglese estraendosi il dente come lateralmente rimane spesso strappata, e lacerata la gengiva, lo che produce alle volte dell' infiammazione. Per evitare quest' inconveniente si rende necessario distaccare prima la gengiva dal dente col mezzo di un coltello adattato. Molte volte accade, che nell' atto dell' estrazione il dente viene a rompersi nella sua corona, e rimane la radice nell' alveolo, e lo stesso avviene ancora se la corona sia stata già distrutta precedentemente dalla carie, e sia caduta, allora si dovrà svellere la radice, lo che si farà col metodo accennato, scoprendo prima un poco la medesima, onde poter dare presa allo stromento. I sintomi più considerabili, che sogliono sopraggiungere dopo questa operazione sono l'infiammazione della parte, e l'emorragia. L' infiammazione che ha luogo generalmente per la lacerazione della gengiva si viene a mitigare facendo uso delle fomentazioni emollienti, e di un regime antiflogistico. Riguardo poi all' emorragia essa può alle volte essere considerabile, e merita tutta l' attenzione. Per impedirla si praticherà una compressione adatta nell' alveolo stesso introducendovi delle piccole stuella di sfila inzuppate in qualche liquore astringente, come l' alcool, una soluzione di vetriolo, l' alcali volatile ec., e se questi non ottengono il

loro effetto, come suole accadere in specie se l'alveolo sia fratturato, e la gengiva lacerata, sarà necessario ricorrere al fuoco cauterizzando la parte con un ferro rovente.

Invece di estrarre i denti in occasione di carie è stato da alcuni proposto di smoverli semplicemente dal loro luogo, onde strappare il nervo dei medesimi, e così renderli insensibili riponendoli dopo nello stesso luogo. Questa operazione per altro ha trovato pochi seguaci, attesa l'inutilità della medesima, ed il dolore, che produce eguale a quello dell'estrazione, che è preferibile giacchè guarisce la malattia sicuramente; mentre lo smuovere un dente dal suo luogo non lo rende spesso immune dal soffrire nuovi dolori. Una operazione molto analoga all'accennata si è quella, che qualcuno ha voluto proporre, cioè di estrarre il dente malato, pulirlo, impiombarlo, e quindi rimetterlo nell'alveolo, oppure supplire alla mancanza di esso con un altro preso o da un cadavere, o da una persona vivente.

Il nuovo dente eseguisce benissimo le funzioni necessarie, e si stabilisce solidamente sull'alveolo purchè non sia degl'ultimi molari. Alcuni poi sono di sentimento, che quest'operazione eseguita col dente di una persona vivente possa essere di molto danno producendo alcune volte dei gravi sintomi, che hanno molta analogia con quelli della lue venerea, e quindi preferiscono l'uso di denti di cadaveri, o di quelli artificiali formati di avorio, o di denti d'ippopotamo.

I denti sono ancora soggetti alla lussazione, ossia a vacillare nel loro alveolo. Se questa malattia dipenda da una violenza esterna, ed il soggetto sia giovane sarà molto facile la guarigione della medesima procurando di fissare il dente nel suo

alveolo più stabilmente, che sia possibile, e mantenendolo per mezzo di una legatura adattata, ma se poi il vacillamento del dente dipenda da una malattia principale della gengiva, la quale abbia attaccata la sostanza ossea della mandibola stessa, come ha luogo nelle malattie veneree, e scorbutiche, i rimedj generali contro le medesime saranno la principale indicazione da aversi in mira dal Cerusico.

I mali, che attaccano la lingua sono principalmente l' aderenza alle parti vicine, l' infiammazione, ed ulceri, la grossezza preternaturale, ed il cancro. L' aderenza della lingua alle parti adjacenti può aver luogo lateralmente, o inferiormente per mezzo del frenulo. Il primo caso è molto raro, e qualora esso si rinvenisse sarebbe facile il rimediarvi distruggendo quest' adesione congenita per mezzo del ferro tagliente. Più comune è quell' aderenza, che viene prodotta dal frenulo, il quale estendo troppo lungo si estende molto verso l' apice della lingua, ed impedisce i movimenti della medesima. Questa conformazione del frenulo rende impossibile, che l' estremità di quest' organo possa giungere fino ai labbri, e quindi il bambino non può succhiare il latte. In questo caso, che però non è tanto frequente, come si crede, non vi è altro rimedio, che tagliare il frenulo con le forbici. Codesta operazione è facilissima, e di nessuna conseguenza. Si prende a tal fine una tenta scannellata, per cui s' introduce la lamina nella bocca del bambino, e si procura di far entrare il frenulo nell' apertura longitudinale, che trovasi in questa lamina. Allora si solleva la tenta in alto, e così sollevandosi ancora la lingua il frenulo viene a restar teso, onde resta molto facile il farne la sezione con un pajo di forbici ottuse in punta. L' unica

precauzione, che si dovrà avere; in tale circostanza sarà quella di portare le forbici più in basso, che sia possibile per evitare l' offesa delle ranine, che produrrebbe una emorragia di conseguenza, ed alle volte anche mortale per la quantità di sangue, che il bambino viene ad inghiottire. I metodi ordinarj, che si adoperano per fermare l' emorragie, vale a dire la compressione, e la legatura non sono praticabili nella lingua, la prima per la mobilità estrema dell' organo stesso, la seconda per la quantità di nervi, di cui esso è provisto, che la renderebbero pericolosa. Sono è vero stati proposti molti metodi, e machine per procurare una compressione sulla lingua, ma essi sono quasi sempre inutili, quindi se l'emorragia sia di qualche conseguenza, nè si fermi naturalmente, altro non rimane, che di ricorrere al fuoco, e quindi si farà arroventare un piccolo stiletto di ferro, e toccandosi con esso il luogo, donde esce il sangue si formerà un escara, che viene ad arrestare perfettamente l' emorragia. Questa operazione per altro non è sempre tanto necessaria, quanto comunemente si crede. Molte volte si osserva che quantunque il frenulo sia troppo corto nella nascita del bambino si viene a poco a poco a slungare da se stesso, e perciò si rende inutile l' operazione. Molto più sarà poi da biasimarsi il costume di quelle levatrici, le quali non di raro senza necessità strappano, e lacerano il frenulo ai bambini producendo così dei dolori, emorragie, ed altri danni considerabili, che terminano alcune volte colla morte del bambino. Sovente nasce al frenulo un escrescenza carnosa, che rende incomodi i moti della lingua. Questa dovrà estirparsi col taglio, e si fermerà l' emorragia nel modo accennato.

La lingua è soggetta all' infiammazione come ogni altra parte del corpo umano, e questa si è detta *Glossitide*, di cui uno de' principali sintomi si è quello del gonfiore, che è alle volte tanto grande da impedire non solo la loquela, e la deglutizione; ma la minacciare ancora la soffocazione. Il regime antiflogistico forma la base principale della cura della glossitide, quindi si praticheranno degli abbondanti salassi tanto generali, quanto locali, che consisteranno segnatamente nell' applicazione delle sanguisughe sotto il mento, o ancora alla lingua stessa, qualora questa sporga fuori della bocca, come spesso accade. Saranno poi ancora molto utili i salassi dalle ranine; ma siccome questi nell' infiammazioni violenti della lingua sono sempre accompagnati da qualche difficoltà, perciò dovrà il Cerusico piuttosto ricorrere alle scarificazioni nella parte superiore della lingua, che saranno alquanto profonde. Queste non portano conseguenza alcuna, ed in pochi giorni guariscono, e siccome quando si sono fatte, la lingua era gonfia, così ne accade, che ritornando essa nello stato naturale, le dette incisioni divengono molto più piccole, e meno profonde di quello apparissero sul principio. I vescicanti riescono eziandio alle volte molto utili applicati al collo del paziente, o anche secondo i migliori Scrittori di Chirurgia alla gola. Se il gonfiamento della lingua sia capace d' impedire il passaggio ai necessarj alimenti, o rimedj, alcuni propongono farli passare per un tubo flessibile introdotto per il naso fino nella parte superiore dell' esofago, altri poi d'introdurli per mezzo di cristieri, metodo che è da molti usitato, e creduto il più utile. Passando la Glossitide in suppurazione si adoperano gli emollienti, e si procurerà di favorire la medesima coi metodi accennati parlando della suppu-

razione, e sarà altresì necessario ricorrere all' apertura dell' ascesso al più presto possibile, onde impedire la soffocazione.

E' soggetta la lingua a delle ulceri di varia natura, secondo la quale meritano esse un metodo particolare di cura. Se desse nascono da una cagione locale come p. e. da un dente nato fuori di luogo, che con la sua punta offende la lingua, o da una concrezione calcarea sarà facile il rimediarvi estraendo il dente stesso, o togliendogli la punta con la lima, o portando via la concrezione calcarea con adattati stromenti, ma spesso dipendono queste ulceri da cagione interna, e generale, come p. e. dal male venereo, dallo scorbuto, e possono ancora avere origine dalla saburra delle prime vie, o dall' uso del mercurio. Conosciuta la cagione della malattia non sarà difficile conoscere quale sia il metodo di cura conveniente giacchè converranno gl' antivenerei, ed antiscorbutici se dalla lue venerea, o dallo scorbuto dipenda la malattia, si evacueranno le saburre delle prime vie se da queste venga essa prodotta, e si sospenderà finalmente, o si mitigherà l' uso del mercurio se da ciò riconosca la sua origine. Oltre questa cura generale per altro gioveranno ancora molto de' rimedj locali. Alcuni hanno ricavato molto vantaggio dall' uso del sugo, e decozione di piante acidule, ma sono poi di utilità decisa i caustici, fra i quali hanno luogo particolarmente gli acidi, che si mescoleranno con alquanto di mel rosato, che ne diminuisce l' azione. Si potrà ancora ricorrere alla pietra infernale, che serve mirabilmente per distruggere queste ulceri adoperando parimente del mel rosato, dopo l' applicazione della medesima. Delle ulceri cancerose della lingua ne parleremo in seguito.

La lingua alle volte cresce di volume, e diviene così lunga, che perfino sorte dalla bocca, e questo vizio è congenito. Sul principio il male sembra di poca conseguenza, giacchè piccola è la quantità della lingua, che esce fuori dalla bocca, ma se questa malattia venga disprezzata nel suo principio diviene alla fine di qualche considerazione poichè la medesima via via si tumefà, cresce sempre più nella sua lunghezza, ed arriva a cuoprire il mento formando una deformità molto notabile. Oltre di che il paziente non può inghiottire tanto facilmente, il peso della lingua viene a portare all' insù l'osso joide, e la laringe, di più restano sempre aride le fauci, posciachè la saliva sorte continuamente, ed irreparabilmente per la bocca. I denti vengono spinti dalla lingua fuori de' proprj alveoli, e premendo essi vicendevolmente sulla lingua troppo voluminosa vengono ad inciderla, ed escoriarla. La mascella inferiore si abbassa, e la lingua termina col formare delle ulceri, e divenire gradatamente di un volume considerabile.

Per la cura di questa malattia hanno proposto alcuni di recidere quella porzione della lingua, che esce fuori della bocca, ma tale metodo non è adottabile, perchè quando è diminuita di volume la lingua si viene a rendere notabile la perdita di una porzione della medesima, trattone il caso, che esporremo più appresso. In genere le indicazioni quindi da adempirsi in questa affezione saranno di procurare la diminuzione di volume dell' organo, e di mantenerlo nel suo sito naturale. Sul principio della malattia, essendo essa ordinariamente molto leggera, giacchè si osserva nel neonato la lingua, che esce dalla bocca soltanto di alcune linee, sarà spesso sufficiente il far uso di qualche semplice astringente locale, e fra questi vengono dai Moder-

zione affetta. L' emorragia, che ne siegue, e che spesso è considerabile obliga alla legatura delle arterie, ma è poi sempre da preferirsi l' uso del fuoco, mentre questo oltre l' arrestare l' emorragia impedisce i progressi del male, e la recidiva, a cui esso è soggetto. Se il cancro sia tanto vicino alla base della lingua, che vi sia da temere l' offesa de' grossi vasi, o la lesione delle parti vicine, ognun vede, che non è praticabile l' operazione, ma converrà contentarsi dei palliativi.

La ranula è una malattia, che consiste in un tumore sotto la lingua, ed ai lati del frenulo. Questo tumore contiene della saliva, e nasce dall' ostruzione del *dotto Vartoniano*, il quale porta la saliva separata dalla glandola sottomascellare. Se un simile tumore in questa parte contiene una materia diversa, non sarà desso una vera ranula, ma un tumore saccato ordinario, che per solito merita lo stesso trattamento. La cura consiste nell' apertura, e questa verrà fatta per mezzo di un bistori, o delle forbici, onde si darà esito alla saliva contenuta, ed all' umore di aspetto sanioso, o altro che possa esservi unito. Le parti laterali della cisti possonsi facilmente separare colle stesse forbici mediante l' aiuto di un pajo di pinzette. Dopo alcuni giorni il resto del sacco si va cautamente toccando con leggiero caustico. Questo trattamento porta seco in poco tempo la guarigione della malattia.

Nel palato si osservano molte volte delle ulceri, e dei tumori. Le ulceri del palato sono di frequente l' effetto del morbo venereo, e quindi richiedono la cura interna mercuriale, avendo per altro l' avvertenza d' impedire per quanto è possibile la salivazione, la quale se è facile a sopraggiungere generalmente nella cura mercuriale, molto più lo è in cotesto caso, in cui la bocca trovasi in uno stato

d' irritazione. Se trattando dunque queste ulceri col mercurio si affacci la salivazione, invece di migliorare vengono a rendersi di guarigione assai più difficile. Fra le cagioni generali di queste specie di ulceri si annovera ancora sovente lo scorbuto, ed allora sono soggette ad una notabile emorragia. Il trattamento antiscorbutico non agisce tanto sollecitamente ad arrestare il sangue, e quindi frequentemente il Cerusico è obbligato a ricorrere al ferro sovente per avere quest' effetto.

Dipendono poi alcune volte queste ulceri da cagioni puramente locali, e segnatamente da corpi estranei fitti nel palato, come spine, scheggie d' osso etc. ed ancora da malattie de' denti della mascella superiore. La diagnosi della malattia si rende sovente in questi casi difficile, onde è necessario, che il Cerusico vi ponga tutta la dovuta attenzione; conosciuta per altro l' indole di essa sarà ben facile la cura, trattandosi di togliere il corpo estraneo, o il dente, che è la cagione dell'ulcere. Presso che in tutti questi casi l' ulcere assume un carattere fistoloso.

Una delle conseguenze molto da temersi nelle ulceri del palato si è la carie delle ossa palatine, che facilmente succede per la poca grossezza dei tegumenti, che le ricuoprono. Se dai segni osserasi, che sia già principiata la carie, si dovrà medicare coi metodi ordinarj, procurando sempre per quanto è possibile, che non venga consumata la membrana pituitaria, che riveste superiormente le ossa palatine, altrimenti si forma un foro, che corrisponde nelle narici, e viene così a prodursi una comunicazione fra essa, e la cavità della bocca, apertura, che impedisce in parte la loquela, e la deglutizione, passando i cibi, e le bevande con facilità dalla bocca nelle narici. Non mancano de-

gli esempj, ne' quali questi fori si sono richiusi da se stessi riproducendosi le ossa, e le membrane, che ricuoprono le medesime, ma questi casi non sono così comuni, e rarissimi poi si rendono se siasi consumata ancora la membrana pituitaria. In tal circostanza il migliore, e forse unico rimedio si è quello di formare un palato artificiale. Questo si ottiene in vari modi. Se l' apertura sia piuttosto piccola sarà sufficiente l' introdurre nella medesima un pezzo di spugna, che impedisca l' accennato passaggio dei cibi, e bevande; ma se sia grande la quantità di palato, che manca non sarà sufficiente questo metodo, si e richiederà tutto un palato artificiale.

Si osservano alcune volte eziandio nel palato dei tumori sarcomatosi, che spesso arrivano ad un volume considerabile, e per ordinario sono più stretti nella base, che nell' estremità. La cura di essi consiste nel reciderli adoperando poi il ferro rovente, sì per fermare l'emorragia, se è necessario, come per impedire la recidiva del male.

Passando ora a parlare delle malattie che rendono male affetta la faccia ci si presenta in primo luogo lo spasmo de' nervi della medesima, ossia il così detto *Tic douloureux*. Quest' affezione consiste in un dolore fortissimo nella gota, che dura pochi momenti, ma che riprende ad intervalli brevissimi. Le affezioni dei denti, e de' nervi della faccia, particolarmente di quelli del quinto paio, e del faciale possono essere le cagioni della malattia. Gli opiati, ed i sedativi sono in genere i rimedj, che servir debbono per la cura della medesima, qualora non esista cagione locale cognita, e segnatamente l' affezione dei denti, o la scopertura dei nervi, che vanno ai medesimi. Per ultimo rimedio si è dagli Autori di Chirurgia propo

ga la recisione del secondo ramo del quinto paio nella sua escita dal forame mascellare superiore, ma questa operazione sembra, che rare volte sia seguita da buon esito, onde al presente è quasi generalmente disaprovata. Le altre malattie appartenenti a questa classe sono il gonfiore, e lo scirro delle parotidi, i calcoli del dotto stenoniano, e le fistole salivali.

Il gonfiore delle parotidi è ordinariamente sintomatico di malattie acute, come febbri di cattiva indole, o ancora di qualche specie di angina. In genere l'indicazione curativa principale sarebbe quella di procurare la risoluzione del tumore, e questo coi medicamenti altrove da noi accennati. Per altro non sempre deve il Cerusico favorire questa risoluzione, e segnatamente qualora sia critica l'infiammazione, o il gonfiore delle parotidi, giacchè potrebbe l'umore portarsi sopra le parti, ed aggravare la malattia primaria, anzi in cotesti casi è stata raccomandata la cauterizzazione. Spesso si osserva, che risolvendosi da se stesso questo gonfiore si porta desso ai testicoli, cosa, alla quale deve porre molt' attenzione il Cerusico, poichè altrimente potrebbe cadere in equivoco curando questa tumefazione del testicolo come malattia dipendente da tutta altra cagione, e quindi produrre degli effetti funesti. Allora il miglior metodo si è quello di richiamare il gonfiore alla parotide coll' applicazione di un qualche empiastro irritante, e se il caso lo esiga anche con un vescicante applicato sopra la medesima. Questo stesso trattamento unito ai sudoriferi deve usarsi se la malattia minaccia dai testicoli passare al cervello. La traspirazione è uno degli oggetti, che secondo i pratici deve aversi in mira nella cura delle parotidi gonfie, o nel passaggio della malattia in altre parti; quindi si useranno come abbiam

detto dei diaforetici internamente, e si terrà calda la parte con delle pezze di lana. Alcuni pratici sostengono di averne ricavato molto vantaggio per la risoluzione dall' uso del vescicante applicato sulla glandola stessa. Quasi sempre per altro converrà tentarne la suppurazione cogli emollienti, potendosi dare delle parotidi di natura veramente critica senza che siano state precedute da febbre, o altro sintoma per conoscerne il loro carattere. La suppurazione della parotide molte volte è benigna, ed allorà non si tratterà, che secondo il metodo ordinario, avvertendo per altro di non lasciare aprire l' ascesso da se medesimo, o di aprirlo troppo tardi potendosi facilmente fare un assorbimento delle materie, ovvero farsi desse strada nell' orecchia corrispondente, e sortire per il meato uditorio esterno, e mettere in pericolo quest' organo di perdere la sua funzione, o finalmente diriggersi verso l'interno della gola con grave pericolo del paziente. Si è veduto qualche volta apparire prima dell'apertura del tumore il trismo, il delirio, il letargo, l'apoplessia, quali per altro si son dissipati appena eseguita la medesima.

Il gonfiore delle parotidi può alcune volte essere così duro da meritare il nome di scirro, che talvolta è giunto a prendere ancora un aspetto carcinomatoso. I rimedj, che si adoperano ordinariamente contro lo scirro riescono in questi casi come in molti altri di niun vantaggio eccetto il mercurio, che amministrato in frizione agisce con forza sulle parti salivali, e produce alcune volte la risoluzione della durezza, specialmente se la malattia sia sul principio. E' stato proposto da alcuni estirpare la parotide, ma niun Cerusico arrischierà senza un estrema necessità questa pericolosissima operazione, la quale se dovesse praticarsi per allo

amarne il grave pericolo, si dovrebbe asportare soltanto in parte la glandola molto più, che secondo tutti i migliori pratici cotesta durezza della parotide raramente è un vero scirro, o essendo tale quasi mai passa in cancro.

Nel dotto stenoniano formansi alcune fiate de' calcoli, che impediscono il libero passaggio della saliva nel medesimo. Si osserva allora un piccolo tumoretto nella gota formato dalla saliva trattenuta, e che si va accrescendo continuamente fino alla parotide. Assicuratosi il Cerusico del luogo preciso, ove resta questo calcolo dovrà farne l'estrazione incidendo i comuni integumenti, ed il dotto, ma questa incisione deve farsi all'interno della bocca, e non all'esterno, posciachè si formerebbe in questo sito una fistola salivale, ed all'opposto il forame, che resta facendosi il taglio all'interno serve per dar passaggio alla saliva.

La fistola salivale nasce da qualunque ferita del canale stenoniano, abbenchè non manchino degli esempj di ferite di questo canale guarite per prima intenzione, senza che sia rimasta alcuna fistola. Ma ciò non è così facile ad accadere, ed al più ha luogo se la ferita del dotto sia stata fatta da istromento incidente. Nei casi, in cui il detto canale è aperto per una ferita contusa, per un ulcere, o ferita con perdita di sostanza ne è la fistola una conseguenza. Se il Cerusico osservi, che esista un ulcere nella gota, dalla quale scorra continuamente un fluido limpido come la saliva, e che si aumenta ne' moti della bocca, e particolarmente nella masticazione, sarà facile il dedurre l'esistenza della fistola, che potrà divenir poi indubitata, se introducendo uno specillo sottile per l'apertura questo viene a passare nella bocca.

Varj sono i metodi proposti per la cura di que-

sta malattia. Alcuni adoperano i caustici, ed assicurano, che usando il fuoco replicate volte sull'ulcere si viene a formare un escara, la quale tenendo chiuso il forame esterno obbliga la saliva a passare pel condotto nella bocca, e così viensi ad ottenere la cicatrice. E' però al fuoco preferibile secondo altri l' adoperare qualche caustico diseccante, come la pietra infernale, benchè questa alle volte produca una perdita di sostanza, che cagiona poi la recidiva della fistola dopo caduta l' escara. La compressione è stata ancora da altri proposta per la cura di cotesta malattia. Essa viene fatta sulla parotide, o sul dotto stenoniano medesimo, e così venendo ad essere impedito il passaggio della saliva nel detto canale, ch' è la cagione, che mantiene la fistola si ottiene qualche volta la cicatrice della medesima. Questa compressione per altro non sempre può continuarsi fino alla guarigione pel gonfiore, che produce nella parotide. Finalmente si è ancora tentato di deostruire il canale, o formare una fistola all' interno della bocca, che tiene il luogo del foro, da cui va naturalmente la saliva nella bocca. Questo può farsi in varj modi, o introducendo un setone, che viene a stabilirne un' apertura permanente, o facendo passare questo per l' apertura ordinaria del dotto stenoniano, senza formarne una nuova nella cavità della bocca.

CAPO II.

DEI MALI DEL COLLO

Fra le principali malattie Chirurgiche, le quali hanno luogo nel collo, e nella gola, si annoverano principalmente il così detto *Collo torto*, e quelle che attaccano l' uvola, le tonsille, l' esofago, la trachea, e la glandola tiroidea.

Il Collo torto detto ancora *Caput obstipum* è quella malattia, in cui il capo è obbligato a rimanere piegato da una parte, e poggiare per fino sulla spalla corrispondente. Conviene per altro riflettere, che non tutti i casi, ne' quali il capo è obbligato a rimanere piegato da una parte appartengono propriamente a questa malattia, come sono per esempio quelli dipendenti da umore artritico, o reumatico, li quali possono per qualche tempo impedire la situazione retta della testa; ma tolta la cagione della malattia il capo ritorna al suo stato naturale. Nel vero collo storto il capo resta piegato da una parte, ed il paziente non può rivolgerlo, onde per vedere gli oggetti lateralmente situati è obbligato a muovere tutto il tronco.

Varie possono essere le cagioni di cotesta malattia, e fra le principali di essa si annoverano la contrazione dei comuni tegumenti del collo prodotta da qualche cicatrice deforme, come sovente accade in sequela delle scottature, quella delli muscoli di detta parte, e segnatamente del cutaneo o platisma mioideo, dello sternocleidomastoideo, e delli scaleni. Secondo la diversa causa della malattia varia sarà ancora la prognosi della medesima. Se dessa dipende da una contrazione dei comuni tegumenti cagionata da una cicatrice, la quale abbia accorciato li medesimi, ovvero da una contrazione dei muscoli di sopra accennata non ne sarà impossibile la guarigione con gli adattati metodi; ma se poi l'offesa di queste parti, che ha prodotto la malattia sia accaduta in un età tenera, e sia molto tempo, che il paziente nè è rimasto affetto, essendovi da temere che la lunga durata della posizione obbliqua del capo abbia potuto produrre ancora un sviluppo irrregolare alla colonna vertebrale, che essendo ancor molle, e cedevole in tal

tempo avrebbe secondato nel suo accrescimento la direzione obbliqua del capo, sarà da temere, che la malattia possa essere incurabile.

Per la cura del collo torto sono stati dagli Autori proposti varj metodi, e questi sono la fasciatura gli stromenti, e l' operazione. La fasciatura si pratica col mezzo di una fascia, la quale rimanendo fissata al capo per mezzo di giri circolari venga poi raccomandata alla spalla opposta al lato da cui viene inclinato il capo stesso, e così venga a mantenere il medesimo in una posizione retta. Questo metodo conviene principalmente nei casi dipendenti dall' affezione dei tegumenti comuni. Nei casi più difficili, e che non cedano all' uso della fasciatura, si deve ricorrere a quello degl' istromenti, li quali consistono in verghe di acciajo, che fissate al tronco, ed alle spalle vengono a sostenere il capo in una situazione retta, e così a poco a poco si giunge a superare il difetto naturale. Ma se poi la malattia procede da contrazione delli accennati muscoli, o da paralisi dei medesimi non vi sarà altro mezzo per la guarigione, che recidere li detti muscoli affetti nel caso di contrazione, o il recidere il muscolo opposto nel caso di paralisi. Tutta l' attenzione, che devesi avere in questa operazione consiste nell' evitare l' offesa de' nervi, e vasi vicini a detti muscoli, e nell' impedire, che le parti si riuniscano nel luogo stesso, dove sono state recise onde si abbia a riprodurre la deformità. Pel primo oggetto le cognizioni anatomiche serviranno per diriggere la tantola scannellata da introdursi sotto il muscolo da tagliarsi, e molti Autori credono ancora espediente il metodo di ciò fare in più volte onde non correre il rischio di offendere le parti sottoposte. Per impedire poi la riunione delle fibre muscolari sarà sufficiente un' adattata fa-

:iatura, che tenga il capo nella situazione retta; gioverà molto il porre delle sfila, o delle taste nel- i ferita, che ne impediscano la riunione.

L' uvola è soggetta ad un prolungamento, che i fa arrivare alle volte fino alla base della lingua, vi produce una sensazione incommoda. Questo rolungamento nasce dall' infiammazione di questa arte, se dessa è limitata, e semplice bastano ei gargarismi acidi, ma se poi estendasi ancora al elo pendulo, e che vi sia dell' ingorgamento lin- :tico, e la malattia non ceda a rimedj accennati) altri simili, conviene passare a recidere l' estre- nità dell' uvola con un pajo di forbici adattate, ed a punta ottusa. Fra i tanti metodi proposti per questa operazione il migliore si è quello di afferrare la medesima con una tenaglietta, o con un' ancino recidendone poi la minore porzione possi- bile. L' emorragia non è di conseguenza tale da ri- chiedere medicamento per fermarla, e se mai pren- desse un aspetto imponente, si farà uso del cau- stico, e particolarmente della pietra infernale ado- perata colle dovute cautele.

Le tonsille sono molto sottoposte all' infiamma- zione, ed all' indurimento. La prima ha luogo in quasi tutte le infiammazioni della gola, o angine, e quali debbono essere trattate col regime antiflo- gistico da noi altrove indicato. Queste o presto, o tardi si propagano alle tonsille, che l' infiamma- no, ed alle volte passano in suppurazione, che ob- bligano ad aprire l'ascesso col ferro. Questi asces- si non di raro sono di una mole straordinaria. Non è per altro la suppurazione l' esito il più frequen- te dell' infiammazione delle tonsille, poichè esse so- no piuttosto disposte all' indurimento; benchè al- cuni recenti pretendono, che quest' indurimento mai esista, e che il termine ordinario di dette infiam-

mazioni sia la suppuraaione. Codesto indurimento che è ancora riunito ad un ingrossamento della glandola non è un vero scirro, come da alcuni si pretende, giacchè lo scirro, e il cancro delle tonsille ha luogo rarissime volte, e solo in quelle persone, nelle quali siavi una predisposizione a cotesta malattia, ed all' opposto l' indurimento di cui parliamo è molto frequente. Il rimedio, al quale devesi ricorrere in questi casi quando si sono provati inutili li topici risolventi è la recisione di una parte della glandola col metodo, che da noi sarà descritto nel trattato, delle operazioni. La legatura non è così facile a praticarsi, ed il fuoco, o i caustici da qualcuno proposti non sono affatto da porsi in opera. La stessa operazione è necessaria nel remoto caso di vero scirro delle tonsille, se desso sia limitato alle medesime; se per altro lo scirro sia molto più esteso, ed occupi eziandio il velo pendulo, l' uvola, e le parti vicine non rimane più alcun luogo all' operazione, ma dovrà contentarsi il Professore de' rimedj palliativi unendovi ancora una cura interna, mentre in questi casi sembra la malattia provenire in qualche parte da cagione generale, anzi in tal circostanza il tentare il taglio delle tonsille non sarebbe, che accelerare il suo passaggio in cancro.

Oltre che le tonsille sono soggette all' infiammazione, e sue conseguenze si rendono eziandio spesso la sede delle ulceri. Se queste sono anche eglino soltanto effetto dell' infiammazione cedono facilmente sotto l' applicazione dello spirito di sale acido allungato con l'acqua, se poi desse procedono da cagioni generali, come ordinariamente accade, e segnatamente dalla lue venerea richiederanno una cura diversa secondo le cagioni, che le han prodotte.

I corpi estranei arrestati nell' esofago, o nella aringe possono esser causa della soffocazione del paziente. Quelli, che restano nell' esofago, o faringe possono impedire la respirazione, e produrre la morte sul momento per la compressione, che essi esercitano sulla laringe, o sulla trachea. L' indicazione principale in questi casi è quella, o di estrarre il corpo stesso, o di spingerlo nello stomaco. Se non possa causare esso alcun danno in detto viscere per la sua indole, o figura si dovrà spingere nel medesimo essendo questo molto più facile, che l' estrarlo. Varj sono gli stromenti proposti a tal uso, cioè un cannello di metallo, una siringa di gomma elastica, una candeletta, un pezzo di osso di balena, a cui siavi ben fissata una spugna, e simili, con i quali introdotti nella bocca si procurerà di spingere in basso il corpo estraneo. Se desso per altro fosse di tal natura, che la sua permanenza nello stomaco potesse pregiudicare al medesimo come spine, aghi, pezzi d' ossa ec. sarà necessario farne l' estrazione. Questo si ottiene molte volte per mezzo di un emetico, posciachè allora sotto gli sforzi, che il paziente fa per vomitare viene sovente cacciato fuori il corpo stesso. Se il malato non possa inghiottire, molti hanno proposto d' injettare della soluzione di tartaro emetico in una vena del braccio, ed assicurano di avere con questo mezzo ottenuto il vomito, ma se sia di tal natura, che non possa così facilmente venir spinto fuori col vomito, e la sua permanenza porti del pregiudizio all' esofago, o faringe si richiede un pronto soccorso, e se ne tenterà l' estrazione. I mezzi, dei quali si fa uso a questo oggetto sono delle tenaglie curve di varie forme, e grandezze, che si possano facilmente adattare alla curvatura della bocca, e faringe. Si è an-

cora proposto di adoperare un filo di ferro ben grosso formato nell' estremità a uncino. Se il corpo sia acuto, e resti conficcato nell' esofago, o faringe molte volte il paziente si assuefà per così dire a questo stimolo, e va a poco a poco cessando la tosse, ed il dolore, ma si produce una suppurazione locale, che viene poi a formare un' ascesso all' esterno. Questo si apre naturalmente, o col mezzo del ferro, e viene ad escire col pus il corpo estraneo, dopo di che si chiude l' ulcere formata, alle volte però resta una fistola dell' esofago. Alcune fiate esso dopo spinto nello stomaco se sia di natura tale da non poter esser digerito viene a percorrere tutto il canale intestinale senza apportare alcun pregiudizio, ma giunto poi all' intestino retto si porta a forare il medesimo, ed a fermarsi nella cellulare, che circonda l' intestino, dove in seguito produce delle suppurazioni, che generano degli ascessi all' esterno, e delle fistole. Altre volte accade, che se questi corpi siano acuti, come spille, aghi ec. si facciano strada a traverso il tessuto cellulare, i muscoli, ed altre parti, e appariscono indi sulla superficie del corpo a traverso la cute, come ne abbiamo degl'infiniti esempj. In caso poi, che il corpo estraneo sia arrestato nell' esofago senza che possa venir nè estratto, nè spinto in basso viene da alcuni consigliato d' incidere il medesimo, ed estrarlo da questa apertura, ma tale operazione viene da migliori Pratici creduta tanto difficile, e pericolosa, che si reputa impossibile ad esser praticata quando lo stesso corpo non presenti al lato, ove l' esofago resta scoperto dalla trachea un' elevatezza all' esterno, perchè in tal caso si può incidere al ridosso di detto corpo estraneo.

Possono egualmente introdursi dei corpi nella laringe, e trachea, e molte volte rimangono essi

ne' seni della laringe eccitando continuamente la tosse, ed impedendo la voce, e la respirazione, e si viene a formare una malattia cronica. Se poi il corpo estraneo sia passato nella trachea, i sintomi sono più gravi, e pericolosi, potendo in pochi giorni o anche in pochi momenti perire soffocato il paziente. In questi casi non vi è altro mezzo, che quello di estrarre il corpo stesso incidendo la laringe, o la trachea, e questa operazione deve farsi con sollecitudine, altrimenti se il corpo estraneo venga a cadere nei bronchi terminano è vero i sintomi di tosse, dolore, e soffocamento, ma si produce l'emottisi, a cui siegue l infiammazione cronica del polmone, la vomica, e la tabe, che porta lentamente il malato alla morte, se pure non venga il corpo estraneo espulso sotto gli sforzi di tosse, nel qual caso l' infermo viene a guarire. Si riferisce da qualche Scrittore di Chirurgia, che nata la suppurazione del polmone si sia formato un ascesso al dorso, da cui apertosi sia uscito il corpo estraneo entrato per la trachea.

La glandola tiroidea può essere soggetta all'infiammazione, che alle volte termina colla suppurazione, e coll' indurimento. Nel primo caso si hanno degli esempj, che l' ascesso siasi aperto nella parte posteriore, e la marcia abbia penetrato nella trachea. Terminando coll' indurimento può aumentarsi di volume, e formare una specie di broncocele. Per la cura di questa malattia si terrà in generale lo stesso metodo da noi già indicato nelle infiammazioni avvertendo che nel caso di suppurazione è necessario aprire l' ascesso per evitare, che esso non si apra nella trachea.

L' ultima malattia di cui ci siamo proposti di parlare in questo Capitolo si è il *broncocele*, o il *gozzo*. Esso consiste in un tumore molle, indolen-

te circoscritto del color naturale situato nella parte anteriore del collo esistente nella glandola tiroide, non che nella vicina cellulosa. In molti luoghi, e segnatamente nelle alpi si osserva questa malattia endemica, ed ereditaria, ed è generalmente parlando molto più comune ne' fanciulli, e nelle donne, che negli uomini. Dessa non produce per molto tempo, che una deformità senza cagionare altro incomodo, ma avanzandosi poi, e crescendo in volume viene a comprimere l'asperarteria, impedisce il passaggio dell'aria, ed altera la voce, alcune volte viene ancora a comprimere i vasi del collo, e produce un impedimento alla circolazione. In alcuni luoghi delle alpi sappiamo per tradizione, che qualche volta il gozzo si osserva accompagnato da una stupidità, che rende il paziente inerte a qualunque azione. Una malattia tale dicesi *Cretinismo*, che da qualcuno si è creduto molto analogo alla rachitide.

Il Broncocele non è sempre della medesima natura, lo che sembra dimostrare, che varie debbono essere le cagioni, che lo producono. Si trova alcune volte il gozzo formato da un tumore enfisematico della cellulare, che ricuopre la glandola tiroide senza, che questa ne sia punto affetta. Altre volte poi la glandola stessa è gonfia, scirrosa, e questa specie è una delle più pericolose per la soffocazione, o l' arresto della circolazione, che può cagionare. Si osserva ancora come cagione del gozzo la glandola tiroide divisa come in tante cellule, che formano delle cisti ripiene di un fluido particolare. Ritrovasi poi spesso la tiroide molto indurita, ciò accade ordinariamente per cagione scrofolosa così può la medesima degenerare in un tumore della natura dell' ateroma, che poi passa in ascesso cistico, e finalmente si è ancora veduta la glandola tiroide tutta divenuta un tumore sanguigno varicoso

o, e fungoso. Non di rado si osservano nel gozo de' calcoli, o concrezione pietrose. Da tutte queste varietà si vede, come abbiam detto, che molto diverse debbono essere le cagioni del broncocele, delle quali non ne conosciamo alcuna plausibile fra le tante imaginate, sia l'uso delle acque di neve, sia il portar pesi sulla testa, eccettone quelle, che producono il così detto *gozzo enfisematoso*, e *endemico*, il quale sembra avere origine dall'aria umida, e stagnante.

La cura del broncocele di queste due ultime specie consisterà per la prima nell'eseguire l'apertura del tumore, da cui sen sorte l'aria, e dissipasi il medesimo, per la seconda è stato alle volte sufficiente il cambiamento dell'aria, l'uso dei diaforetici ec. In genere la cura di cotesta malattia deve esser diretta secondo lo stato particolare della glandola tiroide; ma se dessa sia molto antica, e per conseguenza la glandola sia di gran volume, e molto dura non sarà curabile, molto più se il soggetto è adulto. Tra questi è stata molto raccomandata la sponga bruciata, con la quale si facciano de' bocconi imbastati con qualche siroppo, e questi si tengano nella bocca, ma alcuni giustamente sono di sentimento, che la sponga brugiata adoperata internamente possa produrre delle cattive conseguenze, e segnatamente la consunzione, e la tabe, in quei soggetti specialmente, che soffrono debolezza nei polmoni, e molti credono necessario unire alla cura della spugna l'uso di qualche purgante mercuriale. Oltre questo medicamento amministrato, come si è detto, colla cautela di tenerlo per qualche tempo nella bocca prima d' inghiottirlo, si potrà far uso contemporaneamente di un topico risolvente. I più accreditati a questo proposito sono le frequenti, e continuate stropicciature del tumore, l'applicazione

dell'acqua fredda, i ceroti fondenti, i cataplasmi risolventi, ed anche emollienti giusta la circostanza; ma si è poi ricevuto molto vantaggio dalle frizioni mercuriali sulla parte praticate con le dovute cautele, come ancora da quelle fatte col linimento volatile. Sono stati proposti eziandio i caustici, ma questi sono molto pericolosi a motivo delle parti vicine, che possono esserne offese. Essendo molte volte accaduto, che il gozzo sia passato da se stesso in suppurazione, ed in questo modo siasi guarita la malattia, si è proposto di procurare una suppurazione artificiale mettendo un fonticolo, o un setone. Il primo per altro poche volte è riuscito vantaggioso, e non si è veduto che il secondo, il quale in alcune circostanze ne ha prodotto la guarigione perfetta, segnatamente quando il broncocele era molle.

Ma siccome la malattia è molte volte assai antica, e la glandola dura, così tutti questi rimedj riescono infruttosi, ed allora altro scampo non rimane, che ricorrere all'operazione per quanto difficile, e pericolosa essa sia, se pure venga minacciata la vita del malato per l'impedimento, che produce il gozzo nella respirazione, e deglutizione, altrimenti non si dovrà mai essa praticare atteso il pericolo dell'emorragia, e dell'offesa de' nervi. Se il broncocele sia molto antico, ed aderente non si potrà in verun modo estirpare, in altri casi potrà tentarsi procurando piuttosto di lasciarne porzione vicina ai vasi, ed ai nervi, e recidendo le parti con somma attenzione, e cautela legando i vasi appena sono recisi. Per fermare l'emorragia dopo l'operazione si è dovuta alle volte ricorrere alla compressione fatta con le mani. I casi ne' quali l'operazione riesce più facilmente sono quelli, in cui il broncocele ha una base stretta, e non è aderente, e

appunto in questi l'operazione è meno necessaria, oltre di che essi sono i più rari.

CAPO III.

DELLE MALATTIE DEL PETTO.

Sebbene pochissime sono le malattie Chirurgiche, che riguardano il petto, giacchè la maggior parte delli mali del medesimo appartengono propriamente alla Medicina, ciò non ostante si possono considerare come appartenenti alla Chirurgia le lesioni delle ossa componenti la detta cavità, le ferite della medesima, gli stravasi, che in essa accadono, e che o si fanno strada da se stessi all'esterno, ovvero obbligano il Cerusico ad aprirgli una strada penetrando nella cavità, e finalmente le malattie delle mammelle. Per quello che riguarda le fratture, ed altri mali delle ossa del petto, come ancora delle ferite di questa cavità ne abbiamo già a suo luogo parlato, resta quindi solo a trattare brevemente degli stravasi, che accadono nella medesima, e delle malattie delle mammelle.

Le suppurazioni, che si formano nella cavità del petto possono esistere in varj luoghi, cioè o nel mediastino anteriore, o fra la pleura, ed i muscoli intercostali, o fra il polmone, e la pleura in uno spazio circoscritto, o in tutta la cavità del petto, o finalmente nella sostanza stessa del polmone. Noi abbiamo già in altre occasioni parlato delle cagioni, le quali possono dare origine a queste raccolte di marcia. Se la raccolta di pus esiste nel mediastino, la quale è ordinariamente formata da malattie inflammatorie di petto, la diagnosi non è sempre molto facile, se pure dessa non facciasi strada al di fuori traforando anche lo sterno, lo che cagiona

alle volte l' apertura della cute. Se questa non esista, conviene al più presto farla, e raramente per se sola guarisce la malattia, ma essendo ordinariamente cariato lo sterno stesso si richiede farne la trapanazione, ed eseguirla eziandio con sollecitudine essendo l' unico mezzo per salvare, se è possibile, la vita all' infermo. L' apertura della cute, che si è fatta per dar esito al pus esistente nel mediastino, resta ordinariamente fistolosa. La cura di questa fistola è assai lunga, ma può guarire senza dilatazione del seno, contentandosi di tenerlo sempre asterso con delle adattate injezioni, e facilitando lo scolo del pus.

Si può raccogliere la marcia ancora come abbiamo detto fra la pleura, ed i muscoli intercostali, ossia nel tessuto cellulare, che riunisce l' una agli altri, e questo nasce per solito dall' infiammazione di queste parti. L'ascesso si manifesta all'esterno, e si viene ad estendere continuamente sotto la cute, che se questo non accade, il giacere del malato più volentieri sul lato sano, la leggiera febbre terminante con un' abbondante sudore, la tosse secca, il dimagramento di carne, il vermiglio nel viso, ed il senso doloroso se si comprime sul lato affetto del petto pongono fuori di dubbio l'esistenza del pus. In codesti casi va desso curato coi metodi ordinarj già altrove accennati. Non è raro, che resti un' apertura fistolosa sia che l' ascesso sia aperto dall'a natura, o dall' arte, e questa fistola è di cura assai difficile, anzi alcune volte impossibile per la carie delle coste, che vi è unita, particolarmente se questa carie sia estesa perfino alle vertebre. Succede ancora, ma assai di rado, che il pus invece di penetrare per i muscoli intercostali, e farsi strada al di fuori corroda la pleura, e si stravasi nel petto, ed allora dovranno adoperarsi le regole, che daremo

in appresso a questo proposito; ma ciò potrassi facilmente evitare facendone l'apertura in tempo opportuno. Finalmente se non si apre l'ascesso, la conseguenza può esserne la tisi polmonare.

Se l'ascesso si formi fra la pleura, ed il polmone esso è ordinariamente circosritto attesa l'aderenza di queste due parti. Il Professore deve allora assicurarsi della certa esistenza dell'ascesso per mezzo dei segni generali di una suppurazione conseguenza di quelli inflammatorj, e poi ne farà l'apertura sollecitamente, giacchè ritardandosi questa accade, che o si rompe l' aderenza del polmone con la pleura, ed il pus si stravasa sopra il diaframma, ovvero viene a penetrare nel polmone, e produce la tisi polmonare. Alcune volte si formano molti di questi ascessi, e quando il Cerusico ne ha aperto uno gli altri si fanno strada dal medesimo, e la marcia che contengono si porta in quello, che è stato aperto, ma allora per solito l'apertura di esso resta *fistolosa*, motivo per cui è necessario far delle contro-aperture.

Lo stravaso di marcia nella cavità del petto forma ciò, che propriamente dicesi *empiema*, ed allora il pus è stravasato sopra il diaframma. Molte volte si osserva il tumore all' esterno, ma non di raro esso non esiste punto. I segni di questo stravaso sono tutti per più sicuri sono la difficoltà di giacere sul lato opposto, la respirazione difficile, tosse secca, consunzione, polso piccolo ec. ma ognuno di questi segni isolato è poco concludente. Se lo stravaso sia nel lato sinistro accanto allo sterno il tumore presenta delle pulsazioni impressegli dal cuore, quantunque non manchino delle osservazioni, nelle quali esse non esistevano. La cura in tali casi consiste nell' aprire la cavità del torace per dar esito al pus col metodo, che verrà descritto a suo luogo.

Si può finalmente formare l'ascesso nella sostanza stessa del polmone, ed allora nasce quella malattia detta comunemente *vomica*. Questa si forma ordinariamente in seguela dell'infiammazione del polmone. Se l' ascesso è molto esteso produce comunalmente la tisi polmonale, ma se è limitato è curabile. La vomica si rompe spesso da se medesima, ed allora il pus penetra ne' bronchi, ed esce dalla cavità del petto per mezzo dell' espettorazione. E' stato proposto da qualche Professore di praticare in questi casi la medesima operazione, che ha luogo nell' Empiema, onde dar esito al pus, ed impedire, che la vomica non si aumenti, e produca al fine la tisi, ma essa presenta molte difficoltà, poichè oltre l' impossibilità, che sovente si riscontra di conoscere il luogo preciso dove esiste la vomica, non si può penetrare molto profondamente coll'istromento tagliente per non offendere i grossi vasi polmonari, il taglio de' quali produrrebbe un' emorragia mortale. Si deve eziandio riflettere, che gli ascessi del polmone hanno spesse volte origine da una disposizione ereditaria, ed allora è inutile qualunque operazione, posciachè la tisi polmonare ne è sempre la conseguenza, così ancora se la cagione dei medesimi non si possa tanto facilmente rimuovere, e quindi non vi sarà speranza del buon esito dell' operazione, che negli ascessi polmonari prodotti da cause esteriori ed accidentali, e che sono situati molto superficialmente nella sostanza stessa del viscere. Alcuni Professori propongono codesta operazione ancora in molti casi di Tisi.

L' Idrotorace, non che l' Idrope del pericardio possono molte volte richiedere l'operazione Chirurgica per dar esito al fluido contenuto nella cavità, mentre in questi casi non si ottiene molto vantaggio dai rimedj interni. Quello si è per altro ch' è

molto difficile alcune volte il formare la giusta diagnosi di queste malattie. La cura interna di essa appartiene intieramente alla medicina, e noi ci rimettiamo poi al trattato delle operazioni per quello riguarda la manualità, che si richiede in tali casi, come ancora in quelli di stravaso di sangue nel petto, in cui n'è egualmente necessario il dargli esito. Esso procede ordinariamente dalle ferite del polmone, o de' vasi del detto viscere, ed allora è spesso sufficiente una posizione adattata dell' infermo, per cui la ferita stessa in questo caso produce l' egresso del sangue senza ricorrere a nuova apertura.

Le malattie principali delle mammelle sono gli ascessi, ed il cancro. Gli ascessi dipendono per lo più da ingorgamenti lattei, e si osservano nelle puerpere, e nelle lattanti. La parte presenta tutti i sintomi d' infiammazione, la quale devesi procurare di risolvere col metodo antiflogistico, lo che si ottiene facilmente se l' infiammazione è piccola, e nello stesso tempo si procurerà di evacuare il latte ristagnato nella mammella, o facendo poppare un bambino, una donna, ovvero con gli stromenti adatti a quest' oggetto. Se per altro sopravvenga la suppurazione si potrà lasciare aprire l' ascesso da se medesimo, se non è molto volumioso, ma nel caso sia esso molto grande oppur vicino al capezzuolo deve il Cerusico essere sollecito nell' aprirlo, giacchè altrimenti il pus verrebbe a distruggere l' organizzazione stessa della mammella, e a far soffrire il detto capezzuolo in un' altra suppurazione. Se dopo la risoluzione di tali ascessi rimanesse nella mammella qualche durezza, o ingorgamento latteo, i cataplasmi emollienti, un unzione di olio d' amandole dolci, spermaceti, ed ammoniaca diluita nell' acqua, ed i purganti ripetuti saranno sufficienti per risolverlo.

Il cancro delle mammelle è una malattia molto frequente, e che dipende da cagione locale, o generale. I sintomi, che accompagnano questa formidabile malattia sono i seguenti. Si osserva nella mammella un tumore duro, che non cede ai risolventi, mobile, e che produce dei dolori lancinanti. Questo va crescendo in volume, si fa aderente, si aumenta il dolore, che sente la malata ancora ne' moti del braccio corrispondente, s'ingorgano le glandole linfatiche vicine, e divengono varicosi i vasi della mammella. Questi progressi sono ora assai rapidi, ed altre volte lenti, anzi può talvolta accedere, che lo scirro delle mammelle si risolva senza passare in cancro; ma tal risoluzione si ripete da qualche Scrittore di Chirurgia dalla diversa natura della durezza, escludendone affatto la possibilità in quella veramente scirrosa.

Da molte osservazioni di celebri Autori può dedursi, che esiste benissimo nella macchina un vizio canceroso generale, e che quindi la malattia non è sempre puramente locale. Il cancro della mammella viene dopo qualche tempo, e rendesi manifesto ulcerandosi, e formando una piaga d' indole maligna, che producendo alla fine la carie delle coste, e l' idrotorace è cagione della morte della paziente. Può il cancro delle mammelle dipendere ancora da ritrocessione di malattie cutanee, e segnatamente dell' erpete, che attacca la mammella, ma una delle cagioni più frequenti si è la cessazione de' mestrui, ed infatti in quell' età si osserva la frequenza maggiore di cancri in coteste parti.

La prognosi del cancro alle mammelle varia secondo il tempo, da cui la malata ne è affetta. Se desso sia recente, e mobile, la respirazione libera e non vi sia alcun segno d'infezione generale, l'operazione può guarire radicalmente la malattia, in cas

contrario essa non è che un rimedio palliativo, e non di raro accelera la morte della paziente.

I rimedj interni o locali proposti per la cura di questa malattia sono in gran quantità, ma non abbiamo abbastanza di prove per dimostrarne l' utilità, per cui al presente la massima parte dei Professori è persuasa, che l' unico rimedio sicuro è quello di ricorrere all' estirpazione. In molti casi per altro, e segnatamente qualora la malattia dipenda piuttosto da una diatesi generale si dovrà ricorrere all' uso de' rimedj interni, e locali prima di passare all' operazione. Il primo fra essi è un fonticolo al braccio corrispondente alla mammella malata. Questo sarà utile ancora ne' casi, ne' quali si voglia istituire l' operazione, e sarà bene tenerlo continuamente aperto, giacchè viene in questo modo a impedire la recidiva della malattia in caso sia dessa stata guarita coll' estirpazione. I fondenti, le acque minerali internamente, ed in bagni serviranno ancora a procurare la risoluzione dello scirro da cui riconosce la sua origine il cancro di quest' organo. Alcuni assicurano di avere ottenuto molto vantaggio dall' uso di un setone al petto; ma ciò sembra poco plausibile. Siccome poi una delle cause più ordinarie del cancro alle mammelle si è come si è detto la cessazione de' mestrui, così la prima cura del Cerusico deve esser quella di richiamare i medesimi ogni volta, che sia ciò possibile. I rimedj proposti per la cura del cancro delle mammelle usati internamente, o localmente sono principalmente la cicuta, la belladona, e l' arsenico, ma rare volte si è ottenuto del vantaggio anche dall' uso dei medesimi. Qualora finalmente la malattia non ammetta l' operazione, e poco siavi da sperare nell' uso de' rimedj si dovrà il Professore contentare della cura palliativa consistente principal-

mente nella diminuzione de' dolori, dai quali viene afflitta la malata. Il miglior rimedio in questi casi si è l' opio a dosi generose. Noi tralasciamo qui d' inoltrarsi su questo particolare rimettendoci a quello, che abbiamo detto parlando del cancro in generale, e riserbandoci nella parte seconda a trattare dell' operazione in esso conveniente.

CAPO IV.

DELLE MALATTIE DELL' ADDOME

ARTICOLO I.

Delle malattie degli organi inservienti alla digestione.

Noi dividiamo in tre articoli le malattie dell' addome, nel primo dei quali trattiamo di quelle, che attaccano gli organi, che servono alla digestione, come lo stomaco, le intestina, l' omento, il peritoneo ec., nel secondo quelle, che si rincontrano negli organi, e vie orinarie, riserbandoci nel terzo ad esporre le principali affezioni dell'intestino retto.

Delle ferite dell'addome, e degli ascessi di questa parte ne abbiamo già altrove trattato parlando di cotteste malattie in generale, riguardo alle altre di questa cavità sono la maggior parte di pertinenza della medicina eccetto alcune, le quali richiedono l'ajuto della mano Chirurgica, e di cui parleremo nel trattato delle operazioni. In questo articolo dunque tratteremo soltanto dell' ernie, degli ascessi del fegato, dell' 'ascite, e di alcuni tumori aderenti al peritoneo.

L' *ernia* è un tumore formato dall' esito fuori della cavità del basso ventre di un viscere, il quale deve essere contenuto dentro la medesima, e che gli antichi chiamavano *rottura*. A questa malattia

ono soggetti lo stomaco, l'omento, le intestina, a vescica, l' utero, l' ovajo ec. le quali parti nell' scire dall' addome sono fornite di una specie di membrana somministrata dal peritoneo, che forma quello, che dicesi *sacco erniario*. Nel primo anno dell' età può nascere eziandio l' ernia del fegato letta *Epatomfalo*.

Le specie d' ernie sono distinte fra loro o riguardo al luogo, che occupano, o rapporto al viscere, che le forma. Sotto il primo aspetto si considera l'ernia inguinale, crurale, ombelicale, e ventrale. Riguardo al secondo si distingue l'ernia dello tomaco, delle intestina, dell' omento, della vecica, dell' utero. Un' altra distinzione, che si fa omunemente dell' ernia, si è quella di *congenite*, he esistono nel momento stesso della nascita, e uelle, che sono *accidentali*.

Sono le ernie una malattia molto frequente senatamente nell' età avanzata, ed in questa sono rmate per lo più dall' intestina, o dall' omento, da ambedue insieme essendo eglino i visceri più beri nel basso ventre, ed i sintomi, che l' accompgnano sono i seguenti. Il tumore formato dall'instina è levigato, e leggermente ineguale sotto al tat- quello prodotto dall' omento. In genere poi des- è molle, cede sotto le dita, aumenta dopo aver angiato, se il paziente fa un qualche sforzo, tos- ec. al contrario diminuisce, e sparisce intieramente per la pressione fatta sopra del medesimo, il malato sia digiuno, o conservi una posizione rizontale. Questi segni poi alle volte sono assai curi, molto più se l' ernia è complicata, ed allora ne rende difficile la diagnosi. Variano poi essi ora secondo le diverse specie d' ernie, avendo gnuna i suoi segni propri. In generale l' ernie so- o tanto più voluminose, quanto sono più antiche.

mente nella diminuzione de' dolori, dai
ne afflitta la malata. Il miglior rimedi
casi si è l' opio a dosi generose. Noi tr
d' inoltrarsi su questo particolare
quello, che abbiamo detto parland
generale, e riserbandoci nella par
tare dell' operazione in esso con

CAPO I

DELLE MALATTIE

ARTIC

Delle malattie degl
alla d

Noi dividiamo in
addome, nel primo d
che attaccano gli org
ne, come lo stomaco
ritoneo ec., nel secc
negli organi, e vie
ad esporre le princi

Delle ferite dell'
parte ne abbiamo gi
ste malattie in gen
cavità sono la mag
cina eccetto alcu
mano Chirurgica
operazioni. In
soltanto dell' er
'ascite, e di alc

L' *ernia* è
della cavità d
le deve esser
gli antichi cl

oni
ollevare
fecce in
; se esist
itoneo, o
e viscera in sito
, il paziente sarà
accaderà ad ogni
ante.
o semplici formano
che pericolosa se il mala
enere la medesima con
tenga da tutte quelle cagio
huire all' aumento dell'ernia
i di ernie guarite radicalmen
mezzo; ma ciò si osserva
vani, giacchè negli adulti
cura radicativa colla compressi
amente se l' ernia non è piccola
, nei vecchj poi ne' quali
bbiam detto è frequentissima
plice metodo ne è impossibile.
è molto antica, di modo che l'ape
escono l' intestina, o altre parti
dilatata, in tal circostanza non si
e una cura palliativa, ed impedire
ga ad incarcerare, poichè allora

accresca di molto
ad una gran-

farne
. Il ri-
ra sia li-
nedesimo,
a, ed è ne-
a da qualun-
riprodurre la
da compressio-
sito alla parte,
per mezzo di un
ale stromento sono
tutto il tempo della
proposti varj mez-
guarire radicalmente
aticavano a questo og-
e la castrazione, la lega-
o, del sacco ernario, il
nosciuto in seguito, che
dannose, ed inutili.
tro accade, che l' ernia non
mente, benchè non possasi
allora è necessario, che il Pro-
e quale sia la vera cagione, che
amento dell' ernia per rimediar-
cati, che in seguito esporremo,
l' operazione del *taxis* così detta,
ernia lo permetta. Il metodo di
seguente. Il paziente resterà corica-
orso, ed alquanto inclinato dal lato op-
, in cui esiste l' ernia, acciò le viscera
non gravitino sopra l' ernia medesima,
cano, che d' essa rientri. Si procurerà di
in rilasciamento i muscoli dell' addome,

Nell' ernie si trova come si è detto una specie di membrana, che contiene i visceri, che le formano, e questa dicesi *sacco erniario*.

Le cagioni dell' ernie consistono in quelle cose, le quali, o spingono con forza le viscera fuori del loro luogo, ovvero indeboliscono, o distruggono il sostegno, che deve impedire il loro esito, quindi potrà produrre l' ernia la gravidanza, la tosse, il canto, le grida, il trattener la respirazione per molto tempo, le ferite, o contusioni dell' addome, l' equitazione, il vomito, il sollevare de' grandi pesi, i sforzi per evacuare le fecce in caso di forte costipazione del basso ventre; se esista nella macchina una debolezza del peritoneo, o delle parti, che debbono mantenere le viscera in sito, come per esempio il mesenterio, il paziente sarà più predisposto all'ernia, la quale accaderà ad ogni minima cagione delle già accennate.

L' ernie qualora siano semplici formano una malattia più incomoda, che pericolosa se il malato abbia la cura di sostenere la medesima con un cinto adattato, e si astenga da tutte quelle cagioni, che possono contribuire all' aumento dell'ernia. Non sono rari i casi di ernie guarite radicalmente con questo solo mezzo; ma ciò si osserva nei soggetti molto giovani, giacchè negli adulti non si ottiene mai la cura radicativa colla compressione locale, segnatamente se l' ernia non è piccola, e molto recente, nei vecchj poi ne' quali codesta malattia come abbiam detto è frequentissima, la cura con questo semplice metodo ne è impossibile. Quando poi l' ernia è molto antica, di modo che l'apertura, da cui escono l' intestina, o altre parti sia grandemente dilatata, in tal circostanza non si può ottenere, che una cura palliativa, ed impedire che non si venga ad incarcerare, poichè allora produ-

rebbe de' sintomi mortali, e non si accresca di molto il suo volume, che alcune volte arriva ad una grandezza enorme.

Per la cura dell' ernie deve il Cerusico farne la riduzione, ed altresì mantenerle ridotte. Il ridurre un ernia non è cosa difficile qualora sia libera, anzi il paziente può farlo da se medesimo, è per altro difficile il mantenerla ridotta, ed è necessario non solo, che desso si astenga da qualunque sforzo, o violenza, che potrebbe riprodurre la malattia, ma ancora che mantenga una compressione costante sul luogo, che ha dato esito alla parte, la quale forma l' ernia, e questo per mezzo di un adattato cinto. Ordinariamente tale stromento sono obbligati i malati a portarlo per tutto il tempo della loro vita. Dagli antichi si sono proposti varj mezzi, coi quali si pretendeva di guarire radicalmente ogni specie d' ernia, e si praticavano a questo oggetto delle operazioni, come la castrazione, la legatura del cordone spermatico, del sacco ernario, il caustico ec. ma si è riconosciuto in seguito, che codeste operazioni sono dannose, ed inutili.

