

BIBLIOTECA
LANCISIANA



IL

PRIMO INDIRIZZO SCIENTIFICO

IN

CHIRURGIA

LEZIONE DI CHIUSURA DETTA IL 7 GIUGNO 1892

DAL PROFESSORE

ANDREA CECCHERELLI

Direttore della Clinica Operativa nella R. Università di Parma

Estratto dal Morgagni, Anno XXXIV, Agosto, 1892

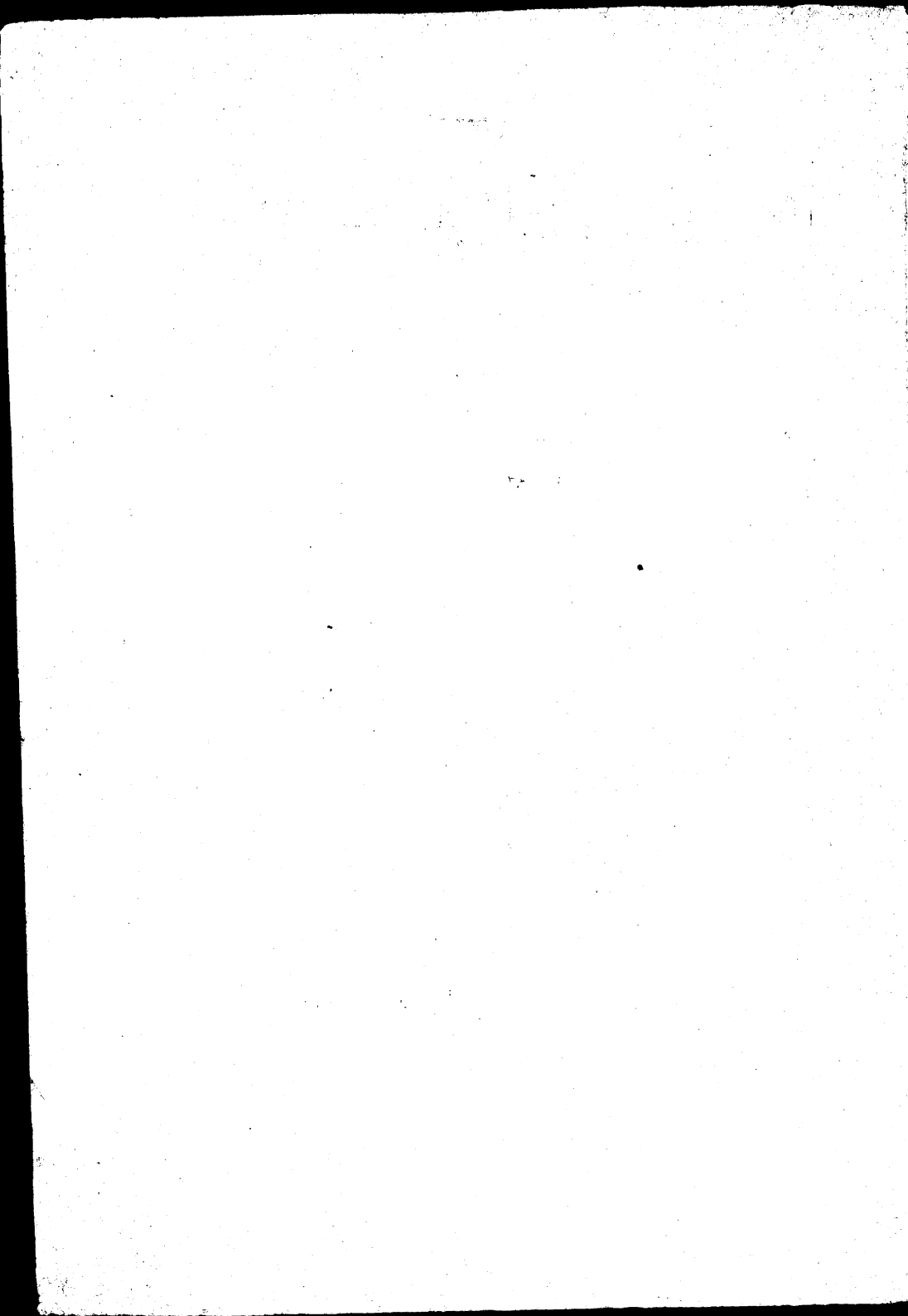


MILANO

Dott. LEONARDO VALLARDI, Edit.

15 - Via Disciplini - 15

1892



IL
MODERNO INDIRIZZO SCIENTIFICO

IN

CHIRURGIA

LEZIONE DI CHIUSURA DETTA IL 7 GIUGNO 1892

DAL PROFESSORE

ANDREA CECCHERELLI

Direttore della Clinica Operativa nella R. Università di Parma

~~~~~  
*Estratto dal Morgagni, Anno XXXIV, Agosto, 1892*  
~~~~~



MILANO

Dott. LEONARDO VALLARDI, Edit.

15 - Via Disciplini - 15

1892

Studenti carissimi!

È una consuetudine mia, e nel tempo stesso un obbligo regolamentare, di riassumere a fine d'anno tutto ciò che nel periodo scolastico venne fatto nella Scuola. Ed io mi attengo di gran cuore a questo, in quanto reputo utilissimo di fare insieme a Voi la sintesi di quello che potemmo analiticamente studiare nella Clinica, e perchè è bene che si conosca da tutti ciò che viene compiuto nella Scuola. La critica ha i suoi diritti, e sarebbe assurdo e pericoloso il negarli: assurdo, perchè allora i giudizi sarebbero emessi senza che si avessero dati di fatto giusti ed esatti; pericoloso, perchè sapendoci senza controllo non avremmo più freni sia nelle imprese illogicamente arrischiate, sia nel rimanere eccessivamente retrivi ad ogni progresso.

Sono adesso dieci anni, che ho l'onore immenso, e del quale vado superbo, di dirigere questa Clinica, e mi sento tranquillo e sereno nella mia coscienza, perchè, se commisi errori, questi furono giustificati dalle circostanze, e lealmente li confessai: d'altra parte nulla lasciai d'intentato perchè sulla bandiera della nostra Scuola fosse scritta la parola *progresso*, e perchè Voi, uscendo di qui, poteste andare alla pari con i migliori fra quelli che provengono da altre Scuole. E se guardo alle condizioni di molti dei Vostri antichi compagni di studio, ho di che andarne superbo e me ne compiaccio con Loro e con me.

Non è per vanagloria, nè tampoco per fare delle frasi retoriche

che io dico questo; è perchè ne sono convinto, e perchè è giusto e doveroso, che facciamo sentire ben alto questo, per rispondere a coloro che gridano a pieni polmoni che nelle Università non si studia e non si lavora, che nelle città non popolate mancano i mezzi di studiare e di profittare.

Il negare è presto fatto, e più presto detto: ma non è così il provare. Per la Clinica chirurgica arditamente e senza tema di smentite io respingo qualunque affermazione che sia contraria a verità, e nel modo più assoluto dichiaro che i mezzi di studio non mancano. Difetterebbero se non si usasse energia, e ci si lasciasse prendere dall'indolenza. Ma purchè questo non accada, il materiale non manca, e può andare di giorno in giorno aumentando. Che questo sia, per convincere anche i più increduli, io non ho che a prendere in considerazione il numero degli ammalati stati ricoverati nelle nostre sale, la qualità delle affezioni curate, i risultati ottenuti, e nel tempo stesso pregarvi di tenere conto anche dei riassunti degli altri anni, e così potrete vedere come ci sia stato sempre progresso, e come nulla sia rimasto di non tentato in questa Scuola.

Nel riandare con Voi sui casi clinici occorsi sento in me qualche cosa di indefinito: Sento la soddisfazione di ricordare ciò che ho fatto; ma nel tempo stesso sentirei il bisogno di discutere, di polemizzare. Sì! sento il bisogno di rivendicare idee mie, bistrattate o non più considerate come mie: sento il bisogno di difendere queste mie idee, frutto di convinzioni e risultato di osservazione clinica e sperimentale, e non parto di fantasia. Sì! sento questo bisogno, perchè difendendo idee e fatti, non difendo soltanto me stesso, ma difendo anche questa Scuola, che per me e Voi tutti deve essere un Tempio di culto; perchè è a Voi che insegno di imitarmi in ciò che faccio, perchè è qui che ho tratto il materiale per i miei lavori.

Non Vi meravigli dunque se oggi, oltre il prendere in esame i casi occorsi nella Clinica in quest'anno scolastico, io nel ricercare qual è il moderno indirizzo scientifico della chirurgia ritorno con Voi a studiare alcuni argomenti i quali appartengono alla Chirurgia generale ed alla Patologia sperimentale.

Nel fare questo studio io procurerò di essere il più breve possibile, ed il più ordinato: trascurando di tenere conto di molti argomenti, perchè il tempo mi sospinge ed io debbo limitarmi solo a quello che a mio giudizio è più importante e indiscutibile.

I.

Non è certamente oggi che si può e si deve discutere ancora sul valore delle medicature in chirurgia. I principi della medicatura asettica ed antisettica sono ormai tanto noti che sono divenuti un dogma, un principio di fede indiscutibile per ciascuno. Siamo ben lontani, da quando, uscito da poco dalle scuole, peregrinando nelle varie Cliniche di Europa, raccoglievo i primi tentativi della medicatura antisettica, che vincendo ritrosie e combattendo pregiudizi a poco a poco divenne comune. Non scriverei certamente oggi quella memoria sulla medicazione delle ferite, che opportuna nel 1875 tanto che fu riprodotta per intero in vari giornali, ed anche tradotta, oggi sarebbe inconcludente, perchè porterebbe vasi a Samo, e sfonderebbe delle porte aperte.

Ma se il principio generale è ammesso ed è indiscusso, rimangono le modalità. Tanto è vero questo che il LISTER stesso non ha tralasciato di studiare il grave argomento, e con prove cliniche e sperimentali richiama l'attenzione sui difetti e sui pericoli dei vari materiali di medicazione, e ne propone di nuovi. È così che si vede oggi sostituito all'acido fenico, all'acido salicilico, ecc., il sublimato corrosivo, il quale per parte mia deve cedere il campo allo zinco-cianuro di mercurio, come quello che è potentemente asettico, e non produce irritazioni di sorta, alla pari del sublimato.

Ma anche l'iodoformio, prendendo in considerazione il materiale di medicatura, fu molto discusso; tanto discusso che gli venne negato qualunque valore asettico, valendosi per venire a questa conclusione delle prove fatte in Laboratorio. Ma la clinica contraddisse questi risultati, ed oggi l'iodoformio è adoperato con molta simpatia, in quanto da tutti si riconoscono a questo materiale dei pregi non comuni. Oggi però all'iodoformio contende il campo l'Eurofeno, del quale debbo dire che ho molto da lodarmene. Non mi dilungo però di più su questo, perchè non è su ciò che io intendo richiamare la vostra attenzione; è invece su di un altro materiale, per il quale mi credei in diritto, e mi credo anch'oggi, di vantarne i pregi.

Come sapete all'iodoformio vennero attribuite virtù antitubercolari, tanto che si consigliava e si consiglia da clinici onorandi

come il BILLROTH ed il VERNEUIL nelle medicazioni, ed anche per uso interno in quei casi, nei quali si ha che fare con individui dalle manifestazioni tubercolari localizzate o generali. Pur tuttavia è un fatto che il clinico non di rado vede i suoi operati guarire solo temporariamente, oppure non completamente; ed a raggiungere la guarigione definitiva e completa non bastano i mezzi differenti più o meno energici stati adoperati. È tale e tanta la preoccupazione del chirurgo per potere giungere ad essere il padrone in questi casi, che si vedono proporre quasi ogni giorno dei mezzi nuovi, e fra questi citerò le iniezioni col cloruro di zinco per sclerotizzare i prodotti tubercolari; e le alte temperature per seccare i prodotti, ed uccidere i microrganismi, secondo le idee del CLADO e del VERNEUIL.

Io credo, e sono fermamente convinto, che nelle manifestazioni tubercolari bisogna eliminare i prodotti tubercolari stessi e nel tempo medesimo modificare il terreno sul quale s'impiantano. Senza di questo penso che non si possano avere dei buoni risultati. Ora la Clinica medica c'insegna come il tannino abbia virtù antitubercolari. Ce lo disse fino dal 1834 il VOLLEY, e poi lo ripeterono il DUBOCHÉ, l'HENNIG, lo SCHROFF, e fra gli ultimi il RAYMOND e l'ARTHAUD. Oggi questo medicamento è comunemente usato e con buoni frutti nei casi di tubercolosi viscerale. Ma intanto si sapeva pur anco, perchè il GOHIER l'aveva provato, che il tannino corneificava i tessuti: l'aveva veduto nello stomaco di un cavallo, al quale erano state date forti dosi di tannino. E del pari si sapeva che i tessuti non putrefanno tanto facilmente con l'uso del tannino: e questo si conosceva anche perchè è un mezzo usato per la concia delle pelli. Ora mi parve conveniente di usarlo, e prima di usarlo di provarne sperimentalmente le sue proprietà asettiche, antisettiche ed antitubercolari. E con una serie di esperimenti giunsi a dei risultati che mi autorizzarono a provarlo nella clinica.

Ed ora, dopo quasi cinque anni, se mi domando dinanzi a Voi se le virtù da me vantate del tannino, e cioè « di ritenerlo come un eccellente mezzo nelle medicature delle lesioni ossee ed articolari, essendo esso un mezzo asettico capace di favorire la riunione delle ferite, e fornito di potente virtù antitubercolare, prevenendo lo sviluppo della tubercolosi e distruggendo i focolai tubercolari esistenti; è indubbiamente superiore all'iodoformio avendo su questo i vantaggi di potenza e di innocuità su l'orga-

nismo » sono provate e dimostrate, devo rispondere nel modo più assoluto affermativamente.

Ma siccome sarebbe leggerezza dire il contrario senza prove e senza dimostrazioni, così mi credo in dovere di richiamare la vostra attenzione sui fatti seguenti.

Quando io velli provare l'azione antifermentativa del tannino presi dei liquidi e dei pezzi di carne e li posi in tubetti misti a tannino; e come prova di controllo presi liquidi e pezzi di carne e li misi in altri tubetti, ma senza adoperare tannino. Questi fermentarono e putrefecero ben presto, mentre i primi no: ed io anche oggi Vi presento un pezzo di carne intrisa nel tannino da quasi cinque anni, mummificata e non putrefatta; ed ho sempre qui dei tubi chiusi con cotone contenenti orina e tannino, siero e tannino che non sono alterati. Tutti questi fatti sono sotto i vostri occhi, e sono innegabili.

Per provare l'azione antitubercolare del tannino io sottoposi animali al regime tannico, oppure inoculai sotto la pelle del tannino; inoculai pure dei prodotti tubercolari, e poi produssi quelle lesioni che si sa sperimentalmente essere capaci di dare luogo a manifestazioni tubercolari. Non vedo prodursi tubercolosi, e mi pare logico il dedurre che il tannino ha virtù antitubercolari. Lo uso allora in Clinica e mi corrisponde benissimo; e credo che non valga l'ipotesi che quei malati sarebbero guariti anche senza la cura e la medicatura tannica, per negare che a quei risultati ha contribuito il materiale da me proposto ed adoperato.

Ma sotto questo punto di vista ci è anche di più.

Io ho detto che il tannino agisce sui pro.otti tubercolari mummificandoli; che giova indurendo i tessuti, in modo da renderli inadatti alla vita del bacillo tubercolare, il quale in tal modo non può progredire e farsi strada nelle parti limitrofe. Cosa di strano in tutto questo? Che l'azione del tannino sia quella a cui ho accennato non ci è dubbio di sorta; ed in quanto alla teoria da me esposta trova appoggio validissimo ed indiscutibile. Infatti, l'OLLIER tanto è persuaso di questo, che mi consigliava certe preparazioni tanniche adatte ad adoperare il tannino non solo in polvere od in soluzione alcoolica, ma anche per iniezione; voglio dire la soluzione iodo-tannica secondo la formula del SOUQUET e GUILLIERMOND. Ricorderò poi come le iniezioni di fosfato di calce consigliate dal HOLASCHIECK hanno il medesimo intento, in quanto intendono di cretificare i prodotti tubercolari; il LA-

NELONGUE con il cloruro di zinco vuole sclerotizzarli; il CLADO con le alte temperature vuole mummificarli. Ed ora se è logico tutto questo non è del pari logico l'uso del tannino, al quale non si possono negare virtù antifermentative ed antitubercolari? Sarebbe cadere nell'assurdo; tanto più assurdo in quanto la Clinica lo dimostra. E poi, di grazia, quando si vogliono mummificare certi tessuti gangrenati e non eliminabili con atti operativi, a quali mezzi ricorrono i chirurghi? Fra gli altri, al tannino. Dunque ne viene la logica conseguenza che le mie affermazioni sul tannino sono provate e dimostrate: ed è con piena coscienza che vi consiglio il suo uso nelle lesioni tubercolari.

Ho già detto che il LISTER e con lui molti altri cercarono di modificare i mezzi di medicatura, e fra questi io debbo dire della fognatura, che, come Voi sapete, era uno degli elementi indispensabili.

È presto detto, nell'anno 1892, che la fognatura deve essere riservata ai soli casi eccezionalissimi, perchè negli altri è inutile ed anche pericolosa. Bisognava, per passare dal drenaggio ammesso come obbligatorio alla sua condanna, fare accettare la sutura a strati dei tessuti e la sutura in secondo tempo; bisognava dimostrare che quando non si può ottenere una riunione di prima intenzione, anzichè fognare è meglio zaffare; bisognava provare che il drenaggio irrita ed è una porta aperta alle infezioni. Questo si è potuto ottenere a poco a poco, e nel 1887 quando io cercai di dimostrare che la fognatura si poteva sopprimere ero uno dei primi; solo dopo altri mi seguirono, e non credo di avere fatta cosa di poca importanza richiamare l'attenzione dei chirurghi su tale argomento.

D'altra parte oggi mi pare che abbia sempre maggior valore, se si pensa un momento alle nuove teorie sulla suppurazione, sulle quali mi piace di richiamare brevemente la vostra attenzione, tanto più che mi offrono occasione di tener parola di un'altra quistione relativa alle medicature.

Il quesito della suppurazione offre una grandissima importanza tanto per il patologo quanto per il clinico; al primo, perchè ha dinanzi a sè una serie infinita di problemi da risolvere concernenti il meccanismo della suppurazione, ed al secondo perchè deve ricercare se e come gli è possibile evitarla, essendo questa capace di ritardare una cicatrizzazione e a dare luogo a fenomeni infettivi. Sono tre dottrine che in breve volgere di anni vennero

emesse e sostenute; e certamente è importante l'esaminare il perchè due di queste doverono cedere il campo alla terza, intorno alla quale anche oggi esistono molti dubbi, e rimane la necessità di ficerche per infirmare o confermare le ipotesi, per dare valore o meno alle ricerche sperimentali compiute. Non sembrerà assurdo quest'ultima affermazione, se si pensa che PASTEUR con ragione infinita ebbe a scrivere che solo ripetendo esperienze, ed osservazioni, prendendo precauzioni infinite e molto minuziose, si può evitare l'errore e l'incertezza.

Alla teoria che qualunque irritazione chimica o meccanica poteva dar luogo a suppurazione, la quale, alla perfine non sarebbe stata che un'inflammazione portata ad un grado avanzato, mercè la quale i globuli bianchi migrati dai vasi per diapedesi e le cellule proliferate del connettivo costituirebbero le cellule del pus, successe la teoria parassitaria, la quale oggi sta cedendo il posto d'onore alla teoria chimica. Il PASTEUR il 30 aprile 1878 leggeva all'Accademia di Medicina una comunicazione sulla teoria dei germi e la loro applicazione alla medicina ed alla chirurgia, nella quale mentre provava su solide basi la teoria microbica, faceva intravedere le probabilità della nuova teoria chimica, ora dominante. Infatti egli sperimentando sull'acqua della Senna, potè scrivere che « Nelle prime ore, sotto la forma di piccoli coni (*boudins*) cortissimi, che girano su loro stessi, piruettano, procedono muovendosi (*en se dandinant*), molli, gelatinosi, notevoli malgrado la loro brevità. Ben presto qualunque movimento si arresta ed allora rassomiglia del tutto al bacterium termo, sebbene questo, leggermente strangolato nel senso della sua lunghezza, sia differentissimo da questo batterio anche specificamente ». Ora è questo microbo, che inoculato dà suppurazione: ma ucciso ad una temperatura di 110° ed inoculato dà un ascesso ma privo di qualunque organismo microscopico, e senza complicanze di altri ascessi viscerali; i quali si hanno invece qualora sia iniettato nella giugulare il microrganismo vivente o morto. Solo però l'animale al quale fu inoculato il microrganismo vivente muore, mentre l'altro non muore, e gli ascessi si riassorbono. »

Come si vede, in questa esperienza vi sono i germi della nuova teoria, nella quale il pus non è dovuto all'azione del microbo, ma ad un'azione chimica sui tessuti. Sarebbero i prodotti del microrganismo, le ptomaine che cagionerebbero la suppurazione.

Ma intanto esiste che nel pus della massima parte degli ascessi si trovano microrganismi. Ho detto in massima parte, perchè è un fatto che in talune raccolte purulente, per quante indagini si facciano non è possibile riscontrarli. È altresì vero che oggi non è più ammesso che abbiano potere piogeno solo alcuni microrganismi; ma, date certe condizioni, lo hanno anche altri microrganismi, ritenuti come specifici di alcune determinate affezioni.

Allorchè, mercè la maggiore esattezza delle indagini si potè stabilire in modo certo e sicuro che nel pus esistevano il massimo numero delle volte dei microrganismi, sorsero tre ipotesi e cioè: 1.° che questi eventualmente, come elementi piccoli, venissero ad abitare il pus; 2.° che la loro presenza, sebbene contemporanea alla produzione del pus, fosse accidentale; 3.° che essi stessi fossero piogeni, e cioè causa della suppurazione. Quest'ultima ipotesi fu quella ammessa, e ne venne la formula, che non vi era suppurazione senza microrganismi, che suppurazione era la conseguenza di un'infezione

È un fatto che i microrganismi si trovano quasi costantemente in taluni gruppi di affezioni e di suppurazioni; e si riscontrano in numero considerevole, crescendo in modo straordinario. Certamente per controllare quest'asserzione basta il vedere con quanta rapidità si estendono le suppurazioni nei processi acuti, ricchissimi di microrganismi; e davvero per convincermene non ho avuta la volontà di controllare i calcoli che faceva il DUJARDIN-BEAUMETZ e che rendeva noti in una Lezione clinica pubblicata nel n. 41 del *Bulletin Médical* del 1888: « taluni batteri, egli diceva, segmentandosi producono in tre giorni, per un solo individuo, 4772 bilioni di esseri. Dopo ventiquatt'ore, la progenitura di una batteria non peserebbe che $\frac{1}{100}$ di milligrammo, ma dopo tre giorni peserebbe 7500 tonnellate, cioè riempirebbe da sè sola uno di quelli immensi vapori transatlantici, che fanno l'orgoglio della nostra navigazione ». A riprova poi della teoria è dimostrato ancora che i microbi invadono i tessuti prima che avvenga la diapedesi e l'essudazione infiammatoria: infatti i microbi si trovano in maggior numero verso la periferia dell'ascesso, mentre cercano di conquistare nuovo terreno. Si aggiunga poi il fatto dimostrato le cento e cento volte sperimentalmente che iniettando nei tessuti i microbi del pus coltivati in serie, danno luogo alle lesione primitiva; e nelle suppurazioni sperimentali che si producono in tal modo si ritrova il microbo iniettato in cultura pura.

I patologhi descrissero dei microbi essenzialmente piogeni, mentre ammisero che altri non lo fossero. Fu detto anche che questi microbi piogeni non fossero molteplici come veniva ed è ancora accettato, ma che fosse un solo il quale era capace di presentare delle variazioni a seconda del terreno sul quale si trova, e della virulenza che esercita (RODET e COURMONT). Ma anche la dottrina della specificità piogena di taluni microbi soltanto cadde e lo provarono molteplici osservazioni. Il FRÄNKEL ed il NETTER insegnarono infatti che il pneumococco si trova in talune suppurazioni, e quest'affermazione venne controllata da moltissimi osservatori. Naturalmente le ricerche si moltiplicarono, ed allora si vide che anche il bacillo di EBERTH era piogeno alla pari del pneumococco. Venne poi la volta del bacterium coli comune o bacillo di ESCHERICH, al quale si attribuiscono uguali prerogative; e non ci si fermò a questo punto, ma si andò innanzi, ed oggi la serie dei microrganismi, che si considerano come piogeni non è limitata, ma va continuamente allargandosi, essendosi giunti s'innanco ad affermare che il bacillo della tubercolosi attenuata non produceva più la tubercolosi, ma degli ascessi flemmonosi e non caseosi, quando si inietta agli animali (CORNIL e ARLOING).

Naturalmente ammettendo che la suppurazione poteva essere data oltre che da quei microbi che erano stati considerati come esclusivamente piogeni, anche da altri, si giunse ad affermare che gli stafilococchi ed il pneumococco producevano le suppurazioni delle sierose (LEMIERÈ).