Non di raro per altro accade, che l' ernia non è riduttibile così facilmente, benchè non possasi dire incarcerata, ed allora è necessario, che il Professore conosca bene quale sia la vera cagione, che impedisce il rientramento dell' ernia per rimediarvi coi mezzi adattati, che in seguito esporremo, ed indi eseguire l' operazione del *taxis* così detta, se lo stato dell' ernia lo permetta. Il metodo di praticarla è il seguente. Il paziente resterà coricato sopra il dorso, ed alquanto inclinato dal lato opposto a quello, in cui esiste l' ernia, acciò le viscera dell' addome non gravitino sopra l' ernia medesima, ed impediscano, che dessa rientri. Si procurerà di far tenere in rilasciamento i muscoli dell' addome,

e questo si ottiene facendo stare il bacino più elevato del petto, la testa piegata anteriormente, e flesse parimenti le gambe, e le coscie, ma in particolare si mantiene sollevata, e piegata la coscia corrispondente all' ernia coll' ajuto di un cuscino rotolato, e situato sotto il poplite. L' elevazione del bacino contribuisce molto ancora a far rientrare le parti, venendo esse ajutate dal proprio peso; anzi a tal oggetto alcuni hanno proposto di mantenere soltanto la testa, ed il petto del paziente sul letto, ed il resto del corpo sollevato in alto per mezzo di un forte ministro, che tenendo l'estremità inferiori di esso sulle sue spalle, a cui particolarmente corrispondino i popliti, venga il Professore a far l' operazione qui appresso. Situato il malato si prenderà il tumore ernario con ambe le mani, e si comprime lateralmente, onde renderlo più stretto, e quindi più facile a farne la riduzione, al quale oggetto si comprimerà indi alquanto nel senso della sua lunghezza, procurando di spingere dall'indentro all'infuori primieramente le parti, che sono più vicine all' anello addominale. Ridotta l' ernia si deve mantenere con una fasciatura adattata, o col cinto. Alcuni si sono serviti degli astringenti topici, co' quali hanno creduto di accrescere l' effetto del cinto, e di contenere sicuramente nella cavità il viscere uscito fuori, ma si è al presente riconosciuto, che questi astringenti sono sempre inutili, e che anzi alle volte possono riuscire dannosi, e quindi se ne è proscritto l' uso dalla Chirurgia.

La descritta operazione del taxis non riesce di sovente tanto facile nell' eseguirsi, specialmente se l' ernia sia molto voluminosa ed antica, lo che nasce dall' accresciuta pinguedine nel mesenterio, o nell' omento, o dalle aderenze del viscere col sacco

erniario. Maggiore poi anche sarà la difficoltà se realmente vi sia uno strozzamento, che impedisca all' ernia di rientrare prodotto dall' arresto di materie fecali, lo che dicesi intasamento, il quale può generare un vero incarceramento. Più di frequente accade questo per l' infiammazione dell' annulo, o del viscere formante il tumore ernioso, come anche un ernia può divenire incarcerata per ristringimento dell' annulo addominale, nel qual caso dicesi incarceramento spasmodico. Siccome in questi ultimi casi potrebbono nascere de' gravi accidenti, ed anche la morte del paziente, se ad onta dei rimedj locali, e generali non siasi ottenuta la riduzione dell'ernia, e dissipati per conseguenza i sintomi dell'incarceramento, così devesi per questo caso ricorrere ad un altra operazione detta della *bubonocele*, che consiste nel ridurre l'ernia per qualunque cagione divenuta incarcerata, mediante il taglio, operazione, che noi descriveremo a suo luogo.

Per ben conoscersi dal Cerusico la diversa indole di dette ernie, che presentano delle difficoltà più o meno grandi per la loro riduzione, sembra esser sufficiente soltanto il riflettere alle poc' anzi divisate specie. L' ultimo grado di cotesta difficoltà consiste nell' essere accompagnato da dolore il tumore ernioso, e tutto il basso ventre, ed ambedue queste parti da tumefazione, a cui si associano la febbre, la nausea, il vomito, ed il singhiozzo. Questi sintomi non pongono alcun dubbio sull' esistenza di una vera infiammazione, e sulla minaccia di una imminente suppurazione, o cangrena, le quali cagionano una fistola stercoracea, o la morte del paziente, se un oculato Professore non le appresti in tempo opportuno quei rimedj convenienti, o infine che sollecitamente non si decida all' operazione del taglio, mezzo, che è per lo più

il solo adattato in questo caso per salvare la vita al medesimo.

I medicamenti convenienti in generale nella cura dell'ernie voluminose, ed antiche, ove la pinguedine accresciutasi in esse forma l' ostacolo per la riduzione, sono il riposo, la dieta rigorosa, i purganti, le fomentazioni locali, ed infine l'operazione del taxis. Che se poi a questa specie d'ernia vi sia unita qualche aderenza, rimessa, che sarà la parte libera, si mantiene il resto con un adattato cinto, o fasciatura. Se l'ammasso di fecce nell' intestino, che forma l' ernia sia la cagione dello strozzamento, i bagni tiepidi universali, i clisteri emollienti, i cataplasmi mollitivi, saranno i rimedj convenienti in tal caso, unendovi di quando in quando un moderato tentativo per la riduzione. Se questa non accada si può passare all' uso topico dell' acqua fredda, o neve, di cui deve prolungarsi l' applicazione per un ora incirca, ed indi passare all' operazione del taglio, se non siasi ottenuto con tal mezzo il rientramento nella cavità del viscere uscito fuori. Se l' infiammazione sia quella, che mantiene l' ernia, si deve proscrivere qualunque manualità sulla medesima, e principiare la cura con un abbondante salasso ripetendolo a seconda del bisogno, indi prescrivere un bagno universale tiepido, e di frequente ripetuto, lavativi emollienti, fomenti di tal genere sul tumore, e sopra il basso ventre, ed in questo eziandio unzioni oleose. Dopo di tuttociò si potrà tentare una leggiera pressione sull' ernia per rimetterla nella propria cavità, che se con questa non riesce, ripetiamolo di buon animo, altro non avvi da fare per salvare la vita al malato, che la sollecita operazione col taglio. Finalmente se lo spasmo sia la cagione dello strangolamento dell' ernia si da in questo caso con molto

rofitto ogni due ore al malato mezzo grano d' opio, ltrettanto di ipecacuana, si ordinano de' bagni tiepidi niversali, de' lavativi, e cataplasmi emollienti sul umore, ed una unzione volatile con molta canfo-a, e laudano liquido su tutto il basso ventre. Questi juti sono per lo più bastanti a far nascere la ri-uzione dell' ernia senza bisogno dell' operazione.

Questi sono li principj generali risguardanti ernie, ma siccome in ogni una di esse può avervi ogo una qualche modificazione così sarà utile il ir qualche cosa in particolare sulle specie più fre-uenti delle medesime.

L' ernia *inguinale* è quella, che si forma dall' nello del muscolo obbliquo esterno, da cui escono parti, delle quali è dessa formata, queste sono omento, l' ileo, il digiuno, il cieco, e la sua ppendice vermiforme, la vescica urinaria, e ovaja, e secondo queste diverse parti ottiene es-diversi nomi, chiamandosi *bubonocele* qualo-essa si limiti all' inguine, *oscheocele* se discen-nello scroto, *epiplocele* poi se è formata dall' ento, *enterocele* se dall' intestino, che è la più ricolosa, ed *enteroepiplocele* se da ambedue queste rti.

I segni dai quali si riconosce l' ernia inguina-consistono in primo luogo nel tumore della re-ne inguinale nato da una delle cagioni capaci produrre un' ernia, e senza infiammazione pre-nta. Questo tumore diminuisce, o accresce in ti casi, che abbiamo esposto descrivendo l' er-in generale, comprimendolo con le dita rien-intieramente, ma con più facilità se è formato l' intestino, che se lo è dall' omento. Si distin-una tal' ernia dall' idrocele perchè in questo umore dal testicolo si estende all' anello, nell' ia è tutto all' opposto, ma la trasparenza poi del

tumore è uno de' segni più caratteristici dell' idrocele per distinguerlo dall' ernia. Quando la malattia sia antica il paziente ne è molto incomodato pel volume, per le cattive digestioni, per le coliche, e finalmente per la minaccia dell' incarceramento, che come abbiamo veduto può non di raro esiggere un operazione pericolosa.

Qualora l' ernia inguinale venga ad incarcerarsi i sintomi sono i medesimi dei già accennati. Il tumore cioè diviene doloroso, ed irreduttibile, si immefà il ventre, non ha più il paziente evacuazione alcuna per secesso, ed è afflitto da singhiozzo, nausea, vomito, bilioso, e i cristieri non producono alcun vantaggio, il polso è piccolo, e contratto. Dopo qualche tempo se non si sono apprestati quegli ajuti necessarj, la malattia fa de' progressi, vale a dire il tumore diviene più molle, la cute, che lo ricuopre diventa livida, diminuisce il dolore, e indeboliscono le forze del malato, segni tutti della cancrena dell' intestino, che in poco tempo produce la morte, che può ancora accadere 24 ore dopo l'incarceramento dell' ernia.

L' ernia inguinale può venir prodotta da tutte le cagioni le già esposte per l' ernie in generale, e questa specie d'ernia è la più frequente, e molto più negli uomini, che nelle donne. Essa diventa incarcerata per due cause principali cioè o per uno stringimento dell' anello inguinale, o per una ingrossatura, o ristringimento del sacco erniario. Una forza propria elastica dell' anello sembra poterne procurare il coartamento, come ancora l'esito di una nuova porzione d' intestino. Il coartamento poi del sacco nasce ordinariamente dal suo indurimento, o da quello del tessuto cellulare, che lo circonda. Il coartamento dell' anello è la cau-

più frequente dell' incarceramento dell' ernia inguinale.

Cotesta ernia è una malattia incomoda, e tanto più pericolosa, quanto più è antica, e voluminosa, ma il suo maggior pericolo si è quello dell' incarceramento, ad impedire il quale dovranno esser dirette le indicazioni curative. Queste consisteranno nel ridurre l' ernia stessa, e nel mantenerla ridotta col cinto. La compressione continuata sull' ernia può spesso operarne la guarigione se sia fatta in tempo, e se sia in un soggetto molto giovane, e quindi si dovrà procurare di ridurla al più presto possibile. Nel ridurre l' ernia si dovrà premere il tumore da tutte le parti dirigendole verso l' annulo, e procurando di lasciar fuori il testicolo per non esporlo ad una compressione; se poi l' ernia sia incarcerata alla riduzione della medesima si dovranno premettere quegli ajuti dell' arte, che di sopra abbiamo esposti nell' ernie in generale, adattandoli alla natura dell' incarceramento. e dopo cotesti rimedj riesca impossibile la riduzione piuttosto che tormentare il paziente con sforzi inutili, e che potrebbono divenire pericolosi si deve ricorrere subito all' operazione, la quale non si farà mai troppo sollecitamente.

L' ernia inguinale *congenita* è quella, in cui la tunica vaginale serve di sacco erniario, e quindi l' omento, o l' intestino è situato a contatto immediato del testicolo. Quest' ernia nasce allorquando il testicolo discende dall' addome nello scroto, si porta seco il peritoneo, che poi gli forma la tunica vaginale. Se una porzione d' intestino si trovi compresa nel peritoneo viene ad escire insieme col cordone, e forma l' ernia. Questa adunque accade nella nascita, o poco dopo sebbene abbiamo degli esempj di tali ernie in quelli, ne' quali i testicoli sono

discesi nello scroto in età adulta. Queste specie d' ernie sono più difficili a guarirsi con la compressione, ciò non ostante dovrà essa praticarsi nella stessa maniera, che si è detto di sopra, e lo stesso metodo si dovrà adoperare nel caso, che divenga incarcerata. In quest' ernia sembra, che lo strozzamento dipenda piuttosto dalla tunica vaginale, che forma il sacco della medesima, di quello che da un ristringimento dell' anello addominale.

L' *ernia crurale* si forma sortendo sotto del ligamento del pauparzio, o per parlare anche più esattamente del così detto *ligamento femorale*, non che alle volte al di sopra di questa parte tra le fibre muscolari, e quindi è situata nella piegatura della coscia sopra i vasi crurali. Nelle donne specialmente maritate è più frequente, che negli uomini. Quest' ernia non cresce mai ad un volume così grande come l' ernia inguinale, nè si estende tanto in basso, a motivo della resistenza, che oppone l' aponeurosi fascialata. Questa specie d' ernia è alle volte assai difficile a riconoscersi, e così ancora non è facile a ridursi, ed a contenersi in sito, giacchè quantunque si adoperi un cinto ben fatto, e ben applicato, frequentemente l'ernia è soggetta ad escire nuovamente, ed è poi facilissima ad incarcerarsi. Il metodo curativo per quest' ernia non differisce punto da quello indicato per l'ernia inguinale, e in caso d' ernia crurale incarcerata è necessario di correre più di frequente, e più sollecitamente all' operazione.

L' *ernia ombelicale* detta ancora *exomfalos* è formata nell' ombelico, o attorno di esso. Questa specie è molto comune nei bambini, e più rara negli adulti, essendo ne' bambini ancora aperto il forame, che dà passaggio nel feto ai vasi ombellicali ed anche dopo chiuso la cicatrice rimane debole p

qualche tempo. Quest' ernia ha una figura oblonga più stretta nella base, e facile a ridursi, ma comparisce facilmente di nuovo, a poco a poco va crescendo di volume, e produce degl' incomodi al bambino di vomito, nausea, ec. L' ernia ombelicale si osserva ancora nelle femmine, che hanno partorito molte volte. Nei bambini è dessa prodotta dalle grida, dalla tosse, dal vomito, e simili cagioni, le quali possono spingere le intestina fino a sforzare la cicatrice debole dell' ombellico. Questa ernia rade volte s' incarcera, ma spesso produce i medesimi sintomi come se lo fosse.

Per la cura dell'exomfalos si sono proposti varj metodi, cioè primieramente il taglio del sacco, o prolungamento della pelle, e così verrebbe a formarsi una cicatrice solida. Altri hanno proposto la legatura del medesimo, altri finalmente la compressione. Conviene riflettere per altro, che non è l'estirpazione del sacco, che possa produrre la guarigione radicale dell' ernia, ma bensì la cicatrice del foro medesimo, e che questa non si ottiene facilmente col taglio, o con la legatura, poichè il primo lascia l' apertura all'ombelico, come appunto la seconda. Questa è molto dolorosa, e richiede di esser fatta per due volte, onde ottenere la caduta degl' integumenti, e del sacco. Se il Professore non è ben attento può includere nella legatura porzione d' intestino, e produrre dei sintomi mortali. Da tutte queste ragioni persuasi gl' Autori preferiscono la compressione fatta per mezzo di una adattata fasciatura. Questa dovrà continuarsi per molto tempo, e si potrà unitamente far uso di qualche stringente. Nel mutare la compressione si attenderà, che l' ernia non esca nuovamente.

Oltre le specie d' ernie accennate ve ne sono altre parimenti necessarie a conoscersi, e che ci con-

tenteremo di accennare per brevità, e sono le qui appresso.

L'ernia *diaframmatica* è quella, in cui le intestina, o altre viscere dell'addome si portano nel petto per una ferita fatta al diaframma. Molte volte per altro quest'apertura è naturale, ed è un vizio di conformazione. Si hanno degli esempj di persone vissute molto tempo con questa malattia provando soltanto dei gravi incomodi nella digestione, dei bambini nati con questa affezione sono morti subito, o poco tempo dopo. Lo stesso può accadere se il diaframma venga ferito, e vi sia un grande stravaso di sangue nel basso ventre.

L'ernia *ventrale* consiste in un tumore erniario formato sulla superficie dell'addome, eccetto che nei luoghi dove si forma naturalmente l'ernia, e può arrivare ad un volume molto considerabile. Le ferite delle pareti dell'addome ne sogliono essere la cagione segnatamente quella fatta nel parto cesareo. Quest'ernia deve essere mantenuta con una compressione, e se sia essa molto voluminosa, è necessario anche un sospensorio. L'ernia ventrale di rado s'incarcera; ma in caso ciò succeda si adoperano gli stessi mezzi accennati di sopra.

L'ernia della vescica viene distinta dagli Autori in 4 specie secondo che si forma nell'anello inguinale, nell'arco crurale, nel perineo, e nella vagina. Quest'ernia detta altrimenti *Cistocele* si riconosce facilmente dalla fluttuazione. All'inguinale si forma per la ritenzione d'orina, e sul principio si riduce facilmente. Quella dell'arco crurale si osserva in seguito di gravidanza, ma la più comune n'è quella per la vagina, che si forma segnatamente nel tempo del parto. L'ernia poi della vescica al perineo è rarissima segnatamente negl'uomini.

L'ernia dell'ovajo ha luogo per l'annulo *inguinale*

nale, essa però è molto rara. Si riportano degli esempj di quest' ernia guarita coll' operazione recidendo l' ovajo, e terminati molto felicemente.

L' ernia dell' intestino per la vagina ha luogo fra l' utero, e l' intestino retto. Molte volte è assai voluminosa, la gravidanza ne suole essere per lo più la cagione. La cura consiste nella riduzione, e nel mantenerla compressa con un pessario di sughero, o meglio ancora elastico, ovvero con una spugna fatta a cilindro. Non è impossibile, che codest' ernia, come le altre qui sopra accennate, minacci l'incarceramento, ed allora convengono presso a poco quei mezzi, che abbiamo indicati nell' ernie in generale. Passeremo sotto silenzio l' ernia ischiatica, e quella del forame ovale come estremamente rare.

Gli ascessi del fegato formano una specie delle malattie dell' addome, di cui ci siamo proposti parlare. Questi ascessi possono essere situati in varie parti del viscere stesso, e molto interessa il conoscere il diverso luogo, portando questo molta diversità nella prognosi, e nella cura. Ordinariamente si distinguono gli ascessi del fegato in quelli situati nella parte concava, ed in quelli, che si rincontrano nella parte convessa del medesimo. Deve ancora distinguersi se essendo situato l'ascesso nella parte convessa del fegato, questo sia aderente al peritoneo.

Non è ordinariamente difficile il riconoscere l'esistenza di questi ascessi. I sintomi, che li manifestano sono oltre le cagioni precedute, che esporremo in seguito, la fluttuazione, il dolore, la febbre, la diarrea, e segnatamente l' edema nella parete. Se per altro l' ascesso esista nella superficie concava del fegato molti di questi segni, ed in specie la fluttuazione restano meno chiari, come ancora so-

no essi meno manifesti se l'infiammazione prodotta sia stata cronica.

Questa malattia come tutte le suppurazioni conosce generalmente la sua origine da una epatitide, ossia infiammazione del fegato, sia essa acuta, sia cronica, che è di diagnosi assai più difficile della prima, e di cui appartiene alla Medicina il descriverne i sintomi. Qualunque per altro sia l'origine generale, o locale di tale infiammazione, e per conseguenza dell'ascesso, che ne siegue, è questo sempre una malattia assai grave, e pericolosa, sebbene alle volte si abbiano degli esempj di cura terminata felicemente. Qualora l'ascesso esista nella parte concava del fegato è chiaro, che desso è inaccessibile alla mano Chirurgica, e che termina in questo caso ordinariamente o coll'aprirsi nella cavità dell'addome, e produrre una tabe, e la morte del malato, o coll'aprirsi in un intestino con cui abbia contratto delle aderenze, nel qual caso il pus si evacua per secesso, ed il malato può alle volte scampare la morte, o finalmente farsi strada lungo il muscolo psoas, e formare un tumore nell'inguine destro, e dar ivi esito alla marcia alle volte con esito felice. Se per altro la suppurazione abbia luogo nella parte convessa del fegato, qualora sia in quel luogo, in cui è desso aderente al diaframma, la marcia si farà strada a traverso di quest'organo muscolare, e passerà nel petto, dove o formerà un empiema, o si farà strada per i bronchi, e si evacuerà per la bocca, o finalmente formerà una corrosione del polmone, e produrrà una tabe polmonare. L'unico caso in questa malattia, che possa ricevere un ajuto diretto dalla mano Chirurgica si è quello, in cui l'ascesso del fegato esisto in quel luogo della parte convessa del medesimo, dove esso è a contatto colle parti esterne, e quindi formando

un tumore in detto luogo potrà questo aprirsi, e dare esito alla marcia, onde non corroda le parti interne. In questo caso per altro è necessario, che il fegato sia aderente al peritoneo, e questo ai muscoli, altrimenti l' apertura dell' ascesso produrrebbe egualmente lo stravaso del pus nella cavità addominale.

Questo caso dunque è l' unico, in cui il Cerusico possa lusingarsi di poter apprestare un ajuto al paziente, e ciò per mezzo della sollecita apertura del tumore. In questo caso ha sempre luogo l'aderenza del peritoneo, giacchè senza la medesima non si formerebbe tumore all' esterno, e quindi potrà il Cerusico passare francamente all'apertura dell'ascesso. Il metodo del caustico, che era in altri tempi molto in uso in simili circostanze è al presente presso che affatto escluso, e da tutti si ricorre all' apertura per mezzo del ferro. (Noi ci siamo serviti a quest' oggetto del troicart, e la malattia terminò colla perfetta guarigione.) Si procurerà di fare l' incisione più in basso, che sarà possibile onde dar sito al pus contenuto, e si adopererà la massima precauzione per non offendere le parti sottoposte. Si procurerà di tenere aperto il foro più che sia possibile, medicando più volte al giorno secondo la quantità di marcia, che n' esce. Le semplici injezioni saranno vantaggiose; ma non di raro sarà difficile l' evitare o una fistola, o la consunzione el riassorbimento, o stravaso delle materie.

L' *ascite* è una malattia consistente in una collezione di fluido nella cavità dell'addome. Si è considerata quest' affezione riguardo alla qualità del fluido contenuto, e si è distinta l' ascite *linfatica*, ascite *purulenta* ec. e si è distinta parimenti l'ascite secondo il luogo, che occupa, chiamandosi ascite *addominale* quella, in cui le acque sono contenute

nella cavità del basso ventre, e ascite *cistica*, o incistata quella, in cui le acque vengono rinchiuse in una cisti particolare, o in un organo qualunque come l' omento, l' ovajo. Non è poi difficile riconoscere in genere l' esistenza di un fluido nel basso ventre. L' esame delle cause precedute, e lo stato attuale del malato ne daranno indizj sufficienti. Il paziente affetto da ascite oltre la consunzione, l'edema all' estremità inferiori, la sete, la scarsezza delle orine, ed il volume del basso ventre sono segni bastantemente manifesti, ma quello, che è il più decisivo, e che serve a distinguere quest' affezione dalla timpanitide, i di cui sintomi sono assai analoghi a quelli dell' ascite, si è la fluttuazione, che si sente quando si percuote il basso ventre. Ad onta di tutti questi segni per altro si sostiene da alcuni, che può alle volte radunarsi nella vescica orinaria una quantità tale di orine, che venga a produrre una fluttuazione analoga a quella, che osservasi nell' ascite, e che quindi mentisca questa malattia. Ma oltre di che una tale raccolta orinaria è infinitamente più rara dell' ascite, si distinguerà facilmente da questa se si esamineranno attentamente gli altri sintomi, e segnatamente se si farà riflessione alle cagioni.

Quelle, che sono capaci di produrre l' ascite possono essere o locali, o generali. Fra le prime hanno luogo in particolare i vizj organici, come per esempio gli aneurismi de' grossi vasi, le ostruzioni de' visceri addominali, ed altre simili. Le generali poi consistono o in una troppa attività de' vasi esalanti, o in una troppa debolezza di quelli assorbenti. Nel primo caso tutte le cause stimolanti possono produrre l' ascite compresa anche l' infiammazione del peritoneo, o di altre parti contenute nella cavità addominale. Quelle poi della se-

conda specie sono tutte le cagioni debilitanti la macchina in genere, ed il sistema linfatico in particolare, come l' aria umida, le malattie esantematiche, le febbri intermittenti, le perdite di sangue, i mali nervosi, ed altre simili. In tutti questi casi; ma molto più nelle cause della seconda specie la malattia è spesso incurabile, e sovente mortale. Si hanno per altro degli esempj di esito felice di questa malattia.

La cura dell' ascite essendo interna appartiene direttamente alla Medicina, e quindi ai trattati di questa scienza rimettiamo i nostri lettori per cognizioni ulteriori. Ci contenteremo soltanto di quì accennare, che secondo le cagioni della malattia deve essere diretto il metodo curativo. Se dessa dipenda da una causa locale è chiaro, che impossibile ne sarà la guarigione non potendosi togliere la medesima; ma tutto quello potrà farsi dal Professore sarà di dar esito alle acque per mezzo dei diuretici, ed anche colla paracentesi, e ritardare coll' uso dei corroboranti per quanto è possibile l' accumulamento del fluido stesso.

Se per altro l' ascite riconosca la sua origine da un vizio di tutta la macchina più attivo potrà essere il sistema di cura, e sperabile se non la guarigione, almeno un notabile miglioramento. Quando una infiammazione, o in genere una troppa attività del sistema linfatico, e segnatamente de' vasi salanti sia stata la causa della malattia, è chiaro, che i dissieranti, i minorativi, ed anche il sasso potranno essere assai vantaggiosi, benchè qualche moderno autore dica essere l'ascite sempre cagionata da debolezza de' vasi assorbenti. Ma se la debolezza del sistema abbia prodotto l' ascite dovrà doperarsi il metodo opposto, ed avranno luogo la scilla, le preparazioni antimoniali, la china,

l'opio, il vino, ed altri medicamenti di simil natura adoperati secondo lo stato del paziente.

In tutti i casi poi di ascite ad onta di un metodo di cura ben diretto di raro si ottiene l'intiero riassorbimento del fluido, o l'esito del medesimo per altre vie, come orine, secesso, sudore ec., ma tutto quello si può sperare generalmente si è di ritardare l'aumento del fluido, o al più impedirlo intieramente, e per quello riguarda quella quantità già esistente è necessario dargli esito. Questo si ottiene per mezzo della punzione, che costituisce quella operazione detta della paracentesi. Comunemente sono di sentimento gli Autori, che questa operazione sia soltanto un rimedio palliativo, dobbiamo per altro riconoscere, che alle volte produce essa la guarigione radicativa della malattia segnatamente se venga accompagnata da un' adattata cura interna. Non anderà quindi tralasciato di praticare la paracentesi, ed anderà eziandio ripetuta qualora il nuovo accumulamento dell' acqua la renda necessaria. Quello dovrà attendersi principalmente in questa circostanza si è di eseguire la paracentesi sollecitamente ogni volta che si è nella necessità di praticarla; giacchè dal venire essa posta in opera troppo tardi, nasce sovente, che dessa riesce inutile, ed inefficace. Il manuale dell' operazione delle paracentesi è propriamente quella parte, che sola spetta al Cerusico nella cura dell'ascite, e quindi a noi appartiene il parlare soltanto della medesima, riserbandoci per altro a trattarne nella seconda parte di queste nostre Istituzioni delle operazioni Chirurgiche, a questa rimettiamo i nostri leggitori per l'esposizione del manuale, che ha luogo nella paracantesi, e delle cautele, che debbonsi porre in opera per eseguirla.

Fra i tumori, i quali formansi in varie parti

del corpo umano meritano una particolare attenzione quelli, i quali sono talmente vicini al peritoneo, che poggiano immediatamente sul medesimo. Questi tumori nascono nella cellulare de' muscoli addominali, e sono situati colla loro parte posteriore sul peritoneo, a cui sono aderenti. La loro indole è varia, e possono essere di quasi tutte le specie di tumori da noi accennate parlando de' tumori in generale. Noi non parliamo quì di quei tumori di natura cancerosa, scrofolosa, o altra qualunque, i quali si formano nella parte interna dell' addome, e restano aderenti al peritoneo. Questi dipendono sempre da un vizio generale, e la loro esistenza resta per lo più ignota al Professore nel tempo che vive il malato, nè ammettono per conseguenza alcuna cura locale. I tumori dei quali parliamo non differiscono punto da quelli, dei quali abbiamo trattato in generale, e possono essere cistici, e di altra natura qualunque. Essi dipendono dalle medesime cagioni, hanno pressochè un eguale terminazione, ed offrono i medesimi sintomi, eccetto che essendo situati profondamente, ed essendo nella parte posteriore sostenuti soltanto dalla sottile membrana del peritoneo sembrano communicare colla cavità dell' addome. Al metodo poi di cura già altrove esposto, cioè quello adattato alla natura diversa de' tumori indicati è necessario qui aggiungere qualche riflessione, che forma l' oggetto, per cui abbiamo separatamente parlato di cotesti tumori. In genere il metodo di cura preferibile nei tumori cistici abbiamo detto essere l'estirpazione, ma questa non possiamo adottarla nei tumori cistici aderenti al peritoneo, onde miglior mezzo sarà quello dell' incisione, fatta per la lunghezza circa del tumore medesimo, colla quale si ottiene sicuramente la distruzione della cisti, meno quella porzione ade-

rente al peritoneo, che nulla pregiudica la sua esistenza. E' necessario anche riflettere, che l'apertura poi dovrà egualmente effettuarsi se il tumore senza produrre incomodo alcuno presenta un certo volume, poichè mediante questo solo possono cagionarsi degl' inconvenienti per la pressione sul peritoneo a seconda delle disposizioni, che ritrovansi nella macchina del malato, ovvero rompersi la cisti per la parte del medesimo, e produrre uno stravaso nel basso ventre. Se poi il tumore consiste in un vero ascesso noi già abbiamo detto parlando della suppurazione, che vanno aperti sollecitamente quegli ascessi, i quali restino prossimi a qualche parte, che possono danneggiare colla loro apertura verso di essa, e particolarmente quelli, che corrispondono in una cavità qualunque. Ciò ha luogo segnatamente in questi prossimi al peritoneo, i quali se si lascino aprire da loro medesimi, o si aprano troppo tardi ne corre rischio, che la marcia si faccia strada a traverso il peritoneo, e produca come abbiamo detto un mortale stravaso nella cavità addominale. Dovrà quindi il Professore in questo ultimo caso intraprendere l'apertura appena si riconosce formato il pus, e mantenerla pel tempo necessario fino alla perfetta guarigione.

ARTICOLO II.

Delle Malattie delle vie Orinarie.

Le malattie delle vie orinarie possono esistere o nei reni, o nella vescica. Molte di queste malattie appartengono propriamente alla medicina, e di cui noi non faremo menzione contentandoci di riportare le principali, che possono interessare il Cerusico. Le più interessanti risguardanti i reni sono

l diabete, la nefritide, ed i calcoli renali, malat-
ie delle quali trattasi estesamente da tutti gl' Au-
ori Medici, onde noi ci ristringiamo soltanto a trat-
are succintamente degli effetti, che nascono talvol-
a dalla nefritide, i quali esiggono l'ajuto del Ce-
usico.

La nefritide può terminare con un ascesso, in cui
l pus qualche volta si fa strada per secesso, o per
'uretra, corrodendo nel primo caso un vicino intesti-
o, e passando nel secondo dalla pelvi del rene fi-
o nell' uretra. Coteste terminazioni della malattia
ono di pertinenza medica, e di letale successo per
l paziente terminando colla tabe. Non è così per
ltro se la marcia si porta all' esterno del rene, e
orma nella regione di esso una fluttuazione, che
one fuori di dubbio, unitamente ai pregressi sin-
omi, l' esistenza dell' ascesso.

Se questa malattia non riconosce per sua ca-
ione un' affezione calcolare può sperarsi la perfet-
a guarigione come ne abbiamo degli esempj; ma
e l' esistenza de' calcoli ha prodotto la nefritide,
l' ascesso, in allora la cura Chirurgica libererà
osì della morte il paziente, ma sarà per lo più
essa susseguita da una fistola incurabile.

Se credasi dal Professore per la cura di cote-
a malattia determinare più all' esterno la marcia
rmante l' ascesso si potrà applicare un empiastro
olliente per qualche giorno su di esso, e passa-
quindi con sollecitudine all' apertura. Il taglio
n un bistourì ordinario si deve fare nel punto
ù declive, e più fluttuante dell' ascesso. In se-
ito si medicherà secondo le regole generali altro-
indicate. Sarà bene quì riflettere, che alle vol-
il Cerusico in questo caso è obbligato dilatare
apertura fatta per estrarre un qualche calcolo; e

tale estrazione de' calcoli dal rene si può eseguire solamente nel caso, di cui parliamo.

I calcoli nell' uretra, che impediscono l' uscita dell' orina richiamano quasi sempre l' attenzione del Cerusico. Molti rimedj sono stati proposti per liberare i malati da tale incomodo, come sono il salasso, gl' emollienti, le bevande adattate, e le injezioni oleose, segnatamente quando il calcolo sia molto avanti nell' uretra, onde possa questa venire compressa dietro il corpo estraneo acciò non venga spinto all' in sù dall' injezione stessa. Le pinzette ordinarie in questo caso possono servir bene per l' estrazione del medesimo. Se il calcolo ritrovasi verso il bulbo dell' uretra sarà adattata quella cannula, che portatane una estremità a contatto del medesimo, sortono da essa tre branche, mediante una molla, le quali prendono il corpo estraneo, ed allora facilmente se ne fa l' estrazione. Se tutti questi mezzi per altro riescono inutili, è quindi necessario ricorrere all' estrazione col metodo del taglio, che si accennerà a suo luogo.

Una malattia però, che è di molto ostacolo all'esito libero dell'orina, sono gli ascessi dell' uretra così detti orinosi. Nascono essi dall' infiammazione di questo canale, che poi viene a romperai, e l'orina passa dall' apertura che ivi si forma. Essa arriva ad infiltrarsi nello scroto, e nelle parti vicine, e costituisce un tumore molto elevato, che per lo più viene a terminare con la cancrena delle parti, se non si dia sollecitamente esito all'orina ritenuta. Questo tumore può essere o circoscritto, o diffuso. Ordinariamente questi ascessi vengono prodotti da uno stringimento dell'uretra cagionato da causa venerea, il quale impedisce il passaggio dell' orina, e questa si fa strada come abbiam detto a traverso l'uretra. In codesta malattia non è age-

rabile il riassorbimento, e la risoluzione della medesima, ma si deve ricorrere al più presto all'incisione. Questa si farà principalmente al perineo, ed alquanto profondamente per dar esito al fluido contenuto, non si tralasceranno per altro nello stesso tempo delle scarificazioni allo scroto, ed al pene, se anche queste parti siano infiltrate. Si dovrà poi far uso al sito scarificato di fluidi astringenti, come per esempio decozione di china, acqua vegeto-minerale ec. se vi sia minaccia di cancrena si farà uso dei balsamici, o della china. Per procurare poi, che resti chiusa l' apertura dell' uretra, onde impedire la recidiva della malattia, si servirà di una sciringa di gomma elastica, e delle candelette, che distruggendo l' ostacolo dell' uretra, e coll' impedire, che l' orina passi per la detta apertura facilitano la perfetta guarigione.

Le fistole orinarie sono ordinariamente il seguito degl' ascessi sopranominati, poichè l'orina, che si è lasciata passare per l'apertura dei medesimi li rende fistolosi, e ne esce continuamente l' orina. Queste fistole hanno uno, o più orifici all' esterno. Esse sono spesso incurabili, segnatamente se esista un ristringimento notabile nell' uretra, perdita di sostanza nella medesima, ed obliterazione del canale. Non sono curabili, che le fistole molto piccole. Il metodo, che deve adoperarsi in questi casi, è quello di far uso di una sciringa di gomma elastica, e portarla continuamente, onde obbligare l' orina a passare per l'uretra, ed impedire, che passi per la fistola. Sarà bene di tenere aperta l' estremità della sciringa, acciò l' orina esca continuamente, e non si raduni nella vescica, mentre allora potrebbe sortirne parte per la fistola, e quindi sarà bene, che malato resti in letto nel tempo della cura. Le calosità della fistola passano da se stesse, cessando

il passaggio del fluido, ma si può ajutare la cura cogli emollienti. La compressione riesce di poco vantaggio. Il medesimo metodo di cura conviene nelle fistole, che comunicano coll' intestino retto, o colla vagina.

L' incontinenza d' orina altrimenti detta *enuresi* nasce ordinariamente dalla debolezza dello sfintere, talvolta o da un ulcere in questo, o da uno spasmo prodotto da vermi, da emorroidi, da un umore artritico, da una soppressione dei menstrui, e può finalmente dipendere ancora da lesioni locali della vescica, come da tumori nella medesima, da calcoli ec. e secondo queste diverse cause dovrà adattarsi il metodo di cura. Questa malattia se dipenda da una paralisi della vescica non è di cura molto facile. Molti rimedj sono stati proposti a quest' oggetto. In primo luogo si dovrà far uso dei tonici internamente diretti contro la specie di debolezza predominante, come sarebbero la china, la tintura di cantaridi in piccola dose, l' allume crudo, e gomma arabica, e simili. In secondo luogo si dovranno fare delle frizioni sulla regione dei reni, e di tutta la spina dorsale, non che dell' osso sacro, e queste di cantaridi, di spirito di corno di cervo, di serpillo, come ancora si potranno più volte applicare dei vescicanti all' osso sacro o al perineo, adoperare i bagni freddi localmente e la docciatura sul pube. Si raccomanda eziandio far uso della compressione sul pene; ma questa porta seco molti inconvenienti, molto più nel tempo del sonno. Se l' incontinenza di orina dipende da una affezione spasmodica è fuori di dubbio, che debbesi combattere la cagione, che l' ha prodotta. In genere poi in questo caso convengono le fomentazioni, i bagni, e l' oppio internamente.

Nelle donne l' incontinenza d' orina è molto più

comune, che negli uomini attesa la brevità, e lar-
ghezza della loro uretra, e queste stesse ragioni fan-
no ancora, che la malattia sia di cura molto diffi-
cile, e sovente impossibile. I rimedj attonanti ge-
nerali, e locali qui sopra accennati, inclusivamente
alle injezioni fredde nella vescica, saranno i primi
ndicati; la compressione dell' uretra entro l' arco
lel pube non è così facile da praticarsi, e si ren-
le più dannosa, che utile.

Opposta all' incontinenza d' orina si è la riten-
ione di essa. Questa malattia può ammettere di-
ersi gradi, può cioè essere con semplice difficol-
à di orinare, che dicesi *disuria*, se l' orina esca
stento, ed a gocce dicesi *stranguria*, se finalmen-
e l' orina non esce affatto dicesi *iscuria*. Varie pos-
ono essere le cause di questa ritenzione secondo
e quali deve esser diretto il metodo curativo. Noi
ccenneremo le più comuni. La paralisi della ve-
cica produce la ritenzione dell' orina per la man-
anza di forza necessaria per espellerla. Questa pa-
isi nasce da molte cagioni, cioè dall' età, da
a debolezza della macchina, dal ritenere gran tem-
o l'orina nella vescica, dall' offesa della midolla spi-
ale ec. Per rimediare a questa paralisi che per se
essa non è di gran pericolo, trattone quella pro-
otta da forte contusione nella midolla spinale, ol-
e l' uso della sciringa per evacuare le orine, qua-
dee praticarsi soventemente, affinchè non si disten-
a vescica dall' abbondante accumulamento del flui-
o orinoso, si devono mettere eziandio in uso quelli
nici necessarj, se la malattia sia curabile, raccoman-
i qui sopra nell' incontinenza di orina, causata da
olezza locale, o di tutta la macchina.

Oltre la mancanza di forze per espellere l'orina
ò la sua ritenzione dipendere ancora da varj osta-
li, che resistano all' azione della vescica. Essi

sono l'ingorgamento del collo della medesima, il gonfiore della prostata, un tumore fungoso, le varici, la compressione di un tumore esistente nelle parti vicine, un calcolo, gli stringimenti dell' uretra ec. Tali ostacoli si riconoscono con l' introduzione della sciringa. Il gonfiamento della prostata è una delle cause più difficili a togliersi, ed esso è ordinariamente il seguito della lue venerea. Gli stringimenti de l' uretra, che sono assai frequenti si rimediano coll' uso delle candelette, e delle sciringhe elastiche, e molti Autori recenti hanno proposto negli stringimenti dell' uretra prodotti da gonoree invecchiate l' uso delle candelette caustiche. In generale in tutte le ritenzioni di orina deve il Cerusico primieramente procurare l' evacuazione della medesima, e questo si ottiene non di raro adattando i rimedj necessarj secondo la causa, che la produce, ed indi coll' uso della sciringa, o in un estremo caso colla punzione della vescica, se la sciringa, o le candelette le più sottili non siano state sufficienti per penetrare nella medesima. Noi parleremo a suo luogo di queste due operazioni. Per togliere la causa della malattia debbonsi adattare de' metodi diversi secondo l' indole, che presenta. Se la causa ne consiste in una irritazione troppo grande, la quale forma un vero spasmo inflammatorio, a cui si associa la febbre, si adopererà il metodo antiflogistico, i salassi, i bagni, le bevande mucillaginose e simili. Se poi sia prodotta la ritenzione d'orina da una contrazione spasmodica dell' uretra, o del collo della vescica, che è la più frequente, il malato soffre quasi continuamente un prurito che tormenta, ed alle volte si rende fortissimo, ed insopportabile. In questo caso non devesi tentare l' introduzione della sciringa, come ancora nell' antecedente, ma dee premettersi l'uso degli antispasmodi

oi quali si giunge ad ottenere l' esito dell' orina ; bagni tiepidi, le fomentazioni calmanti, i suffumigj diretti al perineo, le frizioni in questo, di inimento volatile, canfora, e tintura tebaica, le injezioni oleose fatte nell' uretra, i clisteri opiati, ' immerzione del pene nell' acqua fredda, e secondo alcuni fare con questa il pediluvio, sono i rimedj i più accreditati, ed efficaci, che convengono ell' iscuria spasmodica. A cotesti rimedj si può nire l' amministrazione per bocca degli oleosi, e almanti, oppure il calomelano coll' oppio. Quara poi dipenda in un ingorgamento del collo della escica, o della prostata, si richiede l' uso continuo della sciringa, e delle candelette, avvertendo i aumentare sempre il diametro delle medesime, di combattere internamente la cagione, che l' ha rodotto. Se questo metodo di cura non sia sufficiente per impedire almeno l' aumento morboso della ostata, il quale non solo cagiona infiniti incomoal paziente, ma eziandio infine lo priva di vita, nviene ricorrere ad una operazione, che dicesi *Bottiera*. Questo medesimo metodo di cura noi crediamo, che convenga, in quei simili ingorgamenti della ndola, che fa le veci della prostata nelle donne, benchè deesi badare, che in queste per lo più vi si va riunito l'ingorgamento, e le scirrosità dell'utero. l' impedimento consiste in grumi di sangue dopo ntroduzione della sciringa si potranno praticare delinjezioni tiepide per scioglierli. Se finalmente una sa locale sia quella, che impedisca la libera sorti dell' orina dalla vescica, come per esempio un more, un calcolo ec. è chiaro, che la cura dee riggersi contro la malattia primaria.

I calcoli della vescica si rendono come abbiamo detto una delle cagioni molto frequenti della tenzione di orina. Essi sono formati secondo i

i luoghi; dicesi fistola completa. Oltre le cause della fistola dell' ano già accennate di sopra possono produrre la medesima ancora de' corpi estranei acuti inghiottiti, che si fermino all' intestino retto. Non è difficile il conoscere l'esistenza di una fistola all'ano, ma si rende alcune volte difficile il riconoscerne la penetrazione nell' intestino retto, la tantola, l'injezione, ed altri simili mezzi sono stati proposti a quest' oggetto. Noi abbiamo già parlato delle fistole in generale, e le regole esposte possono applicarsi a quelle di cui parliamo. Riguardo al metodo di cura consistente nell' aprirle, ne parleremo trattando delle operazioni.

CAPO V.

MALATTIE DELLE PARTI GENITALI

ARTICOLO I.

Malattie delle parti genitali virili.

Distingueremo con tutti i più recenti Scrittori di Chirurgia queste malattie in quelle dei testicoli, ed in quelle della verga. Le malattie principali dei testicoli sono le congestioni allo scroto, le ulceri, l' ematocele, l' idrocele, il cirsocele, lo spermatocele, l' infiammazione dei testicoli, lo scirro, il sarcocele, il cancro, e l' atrofia.

Le congestioni alla scroto possono confondersi alle volte col sarcocele; ma osservando esattamente la parte si troverà libero il testicolo, lo che non ha luogo nel sarcocele. Queste congestioni possono divenire considerabili, e la loro cura consiste unicamente nell' incisione, e nell' estirpazione della parte ingorgata.

Lo scroto può essere ancora soggetto a delle

ulceri prodotte o da ferite, o infiammazione di detta parte, o da un vizio particolare della macchina, non che dal contatto della fuliggine. Le prime possono cagionare delle suppurazioni molto estese, e si hanno anche degli esempj, della perdita di tutta la membrana, e della rigenerazione di altra simile. La regola da usarsi nella cura della malattia sarà quella da noi esposta parlando delle ulceri in generale. Riguardo poi alle ulceri, che sopravvengono nello scroto per cagione interna le più frequenti sono quelle di natura carcinomatosa, le quali non si guariscono, che per mezzo dell' estirpazione della parte affetta, e così ancora si trattano quelle ulceri dette de spazzacamini, altrimenti attaccano sovente il testicolo, ed allora conviene ricorrere alla castrazione.

L' *ematocele* è propriamente secondo i migliori Scrittori una infiltrazione sanguigna nello scroto, o nella tunica vaginale del testicolo. Nel primo caso è una vera ecchimosi, che va curata coi metodi già altrove accennati per risolverla, ma siccome questo di rado succede, così è necessario aprire il tumore, e dar esito al sangue contenuto. La cura ne è d' ordinario breve, e senza accidenti.

L' altra specie di ematocele, ossia la raccolta di sangue nel testicolo si conosce dopo fatta l'operazione dell' idrocele, giacchè allora si osserva, che esce per la cannula un fluido sanguinolento, benchè i più recenti sostengono, che in quasto caso la malattia appartenga piuttosto all' idrocele. Ordinariamente questa stessa operazione ne è la causa potendosi facilmente col troicart, e più di frequente colla lancetta offendere qualche vaso varicoso nella vaginale del testicolo; e lo stravaso può esistere sotto di questa, ed estendersi anche in quella del cordone stesso. Cotesto stravaso può nascere eziandio in seguito di una contusione, ed in allora si con-

fonsi facilmente coll' idrocele, e non di rado grumandosi il sangue si può credere un sarcocele. Il tumore in tal circostanza è duro, dolente, e senza fluttuazione. L'ematocele di cui parliamo non diminuisce coll' uso dei topici, ma è necessario incidere la tunica vaginale, e dar esito al sangue contenuto. Alcune volte il testicolo stesso è ingrossato, e se si dia esito all' umore contenuto, si trova talvolta questo di color bruno, e denso, ed allora è necessario eziandio ricorrere alla castrazione.

L' *Idrocele* consiste in un tumore acquoso dello scroto, e questa malattia si distingue in molte specie secondo il luogo, che occupa il fluido, ed il modo, con cui vi è sparso. Le principali specie sono le seguenti. L' idrocele per infiltramento è quello, che ha luogo nel tessuto cellulare dello scroto, e si osserva sotto forma di un tumore molle, pellucido, si propaga alla verga, ed è per ordinario la conseguenza della leucoflemazia, ma questo da molti non si riconosce per vero idrocele, ma piuttosto per edema, e secondo i migliori Scrittori lo stravaso di acqua sotto la tunica vaginale è quello, che propriamente deve chiamarsi idrocele. Esso ha luogo o nella tunica vaginale del testicolo, o in quella del cordone spermatico. Si distinguono facilmente questi due casi, osservando il luogo, dove esiste il tumore. Quello del testicolo è più comune, esso distinguesi in accidentale, ed in congenito. Nel congenito la cavità, che contiene l' acqua comunica coll' addome, il tumore è trasparente, e si sente la fluttuazione. L' idrocele accidentale è parimenti trasparente, se non esiste sangue, o pus mescolato coll' acqua. Il volume del tumore cresce a poco a poco. Per distinguere l' idrocele da altre malattie del testicolo, e segnatamente dal sarcocele si osservi che nell' idrocele il tumore è trasparente, e più leg

gero, che nel sarcocele, come ancora meno duro. La fluttuazione è poi il segno il più sicuro. Alcune volte queste due malattie sono riunite, ed allora dicesi *idrosarcocele*.

Per quello appartiene alle cause della malattia poco possiamo noi dire sulla cagione prossima della medesima. Osserviamo, che dessa è puramente locale, e che nulla ha di comune nelle cause delle altre raccolte di acqua, come le idropi, ma attacca le persone altronde sanissime. Spesso questa malattia nasce da se medesima, ma molte volte viene in conseguenza di contusione sul testicolo, d' infiammazione del medesimo, e sovente ancora è una deposizione di qualche altra malattia. Sembra, che siano capaci a produrlo tutte quelle cagioni, che possono turbare l' equilibrio fra la secrezione della linfa, ed il suo assorbimento. Il corso poi della malattia è lento, o rapido secondo le cause, e lo stato del paziente.

Per se stesso l' idrocele non può riputarsi malattia pericolosa, ma è bensì molto incomoda pel suo peso, e per lo stiramento del cordone spermatico, come ancora il continuo stropicciamento del tumore alla parte interna delle coscie forma delle escoriazioni, e questi incomodi sono tanto maggiori, quanto più grande è il volume del tumore.

Per la cura della malattia si pongono in opera dei rimedj locali, e se dessi non siano sufficienti, come il più delle volte accade si ricorre all'operazione. I rimedj locali, che sono stati proposti per la cura dell' idrocele consistono in tonici, e spiritosi, quindi si è consigliato l' uso dell' acqua di calce, della bollitura di china collo spirito di vino, l' allume, e simili. Alcuni hanno ritrovato del vantaggio dall' uso dell' aceto unito allo spirito di vino, ed al sale ammoniaco, o di una forte so-

fonde facilmente coll' idrocele , e non di raro s
grumandosi il sangue si può credere un sarcocc
Il tumore in tal circostanza è duro , dolente , e se
za fluttuazione . L' ematocele di cui parliamo r
diminuisce coll' uso dei topici , ma è necessario
cidere la tunica vaginale , e dar esito al sangue
tenuto . Alcune volte il testicolo stesso è ingr
to , e se si dia esito all' umore contenuto , si
talvolta questo di color bruno , e denso , ed
è necessario eziandio ricorrere alla castrazio

L' *Idrocele* consiste in un tumore acquos
scroto , e questa malattia si distingue in mo
cie secondo il luogo , che occupa il fluido
modo , con cui vi è sparso . Le principali s
no le seguenti . L' idrocele per infiltramento
che ha luogo nel tessuto cellulare dello s
si osserva sotto forma di un tumore molle
eido , si propaga alla verga , ed è per ord
conseguenza della leucoflemazia , ma ques
ti non si riconosce per vero idrocele , ma
per edema , e secondo i migliori Scritto
vaso di acqua sotto la tunica vaginale è q
propriamente deve chiamarsi idrocele . E
go o nella tunica vaginale del testicolo
del cordone spermatico . Si distinguono
questi due casi , osservando il luogo , do
tumore . Quello del testicolo è più comu
stinguesi in accidentale , ed in congen
genito la cavità , che contiene l' acqua
coll' addome , il tumore è trasparente ,
fluttuazione . L' idrocele accidentale è p
sparente , se non esiste sangue , o pus m
volume del tumore cresce a
inguere l' idrocele da altr
segnatamente dal sarcoce
cele il tumore è traspare

ro, che nel sarcocele [illegible]
fluttuazione è poi [illegible]
volte queste due [illegible]
dicesi *idrosarcocele*.

Per quello appartiene alle [illegible]
o possiamo noi dire [illegible]
lesima. Osserviamo [illegible]
, e che nulla ha [illegible]
raccolte di acqua, [illegible]
persone altronde [illegible]
nasce da se medesima, [illegible]
nseguenza di [illegible]
zione del medesimo, e [illegible]
ione di qualche altra malattia [illegible]
ci a produrlo tutte quelle [illegible]
re l'equilibrio fra la [illegible]
suo assorbimento. Il corso [illegible]
lento, o rapido secondo le [illegible]
paziente.

se stesso l'idrocele non può [illegible]
ricolosa, ma è bensì molto [illegible]
, e per lo stiramento del [illegible]
ancora il continuo stropicciamento [illegible]
parte interna delle coscie [illegible]
, e questi incomodi sono [illegible]
più grande è il volume del [illegible]
cura della malattia si pongono [illegible]
locali, e se dessi non [illegible]
più delle volte accade si [illegible]
rimedj locali, che sono stati [illegible]
dell'idrocele consistono in [illegible]
indi si è consigliato l'uso dell' [illegible]
bollitura di china collo [illegible]
, e simili. Alcuni hanno [illegible]
dall'uso dell'aceto unito allo [illegible]
sale ammoniac[illegible]

luzione di questo sale, tartaro emetico nell'aceto, così ancora si è proposto l'etere, l'acqua vegeto minerale coll' acido vitriolico ec. ma ordinariamente questi rimedj sebbene continuati per lungo tempo restano qualche volta di niuna efficacia, ed è mestieri ricorrere all' opera della mano Chirurgica. Noi descriveremo a suo luogo il metodo da tenersi nella medesima.

Qualche analogia coll' idrocele può sotto un certo punto di vista avere il così detto *cirsocele*, che consiste in una raccolta di sangue nelle parti prossime al testicolo. Questa malattia detta ancora *varicocele*, altro non è, che un ingorgamento sanguigno dei vasi spermatici venosi. Alcuni recenti Scrittori di Chirurgia sono di sentimento, che possa in quest' affezione esservi eziandio un ingorgamento nei vasi spermatici, e perfino nella cellulare.

Sebbene il cirsocele possa in alcuni casi confondersi con altre affezioni, e segnatamente coll'epiplocele, pure sono i sintomi di esso abbastanza chiari per non confonderlo con altre affezioni di queste parti. Nel varicocele il tumore è nodoso, e si estende principalmente lungo il cordone spermatico, e si diminuisce nella posizione orizzontale del corpo, e nel freddo, mentre si accresce nella situazione retta, e nel caldo. Se sia molto voluminoso è dolente, altrimenti non reca alcun incomodo. Accrescendosi la malattia il testicolo viene a proporzione a diminuire di volume.

Il cirsocele può essere prodotto da qualunque causa, che impedisce il libero ritorno del sangue per le vene spermatiche, quindi producono sovente questa malattia le contusioni, l' indebolimento de' vasi spermatici, le affezioni emorroidali, l' uso del cinto, e finalmente l' arresto delle materie fecali

nel colon, che comprime il cordone spermatico, motivo per cui il varicocele, è più frequente dal lato sinistro.

Generalmente tale affezione è di poca conseguenza, molto più se sia di piccolo volume, ma se molto si accresce l' ingorgamento, cagiona essa forte dolore, e può anche produrre degl' incomodi considerabili. In genere però se la malattia sia avanzata non ammette cura radicativa.

I rimedj poi indicati nella medesima per diminuire almeno gl' incomodi, che seco porta sono i salassi anche locali colle sanguisughe allo scroto; il sospensorio, l' uso dei catartici onde impedire l' accumulamento delle feci; l' uso del freddo, e degli astringenti, come il sal marino, il sale ammoniaco, l' allume, o gli attonanti come il vino, l'alcool ec. e finalmente l' incisione delle vene nel caso di estremo gonfiore, o anche in ultimo caso la castrazione.

Lo *Spermatocele* è una malattia consistente in una infiammazione del testicolo prodotto da un ristagno di umori, ossia dalla mancanza di evacuazione della materia seminale. Questa malattia è molto rara, ma nel caso essa abbia luogo non dovrà tralasciarsi il regime antiflogistico, come in tutte le altre infiammazioni, e se poi la malattia degeneri in un vero sarcocele sarà di mestieri ricorrere all' estirpazione del testicolo.

Le infiammazioni di quest' organo sono molto frequenti atteso, che desso è assai delicato, e molto esposto alle lesioni esterne. I segni di queste affezioni sono i soliti, che accompagnano le infiammazioni delle altre parti, cioè rossore, gonfiore, tensione in questo caso dello scroto, e dolore nel testicolo, che si estende ancora lungo il cordone spermatico, ed alle volte fino ai reni. La febbre accompagna que-

sta malattia con polso duro, e da alcuni distinguesi questa infiammazione col nome di *Orchitide*.

Varie possono essere le cause di questa malattia. Fra le più frequenti si annoverano la violenza esterna, le irritazioni delle parti vicine, e segnatamente dell' uretra, la retrocessione della gonorea, ed anche la determinazione di un vizio generale della macchina. Secondo queste cagioni vario è l' esito della malattia, ma ordinariamente termina essa con la risoluzione. Può per altro ancora sebbene di rado passare in suppurazione, o anche terminare con un scirro, e terminando ancora con la risoluzione rimane sovente maggiore il volume del testicolo, e resta esso molto più sensibile dell' ordinario.

Per la cura dovrà adoperarsi il metodo debilitante, avuto sempre riguardo alle cause, che hanno prodotto la malattia, ed al temperamento dell' infermo. In primo luogo sarà quindi necessario il far uso di salassi ripetuti, e anche nella parte interna della coscia, o all' inguine secondo lo stato del paziente, e della malattia, ad essi unirassi il riposo, la dieta, le bibite, e localmente si applicheranno degli emollienti, e sarà ancora molto utile il tenere il basso ventre libero segnatamente con de' cristieri. Se vi si scorge ingorgamento, o durezza incipiente del testicolo si farà uso de' leggieri stimolanti adoperati per altro con somma cautela per non ridestare l' infiammazione. Nel caso poi d' infiammazioni sopragiunte in seguito di gonorea retrocessa sarà necessario richiamare la medesima cogli emollienti, con i peniluvj, e con qualche candeletta, che irriti l' uretra, soltanto nel suo principio. Qualora non possa evitarsi la suppurazione spesso accade, che aprendosi l' ascesso esce porzione della sostanza del testicolo insieme col pus, e si dovrà guardare il Co

rusico nel medicare la piaga di togliere i piccoli fili, che si osservano nel fondo di essa; alcune volte poi si richiede in questi casi la castrazione.

L'indurimento, e lo scirro possono anche seguire l'infiammazione del testicolo. Il *sarcocele* è un indurimento scirroso del testicolo, che può passare ancora in cancro. In questo caso accade molte volte, che si raduni dell'acqua nella vaginale, ed allora viene a costituire la malattia detta *idrosarcocele*. Il sarcocele ha molta analogia col cancro delle mammelle, essendovi anche nel sarcocele una disorganizzazione della parte affetta. La malattia principia con l'indurimento della parte, che poi viene a disorganizzarsi, ed attaccare ancora le glandole prossime.

Una delle cause più frequenti del sarcocele si è l'infiammazione del testicolo segnatamente se sia stata essa mal curata, ma non è questa la sola cagione, giacchè viene molte volte il sarcocele lentamente, ed in seguito d'ingorgamento del testicolo, come ancora può sopraggiungere senza alcuna causa apparente.

Qualora il sarcocele dipende da causa locale non sarà impossibile la guarigione togliendo la parte affetta colla castrazione, ma se dipende esso da cagione interna, e segnatamente da vizio venereo predominante restano affette le glandole adjacenti, e si sviluppa lo scirro in altre parti rimanendo inutile in questo caso la demolizione del testicolo, e tanto varrandio inutile questa operazione se venga intrapresa troppo tardi.

Egli è necessario di principiare per tempo la cura di questa malattia, e siccome sovente essa dipende da vizio venereo, sarà molto utile il principiare la cura coll'uso del mercurio, molto più quantunque realmente non sia venerea la ma-

lattia, il mercurio può essere assai vantaggioso essendo esso uno dei rimedj più efficaci ne' casi d'ingorgamento, o durezze glandolari, oltre questo rimedio poi non si tralascierà l'uso dei ripetuti purganti, degli emollienti, e risolventi, come i cataplasmi, i bagni, il linimento volatile, il vapore dell' aceto ammoniacale, ed altri simili unitamente al riposo, vitto regolato ec. Questi medicamenti debbono continuarsi per qualche tempo, non conviene per altro insistere troppo sull' uso dei medesimi, se non se ne veda vantaggio notabile, giacchè si potrebbe perdere il momento favorevole per l' operazione, e differirla ad un tempo in cui si renderebbe inutile quando il vizio canceroso si fosse propagato a tutto il sistema, lo che si conoscerà principalmente se principi ad indurirsi ancora il cordone. Allora si comincia a stabilire il cancro del testicolo, e l'umore canceroso separato dal medesimo viene assorbito dai vasi linfatici, si porta nelle glandule vicine, produce in esse il medesimo disordine, motivo per cui l' operazione non ha alcun buon effetto, giacchè dopo la medesima si scuoprono de' vizj nella macchina, che cagionano la morte del malato.

Il cancro del testicolo è presso a poco della medesima natura di quello delle mammelle. Alcuni Autori distinguono questo cancro in scirroso, e fungoso. Nel primo precede ordinariamente lo scirro, ed a poco, a poco si manifesta un dolore, che si estende lungo il cordone spermatico, ed arriva fino ai reni. Nel cancro fungoso poi si manifesta la malattia piuttosto per una tumefazione molle del testicolo aderente allo scroto, che indi si rompe, e si forma il cancro di natura fungosa. In questa malattia l' unico rimedio è la estrazione, ma anche qui ha luogo lo stesso prin-

pio, che si è accennato parlando del cancro della mammella, che cioè l' operazione intanto è vantaggiosa, e può produrre la guarigione della malattia in quanto, che dessa viene fatta in tempo opportuno altrimenti se il cordone spermatico, o le glandole vicine siano affette dal vizio canceroso sarà inutile l' operazione.

L' atrofia de' testicoli può nascere dalla compressione dei medesimi, ma secondo i moderni Autori può essa segnatamente aver origine dagli ascessi di dette glandole, se nelle medicature non si ponga somma attenzione di non asportare porzioni della sostanza stessa del testicolo. Quando l' atrofia di quest' organo dipenda da perdita, o fusione della sostanza, che lo compone, la malattia sarà inculabile. Se poi essa abbia origine da compressione locale, o da debolezza generale l' allontanamento delle cagioni, ed i topici irritanti, o gli stimolanti interni ne produrranno facilmente la guarigione.

Le principali malattie della verga, che meritano l' attenzione del Cerusico prescindendo da quelle di natura venerea sono il fimosi, il parafimosi, l' ipospadiasi, e l' imperforazione dell' uretra, il cancro della verga, l' ingorghi della prostata, e l' ascesso della medesima.

Il *fimosi* è quella malattia, in cui l' orificio del prepuzio è così stretto, ch' è impossibile al glande di passarvi, e di scuoprirsi, e che produce ancora impedimento al libero passaggio delle orine. I bambini nascono talora con un fimosi naturale, e molte volte il prepuzio è tanto ristretto, che l'orina non potendo uscire si accumula sotto il medesimo, e forma un tumore molle, che cresce continuamente, e produce l' ulcera del prepuzio, ed espone il bambino alla morte se non venga soccorso a tempo. Nel fimosi accidentale l' umore sebaceo se-

parato dalle glandole esistenti alla corona del glande viene ad alterarsi, ed acquista un' indole acre, ed irritante motivo per cui produce un infiammazione della superficie interna del prepuzio, e di quella del glande; lo che viene a cagionare un aderenza fra queste due parti.

Il fimosi accidentale può dipendere da varie cagioni. Oltre le affezioni veneree possono produrre il fimosi le infiammazioni del prepuzio, le ulceri del medesimo, ed osservasi ancora sovente il fimosi nell' età avanzata.