Siccome poi si sa che le porte d'ingresso ai microrganismi sono infinite, come pure infinite sono le vie per la loro eliminazione e distruzione, si cercò di vedere come si potevano localizzare, e si trovò che le condizioni variavano a seconda dell'organismo da infettare, dell'organismo infettante, e dell'uno e dell'altro riuniti insieme.

Intanto si è potuto provare ancora che alle culture state uccise mediante l'alta temperatura rimane sempre il potere di dar luogo a suppurazione; e da ciò la dottrina che non è il microrganismo che è capace di dare luogo a suppurazione, ma bensì questa è la conseguenza della reazione delle cellule dell'organismo contro una sostanza chimica elaborata dai microbi. Ed ecco la nuova teoria.

Come vedete la suppurazione troverebbe la sua ragione solo nei microbi, in quanto questi producono una sostanza che agisce

sulle cellule dell'organismo. Ora bisogna appunto evitare qualunque irritazione, qualunque mezzo che serva all'introduzione nella ferita di microrganismi.

La soppressione del drenaggio, come vedete, è uno di questi elementi utili.

Ma a questo punto mi piace ricordare ancora alcune osservazioni da me fatte sulla suppurazione, e che ebbero come punto di partenza un fatto da noi constatato nella clinica.

Quelli di Voi che frequentano questa Scuola sino dall'anno decorso devono ricordare come io abbia fatto notare che mi accadeva talvolta di vedere ferite completamente cicatrizzate, e nel tempo stesso qualche goccia di pus là dove passavano i punti di sutura. E badate che la seta ed il catgut erano certamente asettici, come quelli che da lungo tempo stavano in soluzioni forti di sublimato. D'altra parte feci queste prove che me ne dettero il controllo:

a) presi dei pezzetti di filo, di catgut, e di crine e li posi per ventiquattr'ore in acqua distillata e sterilizzata; feci poi delle culture in gelatina, in agar, e rimasero completamente sterili;

b) dubitando che l'eccesso del sublimato contenuto nei fili neutralizzasse l'azione dei batteri, seguendo i precetti del GEPPERT e dello SCHIMMELBUSCH, trasformai il sublimato in solfuro di mercurio, immergendo i fili in una soluzione allungata di solfuro di ammonio. Ripetei allora le prove, mettendo i fili in acqua sterilizzata e poi facendo le culture, che ancora questa volta rimasero sterili;

c) feci in alcuni animali delle suture con i fili di seta, catgut e crine quale adoperava in clinica, ed ebbi la solita goccia di pus, che trovai talora priva di microrganismi e tal'altra con microrganismi;

d) ripetei le suture, dopo di avere ben lavato il filo in acqua sterilizzata, e non ebbi più la goccia di pus, verificandosi così nel campo sperimentale quello stesso che avevo osservato in clinica.

Siccome però è noto che talune sostanze irritanti danno luogo a suppurazione amicrobica, volli provare quale azione sotto questo punto di vista avevano il sublimato e l'alcool, elementi entro i quali stanno la seta ed il catgut; e trovai che iniettando in tre animali sotto la pelle dell'alcool assoluto, 5, 10, 15 grammi, non si ha suppurazione; che lo stesso accade inoculando pure sotto la pelle del sublimato in cristalli di 1, 2, 3 centigrammi.

Le esperienze col sublimato, che adesso sto ripetendo, acquistano anche maggior valore dopo la teoria emessa dal LEMIERE, in conseguenza di alcuni esperimenti fatti col mercurio. Egli afferma che questo, introdotto sotto la pelle, dà luogo a suppurazione; che questa è prodotta in quanto il mercurio metallico si trasforma in bicloruro; e che nel momento di tale trasformazione in presenza dei liquidi clorurati dell'organismo, il mercurio, ossidandosi prima di passare allo stato di bicloruro, consuma l'ossigeno e prende agli umori del cloro, e quindi le cellule dei tessuti muoiono per asfissia a causa della sottrazione di ossigeno e per l'intossicazione dovuta alla fabbricazione di prodotti nuovi. Ora è vero che il mercurio metallico dà luogo a suppurazione, ma non è del pari provata la sua trasformazione in bicloruro, e quindi la teoria immaginosa della suppurazione dipendente da asfissia delle cellule è molto ipotetica, e bisogna che sia ancora provata. Ho detto ancora che le esperienze col sublimato hanno bisogno di nuove prove, perchè è davvero importante il vedere da che dipenda la facoltà che posseggono gli antisettici di uccidere le cellule essudate e di trasformarle in piociti; in quanto deve essere la conseguenza di condizioni multiple come la loro azione antisettica stessa, e conviene vedere se uccidono le cellule per fame, per anemia, per asfissia, o per intossicazione.

È un fatto che talune suppurazioni sono indipendenti da microrganismi. È provato dal fatto che l'organismo reagisce dinanzi a certe sostanze chimiche le quali modificano la nutrizione e la funzionalità della cellula, provocano la secrezione di un prodotto nuovo che favorisce la diapedesi, ed uccidono le cellule accumulate nell'essudato. Senza stare qui ad enumerare tutta la serie infinita di sostanze, con le quali vennero eseguite delle prove dai vari esperimentatori, io posso affermare di avere riscontrato:

1.° che l'olio di croton e la terebentina iniettati a piccola dose danno luogo ad irritazioni, ed a forti dosi a suppurazioni;

2.° che facendo l'esperienza, inoculando sotto la pelle un tubetto di vetro, contenente trementina, e rotto solo quando è tolto qualunque contatto dall'ambiente esterno, si ha suppurazione purchè la sostanza iniettata (olio di croton, e terebentina) sia alla dose di circa 5 grammi;

3.° che le inoculazioni fatte con etere, con sale da cucina, con nitrato d'argento, con cloroformio irritano, ma non producono suppurazione.

Da queste esperienze risulta dunque come la semplice irritazione non è sufficiente a produrre suppurazione; ma, se prolungata per un certo tempo si ha necrosi, ed entrano in azione per reagire i leucociti, le cellule fisse, ecc., e quindi esistono delle circostanze perchè in quei tessuti irritati i microrganismi possano esercitare la loro influenza.

Ora è appunto qualunque irritazione che bisogna evitare nelle ferite, per allontanare il pericolo della facile azione dei microrganismi piogeni. A quest'intendimento giova appunto la soppressione del drenaggio, l'astenersi per quanto è possibile dalle lavande esagerate della ferita, le medicature rare, il curare l'emostasi.

Ed è a proposito di quest'ultima, cioè dell'emostasia, mi preme ricordarvi come da molti anni io abbia sostenuto che il meno possibile di legature si fanno e tanto meglio è. Non vi meravigliate se io insisto su questo, che per noi è ormai diventato di pratica comune; mi ci induce il fatto che, sebbene qui in clinica sieno più di sette anni che si fanno resezioni, ed altri atti operativi senza fare una sola legatura di vasi, quest'anno alla Società di chirurgia di Parigi questa pratica è stata esposta come cosa nuova e meritevole di studio. È certo che l'emostasi si può ottenere con massima sollecitudine: se il VANZETTI lo aveva pensato usando l'uncipressura; se il PÉAN, il HOEBERLÉ, il BILLROTH, il VERNEUIL lo avevano dimostrato raccomandando la forcipressura, nessuno, ch'io mi sappia, aveva determinato il tempo giusto che occorre per ottenere un'emostasi definitiva con la forcipressura. Questa era tanto più necessaria, in quanto per taluni atti operativi, come l'estirpazione dell'utero, si voleva sostituire come regola la forcipressura alla legatura dei vasi (RICHELOT).

Ora questi dati io ho potuto determinarli sperimentalmente, ed ho provato che per ottenere un'emostasia completa basta un tempo relativamente breve. Le mie esperienze che sono varie decine, come i miei studenti possono affermarlo, sebbene ne abbia riferite solo sette, parendomi assurdo ripetere nelle pubblicazioni le medesime cose più e più volte solo per gonfiare di cifre e di osservazioni i propri scritti, mi conducono ad affermare che indubbiamente dopo ventiquattr'ore si può togliere una pinza emostatica senza timore che si rinnovi l'emorragia, naturalmente quando nessuna complicanza venga a disturbare la formazione del trombo.

Che poi non ci sia nulla da temere, per la presenza di klemmer, nei tessuti, ve lo potei provare, in quanto conservo sempre un pezzo, costituito dal rene e tessuti perirenali di un cane, nel quale lasciai per cinquantanove giorni due *serres-plates* entro il cavo addominale e che stringevano i monconi dell'arteria e della vena renale recise.

Ed a proposito del modo di agire della forcipressura mi premeva di constatare i suoi effetti sui vasi, in quanto nulla era stato detto in proposito, e vidi che l'arteria è occupata internamente da un tessuto connettivo di neoformazione, costituito di cellule rotondeggianti, fusate e di abbondante sostanza intercellulare a disposizione fibrillare. In alcuni punti si osserva poi che la neoformazione parte dall'intima vasale e propriamente dalla membranella che sta al di sotto dell'endotelio. Nel tessuto perirenale in alcuni punti si osservano degli accumuli di cellule connettivali giovani.

Ma se è bene evitare la legatura di troppi vasi nel cavo di una ferita, è bene risparmiarla quando la ferita non è troppo estesa. E qui mi piace richiamare la vostra attenzione sulla sutura delle arterie, a studiare la quale fui tra i primissimi a fare esperimenti che mi parvero necessari, tanto più che fra i quattro soli sperimentatori che mi precedevano, uno (GLUCK) era fallito nelle sue prove, un secondo (POSTEMPSKI) accennava al bisogno di ulteriori esperimenti, e gli altri due (HOROCK e JASSINOWSKY) emettevano delle conclusioni contrarie fra loro intorno ad un punto vitale della quistione e cioè sul modo di comportarsi del trombo. Ho detto vitale, perchè, se si forma un trombo organizzato ed oblitterante, ha poca ragione di essere la sutura dei vasi arteriosi, mentre è al contrario se questo è canaliculato. Or bene, è in tale momento e con questi intendimenti che io intrapresi delle esperienze, le quali, dopo continuate anche dal BURCI e dal LAMPIASI, mi condussero a queste conclusioni:

1.° mercè la sutura si può ottenere l'emostasia completa, la quale si mantiene malgrado le eventuali ulcerazioni e suppurazioni della parete del vaso;

2.° l'emostasia prodotta dal coalito delle pareti dell'arteria è dovuta in massima, e quasi direi esclusiva parte, anche ad un trombo, il quale occlude completamente il vaso e quindi interdetta il circolo. In una parola, secondo le mie osservazioni, è un trombo ostruente, ma semplicemente parietale, quello che si forma;

3.° la sutura delle arterie agisce per rapporto alla circolazione come la legatura arteriosa, ma però meno bruscamente;

4.° la cicatrice avviene completa in una ferita arteriosa suturata:

5.° il trombo che si forma si organizza e non si riassorbe.

Molti di voi hanno presenziato questi esperimenti, ed i preparati sono sempre buoni elementi di studio. Le mie esperienze anteriori a quelle di altri collimano in parte con i risultati di alcuni, ed in parte ne differiscono, e cioè per quello che concerne la formazione del trombo, che, secondo me e l'HOROCH, sarebbe ostruente, e, secondo l'JASSINOWOSY, il BURCI ed il LAMPIASI, sarebbe parietale. Ma queste divergenze su dati di fatto non vi meravigliano troppo. Per spiegarle vi basti riflettere al calibro dei vasi sui quali io e gli altri sperimentavamo: io non usai che i cani, e gli altri asini e cavalli. Ora mi pare che i due risultati, apparentemente contraddittorii, possano conciliarsi fra loro, ammettendo che il trombo parietale diviene ostruente solo quando il vaso non ha un calibro abbastanza ampio: e la sutura dei vasi in tal modo al pregio che ha in ogni caso di non interrompere bruscamente la circolazione, può aggiungere l'altro di essere usata nei vasi di grosso calibro e quindi nei più importanti.

La serie considerevole (più di quaranta) di esperimenti da me fatti, e lo studio di quelli eseguiti dagli altri mi conduce a queste conclusioni efficaci sia per la patologia, sia per la clinica.

Ma mi preme adesso ricondurvi per un momento ancora allo studio di quelle condizioni che susseguono ad una ferita. Ormai, lo sapete, meta di ogni chirurgo è quella di ottenere riunione di prima intenzione della ferita, ed allontanamento dei pericoli di complicanze.

Ma con questo non è detto che sia provato ciò che si asseriva da molti chirurghi, che, data una ferita in condizioni asettiche, non si debba avere alcuna reazione febbrile. Si è detto e si è sostenuto sino al punto da volere incolpare il chirurgo del più piccolo elevamento di temperatura dopo un atto operativo.

Questo è un errore dei più gravi. E badate che se io sono recisamente assoluto nella mia affermazione, è perchè da dieci anni studio con pazienza questo problema, raccolgo scrupolosamente il materiale e lo discuto, ne faccio la critica, procuro di ricercare il valore assoluto che ha per trarne profittevoli giudizi.

Questo materiale Voi lo conoscete, perchè Voi collaborate con

me a raccoglierlo, in quanto di ogni ammalato si esaminano il polso, la temperatura e le respirazioni più volte nella giornata; e ormai non posso variare dal concetto che mi sono fatto della febbre che sussegue ai traumi chirurgici.

Or bene, mi pare che controllando al letto del malato accuratamente e coscienziosamente i fatti, si debba ammettere che dopo un atto operativo, e qualunque sia il tipo di medicatura adottata, la temperatura si abbassa per poco, ma poi aumenta più o meno rapidamente e con maggiore o minore intensità; e che rapidità maggiore e maggiore temperatura stanno in rapporto con la maggiore o minore estensione della superficie che è stata cruentata. Varie circostanze però possono far modificare questo tipo di vera e propria effimera, e così l'accesso può essere duplicato per le ragioni stesse. È necessario d'altra parte riconoscere che il processo febbrile è dovuto ad assorbimento di materiali non settici, ma provenienti dalla superficie cruentata. Più estesa è questa, e maggiori i materiali di necrobiosi molecolare e quindi maggiore l'assorbimento, e per conseguenza questo si estrinseca o con una curva termometrica tale che la temperatura si trova marcata ad una cifra elevata, oppure l'accesso si duplica o si triplica. L'assorbimento deve avvenire durante l'atto operativo o subito dopo, allorchè i vasi sono aperti e le boccucce beanti, perchè se in qualche modo l'assorbimento stesso è ostacolato od impedito, si ha subito una differenza nella curva termometrica che indica il processo febbrile. Se poi la febbre ha una durata maggiore od un decorso di febbre intermittente o subcontinua, vuol dire che esistono suppurazioni. Ma modificazioni al processo febbrile si possono avere in varie circostanze, come il collasso, oppure allorchando l'operazione è eseguita in qualche regione, per cui l'abbassamento termico è la regola: la cifra normale in questo caso equivale ad innalzamento.

Di questi fatti che concernono la febbre Voi tutti dovete esserne convinti, perchè non una sola volta avete veduta fallire la regola. D'altra parte è, mi sembra, utilissimo stabilire questi fatti specialmente oggi che si cerca di guarire i malati con una sola medicatura. Se non s'interpreta bene l'insorgere ed il mantenersi di un processo febbrile, non so quale criterio il chirurgo possa avere per togliere o mantenere una medicatura.

Nello studio che io feci della febbre io gli detti l'attributo di post-operativa, e ne ebbi critiche acerbe. Mi si dimandò puranco

se intendevo di farne un'entità distinta, oppure una suddivisione della febbre traumatica.

So benissimo che il nome molte volte serve a dare fortuna o meno ad un'idea, ad uno studio. Ma mi sembra proprio che la cosa principale sia di vedere se l'idea è buona, e se lo studio è esatto. Lo dissi altra volta e lo ripeto anche oggi: io non ho alcuna tenerezza per quel nome di febbre post-operativa. Lo preferii ad altri per comprendervi tutti i tipi di febbre consecutivi ad un atto operativo, e per non servirmi di un altro attributo già compromesso per teorie di patogenesi e di etiologia. Ma all'infuori di questo sento che ogni giorno più debbo rimanere fisso nelle mie idee su quest'argomento, perchè ogni giorno ho nuove prove nell'esattezza delle indagini e nella verità delle conclusioni.

Ma non voglio dilungarmi di più sopra questi argomenti generali, e voglio invece richiamare la vostra attenzione su alcuni studi speciali che vennero fatti nella nostra clinica, e che servono pel nostro argomento.

Nel 1885 si riteneva che l'osteomielite infettiva trovasse la sua ragione di essere in un microrganismo speciale. Cominciava allora soltanto qualche voce incredula, ma prove assolute ben poche, per non dire alcuna, per dimostrare che il microrganismo della suppurazione era quello stesso che dava luogo alla osteomielite.

Fu in quell'epoca che mi occorre un caso di periostite infettiva maligna, che non è altro che una varietà della osteomielite con la sola differenza del punto d'origine del processo morboso, e mi detti cura di studiarlo accuratamente. Feci allora anche due serie di esperienze: la prima col pus e con le culture del pus estratto da questo malato, e la seconda col pus e con le culture del pus estratto da un focolaio di suppurazione in una donna che aveva estese ustioni. Inoculai tanto nella prima quanto nella seconda serie di esperimenti, pus, oppure culture in conigli, ai quali contemporaneamente facevo un trauma grave od anche una frattura in corrispondenza di un osso; e tutte le volte ottenni osteomielite suppurativa. Mi pareva e mi pare anche oggi che fossi autorizzato a dire che il microrganismo dell'osteomielite è quello stesso della suppurazione. Tanto più la mia conclusione era ragionevole, in quanto avevo avuto cura di non tener conto per le mie conclusioni di quei casi, nei quali avevo avuta frattura allo scoperto, e quindi differenti elementi potevano essere entrati a produrre la suppurazione.

Non feci iniezioni intravenose perchè già tentate da altri.

Ed ora quelle conclusioni mie trovano appoggio completo ed irrefutabile nelle osservazioni del GARRÉ, del RODET, e di tutti gli sperimentatori, i quali ormai ritengono che il microrganismo della suppurazione è quello stesso che dà luogo all'osteomielite. Il ROSENBACH l'ha affermato. Ed in tal modo sono rese, se ne avessero avuto bisogno, più attendibili le mie affermazioni.

Ed ora occupiamoci di alcuni atti operativi, e primo fra tutti mi soffermo sopra una proposta che io facevo nel 1885, e cioè di aprire il cranio nei casi di meningite suppurativa. Era una proposta allora, e tale rimane anche oggi, ma con la variante che oggi si sa che si possono compiere delle craniectomie estese, come ha fatto il LANNELONGUE per rimediare a difetti di sviluppo, che si possono asportare focolai tubercolari come lo ha insegnato con le prove cliniche il GUSSEMBAUER, che è lecito portar via porzioni di corteccia cerebrale nell'epilessia come consiglia BENEDECET. Come si vede, quella mia proposta trova oggi maggiore ragione di essere di quello che non fosse sette od otto anni or sono, perchè è ormai sicuro che si possono fare larghe aperture e che in casi, se non uguali, ma che hanno qualche punto di analogia, il chirurgo è già intervenuto.

È certo che nei casi di meningite suppurativa per il solito la raccolta è estesa, e non si ha una guida sicura per applicare la corona del trapano. È una difficoltà, ma non assoluta; perchè si può trapanare nei punti ove si hanno dati che ci sia maggiore raccolta, e dove sia più facile che fuoriesca il pus.

Dico il vero che dinanzi ad uno di questi casi disperati, senza rimorso e senza rimpianti tenterei di intervenire, doppiamente contento se l'esito corrispondesse a quello che ho il diritto di credere logicamente giusto ed accettabile.

E adesso voglio richiamare la vostra attenzione sulle operazioni del fegato, tanto più volentieri che intendo nel modo più assoluto ed esplicito rivendicare a me il diritto di priorità su molti problemi che riguardano tale argomento.

Nel 1884, per mezzo dell'illustre prof. BIZZOZERO, io presentai all'Accademia di medicina di Torino, una *Memoria* sulla resezione del fegato, che fu pubblicata in quel giornale, nella quale, dopo di avere detto che studiata fino dal 1680 dallo ZAMBECCARI di Fi-

renze, trovava ancora incremento sugli studii per la parte operativa del GLUCK e miei, per le dimostrazioni cliniche del LANGENBUCK e del BRYANT, per le ricerche sul modo di formarsi la cicatrice di molti patologhi, ma più specialmente del PETRONE, TIZZONI, COLUCCI e GRIFFINI, emettevo queste conclusioni:

- 1.° Il fegato nella sua totalità non può, nè deve essere estirpato;
- 2.° Può essere resecata una porzione di fegato che equivalga a circa un terzo del suo volume, procurando di rispettare la superficie concava nella quale vi sono vasi importanti;
- 3.° La vescichetta biliare può essere estirpata, e lo dimostrò nel campo della clinica il LANGENBUCK;
- 4.° Le emorragie date da un taglio del fegato non sono temibili; pur tuttavia è bene premunirsi contro di queste, incidendo costantemente col coltello termogalvanico;
- 5.° Le ricerche fatte sul modo di formazione della cicatrice nel fegato dividono gli sperimentatori: credo che le cellule epatiche si comportino passivamente agli stimoli meccanici, e che la riparazione delle ferite del fegato si faccia per cicatrice di tessuto connettivo, che ha origine sia da proliferazione delle cellule fisse del connettivo interacinoso, o per attività delle cellule endoteliali del peritoneo, oppure per migrazione dei leucociti. Dalle mie ricerche mi sembra provato che sieno le cellule fisse del connettivo e la migrazione dei leucociti che la producono;
- 6.° Dopo la legatura della vena-porta gli animali cadono in collasso; dopo la sua resezione muoiono;
- 7.° È dimostrato il modo col quale si fa la circolazione collaterale della vena porta;
- 8.° Sperimentando sopra tre cani ed otto conigli, potei far vivere un cane 229 giorni. Avevo estirpato tutto il lobo mediano del fegato con la vescichetta biliare;
- 9.° Non conviene stringere in un klemmer la sostanza epatica, perchè si rompe a raggio;
- 10.° Non si deve adoperare legatura elastica, perchè scivola e non agisce convenientemente;
- 11.° Estirpando porzione di fegato, conviene rispettare sempre quella parte che contiene i condotti di trasporto della bile;
- 12.° Sono indicazioni all'estirpazione della vescichetta biliare, le sue rotture, i calcoli biliari, gli stravasi biliari;
- 13.° Non si deve operare per cancro e adenoma del fegato;
- 14.° Si può operare la resezione del fegato per grossi tumori

erettili; per alcune gravi rotture di questo viscere; per le cisti idatiche e specialmente per quelle alveolari fino ad ora lasciate senza cura di sorta;

15.° Nell'ascesso del fegato si può fare il vuotamento dell'ascesso e lo scucchiamento, il quale sta alla resezione del fegato, come il vuotamento delle ossa e l'artrotomia stanno alla resezione delle ossa e delle articolazioni;

16.° Occorrono ulteriori studi per meglio concretare tutto quello che riguarda questa nuova operazione, la quale è certo che ha dinanzi a sè un avvenire alla pari di molte altre operazioni, le quali oggidi si compiono nell'addome.

Nel 1885 poi, continuando i miei esperimenti, quando la colecistotomia era ancora nelle sue prime prove, e la colecistoectomia appena sette volte era stata eseguita, io cercai di vedere se era possibile di evitare la formazione della fistola biliare, che allora era creduta come indispensabile. Ed in quegli esperimenti io potei dimostrare che, facendo la sutura della cistifellea alla LAMBERT, si otteneva la riunione della ferita della cistifellea. Era quindi sperimentalmente provata quella che più tardi introdotta in chirurgia venne chiamata *colecistotomia ideale*.

Ora dopo il 1884 la resezione del fegato è entrata nella pratica chirurgica, ed il CLEMENTI ed il LORETA, i quali attaccarono per i primi il parenchima di questo viscere, riconoscono il valore e la priorità di queste osservazioni, che servirono di guida al chirurgo. E non capirei davvero come si potrebbero considerare insufficienti o note, come a qualcuno è parso dire. Affermare che sono note, equivale a non avere ricercata la storia di queste operazioni; insufficiente indica che non si è tenuto conto di quello che è stato fatto dopo. Infatti da allora a quest'oggi, oltre quello di abolire la fistola biliare e tradurre nel campo clinico la colecistotomia ideale ed asportare porzioni di fegato, solo due problemi si sono agitati, vale a dire il modo migliore di frenare l'emorragia del fegato, e il valore che può avere il versamento della bile nel cavo peritoneale.

Ora in quanto all'emostasi riconosco il valore che hanno gli esperimenti del CLEMENTI, il quale, primo a resecare il fegato nell'uomo, nel giugno 1886, concludeva al Congresso di chirurgia del 1891 che il miglior mezzo per frenare l'emorragia è la legatura diretta dei vasi sanguinanti.