Se il fimosi venga prodotto da cause accidentali come da ulceri, o infiammazione del prepuzio, cessando la malattia principale cessa ancora il fimosi, che ne è la conseguenza, ed in questi casi gli emollienti locali, ed il metodo antiflogistico saranno sufficienti per la guarigione della malattia. In altri casi si richiede necessariamente l' operazione, che consiste nell' incidere il prepuzio, e mettere allo scoperto il glande, come vedremo a suo luogo.

Il *parafimosi* è la malattia opposta alla precedente, cioè consiste esso nel prepuzio restato dietro il glande, onde questo si trova allo scoperto, ed altresì insieme strozzato nella sua base. Questa malattia può essere egualmente che il fimosi congenito, o accidentale, ma può darsi ancora artiziale per mezzo di uno stromento viziosamente portato alla base del glande. Nel secondo caso accade esso in conseguenza dell' apertura troppo stretta del prepuzio, giacchè allora passato, che sia il glande non può più esserne ricoperto, ed il prepuzio produce sul medesimo lo stesso effetto, che una legatura. In allora questa compressione cagiona un' ingorgamento nel glande, che è causa dell' infiammazione di questa parte, e può anche passare in cancrena se lo strozzamento sia molto notabile

Le cause del parafimosi sono in proporzione le medesime del fimosi, poichè se il prepuzio sia troppo stretto, venendosi a discoprire il glande con qualche violenza il prepuzio si ritira indietro, e viene a stringere la verga o sotto la base del glande, o sulla verga istessa. Siccome il glande continua in questi casi a ricevere del sangue senza, che esso possa ritornare indietro colla medesima facilità, quindi è che oltre il dolore, che porta questo stringimento, nascono delle ulceri, ed alle volte può sopraggiungere come si è detto la cancrena del glande; è per altro questo caso assai raro, giacchè le stesse ulceri producono la dilatazione del prepuzio, e guariscono la malattia distruggendo quella specie di ligamento, che forma il parafimosi.

Per la cura di questo incomodo si deve procurare di ritirare il prepuzio sul glande. Alcuni per favorire questa manovra fanno tenere per qualche tempo il pene nell' acqua diacciata. Altri Autori consigliano nel parafimosi cronico, e non dolente di esercitare una compressione sulla verga, e sul glande per mezzo di una fasciatura, onde venendosi questo a diminuire di volume sia più facile ritirare il prepuzio sopra di esso. Non potendosi praticare questo metodo si procurerà di portare in avanti il prepuzio con le dita afferrando il glande con la mano sinistra, e comprimendolo nello stesso tempo per diminuire il volume, si ottiene con la destra di tirare il prepuzio nel suo luogo naturale. Siccome qualora le parti siano infiammate questa manovra resta non solo dolorosa, ma ancora difficile, così è necessario in questi casi di far uso precedentemente di qualche topico emolliente. Se poi l' infiammazione sia considerabile si potrà involgere il pene in un cataplasma emolliente non tralasciando eziandio qualche salasso, anche lo-

cale, se lo stato della malattia, e il temperamento del paziente lo richieda. Se finalmente nulla si ottenga con questi mezzi è necessario ricorrere all' operazione, di cui altrove parleremo.

L' *Ipospadia* dicesi propriamente quello stato preternaturale della verga, in cui l' orificio dell'uretra resta più in basso dell' ordinario. Si distinguono comunemente tre specie di questa viziosa conformazione, cioè quando l' uretra si apre alla base del glande, ovvero quando quest' apertura si trova vicino allo scroto, e finalmente quando lo scroto è diviso longitudinalmente, e nel fondo di esso rinviensi l' uretra. Questa malattia poco nuoce al libero esito delle orine, ma bensì è di grave ostacolo alla generazione; giacchè il più delle volte le persone soggette a cotesta mala conformazione sono impotenti alla generazione, trattone il primo caso.

L' ipospadia è priva di soccorsi Chirurgici, e per conseguenza è incurabile. Nella prima specie non si può formare artificialmente un pezzo d' uretra, che manca, e molto meno sarebbe possibile di chiudere il foro naturale alla base del glande. Questa prima specie è la più frequente. Nelle altre due anche meno può prestare di ajuto la mano Chirurgica.

Il *cancro* della verga principia con un tumoretto sul glande, e nell' apparire indolente, ma che diviene a poco a poco doloroso, e termina poi col formare un ulcera dolorosissima sanguinolenta, e che passa in una suppurazione fetidissima. Allora l' ulcera s' estende a tutto il glande, ed ai corpi cavernosi, che si gonfiano molto.

Questa malattia dipende spesso da mali venerei mal curati, e segnatamente dall' uso imprudente de' forti irritanti. Quando dessa è avanzata di molto vi si osserva sempre riunita l' affezione

delle glandole inguinali. Pel cancro della verga sono stati proposti varj rimedj, ma il più sovente riescono essi inutili, e conviene ricorrere all'amputazione della medesima, la quale si dovrà praticare sollecitamente, poichè se le glandole degl' inguini siano già affette dal vizio canceroso diviene dessa inutile.

Una frequente cagione della ritenzione di orina abbiamo veduto poter essere l' ingorgamento della prostata, ed abbiamo altresì accennati, quali siano i mezzi curativi, che convengono in tale circostanza, onde non dobbiamo altro aggiungere a quanto si è detto, che si è consigliato l' uso della cicuta, ed il setone al perineo, se cotest' affezione non sia di origine venerea. Gli ascessi della prostata si cureranno secondo le regole da noi esposte trattando degli ascessi in generale, avendo però il dovuto riguardo all' uretra, onde essa dia sempre il libero passaggio alle orine.

ARTICOLO II.

Malattie delle parti genitali muliebri.

Distinguonsi le malattie delle parti genitali muliebri in quelle delle parti esterne della generazione, ed in quelle delle parti interne. Noi accenneremo brevemente le principali fra di esse, che risguardano la Chirurgia. Alla prima classe appartiene in primo luogo l' unione delle grandi labbra, la quale può essere per tutta la lunghezza di esse, ovvero semplicemente per una sola porzione, lo che è il caso più frequente. Questa malattia può essere naturale, o accidentale in seguito di ulceri dei grandi labbri. La cura di questa morbosa aderenza si ottiene per mezzo dell' incisione, che si forma col bistorino. Situata pertanto la malata ori-

zontalmente s' introduce nell' apertura, che rimane fra le grandi labbra una tentola scannellata, e non essendovi si forma colla punta del bistorì, e dirigendo sopra di essa l' istromento tagliente, si giunge facilmente a dividerle. Per mantenerle divise si richiede di porre fra i labbri delle stuella di sfida, onde impedirne la riunione.

La lunghezza straordinaria della clitoride è ancora una malattia, che merita un' operazione Chirurgica, essendo essa d' impedimento al coito. Quando la clitoride è così lunga viene sebbene *di rado* a passare fuori delle grandi labbra. L' unico rimedio in questi casi è quello di ricorrere all'amputazione della clitoride. Per praticare questa operazione si reciderà essa col bistorino, e per fermare l' emorragia il miglior metodo, e più sicuro sarebbe quello di adoperare il ferro rovente, ma siccome molte malate si sottopongono mal volentieri a questo mezzo, così si potrà invece adoperare la legatura. Oltre l'eccessiva lunghezza della clitoride possono ancora altre malattie esser causa dell' estirpazione di questa parte, come sarebbero per esempio lo scirro, ed il cancro della medesima. In questi casi dovrà farsi l' amputazione prima, che il vizio canceroso estendasi in tutta la macchina, e si dovrà estirpare totalmente la parte affetta.

Le ninfe, o piccole labbra possono ancora esser lunghe più dell' ordinario, ed allora escono fuori delle grandi labbra, esse restano irritate dal contatto delle vesti, e dal moto, onde vengono ad esulcerarsi. Questa lunghezza eccessiva può dipendere da una infiammazione di queste parti, ed allora col metodo antiflogistico si dissipa facilmente, ma ogni volta che sia un vizio di conformazione si richiede il taglio, che si eseguisce senza difficoltà colle forbici, e non porta seco alcuna conse-

guenza, non producendo ne anche considerevole emorragia.

Nelle bambine osservasi alcune volte l' uretra imperforata. In questo caso le malate sogliono render l' orina per l' ombellico giacchè questa viene a passare per l' uraco; ed allora all' ombellico si trova una screscenza fungosa da cui esce la medesima. Per la cura di questo incomodo si deve in primo luogo ristabilire il corso naturale dell' orina incidendo con la lancetta quella membrana, che chiude l' orificio dell' uretra; ed introducendo dopo nella medesima una piccola cannula elastica, che tenga continuamente aperta l' uretra, e dia libero passaggio al fluido, che ivi è destinato passare. Dopo di questo si verrà a chiudere il foro fistoloso dell' ombellico, e perciò si lega l' escrescenza fungosa, la quale dopo pochi giorni cade lasciando cicatrizzata la fistola.

Alcune volte l' imperforazione è nella vagina. Questa specie d' imperforazione è d' impedimento all' esito del flusso mestruo, e può nascere o da una membrana particolare esistente dietro l' imene stesso, o da una riunione delle parti della vagina, o finalmente da un vizio congenito. In tali casi se non esista alcuna apertura, che possa dar esito al sangue mestruo, la paziente nel tempo, che principia questo a separarsi sente ogni mese accrescere gl' incomodi prodotti dalla permanenza del medesimo, cioè dolori ai reni, peso alla regione del pube, e viene alle volte ad aumentare il volume del corpo in modo, che potrebbe far supporre una gravidanza. Il rimedio allora si è quello d' incidere la membrana, che chiude la vagina, e ciò si fa praticando un' incisione cruciforme, dopo di che devono farsi delle injezioni tiepide per sciogliere e dar esito al sangue aggrumato, che ivi ritrovasi

e finalmente introducasi delle turunde di stila, che impediscono alle parti recise di riunirsi. Se poi l'imperforazione dipenda dalla riunione dell'estremità della vagina stessa si dovrà parimenti praticare l'incisione, ma longitudinale, e resta cosa molto più difficile in questa circostanza, potendosi facilmente offendere coll'istromento l'intestino retto, o la vescica.

Nella vagina nascono alcune volte de' polipi, o delle escrescenze carnose. Per quello, che appartiene ai polipi sono essi piuttósto rari, ma se hanno luogo si trovano ancora di quelli, che escano fuori delle grandi labbra pel loro volume. La cura migliore di essi consiste nella legatura. Più frequenti sono le escrescenze della vagina, le quali per altro conviene osservare di non confondere coll'ingrossamento delle caruncole mirtiformi. Codeste escrescenze sono per ordinario fungose, e spesso di natura venerea, ed allora si richiede la cura mercuriale. Se poi non siano di tale indole sono forse di guarigione più difficile, onde si consigiia dai migliori pratici di far uso d' injezioni astringenti, e toniche, e nello stesso tempo di adoperare i tonici internamente, e con questi mezzi si ottiene almeno la cura palliativa della malattia.

Può la vagina essere soggetta al prolasso, che consiste in una specie di rilasciamento della membrana interna della medesima, o piuttosto come altri vogliono in un invaginamento di una porzione della vagina più ristretta dentro un altra più dilatata, o finalmente di tutte le membrane, che la compongono, come accade nel caso d'ernia vaginale. Una tal malattia è assai difficile a distinguersi dal prolasso dell' utero, e questa distinzione è tanto più interressante, in quanto che la cura la quale viene prescritta per la prima riescirebbe pericolosa, e mi-

cidiale nella seconda. In ambedue queste malattie si rincontra nel mezzo della vagina, una specie di protuberanza circolare, che forma una certa resistenza; ma nel prolasso della vagina si sente nel mezzo di detta protuberanza la bocca dell' utero, lo che è bastante per distinguere questo caso dalla procidenza di detto viscere. La difficoltà nell' orinare è ancora maggiore nel caso di prolasso di vagina; ma questi sintomi sono soltanto chiari se la malattia sia recente, giacchè se dessa sia molto antica si confondono facilmente le due insieme.

La procidenza della vagina accade ordinariamente a poco, a poco, e sembra prodotta da un' atonia locale della parte. Se dessa sia molto inveterata può divenire assai voluminosa, ed affatto irrimediabile; ma se sia recente, e le parti non siano cadute in una estrema atonia non ne sarà impossibile la reposizione.

Per porre in opera questo mezzo si deve situare la paziente in modo, che restino in rilasciamento le parti che potrebbero opporsi alla riduzione, e quindi dopo aver posta la medesima orizzontalmente colle coscie elevate, e colla schiena, e capo in una situazione analoga, si passerà a riporre la porzione di vagina discesa, lo che riescirà facile se la procidenza sia recente, e la paziente conservi una forza sufficiente. Ridotta la parte si manterrà in sito per mezzo delle injezioni attonanti, e di una compressione fatta per mezzo del pessario, o di un altro corpo cilindrico, come per esempio la spugna, le sfila ec. sostenuto se fa di bisogno da compresse, e da una adattata fasciatura. Se poi la procidenza sia antica, tumefatta, ed indurita, e la malata debole, rimane difficile il ridurla, e molto più il mantenerla in sito, onde da alcuni viene consigliata l'estirpazione per mezzo del

taglio, o della legatura, essendo dessa in una sola parte della membrana interna della vagina. Questa operazione per altro viene da tutti disapprovata se il prolasso di cotesto canale benchè indurito ec. è in tutta la sua circonferenza, atteso anche la difficoltà di distinguerlo da quello dell'utero, e quindi si ristringono ad adoperare i tonici, e gli antisettici per impedire la cancrena, che può essere talvolta la conseguenza della malattia, a cui assicurano non solo esservi riusciti, ma eziandio con la continua positura orizzontale, dieta, e qualche purgante adattato di averlo potuto rimettere nella sua situazione naturale.

Alla seconda classe delle malattie delle parti genitali muliebri appartengono il prolasso dell'utero, l'arrovesciamento, il rivolgimento, ed ernia del medesimo, non che il cancro, i polipi, i calcoli, e l'idrope di questo viscere; così ancora lo scirro, e cancro dell'ovaja, e l'idrope che qualche volta in queste si rinviene.

Fra i mali dell'utero adunque prescindendo da quelli appartenenti all'ostetricia abbiamo da considerare primieramente il prolasso del medesimo. In questa malattia l'utero discende nella vagina fino ad escire fuori della medesima, e distinguesi in prolasso completo, ed incompleto secondo che l'utero esce totalmente fuori della vagina, o discende soltanto nella medesima. Si riconosce facilmente il prolasso dell'utero colla semplice ispezione delle parti, giacchè se desso è incompleto si sente l'orificio della matrice più in basso di quello sia nello stato naturale, e la malata soffre del peso nella regione del pube, e de' stiramenti, e dolori, e degl' incomodi nell' espellere le feci, e le orine. Se poi il prolasso dell' utero sia completo si osserva un tumore formato fra le coscie dall' utero stesso, nella cui parte inferiore esiste il suo orificio, dal quale

esce il sangue mestruo. Questa malattia riconosce la sua origine ordinariamente da qualche sforzo violento della macchina, e da una debolezza delle parti, il quale se l' ha prodotta in un sol tempo, vi si possono associare deliquj, emorragie ec. Per quello, che riguarda la cura si deve in primo luogo ridurre l' utero nella sua posizione naturale, ed in secondo luogo mantenerlo nella medesima. Prima di riporre l' utero si dovrà adoperare il metodo antiflogistico, la dieta, il riposo, qualche lavativo, e se il prolasso sia completo si applicheranno sul tumore degli emollienti, con questi mezzi si preparerà la parte ad esser ridotta, lo che si otterrà spingendola dolcemente verso il piccolo bacino senza adoperare molta forza, ma bensì a gradi. In questo tempo la donna dee ritrovarsi nel letto in situazione supina colle natiche più elevate del dorso. Ad oggetto poi di mantenere l' utero nel suo stato naturale si farà uso dei tonici astringenti, ed indi anche del pessario. Fatta restare in positura orizzontale la malata si dovrà introdurre nella vagina una spugna di figura cilindrica, bagnata in un qualche liquore, il quale venga a stimolare le parti stesse, onde rianimarne l' azione. Il cilindro va mantenuto in sito con una fascia adattata, ed estrarlo almeno ogni giorno per pulirlo, e nuovamente bagnarlo nel fluido astringente. Si possono eziandio usare in questo tempo delle injezioni fredde. Il pessario è uno stromento di forma rotonda, che può essere col gambo, o ovale senza gambo ed ambedue con un foro nel mezzo, e si fa di sughero, di avorio, ma meglio di gomma elastica. Per applicarlo deve ungersi con qualche corpo grasso, come olio, burro ec. ed allora introdotto nella vagina si procura, se desso è senza il gambo, che i suoi lati appoggino sulle tuberosità ischiatiche. Sul principio questo stromento

produce molto incomodo comprimendo l' uretra e l' intestino retto, ma a poco a poco la paziente vi si assuefà. Si deve aver cura di estrarlo di tempo in tempo per tenerlo netto, e si dovrà cambiare quando si trovi logoro, e guasto. E' qui vantaggioso riflettere, che raramente si rende necessario il pessario di qualunque forma esso sia, essendo per lo più sufficiente per la cura radicativa l' uso degli astringenti, e della spugna a cilindro, unitamente alle cautele necessarie da praticarsi in cotesta circostanza, segnatamente se il prolasso è recente.

L' arrovesciamento dell' utero è una malattia di cura assai più difficile, ed è molto facile a confondersi con il polipo di detto viscere. La cura sarà presso a poco la medesima di quella del prolasso, eccetto che si dovrà aver cura di rovesciare l'utero in senso contrario facendo divenire interna quella superficie, che apparisce esterna.

Possono a questo luogo riferirsi eziandio la deviazione dell' utero, o siano quei stati di questo viscere, in cui il medesimo si trova col suo fondo più avanti, o più indietro di quello, che debba aver luogo naturalmente, e per conseguenza l'orificio del medesimo in una direzione opposta. Il primo stato dicesi *antroversione*, ed il secondo *retroversione*. Questo spostamento dell' utero ha luogo principalmente nel tempo della gravidanza, e segnatamente nei primi mesi della medesima, ma può eziandio accadere fuori di questa occasione. Il peso, che sentesi nella regione ipogastrica, il senso di stiramento doloroso, la difficoltà di orinare, e di rendere le feci, il tenesmo, e finalmente l' orificio dell' utero esistente più avanti, o più indietro della sua posizione naturale, e che si riconosce per mezzo dell' esplorazione fanno facilmente formare la giusta idea della malattia. Essa

però può essere generalmente prodotta da uno sfor-
zo violento della macchina particolarmente nello sta-
to di gravidanza, nel qual tempo si rende mol-
to pericolosa potendo cagionare aborto, lacerazio-
ne dell' utero, ma segnatamente il parto contro na-
tura.

Il primo oggetto del Professore sarà dunque
quello di raddrizzare l' utero al più presto possi-
bile, e ciò non riescirà molto difficile facendo si-
tuare la donna supina, o boccone secondo la posi-
zione dell' utero, dopo evacuate le feci, e l' orina,
ed introducendo poi le dita nella vagina, e nel retto
giusta la circostanza, e così si raddrizzerà facil-
mente quest' organo. La quiete, i pessarj, e le fa-
sciature saranno sufficienti a mantenerlo nella sua
posizione naturale.

L' *ernia* dell' utero è rarissima, e consiste in
un tumore situato in una delle grandi labbra for-
mato dall' utero, ch' è uscito dall' annulo inguinale.
Si riconosce questa malattia portando il dito nella
vagina, e se si può arrivare a toccare la bocca dell'
utero si conosce facilmente la sua situazione obli-
qua. Allora dovrà subito ridursi, e mantenersi in
sito con una fasciatura, lo che per altro riuscirà so-
lo se l' ernia sia recente, poichè in altro caso es-
sa ha contratto delle aderenze, che rendono impos-
sibile la riduzione.

Il *cancro* dell' utero principia con lo scirro nel
collo del medesimo, e che diviene sollecitamente
un' ulcera cancerosa. Dal collo si estende poi fino
al corpo stesso dell' utero, e delle ovaje. I sin-
tomi principali di questa malattia sono i dolori con-
senso di peso ai lombi, agl' inguini, e lancinanti
all' intestino retto, ed alla vagina. Da questa esce
un fluido icoroso, e sanguinolento. Quando la ma-
lattia è in questo stato l' ulcerazione si estende an-

cora non di raro all' intestino retto ed alla vagina. Dagli Scrittori di Chirurgia si distingue il cancro uterino, dalle ulceri carcinomatose del medesimo, o altrimenti dette corrosive.

Le cagioni di codesta affezione sono poco note, si osserva commemente, che la sensibilità grande dell' utero, e la natura del suo tessuto lo dispongono ad essa. I piaceri venerei troppo frequenti, o prematuri, gli aborti, la sterilità, la scarsezza de' mestrui, gli abbondanti flussi di sangue, la meretrigia imprudentemente soppressa possono portar seco il cancro dell' utero, come ancora la lue venerea, che ne è una causa frequente. Il tempo in cui cessano i mestrui è ordinariamente quello in cui desso si sviluppa.

Il cancro dell' utero è stato tenuto sempre per una malattia incurabile, molto più perchè quando la medesima si manifesta chiaramente è già arrivato ad un grado da superare la forza di tutti i rimedj. Il tutto deve dunque consistere in primo luogo a prevenire le cagioni della malattia col metodo conveniente. Qualora per altro sia dessa già manifesta, la cura si ristringerà a procurare l' allevamento de' dolori col mezzo de' calmanti, tanto esterni, quanto amministrati internamente, e in particolar modo l' oppio, il quale per altro riesce molte volte anch' esso inutile. Hanno proposto alcuni, che nel caso di scirro incipiente si leghi il collo dell' utero, onde far cadere la parte affetta, ed altri hanno ancora imaginato di estirpare l'utero intiero, riportandone de' casi, ne' quali secondo loro dire cotesta operazione è stata eseguita con esito felice. Oltre però il grande pericolo, e la difficoltà indicibile di eseguirla nella maggior parte de' casi rinscirebbe anche inutile, anzi dannosa, quale

esista una cagione generale della malattia, e siasi già stabilita la diatesi cancerosa generale.

I *polipi* dell' utero partecipano presso a poco della stessa natura di quelli del naso, e vengono distinti secondo il luogo, che occupano, e secondo la loro sostanza. I segni, che manifestano il principio dei polipi dell' utero sono molto equivoci; ma a poco a poco si arriva a conoscere la malattia, mentre la paziente si lagna dei dolori nella regione ipogastrica, è soggetta a delle emorragie uterine, ed il Professore si assicurerà facilmente col tatto dell' esistenza del polipo esaminando l' orificio del viscere. Secondo il luogo, che occupa il polipo produce differenti sintomi; quando esso resta nell' utero cagiona dei segni analoghi a quelli della gravidanza, se poi sia uscito fuori del medesimo può comprimere la vescica, o il retto, e disturbare l' azione di queste due parti. Non sono rari i casi, ne' quali il polipo esca dalla vagina, e sia stato preso per un rovesciamento dell' utero.

La cura di questi polipi consiste nell'estirpazione, e ciò si ottiene legando il polipo nella sua radice, onde esso venga a cadere, la legatura si fa introducendo lungo la parete posteriore della vagina un' istromento composto di due cannule d'argento riunite insieme, nelle quali si fa passare un filo dello stesso metallo, che forma un' ansa nella parte superiore dello stromento, ed i due capi escono dall' estremità inferiore di esso. Si deve situare il polipo in quest' ansa, e tirando le due estremità del filo dopo aver portato lo stromento in alto si viene a stringere la radice dell' escrescenza poiposa, la quale si può poi serrare sempreppiù girando lo stromento sopra la medesima, ma siccome è molto difficile il portare l' ansa fino alla radice del olipo, se questo è molto voluminoso, quindi è che

si è imaginato di fare la legatura introducendo due cilindri separati, che possono girare intorno il tumore, e così si riesce facilmente a circondare la sua radice con un filo di refe incerato. Si va stringendo il nodo gradatamente fino, che cade il polipo da se medesimo, e resta un ulcera nel luogo, dove era impiantato, che viene a guarire facilmente con delle injezioni astersive. Nei polipi, che escono fuori della vagina è molto più facile la legatura. Se la base del polipo sia molto larga si potrà passare un' ago nella medesima col filo incerato, e così formare due, o tre legature.

Si è proposta ancora in questi casi la recisione del polipo stesso, ma tanto in questo metodo, quanto in quello della legatura conviene essere assai cauti di recidere, o legare il polipo esattamente nel luogo, dove esso si unisca alla sostanza dell'utero, potendosi in caso diverso o lasciare aderente alla medesima una porzione di polipo, ovvero estirpare, o legare una porzione di utero, lo che porterebbe seco delle cattive conseguenze.

Nell' utero possono eziandio generarsi de' calcoli, i quali sono di natura diversa da quelli, che rincontransi nella vescica. Essi esistano alle volte senz' arrecare alcun incomodo, ma non di raro producono dei dolori, ed un senso di peso. La diagnosi di cotesta malattia è sommamente difficile ed egualmente difficile ne è la cura. L' esistenza del calcolo non può riconoscersi, che per mezzo dell' introduzione nell' utero di una tenta, col qual metodo potrà senza dubbio assicurarsi il Professore se esista realmente il calcolo, e se non sia aderente alle pareti dell' utero stesso. Molte volte le forze dell' utero bastano esse sole per procurare l' espulsione; ma se queste non ne siano sufficienti, lo che accade particolarmente qualora il calcolo

abbia la superficie irregolare, o sia aderente sarà necessario ricorrere all' estrazione per mezzo di piccole tenaglie premendo nello stesso tempo sulla regione ipogastrica, e se mai l' orificio dell' utero per la sua ristrettezza non possa permettere il libero esito del corpo estraneo, sarà indispensabile dilatare l' orificio medesimo o con un adattato bistorì, o come altri hanno proposto per mezzo di forbici taglienti nella loro parte esterna, onde incidere i due lati della bocca dell' utero nel tempo stesso. La cura della ferita dopo l'operazione consisterà nel metodo antiflogistico, nelle injezioni, nella quiete ec.

L' idrope dell'utero può molte volte essere unita alla gravidanza, e non di raro può con essa o con una mola confondersi, segnatamente se consista in idatidi, come sovente accade. Questa malattia rara è molto oscura ne' suoi segni, e non si distingue dalla gravidanza, poichè i sintomi, che l' accompagnano tanto riguardo all' utero, quanto rapporto alle mammelle, allo stomaco ec. non differiscono punto da quelli, che si associano alla gravidanza; ma l' idropisia dell' utero si distingue bene da essa nel quinto, o sesto mese, o ancora più avanti, quando a tutti i sintomi, che caratterizzano la gravidanza non vi è unito il moto del feto. Alla fine il fluido, o le idatidi vengono espulse dall' utero per una specie di parto, e la paziente rimane guarita. Questa espulsione accade a tempi diversi, ora dopo pochi mesi, ora in seguito ad alcuni anni, e se la malata provi delle difficoltà nel mandar fuori queste idatidi, alcuni consigliano di praticare delle injezioni un' poco irritanti, per accrescere con esse l'azione dell'utero. Qualora poi l'idrope non sia composta d' idatidi, ma consista semplicemente in una quantità d' acqua raccolta nel viscere, o in qualche membrana particolare si dovrà

procurare di dargli esito, e questo si otterrà facendo la punzione a traverso del collo dell' utero. Come i sintomi, ch' accompagnano la malattia sono analoghi a quelli della gravidanza, così quelli, che sieguono l' esito delle acque sono simili a quelle del puerperio. Siccome restano sempre nell' utero delle materie sierose, e muccose, così è necessario dopo dato esito alle acque di praticare delle injezioni leggermente astersive, come la decozione di fiori di malva, di melitoto ec. le quali sono molto utili ancora per togliere l' ingorgamento delle pareti uterine.

Lo *scirro* dell' ovaja è della medesima natura di quello dei testicoli; ma la malattia è molto difficile a riconoscersi. Ordinariamente essa si manifesta con un tumore duro, che si sente nell' addome nella regione dell' ovaja. Esso si aumenta successivamente, e produce degl' incomodi secondo la pressione, che esercita sulli visceri addominali, e segnatamente sulla vescica, e sull' intestino retto. Passando gradatamente in cancro, ne nasce la febbre, la consunzione, ed infettando tutti gli umori col vizio canceroso cagiona la morte della paziente. Questa malattia non ammette ordinariamente alcun soccorso dell' arte Chirurgica, e conviene contentarsi de' rimedj interni, e palliativi. Da alcuni si è proposto l' estirpazione dell' ovaja, ma codesta operazione è al presente riconosciuta per impraticabile.

Le ovaja possono essere ancora soggette all'idropisia. Questa malattia può confondersi facilmente con l'ascite, ma sarà facile il distinguersi da essa se si rifletta, che l' idrope dell' ovaia principia con un senso di dolore, e con un gonfiore nella regione dove esiste l' ovajo stesso; ed indi si estende a tutto l' addome, lo che non accade nell' ascite.

L'umore, che vien contenuto nell' ovajo in questi casi è di varie specie, e di diversa densità, colore, odore ec., ed alle volte è racchiuso in idatidi. Le cagioni, che possono produrla sono le medesime, che facilitano la riunione de' fluidi nelle altre parti del corpo, e segnatamente nell' affezioni del sistema linfatico, siano esse generali, o locali, nelle infiammazioni dell' ovaja, nella cessazione de' mestrui, gravidanze irregolari, parti laboriosi ec., cagioni tutte le quali possono produrre l' idrope dell' ovaja, che si è veduta arrivare alle volte ad un volume enorme, ed occupare quasi tutta la cavità dell' addome.

La malattia di cui si parla è generalmente di sua natura incurabile, nè ammette altro rimedio, che la punzione come nell' ascite, operazione per altro la quale non agisce se non che palliativamente, e che secondo i più recenti Scrittori non va tentata, che nel caso di aumento straordinario di volume, ma che viene ben presto seguita da nuova raccolta di fluido, la quale sarà tanto maggiore, quanto è quella, che se ne estrae.

Noi passiamo qui sotto silenzio molte altre malattie delle parti genitali muliebri, appartenendo esse particolarmente o alla Medicina, o alla Ostetricia, ovvero al trattato delle malattie veneree, rimettendo i nostri leggitori alla lettura di tali opere.

Fine del Tomo Secondo.

INDICE

De' Capitoli contenuti in questo secondo Volume.

SEZIONE SECONDA.

CAPO. I. *Dei mali della Testa.*

ART. I. *Commozione del Cervello, e sua produzione principale* . . . . . pag. 1
Ernia del Cervello 5
Idrocefalo esterno, ed interno . . . 9
Idrope del Cervello 15
Spina Bifida 16

ART. II. *Fistola lagrimale* 20
Anchiloblefaro 24
Ectropio 27
Entropio 29
Trichiasis 30
Ptosi 31
Lagoftalmo 33
Tumori delle palpebre 34
Orzajuolo 36
Encantide 38
Oftalmia 42
—— *Gastrica* 45
—— *Angolare* 46
—— *Flemmonosa* 47
—— *Venerea* ivi
—— *Scrofolosa* 50
—— *Erpetica* 51
—— *Vajolosa* 52
Ipopion ivi
Idroftalmia 58
Oftalmoftosi 62

Macchie della cornea . . . . . pag. 65
Ulceri 70
Pterigion 71
—— adiposo 72
Staffilema 76
—— racemoso 80
Prolasso dell' iride 81
Ptisi, e Sinigesi 86
Miopia 89
Presbiopia 90
Nictalopia 92
Emeralopia 95
Cateratta 96
Glaucoma 104
Amaurosi 106
Cancro dell' occhio 115
ART. III. Ferite nel padiglione dell' orecchio . . 116
Tumori nel lobulo 117
Ostruzione del meato auditorio . . ivi
Indurimento della membrana del timpano 119
Ossificazione —— ivi
Lacerazione —— 121
Otitide 122
Suppurazione nelle parti interne dell' orecchio 123
Carie dell' ossa dell' organo dell' udito . 125
Alterazione ne' nervi —— ivi
ART. IV. Obliterazione delle narici 126
Epistassi 127
Polipo del naso 128
Ozena ivi
Ascessi dei seni mascellari 130
Polipi —— 132
ART. V. Ascessi dei seni frontali 134
Aderenza delle labbra fra di loro . 136
Labbro Leporino 137

INDIC

De' Capitoli contenuti in q

SEZION

CAPO. I. Dei

ART. I. Comm

duzio

Ern

Id

I

ART. II

a

ceri del palato ivi

Tumori ——— 162

Tic doloroso ivi

Gonfiore delle parotidi 163

Scirro ——— 164

Calcoli del dotto Stenoniano . . . 165

Fistola ——— . . . ivi

CAP. II. Dei mali del Collo.

Collotorto 167

Prolungamento dell' uvola 169

Infiammazione, suppurazione, ed indurimento delle tonsille ivi

Ulceri ——— 170

Corpi estranei arrestati nell' esofago, o nella faringe 171

—— nella trachea, o nella laringe . ivi

Infiammazione, e suppurazione della glandola tiroidea 173

Broncocele 174

CAP. III. Delle malattie del petto.

...zione nella cavità del petto. pag. 177
. 179
. 180
. e del . pericardio . ivi
...elle 181
. 182
...me .
. 184
. 191
. 193
. 194
. ivi
...matica 1P6
...ale ivi
...lla vescica ivi
dell' ovaja ivi
— dell' intestino per la vagina . 197
Ascessi nel fegato ivi
Ascite 199
Tumori aderenti al peritoneo . . . 202
...RT. II. *Ascesso de' reni* 205
Calcoli nell' uretra 206
Ascessi orinosi ivi
Fistole orinarie 207
Incontinenza di orina 208
Ritenzione ——— 209
Calcoli della vescica 211
RT. III. *Tumori fungosi dell' intestino retto* . 213
Prolasso . . ——— . ivi
Ristringimento ——— . 214
Emorroidi ivi
Ascessi nell' intestino retto 15
Fistole dell' ano ivi
...P. V. *Malattie delle parti genitali* .
RT. I. *Congestioni allo scroto* 216
Ulceri . . ——— ivi

...lla cornea . . . . . pag. 245
. 65
. 70
. 71
. 72
. 76
. 80
. 81
. 86
89

Cancro delle labbra . . . . . pag. 138
Odontalgia 141
Parulide 142
Ulceri delle gengive 143
Cancrena ——— 144
Epulide ivi
Dentizione difficile 145
Carie dei denti 149
Estrazione ——— 150
Lussazione ——— 152
Aderenza della lingua 153
Glossitide 155
Ulceri della lingua 156
Escrescenza ——— 157
Cancro ——— 158
Ranula 160
Ulceri del palato ivi
Tumori ——— 162
Tic doloroso ivi
Gonfiore delle parotidi 163
Scirro ——— 164
Calcoli del dotto Stenoniano . . . 165
Fistola ——— . . . ivi

CAP. II. *Dei mali del Collo.*

Colloterto 167
Prolungamento dell' uvola 169
Infiammazione, suppurazione, ed indurimento delle tonsille ivi
Ulceri ——— 170
Corpi estranei arrestati nell' esofago, o nella faringe 171
—— *nella trachea, o nella laringe* . ivi
Infiammazione, e suppurazione della glandola tiroidea 173
Broncocele 174

CAP. III. *Delle malattie del petto.*

Suppurazione nella cavità del petto. pag. 177
Empiema 179
Vomica 180
Idrope del petto, e del pericardio . ivi
Ascessi nelle mammelle 181
Cancro 182
CAP. IV. *Delle malattie dell' addome.*
ART. I. *Ernie* 184
Ernia inguinale 191
— *congenita* 193
— *crurale* 194
— *ombellicale* ivi
— *diaframmatica* 196
— *ventrale* ivi
— *della vescica* ivi
— *dell' ovaja* ivi
— *dell' intestino per la vagina* . 197
Ascessi nel fegato ivi
Ascite 199
Tumori aderenti al peritoneo . . . 202
ART. II. *Ascesso de' reni* 205
Calcoli nell' uretra 206
Ascessi orinosi ivi
Fistole orinarie 207
Incontinenza di orina 208
Ritenzione — — 209
Calcoli della vescica 211
ART. III. *Tumori fungosi dell' intestino retto* . 213
Prolasso . . — — — — . ivi
Ristringimento — — — — . 214
Emorroidi ivi
Ascessi nell' intestino retto 15
Fistole dell' ano ivi
CAP. V. *Malattie delle parti genitali.*
ART. I. *Congestioni allo scroto* . . . 216
Ulceri . . — — ivi

Ematocele 217
Idrocele 218
Cirsocele 220
Spermatocele 221
Infiammazione, e suppurazione de' testicoli ivi
Sarcocele 223
Cancro del testicolo 224
Atrofia de' testicoli 225
Fimosi ivi
Parafimosi 226
Ipospadia 228
Cancro della verga ivi
Ingorghi, ed ascessi della prostata . 229
ART. II. Unione delle grandi labbra ivi
Prolungamento della Clitoride . . . 230
——— *delle Ninfe* ivi
Imperforazione dell' uretra 241
——— *della vagina* ivi
Polipi 232
Escrescenze ivi
Prolasso ivi
——— *dell' utero* 234
Arrovesciamento dell' utero 236
Rivolgimento ivi
Ernia 237
Cancro ivi
Polipi 239
Calcoli 240
Idrope 241
Scirro, e cancro dell' ovaja 241
Idrope dell' ovaja ivi

ELEMENTI
DI CHIRURGIA

DI FILIPPO LEONARDI

CHIRURGO PRIMARIO, E LETTORE DI ANATOMIA, CHIRURGIA, ED OSTETRICIA NELL'ARCISPEDALE DEL SS. SALVATORE AD SANCTA SANCTORUM, E LETTORE SOPRANUMERO IN QUELLO DI S. MARIA, E GALLICANO.

TOMO TERZO
CHIRURGIA OPERATORIA

IN ROMA MDCCCXVII.
Presso Crispino Puccinelli Stampatore in Via della Valle num. 53.

Col permesso de' Superiori.

ALLA SANTITA' DI N. S.

PAPA PIO VII.

FELICEMENTE REGNANTE

BEATISSIMO PADRE.

Ecco ai piè della Santità Vostra il mpimento delle Istituzioni Chirurche, delle quali vi degnaste accettar- la umile non meno, che ossequioissima dedica. L'Autore nel proseire, ed ultimare un lavoro, che

di sua natura importa la più laboriosa fatica, ha avuto la massima compiacenza di assecondare le benefiche mire di Vostra Santità. Pubblicato già era il Primo Volume, quando eretta fu nel Archiginnasio Romano la pubblica Scuola di Clinica Chirurgica, che mancava in questa Università, e che segna una linea ben luminosa alla storia di Vostra Beatitudine, per il frutto ubertosissimo, che è per derivarne a sollievo della misera Umanità. Fù inondato da vero gaudio il cuore dell' Autore nel vedere, che l' intera Opera delle presenti Istituzioni tutta era analoga, ed opportuna all' oggetto delle vostre paterne sollecitudini. Quindi si confermò vieppiù nell' idea concepita dalla benigna accoglienza delle medesime, che fregiate del Vostro Augustissimo Nome, nobilt

acquistano, e bellezza, onde solo Vostra mercè andar possono liete, e superbe. Degnatevi adunque Padre Santo di rivolgere dal Pontificio Soglio, (sù del quale possa l'Altissimo a lunghi anni serbarvi,) uno sguardo di favore, e di protezione verso l'Autore, che si protesta colla più inviolata fedeltà, sincera riconoscenza, ed umile attaccamento.

Vño, Devño, Fedño Suddito
Filippo Leonardi.

IMPRIMATUR.

Si videbitur Reverendissimo Patri Sacri Palatii Apostolici Magister.

Candidus Maria Frattini Archiep. Philipp. Vicesg.

APPROVAZIONI.

Per ordine del Reverendissimo Padre Maestro del Sacro Palazzo Apostolico ho attentamente percorso il terzo Tomo dell' Opera intitolata *Elementi di Chirurgia*, composta dall' illustre Sig. Filippo Leonardi Chirurgo Primario, e Lettore nel Venerabile Archiospedale del Santissimo Salvatore in S. Giovanni in Laterano. In questo (come negli altri due Tomi) l' Autore ha diligentemente riunito le antiche cognizioni, con le più recenti scoperte di Chirurgia; ed in particolare in questo terzo tomo con tutta sagacità ha fatto la scelta de' migliori metodi per le diverse operazioni chirurgiche, e con tutta precisione ha descritto il manuale delle medesime, fatiga utile a tutta la facoltà, ed in specie alli giovani studenti, che si dedicano allo studio di questo ramo dell' arte salutare, e però credo meritevole la publicazione di questo terzo tomo con la stampa, giacchè in esso non vi è cosa che sia contraria alla Santa Religione cattolica, ai buoni costumi, nè alla maestà de' Principi. In fede &c. Roma 12. Settembre 1816.

Giovanni della Rocca Chirurgo Primario, e Lettore nell' Apostolico Archiospedale di S. Spirito in Sassia.

Nel percorrere il terzo Tomo delle Istituzioni Chirurgiche del celebre Sig. Filippo Leonardi, non solo niente ho ritrovato, che non sia conforme alla Religione cattolica, o che si opponga ai buoni costumi, ma altresì ho dovuto ammirare la sua perizia nell' arte salutare accompagnata da una vasta erudizione relativa alle materie, di cui tratta. Giudico pertanto sia anch' esso ben degno di esser posto alle luce colle publiche stampe; tanto più se si riguardino i vantaggi, che ha avuto in mira il chiarissimo Autore nel publicare quest' Opera, e che già ho accennati nelle respettive Approvazioni delli altri Tomi precedenti. Tanto in esecuzione delli veneratissimi ordini del Reverendissimo P. Maestro del Sacro Palazzo Apostolico.

Roma 21. Ottobre 1816.

Raffaele Canonico Benomi Lettore, e Censore emerito dell' Accademia Teologica nell' Archiginnasio Romano.

IMPRIMATUR.

Fr. Philippus Anfossi Ord. Praed. Sacri Palatii Apost. Magister.

INTRODUZIONE.

Operazione dicesi in Chirurgia quell' azione me-
odica della mano armata, o inerme del Cerusico,
he è diretta a conservare, risanare, o restituire
l proprio sito le parti del corpo umano. Secondo i
arj oggetti, che ha in mira il Professore nel prati-
are un' Operazione, si sono divise le medesime in
arie classi. Fino dai tempi più antichi queste clas-
i sono state ridotte a quattro, e si sono chiama-
e *Sintesi*, *Dieresi*, *Exeresi*, e *Protesi*, secondo
he l' operazione ha per oggetto di riunire le parti
ivise, o di dividere le parti riunite, o di
trarre qualche corpo straniero, o di estirpare
alche cosa superflua viziata e dannosa, o finalmen-
aggiungendovi quello, che manca per natura o
r malattia. Queste diverse classi per altro non
o sempre divise fra loro; ma ci sono delle Ope-
zioni, nelle quali si rinvengono riunite alcune di
e, o ancora tutte insieme, lo che dà luogo ad
e divisioni. *Sabatier* divide le Operazioni in
lle, che si fanno sulle parti dure, e sulle parti
li; ma questa divisione è meno utile per la pra-
, che l' altra da noi accennata.

Trattandosi di fare un' operazione dee il Pro-
re considerare in primo luogo, quale sia la ra-

gione, che lo determina ad agire: se a fronte delle inevitabili difficoltà possa risparmiarla, e quale sia la pratica più semplice, più sicura, e meno dolorosa, che deve adottare. Deve esaminare il temperamento dell' infermo, l' età, l' indole della malattia, e le conseguenze, che sogliono venire dietro all' operazione, se essa sia d' esito incerto, se in questo caso sia meglio lasciare il malato con la sua malattia, che esporlo all' operazione col pericolo della vita, e simili altre considerazioni, le quali anderanno fatte con tanto maggiore attenzione, quanto maggior pericolo porta seco l' operazione medesima.

Dopo che il Cerusico avrà riflettuto a questi punti, deve determinare il tempo per l' operazione. Sotto questo punto di vista abbiamo due specie di operazioni, quelle cioè che si richiedono sul momento; come per esempio la trapanazione, la broncotomia, l' esofagotomia ec. Altre poi, che si possono differire molto tempo senza danno notabile dell' infermo; come per esempio la cateratta, il labbro Leporino ec. In questi casi, ne' quali l'operazione si può differire, fa d'uopo aspettare, che la stagione, lo stato del malato, e le circostanze tutte sieno le più favorevoli possibili, onde sperarne un buon esito. E' bene ancora, potendosi, che si prescelga l'ora nel giorno destinato da operare l' infermo; la quale ci sembra più adattata

verso la sera, che nella mattina, per essere tanto l'operando, che l' operatore meno sensibili. Egli è necessario ancora riflettere, se deesi preparare il malato con qualche medicamento, o con qualche metodo di cura prima dell' operazione.

Stabilito finalmente il tempo dell' operazione, ed il metodo, che il Professore avrà prescelto per operare, deesi considerare ciò, che si debba fare prima dell' operazione, nel tempo della medesima, e dopo. Prima dell' operazione dee il Chirurgo esaminare attentamente il carattere morale del malato, onde poterlo persuadere all' operazione, ed indurlo ad acconsentirvi di sua spontanea volontà, procurando massimamente di non spaventarlo, molto più se desso sia di indole timida, e pusillanime. In secondo luogo sarà molto attento il Professore di preparare tutto il necessario per l' operazione, egualmente per gl' istromenti, che per l' apparecchio, e pel sito, in cui dovrà essere situato il paziente, onde resti nella miglior comoda posizione, tanto per se stesso, quanto per l' operatore. Dovrà avere il Cerusico il numero degli Assistenti, sì per tener fermo il paziente nel tempo dell' operazione, come ancora per farsi somministrare gli opportuni stromenti, e per essere d' ajuto alla manualità stessa, quando sia necessario. Gli stromenti procurerà, che siano in ottimo stato, e segnatamente quelli, che

sperarne la risoluzione, avendo in simili casi degli esempi di perfetta guarigione sotto l'uso di salassi presso che locali, cataplasmi emollienti sopra tutta la testa, indi vessicanti, o bagni freddi, come abbiamo altrove esposto, e non che replicati minorativi salini. Si può talvolta escludere eziandio la trapanazione nella frattura del cranio con depressione, poichè se questa sia tale, che i pezzi degli ossi presentino fra loro qualche distanza, allora esiste fra essi uno spazio sufficiente per introdurvisi gli stromenti, onde rilevare gli ossi depressi, estrarre i pezzi, che potrebbonsi essere internati nelle parti sottoposte, e dar esito al sangue stravasato, se questo vi si fosse. In genere l'operazione del trapano è adunque necessaria meno frequentemente di quello si crede, e lo stravaso fra la dura madre, ed il cranio, può essere un raro caso, che lo esiga; *Dessault* crede, che essa non convenga, che nei soli casi di effusione, e d'infossamento, o depressione; ma giammai nelle ferite prive di tali accidenti.

Quando secondo questi principj averà il professore creduto; che faccia duopo l'operazione del trapano preparerà gli stromenti necessarj per la medesima. Questi sono varj, e molti secondo i varj oggetti, che si hanno in mira nell'operazione stessa. Noi annoveriamo qui i più necessarj a conoscersi, ed i più utili per ben eseguire la suddetta. Essi possono comodamente dividersi in due classi, quei cioè, che sono adattati per forare l'ossa del cranio, e quei che servono per elevare gli ossi depressi; fra quelli poi della prima classe si annovera in primo luogo il trapano propriamente detto; e questo è composto di un albero, a cui si adatta un pezzo chiamato *perforativo*, e varie corone. Oltre il trapano servono al medesimo oggetto i *raspatoj*, il *tirafa-*

Fattasi l' operazione, procurerà il Professore di praticare tutto ciò, che serve per coadjuvare il vantaggio, che se ne attende, o per impedirne gli effetti nocivi, che suole produrre la medesima. Dovrà perciò prevedere, che non accada emorragia violenta, applicando l' apparecchio conveniente, e lasciando il paziente in custodia di Assistenti pratici, e vigilanti. Qualora l' apparecchio debba rimanere per molti giorni, dovrà il Professore visitarlo in diversi tempi per vedere, se il tutto resta in sito, ed in buona disposizione. Sarà cura del Cerusico di attendere al vitto del paziente, prescrivendo al medesimo una dieta esatta, che non possa produrre infiammazione violenta, o altri disordini pericolosi; l' aria dovrà essere sana, e la camera ventilata, segnatamente quando l' operazione porti seco delle abbondanti suppurazioni. Se l' operazione sia di qualche conseguenza, dovrà il paziente rimanere nella maggior quiete possibile, e lontano da qualunque disturbo, inclusivamente dalla luce. La parte operata resterà nella situazione la più conveniente a meno per prevenire l'emorragia, che per mantenere il vantaggio prodotto dall' operazione, e per non scomporre l' apparecchio, ed accrescere i dolori al paziente. Se questi venga molestato assai dai dolori dopo l' operazione, sia per conseguenza necessaria della medesima, sia pel tempe-

con ragione le corone di figura cilindrica, e piuttosto grandi. Il *raspatojo* è un piccolo stromento tagliente, che serve a distruggere il pericranio. Finalmente lo stromento di *Heine* consiste in una piccola vite terminante in una estremità con un piccolo foro, nel quale si fa entrare una specie di oncino fissato in un manubrio, per così estrarre il pezzo d'osso segato, se dopo la resezione del medesimo sia rimasto sopra la dura meninge. Ci sono altri stromenti, che noi passiamo sotto silenzio per essere generalmente in disuso.

Gli stromenti per elevare gli ossi depressi sono principalmente l'elevatore ordinario, quello a tre b anche, e finalmente quello di *Petit* emendato da *Lovis*. Il primo, ed il secondo sono assai incomodi, quindi passiamo a descrivere brevemente quello corretto dal *Lovis*. Questo consiste in un'arco, sopra a cui è fissa una leva un poco curva alla sua estremità. *Petit* voleva, che la sua leva fosse fornita di molti buchi per poterla fissare ad un perno, che ritrovasi sull' arco stesso, e che viene fissato a cerniera. *Lovis* ha sostituito a questo meccanismo una palla d' acciajo fornita di un perno, e che girando sull' arco in tutti i sensi rende assai più comodi i moti della leva.

Esposti i diversi stromenti necessarj per cotesta operazione, noi sciegliamo quelli, che servono a rendere la medesima più facile, e più sicura, che è quanto dire anteporre l' albero a punta fissa. Fà di mestieri qui il riflettere, che facendosi uso di questo stromento può accadere, sebben raramente, che il pezzo di osso segato non resti tra la corona, e la punta stabile del trapano, quindi è necessario avere uno stromento per estrarre il suddetto pezzo d'osso, restato sopra la dura madre. L' elevatore di *Heine* non si può in questo caso

PARTE SECONDA
CHIRURGIA OPERATORIA

CAPO I.

OPERAZIONI, CHE SI PRATICANO SULLA TESTA.

ARTICOLO I.

Della Trapanazione.

Si è già parlato nel primo volume di queste istituzioni Chirurgiche delle ferite, fratture, ed altre offese della testa, nelle quali gli è di necessità l'operazione del Trapano, e si è accennato che essa ha luogo in tutti quei casi, ne' quali esiste depressione di osso con frattura, ed i sintomi sono gravi, e pericolosi; come ancora in quelle circostanze, in cui ancorchè non vi siano segni di frattura, ne vi si trovi ferita all' esterno, pure alle volte dalla contusione, che si rincontra, e dagl' indizj che si osservano nel paziente, come la paralisi di un lato del corpo, congiunta al dolore in una parte del cranio, si può dedurre, che esista uno stravaso nell' interno di esso, onde si possa giusta il sentimento di *Percival Pott*, e *Francesco Quesnay* intraprendere la trapanazione. Noi però abbiamo esposto a suo luogo le ragioni per le quali raramente si debba istituire cotesta operazione nello stravaso di sangue sotto il Cranio, ed altresì ritenemmo, che sebbene per la quantità del sangue stravasato, e per i sintomi, che indicano presso a poco la situazione del medesimo, potrebbe aver luogo la trapanazione; ciò non pertanto possiamo

madre passano per le medesime al pericranio. L'offesa dei seni della dura madre rende ancora pericolosa la trapanazione sulla sutura sagittale, e sulla lambdoidea &c. I più recenti altronde sostengono, che si possa praticare la trapanazione in queste parti senza alcun pericolo, giacchè si hanno degli esempi di questa operazione praticata sulle medesime senza alcun'offesa. Sarà per altro miglior consiglio l'astenersene. Il trapanare su i seni frontali, offre non solo difficoltà nell'eseguire l'operazione per il naturale allontanamento delle due tavole ossee; ma eziandio per la facilità di produrre una fistola incurabile, e quindi deve il Professore evitarlo. Sarà bene anco ra di tener lontano l'osso temporale mentre abbiamo de'casi, ne quali l'incisione del muscolo Crotafite ha prodotto gravi danni. Per altro alcuni Scrittori recenti, e segnatamente *Richter*, *Copland*, *Schmucker*, ed altri sono di sentimento, che possa applicarsi il trapano non solo sull'osso temporale, ma ancora in qualunque parte del cranio, giacchè, essi dicono, se ciò si faccia con cautela nelle anzidette parti accennate resterà l'operazione solo più difficile, ma non mai di pericolo tale da doversene astenere in caso di necessità.

Prescielto il luogo dell'operazione dovrà situarsi il paziente per guisa, che la sua testa sia posta in sito comodo, e stabile, al quale fine si porrà sopra un cuscino ben sodo, si procurerà per quanto si può, che la parte da trapanarsi sia la più elevata. Ciò fatto si verrà all'incisione degl' integumenti. Questa si farà in forma di lettera T o di *V*, che sono le migliori, e da preferirsi alla cruciforme, o alla rotonda da alcuni proposta. Si alza indi la cute col coltello, e si raschia col raspatojo il pericranio, onde lasciare l'osso allo scoperto. In seguito si applica il trapano formato

della sua corona segante, fissata in quell' altezza adattata, affinchè l'estremità puntuta del medesimo agisca come il perforativo, che girando l' albero egualmente, e leggermente verrà a formarsi un piccolo foro, come se fosse fatto dal perforativo stesso. Allora il Professore invece di togliere dall' albero il perforativo, come soleva farsi, abbasserà la corona per guisa, come se la medesima fosse guarnita della sua piramide. Il modo di adoperare la corona del trapano egli è quello di appoggiare la fronte, o il mento sopra il dorso della mano sinistra, la cui palma è situata sul pomo dell'albero, e girare il medesimo leggermente con la destra, fino che siasi ricisa la lamina esterna dell'osso, lo che si capirà dalla minore resistenza, che si sente, e dalla segatura, o polvere di color rosso, che si vede fra i denti della corona, benchè esse qualche volta manchino. Tostochè si è osservato, che la corona ha formato una traccia sufficente, onde non possa più escir di sito, invece di togliere la piramide, e porvi la piccola vite di *Heine* come dovrebbesi fare, se il Professore si servisse dell'albero del trapano a punta mobile, si abbassa soltanto la corona, e nel tempo stesso si pulisce con uno stuzzicadente il solco fatto dalla medesima, e con uno scopettino la corona istessa. Si applica quindi nuovamente l'albero con la corona, ed allora si può fare girare con maggior velocità; in maniera per altro, che resti sempre perpendicolare, affinchè l'osso venga egualmente segato da tutte le parti. In tal guisa di leggieri potrà avvedersi il Professore, che il pezzo d'osso è vicino a vacillare, per lo che condurrà il trapano molto lentamente, acciò non abbia a recidere senza la dovuta cautela la lamina interna del cranio, ed offendere con violenza la dura madre, ed il Cervello.

Quando l'osso è del tutto diviso rimane coll' ajuto della punta stabile dell'albero nella circonferenza della corona. Può per altro accadere benchè di rado, che il segato pezzo d'osso resti sopra la dura meninge; ed allora mediante il nuovo stromento introdotto con la sua branca puntuta nel foro, che esiste nel mezzo dell' osso separato dalla corona, e l'altra in un punto della circonferenza di questo, si giunge ad estrarlo con facilità dal cranio. Estratto poi che sia il pezzo d' osso dal cranio, ovvero che sia egli rimasto tra la corona, e la punta dell'albero si ripeterà la stessa operazione in altri luoghi vicini, se sia d' uopo una maggiore apertura per l' oggetto per cui si è praticata l'operazione. Se la trapanazione siasi eseguita per dar esito al sangue stravasato si procurerà per quanto è possibile, di trapanare nel luogo dove si suppone esistere lo stravaso, lo che per altro non sempre riesce, ad onta dei segni indicati, e creduti i più certi. Fatto il foro si procura l' esito del fluido segnatamente con la situazione adattata della testa. Se lo stravaso si possa supporre sotto la dura madre si aprirà essa col bistorino. Se poi l'oggetto di cotesta operazione sia stato quello di elevare uno, o più pezzi d'osso depressi, non sarà difficile conseguire l' intento facendosi uso della leva già di sopra descritta. Si starà in quest' azione molto attento particolarmente di elevare, o togliere le schieggie di osso, che potrebbono essersi internate nella dura madre, o nel cervello.

Adempito in tal modo l'oggetto per cui si è fatta la trapanazione si dovrà medicare il malato. Si porrà la sindone al di fuori dell'osso, lo che sarà molto meglio, che di applicarla fra il cranio, e la dura madre come si faceva anticamente. Questo impedisce, che le fila entrino frà il cranio, ed

il cervello, o le sue membrane. Sulla sindone si pongono le fila senza bagnarle in cose irritanti, come d' alcuno si pratica, e sarà meglio far uso degli emollienti, applicandovi sopra la compressa, e la fasciatura accennata. Il malato verrà posto nella situazione più propria, e si terrà nella dieta regolata, quiete etc. non tralasciando le bevande antiflogistiche, l'emissioni di sangue, e tutto ciò che può esigere la qualità de'sintomi, che alle volte sogliono sopraggiungere, che noi già abbiamo accennato parlando della cura delle offese di testa. A poco, a poco si vanno in questo modo formando sulla superfice della dura madre, e dell'osso dei piccoli bottoncini carnosi i quali si vengono a riunire fra loro, e formano una nuova sostanza, che supplisce all'osso, che si è tolto, ma non essendo essi di egual consistenza del medesimo fa di mestieri, che il malato dopo la guarigione ricuopra la parte con qualche adattato corpo, che lo difenda dalle ingiurie dell'aria, ed impedisca con la sua compressione l'ernia del cervello. Il Professore medicherà la piaga due volte il giorno, o più spesso secondo il bisogno, e giusta la qualità della materia, che la suddetta fornisca. Se sia necessario si adopereranno ancora delle injezioni di decotto d' ipericon, di meliloto &c.

ARTICOLO II.

Della Cateratta.

L' operazione della cateratta consiste nel togliere a lente cristallina dal suo luogo, quando essa sia divenuta opaca, ed impedisce, che i raggi visuali possano nuovamente convergersi fino alla retina. Si è già da noi altrove dimostrata la natura della

malattia, ed i segni della medesima, ne altro ci vi rimane, che di esporre i casi, ne' quali conviene l'operazione, ed i diversi metodi di praticarla. I più recenti Scrittori consigliano di fare l'operazione quando ambedue gli occhi sono affetti da cateratta, e di aspettare, che essa sia matura, ch'è quanto il dire quel punto, in cui non si distingue più che la sola luce, giacchè potrebbe altrimenti accadere, che il paziente deteriorasse il suo stato coll'operazione. Se la cateratta sia accompagnata da amaurosi, ossia paralisia del nervo ottico si crede inutile l'operazione, benchè da qualcuno si consiglia dietro gli esempj di guarigione di codesta malattia. Il Professore *Himly* ci assicura di aver dissipata in molti individui l'amaurosi prodotta da debolezza indiretta per mezzo di raggi concentrati di luce, e diretti nell'occhio affetto, mercè una lente convessa. *Hufeland* dice di aver ottenuto in simili occasioni il medesimo successo esponendo il malato più volte al giorno a guardare il Sole. Noi abbiamo di recente guarito in questo Arcispedale un amaurosi perfetta causata da miasma venereo sotto l'uso delle unzioni mercuriali, fatte alla pianta dei piedi, unendovi un setone al collo fino alla guarigione: Dopo di questa fu stabilito un fonticolo al braccio, e fu tolto il setone. Nei malati, che hanno qualche vizio negli umori non si dovrà eseguire l'operazione della cateratta prima di averlo debellato cogli adattati rimedj, a motivo dell'infiammazione violenta, che può sopraggiungere. In genere tutt'i pratici convengono, che si debba praticare codesta operazione, della cateratta quando il colore opaco della lente è uguale per tutto, e quando i malati non veggono, che debolmente la luce, e distinguono soltanto l'ombra degli oggetti, purchè però l'iride si contragga alla luce forte. Al-

cuni sono di sentimento, che anche senza, queste ultimo segno possa praticarsi l'operazione con esito felice; altri poi credono, che non debba essa eseguirsi senza che siano affetti ambedue gli occhi, poichè stimano, che il togliere il cristallino da un occhio, mentre l'altro sia sano, possa essere a questo di grave nocumento.

Tre sono i metodi di fare l'operazione della cateratta; il primo, e più antico si è quello della depressione, il secondo più recente si è quello dell'estrazione, il quale per altro si è praticato fino dal primo secolo, come riporta *Sprengel* nell'istoria delle principali Operazioni di Chirurgia. Il terzo metodo inventato si è quello della *reclinazione* altrimenti detta *Cheratonissi*, della quale si parlerà in appresso.

Il metodo dell'estrazione ha avuto molto applauso, ed è stato dalla maggior parte abbracciato, abbandonando il primo. In seguito per altro fu da molti, e segnatamente da *Scarpa* rimesso in credito quello della depressione. Se abbiamo da dire il vero sembra, che la depressione sia meno imbarazzante, e più semplice dell'estrazione, ma conviene ancora assentire, che quelli, che vengono operati coll'estrazione ricuperano la vista più perfettamente, che gl'altri, e senza timore di cateratta secondaria, potendosi non di rado nella cateratta col metodo dell'estrazione portar via la lente in un colle capsole.