Al CLEMENTI veniva obiettato che nell'uomo le cose accadono

un po' diversamente che nel cane; e di questo devo convenirne ancora io, tanto più che sperimentando si vedono delle differenze enormi nell'emorragia anche a seconda dell'animale su cui si esperimenta. A questo proposito io nella mia Memoria accennavo al galvanocauterio, che mi aveva dati ottimi risultati negli esperimenti da me fatti. D'altra parte deve bene prendersi in considerazione un altro fatto di grande importanza; ed è la differenza considerevole che passa fra i vasi, i quali si trovano nel parenchima del fegato sano, e quelli che serpeggiano su di un tessuto alterato ed indurito per un processo qualsiasi. In ogni modo questo problema io non l'avevo menomamente trascurato nelle mie esperienze; come in modo indiretto non avevo lasciato da parte quello che concerne la bile, in quanto io avevo sempre affondato il fegato cruentato senza riscontrare il menomo guaio. E bensì vero che io adoperando il termo-cauterio od il galvanocauterio per incidere il fegato procuravo una escara, la quale in qualche modo ostacola lo sgorgare della bile ed il suo versamento nel cavo addominale. In ogni modo però un poco è impossibile che non se ne versi, e quindi ne viene il corollario che poi è stato ammesso anche da altri che sono pericolose le grandi raccolte di bile, mentre non sono da temersi i gemizii di bile non alterata.

Mi scuserete, studenti carissimi, se mi sono esteso un poco troppo intorno a questo paragrafo della chirurgia del fegato e delle vie biliari, sul quale ebbi a ripetere le mie idee nella *Gazzetta degli Ospitali* del 1887; ma non potevo fare a meno di difendere l'opera mia alla quale si vuole attentare in ogni modo. Non basta, io credo, dire che oggi la colecistotomia ideale è eseguita dai chirurghi, ma bisogna lealmente provare che lo fosse prima del 1885, ed è assurdo negare valore ad esperimenti i quali trovano più tardi sanzione nei fatti clinici. Non basta dire che oggi la resezione del fegato è un fatto compiuto; ma bisogna dare le prove che lo fosse prima del 1884, e che prima di me fossero stati fatti degli esperimenti che avessero additata la via da tenere al chirurgo. Fino a che queste prove non sono date, ho tutto il diritto di difendere le mie idee ed i miei studi, i quali ebbero dei frutti, e se non furono voluti tenere in conto da alcuni, vennero invece presi in considerazione da altri, e fra questi mi piace citare il CLEMENTI ed il LORETA, vale a dire da coloro che per i primi osarono attaccare il fegato nell'uomo.

E giacchè sono a parlare di chirurgia viscerale, voglio accennare a quella dello stomaco e degli intestini.

Voi che in quest'anno scolastico avete veduto attaccare stomaco ed intestini più e più volte; Voi che avete veduto in un disgraziato asportare con buon esito 55 centimetri di intestino gangrenato, larga porzione di omento, un testicolo e lo scroto, vi meraviglierà come nel 1884 sia stato tacciato di avventato nel raccomandare nelle ernie gangrenate la resezione dell'intestino in sostituzione dell'ano contro natura. In compenso vi è stato chi nel 1891, citando il mio lavoro, ha detto che quelle considerazioni erano giuste, ma note. Se il primo critico aveva precipitato non pensando che il tempo doveva darmi ragione, il secondo si era dimenticato di leggere l'epoca nella quale io scrivevo, e che proprio allora erano i primi tentativi di resezione intestinale, e che si dibatteva la quistione fra l'ano contro natura, la resezione ed enterorafia completa, e la resezione ed enterorafia parziale. Erano tanto poche note quelle considerazioni mie, che in quel torno il BASSINI faceva pubblicare la storia di un caso, e poco dopo GAETANO MAZZONI con il materiale della Clinica chirurgica di Roma presentava una comunicazione al Congresso di chirurgia su questo argomento.

Non mi soffermo sulle mie osservazioni dello stomaco, perchè volendo rendere di pubblica ragione una serie di casi clinici di chirurgia di questo viscere, mi riservo a quel momento per discutere gli argomenti che lo riguardano. In ogni modo non voglio tralasciare di ricordarvi che i dati anatomici sui quali mi fondavo per la gastrostomia, non trovando giusti quelli datici dagli anatomici, e fra questi dal TILLAUX e dal LABBÉ, ci hanno sempre corrisposto, tanto che anche oggi che il processo del LABBÉ ha ceduto il posto a quello dell'HAHN, ci servono mirabilmente allo scopo che vogliamo raggiungere.

E certo che se volessi fermarmi più a lungo sui casi occorsi nella clinica in questi ultimi anni, dovrei impiegare un tempo molto lungo, ed invece ne abbiamo ben poco dinanzi a noi.

La clinica ci fu fertile di casi che offrono l'occasione a studii importanti, e che meritavano di essere resi di pubblica ragione. Cito fra i tanti il caso di inclusione fetale, pel quale feci la laparotomia, e che, studiato col MAIocchi, richiamò l'attenzione anche del TARUFFI che, come sapete, è il più insigne cultore di teratologia che si conosca; varii casi di estirpazione di parotide,

che potrei dire completa, alla pari di quelle compiute da altri chirurghi, se non dovessi ricordarmi della frase del TILLAUX che nega la possibilità della demolizione di tutta la glandola; di tumori vescicali estirpati con la cistotomia soprapubica in quel momento che ancora l'atto operativo non era accettato da tutti, come ne fa fede la discussione avvenuta alla Società di chirurgia italiana nella Riunione di Genova, e che ferveva la lotta fra il GUYON partigiano della cistotomia soprapubica ed il THOMPSON di quella perineale; di molteplici restringimenti uretrali curati con la uretrotomia interna, mentre si vede prediligere da alcuno la uretrotomia esterna, da qualche altro la divulsione, e da altri l'elettrolisi e la resezione dell'uretra con risultati non definitivi in quanto le recidive anche con questi mezzi si vedono di frequente, tanto è vero che ci occorsero malati operati da altri; di artroectomie eseguite fra i primissimi non appena il VOLKMANN le raccomandò, traendone poi quelle conclusioni e quelle modificazioni al processo operativo che mi parvero del caso.

Ma io non voglio più oltre trattenermi su questo terreno, perchè ormai già troppo mi ci sono soffermato. Voi avete già compreso come intenda l'obbligo del clinico: tutto provare, e di tutto render conto, perchè tutto prima o poi può essere utile, servendo a qualche cosa.

Ormai sono molti anni che vivo di una vita militante ed ogni giorno più me ne convinco. Ve ne do due prove: una clinica ed una sperimentale. La prima concerne lo studio degli incurvamenti per rachitide. Eravamo nel 1878, ed io scrissi in quell'epoca una Memoria su quest'argomento. L'argomento era nuovo, e credò che il mio scritto debba a questo motivo la fortuna di essere stato riprodotto e tradotto, e giudicato con simpatia dal RIZZOLI e da altri.

Ma allora l'ortopedia era bambina; l'osteoclastia e l'osteotomia non avevano ancora apostoli, perchè il MARGARY, il PANZERI, l'ALBANESE, il GALLOZZI ed altri che poi arricchirono le statistiche italiane di tanti e tanti pregevoli lavori ed atti operativi, non avevano dato il loro giudizio su questo tema. Da allora sono corsi degli anni molti, ed ogni anno ha portato una tale mole di materiale nuovo, che l'ortopedia, bambina nel 1878, oggi è grande ed ha un posto d'onore fra le specialità della chirurgia. Ma quella mia Memoria di allora promosse discussioni innumerevoli, che certo oggi non smuoverebbe più. È naturale: troppi anni sono passati,

ma il seme gettato ha potuto germogliare. Pel fatto sperimentale accennerò a quello che concerne gli innesti ossei. In mezzo a tanti fatti negativi un solo fatto positivo non è molto; ma è un fatto. E tanto meno discutibile in quanto che in dieci anni, da quando fu reso di pubblica ragione, a quel primo mio se ne sono aggiunti altri.

Come vedete, nulla deve essere perduto. Di tutto debbesi tener conto, perchè il buono rimane, l'imperfetto si perfeziona, ed il cattivo serve a fare accumulare nuove ricerche e nuovi fatti per distruggerlo.

È in questo modo che si è potuto giungere a quella chirurgia moderna, la quale non è più l'empirica di una volta, ma è scientifica, in quanto ha sue basi sulla scienza.

Io non voglio, a dimostrazione di questo, ripetervi tutto quello che Voi già sapete intorno alle medicature, perchè anche oggi qualche cosa vi ho accennato e perchè ormai è troppo noto tutto quanto di rivoluzione in chirurgia ha portato il modo di medicare su base scientifica. È a tale mezzo che si deve se adesso il chirurgo ha potuto entrare collaboratore del medico per la cura di molte malattie, e se altre le ha tolte del tutto dal dominio della medicina. Ciò non poteva avvenire sino a tanto che i pericoli erano infiniti nell'operare, e più specialmente nell'aprire talune cavità. La chirurgia viscerale costituisce gli ultimi progressi.

Ma sarebbe in errore chi affermasse che tutto il progresso si deve alle medicature. Ci sono altri elementi nell'indirizzo moderno scientifico della chirurgia: e sono questi che adesso rapidamente esamineremo insieme, badando bene di lasciar da parte tutto ciò che costituisce perfezionamento nei manuali operativi, nei mezzi per ottenere l'emostasi, la possibilità di procurarsi l'anestesia, e di incidere i tessuti.

Prima di tutto guardiamo qual parte hanno avuta l'anatomia e la fisiologia in questo progresso della chirurgia.

Per l'anatomia lascio da parte quella microscopica, base fondamentale dell'anatomia patologica. È naturale: non si possono riconoscere i tessuti alterati se prima non si è familiari con quelli sani. L'anatomia studia il modo col quale è formato l'uomo. Ma per il passato era l'anatomia descrittiva, cioè quella che apprende attacchi, direzioni, rapporti di un muscolo, di un vaso, di un nervo, ecc., che si studiava con accuratezza. Era il lavoro analitico quello che predominava, per non dire che era il solo che

si facesse. Ma per poco che si ponga mente all'utile che se ne può ricavare, si vedrà che questo è minimo in confronto di quello che se ne ritrae se sintetizziamo. È l'anatomia topografica, l'anatomia delle regioni, l'anatomia chirurgica, come la chiamarono VELPEAU, MALGAIGNE e RICHET, quella che è guida al chirurgo. Questa anatomia ha servito a guidare la mano del chirurgo, il quale, non badando più ai particolari, si preoccupa dell'insieme della regione su cui opera.

Due anni or sono al Collegio di Chirurgia di Londra ci fu uno dei più distinti operatori inglesi che si dette la briga, in una conferenza pubblicata nel *Lancet*, di voler dimostrare i pericoli che esistono nel sapere troppo l'anatomia. Io non mi sottoscrivo alla strana affermazione; ma certo sostengo che base della chirurgia è la nozione dell'anatomia delle regioni, la quale servì mirabilmente a far progredire questa nostra arte, insegnando quale la via che si può prendere per giungere ad asportare un organo od un neoplasma, quali i pericoli da sfuggire e da sormontare.

Una delle più belle prove di questo l'avete per il cranio, la cui chirurgia ha raggiunte mete insperate solo quando si potè mettere in rapporto il contenente col contenuto, e fu dato al chirurgo disegnare nella teca craniense il cervello, indicando con precisione i vari punti corrispondenti fra loro.

Ma appunto questo esempio ci conduce subito a ritrovare l'importanza della fisiologia. Infatti poco o punto sarebbe importato al chirurgo sapere che, ad esempio, la terza circonvoluzione cerebrale di sinistra corrisponde a questo od a quel punto del cranio, se nel tempo stesso non si fosse saputo che a quella circonvoluzione spetta la missione del linguaggio articolato.

Ed ecco che la fisiologia potè dire al chirurgo quali erano gli organi ed i visceri indispensabili alla vita, e quelli che non lo erano; quali le conseguenze fisiologiche della loro asportazione. È con questi dati che il chirurgo attaccò i vari visceri, e la più bella pagina della chirurgia fu scritta.

Come si vede, anatomia e fisiologia costituiscono la base scientifica per cui si ottennero i moderni progressi nella parte operativa. Ma è certo che ben misero sarebbe il compito del chirurgo se dovesse accontentarsi alla missione di semplice operatore. Egli deve essere anche patologo, e base della patologia sono la patologia sperimentale e l'anatomia patologica.

Sarebbe superfluo che io vi dimostrassi la verità di questo mio

asserto, perchè ormai tutti sono convinti che la patologia non è più l'enumerazione dei sintomi che costituiscono una malattia, ma bensì è anche lo studio della ricerca delle cause che la producono, del modo col quale si estrinseca, delle alterazioni anatomico-patologiche che ne derivano.

La clinica chirurgica ora è l'insieme, il cumulo di queste diverse attribuzioni: e quindi ecco che da una parte trova suo fondamento nella patologia che ha base scientifica nella patologia generale e sperimentale e nell'anatomia patologica; e dall'altra parte nell'anatomia e nella fisiologia trova la guida per l'intervento operativo.

Ecco come, giovani carissimi, il moderno indirizzo scientifico ha potuto portare la chirurgia a quel posto d'onore che ha adesso. Ecco perchè v'ingannereste a partito se credeste che per divenir chirurghi basti sangue freddo e mano ferma per tagliare in alto ed in basso. Il chirurgo deve sapere perchè fa, e deve sapere cosa fa: a questo solo patto può fare bene.

Ed è ben naturale che sia così, perchè vi è una serie infinita di casi nei quali il chirurgo può intervenire, ma non deve: a quella guisa che ve ne sono altri nei quali deve intervenire, sebbene molte e molte ragioni lo costringerebbero a rinunciare all'intervento. Prendete, ad esempio, il carcinoma, e vedrete quale serie di combinazioni voi avete. Infatti se esistono casi nei quali è netta e precisa l'indicazione di agire, ci sono quelli nei quali il dubbio esiste per l'estensione del processo morboso, per gli organi che sono invasi, per le conseguenze che ne possono derivare. Ed ora nulla di più facile di cadere in errore se Voi vi lasciate guidare solo dalla vostra capacità a vincere ostacoli: sola guida è di vedere la probabilità della completa estirpazione, dei guai che ne possono venire, dei disturbi funzionali che ne susseguono. È allora che il vostro giudizio, essendo più calmo e basato su dati scientifici, potrà condurvi a non commettere errori, od a commetterne solo più di rado.

Anatomia topografica, fisiologia, patologia sperimentale, ed anatomia patologica sono dunque le basi scientifiche della chirurgia moderna.

Sono queste che mi hanno servito di guida nell'insegnamento e nello studio dei casi clinici, che adesso con Voi intendo di riprendere in esame.

STATISTICA DELLA CLINICA CHIRURGICA

nell'anno scolastico 1891-1892.

I.

PROCESSI FLOGISTICI.

Osservazione n. 1. — Rossetti Rosina, di anni 21, di Parma. Adenite ascellare destra suppurata. Squarciamiento. Guarigione.

Osservazione n. 2. — Cacciamanni Armando, di anni 30, di San Lazzaro. Adeniti suppurate all'ascella. Squarciamiento e raschiamento. Guarigione. — Non saprei precisare da qual causa fossero prodotte.

Osservazione n. 3. — Cacciamanni Antonio, di anni 29, di San Lazzaro. Adeniti multiple suppurate all'ascella destra. Squarciamiento. Guarigione. — Erano consociative a linfangiiti prodotte da una puntura fattasi alla mano, compiendo il proprio mestiere di calzolaio.

Osservazione n. 4. — Coldoni Umberto, di anni 2 $\frac{1}{2}$, di Parma. Adenite cervicale suppurata. Squarciamiento. Guarigione.

Osservazione n. 5. — Gionelli Romeo, di anni 29, di Parma. Mastite suppurata. Squarciamiento. Guarigione.

Osservazione n. 6. — Cammorali Luigia, di anni 19, di Parma. Mastite suppurata a destra. Squarciamiento. Guarigione.

Osservazione n. 7. — Felloni Enrico, di anni 38, di Parma. Parotite suppurata da carie dentaria. Squarciamiento. Guarigione.

Osservazione n. 8. — Viani Maria, di anni 18, di Golese. Flemmone alla mano destra. Squarciamiento. Guarigione.

Osservazione n. 9. — Coppoli Francesco, di anni 25, di Torrile. Flemmone al collo. Squarciamiento. Guarigione.

Osservazione n. 10. — Calzetti Averaldo, di anni 4, di Parma. Flemmone alla regione sotto-mentale. Squarciamiento. Guarigione.

Osservazione n. 11. — Minetti Romeo, di anni 31, di Parma. Ascesso perianale. Squarciamiento e scuocchiaamento. Guarigione. Datava da quindici giorni.

Osservazione n. 12. — Mantovani Luigi Oreste, di anni 30, carrettiere di Parma. Ascesso della fossa iliaca destra da contusione. Oncotomia. Guarigione. — Riportò una contusione cadendo da un barroccio circa un mese prima. Subito non ci badò, ma crescendo il dolore si fece applicare delle mignatte all'addome, poco al di sopra della spina iliaca destra. Peggiorò ancora; ed allora entrato in clinica si riscontrò un ascesso profondo nella fossa iliaca, che fu squarciato, e si ottenne la guarigione completa. Fu fatto lo zaffamento per tre giorni.

Osservazione n. 13. — Canunzio Emilio, di anni 35, di Porporano. Ascesso alla regione ascellare di sinistra. Squarciamiento. Guarigione.

Osservazione n. 14. — Favalesi Severina, di anni 13, di Parma. Ascesso al collo. Squarciamiento. Guarigione.

Osservazione n. 15. — Bonazzi Eugenio, di anni 16, di Parma. Ascesso al collo. Squarcciamento. Guarigione.

Osservazione n. 16. — Boroni Isidoro, di anni 4, di Golese. Ascesso alla guancia sinistra. Squarcciamento. Guarigione.

Osservazione n. 17. — Bernardi Eliseo, di anni 5, di Parma. Ascesso alla regione frontale. Squarcciamento. Guarigione.

II.

LESIONI TRAUMATICHE.

Osservazione n. 18. — Rossi Cairoli, di anni 25, di Ghiare, carrettiere. Contusione alla coscia destra, ed abrasioni alla mano destra. Immobilizzazione. Guarigione. — Cadde dal proprio barroccio, e una ruota gli produsse le lesioni, per le quali ricoverò in clinica.

Osservazione n. 19. — Agnetti Domenico, di anni 2 $\frac{1}{2}$, di Bereto. Cicatrice deformante alla regione posteriore del ginocchio sinistro. Sbrigliamento e guarigione. Era una vasta cicatrice da ustione, prodotta da acqua bollente, ed era rimasto l'arto ad angolo. La guarigione fu completa.

III.

MALATTIE DELLE OSSA.

Osservazione n. 20. — Mancini Teresa, di anni 59, di Campeggine. Pseudoartrosi del femore. Non curata. Era una pseudoartrosi da antica frattura del femore. Le condizioni locali pessime però non consigliavano di intervenire chirurgicamente.

Osservazione n. 21. — Zavaroni Domenico, di anni 35, di Campeggine. Pseudoartrosi da frattura della gamba sinistra. Resezione. Guarigione. — La pseudoartrosi derivava dall'essere il frammento superiore spinto in fuori, e quindi non a contatto col frammento inferiore. Vi era una punta che pungeva i tessuti, ed era causa di forti dolori. Vi erano pure delle scheggie ossee. La frattura datava da due mesi. Io praticai la resezione del frammento di osso, asportai le scheggie ossee e ridotta la frattura applicai un apparecchio inamovibile. La guarigione fu completa.

Osservazione n. 22. — Federici Amalia, di anni 14, di Parma. Periostite suppurativa dell'ulna di destra. Squarcciamento e scucchiamento. Guarigione. — La malattia datava da quattro mesi: e si era fatta abbastanza grave. La guarigione fu completa dopo l'atto operativo.

Osservazione n. 23. — Bacchi Dea, di anni 49, massaia, di Brescello. Periostite suppurativa del grande trocantere. Squarcciamento e raschiamento. Guarigione. — Questa donna era già stata operata un'altra volta. Adesso rimaneva un piccolo ascesso, che fu squarciato e scucchiato. Guarigione.

Osservazione n. 24. — Giacomozzi Oriela, di anni 15, di Parma. Periostite suppurativa alla tibia destra. Squarcciamento e scucchiamento. Guarigione. — La malattia datava da otto mesi. L'esito fu ottimo sotto tutti i riguardi.

Osservazione n. 25. — Cassi Enrico, di anni 1, di Parma. Ascesso da periostite del mascellare inferiore. Squarcciamento, raschiamento e zaffamento. Guarigione.

Osservazione n. 26. — Saccardi Prospero, di anni 37, di Oidiano. Ascesso da carie del temporale. Vuotamento. Guarigione. — Era un voluminoso ascesso, che si estendeva sino al collo, e scollava grande parte del cuoio capelluto. La guarigione dopo lo squarciamento dell'ascesso e svuotamento del temporale in corrispondenza della mastoide fu completa e rapida.

Osservazione n. 27. — Ferrari Corinna, di anni 21, di San Polo. Ascesso da carie costale. Vuotamento della costa. Guarigione. — L'ascesso era al disotto del capezzolo di sinistra, e datava da due mesi. La guarigione fu completa.

Osservazione n. 28. — Benuzzi Primo, di anni 16, di Taneto. Ascesso tuberculare da carie costale. Idrotorace. Resezione di costa. Toracentesi. Guarigione. — Questo giovinetto, in cattive condizioni generali, era malato da circa due mesi, quando entrò in clinica per un voluminoso ascesso alla regione lombare sinistra da carie costale. Fu squarciato l'ascesso, e resecata la decima costa. A poco a poco guarì completamente: ma intanto ammalò anche di pleurite essudativa, si formò un idrotorace, per cui fu praticata la toracentesi, e guarì anche di questa malattia.

Osservazione n. 29. — Piola Marcello, di anni 21, di San Pancrazio. Ascesso voluminoso da tubercolosi dell'ileo. Squarciamento dell'ascesso e vuotamento dell'osso. Miglioramento. — Quest'individuo, quando entrò in clinica, dichiarava di essere ammalato da circa quattro mesi. Aveva un voluminoso ascesso nella fossa iliaca di sinistra dipendente da carie dell'ileo. Squarciai l'ascesso in alto, e feci una controapertura nella coscia, fino dove la raccolta arrivava. Vuotai poi l'osso. Zaffamento. Quando si chiuse la clinica era grandemente migliorato, ed in via di guarigione; e dovei inviario nelle sale dell'ospedale.

Osservazione n. 30. — Pini Umberto, di anni 3, di Sorbolo. Ascesso da carie dell'ileo di sinistra. Squarciamento e vuotamento dell'osso. Guarigione. — La malattia datava da circa tre mesi, e l'ascesso era voluminoso. Prima cercai di fare l'aspirazione e il lavaggio ma non avendo ottenuti buoni risultati ricorsi a mezzi più energici e con profitto.

Osservazione n. 31. — Alberti Eva, di anni 29, di Roccabianca. Ascesso tuberculare da carie dell'ileo di destra. Squarciamento e vuotamento dell'osso. Guarigione. — Era un voluminoso ascesso, del quale non si accorse che poche settimane prima. Si affondava nella fossa iliaca. La cresta era erosa, per cui ne feci il vuotamento. Fatto lo squarciamento ed il vuotamento, praticai una controapertura nella coscia. La guarigione fu completa.

Osservazione n. 32. — Tansini Beatrice, di anni 12, di San Lazzaro. Tubercolosi dello sterno. Vuotamento. Guarigione. — Questa bambina era stata altre volte in clinica per altre manifestazioni tubercolari: ed era stata anche curata colla tubercolina. La manifestazione adesso era allo sterno, e la guarigione fu completa, mercè il vuotamento. Medicatura all'eurofeno.

Osservazione n. 33. — Ferrari Eugenia, di anni 17, di Fontanelle. Osteite tuberculare dell'epitroclea sinistra. Vuotamento. Guarigione. — Era un anno circa che esisteva questa lesione, la quale, a causa di suppurazioni abbondanti, aveva dato luogo anche ad un seno fistoloso. La guarigione fu completa.

Osservazione n. 34. — Marchesi Delfo, di anni 16, di San Secondo Parmense. Osteo-aneurisma della tibia. Guarigione. — Questo ragazzo era ammalato alla tibia destra da circa un anno. Si presentava rigonfiata, dolente, di un volume doppio del normale. L'osso era ridotto ad un guscio, poco resistente, ripieno di grumi e di sangue, in comunicazione con molti vasi. Feci la resezione completa, ed ottenni una ottima guarigione.

IV.

MALATTIE DELLE ARTICOLAZIONI.

Osservazione n. 35. — Bassi Giovanni, di anni 48, di Traversetolo. Frattura e lussazione della colonna vertebrale. Corsetto. Scaricato nell'ospedale. — Quest'individuo cadendo da un'albero, all'altezza di circa sette metri, in modo che non si sa quale, riportò la frattura della nona e decima vertebra lombare. Rimase privo di sensi per qualche ora, ed immediatamente sopraggiunse completa paralisi degli arti inferiori, della vescica e del retto. Gravi fenomeni polmonari. Tentai di ridurre i frammenti, ma ad ogni tentativo fatto per più volte, ed in giorni diversi di muovere il malato, vi erano lipotimie gravissime. Applicai allora dei corsetti come meglio potei. Sino dal terzo giorno comparvero escare profonde. Miglioramento dei fenomeni polmonari e persistenza della paralisi. Passato qualche tempo dovrei togliere questo malato dalla clinica. Quando dopo circa tre mesi dall'accidente, morì, alla necropsopia fu trovato che il midollo spinale era nettamente diviso in due porzioni. Qualunque intervento sarebbe stato inutile.