Per praticare la depressione non sono necessarj altri stromenti, che un ago adattato, cioè piatto, e doppiamente tagliente nella sua estremità. Alcuni Oculisti Inglesi, e Tedeschi, e più recentemente di tutti il nominato *Scarpa* nostro Italiano hanno proposto di curvare leggermente l'estremità, lo che facilita molto l'operazione. Il malato vuole

situato incontro ad una sufficiente luce in modo però, che questa cada obbliquamente sull' occhio, acciò non abbia a restringersi la pupilla, e fattogli coprire l' altr' occhio si farà appoggiare il capo al petto di un ministro situato in piedi dietro il paziente. Esso potrà colle mani tener ferma la testa, e nello stesso tempo sollevare la palpebra superiore colle dita, le quali verranno appoggiate sul globo dell' occhio, onde tenerlo fisso, ovvero sì potrà applicare l' ansa composta di un doppio filo d' argento, e fatta sostenere dal medesimo assistente senza servirsi del così detto *Speculum oculi* inventato da *Girolamo Fabrizio d'Acquapendente*.

Situato in codesta maniera il malato il Professore operante si porrà incontro il medesimo, e tenendo l' ago nella sua mano, come una penna da scrivere, colla destra se l'occhio da operarsi è il sinistro, e se il destro colla sinistra si atterrà al seguente metodo, che è il migliore per deprimere la cateratta. Introdurrà egli l' ago dalla parte dell' angolo esterno dell' occhio nella sclerotica una buona linea distante dalla cornea lucida corrispondendo una mezza linea circa più in basso della metà della medesima, quindi si fa penetrare nella camera posteriore così detta di quest' organo. Quando è penetrato per guisa, che si vegga dalla pupilla, si procura di fissarlo sul bordo superiore del cristallino, ed indi si viene a spingere indietro, ed in basso, tenendolo qualche momento in questa situazione, che si rende orizzontale pel cristallino depresso, nel fondo dell' occhio, e facendo nello stesso tempo alzar il medesimo al malato. Se si manca di questa precauzione è più facile, che la lente risalisca, e produca nuovamente la cecità.

Questo risalimento della lente non è il solo inconveniente che possa tener dietro il metodo della depres-

sione, poichè l' emoragia nell' interno dell' occhio prodotta da lesione della coroidea, ovvero da quella dell' iride, o dei processi ciliari può impedire il compimento dell' operazione per l' intorbidamento istantaneo, che produce nell' umor acqueo, e quindi si rende indispensabile terminare la depressione senza vedersi dall' operatore la pupilla dell' infermo, anzi qualche volta in questo caso per la continuazione dell' emoragia, egli è obbligato ritirare l'ago, ed aprire la cornea lucida per dar esito in un coll' umore acqueo ai piccoli grumi di sangue, e così allontanare una susseguente pericolosa infiammazione dell' organo stesso. Nel deprimere la lente è accaduto eziandio non raramente vederla passare nella camera anteriore, ed obbligare egualmente il Professore ad incidere la cornea per darle esito. Può ancora la depressione apportare l'amaurosi per la compressione esercitata nell' operazione sopra della retina. Varj per altro di questi inconvenienti, o si potrebbono da mano perita non di rado evitare, o rimediarvi qualche volta se per disgrazia si presentano; ma noi che intendiamo parlare ai giovani studenti di Chirurgia, i quali debbono acquistare coll' esercizio della mano quella facilità tanto necessaria per ben eseguire l' operazione della cateratta, non sapremo mai consigliarli di acquistarselo a danno neppur di uno di quei disgraziati, che si sottopongono per necessità ad una operazione, colla quale di sovente caderebbero in una disgrazia anche peggiore della malattia medesima; quindi è, che essendoci per essa un metodo facile, e più sicuro assieme per liberarne il malato, cioè l' estrazione del cristallino, dovremo per conseguenza sempre questa preferire potendosi esercitare sul cadavere, per poi ben eseguirla sul vivente; all' incontro non si possano dimostrare i

situato incontro ad una sufficiente
però, che questa cada obbliquam
acciò non abbia a restringersi
coprire l'altr' occhio si farà
petto di un ministro situa
ziente. Esso potrà colle
sta, e nello stesso tem
periore colle dita, l
sul globo dell' occhi
si potrà applicare l
filo d' argento, e
sistente senza se
inventato da G

Situato in ... mo la
sore operant ... ato, lacera
nendo l' ag ... , che ciò non
scrivere, ... ella lente con un
sinistro ... , ma se questo no
seguent ... sistenza, che presenta la
la cate ... ed i raggi ciliari farà di mes
angol ... esima per mezzo di uno degli stromenti
na ... e questi sono l' ago da cateratta, il cistoto-
do ... *La Faje*, il piccolo bistorino di *Tenu*, e il
de ... llo di *Siegierist* terminante in un ago tagliente,
r ... quali il primo è il migliore, e si introduce per
la pupilla senza aver bisogno di sollevare il lembo
reciso della cornea col cucchiajo di *Daviel*.

Dopo l' apertura della capsula accade per lo più spontaneamente l' uscita del cristallino, altrimenti si lascia un momento l' occhio in quiete, indi con lieve pressione sul bulbo se ne promove l' esito per la pupilla, e da questa per l' incisione della cornea. Può accadere talora, che la lente non passi subito per la pupilla, perchè questa sia troppo ristretta, ed inallora sarà sufficiente prolungare il riposo all' occhio per ripetere in se-

essione la quale si rende sem-
in estremo caso si com-
qualche ora di un leg-
ra le palpebre, e fi-
pilla. Nel caso che
illa esista prima
lmente cono-
come ef-
o innanzi
oglie di bel-
ma dell' opera-
co vegetabile, la

nella cateratta un ade-
uvea che rende difficile
questo caso vi è sempre il
diusura della pupilla prodotto
pregressa, che ha formato l'ade-
i riportiamo su di ciò a quanto
l' imperforazione, o ristringimento
a.

ne altre cautele vanno usate in questa ope-
rispetto lo stato della cateratta. Se essa
sciolta, ossia lattiginosa, o purulenta appena
isa la capsula si vede escire il fluido bianco,
e intorbida la pupilla; ma che uscendo sollecì-
mente dall' occhio la lascia libera restando però
cuni filamenti, ed alle volte porzione del cri-
allino; quindi si è consigliato all' oggetto di
trarli, l' uso delle pinzette, o altro stromento
attato, temendo, che possano apportare impedi-
ento alla visione. In questo caso *Ware* si pro-
ne riportare gran vantaggio dall' uso dell' etere
lforico; e *Scarpa* dice con ragione, che le reli-
ie della lente, alcuni filamenti ec. si fondano

e si fora nello stesso luogo; di poi abbassando il coltello, si viene ad aprire tutta la parte inferiore della cornea lucida. Molti pratici credono necessario per fare questa apertura l' istromento di *Pamard*, o di *Demours* per fissare l' occhio, altrimenti esso si porta involontariamente verso l' angolo interno. Il detto stromento chiamato *Oftalmostato*, ma precisamente quello corretto da *Demours* dicesi, che possa permettere di tenere nel medesimo tempo abbassata la palpebra inferiore colla palma del dito, cui esso è fissato. Noi per altro conosciamo essere il più comodo quello di *Pamard*. Fatto il taglio esce l' umor acqueo, e qualche volta avviene che venga ad escire dal medesimo la lente con la capsula, oppure essa soltanto, lacerando questa che la contiene. In caso, che ciò non succeda si potrà ajutare l' esito della lente con una leggiera pressione sull' occhio, ma se questo non sia bastante attesa la resistenza, che presenta la membrana capsulare, ed i raggi ciliari farà di mestieri tagliare la medesima per mezzo di uno degli stromenti adattati, e questi sono l' ago da cateratta, il cistotomo di *La Faje*, il piccolo bistorino di *Tenon*, o il coltello di *Siegierist* terminante in un ago tagliente, de' quali il primo è il migliore, e si introduce per la pupilla senza aver bisogno di sollevare il lembo reciso della cornea col cucchiajo di *Daviel*.

Dopo l' apertura della capsula accade per lo più spontaneamente l' uscita del cristallino, altrimenti si lascia un momento l' occhio in quiete, indi con lieve pressione sul bulbo se ne promove l' esito per la pupilla, e da questa per l' incisione della cornea. Può accadere talora, che la lente non passi subito per la pupilla, perchè questa sia troppo ristretta, ed inallora sarà sufficiente prolungare il riposo all' occhio per ripetere in se

guito la leggiera pressione la quale si rende sempre sufficiente, benchè in estremo caso si commenda l'applicazione per qualche ora di un leggiero cataplasma sedativo sopra le palpebre, e finalmente la dilatazione della pupilla. Nel caso che l'indicato ristringimento della pupilla esista prima dell'operazione il Cerusico potrà facilmente conoscerlo, ed allora è stato raccommandato come efficace applicare sul bulbo qualche giorno innanzi la medesima un cataplasma fatto con foglie di belladona, o anche servirsi poco prima dell'operazione di una decozione di questo vegetabile, la quale s'inietta fra le palpebre.

Si può riunire talvolta nella cateratta un aderenza tra la capsula, e l'uvea che rende difficile l'operazione; ma in questo caso vi è sempre il ristringimento, o chiusura della pupilla prodotto dall'infiammazione pregressa, che ha formato l'adenza, quindi si riportiamo su di ciò a quanto sporremo per l'imperforazione, o ristringimento ella pupilla.

Alcune altre cautele vanno usate in questa opeazione rispetto lo stato della cateratta. Se essa a sciolta, ossia lattiginosa, o purulenta appena cisa la capsula si vede escire il fluido bianco, e intorbida la pupilla; ma che uscendo sollecimente dall'occhio la lascia libera restando però cuni filamenti, ed alle volte porzione del crillino; quindi si è consigliato all'oggetto di trarli, l'uso delle pinzette, o altro stromento attato, temendo, che possano apportare impedento alla visione. In questo caso *Vvare* si prone riportare gran vantaggio dall'uso dell'etere lforico; e *Scarpa* dice con ragione, che le pelie della lente, alcuni filamenti ec. si fondano

nell' umor acqueo, e quindi vengono distrutti dall' azione de' vasi assorbenti.

Un grande inconveniente, che si può talvolta presentare dopo l' operazione della cateratta col metodo dell' estrazione si è la cecità, prodotta da una susseguente, o preesistente opacità della Cristalloide, come riferiscono ancora *Hoin*, *Zinn*, ed altri onde è, che per impedire la cateratta secondaria, o per togliere la capsula di già affetta debbasi estrarre in un colla lente la capsula stessa col metodo, che in appresso saremo per esporre. Egli è certo però, che le objezioni dei *Carlo Alm. Rudolphi*, *Federico Antonio Jacobi*, *e Francesco Martens* presentano al sistema di *Beer* fautore dell' estrazione della lente in un colle capsule potrebbono scoraggirci su quello, che ci proponiamo eseguire; ma senza entrare nella questione in questo caso da discutersi, cioè se vi sia maggiore aderenza fra la cristalloide, e la lente, o fra la prima, ed i processi ciliari vediamo il fatto cosa ci dimostra. Negli operati di cateratta per estrazione almeno ad un terzo di numero si vede escire la lente, e sua capsula; o prima che il Cerusico v' incida la cristalloide, o anche fatta, che abbia l' incisione si vede seguire la lente; anzi dice *Richter* che qualche volta dopo avere formata l' apertura della capsola si è veduto uscire questa unitamente alla lente dal taglio della cornea lucida, per non essere sufficientemente grande la suddetta apertura della capsula, quindi è certo, che il fatto dimostra almeno non essere sempre maggiore l'aderenza fra la capsula, ed i processi ciliari, che fra essa, e la lente. Si potrebbe ancora dire, che la cristalloide talora si rende morbosamente aderente alla jaloide, ma egli è vero altresì, che tale morbosa aderenza della capsula non di rado si è os-

servata colla lente stessa. Ci sembra pertanto, che senza ricorrere al metodo del Professore *Quadri* cioè all'estrazione laterale, si possa giungere nella maggior parte de' casi a possedere il mezzo per fare l'estrazione della lente in un colla cristalloide, mercè il metodo, che siegue. Alla solita suppellettile si aggiunge un' istromento, che serve per la separazione dell' accennate aderenze fra le capsule, e li processi ciliari. Questo nuovo strumento ha la lunghezza degl' ordinarj aghi da cateratta, fisso sopra di un manico con i consueti marchi per conoscere la situazione del medesimo, allorchè esiste dentro il globo dell' occhio. Egli ha la figura di un quadrato irregolare quasi tagliente nella sua estremità inferiore, avente però la figura non trasversale piana, ma piuttosto leggermente convessa da una parte, e concava dall' altra per così meglio adattarsi alla figura della cristalloide, ne' suoi angoli ottuso, ed in tutto il rimanente ha la figura di un sottilissimo cilindro.

Fatto il solito taglio nella cornea lucida s' introduce in esso, invece dell' ago da cateratta, per incidere la capsula cristallina, il nuovo stromento per modo che la parte concava di questo riguardi quella convessa del taglio della cornea, ed appena entrato nella camera anteriore si rivolge colla convessità in alto, affinchè possa in questa direzione penetrare nella pupilla, e da essa portarsi fino all' unione de' processi ciliari con la parte superiore della capsula della lente, daddove diretto un poco da destra a sinistra, e leggermente in questi moti spingendo all' ingiù, si arriva a distaccare le summentovate aderenze. Di ciò si avvede facilmente l' operatore, per lo che estraendo lo stromento, che ha servito alla separazione della cristalloide coi ligamenti ciliari, viene ad escire

la lente in un colle capsule. Supposto poi che in seguito dei suddetti moti si laceri piuttosto la capsula, di quello che si distacchi la medesima interamente dai raggi ciliari, escirà subito dalla cornea lucida la sola lente, ed indi la seguirà la capsula, la quale si è del tutto separata, come si osserva talvolta nell' ordinario metodo dell' estrazione; ovvero si può dare il raro caso, che si ritardi alcun poco l' escita della capsula; ritardo, che non offre alcuna variazione all' oggetto propostoci, cioè all' estrazione del cristallino, e cristalloide.

Per quello che si appartiene alla cura, che si richiede dopo l' estrazione della cateratta sia stata essa eseguita col nuovo stromento, oppure il caso non ne abbia richiesto l' uso per essere il cristallino escito unitamente alle capsule, oppur queste l' abbiano seguito, appena che si è fatto il taglio della cornea lucida, non differisce punto da quella, che abbiamo esposto parlando della depressione, e lo stesso intendiamo dire de' sintomi notabili, se mai essi sopraggiungono. Si dee usare eziandio quella cautela, che si prescrive in genere nel metodo dell' estrazione, cioè che l' infermo non produca la minima compressione sul globo dell'occhio operato, e faccia tenere altresì lontano qualunque stimolo, che possa generare lo starnuto, quali cose potrebbono produrre l' esito dell' umor vitreo, che essendo in quantità può apportare qualche volta del danno all' integrità della vista. In genere la situazione migliore, che dovrassi permettere all' operato sarà la supina almeno per il primo giorno, e si coprirà l' occhio immediatamente dopo l' operazione con una molle, ed asciutta compressa, la quale verrà sostenuta da un semplice giro di fascia contentiva. Non si dovrà rimuovere l' apparecchio, che per cambiarlo restando esso bagnato di sovente

e nei primi due giorni dall' umor acqueo. Se l'uscita di questo cessa in tal tempo, non si dovrà visitare l' occhio, che dopo otto, o dieci giorni avvezzandolo insensibilmente, ed a gradi alla luce. Al contrario si dovrà osservare nel terzo giorno per rinvenirne la cagione, e rimediarvi senza spaventare l' operato.

Il terzo metodo da noi indicato per operare la cateratta si è quello, che abbiamo nominato della *eclinazione*, ossia della così detta *Cheratonissi*. Questo processo è il più recente di tutti, giacchè non se ne trova alcuna traccia prima dell' anno 1804. Essa è stata inventata dal Professore *Reil*, ed il suo scolaro *Buchhorn* ha pubblicato questo metodo in una sua opera. Il nome di *Cheratonissi* viene da due parole greche χερας *cornu*, e νισσω *punzo*, lo che dimostra bastantemente, che in questo caso non si recide la cornea, come nell' estrazione, non si punge la sclerotica come nella depressione: ma si fa passare l' ago per la cornea lucida col mezzo, che noi passeremo a descrivere.

Questo metodo a rigore non può dirsi in astratto assolutamente nuovo, poichè ne troviamo delle tracce nel *Meyenne* nel 1690, nell' opuscolo di *Col. Vilate* pubblicato nel 1755., nel *Mauchart*, *Richerec.*, ma questi Autori o hanno riportato de' casi isolati, o hanno semplicemente proposto questo metodo senza che poi sia stato da alcuno abbracciato: *Reil* come si è detto è stato il primo a proporlo, *Buchhorn* ha molto sviluppato le sue idee. *Langebeck*, *Graffe*, ed altri si sono poi dichiarati in favore del medesimo. Dalle esperienze di *Buchorn* si crede, che non resta sulla cornea lucida una minima cicatrice, che possa essere di ostacolo alla visione, e che questo metodo è al sommo facile, ed utile nelle cateratte fluide, molli, lattigi-

nose ec. le quali restano difficili ad operarsi cogli altri metodi. *Langebeck* si è dichiarato per questo metodo dopo averlo molte volte eseguito, e ne ha pubblicato il manuale; che egli crede superiore a qualunque altro. *Haan*, il quale nel 1813 ha pubblicato un opuscolo su questo argomento cita varie opere scritte sul medesimo.

Il metodo di praticare codesta operazione si è quanto qui siegue, Si adopera a tal' oggetto un ago non molto diverso da quello di *Scarpa* per la depressione; se non che è meno curvo, più fino, e più sottile: ma resistente, e piccolissima è l'estensione dei margini taglienti, altrimenti nel tempo che la punta del medesimo agisce sulla lente potrebbono essi di leggieri offendere il lembo della pupilla. Il collo poi dell' ago è ancora più sottile. Esso è fornito dei soliti segni sul manico per riconoscerne la curvatura ec.

Siccome per ben eseguire questa operazione è necessario, che la pupilla sia in un certo stato di dilatazione; onde agire con maggior comodo senza però, che essa sia tale, che possa dar passaggio alla lente, così la maggior parte dei pratici injettano nell' occhio due ore prima dell' operazione; come abbiamo di sopra accennato, parlando del metodo dell' estrazione, alcune goccie della decozione di belladona, o di una dissoluzione di estratto della medesima nell' acqua calda, e ripetono questa injezione alcuni momenti prima di operare il malato. Quando con questo mezzo si sia giunto ad ottenere la necessaria dilatazione della pupilla si passerà all' operazione stessa facendo situare il malato, l' assistente; e l' operatore nella situazione medesima, che praticasi nell' estrazione e nella depressione. Il Professore poi deprime la palpebra inferiore coll' estremità dell' indice,

medio della mano, che non opera; e l'unghia dell' indice servirà per appoggio all' ago; il quale si terrà nell' altra mano, come una penna da scrivere. Per introdurre l' ago si terrà in alto la superficie concava del medesimo, e si introdurrà nella cornea lucida nella parte inferiore di essa; ma per guisa, che il foro resti alquanto più elevato del lembo inferiore della pupilla acciò nell' abbassare la punta dell' ago, quando esso è giunto al cristallino non abbia la pupilla a restare offesa. Ciò fatto si passa sollecitamente l' ago per la pupilla, e facendolo penetrare nella lente si abbassa la punta, elevando il manico, e così la cateratta rimane reclinata; indi si ritrae l' ago con precuazione. Se la cateratta sia molle si procura di lacerarla portando i pezzi, o il fluido, che la compone nella camera anteriore. Se nel primo caso la lente rissalisca, o nel secondo restino dei pezzi nella camera posteriore, i quali non vengono assorbiti, si propone di ripetere l' operazione. Fatta la medesima si ricuopre l' occhio, e nei giorni della cura si lava spesso con acquatiepida senza aprire le palpebre. Il regime dev' essere antiflogistico.

Questo metodo secondo i Pratici, che l' hanno posto in opera sembra meritare molta preferenza sull' estrazione, e sulla depressione. *Bachers* crede preferibile nei bambini, nella cateratta congenita, negl' Individui, ne' quali la fessura ciliare è troppo ristretta, o che hanno gli occhi troppo profondi, in quelli, che attaccati dalla cateratta in un sol' occhio desiderano di essere operati con sollecitudine, in quelli affetti da spasmi, disposti ad una infiammazione.

Sebbene codesto metodo si creda preferibile sta il sentimento dei suddetti Autori agli altri modi testè descritti pel minor numero delle par-

forma la cicatrice della ferita. Il secondo inconveniente maggiore del primo si è, che volendosi aprire l'irride in questo modo non è possibile di evitare l'offesa, coll'ago, del cristallino, e della sua capsula, lo che produce l'opacità di queste parti, e quindi la perdita della vista, essendo ben difficile ad accadere un caso simile a quello, che ci riporta *Mauvoir*, che il cristallino una volta opacato ritorni nella primiera pellucidità.

Un altro metodo di fare la pupilla artificiale si è quello di aprire da principio la cornea incida inferiormente, come nell'operazione della cateratta, ed indi fare un taglio nell'irride. *Jeans* si propone eseguire questo secondo taglio con un paio di forbici adattate una mezza linea circa sotto il punto della pupilla naturale, dalldove ascende tagliando verso l'angolo interno dell'occhio, per impedire lo strabismo. *Wenzel* poi lo eseguisce diversamente collo stesso stromento, che fa il primo taglio, e contemporaneamente a questo, dandole quasi la medesima figura, colla cautela peraltro di ascendere un poco colla stromento nel principiare il secondo taglio verso l'angolo interno dell'occhio. La convessità, che risulta dal taglio dell'irride si propone recidarla con un paio di forbici, quil cosa invero non sempre idee riuscire, per la costruzione naturale della membrana recisa; ed infatti *Beer* per eseguire il taglio della porzione dell'irride si propone assoggettarla con un uncinetto introdotto dalla cornea incida, e recidarla colle forbici di *Daniel*. *Quadri* finalmente crede meglio di voler afferrare la porzione dell'irride con una sottile pinzetta per indi farne la recisione. Questo modo di fare la pupilla artificiale ci sembra, che meriti la preferenza sopra tutti gli altri metodi nel solo caso però di chiusura, o restringimento della pu-

pilla, accompagnato dall'opacità della lente, e dall'aderenza colla cristalloide, la quale può nello stesso tempo venire in parte recisa, dando luogo eziandio in seguito all'estrazione della lente cateratto-sa, e di altra porzione di capsula, che si rende necessario estrarre.

Finalmente si è di recente imaginato un nuovo metodo di formare la pupilla artificiale, che consiste nel distaccare l'irride dal ligamento ciliare per l'estenzione di 2, o 3 linee. Di questa invenzione, sembra, che siamo debitori al Professore *Assalini*.

Il modo peraltro di praticare il nuovo metodo è vario. *Beer* dice d'introdurre l'ago come per la depressione della cateratta nella camera posteriore dell'occhio, ivi spingendo la punta dello stromento fra i processi ciliari, e traforando colla medesima la porzione esterna dell'iride, entra nella camera anteriore, nella quale dirigge la punta dell'ago verso l'angolo interno dell'occhio fino alla unione fra i ligamenti ciliari, e l'iride, che portandolo allora all'indietro ne forma il distaccamento, e nel ritirare l'ago fa la depressione della lente nell'angolo esterno dell'occhio, se avvene bisogno. *Assalini* si propone diversamente separare il gran margine dell'irride facendo un taglio nella cornea lucida, in luogo ove trovasi opacata, ed introduce per esso la sua piccola pinzetta dentata a molla, colla quale dice il lodato Autore poter distaccare in luogo adattato felicemente l'irride dal ligamento ciliare senza ferire, o lacerare il tessuto, che la compone. *Scarpa* in questo caso introduce il suo ago da cateratta in un punto opaco della cornea, e porta la punta dello stromento nell'orlo marginale dell'irride corrispondente alla distanza della cornea stessa, ed ivi spingendo di-

stacca per due, o tre linee il lembo dell' irride dai ligamenti ciliari, e forma la pupilla marginale. Il nominato Autore dice, che codesta operazione è accompagnata da dolore, e susseguita dai sintomi d' irritazione nell' intiero globo dell occhio.

Alcuni recenti Oculisti si sono proposti egualmente di separare l' irride dal suo gran margine, e dalle aderenze, che possa aver contratte, mercè l' introduzione di un' ago per la cornea lucida, e formare in tal guisa la pupilla artificiale. Questa operazione si è detta *Cheratodialissi*; ma come abbiamo veduto essa si praticava prima dell' invenzione della *Cheratonissi*, da cui ha avuto origine, e si preferisce agli antichi metodi, segnatamente dai *Scarpa*, *Flajani*, e *Richerand*. Per eseguire cotesto metodo si perfora coll' ago la cornea lucida una linea circa in distanza del margine della sclerotica, nel luogo ove è duopo, che sia staccata l'irride, si rivolge la punta dell' ago contro la medesima, e comprimendo, ed estraendo l' ago si forma il distacco del gran margine dell' irride dal ligamento ciliare. Si avverte altresì di non spingere troppo l' ago nella camera posteriore per evitare l' offesa dei processi ciliari, della zona &c. Il Professore *Carlo Donegana* eseguisce l' accennato metodo con un' ago tagliente nella sua parte concava, e con esso però recide dal punto, che ha distaccato il gran margine dell' irride fino verso al centro della chiusura della pupilla naturale, formandosi in tal guisa l' artificiale di figura triangolare. Il medesimo Autore si propone con tutta ragione di evitare col suo metodo l' inutilità della pupilla artificiale, avendogli fatto conoscere l' esperienza, che il margine dell' irride, distaccato soltanto dal ligamento ciliare, e non reciso, si ravvicina alla propria inserzione in forza della circolazione

libera de' vasi sanguigni dell'irride medesimo, come anche è da considerarsi l'opacità, che si forma nell'età avanzata intorno il margine della cornea lucida, cui è sufficiente in codesto caso ad impedire la visione, ancorchè il gran margine distaccato dell'irride non siasi totalmente ravvicinato alla propria inserzione.

ARTICOLO IV.

Della Fistola lagrimale.

Quando la fistola lagrimale sia interna, cioè accompagnata da carie dell'osso unguis, o esterna inveterata, ovvero esista la dilatazione del sacco lagrimale, da non doversi confondere con quella intumescenza del medesimo, prodotta da contrazione spasmodica, non avvi altro mezzo sicuro, che l'operazione, onde liberare l'Infermo da una incomoda, e ribelle malattia.

I molti metodi, che generalmente per lo passato si ponevano in pratica per fare questa operazione potevano ridursi, a due, cioè a quello di deostruire, e dilatare le vie lagrimali morbosamente ristrette, oppure a quello di formare una nuova strada alle lagrime, perciò si praticava l'introduzione degli stilletti o specilli, ovvero delle cannule di oro per li punti lagrimali, o per la parte del naso, si faceva la perforazione dell'osso unguis col trojcart, o col ferro rovente, o coll'istromento di *Hunter*, ed in seguito si poneva nel foro fatto, una cannula d'argento, o una tasta di radice di Genziana all'oggetto di mantenere l'apertura.

Cotesti metodi per altro sono al presente affatto inusitati, e dai recenti pratici si sostituisco-

no ai medesimi degl'altri, con li quali si giunge a guarire la malattia, e che noi passiamo a succintamente descrivere, prescegliendo quello, che ci viene confermato il migliore dall' esperienza.

Premessa pertanto la situazione del Malato, che dev' essere a sedere, ed esposto ad una sufficente luce con la testa appoggiata al petto di un ministro, il quale la tiene fissa, e nel medesimo tempo distende leggermente in alto, ed all'infuori la palpebra superiore, e preparato che sia il necessario apparecchio si passa all' operazione. Esso consiste per il seguente metodo in un bistorino retto, e stretto, una minugia, a cui vi sia attaccato un filo di seta da una estremità, un filo di refe a più capi, un cerotino adesivo, compresse adattate alla parte da operarsi, ed una fascia circolare stretta.

Disposto il tutto nell' anzidetta maniera il Professore si pone incontro all' Infermo, e gli fa chiudere le palpebre, quindi applica il dito indice della mano corrispondente all' occhio, che dev' essere operato, verso il naso, ed il pollice verso la gota, e coll' altra mano fa il seguente taglio.

Questo si principia sotto il tendine dell' orbicolare tagliando i tegumenti, e penetrando nel sacco lagrimale in un tempo, oppure con due incisioni giusta l' enfiagione, che accompagna la malattia. La direzione del taglio dev' essere alquanto obbliqua, e l' estensione di circa tre linee. Eseguita l' incisione s' introduce secondo la pratica del celebre *Vaccà* nel sacco la minugia, la quale sarà poco più lunga del sacco stesso, e si dirigge poi verso la narice, in cui per il solito non passa subito; ma che facendo con cautela soffiare il naso al malato, non raramente vi si giunge. Quando sia essa penetrata totalmente nella narice

esterna si attacca alla seta già fissa all' altra estremità della minugia il raddopiato filo ben lungo, che forma il setone, al quale si fa percorrere il sacco lagrimale, ed il canal nasale fino nella narice esterna. Ciò eseguito si mantiene in sito ponendo la porzione superiore di esso fra li capelli, involto in un pezzo di carta, e la porzione inferiore con una pallottolina di filo nella narice, mentre si copre la ferita con il cerotino adesivo. Si lascia in tal modo fino al giorno seguente, ed allora levasi il ceroto, e si tira il setone dalla narice, il quale se mai non fosse riuscito far passare nel momento dell' operazione, si tira in sua vece la minugia, che si fa giungere facilmente nella narice facendo soffiare il naso al malato, tenendo però la bocca chiusa, e l' altra narice compressa. Quindi si colloca il setone come abbiamo di sopra indicato.

Il setone in questo caso si rende il mezzo di portare a contatto delle vie lagrimali i medicamenti adattati, i quali servono per distruggere gl' indurimenti, e le callosità, che in esse ritrovansi, e perciò è stato raccommandato non tanto di accrescere gradatamente la grossezza del medesimo; quanto che esso venga imbrattato nel tratto della cura consecutiva con unguento escarotico, per cui si ottenga più sollecitamente l' intento.

Questo metodo del setone offre il vantaggio della fistola lagrimale esterna di evitare il taglio, potendo riuscire d' introdurre la minugia coll' ajuto soltanto di una candeletta, la quale antecedentemente introdotta nell' ulcera preesistente, forma la dilatazione della medesima. Ma siccome cotesto metodo in qualunque modo si consideri, cioè come il mezzo d' introdurre nelle vie lagrimali un unguento escarotico, o come un corpo dilatante

le medesime, giusta la pratica di *Dessault*, è certo, che il tempo d' impiegarsi per la cura è lunghissimo, e ciocch'è più da valutarsi l'Infermo col metodo del setone non è garantito dal pericolo della recidiva. Ci sembra pertanto in tutti casi di fistola lagrimale degno di preferenza il metodo del caustico, il quale è stato conosciuto dagli antichi, ed ora è reso il migliore con qualche immutazione fatta da *Volpi*, con cui si ottiene nello spazio di circa tre mesi la perfetta, e stabile guarigione; esso è il seguente.

Fatto il taglio de' tegumenti, e del sacco lagrimale in tutta la sua estensione senza evitare la recisione del tendine dell'orbicolare, si riempie il sacco di morbide fila, mantenendo dilatati i lembi dell' esteriore ferita, in cui si pone al disopra una piccola compressa, e si mantiene con una fascia a monocolo semplice. Non si rimuove l'apparecchio, che al secondo, o terzo giorno per ivi sostituirne un altro eguale con unguento cerato, compresse ec. Si prosegue con tal medicazione, fintantoche sia estesa la suppurazione in tutto il suddetto sacco. Allora si applica nel fondo del medesimo un mezzo grano circa di pietra Infernale, e si sostiene in quel punto con le solite piccole stuella, con cui esattamente si riempie. Il giorno seguente si ritrova distrutta la pietra Infernale, e formata un escara, che separatasi, si applica nuovamente il caustico nel punto vicino, ed in tal guisa, dice l' autore, proseguesi l'applicazione fino alla totale distruzione del sacco lagrimale, inclusivamente a quella porzione di essa, che esiste al disopra del tendine orbicolare. Ora si seguita la semplice medicatura di fila, fino che sia ben sicuro il Professore della intiera scopertura del sottostante osso unguis. Ciò posto si porta in se-

gnito a contatto di una sola porzione del medesimo la pietra Infernale, colla quale si distruggono poi le callosità, che circondano i lembi della ferita. Si seguita a medicare la parte con sole stuella di fila asciutte, le quali gradatamente si diminuiscono in volume, che giungono poi a lasciare un foro piccolissimo, da cui vedesi sensibilmente una gocciolina di fluido lagrimale uscire da esso, e che si dissipa interamente dopo l' esito di quella porzione di osso unguis, che è stata a contatto dell'anzidetto caustico. Essa è preceduta da un bruciore, e da intumescenza rossastra nell' angolo interno dell' occhio, che convertendosi in un piccolo ascesso, coll' applicazione di un cataplasma emolliente, si apre, e nel foro apparisce la separata porzione del sopranominato unguis, la quale si deve estrarre, e quindi ne siegue in pochi giorni la stabile cicatrice.

Non dobbiamo in questo luogo esaminare, quale sia il vero mezzo con cui la guarigione si rende permanente, cioè se essa dipende dalla totale distruzione del sacco lagrimale, che non pare plausibile, ovvero dal solo restringimento del medesimo accompagnato alla separazione di una porzione dell' osso unguis, e della sottoposta membrana pituitaria: ci basti per ora sapere soltanto, che coll' esposto metodo giungiamo sicuramente a guarire l' Infermo senza pericolo di recidiva, cui non di raro con gli altri metodi era soggetta la malattia in questione.

ARTICOLO V.

Del Polipo del Naso.

Avendo avuto riguardo, secondo i precetti generali alle cagioni, che possono aver prodotta un'

escrescenza poliposa, altro non rimane alla Chirurgia, che offrirci il mezzo per fare l'operazione della medesima quante volte la base non molto estesa lo permetta, e ciò particolarmente per quella escrescenza, di cui parliamo, detta *polipo del naso*. Varj metodi sono stati inventati a quest'oggetto. Nei trattati di Chirurgia ne osserviamo molti, e fino a sei ne sono riportati da *Sabatier* nella sua Medicina Operatoria, che sono l'essiccazione, la recisione, l'estirpazione, il setone, il caustico, e la legatura. Al presente peraltro tutti questi metodi non sono in uso, e si possono ridurre a tre soli, cui con qualche modificazione vengono adattati all'escrescenze polipose qualunque ne sia il sito, che occupano, soggetto però alla Chirurgia, e sono, la recisione, l'estirpazione, e la legatura, giacchè gli altri metodi, o sono troppo pericolosi, come il caustico, o non convengono, che in alcuni casi particolari, come il setone. Fra gli anzidetti metodi accennati, che pongonsi in pratica, la recisione non si adopera, che di raro essendo molto incomoda, ed alle volte può essere ancora dannosa rispetto all'inserzione del polipo, per la quale si potrebbe correre rischio di offendere le parti vicine, e sottostanti, abbenchè *Palletta* abbia voluto quasi generalizzarne l'uso particolarmente ne' tumori poliposi dell'utero.

Per praticare la recisione del polipo del naso è necessario, che la base di esso sia molto stretta, ed abbia la sua origine presso le narici esterne. La situazione del malato sarà a sedere incontro ad una sufficente luce, e facendogli tenere la testa un poco rovesciata all'indietro, ed appoggiata al petto di un ministro, si prende allora il polipo con un piccolo uncino, o errina, e tirandolo in fuori si

recide nella base con un bistorino, cui si averà avu-
to la cura di involgere in una fettuccia, o striscia
di tela fino ad alcune linee distante dalla sua pun-
ta. In alcuni casi in vece del bistorino, adopera-
si la forbice, che riesce più sicura, ovvero il *Kio-*
tomo di *Dessault*. Si adopera ancora il taglio, non
olo per portar via il polipo intero, ma per reci-
lerne eziandio porzione, cioè quando esso occu-
a tutta la narice per modo, che impedisce il far-
e l'estirpazione, o la legatura. Uno degli incon-
enienti più grandi di questo metodo si è quello
ell' emorragia. Se questa sia assai abbondante,
arà duopo il far uso delle stuella di fila imbe-
ute nei liquori astringenti, come una soluzione
i allume, di vetriolo bianco, spirito di vino &c.
na se mai non cedesse a questi ajuti si renderà
ecessario il fermarla coll' istromento di *Lafaje*,
i cui abbiamo già altrove parlato, e che produ-
: una compressione alla narice interna, ed ester-
. Questa compressione si può formare ancora
ll'ajuto di una corda di violino, la quale s' in-
oduce dalla narice esterna nella bocca, ed ivi
gliata con un pajo di pinzette vi si attacca un
obetto di fila, che serve a chiudere la narice
terna, portando nuovamente dalla parte del naso
detta corda; ed in seguito si riempie la narice
erna di fila imbevute negli anzidetti fluidi, le
ali servono eziandio a mantenere in sito la mi-
gia, che sostiene la compressione per la narice
erna.

La estrazione del polipo del naso, che si fa
a la pinzetta di *Josephi* segnatamente nei polipi
lto voluminosi, la quale s' introduce una bran-
dopo l' altra, ed indi si congiungono coll'adat-
a vite ha luogo in tutti i polipi, che non solo
o teneri, o abbiano una base stretta, e non

molto dura, detti mucosi, o vescicolari; ma di più, che non abbiano origine nella parte superiore delle narici anteriori, essendo in tal caso difficile, ed anzi impossibile portarvi la pinzetta, ed eseguire con essa quel moto necessario di rotazione.

Per estirpare un polipo della indole accennata si farà situare il paziente nella maniera medesima, che abbiamo indicato, parlando della recisione, procurando di fare elevare la testa per modo, che la luce entri nella narice, allora s' introducano le pinzette fino alla radice del polipo, con le quali si afferra, si torce leggermente, ed indi si strappa ritirando lo stromento. Fa duopo ripetere più volte questa manualità, giacchè i polipi teneri, e vescicolari di rado possono strapparsi tutti interi; ma vengono sovente a pezzi. L'emorragia nell'estirpazione del polipo non è ordinariamente molto considerabile; ma in caso ciò accada si farà uso per arrestarla dei mezzi già descritti.

Estirpato il polipo dovrà esaminarsi la narice per vedere se siavi alcun residuo del medesimo, lo che non è raro, ed a quest'oggetto s' introdurrà un dito nella narice stessa. In caso, che sia rimasta qualche porzione del polipo, o si presenti altro polipo preesistente si ripeterà l'operazione. Questa diligenza sarà bene farla qualche tempo dopo eseguito il manuale, essendo difficile subito in seguito del medesimo a motivo dell' emorragia; sarà ancora necessario ripeterlo, se il polipo si riproduce. lo che accadè quando la malattia dipende da un vizio generale, il quale non sia stato debellato prima dell' operazione. Se poi provenga dal prolungamento della membrana pituitaria conviene più tosto tentare l' uso dei risolventi, ed astringenti locali, che l' anzidetta estirpazione. Codesti topici vengono in qualchè modo a corrispondere

metodo dell' essiccazione; ma l'apparente escrescenza di cui parliamo, non puossi chiamare polipo del naso, essendo un semplice ingorgamento della membrana *Scheneideriana* prodotto per lo più da cagione interna. Qualora unitamente al polipo della narice anteriore ve ne sia unito un altro, che esista nella narice posteriore, dopo estirpato il primo si dovrà svellere il secondo, e questo si farà, schiantandolo colle pinzette curve, e portate dietro il velo pendulo; procurando però di non offendere la grossa piegatura della profonda cavità, in cui quasi sempre è occultata la sua base, altrimenti allo sbarbamento si preferisce la legatura, fatta come vedremo qui appresso.

La legatura del polipo è il metodo il più antico per la cura del medesimo, e conviene principalmente nei polipi di base molto stretta, e di figura piramidale. Molti sono gli stromenti inventati questo fine. Quello di *Dessault* consistente in na cannula, un portanodo, un serranodo, così hiamati, e forse il migliore, il quale può ridurli alla sola cannula, ed al serranodo; ma non rende per questo facile un operazione, che per se essa presenta molte difficoltà risguardanti l' adenze, che possonsi esser formate tra il corpo del olipo, e le parti, che lo circondano, non che la strettezza della parte fin dove debbonsi portare i accennati stromenti. L' istromento di *Fallopio*, elineato da *Leuret*, che è stato preferito prima dell' tro, consiste in due cannule di argento riunite sieme, ed in cui passa un filo del medesimo mello, che forma un' ansa entro cui si fa passare polipo, e che poi tirandosi, viene a stringerlo, procurarne la caduta.

Determinato, che sia il Professore ad intrandere la legatura del polipo, che egli giudica

conveniente, si farà situare il malato nella posizione accennata di sopra, e si diversificherà l'esecuzione secondo il luogo ove esiste l'escrescenza, cioè nella narice anteriore, o nella posteriore. Nel primo caso s'introducano per il naso la cannula, ed il serranodo di *Dessault* muniti ambedue del filo con cui devesi eseguire la legatura, e nel foro del serranodo un secondo filo, il quale da una parte formi un ansa, e dall'altra restino le due estremità. Portati in questo modo l'istromenti sopra del tumore poliposo fino alla sua radice, si tiene fermo il serranodo, e la cannula si gira sopra l'escrescenza per circondare la medesima col filo, che deve formare la legatura. Arrivata la cannula all'altra parte del serranodo si fa passare l'ansa intorno ad essa, indi tirando le due estremità della medesima, si fa scorrere su tutta la cannula, e si fa detta ansa cadere finalmente sull'estremità del filo, che ha circondato il polipo, per quindi trasportare il medesimo filo nell'occhiello del serranodo seguitando a tirare l'estremità dell'ansa; Ciò fatto resta il polipo circondato dal filo, ed altro non rimane che stringerlo mercè il serranodo, avendo di già nel cader dell'ansa sul filo ritirata la cannula. Ora pertanto si tirano l'estremità di questo filo per stringere il polipo legato, e si fissano nella fenditura, che esiste nell'estremità inferiore del serranodo medesimo. Cotesta costrizione produce esigione nell'escrescenza, e più o men dolore nella parte. Questo cede mercè le continue injezioni e suffumigj emollienti, e l'escrescenza cade circa il settimo, o l'ottavo giorno. Inallora devesi sostituire all'accennate injezioni i leggeri astringenti, che anzi debbonsi portare simili fluidi col mezzo di fila in essi imbevute a contatto del punto, ove esisteva la radice del polipo, e procurare così un

solida cicatrice. Nel secondo caso poi, cioè se il polipo resti nella narice posteriore si dovrà principiare l'operazione coll' introdurre lo stromento di *La Faje*, o una piccola sciringa elastica dalle narici nella bocca, ove si prende con una pinzetta, e vi si attacca un filo, che deve formare la legatura del polipo, e due estremità di un secondo filo, i quali dopo che siasi ritirato lo stromento lasciano dalla parte della bocca, l'ansa, ed una estremità del primo filo, nel tempo che l'altra pende dalle narici, unitamente alle due estremità dell'ansa. Ora s'introduce nella cannula di *Desault* la sola estremità del filo, che resta fuori dalla bocca, e quindi si porta la detta cannula sotto il corpo del polipo, che ritrovasi nelle fauci, con cui girando intorno a questo nella sua base, si trova circondato dal filo. Ciò fatto si passa l'ansa intorno la cannula, ed in seguito si tirano le due estremità di essa dalla parte delle narici, ed in tal modo si fa scorrere l'ansa su tutta la cannula, ed in fine cade sul filo, che ha circondato il polipo. Allora seguitando a tirare le due estremità dell' ansa le tien dietro il detto filo, e passa nella narice anteriore, mentrechè resta inutile la cannula, che lo conteneva, la quale si ritira alla bocca. Le due estremità del filo, che si trovano fuori della narice, s' introducano nell'occhiello del serranodo, che si fa scorrere sul piano delle fosse nasali fino alla radice del polipo, e si forma nella maniera suindicata la legatura del medesimo, usando in seguito le cautele di sopra esposte.

Sebbene il metodo di estrarre il polipo del naso mercè la legatura, viene da qualche autore poco approvato egualmente per la difficoltà, che presenta ne' polipi assai voluminosi, che per gli

accennati inconvenienti, che produce poco dopo l'operazione, ciò non ostante la diversa situazione, e natura di alcuni polipi di cotesta parte obbliga spessamente il Cerusico a scegliere il metodo della legatura, non potendosi, nè con la recisione, nè coll'estirpazione ottenere la guarigione della malattia.

ARTICOLO VI.

Del Labbro Leporino.

Per la cura del Labbro Leporino, si rende necessario di far divenire cruenti i margini divisi del medesimo, di riunirli insieme, e di conservarcili fino alla perfetta riunione. Varie sono le maniere di adempire a queste indicazioni: ma il metodo comunemente usato, ed il migliore si è il seguente. Gli stromenti, che vanno preparati a quest'oggetto sono il bistorino, o le forbici per recidere i lembi del labbro, alcuni aghi, o spille d'argento, o di oro colla punta di acciajo, del refe incerato, fascia, e compresse adattate. Per tagliare i lembi il bistorino à il vantaggio sulle forbici, che non produce contusione come dicesi, che queste alle volte fanno, ma esse riescano per altro assai più comode, motivo per cui in molti casi, e segnatamente nei bambini, che è difficile tener fermi, e ne' quali le parti sono più tenere vengono le suddette preferite. Per fare dunque l'operazione dee situarsi il paziente incontro la luce, col capo appoggiato al petto di un ministro, che lo sostiene colle sue mani, e nello stesso tempo tenendole sulla faccia, procura di tirare innanzi gl'integumenti, acciò si renda più facile al Professore il riunire insieme i labbri. In

questa situazione il Cerusico prenderà con le dita la parte sinistra da recidersi, e con le forbici, o col bistorino ne taglierà tutto il lembo, avvertendo però, che se adoperasi questo ultimo stromento, di porre prima fra il labbro, e la gengiva una lamina sottile di legno, o di cartone per difendere le parti sottoposte. Cotesto stromento merita la preferenza nel caso, che vi sia durezza negli orli della fenditura congenita, come n' è di avviso *Richerand*. In genere si deve avvertire di recidere fino alla riunione dei due lembi, acciò non resti porzione, che non sia resa cruenta. A tal proposito raccomanda *Monteggia*, che l' orlo della suddetta fenditura prenda dopo la recisione la figura di un piano inclinato dall' indentro all' infuori, tagliando minor sostanza da questa parte, che da quella della bocca, e rendere così più solida la cicatrice per la maggior larghezza del piano fatto. Questa maniera di formare la recisione degli orli non ci sembra preferibile all' altra per le difficoltà, che s' incontrano nel farla esattamente, ed in particolare se si eseguisce colle forbici, e che quindi usando gli aghi per la riunione; non vi è con essi una maggior forza mitiva dalla parte della bocca, che vi si richiederebbe; ma piuttosto potrebbesi ciò ottenere mercè fili nella parte esterna.

Dopo che siansi resi sanguinolenti i lembi del labbro, avendo eseguita la riunione prima del lato sinistro, e poi del destro si dovranno porre a mutuo contatto, e questo si farà per mezzo degl' aghi. A tal oggetto s' introdurrà un ago alla distanza di due linee circa dalli lembi del labbro, e vicino all' orlo del medesimo, osservando, che le due parti siano esattamente a livello. S' introduce l' ago nella grossezza del labbro per modo, che vada

un poco in alto trapassando circa due terzi dell' anzidetta grossezza. Ciò fatto si fa penetrare nella destra porzione del labbro, facendo il medesimo: ma però in senso opposto. Il primo ago dev'essere introdotto circa una linea sopra il margine inferiore del labbro, e dopo di esso se n'introduce con lo stesso metodo uno, o due altri secondo l'età del paziente, e la lunghezza della fenditura. Situati gli aghi necessarj vi si passa sopra ad ognuno un' ansa di refe incerato, la quale si ripassa alternativamente da una estremità dell' ago, all' altra, onde tenere i lembi della ferita a mutuo contatto. Sotto l'estremità degl' aghi si pongono delle picciole compresse, acciò non ne restino offese le parti vicine, e ponendo ancora delle compresse sulle gote per tenere continuamente in avanti le parti, onde facilitarne la riunione, si mantiene il tutto in sito con una adattata fasciatura detta comunemente la *Fionda*. La regola di cura è molto semplice consistendo il tutto nel procurare, che il paziente non muova punto la parte operata. Dopo tre giorni si visita la ferita, che ordinariamente è riunita, e lasciando per altri due, o tre giorni gli aghi per precauzione particolarmente l'inferiore, si levano dopo questo tempo ungendone l'estremità, onde renderne più facile il passaggio. Si raccomanda ancora dopo l'estrazione dell' ultimo ago di porre sulla parte un ceroto aglutinante per assicurare sempre più salda la riunione.

Questo è il metodo più comune di curare il labbro leporino semplice; ma a questo proposito vi sono delle osservazioni necessarie. Qualora la fessura esista ancora nel palato, come sovente accade, l'operazione si pratica nella medesima maniera, e dopo ottenuta la riunione delle parti molli si viene a poco, a poco da se stessa a riunir

ancora la fessura delle ossa, e ciò accade tanto più presto, quanto più giovane è il soggetto. Riguardo alle cattive conformazioni degli ossi, che possano impedire la riunione delle parti molli, alcuni hanno proposto la recisione, ma altri, e segnatamente *Dessault* credono preferibile il comprimerle per qualche tempo prima dell' operazione. La sutura secca, che molti raccomandano temendo gli effetti dannosi della cruenta, non dee in conto alcuno a questa preferirsi, sì perchè la sutura secca riesce sempre inefficace alla riunione delle parti recise, sì perchè i danni che seco porta la sutura cruenta non sono in cotesta parte di alcuna conseguenza. Nei bambini operati del labbro leporino si deve attendere, che con le grida non facciano muovere la sutura, ed i spilli, per lo che non si lascierà mai loro mancar il nutrimento necessario, e si farà uso ancora di qualche opiato. Conviene eziandio esaminare se in essi accade alcuna emorragia forte, essendo questa ne' suddetti molte volte difficile a riconoscersi, atteso che, in particolare nel sonno inghiottono facilmente il sangue, che esce dalla ferita.

Se il labbro leporino sia doppio ogni volta che la porzione di mezzo sia piccola, e che consiste semplicemente in un bottone carneo si potrà recidere, e poi passare all' operazione, come si è detto parlando del labbro leporino semplice; se all'opposto questa porzione media sia molto larga, ed il recidere la medesima portasse troppa perdita di sostanza, è necessario renderla cruenta da ambi i lati, e fare l' operazione doppia. Alcuni Autori consigliano di eseguirla in due volte, e di non praticare la seconda, se non sia già riunita la prima incisione. Altri fra i quali *Richerand* sono di opinione opposta, sostenendo che sia meglio il farla in

una sola volta, cioè incidere una parte, e dopo subito l'altra, riunendole insieme col metodo esposto di sopra; molto più, che la porzione di mezzo spesso non arriva all'orlo del labbro, ed allora essa non s'infilza, che nell'ago superiore, ponendo i soli lembi del labbro a contatto nella parte inferiore. Qualche volta accade, segnatamente nel labbro leporino doppio, che vi sono alcuni denti fuori di sito, che rendono difficile il mantenere le parti recise a mutuo contatto. Se essi sono alquanto elevati debbonsi con la compressione adattata, e prolungata per più giorni, portare al loro luogo, ed in caso poi di necessità estrarli prima dell'operazione.

CAPO II.

DELLE OPERAZIONI, CHE SI PRATICANO SUL COLLO.

ARTICOLO I.

Estirpazione delle Tonsille.

Il gonfiore infiammatorio delle tonsille obbliga molte volte a recidere le medesime: operazione che viene conosciuta sotto il nome d'estirpazione, sebbene realmente non possa chiamarsi tale, non estirpandosi mai esse interamente. La recisione di codeste glandole può aver luogo nelle infiammazioni violenti delle medesime, se per altro arrivano al punto di minacciare la soffocazione del malato; ma ordinariamente queste infiammazioni violenti nelle tonsille si dissipano più sollecitamente, e facilmente di quelle croniche, le quali si succedono l'una all'altre, e spesso vi producono un ingorgamento, che non è possibile dissipare, ed obbliga quin-

di il professore a reciderne porzione, giacchè difficilmente cede ai rimedj risolventi per quanto eglino siano attivi.

Varj sono i metodi, che vengono proposti per questa operazione vale a dire i caustici, la legatura, ed il taglio. Il caustico è poco da adottarsi essendo un metodo, che oltre l' essere spesso inutile è difficile a porsi in opera, ed inoltre riesce sovente pericoloso attesa l' offesa, che possono riportarne le parti vicine. Altri hanno al caustico preferito il fuoco, e si hanno degli esempi, che esso sia riuscito vantaggioso; ma al presente non è in uso presso i migliori pratici, eccettuato al più il caso, in cui vi sieno dell' escrescenze fungose.

La legatura resta di molto difficile applicazione, e porta de' gravi incomodi alla parte. Il metodo migliore si è quello di *Dessault* consistente nell' afferrare la tonsilla con una pinzetta uncinata, e fare indi passare sulla medesima un ansa di filo, che poi si porta sulla glandola fin dove è necessario. Si stringe quindi essa collo stromento adattato, e serrando ogni giorno più il nodo si ottiene la caduta della porzione della glandola. *Chevalier*, dopera un ago, col quale passa il filo nella tonsilla con nodo scorsojo, e così crede rendere più facile la legatura.

Qualunque metodo per altro si adoperi per legare la porzione della tonsilla da estirparsi, è sempre di gran lunga preferibile a questo metodo il taglio, essendo più facile, meno doloroso, e meno incomodo. Varj stromenti sono stati inventati per recidere la tonsilla, cioè il *Kistomo* di *Dessault*, varie specie di bistorini, e di forbici, come ancora varie sorta d'errine. Gli stromenti per altro, preferiti al presente, sono una errina doppia, colle

punte di acciajo, ed un coltello di lama piuttosto corta, e non tagliente, che nella sola estremità, montata sopra di un manico lungo, e fisso.

Preparati questi stromenti si farà porre il malato a sedere incontro alla luce con la testa alquanto rovesciata all' indietro, ed appoggiata al petto di un ministro, che la tiene ferma. Si farà tenere al paziente la bocca aperta situando due corpi un poco resistenti fra i denti molari, e si farà abbassare la lingua per mezzo di una larga spatola. Se il Professore sarà ambidestro si porrà avanti il malato, in caso diverso, si porrà dietro le spalle del medesimo, dovendo operare sulla tonsilla destra. In questa situazione prenderà egli l' erina doppia, con la quale fisserà la glandola colla mano sinistra, allora con la destra prenderà il coltello di sopra accennato, e principierà a recidere la tonsilla dalla parte inferiore, fino verso la metà di quella porzione della glandola, che si deve levar via; ciò fatto porterà il tagliente dalla parte superiore verso l' inferiore, e si compie la recisione. Non si deve estirpare il tutto in un sol taglio principiando dalla parte inferiore, giacchè si correrebbe rischio di offendere i pilastri, ed il velo pendulo, e se si principiasse dalla parte superiore potrebbe la porzione di glandola separata rovesciarsi sulla laringe, e produrre il vomito, impedire la continuazione del taglio, e porre il paziente ancora in pericolo di soffocazione. Accade sovente nel tempo dell'operazione, che il paziente provi o degli sforzi di vomito, o degl' insulti di tosse; ed in questi casi è necessario ritirare gli stromenti dalla bocca, onde lasciar passare l' irritazione. Quando siano affette ambedue le glandole, se il paziente sia in istato di sopportarne la recisione nello stesso tempo, si potrà immediatamente dopo recisa

a prima passare ad operare l'altra, se poi il ma-
ato sia troppo sensibile, se l'emorragia continui ec.
llora si dovrà attendere, che sia guarita la pri-
na, rimanendo molto incomodo il fare la seconda
perazione prima di detto tempo, attesa l'infiam-
azione che ne segue, e che oltre rendere dolo-
osa la parte impedisce, che la bocca possa aprir-
quanto è neeessario.

Il sintoma, che merita maggiore attenzione, do-
o estirpata la tonsilla, si è l'emorragia: ma questa
i rado suol essere d'importanza attesa la piccо-
zza de' vasi, che vanno a questa parte. E' ne-
ssario inoltre una piccola effusione di sangue lo-
le prevenendosi così una forte infiammazione. Per
restare il sangue sarà molto utile il praticare de'
rgarismi di ossicrato, i quali saranno sufficienti
l'oggetto. L'uso della pietra infernale è da ri-
ovarsi essendo essa di poco vantaggio, e mol-
pericolosa, se viene a rompersi, o cadere nel-
fauci. La guarigione della ferita è ordinaria-
nte assai sollecita, e non richiede rimedio al-
o. Se per altro nascano escrescenze fungose, le
li ritardino la circatrice, dovranno esse venire
rpate, o meglio ancora si adopererà il fuoco
a dovuta cautela, o altri caustici locali. Se sia-
per altro di natura venerea, come sovente ac-
, vi si unirà la cura interna adattata.

ARTICOLO II.

Della Broncotomia.

operazione detta della *Broncotomia* consiste nell'
tura delle vie aeree, distinta quindi in laringo-
ia, e tracheotomia, secondo che viene aperta
aringe, o la trachea. Tre sono i casi più fre-

quenti, nei quali può essere necessaria questa operazione. Il primo è quello di un' angina infiammatoria, che minacci la soffocazione del paziente; il secondo è quello di un corpo arrestato nella laringe, che impedisca la respirazione; ed il terzo finalmente si è quello di un corpo estraneo introdotto accidentalmente dalla laringe nella trachea. Può ancora oltre codesti casi, che sono i più ordinarj richiedersi la Broncotomia nel caso di compressione sulla trachea prodotta da corpi estranei esistenti nella faringe, in occasione, che la lingua sia gonfia in modo da chiudere le fauci, nel caso di gonfiore eccedente delle tonsille. Molti Autori poi hanno consigliato ancora questa operazione nei casi di sommersione; ma l' esperienze fatte sopra i sommersi provano, che in questi per lo più la morte dipende da tutt' altra cagione, che dall' impedito passaggio dell' aria, e quindi in essi non deesi generalizzarne l' uso, come altresì si deve omettere la Broncotomia in alcuni altri degli anzidetti casi. Quando poi sia indispensabile codesta operazione debbonsi aprire le vie della respirazione quanto è necessario, per dare passaggio all' aria, onde poter continuare la respirazione medesima, o richiedesi un' apertura molto maggiore, onde estrarre da esse un corpo estraneo. Deesi per altro riflettere, che in questo caso molte volte o dagl' impeti di tosse, o di vomito vengono espulsi detti corpi estranei da loro medesimi, e quindi rendesi inutile l' operazione, motivo per cui non deesi essa praticare senza una estrema necessità. Negli altri casi per altro deve il Cerusico procurare d' eseguirla in tempo, riuscendo essa sovente inutile attesa la gravezza della malattia, lo che ha luogo segnatamente nelle angine. Desault ha inventato il metodo di procurare una respira-

zione al malato introducendo delle sciringhe di gomma elastica nella trachea, e questo metodo è quello, che può supplire in alcuni casi alla laringotomia, come in appresso vedremo.

Varj sono stati i metodi imaginati per fare queste operazioni. Alcune volte deesi incidere la membrana, che riunisce le cartillagini cricoide, e tiroide, e s'introduce l'aria fra le medesime, e questo metodo è propriamente quello, che costituisce la laringotomia. Altre volte s'incidono longitudinalmente cinque, o sei anelli della trachea, e ciò forma la tracheotomia, la quale sebbene forse più pericolosa dell'altra a motivo dell'offesa de' vasi sanguigni considerabili è tuttavia secondo alcuni necessaria, qualora si tratti di tirar fuori de' corpi estranei introdotti nella trachea. Variano poi le opinioni degl'Autori sullo stromento da servirsi per fare l'apertura, poichè alcuni preferiscono il troicart, ed altri lo stromento del *Bauchot*, che in molti casi può riuscire più vantaggioso, e più comodo particolarmente per tener fissa la trachea. Noi descriveremo brevemente due metodi, la laringotomia cioè, e la tracheotomia, essendo la prima preferibile in alcuni casi, ed essendo la seconda in altri indispensabile.

Per praticare la laringotomia si deve preparare la necessaria suppelletile di stromenti consistenti in un bistorino, una cannula, due errine, una incetta, la quale si ricuopre di una fittuccia, onde ne resti scoperta la sola punta, un pezzo di ferro, compresse aperte, un pezzo di taffettà, o di velo, ed una fascia a quattro capi, ed una spugna per asciugare il sangue. Preparato il necessario si farà situare l'infermo in una comoda posizione, che sia segnatamente adattata a render facile la respirazione. Alcuni preferiscono, che il

paziente sia seduto sopra una sedia, altri che resti coricato nel letto. Il Professore dovrà regolarsi secondo le circostanze procurando peraltro, che il capo sia ben fissato, e portato alquanto in addietro, onde possano restar tesi i tegumenti, e le altre parti della regione anteriore del collo. Restando il paziente in questa situazione il Professore formerà una piegatura nei tegumenti, e farà un taglio dei medesimi fino che si arrivi a scoprire il ligamento crico-tiroideo. Ciò fatto si deve asciugare il sangue, onde esso non entri nella trachea, quando sarà aperta la laringe. Questo si ottiene facilmente con una spugna, e si adopera l'acqua fredda per fermare l'emorragia, se essa non cessi spontaneamente da se medesima. Quando non esce più il sangue s'inciderà il ligamento crico-tiroideo, e s'introdurrà nell'apertura una cannula, onde lasciare il passaggio all'aria. Fa di mestieri in questo caso la massima cautela per impedire, che una qualche porzione di sangue non entri nella laringe, e non produca della tosse, che renda molto difficile il continuare l'operazione. A quest'oggetto sarà utile il servirsi dello stromento di *Bauchot*. In qualunque modo peraltro siasi fissata la cannula nell'apertura della laringe si dovrà essa tenere in sito fissandola intorno al collo. La maggior parte degl'Autori consigliano di porre sulla cannula un pezzo di velo onde impedire, che entrino nella medesima gl'insetti, o altri corpi esistenti nell'aria, i quali poi possano irritare la trachea. Alcuni al contrario credono inutile questa precauzione, anzi dannosa, poichè il velo si ricuopre ben presto di un muco, il quale impedisce il passaggio dell'aria, ed a questo fine credono anzi, che sia cosa utile la cannula. Per medicare la ferita

esterna si riunirà essa con un pezzo di ceroto finestrato, e con delle compresse, e fascie, parimenti forate nel mezzo, onde dar passaggio alla cannula. Sarà ancora necessario fissare con una fascia il capo, acciò ne' varj movimenti del medesimo la ferita della laringe, non si levi dalla direzione della ferita esterna, da cui abbia da escire la cannula, ovvero s' insinui l' aria sotto i tegumenti, e formi un enfisema. Resta quì ad avvertire, che molte volte la cannula, che si lascia nella ferita può rimanere dopo qualche tempo piena di muco, il quale impedisce il passaggio dell' aria, ed il malato corra egualmente pericolo di restar soffocato. Varj sono stati i metodi proposti per rimediare a questo inconveniente; ma la difficoltà maggiore in questi casi è di pulire la cannula senza estrarla, giacchè tirandola fuori dal forame della trachea, resterebbe impossibile l' introdurla di nuovo, e potrebbe facilmente produrre un enfisema. Il miglior metodo sembra quello raccomandato da *Martine*, e da *Ficker*, cioè d' introdurre due cannule una dentro l' altra, e lasciando sempre in sito l' esterna estrarre di tanto, in tanto l' interna per ripulirla, la quale preferiscono di gomma elatica, ed alquanto curva secondo il consiglio di *Richter*.