Osservazione n. 36. — Polleri Icilio, di anni 53, commesso, di Parma. Lussazione della spalla destra. Riduzione. Guarigione. — Si trattava di una lussazione sotto-coracoidea, ridotta col processo razionale del HOENIG.

Osservazione n. 37. — Ferretti Pietro, di anni 46, di Malassano. Borsa prerotulea. Puntura, lavaggio con soluzione al sublimato (1: 2000), e iniezioni con etere ed jodoformio. Guarigione. — Era grossa come un arancio. Convenne ripetere due volte la stessa operazione, e poi aiutare l'adesione delle pareti con fasciature compressive.

Osservazione n. 38. — Camaretti Adeliaa, di mesi 16, di Parma. Ginocchio valgo a sinistra e piede varo a destra. Riduzione. Guarigione. — Pel ginocchio fu fatta la riduzione alla DELORE, e poi applicato un apparecchio inamovibile. Pel piede venne pure ridotta la deviazione ed immobilizzato il piede. Guarigione.

Osservazione n. 39. — Ardoni Maria, di anni 2, di Sala. Ginocchio valgo a sinistra. Raddrizzamento brusco. Guarigione. — Angolo esterno di 140°.

Osservazione n. 40. — Mazzola Maria, di anni 7, di Parma. Ginocchio valgo a sinistra. Osteotomia del femore alla MAC-EWEN. Guarigione. — Era un ginocchio valgo rachitico, per incurvamento del femore, con angolo esterno a 132°. L'osteotomia del femore permise un raddrizzamento completissimo ed ottenni una guarigione perfetta senza veruna complicanza.

Osservazione n. 41. — AsPELLI Francesco, di anni 8, di Parma. Ginocchia valghe da rachitide. Doppia osteotomia del femore alla MAC-EWEN. Guarigione. — Gli inconvenienti cominciarono all'età di due anni. Angoli esterni di gradi 160°. Le osteotomie vennero eseguite in due giorni diversi. Esito completamente ottimo.

Osservazione n. 42. — Faveri Alberto, di anni 10, di Mezzano di Sotto. Ginocchio valgo a destra e varo a sinistra. Osteotomia doppia del femore alla MAC-EWEN. Guarigione. — La deformità era iniziata da sei anni a causa di rachitide. Ginocchio valgo con angolo esterno di 145°. e ginocchio varo con angolo interno di 150°. Piedi torti per compensazione. Le due osteotomie vennero fatte nella stessa seduta. Guarigione completa e perfetta.

Osservazione n. 43. — Chierici Annunziata, di anni 52, di Parma. Artrite purulenta al ginocchio destro. Setticoemia. Artrotomia. Miglioramento. — Era un voluminoso ascesso del ginocchio, che si estendeva alla gamba ed alla coscia. Febbre setticoemica gravissima. Feci l'artrotomia, scuocchiaiai con il cucchiaino di VOLKMANN, e poi posi un grosso drenaggio, che traversava l'articolazione, ed a traverso il quale per sei giorni feci passare una corrente continua con soluzione tiepida di acido borico. La febbre diminuì e poi scomparve: l'articolazione si fece meno dolente; la suppurazione diminuì. In tal modo migliorata fu scaricata la Chierici nelle sale dell'ospedale, perchè disturbava le altre malate.

Osservazione n. 44. — Cerioli Emilia, di anni 16, di Monticelli. Contrattura artrogenetica al gomito destro. Raddrizzamento brusco. Guarigione. — In conseguenza di un'artrite iperplastica sofferta due anni prima, e della lunga permanenza di apparecchi inamovibili, rimase un'anchilosi del gomito per legami fattisi fra le parti molli componenti l'articolazione. Durante il sonno cloroformico potei romperli e ricambiare la mobilità all'articolazione stessa.

Osservazione n. 45. — Moroni Giuseppe, di anni 17, di Fontevivo. Anchilosi anolare del ginocchio sinistro. Resezione del ginocchio. Guarigione. — All'età di otto anni si punse con uno spino al ginocchio e ne derivò un'artrite purulenta, e da ciò lesioni ossee, e per ultimo anchilosi ad angolo retto. Convenne resecare un cuneo abbastanza grande per raddrizzare l'arto, che era già più corto dell'altro. Incisione alla MACKENZIE. Nessun drenaggio e nessuna legatura. Sutura dopo tre giorni. Guarigione.

Osservazione n. 46. — Reggiani Virginia, di anni 24, di Fontevivo. Sinovite iperplastica del ginocchio destro. Cauterizzazione al galvano-cauterio ed immobilizzazione. Guarigione. — Questa donna era ammalata da circa sei mesi, per una sinovite iperplastica al ginocchio destro, e più specialmente al lato interno ove si riscontrava un aumento di volume. Con la cauterizzazione e l'immobilità mantenuta per ventinove giorni ottenni la guarigione completa, tantochè il ginocchio tornò ad essere indolente, e di volume normale. Le vennero somministrati continuamente dieci centigrammi di jodoformio al giorno. Uscendo, dopo ventinove giorni di degenza, era aumentata di un chilo nel suo peso.

Osservazione n. 47. — Mattei Giulia, di anni 25, di Parma. Morbo di POTR. Corsetto di SAYRE. Guarigione.

Osservazione n. 48. — Mozzoni Adalgisa, di anni 27, di Borgo San Donnino. Tuberculosis vertebrale. Vuotamento della nona e decima vertebra dorsale. Corsetto di SAYRE. Miglioramento. — Questa donna era ammalata da otto mesi, e si trovava in condizioni molto gravi, quando ricoverò in clinica, perchè vi era un grosso ascesso al dorso, e paralisi completa degli arti inferiori. Mi parve allora utile d'intervenire, asportando le apofisi spinose, le lamine e parte delle apofisi trasverse della nona e decima vertebra dorsali. Applicai ripetutamente l'elettricità. Ottenni in tal modo diminuzione notevole dei fenomeni di paralisi e miglioramento nelle condizioni generali. È in tali condizioni che al chiudere della clinica inviai quest'ammalata nelle sale dell'ospedale.

Osservazione n. 49. — Parenti Aldina, di anni 18, sarta, di Parma. Tuberculosis vertebrale. Corsetto di SAYRE. Miglioramento. — Era delle vertebre cervicali.

Osservazione n. 50. — Spocchi Despina, di anni 31, di Parma. Tuberculosis vertebrale. Corsetto di SAYRE. Miglioramento. — Le vertebre malate erano la nona, la decima e l'undicesima dorsale, ed i primi disturbi datavano da vari mesi.

Osservazione n. 51. — Benardi Marcella, di anni 36, di Berceto. Tubercolosi vertebrale. Corsetto di SAYRE. In cura. — Erano ammalate le ultime vertebre dorsali da più di tre mesi. Al chiudere della clinica fu inviata nelle sale dell'ospedale, da dove ci venne inviata per applicare il corsetto. Era migliorata assai.

Osservazione n. 52. — Montanelli Pasquale, di anni 25, di San Lazzaro. Tubercolosi vertebrale. Oncotomia. Morta. Quest'individuo ammalato da più di due anni aveva un voluminosissimo ascesso, che occupava tutta la metà sinistra dell'addome. Febbre setticoemica. Non vi era cifosi. L'ascesso fu squarciato anteriormente, e fatta una contrapertura posteriormente. La febbre continuò ed il paziente morì. Fu riscontrato all'autopsia che lo psoas era quasi completamente distrutto, il plesso lombosacrale distrutto, e distrutte pure le due ultime vertebre lombari. Era strano però come non esistesse cifosi.

Osservazione n. 53. — Ferrarini Catterina, di anni 61, di Parma. Tubercolosi vertebrale. Vuotamento delle vertebre. Miglioramento. — Questa donna era malata da circa tre anni nelle ultime tre vertebre lombari. Era stata curata con corsetti, erano stati squarciati vari ascessi prima che entrasse in clinica. Fu necessario di squarciare un ascesso già in comunicazione con l'esterno, e poi vuotare le vertebre cariate, giacchè si presentavano dei pezzi di osso cariato e dei sequestri. Zaffamento. Si ottenne un leggero miglioramento, ed allora la malata volle ritornare in casa sua.

Osservazione n. 54. — Gorelli Annetta, di anni 7, di Parma. Osteo-artrite tubercolare della mano destra. Artrotomia e vuotamento. Guarigione. — Questa bambina era malata da circa un anno, ma non era la prima volta che si avevano delle manifestazioni, tanto che esistevano tracce di ascessi e di sinii fistolosi. La guarigione fu completa.

Osservazione n. 55. — Mirri Angiolina, di anni 16, di Parma. Osteo-artrite tubercolare del gomito sinistro. Resezione dell'epicondilo e dell'olecrano. Guarigione. — Questa ragazza, scrofolosa al più alto grado, era ammalata da circa un anno, quando ricorse in questa clinica. La lesione al gomito era alquanto estesa, per cui con una incisione alla HUETER, posi allo scoperto le ossa, scuocchiai la cassula articolare, e poi resecai l'epicondilo e l'olecrano. Zaffai con garza all'iodoformio e non suturai. Si formarono delle buone granulazioni ed a poco a poco avvenne la cicatrice dando luogo a guarigione completa. Durante tutto il tempo che rimase in clinica le furono somministrati per uso interno dieci centigrammi al giorno di jododiformio. Uscì che aveva lo stesso peso, 44 chilogrammi. Si procurò che si ristabilissero anche i movimenti dell'articolazione, e lentamente progredisce nel miglioramento anche sotto questo punto di vista.

Osservazione n. 56. — Donelli Maria, di anni 18, di San Lazzaro. Osteo-artrite tubercolare al gomito sinistro. Resezione del gomito. Guarigione. — Questa ragazza, ammalata da un anno e mezzo, era già stata curata con la tuberculina ed operata di vuotamento. Adesso vi era un focolaio fungoso, e per tre volte feci iniezioni multiple di cloruro di zinco (10 %) secondo consiglia il LANNELONGUE. Essendo rimaste inefficaci, praticai la resezione ed ottenni guarigione completa con buona funzionalità dell'arto.

Osservazione n. 57. — Dall'Aglio Giuditta, di anni 25, cucitrice, di Noceto. Osteo-artrite tubercolare del gomito sinistro. Resezione del gomito. Guarigione. — Era ammalata da circa un anno. Gravi le condizioni locali ed anche le generali, essendovi anche localizzazioni polmonari. Praticai la resezione del gomito, ed usai la cura interna con jododiformio. Guarigione.

Osservazione n. 58. — Guardi Giuseppina, di anni 19, sarta, di Torino. Osteo-artrite-tubercolare del gomito sinistro. Resezione del gomito. Guarigione. — La malattia datava da tre mesi, ed era molto estesa, tanto che dovei resecare l'olecrano ed i condili omerali. Zaffamento e sutura in secondo tempo. Guarigione con buona funzionalità dell'arto.

Osservazione n. 59. — Vioni Rosa, di anni 72, di Parma. Ascesso voluminoso alla coscia destra da coxite. Non curata. — Vi erano altre lesioni viscerali che sconsigliavano qualunque intervento.

Osservazione n. 60. — Mussi Ernesto, di anni 3, di Fornovo. Osteo-artrite tubercolare coxo-femorale a destra con sini fistolosi. Vuotamento del femore. Miglioramento. — Questo bambino nell'anno scolastico precedente era entrato in clinica per osteo artrite reattiva con ascesso intra-articolare consecutivo a lussazione traumatica. Era stato fatto uno scucchiamento, e ridotta la lussazione. Il bambino uscì dalla clinica guarito. Però dopo qualche mese si formò un nuovo ascesso; si produssero delle fungosità, ed anche il femore rimase ammalato. Feci allora lo squarciamiento dell'ascesso, scucchiai la fungosità, e vuotai il femore. Il bambino uscì dalla clinica grandemente migliorato, ed in via di guarigione.

Osservazione n. 61. — Cavicchia Giovanni, di anni 16, di Sarzana. Coxo-tubercolosi. Resezione del femore. Guarigione. — Era una lesione gravissima, che datava da tre anni. Vi era lussazione del femore, ed usura completa di quasi un quarto di femore. Resezione estesa e zaffamento. Al chiudere della clinica il ragazzo era in buone condizioni.