L' operazione accennata della laringotomia conviene in particolare quando si tratta di dar passaggio all' aria in occasione di angina, che rende impossibile la respirazione, ovvero nel caso, che si debba prestar soccorso ad un annegato in cui si trovi depressa l' epiglottide, o che si debba eseguire la legatura in un polipo dell' esofago. Se poi l' impedimento della respirazione dipenda dall' esistenza de' corpi estranei nell' esofago, da tumefazione della lingua, da tumori nelle vicinanze della

trachea, o da ingorgamento considerabile prodotto da una ferita del collo, potrassi in codesti casi preferire alla laringotomia, l' introduzione di una siringa elastica dalle narici nella trachea giusta il metodo accennato di *Desault*. Codesto stromento dev' essere più lungo, e più flessibile di quello, che ordinariamente servesi il Professore per introdurre nella vescica orinaria. Qualora però l'oggetto dell' operazione sia quello di tirar fuori un corpo estraneo caduto nella trachea sarebbe troppo piccola l' incisione suddetta del ligamento crico-tiroideo, ed allora conviene praticare la tracheotomia, ossia l' incisione degli anelli della trachea medesima.

Per fare la tracheotomia si farà porre il malato presso a poco nella medesima situazione di sopra già accennata, e si forma il taglio de' comuni integumenti più lungo di quello, che praticasi nella laringotomia. Esso principierà circa un pollice sotto la prominenza formata dalla cartillagine tiroidea, e si estenderà fino alla estremità superiore dello sterno. Con i comuni integumenti si taglieranno ancora alcune fibre del muscolo *platisma-myoides*, e si divideranno con somma attenzione i muscoli *sterno-joidei*, e *sterno tiroidei*. Devesi adoperare somma cautela per evitare l'offesa dell' arterie tiroidee, dall'offesa delle quali nasce una emorragia molto pericolosa, sia perchè il sangue ripassare dentro nella trachea, sia perchè se ciò non accade l'emorragia esterna è difficilissima a ristringersi, non potendosi legare i vasi atteso il loro gran numero, e non potendosi comprimere non essendovi punto d' appoggio, quindi è che d'ordinario pratici si consiglia di ricorrere in questi casi all' unico rimedio, cioè al ferro rovente. Qualora però, che l'emorragia non sia molto considera-

sarà sufficente un qualche liquore spiritoso, col quale si bagnerà una spugna, che si porterà sulla ferita.

Asciugato il sangue si passerà all' apertura della trachea. Per fare la medesima si scosteranno i labbri della ferita esterna, facendoli tenere allontanati col mezzo di due errine ottuse, ed indi scoperta bene la trachea si pone il dito indice della mano sinistra nell' angolo inferiore della ferita, e fissandone l' unghia fra due anelli cartillaginosi si porta il bistorino sul medesimo, e facendolo penetrare nella trachea s' incidono tre, o quattro anelli di questa dal basso, in alto.

Fatta l' operazione dovrassi subito procurare l' esito del corpo estraneo passato accidentalmente nella trachea. Ordinariamente il solo sforzo della colonna d' aria, che esce dai polmoni, è bastante a spingere fuori il detto corpo, e qualche volta viene cacciato con impeto ad una certa distanza, altre volte poi essendo troppo grande per passare facilmente fra i labbri della ferita viene esso spinto solamente fra i lembi della medesima, ed allora non sarà difficile l' estrarlo. Qualora per altro il corpo estraneo non si presenti immediatamente alla ferita sarà necessario tenerne discostati i labbri con due errine ottuse, ed estrarlo per mezzo di una pinzetta adattata.

Se l' anzidetto corpo esista nelli ventricoli della laringe dovrà parimenti estrarsi al più presto, giacchè sebbene resti spesse fiate in detto luogo senza produrre gravi accidenti, col restarvi per altro lungo tempo, potrebbe pure alla fine cagionare la carie nelle cartillagini della laringe, e la tisi. Questa carie, o l'esistenza di un polipo nella laringe esige eziandio l'apertura della medesima. Per penetrare in detta parte è necessario ta-

gliare longitudinalmente la cartillagine tiroidea, operazione, che eseguiscesi coll' ajuto di un bistorino, di una sonda scannellata di acciajo, e di una molletta ad anello retta, la quale serve per tener dilatati i bordi della cartillagine già recisa, nel momento, che si estrae il corpo ivi esistente, o si spinge in alto per farlo escire dalla bocca.

Questa operazione sebbene sia di grave pericolo, a motivo dell' emorragia, che facilmente sopraggiunge, e dell' ossificazione della cartillagine, che alle volte si rincontra, ciò non pertanto si crede in codesti casi doversi preferire alla tracheotomia, giusta il sentimento di *Dessault*. Questo celebre Professore crede ancora, che si debba preferire la recisione della cartillagine tiroidea alla sezione degli anelli della trachea, nell' occasione di dover estrarre un corpo estraneo dalla medesima, ed avverte, che se in questa ritrovasi il suddetto corpo inoltrato, si dee fendere benanche la cartillagine cricoidea, sezione, che non apporta alcun pericolo, e che si rende sufficente all' oggetto proposto.

In genere fatta, che sia l' operazione sarà bene di non riunire subito le ferite per impedire il passaggio del sangue nelle vie della respirazione, anzi si procurerà l' esito del medesimo al difuori, avvertendo di tenere difesa la ferita dall' aria, e dai corpi estranei. Se sia necessario, secondo l'oggetto, che si è istituita l' operazione; si pone nell' apertura la cannula. La medicatura della ferita dev' essere delle più semplici, ed in generale s'ottiene facilmente la sua riunione, meno il caso di carie delle cartillagini della laringe. Noi ci rimettiamo a quello, che abbiamo detto più a lungo trattando delle ferite della Trachea.

ARTICOLO III.

Della Esofagotomia.

I corpi stranieri arrestati nell' esofago possono essere molte volte cagioni di gravi accidenti, o pel loro volume, o per la loro figura. Il Cerusico trovasi quindi spesso obbligato a togliere i medesimi dal luogo, dove rimangono fissi, e questo si può fare come abbiamo esposto nel secondo volume pag. 171, o spingendoli nello stomaco abbenchè siano corpi di rame, poichè l'esperienza di *Dionard* provano, che i medesimi non passano nelle prime vie allo stato di ossido verde, o estraendoli dalla bocca sia cogli stromenti, come le pinzette curve di *Brambilla*, un pezzo di spugna assicurato ad un filo incerato &c. sia per mezzo del vomito mercè un emetico, o clisteri di decotto di tabacco; o finalmente facendo un' apertura nell' esofago stesso, e tirandoli fuori dalla medesima, e questo ultimo mezzo è quello, che costituisce propriamente l' *Esofagotomia*. Operazione come abbiamo detto in altro luogo delle più difficili, e pericolose, che abbiamo nella Chirurgia; motivo per cui uno de' migliori pratici recenti il celebre *Lassus* non dubita d' avanzare, che egli non crede a motivo del pericolo in cui si pone il malato, che vi sia persona così temeraria, che abbia ardire di fare questa operazione sull'uomo vivente. Infatti non abbiamo esempi di operazione di questa specie praticata sul vivo. Siccome per altro abbiamo presso gli Scrittori molti essempj di ferite dell' esofago guarite felicemente, inoltre conosciamo a questo proposito l' esperienze fatte sugli animali particolarmente dal celebre *Gust-*

tani con esito favorevole, così potendo essere in alcuni casi questa operazione l'unico mezzo di salvare la vita al paziente, noi passiamo a descrivere il manuale della medesima, non essendo impossibile alle volte intraprenderla con esito felice. In genere sappiamo ancora, che le ferite dell'esofago non sono assolutamente mortali, e che possono essere guarite sotto un esatto metodo di cura. I pratici più recenti credono, che si debba aprire l'esofago quando il corpo estraneo non può essere spinto nello stomaco, ne cacciato fuori per la bocca, la sua presenza eccita gravi sintomi, e quando esso resta fermo nella parte superiore dell'esofago. La circostanza per altro più favorevole sarà quando il corpo estraneo forma una prominenza all'esterno, sulla quale si può tagliare senza pericolo, poichè la prominenza stessa, che esso forma ha spinto lateralmente dai due lati i vasi, e nervi, dei quali potrebbe l'offesa essere pericolosa; molto più poi l'operazione sarà indicata, e più sicura se il corpo estraneo abbia prodotto una suppurazione, che formando un ascesso; coll'apertura di questo si da esito al medesimo; ma ciò a parlar propriamente non può dirsi esofagotomia.

Se adunque i suindicati mezzi nulla giovino per dissipare i gravi sintomi prodotti dalla presenza del corpo estraneo, o coll'espellere il medesimo, o col spingerlo nello stomaco, e d'altronde il paziente sia in pericolo di vita, si dovrà prima introdurre una sciringa elastica per la narice nella trachea, ed in tal modo acquistar tempo, impedendo la soffocazione, e somministrando de' calmanti per quindi nell'estremo caso passare all'operazione propriamente detta dell'Esofagotomia. Questa consiste nell'apertura dell'esofago quando ritrovasi nello stato naturale. Per praticare codesta operazione si prepa-

erà il necessario apparato di stromenti consistente in un bistorino retto, un coltellino di avorio, due errine doppie ottuse, una tantola scannellata, una pinzetta anatomica, liste di ceroto, fasce, fila, compresse ec.

Preparato tutto il bisognevole verrà situato il malato orizzontalmente, e se sarà possibile si farà una piega ne' comuni tegumenti alla parte laterale sinistra della trachea, si farà indi un taglio de' medesimi, il quale arrivi dalla parte superiore di essa fino allo sterno, e si procurerà in seguito di separare i muscoli *sterno-joideo*, e *sterno-tiroideo* tagliando la cellulare, che li riunisce, dopo di che s' ingegnerà il Cerusico di avere a poco a poco parte col dito, parte collo stromento ottuso, scoperto l' esofago, tenendo sempre slontanati i labbri della ferita colle due errine: si deve osservare in questo manuale di non offendere il nervo ricorrente, la carotide, la giugulare interna, e l'arteria che va alla tiroide. Per impedire l' offesa del nervo ricorrente, che potrebbe portare l' indebolimento o alterazione della voce, si tirerà lateralmente collo stesso uncino, che tiene dilatata la ferita. Se resti poi offeso qualche ramo arterioso si legherà sul momento prima di passare innanzi all' operazione. Scoperto l' esofago si solleverà leggermente colla anatomica pinzetta, e si farà un piccolo taglio nel medesimo, a cui si introdurrà la tenta scannellata per mezzo della quale si condurrà la pinzetta adattata, afferrando colla medesima, il corpo estraneo, si tirerà fuori.

Fatta l' operazione si deve mettere studio di riunire esattamente la ferita, e questo si otterrà colle liste di ceroto, e colla fasciatura unitiva, ponendo prima a contatto la ferita dell' esofago, e dopo quella delli tegumenti. Per ottenerne la pron-

ta riunione sarà necessario, che il paziente si astenga non solo ne' primi giorni da qualunque cibo solido, ma se sarà possibile ancora dai fluidi contentandosi di semplici clistieri nutrienti. La dieta adunque dovrà essere rigorosissima, e non si concederà il vitto che a gradi principiando con qualche cosa fluida, e passando in seguito alle più solide, e nutrienti, onde prevenire l'infiammazione della parte già irritata, la quale se accade si curerà col sistema antiflogistico.

CAPO III.

DELLE OPERAZIONI, CHE SI ESEGUISCONO SUL PETTO.

ARTICOLO I.

Dell' Estirpazione del Cancro delle Mammelle.

Il Cancro delle mammelle è una malattia, la quale come abbiamo veduto, trattando delle malattie particolari, può riconoscere per sua cagione un vizio generale della macchina, cui può essersi egualmente formato per l'avanzamento della malattia medesima; e quindi contro la diatesi cancerosa nella giova l'operazione, e si rende essa inutile, anzi per lo più dannosa; essendo necessario il contentarsi dei semplici rimedj palliativi; ma eccettuato codesto caso, nella sola operazione è riposta la speranza di guarire la paziente. Dovrà dunque il Cerusico in primo luogo esaminare attentamente se il caso che ad esso si presenta, richieda o nò la operazione. Secondo i migliori pratici il più sicuro tempo per fare la medesima si è nel principio della malattia; affinchè si possa esser certi, che l'infezione non sia divenuta generale. Poco inno

essa, che il tumore scirroso sia ulcerato o nò, ma è necessario che esso sia mobile, che le glandule dell' ascella corrispondente siano libere, che a paziente non abbia difficoltà di respirare, la quale viene prodotta per lo più da dolore nelle glandole assorbenti situate tra le coste e lo sterno, ne abbia dolori vaghi pel corpo. Fuori di queste condizioni l'operazione sarà un semplice rimedio palliativo, mentre sotto le circostanze accennate si potrà attendere un buon esito dalla medesima, benchè la malattia non sia tanto recente. Un cancro adunque di grande estensione, in parte aderente, ed accompagnato da indurimento delle glandole dell' ascella del medesimo lato, rare volte si può operare con buon successo, ma il celebre *Soemmering* ci assicura di aver operati de cancri delle mammelle lasciando intatte le glandole ascellari ingrossate del medesimo lato, le quali sono terminate felicemente. Abbiamo ancora varie istorie di cancri molto estesi, ed esulcerati operati con felice successo, quindi ne anche questo caso sembra, che possa impedire al Cerusico di tentare l' operazione se essa venga indicata da altre ragioni, che è quanto dire non esservi segni di infezione generale; e lo stesso si dice dei cancri occulti, sebbene gli antichi siano di contrario sentimento. Resterà poi l' operazione controindicata affatto se esistano sintomi di diatesi cancerosa, poichè allora la malattia ripullula facilmente, e con maggior forza di prima. Molto a questo proposito peraltro dovrà riflettere il Professore alla natura maligna o benigna del cancro, giacchè nel primo caso poco si può sperare riguardo all' esito felice dell' operazione; quindi sarà necessario, che esamini egli attentamente se la malattia sia ereditaria, il corso, e natura della medesima, le cause, poi-

chè essendo interne universali non ammettono l'operazione senza grande azzardo pel successo giusta il sentimento dei celebri *Frank*, e *Scarpa*; le malattie precedenti della stessa natura, il luogo del cancro la qualità dell' ulcera ec. Se il cancro sia aderente, e vi si possa presumere attaccato dallo stesso vizio il muscolo pettorale, ed anche le coste, sarà difficile estirpare tutta la parte affetta, e perciò difficilmente riuscirà l' operazione, molto meno sarà essa da eseguirsi se sarà attaccata ancora la Pleura. Questi difetti si possono conoscere esaminando l' aderenza del tumore, giacchè secondo il grado della medesima, e la maggiore o minore difficoltà, che accompagna la respirazione, sono essi da presumersi. Finalmente se la malattia si dimostri in altre parti, e segnatamente nelle glandole ascellari del lato opposto, o nella mammella opposta si renderà pressochè inutile l' operazione, essendo questi, per lo più, segni d' indole cancrosa nella macchina. Questa Diatesi sarà pienamente confermata prendendo il Professore attenzione particolare allo stato dell' Utero, posciachè se in esso senta la paziente dei dolori, se soffre un ostinato flusso bianco, delle emorragie ec. sarà segno che questa parte ancora è affetta, e che la malattia non è sicuramente soltanto locale. Qualora peraltro le circostanze tutte, o almeno la maggior parte di esse concorrano ad indicare l' operazione, dovrà il Cerusico riflettere, che il principale oggetto della medesima si è quello di estirpare tuttociò si trova di affetto, altrimenti essa riesce inutile. In primo luogo deve egli preparare la paziente coi rimedj interni, e dieta adattata, e passare indi all' operazione, al quale oggetto preparerà la suppellettile necessaria degli stromenti. Questo consiste in un bistorino convesso nel tagliente, una spatola

una errina, delle pinzette anatomiche, refe incerato, spugne, liste di ceroto, fila, compresse, e fascie circolari. La paziente verrà situata a sedere sopra una sedia più tosto alta, terrà la testa appoggiata al petto di un ministro, e da un secondo si fa sostenere disteso il braccio corrispondente; ovvero sarà situata in un piccolo letto col tronco appoggiato sopra un piano inclinato. Ciò posto si situano degli altri assistenti, che tengono la paziente ferma, se occorre, nella posizione accennata, e che somministrino i necessarj stromenti, e finalmente servino di ajuto al Professore, dal quale situato incontro l' inferma si farà una piega nei comuni tegumenti, di cui ne terrà egli un estremità, e l' altra sarà tenuta da un ministro. Allora col bistorino indicato farà un taglio nel mezzo della piega, e questo taglio sarà proporzionato alla grossezza della glandola da estirparsi tanto nella lunghezza, che dev' essere bastante a dare esito alla glandola, quanto nella direzione, che deve essere secondo la lunghezza della medesima; non potendosi dare un esatta regola se questa debba eseguirsi in linea perpendicolare, o orizzontale. Si potrà ancora fare il taglio sulla glandola stessa senza che vi sia bisogno di tendere i tegumenti per mezzo di una piegatura fatta nei medesimi. Il taglio sarà retto se i tegumenti siano sani, ma se essi siano affetti, o aderenti alla glandola sottoposta, sarà necessario di fare due tagli semielittici lasciando separata la porzione viziata dei tegumenti, e procurando di lasciarne la maggior quantità che sia possibile. Il celebre *Sabatier* parlando del taglio della pelle, oltre le regole di sopra accennate avverte, che si procuri portare il tagliente del bistorino in direzione perpendicolare, giacchè portandosi in direzione obbliqua si verrebbe a formare una

piaga maggiore, ed in sequela più dolorosa. Consiglia ancora saviamente il medesimo Autore, che la ferita nel caso, che si debba portar via porzione di tegumenti abbia una figura oblonga, onde renderne più sollecita la cicatrice, e perciò ottenere, dice *Richerand*, è necessario dare alla ferita una direzione orizzontale, e finalmente avverte il sullodato Autore di terminare il taglio interamente prima di passare ad estirpare la glandola, poichè in caso contrario sarebbe d' uopo di ritornare a dilatare il taglio, cosa, che renderebbe più lunga, ed incomoda l' operazione. E' a questo oggetto precisamente necessario, che il bistorino recida tutta la grossezza degl'integumenti, diversamente nello staccarli si trova, che in molti luoghi il taglio non è arrivato fino alla cellulare, e quindi fa di mestieri ritornare collo stromento, onde farne totalmente la recisione. Lo stesso si dica, se si faranno due tagli semilunari nel qual caso si procurerà, che dove si incontrano i medesimi vengono un poco ad incrocichiarsi, altrimenti si corre di leggieri pericolo, che nel luogo dove essi si riuniscono resti qualche porzione di comuni tegumenti non recisa.

Compito il taglio della pelle con tutte le cautele accennate si verrà all' estirpazione della glandola. A questo fine si deve prendere la medesima con una errina, e si solleva per poterla distaccare col ferro, o con una spatola, da tutte le aderenze colle parti vicine. Alcuni preferiscono di sollevare la glandola colle dita della mano sinistra, ed infatti questo mezzo si rende più comodo dell' errina, molto più, che espone meno le arterie al pericolo di esser recise dal ferro tagliente. La separazione della glandola se non sia aderente è assai facile essendo essa unita per mezzo del semplice tessuto cellulare, che si separa facilmente colle

dita stesse. Sarà bene di principiare a separare la glandola dalla parte inferiore, e poi dalla superiore, e si procurerà, che il muscolo pettorale continui ad esser teso, e se essa sia aderente al medesimo si reciderà ancora la porzione del muscolo, che vi è attaccato, quante volte non riesca di separarla, lo che non si rende molto difficile, se trattasi di semplice aderenza.

Estirpata la glandola dovrà osservare con molta attenzione il Professore se esistono delle altre glandole indurite, o una qualche porzione di cellulare infarcita, poichè se rimangono queste parti divengono esse nuovi germi della malattia, la quale per conseguenza facilmente recidiva. Non dovrà quindi il Professore affrettarsi di troppo, chiudere la ferita, e terminare l'operazione; ma dovrà esaminare attentamente tutte le parti, e portar via collo stesso metodo tutto quello, che egli scoprisse di affetto, o che almeno sembrasse di esserlo, altrimenti si corre pericolo di renderla inutile, dipendendo da quest'attenzione tutto il buon esito della medesima. Riescirà più facile asportare i residui dell'affezzione col mezzo delle pinzette, essendo ordinariamente tali porzioni di cellulare, piuttosto piccole. Se poi le glandole infarcite, e scirrose non restino nel luogo medesimo, dove è stata estirpata la glandola principale; ma un poco lateralmente, per esempio, siano esse le glandole dell'ascella, consigliasi da alcuni di prolungare il taglio de' tegumenti fino alle medesime, e dopo averle operte estirparle collo stesso metodo. *Sabatier*, per altro temendo in questo caso il pericolo dell'emorragia, che potrebbe aver luogo estirpando tali glandole per l'offesa de' grossi vasi arteriosi, che stano vicini alle medesime preferisce d'isolarle

dalle parti vicine, e di legarle, onde vengono poi a cadere colla suppurazione.

Ogni volta che la glandola da estirparsi sia assai voluminosa, o il cancro ulcerato, l'operazione si rende molto più complicata, e difficile, essendo necessario di recidere totalmente la mammella, invece di separarla soltanto in parte. Allora con un bistorino più grande dell'ordinario si faranno due incisioni semilunari sul tumore stesso, la prima inferiore, e la seconda superiore, e si distacca tutto il tumore canceroso dalle parti sottoposte recidendo non solo il tessuto cellulare; ma ancora porzione del muscolo sottostante, lo che è in questa circostanza sovente necessario, anzi si richiede talvolta di raschiare le coste corrispondenti, che principiano a cariarsi; ma in questo caso è molto incerto il buon successo dell'operazione.

Il sintoma più grave, ed incomodo, che accompagni questa operazione si è l'emorragia, che il Cerusico deve impedire per quanto è possibile. A quest'oggetto è indispensabile di legare tutte le arterie, che possono dar del sangue, e questo dee farsi appena estirpato il tumore, poscia che se si medichi la piaga, tralasciandone qualcuna si corre pericolo di produrre una emorragia, che obbliga a togliere la medicatura con molto incomodo, e dolore della paziente. E' stato da qualcuno proposto il caustico, e la compressione; ma il primo produrrebbe una irritazione troppo violenta, e la seconda è impraticabile, perchè acciò essa sia efficace è necessario, che sia tanto stretta, che produce un impedimento tale alla respirazione, che resta insoffribile alla malata. Per rendere più facile la legatura dei rami

arteriosi sarà ben fatto di fare comprimere l' arteria succlavia sotto la clavicola, e così facendo cessare questa compressione si potrà vedere facilmente quali sono i vasi, che debbono essere legati, lo che si farà per mezzo delle pinzette, e filo inserato. Se l' emorragia non sia molto forte, come n alcuni casi può accadere, allorchè il tumore stirpato sia piccolo, e mobile, si crede sufficente l lavare la piaga con acqua fredda, in cui sia sto sciolto un poco di allume; ma dall' anzidetta sattezza nella legatura di ogni benchè piccolo rano arterioso ripetono la maggior parte dei Profesori il pronto, e felice esito della cura. Non mancano però di quelli fra i quali *Teason*, che escludono in questa operazione ogni sorta di allacciatura come non necessaria; ma secondo *Bell*, ed i più accreditati, questa opinione non è la più seguita, e che noi non adottiamo. E' certo del resto, he una perdita di sangue nel tempo dell' operaione non sarà dannosa, che anzi può riescire di ualche vantaggio per la cura.

Arrestato il sangue è di mestieri medicare la iaga, che molte volte presenta una gran superfie. Essa deve essere medicata come le ferite, che ebbono suppurare, e delle quali abbiamo già parto a suo luogo, fuoriche in qualche raro caso, i cui la porzione di glandola estirpata fosse poco nsiderabile, e non si fosse portata via porzione ' integumenti. Si metteranno sulla piaga delle fila quantità sufficiente, e sopra le medesime delle mpresse, che si terranno in sito per mezzo di ia fascia circolare leggermente stretta, senza inmodare peraltro la respirazione. Alcuni credono cessaria la sutura cruenta, quando la piaga sia ccola, ma allora basteranno delle liste di ceroto lesivo.

Fatta l'operazione, e medicata la paziente, si porrà in letto, e sarà bene darle subito un calmante. Nei primi giorni si terrà ad una dieta rigorosa, e si lascierà la fasciatura nello stesso luogo, contentandosi di visitarla di tanto in tanto per vedere se mai venisse del sangue, il quale se fosse abbondante sarebbe necessario di togliere l'apparecchio, e legare, o cauterizzare il vaso, da cui nasce l'emorragia. Si lascierà l'apparecchio per tre, o quattro giorni, e dopo si sostituirà alla fascia circolare quella a sei capi, che resta molto più comoda. A questo tempo essendosi stabilita la suppurazione si medicherà la ferita secondo la regola in genere già data, e se ne procurerà la cicatrizzazione.

Varie osservazioni sono da farsi per la cura di questa piaga dopo l'operazione. Deve il Professore stare bene attento ai sintomi, che possono sopraggiungere nel tempo della suppurazione, ed in particolare all'affezione delle prime vie, che non è molto rara, allora dovrà egli porre in opera gli addattati minorativi, e sarà molto utile l'uso del tartaro emetico. Non di raro la febbre si sviluppa dopo cotesta operazione, e prende marcatamente il carattere di remittente, o di una intermittente perniciosa, ed in questi casi va somministrata la China, come suol darsi nelle febbri di tal carattere; adattando peraltro la dose della medesima alla sensibilità dell'inferma, perlocchè conviene unirvi di frequente l'uso degli antispasmodici, e calmanti. Tutto ciò dobbiamo all'esperienze fatte dal celebre *Dumas* nelle occasioni di grandi ferite, o di grandi operazioni. Quello a cui deve il Professore porre eziandio una particolare attenzione si è lo stato della piaga stessa. Non di raro accade,

che si osservino nella medesima delle piccole escrescenze fungose, o tubercoli, i quali hanno tutti i caratteri del cancro, e minacciano la recidiva della malattia. L' unico mezzo sicuro in questi casi, è l' estirpazione sollecita, fatta col mezzo del bistorino. Altri propongono il ferro rovente, di cui asseriscono essersi serviti con successo.

L' arsenico ancora è stato raccomandato come rimedio specifico, e difatti *Richter* assicura d'averne riportato gran vantaggio nei cancri esulcerati della mammella, unendovi un cataplasma di carote coll' acqua saturnina per facilitare la separazione dell' escara; ma questo terribile veleno dev' essere molto cautamente adoperato anche all' esterno.

Condotta a termine la suppurazione senz' apparenza di nuovo cancro, oppure distrutta mercè i mezzi suindicati si ottiene la cicatrice, dalla quale può ancora qualche volta il Cerusico probabilmente dare il suo giudizio sul pericolo della recidiva. Desso peraltro deve in ogni modo prevenire la medesima col mettere l' inferma in una diligente cura, tanto nella dieta, quanto nei medicamenti. La dieta sarà esatta, l' uso del latte, e dei leggieri minorativi, segnatamente degli antimoniali, saranno indicati. Si procurerà, che la paziente non si esponga ad alcuna cagione irritante la macchina; e finalmente porrà attenzione di non agire molto col braccio del lato affetto, e similmente di non strofinare sulla cicatrice recente, o irritare la medesima, mentre essa potrebbe facilmente riaprirsi. Molti recenti Scrittori di Chirurgia consigliano dopo terminata la cura di aprire un fonticolo al braccio del lato dell' operazione, ovvero in alcuni casi particolari, da noi già esposti nel secondo volume trattando di codesta malattia, aprirlo prima dell' operazione medesima, cui egual-

mente si conserverà per tutta la vita, e che produce la derivazione dell' umore acre, la quale potrà essere ancora di sommo vantaggio per impedire la recidiva.

Ad onta per altro di tutte codeste cautele, non di raro accade, che talvolta qualche tempo dopo fatta l'operazione, e cicatrizzata la ferita, si formano delli tumoretti scirrosi, i quali sono glandole, che acquistano tal carattere. Esse vengono a poco, a poco ad accrescersi, a divenire dolenti, ed acquistare in una parola tutti i caratteri del cancro, motivo per cui non si può più dubitare della recidiva della malattia. In questo caso da alcuni si consiglia di passare di nuovo all' operazione; ma l'esito infelice, che accompagna sovente queste operazioni replicate ha determinato i Pratici più recenti ad abbandonare il pensiero della cura radicativa, e contentarsi della palliativa. Per adempiere a quest' oggetto si fa conto da molti dell' opio; ma esso riesce in molti casi dannoso, ansi che utile, poichè esso aumenta il lentore dei fluidi, e per conseguenza accresce la cagione della malattia, e d' altronde non evvi bisogno di sedare i dolori, i quali in questo caso poco, o nulla si fanno sentire. Il miglior metodo adunque quando siasi formata nuovamente un' ulcere carcinomatosa, è il servirsi di un digestivo composto di China, ovvero della pece, la quale mitiga i dolori, e la puzza, adoperando soltanto l'opio a dosi generose, quando lo richieda la necessità.

ARTICOLO II.

Dell' Operazione dell' Empiema.

In molti casi di stravaso di un umore qualunque nella cavità del Petto, si rende indispensabile l' apertura di esso, onde dar esito al fluido ivi contenuto. Questa operazione è quella, che in Chirurgia dicesi operazione dell' *Empiema*.

Gli antichi si sono serviti del nome di Empiema per denotare uno stravaso di marcia nella cavità del Torace, e da questa denominazione è nato il nome dell' operazione stessa, per mezzo di cui egualmente il pus, che gli altri fluidi stravasati si estraggono. Non è nostro assunto l' indicare quali sieno i segni, che dimostrano lo stravaso di un fluido qualunque nella cavità del Petto, come ha luogo nell' Idrotorace, nell' Idrope del pericardio, nello stravaso di marcia &c. Parlando nel primo Volume delle ferite del petto, abbiamo già accennato quali siano gl' indizj dello stravaso di sangue, e quali, quelli della suppurazione. Si è però qui d' avvertire, che codesta operazione quasi mai deesi istituire nello stravaso di sangue prodotto da ferita del petto, in cui la situazione dell' infermo è per lo più sufficiente, ma in quello che viene formato, o da una frattura all' indentro delle coste, che abbia lacerato il polmone, ovvero da quello, che succede dopo una forte commozione del medesimo. alcune volte il fluido viene a farsi manifesto all' esterno formando un tumore, ed allora si deve aprire in quel luogo stesso, onde dar esito al fluido, sebbene non manchino delle osservazioni di empiema accompagnato da tumore esterno, senza che questo avesse alcuna com-

municazione con la cavità stessa. Egli è alle volte molto difficile il conoscere l' esistenza del fluido nella cavità ; ma in questi avvenimenti alcuni pratici consigliano di azzardare l' operazione, essendo meglio, che essa riesca inutile, di quello, che lasciare l' infermo senza ajuto alcuno. E' necessario peraltro riflettere ancora allo stato del malato, ed in specie alle forze del medesimo, come eziandio non deve il Cerusico tralasciare nello stesso tempo quei rimedj interni, che possono assicurare il buon esito dell' operazione, anzi a questo proposito dice *Macleux*, che possasi talvolta risparmiare l' operazione nell' Idrotorace coll' amministrazione della digitale, diuretici salini, e piccola dose di calomelano. Oltre lo stravaso di fluido nella cavità del petto, può competere codesta operazione negli ascessi della pleura, nelle raccolte di fluido nella cavità del mediastino &c. Anzi si consiglia da altri di aprire il petto, anche nel caso di ascessi dei polmoni.

Riconosciuta la necessità dell' operazione è di mestieri di disporre la suppellettile degli stromenti, e per la medicatura. Essa non consiste, che in un bistorino un poco convesso nel tagliente, un troicart secondo alcuni, poichè molti sono di sentimento, che esso sia pericoloso, potendo offendere il polmone, eccetto il caso d' idrope del pericardio, un pezzetto di tela sfilata da una parte ec. Se trattasi di Idrotorace, una cannula piatta, fascia a corpo, fila, compresse ec. Preparato tutto il bisognevole si deve scegliere il luogo dell' operazione. I Pratici distinguono comunemente due luoghi per dar esito al fluido contenuto nel petto. Il primo dicesi luogo di necessità, il secondo di elezione. Il luogo di necessità è quello, che si deve scegliere quando l' umore contenuto

nella cavità forma una specie di prominenza, ed allora deesi aprire in detto sito a preferenza di qualunque altro. Se poi ciò non accade, ne si scuopre all' esterno alcun indizio del luogo ove esiste il fluido, si aprirà il Torace fra la settima ed ottava costola; se sia dal lato destro, e fra l'ottava e la nona se sia dal lato sinistro per non offendere il fegato, o la milza, non restando il diaframma egualmente elevato in ambedue i lati. Si deve prendere lo spazio medio delle coste, dove esse sono più curve in basso, e si procura di andare dal lembo superiore della costa inferiore per non offendere l' arteria intercostale, che percorre lungo il lembo inferiore della superiore. Alcuni propongono per maggior sicurezza di servirsi di un filo, col quale misurano la distanza della cartillagine *Xifoide* fino alla spina, e dividendo poi il filo in tre parti uguali, fanno l' incisione alla distanza di una di queste parti dalla cartillagine anzidetta. Vi ha ancora chi propone di far mettere il braccio aderente al petto, e far l' incisione quattro dita sotto l' angolo della scapola. Questo metodo può essere utile ne' casi di Edema, di Enfisema, o nella rara circostanza, che il malato sia pingue, lo che impedisce di contare le coste. Qualora finalmente si presenti il rarissimo caso di dovere eseguire l' operazione dell' Empiema per l' idrope del pericardio, il luogo dell' apertura, la quale si estenderà ad un pollice, sarà fra la quarta, e quinta costola del lato sinistro, e quindi si passa alla punzione col troicart dell'accennata membrana.

Destinato poi il sito dell' operazione si farà porre il malato seduto sopra una sedia, o sulla sponda del letto colle gambe fuori del medesimo, coi piedi appoggiati. Si farà sostenere in questa

situazione dai ministri; si farà altresì piegare dal lato opposto a quello, che deve operarsi, e ciò per rendere questo lato più elevato, e nello stesso tempo acciò le coste restino maggiormente distanti fra loro, ed il braccio resterà avvicinato al tronco. In questa situazione farà il Professore il taglio de' tegumenti. Per fare il medesimo si prenderà il bistorino colla mano destra, se debba operarsi il destro lato del petto, e con la sinistra se sia il sinistro, si farà una piegatura nella pelle, e s' incide la medesima secondo la lunghezza delle coste, per lo spazio di circa due pollici. Incisa la cute si taglia la cellulare, ed i muscoli intercostali, avvertendo di tenersi sempre vicino la costa inferiore, onde evitare, come abbiamo detto l' offesa dell' arteria intercostale. L' incisione de' muscoli si farà a strato a strato colla punta del bistorino, ed averà almeno un pollice di estensione. Aperti i comuni tegumenti, ed i muscoli, deve incidersi la pleura; ma in caso di Idrotorace prima di fendere la medesima, potrà sentirsi coll' apice di un dito, facendo respirare il malato, la sottostante fluttuazione, che se questa non iscopresi, consiglia in allora *Richter* servirsi per lungo tempo della ferita fatta come il mezzo di una attiva derivazione, piuttosto che incidere la suddetta membrana. In caso opposto con la guida del dito portato nell' incisione s' introduce il bistorino, e dopo forata la pleura, si pone il dito dietro la punta del bistorino stesso, dilatando così l' incisione fatta. Questa precauzione di ricoprire coll' indice la punta del bistorino, è necessaria per non offendere il polmone, lo che può accadere se il fluido contenuto esca prima di poter ritirare lo stromento, come ancora se non esista stravaso nella cavità, almeno nel luogo, ove si è fatta l' incisione. Al-

cuni adoperano un bistorino bottonato per dilatare l' incisione, la quale sarà più o meno lunga secondo la grandezza dell' individuo, e secondo la qualità dell' umore contenuto. Sarà esso ordinariamente sufficiente, se averà la lunghezza di un pollice circa, meno il caso d' idrotorace, in cui potrà farsi di minore estensione.

Aperta la cavità del torace devesi dar esito alla marcia, o altro fluido contenuto nel medesimo. Se la quantità del fluído sia molto non gli si deve dar esito tutto in una volta, giacchè potrebbe produrre al paziente qualche deliquio, e questo molto più ha luogo se lo stravaso sia di sangue, ancorchè sieno passate 48 ore dalla lesione del vaso, poichè mancando la pressione di esso sul medesimo, che produce l' emorragia, si potrebbe questa rinnovare, e cagionare anche la morte del malato. Per facilitare l' esito del pus si rende molte volte necessaria l' introduzione di una cannula, che deve peraltro avere un orlo rilevato, acciò non entri nella cavità del petto. Nell' Idrotorace quando si possa tentare l' operazione altri costumano di dar esito all' acqua in varie volte, facendo escire ogni giorno una data quantità.

Può alle volte accadere, che il polmone sia attaccato alla pleura, e dopo aperta la medesima non abbia luogo l' esito del pus. Varj sono li sentimenti degl' Autori sul partito da prendersi in questi casi. Alcuni consigliano d' introdurre il dito, e separare questa aderenza, ma la maggior parte rigettano tal metodo come inutile, e pericoloso correndosi rischio di causare delle lacerazioni. Quando si creda necessario d' introdurre il dito nella ferita, questo potrà farsi soltanto per riconoscere l' aderenza; ma non mai per separarla. Il miglior modo in questo caso sarà quello di lasciare

in riposo il paziente facendolo giacere dal lato operato, poichè abbiamo delle osservazioni di valenti pratici, dalle quali risulta, che in questa situazione se l' aderenza è piccola, il peso stesso del fluido arriva a separarla, e viene esso ad escire dalla ferita qualche tempo dopo l' operazione. *Larrey* si è in questi casi servito di un metodo, che egli ha ritrovato molto vantaggioso, e si è quello di dilatare il taglio de' muscoli, e della pleura, finchè si arrivi a trovare la raccolta del fluido. Egli narra d' averla prolungata in un caso fino a tre pollici circa di lunghezza.

Dato esito al pus, o altro fluido qualunque contenuto nella cavità colle necessarie cautele si deve medicare la ferita. In primo luogo si farà porre il malato nella situazione anzidetta: onde procurare il continuo esito del fluido, e facendo si, che tutti i muscoli siano in istato di rilasciamento, la quiete sarà sommamente necessaria, e la dieta dovrà regolarsi secondo l' indole della malattia, lo stato, e forze del paziente. In caso d' idrotorace, escita che sia porzione del fluido, e tolta la cannula dalla ferita, vi si metterà un globetto di fila ricoperto da un pezzo di tela finissima, con cui si trattiene nella cavità il fluido ivi rimasto, che in seguito gli si dà esito, togliendo l' apparecchio: in un' altro avvenimento poi s' introdurrà nella ferita un piccolo pezzetto di tela sfilata, che deve soltanto servire ad impedire l' accesso dell' aria esterna, senza per altro impedire quello del pus, o altro fluido, che deve filtrare per la medesima, altrimenti potrebbe esso degenerare, e produrre de' disordini all' interno. Questo pezzetto di tela si sosterrà con delle fila, e compresse, mantenendo il tutto in sito con una fascia a corpo.

Quando si vede cessato l' esito del fluido si

toglie la striscia di tela sfilata, e si sostituisce alla medesima un pezzo di tela sottile, che si applica sulla ferita, su di essa le fila, le compresse, e la fascia. E' necessario di non applicare le fila immediatamente sulla ferita, poiche è molto facile, che esse vengano spinte dall' aria nella cavità, e producano ivi della tosse, ed altri sintomi particolari. Quando poi l' esito del pus sarà affatto cessato si riunirà la ferita con del cerotto unitivo, conformechè si creda necessario, e se ne procurerà la cicatrice. Accade per altro altre volte che questa cicatrice non possa ottenersi in conto alcuno; ma l' apertura divenga fistolosa. Questo ha luogo segnatamente nelle persone molto aduste, e quando l' ulcere, che da origine al pus resta lontana dalla ferita, o assai profonda, come ancora se l' ulcere resti più bassa della ferita stessa. Il Cerusico si accorge facilmente. che la ferita va a divenire fistolosa, ma in molti casi queste fistole non richiedono alcun ajuto dall' arte, chiudendosi facilmente da loro medesime, ne si osserva generalmente, che l' ingresso dell' aria in esse, porti danno notabile alle parti sottoposte. Se per altro la fistola venga prodotta dalla situazione dell' ulcere, che resti più bassa della ferita esterna, sarà prudente il fare una contro apertura sotto la fistola, che non manca di produrre l' esito del pus, e l' astersione, e cicatrizzazione della ferita. Quando del resto la fistola dipenda dalla carie delle coste, non è possibile ottenerne la cicatrice, richiedendosi una operazione troppo pericolosa, che sarebbe quella d' incidere i tegumenti, ed i muscoli assai profondamente, molto più se la carie resta vicino alla spina. In questi avvenimenti nasce ordinariamente un ascesso, la di cui apertura resta fistolosa, ed incurabile. Egli è vero però, che gl' infermi possono

benissimo vivere molti anni con queste fistole senza risentire incomodi notabili, e quindi è meglio lasciare i medesimi con questa malattia, che sottoporli ad una cura più incomoda, e più pericolosa della malattia stessa.

ARTICOLO III.

Della Trapanazione dello sterno.

Quando lo sterno sia fratturato con depressione di una porzione del medesimo si richiede per elevarla la stessa operazione, che si pratica in occasione della depressione dell' ossa del Cranio, vale a dire la *trapanazione*. Questo per altro non è il solo caso, in cui essa abbia luogo, imperciocchè si richiede ancora in occasione di stravaso interno di sangue, cagionato da un colpo violento, che ha agito sullo sterno, o di un stravaso di pus prodotto da un ascesso, in caso di suppurazione interna, ovvero da una raccolta di marcia nella parte inferiore del collo, che siasi fatta strada sotto di codest' osso, o finalmente in caso di carie del medesimo, la quale, in un osso spongioso come lo sterno, fà de' progressi assai rapidi. Gli ascessi al mediastino sono quelli, nei quali ha maggiormente luogo codesta operazione.

Essa non è forse delle più difficili, e pericolose, ma dev' essere eseguita non troppo tardi. L'apparecchio per la medesima consiste nel trapano, fornito della sua corona ec. e sarà forse più comodo un trapano a mano, non essendo lo sterno un osso molto duro. Si preparerà ancora un bistorì convesso, e tutto ciò che si rende necessario per la trapanazione, come abbiamo già in altro luogo indicato. Secondo poi i diversi casi, ne' quali si pra-

tica l' operazione si richiederanno eziandio gli stromenti adattati come p. e. la leva per elevare i pezzi d' osso, se si trapani lo sterno per depressione dei medesimi.

Giusta i casi parimenti si dovrà scegliere il luogo da trapanare, se sia in occasione di frattura dovrà il Professore regolarsi dal luogo dell' ossa depresse, e dalla porzione dello sterno rimasta sana, sulla quale si deve porre la corona del trapano. Qualora poi si debba evacuare del sangue, o del pus contenuto nella cavità del mediastino si dovrà applicare lo stromento nella parte di mezzo dello sterno, acciò non resti offesa l' arteria mammaria. Prescielto dunque il luogo dove devesi eseguire la trapanazione si farà situare il paziente orizzontalmente, e si farà una incisione sui tegumenti che ricuoprono lo sterno, onde scoprire il medesimo. L' incisione preferiscono alcuni di farla con due tagli semielittici, che riunendosi insieme formano un apertura ovale, portando via la pelle esistente nel mezzo dei due tagli. Scoperto l' osso, e raschiato il periostio si applica la corona del trapano non essendo necessario quasi mai di lasciare fuori della medesima la punta dell' albero, poichè ttesa la sostanza spongiosa dell' osso la corona si orma da se medesima facilmente una traccia, e on esce mai da questa. Si deve soltanto usare attenzione, come nella trapanazione dell' ossa del ranio di premere leggermente sul trapano, quano si è vicino a perforare la lamina interna dell' oso, per non produrre una violenta pressione sulle arti sottoposte. Perforato l' osso interamente, e ortato via il pezzo del medesimo si procurerà coli adattati stromenti di elevare i pezzi depressi, di dar esito al fluido contenuto secondo l' indiazione diversa, a quale oggetto si è praticata l'ope-

razione. I più recenti Scrittori di Chirurgia avvertono in quest' ultimo caso di esser bene attenti dopo separato l' osso ad aprire il periostio interno, che suol' essere assai compatto, ed impedisce l'esito del fluido contenuto, e stravasato.

Ottenuto l' intento, per cui si è istituita l' operazione si dovrà passare alla medicatura del malato, ed alla cura della ferita. Le regole, che noi abbiamo dato pel metodo da tenersi nella trapanazione del Cranio, vagliono presso a poco nel caso presente avuto riguardo alla diversità del luogo, ed alle cagioni della malattia. La medicatura si farà colla sindone, fila, compresse, e fascia a corpo, e si continuerà poi a medicare la piaga secondo l'indole della suppurazione e del fluido che n' esce. Si possono a questo proposito raccomandare nel termine della cura degl' ascessi del mediastino, le injezioni leggermente detersive, preparate con del vino mielato, o con forte infusione di sambuco.

Se mai attesa la carie dell' osso, o la grandezza dello stravaso si richiedessero più fori nello sterno, si ripeterà l'operazione colle stesse regole, e cautele, e si procederà nella medicatura col medesimo sistema. Alla cura locale dipendente dalla natura della piaga, e delle malattie interne, che ha richiesta la trapanazione, si unirà ancora la cura interna diretta secondo i medesimi principj.

CAPO IV.

DELLE OPERAZIONI, CHE SI PRATICANO SULL' ADDOME.

ARTICOLO I.

Delle Suture.

Le ferite penetranti nella cavità dell' addome sono sovente accompagnate da offesa delle intestina. Queste intestina ferite possono restare nella cavità medesima, ovvero possonsi trovare fuori di essa. Abbiamo già detto in altro luogo parlando delle ferite del basso ventre della cura, che conviene in codesti casi; ora dobbiamo soltanto descrivere le misure da prendersi nel secondo caso, le quali si raggirano su i diversi metodi prescritti dagli Autori per riunire gl' intestini feriti, che ritrovansi fuori della cavità addominale, conosciuti sotto il nome di *Sutura*.

Conviene per altro distinguere in tale circostanza le varie specie di ferite, se cioè l' intestino sia offeso secondo la sua circonferenza, ovvero se l' intestino sia reciso totalmente trovandosi descritto per questo ultimo successo un metodo ben differente. Per altro crediamo qui ripetere, che la sutura dell' intestina è una operazione assai pericolosa per le conseguenze che produce, motivo per cui si deve rigettare ancora nella totale recisione dell' intestino, sostituendo piuttosto ad essa il metodo, che in appresso esporremo, il quale può terminare coll' ano artificiale; ma che viene ordinariamente seguito da miglior esito.

In quest' ultima specie di ferite dell' intestina è d' annoverarsi il caso della totale recisione di una

porzione d' intestino, del quale parte ritrovasi nella cavità del basso ventre, e parte fuori della medesima, e siccome potendosi con fondamento supporre, essere in questo caso la prima poco distante dalla seconda porzione d' intestino reciso, così potrassi essa rinvenire senza aumentare al malato il pericolo in cui si trova. A questo proposito non sarà superfluo dire, che se un intestino ferito rimane affatto nell' addome; ma la sua apertura sia corrispondente alla ferita esterna, è necessario mantenere, per quanto si può, la situazione dell' intestino medesimo, mercè quella di tutto l' individuo, mentre in poco tempo si forma un adesione locale, che produce la cicatrice di essa, e non è tanto da temersi lo stravaso nella cavità.

I metodi adunque, che si descrivono dagli Autori per praticare la cucitura dell' intestina detta *Enterorafia* sono varj. Alcuni sono quelli per formare una sutura quando l' intestino sia ferito in parte, i quali si possono praticare in tre modi, e che si dicono sutura del *Pelliciajo*, sutura a *Filzetta*, e sutura ad *Ansa*, inventata da *Ledran*. Se poi l' intestino sia reciso, trasversalmente per modo che sia affatto, o quasi totalmente divisa la sua continuità si consigliano parimenti tre metodi, e sono, quello detto di *Rhamdor* consistente nel procurare d' introdurre l' estremità superiore dentro l' inferiore e così ristabilire la continuità dell' intestina: quello detto di *Littre* consistente nel fissare l' estremità superiore nella ferita esterna venendosi in tal modo a stabilire un ano artificiale, e finalmente quello di *Lapejronie*, che consiste nel mantenere le due estremità dell' intestino al di fuori, e procurando in questa maniera d' ottenerne la riunione.

Le prime tre suture indicate essendo quasi pro-

scritte dalla sana pratica di Chirurgia, abbenchè da qualcuno si consiglia nelle ferite dell' intestina tenui con perdita di sostanza, pure noi crediamo non praticarle, e per brevità ometterne la descrizione, rimettendo i nostri leggitori all' opere di alcuni Autori, i quali ne hanno trattato estesamente.

Le suture, che si descrivano generalmente dagli Scrittori di quest' arte salutare nel caso, che l' intestino sia totalmente reciso sono quelle già indicate dei *Rhamdor*, *Littre*, e *Lapejronie*. Il primo metodo consiste adunque nell'invaginazione dell'intestino, ossia nell' introdurre l' estremità superiore di esse nell' inferiore. Questo si eseguisee nel modo seguente. Si separa in primo luogo l' intestino dal mesenterio da ambedue le parti, e si legano i vasi del medesimo. Allora si prende la porzione superiore dell' intestino, che si distingue facilmente dall' inferiore per la quantità delle materie, che n' escano avendo fatto inghiottire al malato qualche cucchiajo di siroppo di viole. Quando con tal mezzo, o con altro simile siasi ben assicurati di ciò, si prende una carta da gioco, o un pezzo di cartone sottile, e se ne forma un tubo, che si deve introdurre nell' estremità superiore, la quale poi con questa guida si fa entrare nell' inferiore, si traversa indi il tutto con un filo, che serve per mantenere l' intestino riunito alla ferita esterna. Allorchè l'estremità sono riunite si leva il filo con facilità, e la carta da gioco viene ad escire con gli escrementi. Questo metodo per altro presenta molte difficoltà, che lo rendono impraticabile, e sono principalmente il difficile passaggio delle materie, essendo l' intestino ristretto dai punti della sutura, il pericolo dell' emorragia essendo quasi impossibile il legare tutti i vasi del mesenterio, e finalmente il pericolo grande dell' infiammazione

dell' intestino stesso, che può divenir mortale, quindi questo metodo dai recenti pratici è riconosciuto per dannoso, ed i migliori attestano di non averne veduto alcun effetto favorevole.

Il secondo metodo è quello di *Littre*, ossia il metodo dell' ano artificiale. Questo si dice ottenere cucendo la porzione inferiore dell' intestino, il quale si rimette nella cavità addominale, ed assicurando l' altra porzione, cioè la superiore con tre fili passati in essa in poca distanza uno dall' altro, cui riuniti assieme servono a mantenerla fra i bordi della ferita del basso ventre. Ciò eseguito si viene a chiudere la parte inferiore dell' intestino, mentre la superiore resta aperta, e le materie escono dalla medesima. Lo scolo di esse involontario, il raccorciamento dell' intestino vicino all' ano artificiale, la mancanza di nutrizione, la quale dipende dall' inutilità della porzione inferiore dell' intestina, e finalmente gli effetti della cucitura di ambedue le porzioni d' intestino dimostrano non solo il metodo di *Littre* assai incomodo; ma eziandio più dannoso, che utile.

Il metodo usato da *Lapejronie* impropriamente ammesso fra le suture degl' intestini, si è quello di mantener fuori della cavità dell' addome le due estremità dell' intestino reciso, in forza di un filo passato nel mesenterio, e procurarne in seguito la riunione per mezzo del contatto delle medesime. Questo metodo è molto lungo, e la riunione si ottiene a gradi, e si attribuiscono ad essi molti altri inconvenienti, e particolarmente quello del ristringimento del tubo intestinale: Nel luogo della cicatrice esso si ristringe, e s' indurisce, ed allora il passaggio delle materie si rende difficile, e ne nascono delle coliche molto forti, e continue. Per evitare però le medesime si potranno proibire espressamente al malato nel tratto consecutivo della cura:

ed anche dopo la guarigione medesima tutti quei cibi, che possono indurre stitichezza, e nello stesso tempo le si amministreranno de' leggieri purganti, e clistieri emollienti, ed in tal modo si tiene lontano eziandio il caso di dover riaprire l'intestino, e dar luogo talvolta ad una fistola stercoracea.

La difficoltà della riunione delle due estremità dell'intestina, che si può attribuire a cotesto metodo, non sembra per altro essere sempre tale, sia perchè esse acquistino adesione fra di loro, ossia perchè questa si formi colle parti vicine, è certo, che abbiamo moltissimi esempi in casi ancora di operazione di bubbonocele, in cui sebbene siasi trovata porzione d'intestina cangrenata, che corrisponde la separazione fatta di questa, ad una ferita, che abbia totalmente recisa la circonferenza dell'intestino, ciò non pertanto col mezzo di ritenere nella ferita esterna le due estremità del medesimo approssimate, si è giunto per lo più ad ottenere la perfetta guarigione, e più raramente è terminato il caso con una fistola stercoracea: quindi ci sembra preferibile ai metodi di *Rhamdor*, e di *Littre*, quello di *Laperjonie* con qualche picciola modificazione giusta il diverso caso. A tal fine si deve quì riflettere, che la lesione dell'intestina, di cui parliamo, può presentarsi con una ferita esterna molto più ampia dell'apertura naturale dell'annullo addominale, o arco crurale, e per conseguenza esser più difficile il ritenere tra le labra della suddetta l'estremità recise dell'intestina; indi a tale oggetto oltre il dovere, che abbiamo di ristringere la lunghezza della ferita, che pena nel basso ventre con la sutura secca, ed ajutare questa con la situazione del malato, e fasciatura conveniente, si dovrà eziandio passare un filo nel

mesenterio sotto ciascuna estremità d' intestino diviso, ed in questo modo rendersi sicuri della stabile situazione del medesimo in codesta parte. Il diverso luogo, che può avere nel basso ventre la ferita esige ancora molta attenzione per parte del Cerusico, affinchè le materie fecali non penetrino nella cavità addominale, escendo dall' intestino, ed a tale oggetto dovrà desso vigilare sulla posizione dell'estremità del medesimo, e di quella di tutto l' individuo, come altresì far mutare le pezze bagnate nell' acqua tiepida di malva, che debbonsi applicare sopra la ferita, appena restano imbrattate dalle materie fecali.

Codesta attenzione nella medicatura si continuerà per qualche giorno, e vi si unirà ogni altra cautela per impedire una grande infiammazione della parte offesa. A questo fine si praticheranno secondo il bisogno i salassi necessarj, la dieta regolata, le bevande, i frequenti clisteri la quiete ec. La debolezza apparente del malato non deve distogliere il Cerusico dal praticare il metodo debilitante, in tutta la sua estensione, poichè nell' offese del basso ventre si osserva spesso questa debolezza senza che il paziente sia realmente in un stato tale, e può anche sotto la medesima aver luogo una infiammazione mortale. Si deve in seguito stare molto attento su i cibi procurando di evitare l'uso di quelli, che possono agire particolarmente sulle intestina producendo delle flatulenze ec. Del rimanente per la medicatura deve il Professore adoperare un metodo semplicissimo, il quale consiste nell' applicare delle faldelle di fila asciutte, oppure imbrattate d' unguento cerato, nel tenere a freno col contatto della pietra infernale i bottoncini carnei, che facilmente di troppo si sviluppano, e nell' amministrare internamente, se il caso lo richiede

una pozione tamarindata, o altra, giusta il bisogno. Nei casi in cui non siasi potuto evitare l'ano artificiale deesi adattare alla parte uno degli stromenti, che si sono inventati dai pratici all'oggetto di contenere le fecce, che quasi di continuo ne escono; fra i quali merita la preferenza quello di *Javille* per essere assicurato ad un cinto elastico, avente il collo di cuojo. *Richter* però ci fa riflettere, che in questo caso un cinto elastico con un pezzo di spugna sotto il cuscino farà le veci di uno sfintere, impedendo il passaggio involontario de' peti, e degli escrementi, ed in tal modo si procurerà un più lungo soggiorno al chilo, e si favorirà l'assorbimento del medesimo. Se poi trattasi soltanto di una fistola stercoracea serviranno bene i clistieri replicati, e la compressione sopra di essa.

ARTICOLO II.

Della Paracentesi dell'Addome.

Di sono succintamente descritte nel secondo volue quali sono le cagioni principali dell'ascite, e è altresì nel medesimo appena accennato quale bba essere il metodo curativo, essendo questi getti interamente risguardanti la Medicina, ed atto estranei al nostro assunto, quindi è, che a i spetta soltanto descrivere in cotesta malattia el manuale operativo, che si rende un rimedio lliativo, non che qualche volta utile per la cura licativa il quale consiste nell'estrazione dell'ua dalla cavità addominale. Sebbene per altro strazione di questa sia solamente per lo più un dicamento palliativo, pure di sovente, anzi si sempre rendesi essa necessaria per prevenire

molti sintomi pericolosi, che possono nascere dalla presenza di essa, per coadjuvare l' azione de' rimedi interni, e della cura generale, e finalmente per ottenere una cura palliativa della malattia, quando non possa conseguirsene una radicativa.

Qualunque per altro sia il caso, in cui si creda necessaria l' estrazione dell' acqua dell' addome, si eseguisce questa per mezzo di una operazione chiamata *Paracentesi* la quale consiste in un forame fatto nel Ventre, onde dar esito al fluido contenuto. Lo stromento, con cui si eseguisce questa operazione si è il *Troicart*, e quello, che comunemente si preferisce, si è quello detto ago *Barbeziano*, ch' è di forma cilindrica terminata da una punta triangolare. Alcuni vogliono, che l'ago sia nell' estremità formato a modo di lancia, cioè tagliente dai lati, onde poter dilatare la puntura nel caso, che il fluido non escisse facilmente per la cannula del medesimo. Ma questa modificazione come ancora altre imaginate da diversi pratici poco riescono utili nella pratica, ed adoperandosi l' ago lanciato si corre maggior pericolo di offendere qualche diramazione dell' arteria epigastrica, e produrre un emorragia, che può essere causa di conseguenza funesta. Nello scegliere il troicart adattato si avrà ancora riguardo, che sia di un calibro piuttosto grosso, che sottile, giacchè se la cannella è troppo stretta difficilmente seguirà l'esito del fluido, se questo sia denso, e glutinoso, come sovente accade, mentre all' opposto escirà facilmente se la cannella sia di diametro anzichè grande.

Oltre il troicart adattato si preparerà ancora la fasciatura detta del *Monrò*, L' oggetto di questa fasciatura si è quello di sostenere il corpo del paziente, acciò non nasca il deliquio. Nell' opera

zione della paracentesi evacuandosi una quantità di fluido, ne siegue necessariamente, che viene a mancare la pressione del medesimo sopra i vasi sanguigni addominali, e quindi il sangue si porta con maggior velocità, ed in maggior quantità nelle parti inferiori, del che nasce un disquilibrio del medesimo nelle parti superiori, e quindi la sincope. La fasciatura del *Monrò* ha per oggetto di comprimere il basso ventre gradatamente nel tempo dell' operazione, onde rimanga sempre la medesima pressione su i vasi addominali, e quindi non abbia luogo la mancanza di equilibrio accennata. Si continua essa ancora a tenere dopo l' operazione, onde continuare la pressione fino che le parti abbiano ripreso la loro elasticità naturale, e si viene così in parte ad impedire un nuovo accumulamento di fluido. Questa fascia è larga in modo, che comprenda tutto l' addome con delle striscie di tela, che si possono stringere a proporzione, che esce l' acqua, e così la pressione rimane sempre eguale. Per altro molti pratici sono di sentimento, che una tal fasciatura rimanga molto incomoda pel malato, e che si ottenga lo stesso effetto facendo comprimere il basso ventre nel tempo dell' operazione colle mani da due assistenti, ovvero stringendo l'addome con una salvietta, o meglio ancora con una fascia a corpo ben lunga, la quale si faccia passare sull' addome, e dopo facendo soprapporre le due estremità di essa dietro il dorso si vadano tirando proporzionatamente in senso contrario da due Assistenti, onde resti sempre costante la pressione sul basso ventre. Qualunque metodo poi si scelga a questo riguardo si farà situare il malato orizzontalmente nella sponda del letto sul lato sinistro. Alcuni consigliano di farlo porre a sedere con i piedi a terra; ma questa posizio-

ne oltre che riesce incomoda al paziente, attesa la debolezza del medesimo, produce qualche volta il deliquio, che deve evitarsi per quanto è possibile.

Situato il malato nel modo accennato si dovrà scegliere il luogo, dove deve praticarsi la puntura. Fuori del caso di ascite cistica si farà la puntura nel lato sinistro dell' addome quattro pollici circa in distanza dell' ombellico, restando in questo modo la puntura in un sito, dove non vi è pericolo di offendere il muscolo retto, e l'arteria epigastrica, avendo per altro riguardo di non offendere la milza se sia ostrutta, e molto voluminosa, nel qual caso si potrà fare più avanti, o ancora nel lato destro. Alcuni hanno consigliato di aprire l' addome nella linea alba, ed altri di aprirlo all' ombellico, adoperando una lancetta invece del troicart. Questa loro opinione è appoggiata alle osservazioni fatte di ascitici, i quali sono guariti essendosi aperto spontaneamente l'ombellico, ed essendone uscita dal medesimo una gran quantità di fluido. Riflettendo inoltre alle poche parti, che in questo luogo si offendono sembra questo metodo plausibile, giacchè non vengono forati, che i soli tegumenti. Se per altro esaminiamo l' osservazione vedremo, che la maggior parte dei Pratici recenti riprova affatto tale metodo, poichè rare volte è seguito da un esito felice. Oltre la difficoltà maggiore, che si trova nell' esito delle acque si corre pericolo; che esca l'omento, ed ancora le intestina, la ferita cicatrizza molto difficilmente, e con somma facilità s' infiamma il peritoneo, quindi il luogo da noi accennato di sopra sembra il migliore.

Per eseguire l'operazione nel luogo testè indicato dopo situato il paziente come si è detto si prende

il troicart colla mano destra appoggiando il manico del medesimo nella palma della mano, e tenendo la cannula fra il pollice, e l'indice si fa penetrare il medesimo nella cavità in modo che l'istromento stesso, e la cannula penetri nella cavità dell' addome forando i tegumenti, i muscoli, ed il peritoneo. Si conosce facilmente quando lo stromento è penetrato nella cavità, e si conosce ancora quando esso fora il peritoneo dalla mancanza della resistenza, che si sente. Per far entrare il trojcart con più facilità si terranno tesi i tegumenti colla mano sinistra. Quando siasi sicuro della penetrazione dello stromento si leverà il medesimo lasciando la cannula, ed allora si vedrà escire il fluido con velocità, e con getto uguale, giacchè se il puntaruolo, e non la cannula sia entrata nella cavità si vedrà escire il fluido lentamente, ed allora è necessario introdurre nuovamente lo spillo, e spingerlo più in avanti, acciò entri la cannula fino nella cavità dell' addome. Molte volte accade, che si trovino nell' addome dell' idatidi, e quali impediscono, che l' acque possano escire liberamente, ed allora soventi volte non è sufficiente l' introduzione di uno specillo bottonato; ma si richiede una cannula di maggior diametro. Per ottenere questo, sarà molto vantaggioso l' istromento del *Masotti*, che consiste in due cannule da introdursi una dentro l' altra, delle quali sia però l' interna più lunga dell' esterna, e quella guarnita parimenti di fori laterali serve a tener lontano l' omento, e qualunque altro corpo, che impedisce l' esito del fluido, potendosi introdurre quante volte si creda necessaria, mentre non essendo detta cannula acuta non può produrre alcuna offesa delle parti stesse. Alcuni Autori consigliano di non dar esito a tutto il fluido in una sol volta

se mai essa si rendesse necessaria allora non si potrà praticare nel luogo di elezione, che abbiamo accennato di sopra; ma si dovrà bensì fare la puntura nel luogo più elevato del tumore.

L' Idrope dell' ovaja è una malattia, che rarissime volte guarisce per mezzo dell' operazione, poichè per solito è congiunta alla medesima una disorganizzazione tale del viscere stesso, che l'operazione si rende inutile, e rare volte si riesce a vuotare perfettamente la cavità dal fluido, per lo che si rende piuttosto dannosa; ma se mai questo riesca, rimangono sempre dei tumori, o degli scirri, che riproducono la malattia fino che poi ne siegue la morte della paziente. Siccome ordinariamente in questi casi la densità del fluido è quella, che impedisce l' esito totale del medesimo, e produce facilmente la recidiva della malattia, così molti hanno proposto di fare una incisione maggiore di quello si faccia col troicart ordinario; ma l' esito di questa operazione quasi sempre infelice ha obbligati i migliori pratici ad allontanarsi da tale metodo.

Nell' idropisia dell' utero, se le acque sieno radunate nella cavità del medesimo, se l' orificio sia chiuso col riaprirlo, o con una sciringa, o col troicart si potrebbe procurarne l' esito; ma se questo riesca difficile si potrà aprire il ventre come in una idropisia cistica. Qualora poi l' acqua fosse nella sostanza spugnosa dell' utero, allora sarà inutile il tentare l' esito per la bocca del medesimo; ma si farà l' apertura nella parte esterna dell' addome, dove il tumore si rende più prominente.

ARTICOLO III.

Dell' Operazione Cesarea.

Non è quì nostro assunto il trattare dell'operazioni spettanti all' Ostetricia, e quindi non parliamo punto di quelle, che in un trattato della medesima convengono, tanto più, che averemo forse occasione di farne parola in altra circostanza. L' operazione Cesarea è quella segnatamente fra le altre, che sebbene abbia per oggetto un parto impossibile ad affettuarsi per la via naturale, tuttavia può sotto alcuni riguardi appartenere alla Chirurgia, essendo una operazione di una specie affatto diversa dall' altre, che si praticano nell' Ostetricia, nelle quali si tratta di estrarre il feto dall' utero per la via naturale, mentre nell' operazione cesarea si apre al medesimo una via preternaturale, e quindi sembra, che detta operazione non appartenga propriamente a quelle, che sono direttamente risguardanti l' arte ostetrica; crediamo perciò possa convenire il darne alcuni cenni in questo trattato di operazioni.

L' operazione *Cesarea* si è così chiamata dalla voce latina *Cæsus*, che significa tagliato, poichè in essa viene reciso l' utero materno per estrarne il feto. Questa operazione si pratica in tutti i casi, nei quali il feto non può assolutamente uscire per la via naturale. Oltre questo caso si può avere occasione ancora di praticare l' operazione cesarea nell' avvenimento della morte di una donna gravida, segnatamente se dessa è arrivata presso che al termine della gravidanza, poichè è provato dall' esperienza, che i feti alcun poco avanzati possono sopravvivere assai lungo tempo a questa

ed il pube per l' estensione di cinque pollici dicesi *Gastrotomia* trattandosi della semplice apertura delle pareti della cavità addominale, e non del taglio dell' utero in cui consiste l' operazione Cesarea propriamente detta. Non tutti gli altri casi suindicati richiedono necessariamente codesta operazione, giacchè non di raro la natura stessa procura dei mezzi, coi quali espellere il feto. Ed infatti molte volte colle sole forze della medesima accade il parto per le vie naturali, altre volte i stromenti adattati sono valevoli a procurarlo. L' unico caso quindi in cui l' operazione Cesarea debba dirsi assolutamente necessaria, si è quello dell' angustia dell' ossa stessa del bacino, unitamente alla sicurezza della vita del feto.

Esiste per altro un altra circostanza, in cui si dee assolutamente praticare questa operazione, ed è quella della morte della madre. Se una donna gravida muoja improvvisamente, o resti uccisa, onde si abbia ragione di credere, che il feto possa essere rimasto vivo nell' utero, l' unico mezzo per salvarlo sarà quello del taglio Cesareo, poichè come abbiamo detto mancando le forze della matrice, il feto non può venire espulso per la via naturale, e l' ajuto delle mani, e degli stromenti non farebbero altro, che porre a rischio maggiore la vita del medesimo, per salvare la quale altro scampo non resta che l' operazione, cui rispetto al manuale, devesi eseguire in questo caso nella maniera, come se la donna fosse viva.

Quando il Professore sia dalle ragioni accennate già deciso a praticare il taglio Cesareo preparerà gli stromenti necessarj. Questi sono due bistorini, cioè un retto bottonato, e l' altro convesso nel tagliente, delle liste di ceroto, compresse, una fascia a corpo, fila, spugne ec. Si sceglie-

rà poi il tempo dei dolori del parto, come il più adattato per l'operazione.

Il luogo dove può praticarsi la medesima si è il lato sinistro dell'addome lateralmente all'ombelico quattro dita circa distante dal medesimo, lo che viene ad essere circa nel lembo esterno del muscolo retto. Questo taglio si continua in basso per l'estensione di quattro, o sei pollici, e si farà con somma diligenza procurando di non offendere le intestina sottoposte, al quale oggetto si dovranno prima incidere i comuni tegumenti, indi la cellulare, ed i muscoli, e finalmente il peritoneo adoperando una tentola, o ancora meglio semplicemente le dita, onde non offendere le viscere sottoposte. Posto l'utero allo scoperto viene ad incidersi il medesimo.

Molti hanno rigettato questo metodo per la ragione, che la ferita dell'utero rare volte corrisponde alla ferita esterna segnatamente, quando detto viscere si contrae, e quindi ne viene facilmente ad accadere stravaso di sangue, di linfa, ed altro fluido nella cavità dell'addome, stravaso che può avere delle conseguenze funeste. Oltre di che si corre rischio praticando l'operazione in questo modo di offendere dei vasi arteriosi di qualche calibro, e produrre un emorragia pericolosa. Si è quindi da molti Autori preferito l'incidere l'addome nella linea alba stessa, e vogliono dessi, che in tal modo si renda questa operazione più facile, perche s'impedisce l'offesa dei muscoli, delle arterie, ed inoltre il taglio dell'utero resta sempre corrispondente al taglio esterno, si divide questo viscere in modo, che se ne rende più facile la riunione, e si evita l'offesa delle tube, dei ligamenti, e dei vasi. Altri poi hanno consigliato di aprire l'utero lateralmente nella parte destra, o sini-

stra, dove esso resta più prominente, con un taglio traverso di cinque pollici di lunghezza, ma questo metodo raccomandato da *Lauverjat*, è il più pericoloso per l' offesa delle parti contigue. Il primo accennato è il più ordinario, ma il secondo abbenchè non lasci di avere degli oppositori sembra il più ragionevole. Esso si pratica nel modo seguente.

Si prepara la malata antecedentemente con una emissione di sangue, con dei clisteri emollienti, se sia necessario, ed il tempo lo permetta con qualche purgante, e con un sistema esatto di vita. Preparata la Paziente si situerà la medesima sopra un letto alquanto resistente, sempre, se è possibile, prima dell' evacuazione delle acque dell' amnios, e si procurerà in primo luogo di vuotare la vescica orinaria dall' orina, onde resti contratta, acciò non possa venire offesa dal coltello. Vuotata la vescica colla scirinqa se sia necessario verrà situata la paziente colle gambe alquanto distese, e con la testa elevata. Un ministro sosterrà fermo l' utero appoggiando le sue mani sui lati dell' addome, se fia duopo sarà bene di far comprimere ad un altro assistente l' addome sull' ombelico, acciò l' utero resti fisso, e non si porti superiormente, o inferiormente. In questa situazione il Professore restando al lato destro della paziente col bistorì convesso farà una incisione, che principi dall' ombellico, e termini circa due pollici sopra il pube. In questo primo taglio si procurerà d' incidere solamente li comuni integumenti, e la cellulare senza offendere le parti sottoposte; ma mettendo soltanto allo scoperto il peritoneo. Dopo fatto il primo taglio si solleveranno i tegumenti recisi, e facendo una piccola incisione sul peritoneo s' introdurranno due dita nella medesima, e col mezzo di esse, e di una tenta scannellata si proseguirà il taglio del peritoneo nel-

la stessa direzione tenendolo sempre sollevato nel tempo, che viene inciso per non offendere le parti sottoposte. Quando sia recisa codesta membrana, e posto per conseguenza allo scoperto l'utero dovrà farsi l'incisione di questo, onde dar esito al feto ivi contenuto. Prima d'incidere l'utero sarà benfatto di asciugare la ferita dal sangue, che impedirebbe di poter praticare esattamente l'incisione del medesimo. Per poter fare questa sarà necessario, che un assistente prema l'addome sull'ombellico, onde l'utero resti fermo nella sua situazione, e si presenti nello stesso tempo all'incisione de' tegumenti, e del peritoneo. I Scrittori di ostetricia non sono di accordo circa il luogo, dove debba incidersi la matrice, ma la maggior parte convengono, che sia migliore l'inciderla nel suo fondo, per la lunghezza di 5 o 6 pollici circa, lasciando illeso il suo collo. Molte ragioni sono per questo metodo, e segnatamente quella, che in tal modo la ferita dell'utero viene a restare a contatto con la ferita esterna, mentre incidendo il collo della matrice, e questa contraendosi la ferita viene ad essere quasi coperta, i lochi scorrono per la medesima, e si stravasano nel basso ventre, lo che non accade praticando il primo metodo, in cui resta più facile assai l'esito de lochi pel collo dell'utero.

Inciso questo viscere colle cautele accennate si dovranno aprire le membrane, che racchiudono il feto. Nell'apertura della medesima si adopera somma cautela per non offendre il feto sottoposto, come alcune volte è accaduto. Posto finalmente allo scoperto il feto, si estrarrà il medesimo per i piedi, lo che resterà molto più facile, qualora per altro non si presentasse direttamente la testa all'incisione fatta, nel qual caso sarebbe molto meglio il principiare l'estrazione del feto dalla medesima.

Un solo caso può esservi, in cui l'estrazione del feto si rende alquanto difficile, e questa si è quando la placenta resta aderente nel luogo preciso, dove si è inciso l'utero, giacchè allora non è possibile estrarre il feto senza distaccare la medesima. Questo per altro si otterrà facilmente con la mano stessa, con cui si distaccherà dall'utero. Quando poi la placenta non resti direttamente nel luogo medesimo, dove si è aperto il viscere, si rende molto più semplice l'operazione, stante che allora si presenta subito il feto, che si estrae con facilità, e dopo viene estratta la secondina. A quest'oggetto si adopereranno le mani egualmente quando si trovasse qualche difficoltà a distaccarla dalla parte dell'utero. Procurato l'esito del feto, e della seconda ne siegue necessariamente la costrizione dell'utero, la quale se non accadesse spontaneamente sarà indispensabile il procurarla per mezzo delle strofinazioni irritanti sull'addome, o ancora dell'injezioni di simil natura per impicciolire la ferita, ed impedire così l'emorragia, e la penetrazione in essa degl'intestini.

Ciò fatto si medicherà la ferita. A tal fine il Professore procurerà in primo luogo di togliere i grumi di sangue, che potranno essere rimasti nella ferita col mezzo delle mani, ed ancora di spugne adattate. Sarà bene di fare delle injezioni per l'utero, le quali servono per astergere il medesimo, e coadjuvare al suo corrugamento, ed alcuni consigliano di profittare di questo momento per istabilire per mezzo delle dita una comunicazione fra la cavità dell'utero, e l'orificio del medesimo, colla vagina, acciò rendasi facile lo scolo dei lochj. Questo ancora si consiglia di farlo, introducendo le dita dall'interno dell'utero nell'orificio del medesimo. Per quello, che riguarda la ferita dell'

utero verrà la medesima lasciata alle forze della natura, non avendo il Professore mezzo alcuno adattato per procurarne la riunione. La ferita poi esterna dovrà riunirsi esattamente. Alcuni propongono a quest'oggetto la sutura secca, altri la semplice compressione, altri finalmente la sutura cruenta. Essendo la ferita nel basso ventre molto ampia si è temuto, che fuori di quest'ultimo mezzo gli altri non riuscissero di alcun vantaggio. Se per altro riflettiamo, che la sutura cruenta porta seco degl'incomodi valutabili, che essa molte volte eccita sintomi tali, che obbligano il Professore a reciderla resteremo persuasi, che la sola compressione con liste ben lunghe di ceroto adesivo, un largo piomacciolo asciutto, ed altre compresse necessarie, sostenute da una fasciatura a corpo mediocremente stretta, sarà sufficiente a produrre la cicatrice della medesima. Infatti questo è il metodo adoperato dai migliori Pratici nel caso di ferita dell'addome, e ciò tanto più avrà luogo in questo, di cui al presente trattiamo. Qualunque metodo si adoperi per la riunione della ferita dell'addome in occasione di parto Cesareo, sarà sempre necessario di lasciare una porzione della ferita stessa aperta nella parte inferiore, onde facilitare l'esito delle materie dall'utero. Si procurerà ancora di rendere più facile l'esito delle medesime ponendo la donna in una situazione adattata, che sarà la laterale. Questa situazione oltre il procurare il libero scolo delle materie renderà anche più facile la riunione della ferita, tenendo sempre i labbri della medesima a mutuo contatto, mentre se la paziente rimanesse supina nel letto tenderebbero essi continuamente a discostarsi. Sarà poi necessario di tener sempre astersa la ferita, ed a questo oggetto verrà essa medicata spesso, e più volte il gior-

no, secondo, che saranno più o meno abbondanti i ripurghi. Le injezioni emollienti fatte per la vagina saranno molto valevoli a procurare l' esito dei medesimi.

Siccome il pericolo maggiore, che possa aver luogo in questi casi si è l' infiammazione, così ogni cura del Professore dopo fatta l' operazione Cesarea si è quella di tener lontana per quanto sia possibile la medesima. Noi non abbiamo bisogno di ripetere in questa occasione quale sia il metodo da tenersi per ciò procurare, avendo molte volte già esposto diffusamente qual regime debba tenersi nei casi di ferite dell' addome, o di operazione di questa natura. La peritonitide è una malattia, a cui sono facilmente soggette le puerpere, e può molto più aver luogo quando desse abbiano sofferta una operazione così grave, come il taglio Cesareo, e quindi dopo il medesimo si dovrà porre in opera il regime antiflogistico in tutta la sua estensione. La dieta dev' essere rigorosa all' ultimo segno, e maggiore di quella, che si pratica in qualunque malattia infiammatoria, perciò dovrà nutrirsi la paziente di soli brodi. Si daranno molto spesso delle bevande diluenti, e se la robustezza della paziente, ed il polso lo richieda non si mancherà di praticare delle emissioni di sangue adattate all' età, al temperamento, ed allo stato della medesima. Essendo la costipazione del basso ventre un sintoma molto comune in questi casi, e nello stesso tempo assai incomodo, potendo produrre dei gravi accidenti, sarà necessario di praticare ne' primi giorni segnatamente dei clistieri emollienti, sì per procurare alla paziente delle abbondanti evacuazioni alvine, come ancora per impedire, che la medesima nell' evacuazioni di esse non abbia de' sforzi tali, che impediscano la cicatrizzazione delle ferite. Qualora sia pas-

sato il pericolo dell'infiammazione sarà ben fatto il principiare a ristabilire le forze della puerpera somministrando alla medesima dei leggieri attonanti, ed un vitto alquanto generoso procurando per altro di andar sempre a gradi. Riguardo poi alla ferita dell'addome dopo formata la cicatrice della medesima essendo essa debole, e per conseguenza potendosi facilmente temere un'ernia ventrale sarà bene il tenervi per qualche tempo una compressione adattata. Circa alle altre attenzioni da aversi per la puerpera vengono queste da noi passate sotto silenzio appartenendo esse ad un trattato di Ostetricia.

ARTICOLO IV.

Della Nefrotomia.

E' molto frequente nel corpo umano la formazione dei calcoli orinarj, la quale ha luogo nelle diverse parti, che servono alla separazione di questo fluido escrementizio. Si distinguono comunemente in Chirurgia i calcoli secondo il loro sito, cioè secondo, che essi siano nei reni, negli ureteri, o nella vescica. Qualora il calcolo esista nel rene, e produca delle infiammazioni, le quali poi passano in suppurazione, che sono sovente causa di fistola, viene da alcuni proposta l'incisione del rene stesso, e l'estrazione del calcolo, e questa operazione si è quella, che dicesi comunemente *Nefrotomia*. Conviene distinguere esattamente il caso, in cui il calcolo esistente nel rene abbia prodotto l'infiammazione, la suppurazione, ed una specie di fistola locale, con la di cui dilatazione si viene ad estrarre facilmente il calcolo orinario; ed il caso,

in cui il calcolo esistente nel rene produce sintomi tali infiammatori da richiedere l' estrazione. Nel primo caso riesce l' operazione di molta facilità, e presso che di nessuna conseguenza, giacchè l'apertura è già formata da se medesima, ed il Cerusico altro non deve fare, che secondare gli sforzi della natura; ma altrimenti è nel secondo caso, in cui l'operazione dicesi propriamente Nefrotomia, poichè questa operazione è molto pericolosa. Egli è in primo luogo assai difficile a riconoscere se realmente esista, o nò il calcolo nel rene stesso, potendo altra malattia di questo viscere imporre assai facilmente per un calcolo nel medesimo, ma quando anche poi si fosse realmente sicuri dell'esistenza di un calcolo nel rene stesso, egli è facile il comprendere i pericoli, che possono aver luogo, se vogliasi incidere il rene, mentre oltre l' offesa di un viscere così delicato, e sensibile, la sua situazione profonda, ed i vasi, di cui esso è fornito renderebbero l'operazione assai pericolosa, prescindendo ancora dalle sue conseguenze, e segnatamente dallo stravaso di orina, che potrebbe accadere, essendo assai facile l' aprire il peritoneo.

Egli è dunque una verità adottata da tutti i Pratici, che sarebbe un' imprudenza massima di tentare una simile operazione conoscendosi il grave pericolo, che seco porta la medesima, l' incertezza della diagnosi, e la mancanza di esempi di Autori, che l' abbiano eseguita con successo. Qualora per altro il calcolo nel rene abbia già prodotto o un ascesso, o una fistola, tutti i Pratici ammettono, che o aprendo il primo, o dilatando la seconda si debba andare in cerca del calcolo, e procedere all' estrazione del medesimo. In questo caso l'operazione si riduce tutt' al più all' apertura di un semplice ascesso lombare, e deesi quindi in tale circo-

stanza procedere collo stesso metodo da noi indicato parlandosi della malattia di questa natura.

Vi sono per altro dei casi, nei quali l'operazione può dirsi propriamente Nefrotomia sebbene esista un' ascesso. Questo caso è quello dell' esistenza del calcolo nella sostanza del rene stesso, in modo, che la suppurazione si formi dentro il viscere, e sia necessario aprire il medesimo per estrarre le marce, ed il calcolo. In questa occasione però si deve convenire, che la diagnosi è molto incerta, e non ammette ordinariamente il rischio di una operazione così pericolosa. Qualora si sia sicuri, che il calcolo realmente esista nel rene, e questo abbia prodotto una suppurazione, che meriti darle esito; si sarà poi sicuri di estrarre il calcolo, subito che non si conosce certamente il sito del medesimo? Alcune volte il calcolo è così aderente, che il tirarlo fuori produrrebbe delle lacerazioni molto pericolose.

Ogni volta che per altro l'apertura esista naturalmente, e sia fistolosa, lo specillo potrà dar molto lume sull' esistenza del calcolo, e ne sarà più facile l' estrazione. Estratto, che sia il corpo estraneo si dovrà medicare la parte. Il metodo, che dovrà usarsi in codesti casi sarà adattato alla natura della malattia, riguardando cioè se essa consista in un ascesso, o in una fistola. Noi gia abbiamo altrove accennato il metodo, che deve tenersi per la cura di tali malattie, e quindi ci asteniamo di parlarne ulteriormente in questo luogo.

ARTICOLO V.

Della Bubbonocele.

Nella prima parte di queste Istituzioni di Chirurgia abbiamo parlato delle varie specie di ernie, e dei mezzi, che si adoperano ordinariamente per rimediare a questa malattia; e si è ancora accennato, che nei casi, nei quali l' ernia sia incarcerata l' unico mezzo per lo più da porsi in opera si è l' operazione detta comunemente in Chirurgia della *Bubbonocele*. Questa operazione dunque consiste propriamente nel ridurre un ernia incarcerata, la quale non possa ridursi per mezzo de' rimedj locali, e generali, non che del *taxis*, ossia con la reposizione semplice delle mani, ed allora si eseguisce aprendo il sacco erniario, ed incidendo quelle parti, che impediscono il rientramento dell' ernia stessa. Si è già accennato nel 2. *vol.* cosa sia propriamente ernia incarcerata, e quali siano gli ajuti da praticarsi giusta la specie d' incarceramento. E' necessario però qui d' aggiungere più precisamente a quanto si è detto a quest' oggetto, che in generale i diversi cataplasmi debbono essere applicati sù tutto il basso ventre, che i lavativi purgativi, e irritanti convengono in tutte l' ernie incarcerate, meno quelle per infiammazione sia questa la cagione, sia l' effetto; e finalmente che nell' ernia per intasamento i purganti unitamente agli opiati possono eziandio essere di sommo vantaggio secondo la pratica dei celebri *Richter*, *Monteggia*, ed altri a cui possiamo solamente far riflettere per quanto noi finora abbiamo osservato, che l' amministrazione de' purganti accennati nell' ernie, in cui si consigliano, cioè per intasamento,

ono inferiori pel successo ai lavativi purgativi, o ritanti. Il pediluvio freddo si commenda ancora i cotesta sorta di ernie: Siccome non di rado tutgli anzidetti rimedj riescono inutili; nell'ernia ncarcerata; quindi è che altro mezzo non resta er salvare l'infermo che l'operazione sollecita. gli è anzi molto necessario, che il Cerusico non nsista molto tempo su tali mezzi, giacchè è fuori i dubbio, che la cagione forse principale, per cui on ha sempre un esito felice l'operazione della bubonocele, si è perchè viene essa istituita troppo tarli, ed il professore troppo a lungo insiste, sull'uso le' rimedj ancorchè siano adattati giusta la specie l'incarceramento. Secondo i più recenti Pratici sarà er tanto miglior partito quello di rendersi all'operazione troppo presto, che troppo tardi, giacchè n questo ultimo caso per quanto sia fatta da mano perita difficilmente riesce; non dovrassi quindi spettare, che principi a stabilirsi la cancrena, lo he si conoscerà dalla picciolezza del polso, dalla prostrazione delle forze ec. mentre allora sarebbe er lo più mortale l'operazione.

I metodi di fare la medesima sono varj secondo che è vario l'ostacolo, che impedisce il rientramento del viscere, che forma l'ernia, e quindi vi sarà qualche differenza nell'operare l'ernia crurale, e l'ernia inguinale, che sono le due specie più frequenti, e più facili ad incarcerarsi. In ogni modo per altro l'operazione consiste ad incidere i tegumenti, ed il sacco, dopo di che avendo poste allo scoperto le viscere, che formano l'ernia, debbono esse venir ridotte nella cavità, incidendo ancora se è necessario l'ostacolo, che ne impedisce la riduzione, ossia dilatando il forame, per cui sono escite. Alcune volte per altro questa dilatazione non è necessaria.

L' apparecchio di cui si fa uso nell' operazione dell' ernia si è un bistorino a taglio convesso ed un bottonato stretto, e tagliente nella sua convessità detto di *Pott*, una tenta scannellata flessibile, pinzette anatomiche, fili incerati, varie penne fine, fila, e fascia adattata a T. Preparato il bisognevole, dopo aver vuotato la vescica, onde togliere ogni impedimento possibile al riassamento dell' intestino, si farà porre il paziente in una situazione adattata, che sarà presso a poco l' orizzontale procurando, che il Professore resti situato dal lato destro del malato. In questa situazione si farà tener fermo il paziente da alcuni assistenti, e l' operante ponendo cura, che resino in riassamento i muscoli, e segnatamente gli addominali, prenderà gl' integumenti, dopo rasi i peli, col pollice, e l' indice di ambedue le mani forma una piegatura nei medesimi, la quale resti secondo l' apertura dell'ernia stessa, e quindi si favorirà in essa la direzione obbliqua dall' alto in basso, e dall' indentro all' infuori. Allora farà egli prendere la parte inferiore di questa piegatura da un ministro, e colla mano destra, che rimane libera, prenderà il bistorino convesso, ed inciderà questa stessa piegatura, ed indi facendo tenere un labbro della ferita dall' assistente medesimo, e venendo tenuto l' altro dal Cerusico s' ingrandirà la ferita, finchè abbia una grandezza sufficiente, e che sia estesa piuttosto in alto, che in basso, per porre allo scoperto l' annulo, e per evitare l' offesa della tunica vaginale, o del testicolo. In questa incisione de' tegumenti si offendono molte piccole arterie, che sarà ben fatto il legarle sul momento stesso, se per altro il ghiaccio non sia stato l' ultimo rimedio applicato alla parte prima dell' operazione, in caso diverso non avve-

ordinariamente bisogno. Questo vantaggio pro-
to dall' applicazione del ghiaccio sul tumore
ioso prima dell' operazione della bubbonocele,
è il solo, che si ottenga nell' eseguire la me-
ima, giacchè è ancora incontrastabile in tal ca-
secondo l' esperienza, la minor sensibilità del-
parte, quindi ci sembra, che coll' anzidetto
nediato contatto del freddo si potrebbono ot-
ere simili vantaggi in alcune altre grandi ope-
ioni di Chirurgia.

Incisi i comuni tegumenti, e posto allo sco-
to il sacco erniario devesi fare l' incisione del
desimo, lo che dovrà eseguirsi con somma cau-
a per non offendere le parti sottoposte. Per apri-
il sacco si prenderà il tessuto cellulare con una
izetta, e si solleverà il sacco medesimo, taglian-
a lamine una dopo l'altra, fino che siasi per-
nuto a scoprire il viscere, che forma l' ernia.
questa occasione è d' uopo adoperare somma
tela, e servirà di guida la tenta scannellata.
segno più sicuro per conoscere quando si è pe-
rato nella cavità del sacco, si è per lo più
esito di un poco d' acqua, e si sostituisce allo-
alla tenta scannellata l' indice per terminare la
isione del sacco, giusta la natura stessa dell'
ia. E' quindi necessario di render facile il rien-
mento delle viscera, che formano la medesima,
questo si ottiene recidendo l' annulo inguinale,
il ligamento del pauparzio, e secondo che l' er-
a è inguinale, o crurale. Nell' incisione dell' an-
lo inguinale si dovrà attendere, che essa non sia
lto lunga, altrimenti l'annulo non si riunisce,
il malato resta soggetto ad ernie molto maggio-
e più pericolose di quella, che ha richiesto
perazione. Fa di mestieri ancora riguardare,
e nel recidere l' annulo non resti tagliato l' omen-

to, o l' intestino sottoposto, a questo fine consigliano alcuni d' introdurre la tenta scanellata con molta attenzione procurando, che fra essa, ed il peritoneo, non vi restasse parte alcuna delle accennate. Sarà però molto più vantaggioso a questo oggetto l' introdurre, invece della sonda scanellata il dito indice, e col medesimo servire di guida al bistorino bottonato. Per quello poi riguarda il taglio vi sarebbe molto pericolo di offendere l' arteria epigastrica, se il medesimo fosse diretto verso la parte esterna, o l' interna, e quindi il miglior metodo si è d' intaccare in più punti nella parte superiore la minor porzione possibile dell' annulo, giacchè le regole date da molti di dirigere il taglio verso la parte interna, o l' esterna poco giova per evitare l' offesa dell' arteria accennata.

Per quello poi, che appartiene all'incisione del ligamento del *Pauparzio* in occasione dell' operazione dell' ernia crurale si deve molto osservare di non offendere il cordone spermatico, e l' arteria epigastrica. In questo caso vagliano parimenti le medesime regole indicate di sopra, cioè a dire, che sarebbe egualmente incerto il tenersi troppo all' infuori, troppo all' indentro, o troppo allo insù, e quindi la miglior regola si è quella, come si è detto, di fare in più punti nella parte superiore il minor taglio possibile servendosi sempre della guida del dito. In vista di codesti pericoli si è da alcuni proposto il dilatatore invece dell' incisione dell' annulo; ma ciò viene rigettato dai più recenti pratici atteso l' esito incerto di questo metodo, e le conseguenze migliori dell' incisione nel modo suindicato.

Quando poi siasi aperto il sacco, e dilatato l' annulo, o il ligamento del *Pauparzio* si deve pro-

curare di ridurre le viscera, chè formano l'ernia, cioè l'intestina, o l'omento. Per ridurre l'intestina si dovrà prima esaminare lo stato delle medesime. Se esse siano cancrenate si dovrà tagliare la porzione affetta lasciando, come diremo in appresso, l'ansa intestinale nella ferita alle forze della natura, con cui raramente si stabilisce un ano artificiale; ma se poi siano soltanto infiammate sarà ben fatto il ridurle al più presto possibile, posciachè il calore dell'addome è il miglior rimedio in codesti casi. Per ridurre l'intestina si porrà attenzione di respingerle a gradi, e senza molta violenza principiando dalle parti, che sono uscite le ultime, e separando colle dita quelle aderenze, che possono talvolta essersi formate. Qualora poi l'omento sia quello, che formi l'ernia stessa, allora dee venire ridotto il medesimo nella suindicata maniera; avvertendo però prima della riduzione, che non vi sia intromessa fra la sua sostanza porzione alcuna d'intestino, giacchè allora devesi usare ogni cautela per farne la separazione, e quindi la respettiva reposizione o quello, che conviene allo stato de' visceri usciti fuori, altrimenti restando l'intestino fra la sostanza dell'omento, potrebbe esser cagione della morte del malato. Questa importante riflessione, la quale può salvare la vita dell'infermo, la dobbiamo al celebre Dottore *Pietro Betti*, che nelle sue giudiziose annotazioni fatte all'opera di *Sprengel* ci riporta un simile caso comunicatogli da *Andrea Vaccà*. Si trova sovente ancora, che il riporre l'omento si rende impossibile, perchè è ricoperto da molto grasso, o perchè ritrovasi tumefatto da infiammazione, o finalmente perchè porzione ne è cancrenata. Nei due primi casi è sufficente lasciare l'omento fra i labbri della ferita, mentre sgonfiando

si rientra totalmente nel basso ventre, ovvero resta aderente alla medesima, nell' ultimo caso si deve recidere la porzione di omento, che si trova cancrenato. L' unica difficoltà, che potrebbe essere d' impedimento a questo metodo si è l' emorragia; ma questa può impedirsi coll' adoperare la legatura de' vasi di maggior calibro dell' omento, e quindi ritenere la porzione rimasta di esso alla ferita, onde tenerlo fisso alla medesima, e procurare così un aderenza. La legatura di cotesto viscere raccomandata da alcuni in tutti i suddetti casi, meno quello dell' infiammazione del medesimo, è rigettata dai migliori pratici come inutile, e pericolosa, ed è di gran lunga da preferirsi alla medesima il fissare, come si è detto, la porzione del viscere alla ferita, giacchè la stirpatura dello stomaco temuta da molti non ha quelle conseguenze, che si pretendono. Ridotte le viscere avresi medicare il malato: A questo oggetto si porrà sulla ferita una compressa di tela sottile forata in più luoghi, e si pone la medesima procurando, che entri nell' apertura, onde servire di compressione, ed impedire il nuovo prolasso delle suddette. Per rendere più efficace questa compressione si porranno sulla compressa delle fila, e sopra dell' altre compresse, il tutto poi sostenuto dalla fascia a T. Ciò fatto si lascierà il malato nella situazione supina, che deve conservare per i primi giorni.

Il metodo di cura per quello riguarda la ferita, deve essere il medesimo di quello, che abbiamo accennato nelle ferite di questa natura. Riguardo poi la cura interna, sarà necessario, che il malato osservi sul principio una dieta rigorosa, e deve il Professore procurare, che il paziente abbia vacuazioni, per lo che si praticheranno

lei clistieri, i quali vengono consigliati anche un ora sola dopo l'operazione, oppure si darà qualche leggiero minorativo, purchè non sia irritante, altrimenti si correrebbe pericolo di promovere l'infiammazione delle intestina, alla quale esse sono disposte, e che si deve procurare di evitare per quanto è possibile. Il migliore, che possa in tale corcostanza amministrarsi è quello raccomandato dal celebre *Volpi*, ed è formato di emulsione arabica, olio di ricino, ed estratto di giusquiamo nero. Se si ottiene codesta evacuazione è il segno più favorevole, che si possa avere in tali casi. Se si vedano segni d' infiammazione, si cercherà di combatterli con i metodi adattati.

Qualora poi si tratti dell'intestino cancrenato, il caso si rende molto più complicato, giacchè oltre l'esito incerto dell'operazione, vi è molto da temere dopo di essa, che la cancrena non faccia progressi. Riguardo al ridurre l'intestino cancrenato, mai ciò devesi eseguire, come abbiam detto, poichè se ne sia cancrenata tutta una porzione, si deve tagliare la medesima, e trattare la ferita, come una ferita, che interessi tutta la circonferenza dell' intestino, le porzioni del quale si lasciano fra i labbri della ferita esterna, aggiungendo alle cautele, che abbiamo già indicate parlando delle suture, la legatura di qualche ramo arterioso, che possasi esser tagliato nel separare dal mesenterio la porzione d' intestino cancrenato. Si pongono indi al disopra pezze bagnate nell' acqua di malva, che servono ancora, col cambiarle spesso, a mantenere netta la parte dalle fecci, che continuamente escano dalla piaga. Se poi sia cancrenato solo in parte della circonferenza, s' inciderà la parte cangrenata, e si tratterà nell' egual maniera, che altrove si è

indicato, proseguendo la cura con faldelle di unguento cerato.

Debbonsi usare egualmente queste faldelle dal principio della cura fino al termine della medesima, se l'omento sia il viscere, che esiste fra le labbra della ferita esterna, a cui si deve unire in qualche medicatura sul medesimo il contatto della pietra infernale.

In tutti codesti casi sarà sempre necessario di avere riguardo allo stato del viscere per la cura interna, giacchè se siasi trovato cancrenato, il tutto si fonda nell'impedire il progresso della cancrena, lo che peraltro non sempre si ottiene, ad onta, che si sia tolta la cagione che l'ha prodotta, e la porzione del viscere, che ne era affetta.

ARTICOLO IV.

Del Cateterismo.

Quella operazione per mezzo della quale si estrae dalla vescica l'orina con l'ajuto di un istromento porta il nome di *Cateterismo*, operazione quanto semplice in apparenza, altrettanto delicata, e difficile sotto alcune circostanze, e che richiede tutta l'attenzione di un pratico, la quale talvolta non è al momento sufficiente per conseguire l'intento, e può far credere l'insufficienza del suddetto.

Sarebbe qui molto lungo il determinare i casi principali, nei quali è indispensabile il cateterismo; ma basterà l'accennare, che questa operazione ha luogo in tutti i casi, in cui si presenti una ritenzione d'orina. Questa può dipendere da molte cagioni. Le pietre esistenti nella vescica, l'in-

fiammazione di quest' organo, la paralisi del medesimo, molte lesioni del sistema nervoso, alcune malattie veneree, i gonfiori della prostata, ed i ristringimenti dell' uretra sono le cagioni più frequenti della ritenzione d' orina, e nelle quali compete il cateterismo.

Questa operazione si fa con un istromento detto *Sciringa*, o *Catetere*, che consiste in un tubo d' argento col suo stileto, o di gomma elastica, che abbia quasi la stessa curvatura, e lunghezza, che ha l' uretra giusta il diverso sesso, ed età. Nell' estremità in cui questo istromento s' introduce nella vescica è chiuso, ed ha una o due aperture laterali, per le quali possa entrare l'orina tolto che sarà lo stiletto, poichè esse devono restare otturate dalla grossezza del medesimo, fintantochè sia arrivato lo stromento nel cavo della vescica. Qual cosa rende più libero il passaggio dello stromento per l' uretra, non intromettendosi alcuna piega della medesima nell' aperture laterali della sciringa. L' altra estremità di questa è aperta, e molto più larga con due anelli per poterla adoperare, o ancora fissare intorno al pene con una fettuccia, se il caso lo richiegga, onde impedire che esca dall' uretra. Le sciringhe sono di vario diametro secondo l' età del paziente, e la cagione della malattia; ma in genere riescono di facile introduzione quelle di grosso calibro. Esse sono parimenti di varia materia, giacchè se si tratti di esplorare la vescica per riconoscere l'esistenza di una pietra sono preferibili quelle di acciajo solide; se si debba estrarre l' orina dalla vescica si adoperano quelle di argento, se poi debbasi lasciare la sciringa nella vescica dopo estratta l' orina, sia per impedire l'aumento degli ostacoli, o escrescenze dell' uretra, sia per procurare un esito

continuo all'orina, in caso di paralisia di vescica sono d'anteporsi le sciringhe così dette di gomma elastica.

Il metodo per fare il cateterismo è di due specie, il primo di essi consiste nell'introdurre la sciringa essendo il becco della medesima all'ingiù, e l'altro tenendolo verso il basso ventre. Il primo metodo è forse più complicato, e difficile, e si eseguisce nella seguente maniera. Sbarazzato, che sia l'intestino retto per mezzo di un clistere emolliente, si fa coricare il malato sul dorso, elevando le natiche per mezzo di un cuscino, e facendogli semiflettere l'estremità inferiori. Allora il professore situato dalla parte destra del paziente prenderà colla mano sinistra il pene, e stirandolo inferiormente onde impedire, che si formino delle pieghe nella membrana interna dell'uretra. In tal momento prenderà colla mano destra la sciringa, la quale dee essere antecedentemente per poco riscaldata nell'acqua tiepida, ed untata d'olio, o di grasso, tenendo il pollice al di sopra degl'anelli, e l'indice, ed il medio, al disotto dei medesimi, per forma che la curvatura della sciringa resti superiormente, e la concavità inferiormente. In codesta direzione s'introduce il becco della sciringa nell'uretra, e si fa arrivare fino al perineo. Quando si vede, che il medesimo possa esser giunto sotto l'arco del pube, si fa fare un mezzo giro alla sciringa in modo, che l'estremità superiore della medesima cioè quella, che tiene colla destra il Professore venga sull'addome, ed intanto elevando la sciringa si fa passare il becco della medesima sotto l'arco del pube, e s'introdue nella vescica. Questo giro dicesi da *Maestro*, e molte volte non riesce trovandosi difficoltà nel scorrere sotto l'arco del pube, segnatamente se venga praticata questa ope-

azione in occasione di ristringimento dell' uretra, motivo per cui viene dalla maggior parte dei Professori preferito, meno il caso di elevata tumefazione del basso ventre, o di estesa infiammazione lell' uretra, il metodo di sciringare tenendo lo stronento in senso opposto, vale a dire coll'estremità superiore della sciringa verso l' addome.

Per questa manualità il Cerusico dovrà esser situato dalla parte sinistra del paziente, e prendendo colla mano sinistra il pene sotto il glande procurando di non comprimere l'uretra, tirerà il medesimo verso l' addome, e presa la sciringa nello stesso modo, che abbiamo accennato di sopra, introdurrà parimenti il becco della medesima nell'uretra facendolo giungere fino al perineo, ed allora allontanando l' estremità superiore della sciringa dal basso ventre, farà passare il becco sotto l' ossi del pube, e farà penetrarlo nella vescica stirando il pene sopra la sciringa, e portando questa in una direzione opposta a quella, che avea antecedentemente.

Qualunque dei due metodi venga adoperato non sarà difficile al Professore l' accorgersi, che egli ha penetrato nella vescica. I segni principali sono la mancanza di resistenza, i moti più liberi dello stromento, e l'esito delle orine. Quando la sciringa sia realmente penetrata nella vescica si deve togliere lo stiletto dalla medesima per dar esito al fluido, e ciò fatto si lascierà la sciringa nella vescica, si faranno l' injezioni, ovvero si estrarrà, e s' introdurrà nuovamente secondo la cagione per cui si è introdotta. Molte volte accade, che sebbene la sciringa abbia penetrato nella vescica, pure non esce l'orina, perchè restano otturati i forami della sciringa dal sangue, o da altro fluido denso esistente nel viscere; allora se l' introduzione dello stiletto, o delle injezioni tiepide non bastino a

procurar l'esito dell'orina sarà necessario estrarre la sciringa, e dopo ripulita introdurla nuovamente.

La grossezza della sciringa deve venire determinata, come abbiamo detto, dalla natura della malattia. Nel caso di ristringimento dell'uretra si rende molto più difficile l'introduzione della medesima, e l'ostacolo non si supera, che adoperando una certa forza, nella quale per altro è necessario andar molto cauti per non formare delle strade false, che produrrebbero delle infiltrazioni pericolose. Il miglior metodo sarà in questi casi di principiare con delle sciringhe sottili, e crescere a poco a poco il diametro. Se debbasi lasciare la sciringa nella vescica si preferirà, come abbiamo detto, quella di gomma elastica, che si netterà, o muterà secondo le circostanze. Giusta poi le varie malattie, che richiedono il cateterismo si regolerà il Professore sul metodo di fare questa operazione, sugli ajuti, che debbono accompagnarla, sulla scelta dello stromento, e sul tempo, che deve esso tenersi nella vescica.

ARTICOLO VII.

Della Punzione della Vescica.

In molte occasioni non si può colla operazione del cateterismo penetrare nella vescica, perchè non si può introdurre il catetere nella medesima, ed estrarre l'orina. Allora fa di mestieri ricorrere ad un altra operazione, la quale viene comunemente detta *punzione della vescica*. Questa operazione ha luogo principalmente quando dopo replicati tentativi non siasi potuto penetrare colla sciringa nella vescica, segnatamente a motivo dell'infiammazione del collo della medesima, molto più se questa in-

fiammazione minacci di estendersi alle pareti della vescica stessa, e se sia prodotta dall' irritazione della sciringa introdotta più volte senza alcun frutto. Succedono ancora dei casi, nei quali o per l' imperizia del Cerusico, o per lo stato della vescica, e dell' uretra si siano fatte colla sciringa delle strade false nel tratto dell' uretra medesima, e sia quindi impossibile il ritrovare la vera strada per entrare nella cavità del viscere. In tutti questi casi richiedesi la punzione della vescica, onde dar esito all' orina, particolarmente se la ritenzione della medesima esiste già da molto tempo, e non cede al metodo emolliente, ed antiflogistico.

I metodi adoperati comunemente dai Chirurgi per eseguire la punzione della vescica sono tre, cioè in tre diversi luoghi, vale a dire al perineo, al pube, ed all' intestino retto. Gli stromenti necessarj sono un troicart fornito della sua cannula di varia lunghezza, e retto, o curvo secondo quale si adopererà dei tre metodi, che noi passiamo brevemente a descrivere.

Per eseguire la punzione al perineo si adopera un troicart retto, e piuttosto lungo, che si fa penetrare nel perineo fra la sutura del medesimo, e la tuberosità ischiatica sinistra, facendolo penetrare all' indentro, ed all' insù. Introdotto il troicart nella vescica si toglie lo spillo, ed esce liberamente l' orina per la cannula. A questo istromento si è aggiunta ancora un altra cannula più sottile della prima, la quale è fornita nella sua estremità di più fori, e s' introduce nella medesima potendosi poi estrarre ad arbitrio per ripulirla, e per togliere gli ostacoli, che possono impedire il libero passaggio dell' orina nella prima, senza essere obbligati a praticare un nuovo forame. Questo metodo di operare ha per altro molti inconvenienti, giacchè si ope-

ra senza alcuna guida, e con molta incertezza, ed espone il Cerusico al pericolo di offendere le viscera contenute nella cavità dell' addome, come ancora la prostata, e l' uretra, e quindi è generalmente riprovato da tutti i pratici. Se pure ha esso qualche vantaggio si è quello della declività del luogo, in cui si punge la vescica, e quindi da alcuni si preferisce nei casi di ritenzione d' orina per cagioni di muccosità della vescica. In questi casi per altro per poter esser sicuri di penetrare nell' accennato viscere, cosa molto difficile col metodo, di cui parliamo, si costuma d' incidere antecedentemente il perineo, onde assicurarsi della sua situazione.

La punzione della vescica sopra il pube è d' anteporsi ad ogni altro metodo, come la più comoda, e sicura. Per fare la medesima si adopera un troicart curvo, e lungo circa otto pollici, che si fa penetrare nella vescica anteriormente sopra la simfisi del pube, stando il malato in piedi, o a sedere alla sponda del letto. Ciò eseguito si estrae il punteruolo, e s' introduce nella cannula, una seconda cannula, che abbia l' estremità rotonda con i consueti fori laterali, e questa serve come abbiamo accennato nel metodo precedente, a rendere meno incomodo il contatto della medesima colla vescica, ed a poterla in seguito estrarre all' occasione, lasciando in sito la prima. Dato l' esito all' orina si fisserà la cannula, onde seguiti a dar passaggio alla medesima; e non venga ad infiltrarsi fra la cellulare, ed il peritoneo. Intanto non si lascierà di procurare di ristabilire il corso naturale delle orine, onde poter chiudere il forame fatto, che qualche volta resta fistoloso, se la cannula abbia lungo tempo soggiornato nel medesimo. Alcuni pretendono, che sia meglio di forare la vescica due dita sopra la sim-

si del pube, perchè ivi la vescica sporge più in fuori; ma per altro ritirasi essa dopo vuotata, ed è inallora facile, che la cannula esca dalla medesima.

Il terzo metodo, che abbiamo accennato di fare la punzione della vescica si è quello di praticarla dalla parte dell' intestino retto, metodo da molti preferito perchè la vescica resta ferita in un luogo lontano dal suo collo, ed in un luogo declive, onde si rende facile lo scolo delle orine. Un troicart curvo è l' istromento adattato per questa operazione, e dopo situato il malato supino con le ginocchia piegate, e le coscie divaricate s' introdurrà il dito indice della mano sinistra nell' intestino retto, e sentendo col medesimo il tumore formato dalla vescica ripiena, s' introdurrà sul detto dito il troicart, che si spinge nella vescica, elevandolo nella sua estremità, ed avvertendo d' introdurlo alquanto indietro, e precisamente nel mezzo onde evitare l' offesa delle vescichette seminali. Punta la vescica si da esito all' orina estraendo il troicart dalla cannula, e dopo si fissa questa con un nastro, onde non esca dalla vescica. Questo metodo per altro presenta molti inconvenienti, e particolarmente quello del grande incomodo, che produce l'esistenza continua della cannula nell' intestino retto, motivo per cui è necessario di spesso nettarla, oltre di che resta assai difficile alcune volte l' arrivare col dito al tumore formato dalla vescica, divisatamente in caso d' infiammazione del suo collo, o di gonfiore della prostata ec. quindi ad onta di molti vantaggi, che si trovano nel metodo d' operare per l' intestino retto, si preferisce generalmente la punzione sopra il pube.

Riguardo alla cura di questa operazione qualunque sia il metodo adoperato si dovrà mantenere

in sito la cannula per dar esito all' orina, e si dovrà procurare di ristabilire la strada naturale alle medesime. Quindi facendo uso dei rimedj adattati alla cagione principale della malattia, si tenterà nello stesso tempo d' introdurre la sciringa per l'uretra nella vescica; e se questo sul principio non riesca, si farà uso anticipatamente delle Candelette. Quando poi siasi introdotta la sciringa di gomma elastica, si leverà la cannula procurando che l' orina abbia un scolo sempre libero, altrimenti o il forame non si chiuderebbe, o l'orina s' infiltrerebbe nelle parti vicine al foro fatto.

Trattandosi della punzione della vescica, che ha luogo nei casi, nei quali l' esito dell' orina è assolutamente impedito per le vie naturali, può aver luogo ancora parlar di passaggio dell' operazione così detta della *Bottoniera*. Questa operazione, diversamente eseguita, molto commendata dagli antichi Scrittori di Chirurgia è caduta al presente in tanto discredito dopo l' uso preferibile della punzione della vescica, che non si conosce, che confusamente il metodo, con cui essa veniva prima praticata, quindi noi ci contenteremo di accennarne qui soltanto ciocchè gli appartiene essenzialmente, senza occuparci a darne un esatto dettaglio.

L' operazione detta della Bottoniera consiste in una incisione al perineo, in cui s' introduce una cannula fin nella vescica per dar esito alle orine contenute nella medesima. Il metodo di fare questa operazione si è il seguente. Posto il malato supino colle cosce elevate, ed introdotta una sciringa scannellata nella vescica, si procura, che essa formi una prominenza nel perineo, la di cui cute dovrà essere tenuta tesa da un assistente. Il Professore sulla guida della sciringa farà un taglio perpendicolare nel mezzo del perineo, e poi con

un gorgeret penetrerà nella vescica, dove per via di questo stromento porterà una cannula. La medicatura sarà semplicemente composta di fila, e compresse. Conviene per altro in cotesta operazione riflettere, che, o è possibile l'introdurre nella vescica il catetere scannellato, ed allora potendosi egualmente introdurre una sciringa ordinaria si rende inutile anche la punzione della vescica, non che la bottoniera, o sarà impossibile il portare la sciringa scannellata nella vescica, ed allora si dovrebbe praticare la bottoniera senza alcuna guida, cosa come ognun vede soggetta a mille accidenti pericolosi, e da non praticarsi giammai, moltopiù avendo altro metodo più sicuro, e meno pericoloso, cioè quello della punzione.

ARTICOLO VIII.

Della Litotomia.

Quando il Professore siasi assicurato dell'esistenza della pietra libera nella vescica, tanto dai sintomi, che accompagnano questa malattia, quanto dall'aver riconosciuto la pietra stessa colla sciringa, che è il segno più certo, ed indubitato, sarà necessario passare all'operazione, nulla essendovi da fidarsi sui rimedj così detti *Litontrittici*, dai quali mai si ottiene alcun successo favorevole.

Prima per altro che si eseguisca codesta operazione è indispensabile di porre attenzione allo stato degli ureteri, e dei reni, e quindi creduta necessaria deesi preparare il malato secondo le forze, età, e temperamento. Se il soggetto è bambino gli si dovranno amministrare degli antelmintici, potendo temere dopo l'operazione lo sviluppo de' sintomi verminosi. Se desso è adulto, e pingue si

dovrà fargli prendere qualche purgante, o emetico, e porlo per varj giorni in dieta, quale sarà vegetabile se sia il soggetto molto robusto, e gli si prescriveranno de' bagni tiepidi universali; al contrario in un individuo debole sarà necessario l' uso dei cibi corroboranti, vino, China ec.

I metodi per fare l' operazione detta della *litotomia* si riducono a quattro, e sono il piccolo apparecchio inventato, o almeno descritto per la prima volta da *Celso*, il secondo è il grande apparecchio inventato da *Mariano Santo*, e descritto nel 1522. Il terzo è l' alto apparecchio inventato da *Franco* nel 1560, ed il quarto finalmente, è il taglio laterale inventato da *Fr. Giacomo* nel 1697, e poi corretto da *Raus* e da *Cheselden*, da cui fu pubblicato, e che poi ricevette moltissime variazioni da molti Professori Inglesi, Francesi, ed Italiani. Noi descriveremo brevemente questi metodi fermandoci alquanto sul taglio laterale, come il più usitato, e forse il solo nei casi ordinarj.

Il piccolo apparecchio può essere adattato soltanto per i fanciulli. Per eseguirlo si fa tenere il paziente sulle ginocchia da un assistente, il quale nel tempo stesso, che tiene unite, e ferme le mani, e li piedi tiene ancora divaricate le coscie. Allora il Professore introducendo un dito nell' ano dirigendolo sulla vescica, procura di spingere la pietra verso il perineo, e tenerla fissa in tal luogo. In questo momento mantenendo distesa col pollice la cute si fà un taglio sulla pietra medesima, e tagliando fino alla vescica senza recidere nè l' uretra, nè la prostata, colla pressione del dito nell' intestino retto, si farà uscire la pietra dalla ferita, adoperando ancora un cucchiajo, che si fa passare dietro la pietra per ispingerla dal di dentro all' infuori. Questo metodo sebbene evita

l'offesa dell'uretra, e della prostata presenta molti inconvenienti, poichè possono venire offese le vescichette seminali, o i condotti ejaculatorj, ed in seguito possono nascere delle infiltrazioni orinose, motivo per cui non riesce, che in pochissimi casi.

Il grande apparecchio fu così detto per la quantità de' stromenti, che vi si richiedono. Essi sono uno sciringone, un litotomo, due conduttori, uno maschio, e l'altro femina, ed in lor vece il gorgeret inventato da *Fabrizio Ildano*, le tanaglie, il bottone, ed il dilatatore. S'introduce in primo luogo nella vescica uno sciringone scannellato, e nello stesso tempo un ministro tiene sollevato lo scroto. Allora il Professore tenendo lo sciringone colla mano sinistra, colla destra forma un'incisione perpendicolare su i tegumenti del perineo, e dopo penetrato nella parte superiore della medesima facendo entrare la punta del litotomo nella scannellatura dello sciringone, si tira questo in avanti, e si fa scorrere il litotomo, quanto è possibile, verso il collo della vescica. In seguito si riconduce l'istromento dal basso in alto, sempre nella scannellatura dello sciringone, e facendolo tener fermo da un ministro fino che colla sua guida s'introduce la linguetta del conduttore maschio, o del gorgeret nella suddetta scannellatura, e quindi si leva lo sciringone, e si fa penetrare la tanaglia nella vescica per estrarre con essa la pietra. Questo metodo per altro è al presente rigettato per i molti inconvenienti, che seco porta, e segnatamente per l'angustia della ferita interna.

L'alto apparecchio si è imaginato per estrarre con maggior facilità le pietre grosse, che richiederebbero una ferita troppo grande. Questo metodo consiste nell'incidere al di sopra del pube

sulla linea alba, e scoprire la vescica, la quale poi viene incisa, e si estrae indi la pietra. Molte correzioni sono state fatte in questo metodo per rendere facile il taglio della vescica. Si è proposto da *Rousset* d'introdurre dell'acqua in essa, onde renderla prominente, d'introdurre uno sciringone, che possa indicare colla sua estremità il luogo da incidere la vescica; finalmente Fra Cosimo ha pensato di servirsi di uno sciringone fornito di uno stiletto, che resta nascosto in esso. Fa egli un taglio al perineo, che penetra fino nella vescica, ed introducendo la sciringa a dardo per questa ferita stessa, spinge lo stiletto contro la parte anteriore della vescica, il quale, essendo scannellato, colla sua concavità serve di guida al bistorino, che incide la vescica.

Il modo per altro da preferirsi agli accennati metodi per eseguire il taglio ipogastico si è il seguente. Rasi i peli sopra la regione del pube, e fattavi una piega trasversale de' tegumenti, s'incide la medesima, e prolungasi l'incisione per tre pollici circa verso l'ombellico, separati quindi i muscoli, vicino alla loro inserzione agli ossi del pube, si porta il sinistro dito indice a contatto della vescica, colla cautela di avere con esso antecedentemente allontanato dalla medesima il peritoneo. In questo momento lo sciringone di becco lungo già deesi trovare in vescica, e se ne fa abbassare il manico fra le coscie del malato, per cui nasce l'inalzamento della medesima, e sentesi col dito dell'Operatore il becco dello sciringone. La presenza di questo, e del dito, fa senza rischio portare al Cerusico colla mano destra un bistorino retto, col tagliente verso il pube, nella vescica, tagliando per modo di permettere al dito indice sinistro di entrare subito nella medesima, e fattone

coll' apice una specie di oncino, s'impedisce l'esi-
to dell' orina, e l'abbassamento della vescica.
Ciò fatto si fa estrarre lo sciringone, e dall'Ope-
ratore si dilata la vescica in linea perpendicolare
verso il pube, e s' introduce un' oncino ottuso
per fare con esso sostenere da un' assistente il
fondo del viscere aperto, fintantochè per mezzo
del dito indice sinistro introduce il professore la
tanaglia nella vescica, e se crede necessario una
branca per volta, con cui estrae la pietra. La me-
dicatura dopo l'operazione consiste nel mantenere
riunita la ferita esterna coi soliti mezzi altrove
indicati, e di procurare il libero esito all' orine
per la strada naturale, mercè una grossa sciringa
elastica introdotta per l' uretra, che deesi pulire,
o cambiare giusta il bisogno.

Il taglio laterale è quel metodo, che ora vie-
ne usato quasi da tutti i Professori, e che riesce
col miglior successo. Il riferire tutti i processi
imaginati per eseguire questo metodo sarebbe non
solo troppo lungo, ed inutile; ma eziandio non
adattato al sistema propostoci, e basterà quindi
di esporre soltanto il migliore fra essi. Il taglio
laterale fu eseguito per la prima volta da un' Ere-
mita chiamato *Fra Giacomo*, e poi fu corretto da
molti; ma precisamente da *Rans*, *Cheselden*, *Fra*
Cosimo, ed *HavvKins*. Per eseguire questo taglio
si fa situare il paziente sopra una macchina fatta
a guisa di leggivo, in modo che resti la testa più
elevata, che le natiche. Si legano poi le mani ai
calcagni facendo piegare le ginocchia, e si fanno
tenere da due assistenti, i quali tengono ferme le
gambe appoggiando con una mano le ginocchia al
loro petto, e tenendo il piede coll' altra. Un ter-
zo assistente situato nella parte posteriore terrà
ferma la testa del malato, e finalmente due assi-

stenti averanno la cura, uno di somministrare al Professore gli stromenti, e l'altro di tenere lo sciringone, mentre il Professore eseguisce il taglio, e desso resterà situato al lato destro del paziente.

Fissati in tal modo il malato, e gli assistenti, il Professore prenderà uno sciringone scannellato, che introdurrà nella vescica, e ne confiderà il manico ad un ministro; allora questo procurando di accostarlo verso il basso ventre, ed inclinarlo alquanto verso l'inguine destro, rende dalla parte opposta prominente la porzione di esso, che resta sotto il perineo. Il Professore assicurandosi bene coll' indice della mano sinistra del luogo preciso dove esiste lo sciringone, tenendo con la destra il litotomo, e distendendo i tegumenti col pollice ed indice della mano sinistra, inciderà i medesimi sulla parte sinistra del rafe obbliquamente circa un pollice al disotto dello scroto, e continuando per la lunghezza di due pollici in circa fino allo spazio, che esiste fra l' ano, e la tuberosità ischiatica. Compiuto questo primo taglio, cioè a dire tagliati gl' integumenti, la cellulare, i muscoli bulbo, ed ischio-cavernosi, il trasverso, e porzione dell'elevatore dell' ano, si cercherà di ritrovare coll' indice della mano sinistra verso l' angolo superiore della ferita la scannellatura dello sciringone, la quale deve corrispondere al lato sinistro dell' uretra, per evitare l'offesa dell' intestino retto, e facendovi in essa entrare la punta del litotomo, si prende colla mano sinistra lo sciringone tenuto dall' assistente, e s' innalza, facendo penetrare nello stesso tempo il litotomo nella vescica, ed incidendo così la parte laterale sinistra del collo della medesima, e l' apice, e la base della prostata in quella profondità adattata all' età

del paziente, evitando il bulbo dell'uretra, e l'intestino retto.

Fatto il taglio della vescica si tirerà fuori il litotomo, colla cautela di allontanarne il tagliente, per quanto si può dalla tuberosità dell'ischio, per evitare eziandio l'offesa dell'arteria pudenda profonda, e con la guida dello sciringone s'introdurrà nella ferita l'indice della mano destra unto di olio, per riconoscere il luogo dove esiste la pietra, non che la direzione particolare del corpo della medesima, dopo di che si estrarrà lo sciringone. Allora sullo stesso dito s'introduce la tanaglia chiusa corretta da *Fra Cosimo*, ed alquanto riscaldata nell'olio tiepido, portata essa fino alla pietra, viene questa afferrata in modo, che il maggior diametro della pietra sia parallelo alla lunghezza de' cucchiaj dell'istromento, e quindi si estrae. Codesta ultima manualità deve eseguirsi lentamente, e facendo girare la tanaglia ora da una parte, ora dall'altra, o meglio ancora portando ora in alto, ora in basso i manichi della medesima, per renderne l'estrazione più facile, e non contundere le parti della ferita. E' quì d'avvertirsi, che se la pietra rinvienesi nel basso fondo della vescica, sarà da preferirsi la tanaglia curva. Alcuni hanno usato di fare l'operazione in due tempi, facendo cioè prima il taglio, ed aspettando poi qualche giorno a fare l'estrazione; ma questo metodo ha trovato pochi seguaci, e pochissimi sono i casi, nei quali esso venga creduto necessario; anzi è solo il caso in cui convenga, cioè nella pietra insaccata, dovendo aspettare le forze della natura, che ne procuri lo sprigionamento colla suppurazione, seppure non vogliasi tentare col *Kiotomo* di *Dessault* di staccarla dalle sue adorenze.

Riguardo alle pietre di gran volume *Lecat* ha inventato delle tanaglie fornite di denti molto grossi e forti, che siano sufficienti a rompere la pietra stessa: ma ciò oltre l'essere assai difficile, in molti casi è pericolosa pel paziente, potendosi di leggieri offendere la vescica medesima: Quindi fa di mestieri preferire il taglio ipogastrico, il quale sarà ben fatto eseguirlo tosto dopo la prima operazione, se si creda assolutamente necessario, giacchè col taglio laterale si estraggono ancora delle pietre di gran diametro, e se questa estrazione ha un' esito infelice dipende il più delle volte dall' aderenza della pietra, che frequentemente si rincontra in quelle di cui parliamo. Estratta la pietra si deve nuovamente introdurre il dito per esaminare se ne esistono altre, lo che potrà sospettarsi, se si veda che la pietra estratta è levigata, lo che può dipendere dal suo stropicciamento con un altra, o più ancora. Se si ritrovi altra pietra, si dovrà farne l'estrazione collo stesso metodo. Estratte poi tutte le pietre, che si trovano nella vescica, si scioglierà il malato, si porterà nel letto, e sarà bene dargli una bibita calmante.

Il sintoma più incomodo, che possa accompagnare questa operazione si è l'emorragia, che può procedere dall'offesa dell'arteria del bulbo, della trasversale del perineo, o della pudenda interna. Il miglior rimedio in questi casi sarà quello di fare la compressione introducendo per la ferita fino nella vescica una sciringa da donna, in cui debbasi antecedentemente infilare nei fori, che ritrovasi ai lati dell' estremità rotonda dello stromento un filo, al quale si lega un piommacciolo di fila, che deve giungere nel fondo della ferita, dopo che si è introdotta la sciringa nella vescica,

e così evitare lo stravaso di sangue nel cavo della medesima, in seguito si pongono degli altri piomaccioli di fila fra le due estremità del filo, che pendono fuori della ferita esterna, con le quali si legano, e si forma in tal modo una stabile compressione ancora all'esterno, cui non si dovrà togliere, che nel settimo, o nell'ottavo giorno. La sciringa introdotta nella vescica serve ancora per dare il passaggio all'orina.

Riguardo alla cura consecutiva dell'operazione poco si richiede. Per quello, che appartiene alla medicatura locale nei casi ordinarj, non se ne richiede alcuna, se non che la situazione adattata. Dopo dieci, o dodici ore si visiterà la ferita per pulirla dal sangue, e dalle orine, e si medicherà in seguito colle semplici fila, se si presenta la suppurazione. Per quello poi riguarda la cura interna si dovrà prevenire l'infiammazione della vescica, e del peritoneo, e questo si otterrà col metodo debilitante, e rigorosa dieta. Se la ferita guarisce per prima intenzione saranno sufficienti due settimane per la perfetta guarigione, ed all'opposto ve ne vorranno quattro, o cinque per conseguire la medesima.

Questo metodo del taglio laterale è quello, che felicemente si è eseguito sopra moltissimi individui dal mio precettore il fu celebre *Giuseppe Flajani*, e generalmente riesce il più comodo, ed è coronato dal miglior successo; per lo che attualmente si pratica eziandio dai suoi successori nell'Arcispedale di Santo Spirito dall'illustri *Giovanni Dellarocca*, e *Felice Sernicoli*, non che dal Professore di Clinica l'espertissimo *Giuseppe Sisco* nell'Arcispedale di S. Giacomo detto degl'Incurabili. Si presceglie egualmente nei casi ordinarj codesto

metodo, facendone il paralello cogl' altri indicati nell' Archigimnasio Romano, ove si fanno le fondamenta di teoria per i giovani studenti di quest' arte salutare dal Ch. Professore *Antonio Tramondi*. Ad onta di ciò, siccome resta molto difficile in una mano poco esercitata il fare detto taglio senza interessare le parti vicine, la di cui offesa porterebbe delle tristi conseguenze; così sonosi commendati altri stromenti per compiere il medesimo, onde renderlo più facile, e più sicuro.

Il primo è quello imaginato da *Fra Cosme*, che consiste in un coltello chiamato *Litotomo nascosto*: Questo stromento è simile ad un coltello rinchiuso in una specie di astuccio, dal quale esso esce, e si allontana premendo sopra una molla. Or siccome questa molla viene a toccare il manico, e questo è formato a diverse faccette più o meno elevate, e quindi facendo appoggiare la molla dello stromento sopra le medesime, verrà il coltello a restare più, o meno distante dal suo asse, e perciò il taglio riuscirà di maggiore, o minore estensione, potendo regolare l' apertura del coltello secondo l' età dell' infermo. L' uso di codesto stromento consiste nell' introdurlo chiuso nella scannellatura dello sciringone, dopo aver aperta l' uretra con un bistorino. Introdotto il litotomo nascosto nella vescica si apre al grado, che si è creduto necessario fino che la molla tocchi il manico. ed estraendolo così aperto, si viene a tagliare dall' indentro all' infuori.

Il metodo di *Hawvckins* consiste nell' uso di un Gorgeret tagliente da un lato. Esso è stato modificato particolarmente nella sua forma dal Cavaliere *Scarpa*; il medesimo si fa entrare nella scannellatura dello sciringone dopo fatto il taglio

esteriore; e dopo aperta l'uretra membranosa coll' uretrotomo, tenendo in questo momento il catetere in linea perpendicolare al corpo del malato, e quindi spingendo lo stromento tagliente in linea paralella, più che sia possibile all' estremità orizzontale del catetere, che riguarda la vescica, si fa entrare nella medesima. Esso serve ancora di conduttore per introdurre sul medesimo le tanaglie. Codesto Gorgeret presenta il vantaggio di evitare francamente l' offesa dell' intestino retto, e dei vasi sanguigni.

Nelle donne i calcoli della vescica sono una malattia piuttosto rara, e quindi rendesi in esse meno frequente l' occasione di estrarli. Questo dipende principalmente dalla brevità, e maggior diametro dell' uretra, e dall' essere libera dai corpi cavernosi, e dalla prostata, lo che rende facile l' espulsione dei calcoli dall'uretra stessa. Se la pietra sia di volume tale, che richieda l' operazione, si è proposto di fare la medesima dilatando l' uretra con varj stromenti: per esempio, due porgeret non taglienti, o il dilattativo di *Massotti*. Ma queste violenti dilatazioni espongono all' incontinenza di urina, a cui è molto difficile il rimediare, quindi generalmente si crede d'anteporre alla suddetta, l' incisione dell' uretra; ma dai recenti pratici si preferisce quella della vescica, adoperando il taglio ipogastrico di gia descritto.

L' incisione dell' uretra si pratica introducendo una sonda scannellata nell' uretra, e sopra di essa un bistorino, o un gorgeret tagliente, il quale incida l' uretra nella sua parte superiore, e per l' incisione s' introduce la tanaglia, e si estrae la pietra. Si è proposta ancora da alcuni l' estrazione della pietra per la vagina; ma ciò non può

aver luogo, che nei casi, in cui la pietra avesse corroso la parete di cotesto canale, e si facesse strada nel medesimo; altrimenti resta una fistola ordinariamente incurabile.

ARTICOLO IX.

Dell' estrazione de' Calcoli dall' Uretra.

I calcoli, che si formano nella vescica sono alcune volte così piccoli, che vengono dall' orina stessa trasportati nell' uretra, ed impediscono il passaggio dell' orina. In questi casi se le bibite diluenti, ed abbondanti non riescono ad espellere tali calcoli, è indispensabile farne l' estrazione. Se il corpo estraneo resti vicino all' estremità dell' uretra, si potrà tentare di estrarlo per mezzo della pressione, ajutandone nello stesso tempo l' esito con delle injezioni oleose. Ma se questi mezzi riescono infruttuosi, come sovente accade, allora si rende necessario afferrare il calcolo con uno stromento adattato. Quando esso esista vicino l' estremità dell' uretra se ne potrà fare l' estrazione con un pajo di pinzette ordinarie, ed in caso, che esse non siano sufficienti, o il calcolo sia situato troppo indietro, si sono inventati varj stromenti, fra i quali sono preferiti un' ansa di argento, che si fa passare dietro il medesimo, e con cui si tira fuori dall' uretra, o lo stromento di *Hunter* consistente in una cannula della grossezza di una sciringa, entro a cui si trova una pinzetta elastica a tre branche, le quali si discostano fra loro spingendole fuori dalla cannula. Introdotta essa nell' uretra fino al luogo, dove esiste il calcolo si spin-

ge fuori la pinzetta, che si viene ad aprire, e lo abbraccia, e spingendo indi in avanti la cannula viene stretto dalla pinzetta in modo, che si può facilmente tirar fuori dall'uretra senza che sfugga.

Se poi ad onta di tutti questi mezzi riesca impossibile l'estrazione dei calcoli dall'uretra, altro rimedio non resta, che l'incisione della medesima. Per praticarla s'inciderà l'uretra sopra il calcolo stesso, avvertendo di distendere bene la cute, onde l'apertura esterna corrisponda esattamente a quella dell'uretra, acciò non succeda un'infiltramento d'orina nella cellulare. Per impedire in seguito il continuo esito delle orine dalla ferita, che la renderebbe fistolosa si deve introdurre nella vescica una sciringa di gomma elastica, la quale dando il passaggio all'orina, impedisce, che questa venga a passare per la ferita. Allora riunendo la ferita coi metodi, ordinarj se ne ottiene in breve tempo la cicatrice.

ARTICOLO X.

Dell' Operazione dell' Idrocele.

Trattando delle malattie principali delle parti genitali virili si è già accennato cosa sia *Idrocele*, ed abbiamo nello stesso tempo riportato i varj rimedj convenienti per procurare la guarigione, ne ci resta altro al presente, che dettagliare il manuale, che deesi praticare per l'operazione, che conviene per la cura sia palliativa, sia radicativa di codesta malattia.

Per la cura palliativa dell'Idrocele si adopera un piccolo troicart ordinario, o anche una lancet-

ta, se l'acqua sia radunata in piccola quantità. Posto il malato a sedere, o meglio ancora in piedi prenda il Cerusico il tumore con la mano sinistra, e comprimendolo procura, che l'acqua si raduni nella sua parte anteriore, ed inferiore, acciò presenti una maggior resistenza allo stromento incidente. In quello istante prendendo egli il troicart colla mano destra appoggiando il dito indice sulla cannella, acciò ne entri una porzione soltanto, e non resti offeso il testicolo, l'introduce nel tumore, e levando lo spillo ne siegue l'esito dell'acqua. Dato esito al fluido si toglie la cannula, e si medica la ferita con un pezzo di taffettà detto d'Inghilterra, o un pezzetto di ceroto, adesivo e sopra di esso una compressa, ed il sospensorio.

Sebbene questo metodo non è, che palliativo come si è detto, giacchè col medesimo si ottiene solo l'evacuazione del fluido senza che per questo resti impedito un nuovo accumulamento del medesimo, ciò non ostante si hanno degli esempj, che tale operazione abbia alcune volte prodotta la cura radicativa della malattia, e nella maggior parte dei casi per mezzo di una infiammazione, e suppurazione venuta spontaneamente. Nei bambini anche senza di ciò la semplice puntura produce spesso la guarigione radicativa.

Siccome per altro codesto metodo è il più delle volte insufficente, e conviene ripeterlo spesso senza produrre alcun vantaggio, nè impedire la recidiva della malattia, così ci troviamo nella necessità d'intraprendere la cura radicativa di essa, la quale consiste nel procurare una infiammazione artificiale nella vaginale, onde venga essa ad attaccarsi all'albuginea, ed in tal modo resti im-

pedita ogni raccolta di acqua fra queste due membrane. I metodi, che si riducono tutti a produrre una irritazione alla parte sono sei, cioè, l'escisione, ossia l'estirpazione del sacco, il caustico, il setone, la tasta, l'injezione, e l'incisione. I primi quattro metodi sono al presente posti presso che in dimenticanza attesi i gravi sintomi, che producono, e quindi ci sembra necessario dettagliare soltanto i due ultimi, ed accennare semplicemente gli altri.

L'estirpazione del sacco consiste nel portar via una porzione di tegumenti, ed indi recidere con le forbici una porzione di vaginale, riempiendo la cavità con delle fila. Per far uso del caustico si applica esso esternamente fino, che formi l'escara, caduta la quale esce il fluido contenuto, e si stabilisce la suppurazione. Per caustico si servono comunemente della calce viva, della pietra caustica, della pietra infernale ec. Questo metodo sebbene al presente inusitato rendesi tuttavia qualche volta praticabile ne' casi ne' quali gl'infermi per timidezza ricusano il ferro, e si adattano più facilmente al caustico, il quale abbenchè forse più doloroso spaventa meno il malato. Il Setone inventato a quest'oggetto da *Galeazzo* è composto di più fila di seta, che si fanno passare per mezzo del troicart crunato immaginato dal *Port* a questo fine, e dopo se ne annodano insieme le due estremità. Finalmente la tasta consiste in una turunda di fila, che s'introduce in una apertura fatta nel tumore con una lancetta. Ma questi metodi, come si è detto, producono sintomi assai gravi, e quindi si fa uso dei due, che passiamo a descrivere.

L'injezione si pratica facendo l'evacuazione.

dell' acqua per mezzo del troicart collo stesso metodo, che si usa per la cura palliativa, dopo di che senza levare la cannula s' injetta per mezzo di essa con un piccolo sifoncino del vino semplice tiepido, o allungato con un poco di acqua, ovvero dello spirito di vino parimenti allungato, come altri preferiscono, e secondo *Gimbernat*, dopo la puntura del troicart, e l' esito del fluido, s' insuffla dell' aria, e se ne ripete più volte l' uso, da cui ne riporta egli un felice successo; come egualmente asserisce *Volpi*. Introdotto il fluido si chiude la cannula, e comprimendo leggermente la parte si procura, che il medesimo vada a toccare tutta la superficie della vaginale, lo che si riconoscerà da un senso più o meno forte di dolore, che prova il paziente, ed allora si farà escire il suddetto fluido dalla cannula. Si farà porre il paziente in letto, e si applicherà sullo scroto un empiastro emolliente, segnatamente se il dolore sia forte. Dopo poco tempo si manifesta l' infiammazione prodotta dall' irritazione di quel fluido, che si è sostituito all' acqua, e da essa poi viene prodotta l' adesione fra la vaginale, e l' albuginea, la quale accade molte volte per la semplice infiammazione, altre volte poi passa in suppurazione, e s' ottiene il medesimo effetto. Per quello riguarda il metodo da tenersi per calmare i sintomi, che sieguono questa operazione, e che di sovente sono molto considerabili, si deve porre in opera il metodo antiflogistico, e ciò secondo il grado, e forza dell' infiammazione, ed il temperamento, età ec. del paziente, quindi si praticheranno le fomentazioni, gli emollienti, le bibite, i clisteri, e se la febbre sia violenta, i salassi replicati.

Se l' introduzione del fluido, meno l'insufflazione dell' aria non sia stata bastante a produrre una infiammazione attesa la callosità della vaginale, si dovrà ricorrere ad altra injezione di vino puro, o anche animato con qualche irritante, come allume, spirito di vino ec. Ma se poi ad onta di questi mezzi non si ottenga l' effetto bramato, farà di mestieri ricorrere al metodo seguente, cioè all' incisione.

Questo metodo viene da molti scrittori di merito rigettato come pericoloso, ed insufficiente; ma l' esperienza ci dimostra, che esso non produce danni tanto gravi quando sia attentamente diretto il metodo di cura, ed inoltre si rende alcune volte necessario attesa la callosità del sacco, motivo per cui viene al presente adottato da molti Pratici. Per praticare l' incisione si tagliano i tegumenti dalla parte superiore dello scroto fino all' inferiore. Ciò eseguito, si osserva subito allo scoperto la vaginale, che s' incide egualmente col bistorino procurando, che la ferita corrisponda a quella degl' integumenti. Aperta la vaginale colla cautela di non offendere il testicolo seguirà immantinente l' esito del fluido, ed indi s' introdurranno delle fila fra essa, e l' albuginea, e altri consigliano dei pezzetti di tela. Si applicherà una lista di ceroto per tenerle in sito, e sopra un leggiero emolliente con le compresse, ed il sospensorio. Dopo poco tempo non manca di sopraggiungere la febbre, ed il dolore, segni dell' infiammazione, che va curata coi metodi già noti. L' apparecchio si rinnoverà giusta il bisogno introducendo sempre minor quantità di fila. La prima volta si aspetterà, che sia stabilita la suppurazione per levarli, seppure la gravezza dei sinto-

mi non obbligasse a farlo antecedentemente. Alcune volte la vaginale può essere quasi callosa, ed allora sarà adattato un vitto eccitante, non che un topico stimolante, come il bagno di vino aromatico ec. senza ricorrere alle scarificazioni, o alla recisione di porzione della vaginale, o all' applicazione di qualche leggiero caustico per poter produrre l' infiammazione necessaria.

ARTICOLO XI.

Della Castrazione.

Quando il testicolo sia affetto da Sarcocele, o da Cancro, che sono di loro natura incurabili, altro rimedio non presenta l' arte Chirurgica, che quello della demolizione del testicolo stesso. Questa operazione si rende necessaria per impedire, che la malattia si propaghi pel cordone spermatico, e penetrando fino nel basso ventre produca delle malattie, che pongono in pericolo certo di vita il paziente. Deve però a questo proposito ben osservare il professore, che il cordone sia realmente libero, senza però farsi spaventare dal semplice infiltramento del medesimo, come ci avverte *Soemmerring*, altrimenti poi inutile sarebbe l' intraprendere un operazione, che niun vantaggio produr potrebbe all' infermo. Alcuni propongono in simili casi di tirar fuori il cordone, e reciderlo molto all' insù; ma i più recenti pratici sono di opposto sentimento sì per la facilità con cui può sopraggiungere un emorragia nel basso ventre; se il cordone viene a ritirarsi, la quale sarebbe mortale, come ancora per la difficoltà, che si prova di giungere fino alla parte sana del cordone, giacchè può

essere affetta una porzione ben lunga del medesimo anzi in questo caso è ugualmente affetto il rene dello stesso lato, ed allora ne resterebbe sempre in parte l' affezione, che rende inutile l' operazione. Non è poi punto contraindicata codesta operazione se esistono eziandio ingorghi, aderenze, o ulceri allo scroto, ancorchè occupino gran porzione del medesimo, e formino un volume straordinario, poichè noi abbiamo degli esempi di felice successo in simili casi.

Qualora dunque, premesse tutte queste considerazioni, crede il professore, che sia indispensabile il ricorrere alla demolizione del testicolo, preparerà la suppellettile necessaria degli stromenti consistente in un bistorino convesso nel tagliente, un uncino, un pajo di forbici, una spatola, doppio filo incerato, ovvero una specie di fettuccina formata dal medesimo, fila, compresse, e fascia adattata. Si pone il paziente supino sopra il letto, e disposti gli assistenti, dopo rasi i peli del pube farà il Professore una piega nei tegumenti un poco sotto l' anello addominale, e tenendo egli colla sinistra l' estremità esterna della medesima, fa sostenere l' interna da un assistente. In quello stante colla destra prendendo il bistorino fa nel mezzo della piega un incisione, che comprende sino la cellulare, e che dall' annulo addominale si estenda fino al basso dello scroto.

Se poi vi siano in questo durezze, ulceri ec. fatto il primo taglio fino al cordone spermatico; se ne fanno due altri semilunari, comprendendo nel mezzo la parte male affetta dello scroto, e quindi si separa il cordone dall' aderenze, che lo circondano. Il professore facendo tenere da un assistente il tumore da demolirsi, tiene la porzione superiore del cordone spermatico, e colla destra

mercè le forbici, ne fa la recisione più in basso, che si può. Allora seguitando a tenere ben bene fra le sue dita la porzione superiore di detto cordone prende subito coll' altra mano, con cui lo ha reciso, l'uncino munito già del filo incerato, e con esso afferra una alla volta l' estremità arteriose, e facendo scorrere da un assistente il filo cerato sopra delle medesime, le fa legare una dopo l'altra: ovvero isolato il cordone spermatico farà la legatura coll' accennata fettuccia di refe incerato, facendo con essa un sol nodo, e procurando di non stringer molto passerà alla recisione del medesimo. Si può ancora in questo caso circondare il cordone anzidetto con una seconda fettuccia in cui si è fatto il semplice nodo in distanza di poche linee dalla legatura già eseguita, e servirsene all' occasione. Ciò fatto il professore da nelle mani di un assistente invece dell' estremità dei fili, la porzione rimasta del cordone spermatico, fintantochè egli si applica alla totale separazione del tumore colle dita, o colla spatola, procurando per quanto è possibile, di non adoperare stromento tagliente per non offendere i vasi arteriosi, i quali se restano recisi debbonsi subito legare, altrimenti benchè piccoli, qualche ora dopo l' operazione possono dar molto sangue.

Se sarà benfatta la legatura dell' arterie spermatiche, lasciandosi pian piano dall' assistente la porzione del cordone spermatico, non produrrà alcuna emorragia, ma se ciò accada si dovrà stringere alquanto la seconda legatura di sopra esposta. Si umetta indi bene la ferita con acqua calda, e se trovansi piccole arterie recise si dovranno egualmente legare, in seguito si riuniscono i tegumenti, avendo cura tenerli a contatto con delle liste di cerotto, o meglio ancora con qualche punto di sutura stac-

cata, se siasi asportata porzione dello scroto, applicandovi sopra le fila, compresse, e la fasciatura a T. doppio. Dopo qualche giorno viene a stabilirsi la suppurazione, e si ottiene la cicatrice il più delle volte, senza accidenti, avendo attenzione di tenere il paziente nel sistema di cura adattato al grado dell' infiammazione, e dei sintomi, che potessero sopraggiungere.

I sintomi più pericolosi, che possono aver luogo in codesta operazione, sono l' emorragia, e le convulsioni. Riguardo l' emorragia poco dovrà temersi, poste che siano in pratica le cautele accennate; altri a questo riguardo hanno proposto la compressione fatta o colle fila, o con delle lamine di piombo, ma questi mezzi riescono quasi sempre insufficienti. Quello per altro che può venire in conseguenza della legatura di tutto il cordone spermatico sono le convulsioni prodotte dalla compressione de nervi, e del dotto deferente; e perciò si è imaginato, come abbiam detto, di separare i vasi dai nervi; ma questo riesce molto difficile. Il miglior metodo adunque sarà quello di legare tutto il cordone, e separarlo soltanto con esattezza da tutte le sue adjacenze, e servirsi per legarlo dell' accennata fettuccina stretta, composta di pochi fili di refe cerato, avvertendo di non stringerla troppo; ma soltanto quanto basta per impedire l'emorragia. Alcuni si servono ancora di una piccola striscia di tela, che forse può produrre lo stesso effetto.

ARTICOLO XII.

Dell' Amputazione della Verga.

Nei casi di scirro, o cancro del pene è necessario ricorrere all'amputazione del medesimo, o di una sua parte. Questa operazione non è di alcuna difficoltà, ne porta seco cattive conseguenze. Per eseguirla si tira la cute, che ricuopre la verga verso l'estremità della medesima, acciò ne rimanga meno che si può, giacchè i corpi cavernosi dopo recisi si ritirano di molto. In quello stante con un bistorino si recide al disopra delle parte malata. Alcuni consigliano di tagliare prima circolarmente la cute, con un secondo taglio poi i corpi cavernosi, ciocchè può essere in molti casi di qualche vantaggio, e per questo oggetto sarà bene di fare prima una legatura circolare, che serva di guida, Ciò fatto si dovranno legare le arterie, che gettono sangue, e che alle volte sono assai numerose. All'oggetto poi di render più facile le legature s'introduce nell'uretra un catetere prima dell'operazione, il quale forma un punto d'appoggio nell'afferrare l'estremità arteriose, ed affrena il grande ritiramento del moncone del pene. Per impedire, che nel cicatrizzarsi della ferita non venga a chiudersi l'uretra, s'introdurrà dopo l'operazione una sciringa di gomma elastica, che servirà ancora per tenere lontane dalla ferita l'orine più che sia possibile. *Siebale* ha sostituito ad essa una mezza sciringa fornita di uoa lamina concava di rame, onde le parti restino meglio difese dall'umido. Se dopo recisa la verga rimanga l'incomodo di bagnarsi nell'orinare si potrà fare uso della cannula di piombo ricoperta di pelle in-

ventata a quest' oggetto. Noi non parliamo del metodo di estirpare la verga per mezzo della legatura, giacché oltre l' essere più lungo, è ancora molto più doloroso, e quindi da tutti i Pratici si preferisce giustamente il taglio.

ARTICOLO XIII.

Dell' Operazione del Fimosi, e Parafimosi.

L' oggetto dell' operazione del Fimosi così detto si è quello di dilatare quello stringimento del prepuzio, che costituisce la malattia. Questa operazione consiste nell' incisione del prepuzio, e si pratica nel modo seguente. Posto il paziente a sedere, o sul letto, il Professore prende con una mano la verga, ed introduce una sottile sonda scannellata fra il prepuzio, ed il glande, sulla quale poi si porta il bistorino di stretta lama, facendolo penetrare fino all' unione del prepuzio col glande, allora si fa escire la punta dello stromento tagliente a traverso il prepuzio, e dopo si effettua facilmente il taglio di tutto il medesimo. Alcuni preferiscono d' introdurre il bistorino senza sonda, portandolo dentro orizzontalmente, ed armando la sua punta di una piccola palla di cera; altri poi antepongono al bistorino una forbice; ma il metodo dianzi descritto riesce in pratica più facile, e più sicuro.

Fatto il taglio nel modo accennato si dovrà medicare la ferita, lo che si farà introducendo delle fila nella medesima, per impedirne la riunione. Esse si tengono in sito col mezzo di una compressa, e con una fasciatura, ed indi la medicatura si riduce al metodo ordinario. Alcune volte il Fimosi è accompagnato da callosità, o anche scirrosità dell' orlo del prepuzio, di modo che l' incisione del me-

desimo resta presso che inutile. In questo caso non ci è altro riparo, che ricorrere all' estirpazione di tutto il prepuzio, ossia alla circoncisione, che si fa incidendo prima il prepuzio, come si è accennato di sopra, e poi recidendolo circolarmente con le forbici.

L' operazione della *Parafimosi* consiste nel riportare sul glande il prepuzio, ch' era stato portato all' indietro di esso, come accade nel Parafimosi. Noi abbiamo a suo luogo veduto, che alcune volte per mezzo di medicamenti locali, o astringenti, che *impiccoliscono* il glande, o emollienti, che rilasciano il prepuzio, si può ottenere il ritorno del medesimo sopra il glande; ma se con questi mezzi non si consegnisce l' intento, è necessario d' incidere l' orlo del prepuzio, che forma lo strigimento, altrimenti potrebbe anche nascere la cancrena del glande. Per operare il Parafimosi si fa uso di un bistorino stretto, e concavo. Allora s' introduce la punta del medesimo sotto la porzione del prepuzio, che resta all' indietro del glande, ed alzando la punta dello stromento, si viene a recidere il lembo del prepuzio, che forma lo strigimento. Per rendere più facile l' introduzione del bistorino, e per esporsi meno che si può al pericolo di offendere colla punta di esso i corpi cavernosi, sarà benfatto, se è possibile, l' introdurre una sonda scannellata fra il prepuzio, ed i medesimi, e sopra di essa portare il bistorino. Se mai una sola incisione non fosse sufficiente per fare ritornare il prepuzio sul glande, sarà bene farne due, o tre alla distanza di qualche linea l' una dall' altra, e permettere dalle medesime l' esito del sangue per qualche minuto. Dopo di ciò si procura la riduzione del prepuzio, facendo ancora delle *scarificazioni*, se esse siano necessarie. E' certo per altro, che gli emollienti

cali dopo l'incisione, spesso rinnovati saranno iandio sufficienti, per conseguire in pochi giorni naz'altro manuale la riduzione del prepuzio.

ARTICOLO XIV.

Dell'Operazione della Fistola dell'Ano.

Parlando nel II. Vol. della fistola dell'ano abbiamo noi detto, che spesso il Cerusico si trova nella necessità di aprirla, non essendo sufficienti i metodi di già accennati per procurarne la guarigione: questa verità, è stata riconosciuta fino dai più antichi Scrittori di Chirurgia, ed *Ippocrate* stesso ha scritto la legatura, che ancora al presente è, come vedremo, uno de'metodi adattati. *Celso*, e *Gazo* hanno proposto l'incisione, e gli Arabi sono tati del medesimo sentimento. I più recenti Scritori hanno egualmente proposto l'incisione, ma con arie modificazioni, che noi non esporremo, attenendoci al metodo soltanto approvato dai migliori Praici.

Non è necessario quì ripetere le cagioni, o le istinzioni della fistola dell'ano avendone già parlato a suo luogo; è dunque solo quì nostro obbligo di descrivere il manuale, che si richiede per la ura radicativa della medesima, purchè essa non sia intoma di una malattia universale. Non ci sembra er altro inutile avvertire, che alcune volte una fistola dell'ano inveterata ha prodotto lo sputo di us, per essersi questo assorbito dalla medesima; na ancora bentosto essersi dissipato dopo la guaigione della fistola, mercè l'operazione. I metoli, che si descrivono per operare la fistola sono sei, cioè l'injezione, la compressione, l'estir-

pazione, il caustico, la legatura, e l'incisione. Di questi, i primi tre sono al presente affatto abbandonati, e si fà soltanto uso degli altri. L'oggetto particolare dell'operazione della fistola si è il procurare l'obliterazione del seno fistoloso, e questo può ottenersi con il metodo del caustico, o della legatura, o coll'incisione, separando tutto quello, che esiste fra le due estremità della fistola medesima. Tralasciando adunque la descrizione dei primi tre metodi al presente inusitati, per non allontanarci dal sistema compendioso, che ci siamo proposti, passiamo ad indicare i seguenti.

Il metodo del caustico, che è il primo, di cui facciamo parola, consiste nell'applicazione sulla fistola di un ferro rovente, o di un escarotico; ma precisamente sul tramezzo delle due estremità della fistola, onde venga prodotta una escara accompagnata da infiammazione, e quindi dalla suppurazione, la quale distrugga il medesimo tramezzo, e ne procuri perciò la cicatrizzazione. I caustici per altro, di cui si deve far uso in questo metodo, non sono adattati a produrre il loro effetto, se non siano applicati replicate volte; di modo che tal metodo riesce molto lungo, e doloroso. Oltre di ciò, dobbiamo riflettere, che l'uso del caustico non è sufficiente a produrre la cicatrice, che nelle fistole superficiali, o poco profonde; ma è affatto inutile in quelle, le quali penetrano molto indentro, e che comunicano coll'intestino retto; laonde il caustico è presentemente poco adoperato nella cura della fistola dell'ano. I metodi quindi più al presente usati sono la legatura, e l'incisione.

Varie sono le opinioni dei moderni pratici sulla scelta di uno di questi due metodi: per altro sembra, che il secondo meriti la preferenza sull'altro, essendo esso più sollecito, meno doloroso, e con-

nendo poi esclusivamente ne' casi di fistole com-
icate da molti seni. All'opposto peraltro la legatu-
conviene alle persone deboli, o esposte a ca-
oni debilitanti, a quelle timorose ad esporsi al
glio ec.. e quindi abbenchè in genere da tutti i
atici più accreditati venga preferita l'incisione, non
però, che in alcuni casi non venga ammessa an-
e la legatura, che anzi da molti non solo ven-
ono queste due operazioni praticate vicendevol-
ente, e giusta le circostanze; ma si hanno ezian-
io degli esempi, che siano state ambedue poste
opera nello stesso tempo sullo stesso soggetto
on esito felice.

Per praticare la legatura di una fistola dell'ano
farà situare il malato sul letto coricato sopra il
to corrispondente alla medesima, la coscia oppo-
a piegata, mentre che l'altra è distesa, s'in-
odurrà nella fistola un filo di piombo, che si fa
assare fino nell'intestino retto, ed introducendo
ol l'indice nel medesimo intestino, si porta fuori
esso il filo di piombo. Allora si riuniscono in-
eme le due estremità del filo, e torcendolo si vie-
a stringere la porzione intermedia alquanto cal-
sa della fistola, che viene abbracciata dal mede-
mo. L'irritazione del corpo estraneo vi produce
suppurazione, e stringendolo continuamente, si
ene a poco a poco a diminuire il tramezzo anzi-
etto, che forma la fistola, fino che si recide del
utto; la suppurazione stabilita cagiona l'adesione
elle parti, e la guarigione della malattia. Se per
tro, come quasi sempre accade, resta difficile, e
olorosa la separazione dell'ultima porzione forma-
dai soli tegumenti, sarà benfatto reciderla col
rro tagliente. In questo stato non rimane ordina-
amente, che una piccola piaga superficiale, che si

medica col metodo ordinario, essendo le parti profonde già riunite.

Codesto metodo essendosi trovato utile in alcuni casi ha ricevuto varie correzioni, che consistono principalmente nella diversità del filo, e nella maniera d'introdurlo. Il filo di piombo resta molto doloroso, e quindi si è pensato di sostituire al medesimo un filo di refe, o di seta incerato. Per render poi più facile l introduzione di questi cordoncini, si sono inventati varj metodi; ma quello comunemente preferito si è il metodo di *Desault*. Questo Professore adoperava una cannula, ed una specie di pinzetta. Introdotta la cannula nella fistola sopra uno specillo, s'introduce la pinzetta nell'intestino retto, con cui si afferra, e si tira fuori dall'ano il filo, che ivi si è già fatto giungere per mezzo dell'anzidetta cannula, la quale in seguito si leva via. Se la fistola era soltanto esterna, introduceva egli prima del filo un troicart nella cannula per renderla completa. Se la fistola non sia molto alta non è necessaria la pinzetta; ma si prenderà facilmente il filo dall'ano, o introducendo una sorda crunata flessibile, o facendo escire la cannula stessa per l'ano, tirandola alquanto infuori.

L'incisione poi è il metodo generalmente preferito per la cura della fistola dell'ano, tagliando tutto lo spazio esistente fra la fistola, e l'intestino. Sono stati inventati moltissimi stromenti per rendere facile questo taglio, molti de' quali per altro non hanno fatto, che rendere più complicata una operazione per se stessa molto semplice. Noi non istaremo quì ad esporre tutti questi diversi metodi, si perchè ci porterebbe troppo a lungo, si perchè sono al presente affatto abbandonati. Gli stromenti, che si adoperano dai Pratici recenti consistono in un bistorino, una sonda scannellata una

:ucchiaja di ebano detta comunemente Gorgeret, delle fila, compresse, ed una fascia formano il rimanente dell'apparecchio.

Situato il paziente nel modo, che abbiamo accennato per la legatura, il Professore farà penetrare nell'intestino retto il conduttore di legno, indi introdurrà la sonda scannellata nell'apertura fistolosa, portandola fino a ridosso dell'estremità del conduttore, o gorgeret introdotto nell'intestino, o accostando le pareti di questo all'anzidetto gorgeret, se manca il foro nell'intestino medesimo, ed in tal guisa formerà in questa parte con ambedue gli stromenti un angolo acuto. Allora sulla sonda porterà il bistorino stretto, e lungo, che farà scorrere fino all'estremità della medesima, che si unisce al gorgeret; e questo senza disunirlo dalla sonda, deesi estrarre, dopo che siasi eseguito il taglio.

Questo metodo oltre che rende sicura la recisione di tutto lo spazio intermedio della fistola, serve ancora di resistenza alla punta del bistorino per renderla completa, se mai essa fosse così detta cieca esterna. Riescirà eziandio molto utile per le fistole assai alte, nelle quali senza l'ajuto del conduttore non si potrebbe giungere fino all'estremità, abbenchè in questo caso *Monteggia* preferisca la legatura fatta con il filo di piombo. Alcune volte accade, che l'intestino sia vastamente denudato al di sopra della fistola, ed allora si reciderà con un pajo di forbici: altrimenti essendo la denudazione ristretta, non avvi bisogno di eseguire questa recisione secondo il consiglio di *Monteggia*, e *Betti*. Se esistano molti seni insieme è necessario spaccarli tutti, e formarne una sola cavità.

Eseguito il taglio, si passerà alla medicatura, da cui dipende l' esito della cura. Si deve a quest' oggetto introdurre fino al fondo della ferita uno stuello di fila spalmato di unguento di rose, per irritare colla sua presenza la superficie della medesima, e produrre la necessaria infiammazione, e suppurazione. Questa medicatura si sostiene colla compressa, e colla fasciatura adattata. Se l'emorragia obbligasse il Professore a prendervi riparo, s' introdurranno delle stuelle di fila più solide, e si manterranno in sito coll'adattata compressione. Egli è talvolta necessario di medicare spesso la ferita a motivo dell' evacuazione delle fecce, che la medicatura impedisce. Nelle medicature successive si anderanno a poco a poco introducendo sempre meno le fila, onde non opporsi alla riunione delle parti. Con questo metodo la piaga diviene a gradi superficiale, e se ne ottiene alla fine la cicatrice.

ARTICOLO XV.

Dell' Operazione dell' Ano imperforato.

Uno de'vizi di conformazione, che osservasi alcune volte nei Bambini si è quello dell'imperforazione dell' ano, difetto, a cui si può qualche volta rimediare per mezzo dell' operazione. Tre casi debbonsi distinguere a questo proposito, il primo cioè dell' imperforazione dell' ano prodotta da una membrana, che chiude l' estremità dell' intestino, ancorchè alle volte sia l' orificio esterno del medesimo nello stato naturale; il secondo dell' obliterazione di una porzione dell' intestino stesso; il terzo finalmente della sua mancanza totale. Egli è chiaro, che sicuro sarà l' esito dell' operazione nel primo caso,

incerto nel secondo, ed infelice affatto nel terzo caso, in cui rendendosi inutile l'operazione potrassi ricorrere ad altri mezzi.

Nel primo caso sarà sufficiente un semplice taglio, che si praticherà nella seguente maniera. Situato il Bambino boccone sulle ginocchia di un Assistente, e sentendo col dito l'estremità del coccige si fa al disotto di essa penetrare un troicart, il quale arrivato nell'intestino retto, si osserverà subito l'esito del meconio. Siccome il foro fatto dal troicart rimane molto piccolo, e con difficoltà si mantiene aperto, sarà bene di premettere una piccola incisione cociforme fatta con una lancetta, o con un bistorino, e questa sola può essere ancora sufficiente a formare l'ano artificiale. La medicatura consiste nel mantenere aperto il forame fatto, lo che si otterrà introducendo in esso una turunda spalmata di unguento cerato, che si anderà mutando spesso, e si potranno ancora spalmare col medesimo i contorni della ferita.

Più complicato è il caso dell'obbliterazione di un qualche tratto d'intestino retto. Ordinariamente allora il luogo dove resta l'ano è ripieno di cellulare, a traverso la quale è difficile il ritrovare l'intestino anzidetto. In questi casi dopo fatta l'incisione cociale de' tegumenti, si potrà tentare col troicart, o col bistorino stesso di penetrare nell'intestino, lo che se sarà abbastanza fortunato il Professore di ottenere, si riconoscerà subito dall'esito del meconio, e non si tratterà allora altro, che di mantenere il forame aperto collo stesso metodo, che abbiamo accennato di sopra. Se per altro questo non riesce, sarà forse meglio abbandonare il paziente, che esporlo ai tentativi replicati, i quali si rendono dolorosi, ed inutili.

Quando poi manchi totalmente porzione d' intestino retto, o sia ristrettissimo per un tratto ben lungo, i mezzi sopraccennati sono affatto inutili, ed allora si dovrà abbandonare il paziente. Alcuni hanno proposto di formare l'ano artificiale alla regione iliaca sinistra, aprendo in detta parte, ritirandovi fuori il colon, tagliandolo, e fissandone le due estremità all' apertura esterna. Questa operazione proposta da *Littre* è stata raccomandata ancora nel caso di sopra esposto, vale a dire nell' obliterazione di una porzione d' *intestino*; ma oltre il pericolo, che seco porta una tale operazione, l'incomodo disgustevole, che l'accompagna per tutta la vita, la rendono poco praticabile.

L' imperforazione dell' ano è sovente accompagnata dall' apertura del' intestino retto nella vagina, o nelle vie orinarie. Nel primo caso l'evacuazione delle fecce, per la vagina si rende molto facile, e più facile resta anche l' operazione; giacchè dopo aperto l' intestino retto, si richiude con più facilità il forame corrispondente della vagina, potendosi portare una compressione nella medesima; ma se l' intestino corrisponde nella vescica, o nell'uretra, oltre la dificoltà, e il danno che arrecano le fecce a passare per dette parti, resta impossibile il procurare, dopo aperto l'intestino, di chiudere il forame della vescica, ce conviene lasciare alla natura, la quale per altro alcune volte non lascia di operare la cicatrice, atesa l' esilità del medesimo.

CAPO V.

DELLE OPERAZIONI, CHE SI PRATICANO SULL' ESTREMITA'.

ARTICOLO I.

Dell' Operazione dell' Aneurisma.

Quando la compressione non sia mezzo sufficiente per produrre la cura radicativa dell'Aneurisma, o perchè esso sia troppo vasto, ed inveterato, perchè l' arteria sia d' un calibro troppo grande, o perchè il luogo dove esiste l'aneurisma non ammetta un tal metodo, o perchè finalmente produca esso troppo dolore, e formi delle replicate escare cancrenose; siamo necessitati a ricorrere all' altro metodo, che è quello dell' allacciatura. Questo sebbene più doloroso, e più difficile a porsi in pratica dell' altro, ciò non pertanto è il più sicuro, ed è quello, che costituisce propriamente *l' operazione dell' aneurisma* così detta. E' quì d'avvertirsi, che codesto metodo dell' allacciatura non hà luogo negli aneurismi dell' arteria temporale, occipitale, e palatina, essendo nei medesimi sufficiente per la cura radicativa la compressione, la quale però nell' aneurisma dell' anzidetta arteriæ palatinæ deesi eseguire, dopo che si è aperto col ferro il tumore aneurismatico.

Dobbiamo noi trattandosi di allacciatura di un' arteria esaminare attentamente lo stato dell' Aneurisma, la sua specie, ed il sito, ed adattarvi il metodo più conveniente per l' operazione. Se il volume dell' aneurisma sia piccolo, se esso sia ourio con piccolo stravaso nella cellulare, si po-

trà praticare il metodo ordinario, di fare cioè; due legature una sopra, e l' altra sotto la dilatazione, o apertura dell' arteria. Nei casi opposti si potrà adottare il metodo di *Anel* detto di *Hunter* di allacciare cioè l' arteria molto al di sopra dell' aneurisma stesso. In genere va il metodo adattato non solo allo stato, e alla specie dell' aneurisma; ma ancora al sito, che occupa; giacchè un' aneurisma della Carotide operabile, cioè che esista nella parte superiore del collo, dovrà egualmente operarsi col metodo di *Hunter* abbenchè sia piccolo, recente ec. non essendo possibile eseguire in codest' arteria l' altro detto ordinario.

L' Operazione dell' aneurisma, si pratica più frequentemente nell' aneurisma bracchiale nato per lo più in conseguenza dell' offese della detta arteria in occasione di salasso, e nell' aneurisma del Poplite. Noi descriveremo in primo luogo in generale i metodi di operare l' aneurisma, ed indi passeremo soltanto ad adattarli alle due diverse specie d' aneurisma accennate, potendo facilmente essere i medesimi adattabili agli aneurismi più rari ad accadere, come per esempio nell' arterie crurale, iliaca posteriore, iliaca anteriore, assillare, carotide ec. nei quali leggiamo degli esempj di essere stati i suddetti metodi felicemente praticati.

Per operare un aneurisma il metodo ordinario si è quello di aprire il sacco aneurismatico, e di legare l' arteria al di sopra, e al disotto del tumore. A quest' oggetto si fa; sul tumore stesso aneurismatico un' incisione longitudinale proporzionata alla lunghezza del medesimo. Si vuota il sacco aneurismatico dai grumi di sangue, e si separa dalle parti vicine l' arteria, dopo essersi di già resi padroni del corso del sangue per via di un

tourniquet, o di altro mezzo applicato sull'arteria al di sopra dell'aneurisma. Ciò fatto si passano due fila composte di tre fili di refe incerato al di sopra dell'apertura, o dilatazione dell'arteria, e due parimenti nella porzione inferiore; e si stringe una delle legature superiori, ed una delle inferiori, e si tengono le altre di riserva in caso, che le prime si strappassero, o venissero a consumarsi. Eseguito il descritto, si medica la ferita, lasciando le fila fuori della medesima, onde esserne padroni in qualunque caso di emorragia, la quale difficilmente comparirà eseguendo il metodo, che in appresso esporremo.

La medicatura della ferita consiste nel metodo ordinario, e con la suppurazione cadono le fila circa il ventesimo giorno, restando obliterata l'arteria per qualche estensione dal punto, ove esisteva la prima legatura. Il sintoma il più pericoloso in questo metodo si è la mancanza della circolazione, che minaccia la cancrena della parte; se realmente questa abbia luogo, non ci è altro riparo, che ricorrere all'amputazione, la quale anzi in alcuni casi fu da qualche pratico consigliata, anche prima di tentare l'allacciatura. Per altro non devesi il Professore spaventare, se vede dopo l'operazione, ed anche pei primi giorni la parte priva di calore, e di sensibilità, e minacciante cancrena; giacchè varj sintomi possono ancora svanire sotto l'uso del calore applicato localmente, e continuato per qualche tempo, dipendendo questo dalla mancanza del passaggio della quantità di sangue necessario per l'arterie collaterali, le quali poi a poco a poco vanno a dar luogo ad una quantità sufficiente del medesimo.

Il secondo metodo è quello detto di *Hunter*, il quale consiste, nell'eseguire l'allacciatura, non al

luogo dell' aneurisma stesso; ma bensì molto al di sopra di esso, e molto distante dal medesimo, onde l'effetto di essa sia quello d' impedire, che il sangue si porti al tumore aneurismatico con la forza ordinaria; così si lega, per esempio, l' arteria femorale nell' aneurisma dell' arteria poplitea, e l' arteria omerale nell' aneurisma dell' *arteria* bracchiale. Questo metodo si crede più adottabile dell' altro offrendo molti vantaggi a preferenza del primo. Si stima pertanto essere molto più facile il legare un arteria in istato sano, ed in un punto ad arbitrio del Professore, di quello che legarla nel luogo medesimo dell' aneurisma, dove attesa la dilatazione dell' arteria stessa lo stravaso del sangue, e la variazione, che offrono le parti vicine, resta essa molto difficile a distinguersi, e separarsi, onde farne la legatura. In questo metodo la ferita, che dee farsi è molto più piccola, che quella, che si richiede per porre allo scoperto il sacco aneurismale; la piaga che ne risulta è molto più superficiale, la lacerazione è nulla, e la suppurazione molto minore, atteso che le parti sono sane, e si dà minor accesso all' aria. Quantunque siansi voluti trovare molti inconvenienti a questo metodo, cioè quello di rendere inutili le arterie laterali situate al di sotto della legatura, quello di non far svanire affatto il tumore, quello dei vasi collaterali, che versano il sangue nel medesimo, e possono riprodurre la malattia, quello di rendere più difficile a passare i fili sotto l' arteria, non essendo essa aperta; pure è il metodo da molti adottato, presentando secondo loro, molti vantaggi al di sopra del metodo antico; ma noi siamo di sentimento, che non debbasi generalmente a questo preferire.

Un terzo metodo possiamo chiamare quello di *Maunoir di Ginevra* già proposto antecedentemente da *Orazio Murray*. Esso avea osservato, che nell' operazione dell' aneurisma, uno dei sintomi, che la rendeva sovente inutile, si è l'emorragia, la quale nasce alcuni giorni dopo allacciata l'arteria, e che essendo sovente irreparabile, porta seco la morte del paziente. Questa emorragia si crede dipendere dalla lacerazione dell'arteria, prodotta dalla retrazione del vaso, o contrazione delle fibre longitudinali del medesimo, in cui viene causata da una certa irritazione per il ristringimento, che formano i fili intorno all' arteria. Per impedire codesta emorragia, gli accennati Professori propongono di recidere l' arteria stessa nel mezzo fra le due legature, e così sebene queste producano dell' irritazione, e contrazione in essa, pure non verrassi a cagionare l' anzidetto spaventevole avvenimento; ed assicurano, che al cadere dei fili si trovano obbliterate le due estremità dell' arteria. I medesimi dicono di aver posto spesso in opera questo metodo con esito felice.

Esposti i tre metodi principali adoperati per l' allacciatura delle arterie, passiamo ora a farne l' applicazione alle due principali specie di aneurisma, il bracchiale cioè, ed il popliteo. Per fare l' operazione dell'aneurisma bracchiale, si dovrà situare l' infermo sul letto orizzontalmente sulla sponda di esso, per guisa che il Professore possa operare liberamente sul braccio affetto. Avrà egli antecedentemente disposto l' apparecchio consistente in un tourniquet, un bistorino retto, una spatola, tre, o quattro aghi curvi, non taglienti, e cuniati in punta, nei quali sia infilato del refe incerato, formato a guisa di cordoncino piat-

to, una tenta scannellata, una sciringa da donna, delle fila, compresse, e fascie adattate. Il primo oggetto del Professore dev' esser quello d' impedire il corso del sangue verso l' aneurisma, e quindi dovrà egli primieramente adattare il tourniquet nel braccio, vicino all' ascella, onde resti compressa l' arteria bracchiale. Un' Assistente avrà in custodia questo stromento per allentarlo, e stringerlo secondo il bisogno. Questo medesimo Assistente potrà tener fermo il braccio, mentre altri terranno ferma la mano, e l' antibraccio. Ben situato l' infermo, ed applicato il tourniquet, dovrà il Professore mettere allo scoperto l' arteria ferita, o l' aneurisma. A quest' oggetto farà col bistorino un' incisione sopra il tumore, che sarà più lungo del medesimo due pollici circa; e tenuti divaricati i labbri della ferita, dopo avere asciugato l' interno della medesima dal sangue, si aprirà coll' anzidetto stromento il tumore aneurismatico, ed indi s' introdurrà il dito indice sinistro nel medesimo, colla guida di cui si apre tutto il tumore. Ciò fatto, si pulisce esattamente con una spugna dai grumi di sangue, e si distingue con facilità la parete opposta dell' arteria tagliata, la quale, se si crede necessario, si reciderà immediatamente. Ciò eseguito, s' introduce la tenta, o la sciringa da donna, nell' apertura superiore del vaso, e si da nelle mani di un' assistente. Ora si prende dal Professore coll' indice, e pollice della mano sinistra il vaso medesimo, entro cui ci è lo stromento, e si separa per quanto è possibile dall' aderenze colle parti vicine, segnatamente coi nervi; e colla destra l' ago munito del filo, la punta del quale si fa scorrere sull' unghia del dito indice, e quindi si circonda

collo stromento il detto vaso, e poca cellulare, facendolo passare dal lato opposto di questo. Ritirato l'ago, e lasciato il filo, che ha circondato il vaso, si leva la tenta, e si osserva se è stato ben situato il filo. S'introduce nuovamente la tenta nel vaso, e si porta nella stessa maniera indicata un secondo filo doppio alla distanza di sei linee circa dal primo; ma in maggior profondità di questo, che dovrà formare la legatura di aspettativa. Adempito ciò, si leva nuovamente la tenta, e si fa la legatura del primo filo con semplice nodo, sopra di cui se ne forma un secondo, dopo che si è il Professore, accertato, essere benfatto il primo, senza interporvi tra il filo, ed il vaso alcun corpo, come da qualcuno si consiglia. Nella medesima maniera si passa una doppia legatura nella parte inferiore del vaso, facendovi soltanto una sola allacciatura, lasciandone una di riserva.

Siccome è egualmente necessario di legare l'arteria sì al di sopra, come al di sotto della sua apertura, nel caso di aneurisma spurio, ch'è il più frequente nell'arteria bracchiale, così dovrassi riconoscere attentamente il luogo, dove l'arteria stessa è aperta. A questo fine dopo il primo taglio farà il Professore slentare un poco il torcolare, e dall'esito del sangue riconoscerà facilmente il luogo, dove l'arteria è lesa. Allora si prenderanno gli aghi preparati, e muniti di filo incerato, che si passano coll'esposta cautela sotto l'arteria, prima al di sopra dell'apertura di essa, e dopo al di sotto.

Legato, che sia il filo superiore in qualunque degl'accennati casi si consiglia da alcuni di slentare nuovamente il tornichetto, per osservare se esce il sangue dall'apertura dell'arteria, giacchè questo

allora sarebbe segno, che il sangue vie ne portato alle parti inferiori dell' arteria sottoposta alla legatura, per mezzo delle arterie collaterali. Per altro potendo questa emorragia dipendere ancora dall'essere stata poco stretta la legatura superiore, potrà essere questo segno assai equivoco, e quindi sarà meglio il differire di far sospendere la compressione, dopo avere stretta nella suddetta maniera la legatura inferiore, poichè se mai allora esce il sangue dall' arteria, sarà indizio sicuro, che le legature non sono bastantemente strette, e quindi si dovranno stringere nuovamente; prima di applicare l' apparecchio. Noi per altro abbiamo già indicato, che il Professore debba prima di eseguire il secondo nodo in ogni allacciatura, esser sicuro della sufficiente strettura del primo.

Assicurato il Cerusico, che le legature sono strette abbastanza, dovrà medicare la ferita. A quest' oggetto si ricoprirà la medesima di fila, che si manterranno in sito con delle compresse, ed una fasciatura, il braccio si farà restare in situazione comoda, e piegato, e si farà uso dei mezzi, che abbiamo già indicati per ottenerne una buona suppurazione. Stabilita questa, e cadute le fila si potrà levare il tourniquet, e la piaga verrà ridotta a piaga semplice, che dopo tre, o quattro settimane cicatrizza, se non si presentano dei sintomi particolari, e segnatamente l' emorragia.

Qualora si creda di operare quest' Aneurisma col metodo di *Hunter*, si farà l' allacciatura dell' arteria bracchiale nella metà del braccio, avvertendo di separarla dal nervo mediano, che scorre nella sua parte interna.

L' allacciatura dell' arteria in occasione di aneurisma del poplite, è l' altra operazione di questo

genere, che trovasi il Cerusico obbligato di praticare. Riguardo a questa operazione dobbiamo per altro avvertire, che spesse volte è la medesima seguita da esito funesto, non per parte dell'operazione stessa, la quale non sia stata praticata secondo le regole dell'arte, ed abbia ottenuto realmente il suo effetto; ma bensì per il disordine, in cui trovansi le parti sottoposte. Nei casi di aneurisma inveterate, le quali restino situate sopra un'osso, si osserva frequentemente, che la pulsazione del tumore aneurismatico, produce a poco, a poco un disordine tale nelle ossa, su cui poggia, che esse vengono attaccate dalla carie. Questo si rinviene di sovente nel caso di aneurisma del poplite, ed allora, come ognun'vede, si rende inutile qualunque operazione, dovendo il malato dopo la medesima, necessariamente soccombere alla carie dell'osso. Se si arrivi in tempo non vi sarà altro scampo, che quello di ricorrere all'amputazione, anzi da alcuni si sostiene, che sia migliore scelta il preferire la medesima fin dal principio, all'allacciatura, che rare volte è seguita da esito felice.

Stabilito poi, che avrà il Professore di fare l'allacciatura dell'arteria poplitea col metodo ordinario, si farà situare l'infermo a boccone, e posti i ministri in modo, che resti fermo l'articolo, si adatterà il tourniquet, onde impedire il corso del sangue nell'arteria. Il Cerusico situato a sinistra del malato inciderà longitudinalmente sul tumore aneurismatico, e dopo aver penetrato nel medesimo, darà esito al sangue contenuto, e pulirà la cavità stessa dai grumi di sangue. Ciò eseguito, si passerà alla legatura dell'arteria, facendo piegare alquanto l'articolo; e sollevando la medesima, si faranno passare i fili al di sotto nel modo sopra indicato, e si farà in egual maniera la legatura,

continuando poi la cura fino alla totale guarigione. Per altro questo metodo è per lo più accompagnato da gravi inconvenienti, e segnatamente da quelli di allacciare l'arteria stessa, che è molto malagevole il porre allo scoperto, ed isolarla dalle parti vicine, particolarmente dal nervo ischiatico, se la situazione dell'aneurisma è alquanto in basso, e quando il volume del tumore aneurismatico sia molto considerabile. Oltre di questo, la suppurazione è spesso così abbondante attesa la grandezza necessaria dell'apertura, che produce sovente dei danni notabili, e particolarmente la carie dell'osso, a cui questo si trova, come si è detto, il più delle volte disposto. Tali riflessioni hanno determinato alcuni Pratici a preferire eziandio in qualunque specie di codest'aneurisma recente, che esiga l'operazione, il metodo dell'*Hunter*; e negli aneurismi inveterati, e diffusi hanno creduto indispensabile la dissarticolazione della gamba. Il metodo del suddetto Autore in codest'aneurisma praticasi nelmodo seguente.

Situato il paziente supino nel letto, e disposti i ministri si applicherà il tourniquet nella parte superiore della coscia, o si farà tenere compressa l'arteria da un'assistente nel modo di sopra accennato. Si esaminerà in seguito esattamente il luogo, dov'esiste l'arteria, cioè nella parte interna della metà della coscia; per scansare il muscolo sartorio, indi si farà ivi un taglio dei comuni tegumenti. Questo sarà della lunghezza di circa tre pollici, e seguirà esattamente la direzione dell'arteria stessa. Incisi i comuni tegumenti, resterà facile il porre allo scoperto l'arteria, e separarla dalle parti vicine; allora si prenderà un ago curvo preparato a quest'oggetto con del refe incerato a tre doppi, e si passerà sotto l'arteria, facendone la solita a-

lacciatura. Si potrà passare un altro filo alla distanza di un pollice circa lontano dal primo, e servirsene per riserva. Compiuta l'operazione, e sospesa la compressione per vedere se la legatura sia abbastanza stretta, si applicherà la medicatura, che sarà molto semplice, e consisterà in alcune stuella di fila, aspettando la suppurazione per cambiarle. E' necessario lasciare i fili di riserva fuori della ferita, onde poterli stringere in caso di necessità. Il celebre *Boyer* consiglia in questo metodo dell' *Hunter* di eseguire nel luogo prescelto dell' arteria un incisione nella medesima, e quindi farvi due allacciature una sopra, e l'altra sotto l' incisione stessa del vaso, come si pratica nel metodo detto ordinario.

Si è consigliata ancora nell'aneurisma popliteo la legatura dell' arteria crurale, la quale viene seguita da mancanza di pulsazione del tumore aneurismatico, non che di tutto il membro, e dalla mancanza di calore nel medesimo; ma questi accidenti in seguito si dissipano, ed il metodo presenta il fondamento pel buon successo, il quale per altro ci sembra poterlo più facilmente ottenere, nel caso di cui trattiamo, colla legatura dell' arteria femorale.

Fatta l'operazione, si vede in breve tempo diminuire il volume dell' aneurisma, sopra di cui si possono usare delle compresse imbevute in qualche decozione attonante, ed astringente. A questo proposito ci riporta il celebre *Soemmering*, provando l' attività de' vasi assorbenti, che nello spazio di ventiquattrore, ritrovasi diminuito di una terza parte il tumore aneurismatico.

La cura consecutiva va diretta a seconda dei sintomi, che non variano da quelli già di sopra

descritti, e si ottiene sollecitamente la guarigione della piaga. Se l'aneurisma non sia molto voluminosa, e sia recente, onde non esista affezione alcuna nei condili dell'osso del femore, o della tibia, si ottiene con questo mezzo la cura radicativa della malattia; ma se abbia luogo il contrario, ad onta dei vantaggi di codesto metodo, il malato sebbene guarito dall'aneurisma, resterà poi vittima del disordine locale, se non si ricorra all'amputazione. Questo esito funesto per altro può susseguire l'operazione più sollecitamente, operando questa specie di aneurisma col metodo di sopra accennato, vale a dire allacciando l'arteria nel luogo stesso del tumore, poichè allora la suppurazione locale necessariamente abbondante, accelera la carie dell'osso.

ARTICOLO II.

Delle Amputazioni.

Quando la malattia di una dell'estremità del corpo umano, è di natura incurabile, e tale, che crescendo, o comunicandosi ad altre parti, potrebbe cagionare la perdita dell'infermo, dobbiamo allora ricorrere alla separazione di essa, e questa operazione è quella, che propriamente dicesi *Amputazione*. Questa operazione è stata posta in uso fino dai tempi più antichi della Medicina, e dobbiamo confessare, che la maggior parte de' metodi di amputare attribuiti ai moderni, li troviamo negli antichi scrittori di quest'arte salutare, se non vogliamo eccettuare i mezzi di arrestare l'emorragia, che sono certamente stati molto perfezionati dai moderni, lo che rende l'amputazione al presente di un'esito molto più sicuro.

Trattandosi nell' amputazione di privare il paziente di un membro, non deesi praticare la medesima, che nei casi di estrema necessità, e solamente quando il Professore non riconosca realmente altro mezzo di conservare in parte un' articolo, o di salvare la vita del paziente. Del resto è ugualmente pericoloso l' attendere, che la malattia abbia fatto grandi progressi, onde minacci la vita dell' infermo, ed abbia tanto esaurite le forze del medesimo, che non sia più in istato di sostenere l' operazione stessa. I Pratici più celebri della nostra Professione sono stati divisi su questo argomento, ed hanno forse troppo sostenuto due proposizioni ugualmente opposte. Alcuni hanno preteso, che non si dovesse mai praticare l' amputazione, considerandola come inutile, e pericolosa. Altri hanno creduto troppo frequente la necessità di essa, fino a proporla nei casi non necessarj, ed in un tempo in cui si può sperare ancora di ottenere la guarigione della malattia, e conservare l' articolo con altre risorse. Sarà molto savio quel Professore, che si terrà egualmente lontano da questi due estremi, ed eseguirà l' amputazione nei casi, nei quali essa è realmente necessaria, ed in tempo opportuno.

Non è sempre così facile il decidere in generale, quando realmente sia indispensabile cotesta operazione. Noi abbiamo già negl' altri volumi parlando delle malattie generali, e particolari, esposto i casi, nei quali l'arte Chirurgica non possiede altra risorsa, che quella di ricorrere all' amputazione. Giovera quì soltanto il ripetere, che i principali casi nei quali essa ha luogo, sono principalmente le ferite contuse, e lacerate, le fratture parimenti complicate, come per esempio, quelle prodotte da armi da fuoco, la cancrena, il can-

cro, la carie, e lo sfacellismo, le ulceri di natura maligna, alcune esostosi, una distrazione particolare delle membra, in alcuni aneurismi, e ferite di arterie molto grosse, e finalmente nella suppurazione molto estesa. Questi sono i casi principali, ne' quali deve il Professore ricorrere all' amputazione della parte. Non si dice per altro, che in tutte queste malattie debbasi subito praticare l' amputazione, posciachè spesso molte di esse guariscono coll' uso de' medicamenti adattati, e dei metodi già indicati, ai quali deve prima ricorrere il Cerusico, anzichè determinarsi all'amputazione, che non va praticata se non che come ultimo, ed estremo rimedio, e quando il tralasciarla porterebbe o la perdita della vita del paziente, ovvero lo farebbe soffrire per lunghissimo tempo, e per sempre una malattia grave, ed incurabile.

Riconosciuta la necessità dell' operazione, si dovrà procurare di eseguirla, come si è detto, prima che il paziente abbia perduto le forze necessarie, cosa, che non tarda a sopraggiungere nelle malattie accennate, le quali indeboliscono soltanto i malati.

Alcuni Professori sono di sentimento, che si possa, anzi si debba praticare l' amputazione quando l' infermo è ridotto in una certa debolezza, poichè allora la cura della piaga, che ne viene dopo l' operazione è più facile, e semplice, e minor timore vi è di grave infiammazione, o di emorragia. Per altro quando ancora ciò realmente abbia luogo, potrà soltanto intendersi nei casi, in cui il Professore sia consultato a malattia avanzata, e nelle case particolari, o nei piccoli Ospedali; ma non sarà mai questa regola praticabile nei grandi Ospedali, dove sogliamo fare la maggior parte dell' operazioni di questo genere

nfatti vediamo, che in essi le grandi operazioni ion sono seguite da felice successo, come quele eseguite fuori dei medesimi, e ciò accade ippunto per la debolezza, in cui vengono per tane inevitabili cagioni ridotti i pazienti, la quale prolunga la suppurazione, e li rende soggetti a malattie nosocomiali, o altre malattie croniche di debolezza. Se nelle amputazioni non si procuri, che il malato conservi tuttavia un grado di forza sufficiente, resterà egli per lo più vittima dell' operazione stessa.

Determinato il Professore di eseguire l' amputazione, si dovrà destinare il luogo da praticare la medesima. Devesi avere per assioma generale in questi casi, che si dee portar via tutta la porzione affetta dell' articolo, motivo per cui alcune volte è necessario reciderlo molto al di sopra di quello apparisca il termine della malattia all' esterno, lo che ha luogo principalmente nella cancrena, che spesso si estende molto più in su nelle parti interiori, che alla superficie dell' articolo stesso. Deve ancora il Professore praticare l' operazione in modo, che il moncone, che rimane sia di qualche utilità al paziente, se è possibile, o almeno non gli serva d' impaccio, e da questo viene sovente obbligato il Cerusico ad eseguire l' amputazione al di sopra di quello, che richiederebbe la malattia.

Le regole generali, ed avvertenze d' aversi in ogni amputazione sono le seguenti. Si deve in primo luogo dal Professore fermare il corso del sangue nella parte d' amputarsi, quindi si tagliano circolarmente i comuni tegumenti, e con un secondo, e talvolta terzo taglio i muscoli sottoposti, procurando, che resti tanta quantità di questi,

onde ricoprire l'osso, e tanta dei primi, affinchè essi possino mettersi a mutuo contatto. Si deve in seguito segar l'osso, e legare indi tutte le arterie, che danno sangue, per impedire una emorragia secondaria, ed in fine riunire cautamente le parti coi muscoli, e tegumenti procurandone la cicatrice.

Queste sono le regole generali da osservarsi in ogni amputazione, per altro non sempre la circostanza esige portar via soltanto porzione dell'osso, ma spesso conviene separarlo nella respettiva articolazione, e quindi abbiamo due specie diverse di questa operazione, la prima delle quali dicesi propriamente *Amputazione*, e la seconda *Disarticolazione*. Noi parleremo di ognuna di queste separatamente. Le amputazioni, che si praticano nell'estremità sono quelle del braccio, dell'antibraccio, della coscia, e della gamba. Le *disarticolazioni* più frequenti, sono quelle delle dita della mano, e del piede. A queste possiamo eziandio aggiungere quelle del braccio, della mano, di alcuni ossi del metacarpo, del femore, della gamba, quella parziale del piede, e del metatarso, le quali sebbene gravi, pure sono eseguibili, e perciò verranno da noi brevemente descritte.

Le amputazioni propriamente dette, si eseguiscono generalmente nella stessa maniera, eccetto alcune cautele principali dipendenti dalla struttura della parte. I metodi principali, di cui in esse si fa uso sono tre, cioè l'amputazione a due tempi, quella a lembo, e l'altra secondo il metodo di *Alanson*, ossia a taglio obbliquo. Questi metodi in genere possono essere adattati secondo le diverse parti, sulle quali si opera, e giusta le varie circostanze.

Per fare l'amputazione in due tempi, prepa-

:a la suppelletile degli stromenti necessarj, e facen-
stirare i tegumenti più in alto, che sia possi-
:e, s'inciderà la cute, e la cellullare circolar-
ente, dopo di che tirandoli in alto, con un ta-
io circolare si recidono i muscoli sino all'osso.
llora facendo passare una pezza spaccata nel ta-
lio stesso, per modo, che venga l'osso compre-
nell' apertura di essa, si tireranno molto all'
sù i muscoli per scoprir l'osso più in alto,
he sia possibile. Si recide indi vicino alla mede-
ma il periostio, per poi con varj moti di sega,
parar l'osso. Si passa in seguito alla legatura
'vasi, dopo di che tirando in basso i muscoli,
ricopre comodamente l'osso segato, essendo es-
più lunghi del medesimo, e facendo rilasciare
comuni tegumenti, si procura porre a contatto
n essi, tutte le parti molli, che si mantengono
sito coll'apparecchio, che esporremo.

Questo metodo benchè ottenga una sufficiente
antità di muscoli, e di tegumenti per coprire
stremità del moncone, ciò non ostante non so-
essi sempre bastanti all'oggetto nella consecu-
suppurazione, e quindi si è procurato di pre-
dre tale inconveniente con varj mezzi. Alcuni
no proposto di separare una quantità di tegu-
ti, e roveſciarla all'in sù. Altri hanno con-
ato di recidere eziandio i muscoli in due
ti, gli esterni cioè prima, e fatti ascendere,
di passare al taglio circolare degl'interni. Con
si viene a formare una specie di cono voto, nel
o di cui rimane l'estremità dell'osso. A fron-
er altro di queste correzioni si è da molti
ato, che il taglio circolare dei muscoli, e dei
menti presentasse degli inconvenienti insupe-
i, ed hanno imaginato degli altri metodi,
quali quello così detto a lembi. Questo me-

todo consiste nel tagliare i tegumenti, ed i muscoli non circolarmente, come nel metodo sopra accennato; ma tagliando queste parti da due lati con due tagli retti, e poi recidendo circolarmente le medesime. Allora come ognun' vede restano due lembi, i quali separati, e tirati all' in sù si viene a scoprire l'osso fino alla parte superiore delle recisioni laterali, ove colle medesime cautele si pratica la resezione dell' osso, si legano le arterie, e quindi si riaccostano fra loro i lembi, e si mantengono a mutuo contatto. Alcuni usano di formare i lembi obbliqui facendo penetrare il coltello rasente l' osso nel sito, dove si deve segare il medesimo, e poi portando obbliquamente all' in giù fino ai tegumenti, motivo per cui i lembi riescono obbliqui.

I Chirurgi francesi fautori di questo modo di operare hanno trovati pochi seguaci, e non è stato generalmente abbracciato dall' altre nazioni. Si pretende, che il riunire i due lembi porti con se il vantaggio di prevenire una suppurazione, d' impedire la conicità del moncone, e che con tale metodo l' estremità dell' osso non resti mai allo scoperto; ma in pratica realmente non hanno luogo codesti vantaggi. Infatti rarissime volte suole effettuarsi l' adesione immediata di due superficie così estese, come sono quelle dei due lembi, segnatamente se l' articolo d' amputarsi sarà molto grosso; ma se anche quest' adesione si formasse non è essa mai generale, e la suppurazione, che indispensabilmente susseguirà nei luoghi, dove non sia nata l' adesione, non potrà avere libero scolo per le marce. Se poi venga a suppurare tutta la superficie dei due lembi, facilmente si può concepire quanto sarà maggiore, ed abbondante la

suppurazione di quella, che siegue nel taglio circolare. L'esfogliazione dell' osso, se accade, sarà meno libera, che nel metodo di sopra accennato, restando applicato il lembo sull' osso medesimo, per le quali ragioni questo metodo è al presente quasi posto in dimenticanza, e riservato soltanto in alcuni casi, che esso possa essere unico, ed indispensabile.

Il metodo di *Chesen*, che può sotto un certo punto di vista considerarsi come un medio fra li due accennati, è quello, che sebbene non sia totalmente privo d' inconvenienti, pure da varj pratici è stato lodato, ed adottato. Esso consiste nel recidere i muscoli obbliquamente, onde l' estremità del moncone rappresenti un cono vuoto, nella di cui parte superiore rimanga l' estremità dell' osso. Per ottenere questo si fa penetrare la punta del coltello sino all' osso rasente i tegumenti; ma obbliquamente in modo, che resti la sua punta circa due pollici più in alto dal lembo della ute già recisa. Allora tenendo sempre la porzione tagliente del coltello aderente all' osso si conduce esso circolarmente, e obbliquamente, per lo che si vengono a recidere i muscoli nella forma accennata. Ciò eseguito, si sega l' osso col metodo già indicato, e si riuniscono dopo le carni, ed i tegumenti, dei quali si sarà avuto cura di lasciarne quantità sufficiente, onde ricuoprire la piaga.

Se noi giungessimo ad allontanare alcuni inconvenienti, che seco porta il metodo di *Chesen*, dovessimo in allora convenire, che esso sarebbe d'anteporsi ad ogni altro. E' stato pertanto rimproverato a questo metodo di non lasciare una proporzionata quantità di pelle, onde ricoprire la ferita; ma ciò si potrebbe forse prevenire tirandola molto

accade la necrosi dell' osso, e la sua esfogliazione, cosa che richiede alle volte moltissimo tempo: e quando poi succede sovente se ne separa soltanto una porzione di esso, e ne resta sempre un altra allo scoperto. Sono stati proposti varj metodi per prevenire questo inconveniente. Se mai avesse luogo, ad onta delle precauzioni adoperate nel lasciare una quantità sufficiente di muscoli ec. si è imaginato di segare nuovamente l' osso ad una maggiore altezza, recidendo nuovamente i muscoli; ma oltre la difficoltà, che si trova nel praticare questa seconda amputazione, essa riesce molto pericolosa. Altri hanno preferito l' uso del caustico, con cui si ottiene la separazione dell' osso con molta facilità: ma questo metodo ancora è sottoposto a non minori inconvenienti. Il miglior modo in codesti casi sarà sicuramente quello proposto dal rinomato *Leveille*, e praticato poi dal cel. *Volpi* con felice successo; e consiste nel distruggere tanto il periostio della porzione dell' osso esuberante, quanto il midollo interno colla sua membrana; si riempie a tale oggetto la cavità dell' osso con delle fila intrise nello spirito di vino, ed allora si forma una suppurazione, che viene seguita dalla caduta della porzione di osso, che rimane priva di nutrimento.

Esposte le regole principali da tenersi nelle amputazioni, passiamo ora ad esporre alcune riflessioni particolari risguardanti le cautele convenienti a ognuna delle varie specie di amputazione, a cui addatteremo le regole generali dianzi divisate, e quindi poco avremo bisogno di fermarsi nelle medesime. Le amputazioni propriamente dette si praticano nell' osso del braccio, nell' antibraccio, nella coscia, e nella gamba. Le altre ossa sono troppe piccole per sottoporle ad essere amputate, e nelle falangi, che forse alcune sarebbero le sole

apaci di essere recise con sega, in cui dagli antichi realmente si costumava questa operazione, si ratica al presente la disarticolazione, giacchè la nedesima è meno difficile, e meno pericolosa, ed noltre la piccola porzione di falange, che rimarebbe, si renderebbe piuttosto d'incomodo, che li utile alcuno.

Si è già di sopra esposto, quali siano i casi, ne' quali possa aver luogo l'amputazione del braccio, che si richiede principalmente in quelle malattie, che attaccano l'articolazione del cubito. Il netodo migliore per questa operazione è quello di già prescelto, cioè a due tempi. Per quello poi riguarda il luogo da eseguirsi, questo dipende dalla malattia stessa, che l'esige. Si può dunque praticare nella metà dell'omero, nella sua parte inferiore, o nella sua parte superiore. In quest'ultimo luogo per altro riesce semprepiù difficile, e pericolosa, e quando resti la scelta ad arbitrio del professore, sarà meglio amputare il braccio poco sopra i condili dell'omero, o almeno verso la metà di quest'osso, molto più per l'utilità, che può offrire un moncone più esteso.

L'apparecchio necessario si è il medesimo, che abbiamo indicato parlando delle amputazioni in generale, escludendo il piccolo coltello tagliente da ambi i lati, e la doppia compressa spaccata. Pel manuale poi si osserveranno le regole seguenti. Il paziente resterà seduto, se le forze lo permetteranno, altrimenti resterà nel letto. Il braccio sarà disteso, e sostenuto da due ministri, uno de' quali terrà fermo l'antibraccio, e l'altro il braccio nella sua parte superiore. Se l'amputazione si eseguisca nella porzione inferiore dell'Omero sopra i condili, questo stesso ministro potrà col suo pollice comprimere l'arteria bracchiale alla parte interna

del braccio, circa ad un terzo della lunghezza de medesimo, in distanza dell' articolazione. Ivi l' arteria restando immediatamente sull' osso, trovasi un punto fisso per la compressione; ma se debbesi amputare il braccio alla sua metà, o anche più in alto, è necessario lasciare maggiore spazio all'operatore, e quindi dovrassi applicare il tornichetto più in alto, che sarà possibile, situando la pallotta del medesimo sotto l'ascella, ed allora dal ministro, che sostiene la parte superiore del braccio, facendo tirare i tegumenti molto in alto, farà il professore il taglio circolare dei medesimi, e questo sarà nel punto di già destinato. Fatto il taglio, ordinerà egli nuovamente di tirare in alto i tegumenti, e per ottenerne una quantità sufficiente, si possono separare per lo spazio di circa un pollice. La poca quantità di carni, che si ritrova nel braccio previene da per se stessa la suppurazione troppo abbondante, ed il difetto di lasciar l' osso allo scoperto; per lo che non è di necessità ricorrere ad altro metodo, che a quello del taglio circolare a due tempi, che si rende sufficiente. A quest' oggetto il professore inciderà primieramente il muscolo bicipite, e dopo il tricipite, ed il bracchiale anteriore, a livello delle fibre del primo muscolo inciso. Si tirano quindi all' insù le porzioni di muscoli recise per mezzo della pezza spaccata, e si sega in seguito l' osso, avvertendo di andare con somma cautela nel fine, e facendo sempre sostenere la porzione inferiore del braccio, affinchè dal peso del medesimo non venga rotto l' omero prima, che termini di essere segato, e non resti qualche scheggia; lo che se mai accadesse, si farà uso della tanaglietta incisiva per portarla via.

Segato l' osso, si deve passare alla legatura de' vasi; in primo luogo si dovrà legare l' arteria brac-

chiale, questa si trova facilmente nel lato interno, e si prenderà con uno degli stromenti già indicati, tirandola alquanto infuori, per non comprendere nell' allacciatura il nervo mediano unito alla medesima. Si slenterà indi il torcolare per vedere se vi sono altre arterie, che meritino di esser legate, cioè le collaterali, lasciando i fili delle legature nell' angolo inferiore della ferita. Quando il Professore sia sicuro, che non esista altro vaso arterioso, che getti sangue, comprimerà leggermente colle mani scorrendo all' ingiù dal Deltoide fino al sito ove si è fatta l' amputazione, ed in seguito congiungerà i margini della ferita, i quali saranno così mantenuti a contatto da alcune liste adesive lunghe. Si coprirà indi la ferita con una faldella di unguento cerato, e tutto il moncone con fila asciutte, sulle quali si metterà la croce di malta, due lunghette, ed il tutto si sosterrà senza comprimere dai primi giri di fascia a spica ascendente, che servirà col restante ad impedire la contrazione dei muscoli in parte recisi. Si dovrà in seguito regolare nel modo da noi già altrove descritto la cura della piaga, e dei sintomi, che potessero sopraggiungere.

L' amputazione dell' antibraccio merita alcune riflessioni particolari, per essere il membro composto di due ossa, e per la gran quantità di parti tendinose, e ligamentose, delle quali è composto, lo che può produrre dei gravi sintomi. Qualora dunque sia conosciuta la necessità dell' operazione, si potrà essa eseguire col metodo detto a due tempi, che è egualmente sufficiente in quest' amputazione, come in quella del braccio. L' apparecchio sarà il medesimo, eccetto che si può aggiungere il coltello, per tagliare il ligamento interosseo, che sarà stretto, e tagliente da ambi i lati. Al presen-

mente farsi circolare, e dopo si passerà alla esatta recisione trasversale delle parti interessee. Codesta recisione si farà per mezzo del medesimo coltello, o di quello detto interrosseo, che si fa penetrare dall' alto in basso fra l' ulna, ed il radio. Per mezzo della pezza spaccata doppia si tireranno all' insù i muscoli, e dopo aver inciso il periostio, si passerà a segare le ossa. Nell' applicare la sega orizzontalmente si deve attendere, che ambe le ossa vengano separate nello stesso tempo, giacchè, se una venisse ad essere segata prima dell' altra, quella, che resterebbe ancora da recidersi interamente, si potrebbe rompere, e formare delle punte, o scheggie, le quali debbonsi nel caso tagliare sul momento, mercè la tanaglietta incisiva.

Compiuta la resezione dell' osso, e tolta la pezza spaccata doppia, si debbono legare i vasi principali, quelli, che si presentano in questa operazione sono la radiale, la cubitale, e le due interossee, l' anteriore cioè, e la posteriore. La cognizione anatomica della parte farà ritrovare facilmente questi vasi senza aver bisogno di far sospendere la compressione sopra l' arteria bracchiale; ma sarà indispensabile il porre attenzione nell' allacciatura delle due principali arterie nominate, cioè radiale, e cubitale per non comprendervi i nervi corrispondenti alle medesime. Sarà benfatto per altro di far sospendere in seguito la compressione per riconoscere se mai ci fosse alcun altro ramo arterioso, che si rendesse necessario allacciare, come qualche volta accade. Se questo avesse luogo, se ne farà la legatura, e si ricoprirà indi il moncone con i muscoli, ed i tegumenti. Si applicano *allora* due piccole compresse, una nel lato interno, e l' altra sul lato esterno in poca distanza del moncone,

quali saranno circondate da una lunghetta, che
i farà tenere fissa dalle mani di un Assistente, e
ervirà a sostenere l'estremità delle liste adesive,
olle quali si mantengono i lembi degl'integumenti
contatto. Il rimanente dell' apparecchio è quello
li già esposto, che verrà sostenuto da una fascia
ontentiva. Il moncone si lascia semiflesso, ed un
oco più elevato di tutto l'articolo, e si fissa al
uscino, che lo sostiene; ed in seguito il metodo
li curá verrà diretto giusta quanto di sopra si è
letto.

L'amputazione della coscia richiede presso a
oco le medesime cautele, che abbiamo già descrit-
e parlando dell' amputazione del braccio. L'ana-
ogia di struttura, che passa fra queste parti, ne
ende analogo il metodo. Siccome per altro la co-
scia è composta di una quantità di muscoli molto
maggiore di quella del braccio, e siccome questi
ono di maggior grossezza, così è più da temersi
l ritiramento dei medesimi, e conviene quindi far
so di maggiori cautele, che nell' amputazione dell'
omero per impedire, che accada la scoperta dell'
sso. Il taglio circolare, o a due tempi si crede
dai pratici non essere sufficiente il più delle volte
ad impedire questo inconveniente, e quindi varj
Scrittori consigliano servirsi nell' amputazione della
coscia, del metodo detto a lembi, e di quello di
Alanson; ma in ultim' analisi dovrà preferirsi, quel-
lo, che risulta dai metodi di *Gooch* proposto da
Callisen, e felicemente praticato dal *Volpi*.

Il luogo dove devesi amputare la coscia dev'es-
sere più in basso che sia possibile, per avere una
piaga di minor superficie, per lasciare l'articolo di,
ma lunghezza sufficiente, e per essere meno imba-
razzato dalla quantità di carni, che vanno sempre

crescendo, quanto più si avvicinano all'articolazione superiore. Preparato poi il necessario apparecchio, si passerà all'operazione, facendo situare il paziente supino col tronco sopra l estremità di un letto ben fermo, il cui arto sano penderà dal medesimo, ma fisso; e quello affetto sarà mantenuto tra la flessione, e l'estensione da due pratici Assistenti, uno de quali tenga ferma la coscia nella sua parte superiore, e l'altro tenga fissa la gamba. Situato il paziente, ed i ministri, si dovrà fermare il corso del sangue, che attesa la grandezza de' vasi della coscia potrebbe essere di molto imbarazzo nel tempo dell'operazione. A quest'oggetto alcuni costumano di applicare il tornichetto sull'arteria crurale; ma i più recenti pratici si contentano di far comprimere la stessa arteria dalla mano di un ministro. Questa compressione dev'essere alquanto forte, e perciò si adopera il *dito pollice*, o meglio un pezzo di legno adattato a guisa di manubrio di un sigillo ricoperto di pelle; la compressione esercitata in questo modo è un mezzo sufficiente per fermare il corso del sangue, trovandosi la crurale, compressa fra il corpo applicato, e l'osso innominato: ad onta, che si attribuisca a codesto metodo l'inconveniente, che andando l'operazione alquanto in lungo, l'assistente, il quale comprime l'arteria, possa facilmente esser soggetto a stancarsi.

Fermato il corso del sangue, si passa al taglio dei tegumenti, che si farà circolare, e più in basso che si può, avvertendo di fare l'incisione due, o tre pollici almeno al disotto del luogo, dove si deve segar l'osso, acciò ne resti quantità convenevole per coprire la piaga. Si consiglia di segnare coll'inchiostro il luogo da incidersi, onde formare un taglio circolare esatto; e da altri di applicare

ne fettuccie, una al disopra, e l'altra al disotto del sito destinato per l'incisione. La prima di queste cautele è inutile; e la seconda è anche dannosa. Incisi i comuni tegumenti, si distaccheranno alle parti sottoposte, e particolarmente dall'aponeurosi del fascia lata, e si arrovesceranno all'insù più, che si può, facendoli tenere dall'Assistente, che mantiene ferma la coscia nella parte superiore.

Il taglio dei muscoli della coscia non è dei più facili, attesa la loro quantità, e grossezza, ed attesa la necessità, che vi è di lasciare una quantità di carni sufficiente per ricoprir l'osso; quindi deesi scegliere un metodo, col quale si giunga all'oggetto, passando sotto silenzio gli altri di già esposti, sebbenchè siano stati ancora raccomandati in cotesta amputazione. Il metodo, che in questo caso è sicuramente il migliore, e che deesi esclusivamente praticare, è quello descritto dal cel. *Volpi*, il quale consiste nel taglio circolare e perpendicolare dei muscoli eseguito in più volte, e giunto che sia fino al femore, separare questo per l'altezza di un pollice dai muscoli profondi, cioè tridipite, vasto esterno, ed interno con il medesimo coltello, portandone il taglio rasente il femore stesso. Recisi in tal modo i muscoli, si porrà quindi la pezza spaccata, nella cui fessura si farà entrare l'osso, ed incrociando poi le due estremità divise della stessa pezza, si formerà un altro capo della medesima, e tanto questo, quanto il capo intero si daranno in mano all'Assistente, che tiene la coscia sul criormente, acciò egli tirandoli all'insù venga a coprir l'osso a tutta l'altezza, in cui si sono separate l'aderenze dei muscoli profondi col testè accennato taglio. Allora si dovrà prima di ogni altra cosa denudar l'osso dal periostio, e questo

si farà per mezzo di un semplice taglio circolare nel luogo, dove deesi segare il medesimo. Ciò adempito, si prenderà la sega, e si principierà la resezione nel punto destinato, e per meglio dirigere la sega finoche non abbia fatto nell'osso una traccia sufficiente, si appoggierà l'unghia del pollice della mano sinistra sull'osso, e sulla medesima s'appoggierà lo stromento. Sarà molto attento l'Assistente, che sostiene la gamba, di tenerla bene ferma, acciò un qualche movimento, o il peso stesso dell'articolo non faccia rompere l'osso; quando è prossimo ad essere segato interamente, e così ancora il Professore anderà colla massima cautela, segnatamente in quel tempo, che è vicino a terminare la resezione, facendo agire soltanto la sega, e non fare su di essa la minima compressione.

Separata la parte d'amputarsi, *il primo* oggetto si è quello d'allacciare i vasi. Nella coscia essendo l'arterie molte, e di grosso calibro, si farà grande diligenza per non ometterne alcuna, la quale sebbene fosse in apparenza piccola, per essendo impedito il corso del sangue nelle maggiori per mezzo delle legature, potrebbe in seguito produrre un'emorragia grave, e pericolosa.

La prima arteria da legarsi sarà la crurale, che si troverà facilmente nella parte interna del moncone. Il metodo più comodo per legare questa arteria si è di prenderla con una pinzetta, fino a cui sia stato già precedentemente fatto il nodo col triplo refe inoerato. Si fa entrare una branca della pinzetta nel cavo dell'arteria, e coll'altra di fuori si viene a stringere l'arteria stessa tiranddla indi a se, si fa passare sulla medesima il nodo, ch'esisteva sullo stromento, e si stringe sull'arteria. Questo metodo oltre l'essere il più

acile, e meno doloroso, ha il vantaggio di sepa-
are con minor fatica l'arteria dal nervo. A quest'
oggetto potrà essere ancora molto vantaggioso nel-
a pratica l'uso dell'uncino descritto dal sullodato
o *Volpi*. Sarà bene legare ancora la vena crurale,
a quale se sarà unita all'arteria, si legherà insieme
colla medesima, introducendo una branca della
pinzetta nell'arteria, e l'altra nella vena, o legan-
dola separatamente dall'arteria, se sia da essa un
poco lontana, o se siasi il Professore servito dell'
uncino. Legata l'arteria principale, si farà diminui-
re la compressione, e si vedrà facilmente quali so-
no i vasi, che meritano di essere legati, e questi
si allaccieranno nello stesso modo, che abbiamo ac-
cennato. Quando il professore sarà bene sicuro
che sono stati legati tutti i vasi, che possano pro-
durre dell'emorragia, per quanto piccoli esser si
vogliano, passerà alla medicatura della piaga; ma
prima si deve con una spugna imbevuta d'acqua
calda lavare bene la superficie della medesima,
gettandola, ed assicurandosi così d'avere legati
tutti i vasi, che possono dar sangue, altrimenti
leesi farne l'allacciatura. Si appressano quindi le
carni in modo, che resti come una ferita longitu-
dinale, ed in un angolo della medesima si lascie-
anno i fili della legatura dell'arteria, sostenuti
da una piccola lista adesiva, onde poterli ben ri-
conoscere per non correr pericolo di tirarli nel ri-
novare la medicatura. Si mantengono a contatto i
margini della ferita nell'egual maniera indicata
nell'amputazione del braccio, ed egualmente si
pone tutto l'apparecchio, il quale sarà sostenuto
dalla fascia a spica discendente, che si principierà
con due giri intorno alla pelvi. E' qui d'avvertir-
si, che codesta fasciatura dev'essere alquanto com-

pressiva nella parte superiore del femore; e soltanto contentiva nella parte inferiore, ossia vicino il moncone. Si pone la coscia amputata in situazione orizzontale, e si mantiene ferma mercè una striscia di tela passata sopra la parte operata, e fissata co' spilli al sottoposto lenzuolo, si garantisce finalmente dalle coperte ec. con un archetto. Se mai dopo l'operazione apparisse una inquietante emorragia, dovrà il Cerusico contenersi nel modo, che abbiamo accennato, parlando delle amputazioni in generale.

La piaga, essendo molto estesa, non è possibile, che si riunisca per prima intenzione, ma deve necessariamente suppurare, lo che accade ordinariamente nel terzo, o quarto giorno. Allora il Professore leverà l' apparecchio con molta cautela, bagnandolo ancora, se sia necessario, con l' acqua tiepida, e continuerà a medicare la piaga, come si è già nel primo Volume accennato, trattando delle ulceri. Nel tempo della cura si dovrà prendere attenzione ai principali sintomi, che possono sopraggiungere, particolarmente alla scopertura dell' osso, se mai avesse luogo, cosa non molto facile ad accadere, purchè siasi eseguito con esattezza il metodo descritto del taglio in trè tempi.

Una cosa resta d' avvertirsi in seguito di codesta operazione, ed è, che mancando al paziente un articolo dei maggiori, segnatamente se l'amputazione venga fatta nel terzo superiore della coscia, viene a mancare al corpo una parte notabile da nutrirsi, e quindi la massa del sangue è a proporzione troppo abbondante fino che non siasi rimesso il giusto equilibrio. Per conseguenza non sarà, che bene il fare al paziente un salasso

verso il termine della cura, particolarmente se nel tempo dell' operazione non siavi stata emorragia notabile, e se il malato sia giovane, e robusto. Per le medesime ragioni si procurerà di tenere il paziente in una dieta regolata, ed in una astinenza de' cibi sostanziosi, e nutrienti; ma piuttosto gli si permetteranno de' vegetabili, affinchè non venga a soffrire coliche, e tutto ciò, che può generare una pletora. Formata la cicatrice, lo che accade dopo quattro, o cinque settimane, si applicherà alla parte una gamba artificiale, la quale in questo caso sarà da preferirsi quella proposta da *Stark*; col cui ajuto potrà il malato sostenersi, e camminare.

L'amputazione della gamba, attesa la struttura dell' articolo, ha molto di analogo con quella dell' antibraccio. I casi, nei quali ha luogo quest' operazione sono i medesimi di quelli già accennati, e si adopera in essa lo stesso metodo, e lo stesso apparecchio. Varie sono state le opinioni de' Pratici sul luogo, dove devesi praticare l' amputazione della gamba. Alcuni sono di sentimento, che sia miglior partito di fare questa operazione quattro dita circa sotto il ginocchio, ed altri all' opposto quattro pollici in circa sopra i malleoli; ed ognuno sostiene con delle ragioni la sua opinione. L' amputazione fatta sopra il ginocchio ha di vantaggio, che il moncone resta più fornito di muscoli, e tanto più facile riesce la cicatrice, e meno soggetta alla scopertura dell' osso, mentre all' opposto questi vantaggj sono minori nella parte inferiore, dove l' articolo è composto di tendini, e taglio di questo, secondo i suddetti, porta anche de' gravi inconvenienti. Inoltre dicono, che amputando la gamba nella parte inferiore, si ave-

che restano fra la tibia, e la fibola, e che non si sono potuti recidere nel taglio circolare. Adopererà egli a quest'oggetto il coltello a due tagli, che farà penetrare fra le ossa, procurando, che venga a strisciare esattamente sulla superficie delle medesime, acciò non resti alcuna porzione di parti molli non recisa, e che verrebbe poi lacerata dai denti della sega. Sarà ben fatto dopo di avere introdotto il coltello nella parte anteriore, portarlo nuovamente nella posteriore, onde esser sicuri, che il taglio sia completo.

Incisi i muscoli, ed il periostio, si porrà la pezza fessa, uno dei cui capi si farà passare nello spazio interosseo, e per mezzo della medesima si tireranno allo in sù le parti molli, onde segare le ossa. Si farà ciò nello stesso modo, che si è detto parlando dell'amputazione della coscia; ma essendo nella gamba due ossi, si dovrà porre attenzione, che uno di essi, segnatamente la fibola, che è più sottile, non si rompa. Si principierà quindi a segare la tibia, e si passerà indi in un con essa alla resezione della fibola, onde questa venga separata prima dell'altra, o almeno ambedue le ossa insieme. Le arterie da legarsi sono ordinariamente le due tibiali, e la peronea. Se l'amputazione sia fatta molto in alto, basta per solito il legare due soli tronchi. Slentando il tornichetto, o diminuendo la compressione fatta dall'Assistente, come nell'amputazione della coscia si vedrà, se vi siano altri rami, che meritano la legatura, e se in caso fosse l'arteria nutritizia, si tura con un poco di molle cera.

Lavata la ferita con acqua tiepida dai grumi di sangue, si riuniscono le carni, ed i comuni tegumenti, e si fissano le compresse, come si è detto nell'amputazione dell'antibraccio, poche li-

nee distante dal contorno del moncone, per ivi collocare sopra le liste di ceroto adesivo, ed il resto dell' apparecchio, mantenendo il tutto in sito per mezzo della fasciatura spirale, che dalla metà della coscia, si estenderà a tutta la porzione dell' articolo rimasto, e che deve essere semplicemente contentiva. Per quello che riguarda la cura del malato, ed i sintomi, che possono sopraggiungere dovrà il Professore contenersi nella stessa maniera, che abbiamo accennato parlando delle altre amputazioni. Seguita la perfetta guarigione si adatta all' articolo amputato una gamba artificiale, la quale sarà da prescegliersi quella proposta da *Brunninghausen*.

ARTICOLO VII.

Delle Disarticolazioni.

Per terminare questo trattato delle amputazioni resta, che noi esponiamo brevemente il metodo di praticare le amputazioni nell' articolazione stessa, che propriamente dicesi *disarticolazione*. La disarticolazione nei primi tempi era quasi l' unico mezzo su cui si praticava l' amputazione poichè gli antichi credevano assai più facile l'eseguire l' amputazione in un luogo dove era stata già fatta dalla natura la soluzione di continuità dell' ossa stesse, di quello che praticarla nella continuità delle medesime. Si è trovato in seguito, che la disarticolazione era in altri casi più difficile, e più pericolosa dell' amputazione propriamente detta, e quindi si è quasi totalmente rigettata, facendone soltanto uso per le articolazioni delle dita, nelle quali l' amputazione è impraticabile, come si è

detto di sopra. Ambedue questi estremi sono da biasimarsi, e le disarticolazioni fatte ne' casi imponenti, e quelle fatte ne' luoghi dove sono praticabili sono molte volte di anteporsi all' amputazione stessa.

Le disarticolazioni hanno l' inconveniente, che spesso manca la quantità sufficiente di carni per ricoprire il moncone, e che l' osso presenta una maggior superficie, e quindi è più soggetto all' esfoliazione della cartilagine; ma in pratica si riconosce spesso il contrario, giacchè le ossa rimangono meno soggette a rimanere scoperte, e ad esfoliarsi essendo ricoperte dalla cartillagine, ed i tegumenti bastono sovente per formare la cicatrice. Spesse fiate poi la disarticolazione si rende assai facile quando essa è stata già principiata dalla natura stessa, per esempio, quando la suppurazione, la carie, una ferita lacerata, o pure d' arma da fuoco ec. abbia distrutto in porzione le parti, che formano l'articolazione, e che quindi poco resti al Professore per separarla totalmente, onde in questi casi la disarticolazione è da preferirsi all' amputazione ordinaria.

Tutte le articolazioni sono in generale suscettibili della disarticolazione, e sebbene abbiamo già accennato quali siano le più frequenti ad eseguirsi, ciò non pertanto noi descriveremo ancora le altre accennate cioè quelle del braccio ec. come operazioni che si sono praticate, e vi è speranza di praticarle con successo.

Le varietà degne di osservazione in codesta specie di amputazioni sono, che il piede non può essere interamente disarticolato, tra l' astragalo, e l' estremità della tibia, e fibola; ma deesi l' astragalo, ed il calcagno lasciare in sito, disar-

ticolando dai medesimi il cuboide, e lo scafoide in un con il resto del piede. La disarticolazione dell' antibraccio è stata, a dire il vero, una volta proposta, anzi praticata da qualcuno, ma è al presente generalmente riprovata atteso, che è molto piccolo il vantaggio, che risulta da questa disarticolazione a preferenza dell' amputazione del braccio stesso, e d' altronde i danni, che possono nascere in proporzione della superficie molto più estesa, ed ineguale, che presenta l' articolazione medesima sono maggiori dell' anzidetta amputazione. E' degna eziandio di essere conosciuta la varietà, che presenta il metodo di *Pott* in questa specie di operazione, il quale partecipa sotto alcuni rapporti dell' amputazione, e della disarticolazione. Esso consiste nel recidere con una piccola sega l' estremità inferiore dell' osso del braccio, e quelle superiori del raggio, ed ulna portando via soltanto questi pezzi d' osso, e lasciando poi il rimanente dell' antibraccio, e così dicasi il medesimo nell' articolazioue del ginocchio, onde resti ugualmenre la gamba. Questo metodo è stato proposto dall' Autore segnatamente per le malattie dell' articolazioni accennate in occasione di tumori bianchi nelle medesime. La maniera di eseguire questa operazione consiste nello scoprire l' articolazione colla differenza, che aprendo quella del cubito si principia dalla parte posteriore del medesimo, ed in quelle del ginocchio dalla parte anteriore, in cui separata, che sia la rotula dal ligamento proprio, e dal tendine de' muscoli estensori della gamba si lussa l' articolazione, e si segano le due estremità delle ossa dopo averle separate dalle parti molli. Questo metodo in alcuni casi sarebbe il migliore per la bella speranza, che offre di ri-

sparmiare al malato la mutilazione del membro; ma la difficoltà, che s' incontra nell' eseguire l' operazione, e l'abbondante, e prolungata suppurazione a cui si và incontro, la rende impraticabile, e molto azzardosa per il successo, per lo che merita di essere del tutto abbandonata, ed anteposta alla medesima l' amputazione.

Per praticare la disarticolazione si adopera presso a poco lo stesso metodo, che si pone in opera nella amputazione. E' necessario primieramente fermare il corso del sangue come nelle amputazioni, colla differenza, che in alcuni casi, come per esempio nella disarticolazione del braccio non si può applicare il tornichetto sull' articolo stesso; ma è duopo sèrvirsi d' altri mezzi per ottenere il medesimo effetto. Il taglio de' tegumenti si farà parimenti procurando, che ne resti quantità sufficiente per ricoprire il moncone, che rimane. Si recidono in seguito i muscoli, i tendini, ed i ligamenti avvertendo di non offendere la superficie cartillaginosa delle ossa che devono rimanere. Il taglio dei ligamenti produce per se stesso la separazione de' l' estremità articolate degli ossi, senza bisogno di ricorrere ad altro mezzo. Eseguita la disarticolazione, si allacciano i vasi, e si medica la ferita come si pratica nelle amputazioni; queste regole generali vengono per altro modificate secondo il caso particolare, giacchè ogni articolazione richiede delle cautele speciali, che ora con brevità passiamo ad esporre.

La disarticolazione del braccio non è d'invenzione molto antica, *Ledran*, ed altri suoi contemporanei sono stati i primi a praticarla; ma il loro metodo è stato corretto principalmente da *La-Faye*, ed il suo manuale è quello, che viene al

presente comunemente adottato con qualche modificazione. Questa operazione sarebbe stata tenuta per molto più pericolosa, di quello, che è realmente, e sarebbe forse meno raccomandata dagli Scrittori di Chirurgia; se non vi fossero degli esempj di disarticolazioni del braccio accadute fortunatamente; le quali sono terminate senza pericolo di vita, e con la perfetta guarigione dell' infermo.

Tutta la difficoltà in questa operazione consiste nell' impedire il corso del sangue pel braccio, onde non essere incomodati dall' emorragia. Alcuni credono, che basti legare le arterie secondo, che si recidono, senza praticare alcuna compressione, nè legatura avanti l' operazione; altri suppongono sufficiente la compressione col dito sull' arteria fra la clavicola, e l' apofisi coracoide: altri prima di principiare l' operazione con un ago curvo legano l' arteria forando gl' integumenti; altri finalmente hanno inventato delle macchine adattate, onde comprimere l' arteria succlavia. Al presente il metodo della compressione è preferito alla legatura come difficile a praticarsi, e dolorosa pel paziente; ma per altro deesi eseguire la compressione col pollice di un pratico Assistente sull' ascellare dopo che si è principiata l' operazione dal Cerusico, come appresso vedremo.

Posto che sia il paziente a sedere gli si farà tenere il braccio in una situazione orizzontale, e disteso da un Assistente, mentre un altro resterà situato dietro il malato per ajutare il Professore nel manuale dell' operazione. Un bistorino, un coltello, una forbice, una pinzetta, un uncino, refe incerato ec. formano il necessario apparecchio. Il Professore situato all' esterno del braccio principierà col fare una incisione trasversale due, o tre

dita sotto l' acromion tagliando il Deltoide fino all'osso. Si fanno indi due tagli laterali perpendicolari al primo, uno de' quali dall' apofisi coracoide viene all' in giù, e l' altro dall' estremità posteriore dell' acromion viene a riunirsi colla prima incisione orizzontale. In questo modo si forma il primo lembo, sollevato il quale si giunge a scoprire l'articolazione.

Si distacca il lembo fatto dalle parti sottoposte, e si porta in alto facendolo tenere da un Assistente. Si farà sul momento la legatura dell' arteria circonflessa posteriore, indi si farà portare verso il petto l' estremità inferiore del braccio, affinchè si distendano i tendini de' muscoli, che passano sull' articolazione scoperta, i quali si recideranno tutti. Allora si taglia il ligamento capsulare, e si fa escire la testa dell' omero dalla cavità articolare, e quindi si taglia la porzione posteriore del ligamento capsulare. Ciò fatto, si principia il secondo lembo, portando il tagliente del coltello verso l' omero per recidere l' arteria bracchiale più in basso, che sia possibile; e prima di questa recisione dell' arteria si fa da un pratico Assistente comprimere col pollice l' arteria ascellare, per terminarsi in seguito dal Professore il taglio de muscoli, ed integumenti, che tengono ancora l'osso dell' omero unito al tronco. Il taglio di codeste parti si farà obbliquamente in modo, che ne risulti un lembo simile a quello formato di sopra all'articolazione.

Separato il braccio interamente, la prima cosa, che dovrà farsi sarà quella di allacciare i vasi, e primieramente l'arteria bracchiale. Questa si trova facilmente da chi conosce la sua posizione, e si prenderà colla pinzetta, o coll' uncino facendone

la legatura. Si farà poi diminuire la compressione per esaminare se esistano altre arterie, che gettino sangue, e se ne farà l'allacciatura. Quando si veda, che non vi è altro vaso da legare, si porrà nella cavità articolare un piomacciolo di fila, e quindi si riuniranno non molto strettamente i lembi della ferita, che si medicherà colle liste di cetoto adesivo, fila, e con una adattata fasciatura, cioè spira ascellare contentiva. La cura locale, e generale della piaga sarà la medesima, che abbiamo esposto in altre occasioni.

Si può disarticolare ancora la mano nella sua articolazione coll'ossa dell'antibraccio, e particolarmente in occasione di ferite d'arme da fuoco prodotte dallo scoppio dell'arma stessa, supposto però il caso, che siansi formate una o più frattura nell'ossa del metacarpo, con lacerazione ec. Se l'estremità inferiore dell'antibraccio è illeso, come il più delle volte accade, si preferisce codesta operazione all'amputazione del medesimo. La disarticolazione della mano non richiede altra cautela, che quella di lasciare una quantità d'integumenti nella parte posteriore di essa, ossia sul suo dorso per ricoprire la piaga giacchè nella palma della mano ciò non riesce atteso, che ritrovansi in detta parte molti tendini, e ligamenti.

L'apparecchio degli stromenti consiste in un bistorino convesso nel tagliente, ed in tutto il resto è simile a quello già di sopra accennato per le altre disarticolazioni. Siccome in questa operazione si recidono due arterie molto considerabili, così è necessario di arrestare il corso del sangue per mezzo del tornichetto, o di un assistente, che faccia la compressione sull'arteria bracchiale circa l'articolazione dell'omero. Ciò fatto, e situato il malato a sedere, o nel letto si fa porre la mano in pro-

nazione, facendola reggere da un ministro, mentre un altro tiene fermo l' antibraccio, e tira allo in sù i tegumenti. Il professore farà un taglio semicircolare dei medesimi sul dorso della mano circa un pollice sotto l' articolazione, e facendo tirare in sù la pelle già recisa, ajutandone il distacco dalle parti sottoposte, principierà il taglio dei tendini e ligamenti del dorso della mano, passa quindi al lato esterno, o radiale, recidendo i tendini de muscoli, che servono all' estensione, ed abduzione del pollice, il ligamento laterale esterno, e prosegue il taglio obbliquamente verso il lato interno, ove termina, separando il ligamento, onde evitare l' ostacolo dell' apofisi stiloide dell' ulna. In cotesto manuale il Professore porta in basso colla sinistra la mano d' asportarsi, e ne facilita la lussazione, e termina la disarticolazione di essa portando il tagliente obliquamente in basso, ed infuori, e forma il secondo lembo quasi della stessa figura del primo.

Disarticolata la mano il primo oggetto si è quello di legare le due arterie radiale, cioè, e cubitale. Si esamina se mai esistesse qualche altra diramazione da allacciarsi, e dopo aver ricoperto la piaga coi lembi d' integumenti lasciati a questo oggetto, si applica l' apparecchio, come si è detto parlando dell' amputazione dell' antibraccio, consistente in liste di ceroto, fila, compresse, e fasciatura contentiva. Nel resto si condurrà il Professore collo stesso metodo, che abbiamo accennato per l' altre disarticolazioni.

Alcune volte essendo la malattia limitata, si preferisce il disarticolare il metacarpo con le dita annesse, lasciando intatta porzione della mano. Si vede benissimo, che la disarticolazione del primo ed ultimo osso di questa articolazione deve restar-

assai più facile di quella delle tre ossa di mezzo, le quali offrono delle difficoltà insuperabili, molto più che l'offesa dei nervi della palma della mano potrebbe portare delle conseguenze pericolose. Vi è per altro qualche esempio di avere disarticolato il quarto, ed il quinto osso del metacarpo con felice successo. In queste disarticolazioni si farà stare la mano in pronazione, e tenendo con la mano sinistra il dito corrispondente, se ne fa la disarticolazione dell'osso con un semplice bistorino tagliando dal lembo cubitale del medesimo fino all'articolazione sia del primo osso del metacarpo col trapezio, sia del quarto, o quinto, o di ambedue col unciniforme, e procurando di lasciare un lembo di tegumenti sufficiente per ricoprire la ferita; altrimenti essa difficilmente cicatrizza, e si compie la disarticolazione. Se l'arteria corrispondente produce emorragia, si dovrà allacciare, segnatamente se sia la radiale. La medicatura sarà l'ordinaria, che si fa in queste sorta di operazioni.

Abbiamo indicato di sopra, che nell'amputazioni delle dita si deve preferire la disarticolazione, perchè questo metodo è meno doloroso, più facile dell'amputazione, e perchè la porzione di falange, che resta, sarebbe inutile al malato, poichè verrebbe ad unirsi alla falange vicina con un anchilosi. Varie precauzioni si richiedono nella disarticolazione delle dita, secondo il dito, o la falange, che si deve disarticolare.

Nella mano dovendosi disarticolare il pollice si disarticola ancora il primo osso del metacarpo facendo due lembi, che servono per riunire la ferita. Nelle altre dita si pratica la disarticolazione, ove si articolano col respettivo osso del metacarpo, facendo prima un taglio perpendicolare,

e poi formando due lembi laterali con due tagli semicircolari. Nell' altre falangi si fa prima un taglio circolare, e poi si formano due lembi con due tagli laterali perpendicolari. Le arterie alcune volte hanno bisogno di esser legate, e ciò accade particolarmente quando si disarticolano le prime falangi, e si recidono i tronchi dell' arterie collaterali.

Si deve avvertire, che dovendosi disarticolare la seconda falange del medio, o annulare è meglio disarticolarli nella loro unione colle ossa del metacarpo, poichè se si lasciasse una falange questa resterebbe inutile, e la deformità sarebbe maggiore, che disarticolando tutto il dito, mentre in quest' ultimo caso si uniscono le dita vicine in modo, che appena si conosce la mancanza del dito asportato. Nella disarticolazione peraltro dell' indice, e dito minimo sarà bene lasciare la prima falange, se si può, giacchè è sempre di qualche uso.

L' apparecchio per la disarticolazione delle dita consiste in un semplice bistorino stretto, una pinzetta, filo cerato, liste di ceroto, compresse, e fascia. Posto, che sia il malato in una comoda situazione, le si fa sostenere da un' Assistente l' antibraccio, e corrispondere la mano in perfetta pronazione, allora il Professore tenendo colla sinistra il dito da disarticolarsi, lo porta in una semiflessione, e colla destra armata di bistorino farà un' incisione perpendicolare, principiando nel mezzo dell' articolazione della prima falange coll' osso del metacarpo, fino alla diafisi della medesima: indi prosegue col bistorino dalla parte interna, o esterna del dito, giusta la mano dell' infermo, a fare un taglio semicircolare, il quale dee terminare vicino alla suddet-

ta articolazione dalla parte palmare, e così formare il primo lembo, il quale si separa dalla falange, e si taglia il ligamento laterale, portando rasente alla medesima il tagliente del bistorino. Ciò eseguito, si forma in egual maniera il secondo lembo, e quindi tagliando il ligamento capsulare si lussa con facilità il dito dalla parte dorsale della mano, e si separa totalmente, mercè il taglio de' tendini flessori, i quali per lo più in questo modo di operare sono gli ultimi ad essere recisi. La medicatura, consiste nel riunire i lembi fatti, e nel rimanente è presso che simile alle già accennate di sopra.

Fra le disarticolazioni delle grandi estremità è sicuramente la più difficile, e pericolosa quella del femore. La quantità dei muscoli, che deesi recidere, la grossezza dei vasi, la robustezza, e situazione del ligamento terete, la profondità dell' articolazione medesima, rendono ragione del pericolo, e difficoltà, che incontrar si deve necessariamente in cotesta operazione. *Schmucker* crede, che essa non si debba ammettere in Chirurgia, ne si possa praticare ragionevolmente da un Cerusico. Altri hanno cercato di renderla meno difficile, segando il collo del femore, invece di disarticolare il suo capo. Altri finalmente hanno creduto, che si potesse soltanto praticare, quando la malattia, che la richiede, avesse già principiata la separazione della parte, onde poco resti al Professore da recidere per compire la disarticolazione. Tuttociò sebbene dimostra la difficoltà, ed il pericolo, che si sono sempre conosciuti accompagnare questa operazione, pure dobbiamo coraggiosamente intraprendere la medesima, secondo l' asserzione dei Professori *Vetch*, *Larrey*, *Toll*, ed altri; in tutti quei casi, che passiamo

ad accennare, modificandone però il manuale secondo l' affezione più o meno estesa delle parti molli, o dure, che compongono la parte superiore della coscia.

Ha luogo adunque la disarticolazione del femore negl' estremi casi, in cui l' affezione abbia irremediabilmente attaccato la sostanza di esso nella parte superiore, o delle parti molli, che lo circondano; e per conseguenza sia in un pericolo certo di vita l' infermo; (il quale del resto, sia giovane, e fornito di forze sufficienti, per sostenere con probabilità di felice successo codesta grande operazione); come accade allorchè un' aneurisma nella crurale, una cancrena, sfacelo, una ferita d' arma da fuoco, una frattura comminuta, una carie, abbiano occupato la porzione superiore di questa estremità.

Supposto il caso, che richieda la disarticolazione del femore, e preparato, che sia il necessario apparecchio, il quale dee consistere in un coltello retto, ed alquanto stretto, un bistorino convesso nel tagliente, un ago curvo con punta ottusa, pinzette anatomiche, filo cerato, spugna, lunghe liste di ceroto adesivo, fila, pezze adattate, e fascie circolari; si pone il malato alla sponda di un letto duro, ed il Professore situato nella parte interna dell' articolo d' asportarsi, fa un taglio longitudinale con il bistorino vicino alla piegatura dell inguine, secondo la direzione dell' arteria crurale, che se fia possibile, si farà sollevando una piega di tegumenti. E' facile in tal modo scoprire l' arteria, che si deve separare dal nervo, e sotto di essa si passa l' ago munito del filo incerato, e si lega l' arteria in un colla vena più da vicino, che si può al lega-

mento di *Fallopio*, e per modo, che non si senta più la pulsazione nelle parti inferiori. Ciò eseguito, si deve passare in poca distanza della legatura fatta, un secondo nastrino di filo incerato, il quale potrà servire, se il caso lo esigga. Tosto dopo il Professore prende il coltello retto, e perpendicolarmente ne porta la punta tra i tendini flessori della coscia, ed il piccolo trocantere, daddove seguitando a penetrare verso il lato interno del femore fino alla parte posteriore della coscia, taglia i detti tendini, e tutte le parti molli, che formar deggiono il primo lembo, facendo scorrere il tagliente del coltello all'ingiù, e verso l'opposta estremità, termina il taglio sopra la cellulare, cute ec. Appena, che siasi fatto il primo lembo si fa sollevare il medesimo da un' assistente, ed il professore lega i vasi arteriosi, cioè varj rami della pudenda, e l'otturatrice; indi riprende lo stromento tagliente, con cui recide il ligamento capsulare, mercè l'adduzione fatta eseguire da un ajuto all'estremità medesima, la quale spingendosi in questa direzione, si lussa all'indentro. Allora si taglia il ligamento Terete, e si prosegue a recidere totalmente il capsulare, passando col tagliente del coltello dalla parte esterna del femore, fra questo, ed i suoi tendini estensori si giunge al gran trocantere, ove si separano i medesimi, e si prosegue il taglio formando nell'egual maniera del primo il secondo lembo, nel quale colle dita di un pratico Assistente si fanno otturare le boccuccie dell'arterie recise.

Separato interamente l'articolo si passa a legare l'altre arterie, che si rinvengono in questo secondo lembo, cioè, le otturatrici, l'iliaca posteriore, alcuni rami della pudenda, della glutia, della sciatica, e tutti i più piccoli rami,

che si presentano nell' estensione delle parti recise, portandovi a contatto una spugna bagnata nell' acqua tiepida; anzi si fa slentare la legatura fatta alla crurale per accertarsi, se vi sono altri rami, che abbiano bisogno di essere legati, lo che si farà senza indugio. La legatura principale si consiglia non stringerla nuovamente, ma si lascierà in sito per stringerla in caso di emorragia. Essendo il Cerusico sicuro, che non vi sia più alcuna diramazione arteriosa d' allacciarsi, dopo aver lavato la ferita dai grumi di sangue, ne farà la riunione con qualche punta di sutura interrotta, che interessi i soli tegumenti, non che con lunghe liste di ceroto, applicherà indi fila, compresse, e sosterrà il tutto con una fasciatura a spica.

La suppurazione, che si stabilisce in questo caso è certamente molto abbondante, e pericolosa, e richiede per conseguenza tutta l' attenzione del Professore, diretta secondo le regole già in altro luogo indicate, colle quali deesi ancora prestare grande assistenza al malato dopo che siasi formata la cicatrice, se esso sia stato abbastanza fortunato nel conseguirla, fuggendo dalle fauci della morte, in grazia dell' opera della mano di un coraggioso, ed esperto Cerusico.

E' fuori di dubbio, che debbasi piuttosto disarticolare la gamba dai condili del femore, di quello, che eseguire l' amputazione di questo, quante volte però lo permetta la situazione della malattia, che richiede l' operazione. Per questa medesima ragione si deve lasciare in sito la rotula, altrimenti si dovrà asportare.

Fermato il corso del sangue in cotesto articolo, e situato, che sia il malato, non che preparato il necessario apparecchio, il quale è diverso

soltanto del pocanzi accennato negli stromenti taglienti, servendo in questo un grosso bistorino a taglio convesso, ed un altro retto, e piuttosto lungo, si fa dal Professore col primo bistorino un taglio semicircolare dei tegumenti sulla tuberosità della tibia, facendo tenere la gamba semiflessa, per cui si recide ancora facilmente il ligamento, che unisce la rotula alla tibia. Se poi si debba portar via la rotella si farà il primo taglio de' tegumenti vicino al tendine de' muscoli estensori della gamba, il quale si dee recidere, invece del suindicato ligamento. Nel primo caso in un colla rotula si rovesciano i tegumenti, quando che nel secondo caso, si fanno questi soltanto tirare all' in sù, lasciando essa attaccata alla gamba, e quindi si seguita in egual maniera la disarticolazione cioè tagliando i ligamenti laterali, e tutta la capsula per potere col bistorino retto, facendo maggiormente flettere la gamba, recidere i ligamenti crociati, ed in fine formare egualmente del primo lembo, il secondo, o posteriore. Eseguita in tal modo la disarticolazione del ginocchio si dovranno usare le medesime cautele, tanto per legare i vasi arteriosi, quanto per la medicatura, e cura consecutiva.

Il piede si disarticola parzialmente col metodo di *Chopart*, che già è stato da noi accennato di sopra, il quale offre il doppio vantaggio di fornire al malato un punto d' appoggio nel calcagno, cosa, che non si ottiene coll' intera disarticolazione del piede, e di non essere così difficile, e pericolosa come la disarticolazione dell'ossa del metatarso. Il metodo di praticarla è il seguente.

Si fa situare il malato in modo, che il piede, e la gamba sporghino fuori del letto, un ministro

sostiene la gamba, ed un secondo ministro comprime la crurale: il Professore prende il piede con la mano sinistra, e col bistorino a taglio convesso incide li tegumenti sul dorso del piede due pollici sotto l'articolazione dell'ossa del tarso con quelle della gamba, e con questo taglio dividesi ancora il muscolo estensor breve delle dita, ed i tendini estensori fino all'osso. Posto ciò, si fanno due tagli laterali, che dal di sotto ai malleoli terminino al taglio già fatto, e formasi in *tal guisa* un lembo superiore. Sollevato il medesimo, si penetra col coltello fra l'astragalo, e lo scafoide, e dopo fra il calcagno, ed il cuboide, tagliando i ligamenti, che uniscono quest'ossa fra loro. Divise le ossa con un coltello più lungo si forma un lembo sotto il piede, che basti a ricoprire la superficie delle ossa scoperte, ed in questa maniera si viene a separare la porzione *anteriore* del piede, de a formare un lembo, che serve a ricoprire la piaga. In cotesta operazione si recidono molte arterie, le quali debbono legarsi a misura, che se ne fa la recisione; acciò non incomodino nel tempo, che si opera. Ordinariamente sono tre, o quattro, che deggiono essere allacciate, e sono: la dorsale, quella del tarso, e le due *plantarie*, interna cioè, ed esterna.

Quando si sarà sicuri, che sieno legati tutti i vasi arteriosi potrà medicarsi la ferita ricoprendo le ossa con i due lembi formati, e poi tenendo in sito i medesimi per mezzo di liste di cerotto adesivo, che si sostengono colle fila, compresse, ad una fasciatura contentiva. La suppurazione è per solito assai mite, riunendosi la maggior parte della piaga per prima intenzione.

Nelle ossa del metatarso non si può ammettere la loro disarticolazione, come in quella del

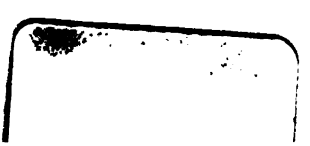
metacarpo; ed abbenchè si ammetta da qualcuno nel primo osso, in cui si articola il dito grosso del piede, pure dee darsi con ragione la preferenza in questo caso all'amputazione del medesimo, facendone però la resezione obbliquamente con una piccola sega, e nel rimanente si usano le medesime cautele.

Nelle dita del piede il metodo è presso che simile a quello, che si adopera nella disarticolazione delle dita della mano, colla differenza, che si procura, che il lembo inferiore sia più grande del superiore, acciò la cicatrice resti superiormente, onde il piede non abbia a posare sulla medesima.

Fine dell' Opera.

INDICE

De' Capitoli contenuti in questo Terzo Volume.

CAPO I. *Operazioni, che si praticano sulla Testa* . . . . . Pag. 1
ART. I. Della Trapanazione ivi
ART. II. Della Cateratta 9
ART. III. Della Pupilla Artificiale 24
ART. IV. Della Fistola lagrimale 29
ART. V. Del Polipo del Naso 33
ART. VI. Del Labbro Leporino 40
CAPO II. *Delle Operazioni che si praticano sul Collo* 44
ART. I. Estirpazione delle Tonsille ivi
ART. II. Della Broncotomia 47
ART. III. Dell' Esofagatomia 55
CAPO III. *Delle Operazioni, che si eseguiscono sul petto* 58
ART. I. Dell' Estirpazione del Cancro delle Mammelle ivi
ART. II. Dell' Operazione dell' Empiema . . . 69
ART. III. Della Trapanazione dello Sterno . . 76
CAPO IV. *Delle Operazioni, che si praticano sull' Addome* 79
ART. I. Delle Suture ivi
ART. II. Della Paracentesi dell' Addome . . 85
ART. III. Dell' Operazione Cesarea 93
ART. IV. Della Nefrotomia 103
ART. V. Della Bubboncele 106
ART. VI. Del Cateterismo 114
ART. VII. Della Punzione della Vescica . . . 118

ART.VIII. Della Litotomia . . . . . Pag. 123
ART.IX. Dell'estrazione de'Calcoli dall'Uretra . 134
ART. X. Dell' Operazione dell' Idrocele . . . 135
ART.XI. Della Castrazione 140
ART.XII. Dell'amputazione della Verga . . . 144
ART.XIII. Dell' Operazione del Fimosi, e Parafimosi 145
ART.XIV, Dell' Operazione della Fistola dell' Ano 147
ART.XV. Dell'Operazione dell'Ano Imperforato. 152
CAPO V. *Dell' Operazioni che si praticano sull' estremità* 155
ART. I. Dell' Operazione dell' Aneurisma . . ivi
ART. II. Delle Amputazioni 166
ART. III. Delle Disarticolazioni 193