Osservazione n. 62. — Longhi Augusto, di anni 15, di Parma. Idrope-tubercolare del ginocchio sinistro. Puntura, lavaggio con soluzione al sublimato ($\frac{1}{2}$ per mille), ed iniezioni con olio e jodoformio (10 per 100). Guarigione. — La malattia datava da circa due anni. Il risultato ottenuto con le iniezioni jodoformiche e l'uso di apparecchi inamovibili fu eccellente.

Osservazione n. 63. — Zaccardi Dirce, di anni 20, nubile, di Sorbolo. Sino fistoloso al ginocchio destro da artrite tubercolare. Iniezioni con cloruro di zinco alla LANNELONGUE. Guarigione. — Era già stata operata da me alcuni mesi prima di artroectomia e vuotamento: adesso si era formato un sino fistoloso, che volli curare con cinque sedute di iniezioni di cloruro di zinco al 10 per 100, iniettando quindici goce per volta. Ottenni un buon risultato.

Osservazione n. 64. Marchini Luigi, di anni 41, di Sissa. Osteo-artrite tubercolare del ginocchio sinistro. Non curato. — Per ragioni di famiglia dovè abbandonare la clinica prima di essere operato.

Osservazione n. 65. — Ravozzi Antonio, di anni 38, di Lesignano dei Bagni. Osteo-artrite tubercolare del ginocchio destro. Resezione del ginocchio. Guarigione. — Quest'individuo era ammalato da più di venticinque anni, e la lesione aveva subiti dei miglioramenti e dei peggioramenti. Intanto si era prodotta anche anchilosi angolare del ginocchio. In questi ultimi tempi il peggioramento era stato notevole, perchè vi erano ascessi, fungosità e il ginocchio misurava nella sua circonferenza sei centimetri più di quello sano. Ricorsi alla resezione completa del ginocchio. Sutura in secondo tempo, nessuna legatura e nessun drenaggio. Guarigione completa e perfetta.

Osservazione n. 66. — Montani Teresa, di anni 4, di Sorbolo. Osteo-artrite tubercolare del ginocchio destro. Resezione del ginocchio alla MACKENZIE. Guarigione. — Questa bambina era già stata operata fuori della clinica ed anche poi in clinica

da me, ma non era stata mai possibile la guarigione con le artrotomie e i vuotamenti. Dovei ricorrere come estrema risorsa alla resezione. Sutura delle ossa con seta. Sutura secondaria e nessun drenaggio. Guarigione completa e perfetta.

Osservazione n. 67. — Palu Antonio, di anni 35, di Cassio. Osteo-artrite tubercolare del ginocchio destro. Artroectomia completa e vuotamento dei condili femorali. Guarigione. — Quando entrò in clinica era ammalato da due anni al ginocchio destro, nel quale aveva sofferto una grave contusione più di venti anni prima, dipendente dal calcio di un cavallo. La lesione era molto estesa, e convenne eseguire l'artroectomia completa ed il vuotamento dei condili femorali e della tibia. Nessun drenaggio e nessuna legatura. Sutura dopo quattro giorni.

Osservazione n. 68. — Barbacini Nino, di anni 1, di Parma. Osteo-artrite tubercolare del ginocchio destro. Artroectomia completa e vuotamento dei condili femorali. Guarigione. — Questo bambino era ammalato da circa quattro mesi, e le lesioni erano estese. Il risultato dell'atto operatorio fu ottimo, avendo ottenuto una guarigione completa. Sutura secondaria e nessun drenaggio. Parti guarite.

Osservazione n. 69. — Bertini Ismene, di anni 26, di Lesignano dei Bagni. Osteo-artrite tubercolare del ginocchio sinistro. Artroectomia e vuotamento dei condili femorali. Guarigione. — Questa donna era ammalata da quattordici mesi e le lesioni erano molto profonde. L'atto operatorio riuscì ad asportare tutta la lesione morbosa. Sutura dopo tre giorni. Nessuna legatura e nessun drenaggio. Parti guarite.

Osservazione n. 70. — Tanzi Primo, di anni 23, di Collecchio. Osteo-artrite tubercolare del ginocchio destro e del gomito destro. Ascessi multipli. Amputazione di coscia e squarciamenti multipli. In cura. — Quest'individuo aveva un'osteo-artrite tubercolare del ginocchio suppurata, con sini fistolosi, che reclamò l'amputazione di coscia. Nel tempo stesso esistevano ascessi multipli al gomito ed in altre parti del corpo che squarciai e raschiai. È sempre in cura.

Osservazione n. 71. — Bonardi Emilia, di anni 13, di Noceto. Osteo-artrite tubercolare del piede destro. Astragaloectomia completa. In cura. — Questa bambina aveva una grave lesione tubercolare del piede, che datava da sei mesi. Le lesioni erano estese. Feci l'astragaloectomia, e per due volte ancora dovei ricorrere a raschiamenti e vuotamenti parziali. Fui più volte tentato di ricorrere all'amputazione di gamba, ma persistendo l'ho messa in condizione di poter sperare la guarigione completa.

Osservazione n. 72. — Tessonì Gemmino, di anni 9, di Parma. Osteo-artrite tubercolare dell'articolazione fibio-tarsica sinistra. Vuotamento dell'astragalo. Guarigione. — Questo ragazzo era ammalato da circa due anni. La lesione era abbastanza estesa, ma avendo fatto un esteso vuotamento dell'astragalo, ed asportate tutte le fungosità, ottenni una completa guarigione e un buon funzionamento del piede.

V.

TUMORI

Osservazione n. 73. — Daleò Sante, di anni 78, di Traversetolo. Polipo nasofaringeo. Estripazione. Guarigione.

Osservazione n. 74. — Mariani Carolina, di anni 36, di Covenza. Polipi nasali. Strappamento. Guarigione.

Osservazione n. 75. — Daleò Sante, di anni 77, di Traversetolo. Polipi nas. II.

Estirpazione. Guarigione. — Erano polipi voluminosi, per i quali era già stato operato altre volte con lo strappamento.

Osservazione n. 76. — Cavazzini Casimiro, di anni 16, di San Lazzaro Parmense. Papilloma della tonsilla destra. Estirpazione. Guarigione. — Era grosso come un uovo, e fu estirpato dalla bocca.

Osservazione n. 77. — Fedolfi Domenica, di anni 57, di Neviano Arduini. Ateroma ulcerato con trasformazione epiteliale nel cuoio capelluto. Estirpazione. Guarigione. — Era un voluminoso ateroma, che per gli attriti subiti si era ulcerato. Fu estirpato e si ottenne la guarigione per granulazione, giacchè rimase una larga perdita di sostanza. Il cranio era depresso nel punto ove aveva sede il tumore. Nel tumore furono trovati degli zaffi epiteliali in gran copia, in modo che il tumore presentava i caratteri in alcuni punti di un epiteloma. È certo che si trattava di un'ateroma, del quale si aveva la trasformazione epiteliale.

Osservazione n. 78. — Berghenti Carolina, di anni 53, contadina, di Fontevivo. Lipoma alla regione costale sinistra. Estirpazione. Guarigione. — Era un lipoma grosso come un pugno, del quale la paziente se ne era accorta solo sei mesi prima, situato nella linea ascellare. Estirpazione. Nessun drenaggio. Riunione di prima intenzione.

Osservazione n. 79. — Longari Tommaso, di anni 40, di Cinquegerre. Fibroma naso-faringeo con serramento delle mascelle. Sbrigliamento. Elettrolisi. Miglioramento. — Era un tumore voluminoso che occupava il palato molle, si estendeva in alto, aderiva alla base del cranio, e con delle brattee si estendeva all'articolazione temporo-mascellare; e da ciò il serramento. L'atto operativo grave e di esito problematico non venne accettato; convenne però sbrigliare in corrispondenza della mascella, perchè esisteva una raccolta purulenta. Le mascelle dopo si poterono di un poco divaricare. Intrapresi la cura del tumore con l'elettrolisi e ne ottenni un leggerissimo miglioramento. Il paziente, a causa di affari, lasciò la clinica prima che la cura fosse completata.

Osservazione n. 80. — Bertorelli Luigi, di anni 31, di Parma. Fibroma della mammella destra. Estirpazione. Guarigione.

Osservazione n. 81. — Franzoni Luigia, di Bargone. Fibro-mioma uterino. Non curato. — Rifiutò di farsi operare.

Osservazione n. 82. — Saccani Antonio, di anni 21, di Praticello. Igroma al polso. Puntura e schiacciamento. Guarigione.

Osservazione n. 83. — Rabaglia Giuseppe, di anni 20, di Parma. Cisti della palpebra inferiore di destra. Estirpazione. Guarigione.

Osservazione n. 84. — Bonezzi Eugenio, di anni 15, falegname, di Parma. Cisti pretiroidea. Estirpazione. Guarigione. — Era una cisti aderentissima alla cartilagine tiroide, voluminosa come una grossa noce, stata operata colla puntura fuori della clinica, ma recidivata. L'estirpazione completamente, e si ebbe guarigione completa.

Osservazione n. 85. — Zambelli Giacomo, di anni 10, di Poviglio. Cisti della regione pretiroidea. Escisione. Guarigione. — Questa cisti datava da tre o quattro mesi, ed era aderentissima alla tiroide. La escisi e ne scucchiaiai il piccolo pezzetto che rimaneva. La guarigione fu completa e rapidamente ottenuta.

Osservazione n. 86. — Bartolotti Francesco, di anni 48, di Mezzano. Cistoma al dorso. Estirpazione. Guarigione. — Grosso come un'uovo.

Osservazione n. 87. — Rinaldi Ulisse, di anni 65, scritturale, di Parma. Cisti sebacea suppurata alla regione lombare destra. Estirpazione. Guarigione. — Era una cisti grossa come un pugno, suppurata dopo una grave contusione subita.

Osservazione n. 88. — Pastori Maria, di anni 45, di Voghera. Cisti del gran labbro sinistro. Estirpazione. Guarigione e. — Era una cisti, a contenuto ematico, grossa come un limone, e che datava da circa trent'anni.

Osservazione n. 89. — Cavalli Fiora, di anni 37, di Parma. Cistomi multipli dell'ovaio di sinistra e turbe nervose. Ovarioectomia. Guarigione. — Questa giovane da un tempo abbastanza lungo si lamentava di vivi dolori in corrispondenza della fossa ilia a sinistra, e soffriva di accessi convulsivi frequenti e gravi. Erano state fatte fuori di clinica molte cure, ma inutilmente. Eseguii allora la ovarioectomia ed ottenni un ottimo risultato, perchè non solo guarì dell'atto operativo, ma cessarono del tutto gli accessi convulsivi.

Osservazione n. 90. — Bonati Angela, di anni 42, di Spezia. Cistoma ovarico a destra con estese aderenze intestinali ed al corpo dell'utero. Ovarioectomia. Guarigione. La malata non sa precisare da quanto tempo ha cominciato questo tumore, grosso come una testa di adulto, il quale acquistò tali aderenze coll'utero che sembrava essere dipendente da questo anzichè dall'ovaio. Nell'atto operativo tutto procedè regolarmente e la guarigione fu ottenuta rapida e completa.

Osservazione n. 91. — Viapiani Luigia, di anni 37, di Reggio Emilia. Cistomi dell'ovaio destro e prollasso uterino. Ovarioectomia e fissazione dell'utero. Guarigione. — Questa donna era già stata operata fuori di Parma per cistorele e rettocele. Adesso i disturbi erano molto seri ed i dolori fortissimi. Le cisti dell'ovaio non erano grosse ma multiple. Estirpai l'ovaio e poi fissai l'utero che prollassava con dei punti di sutura in alto. La guarigione fu completa, e sebbene operata da qualche mese, la Viapiani non si lamenta più di dolori, e non ha più prollasso di sorta.

Osservazione n. 92. — Ubaldi Rosa, di anni 62, di Sala Baganza. Sarcoma del seno frontale. Craniectomia. Guarigione. — Questa donna, quando entrò in clinica erano appena due mesi che si era accorta di un'intumescenza nella regione frontale sinistra. Era molle come se fosse una cisti sebacea, ma tutt'attorno esisteva un carcinoma duro, resistente, osseo, che dimostrava come il tumore venisse dal seno frontale ed avesse usurato l'osso. La parte sporgente era grossa come un uovo. Asportai il tumore facendo la craniectomia. Posi allo scoperto la dura madre con la quale il tumore aveva prese aderenze, e la raschiai accuratamente, e feci altrettanto per il seno frontale. Zaffai la cavità, e così per granulazione petei ottenere la guarigione completa senza il menomo disturbo. È importante notare come, malgrado i rapporti con la dura madre, non si avessero disturbi cerebrali.

Osservazione n. 93. — B... D..., di anni 40, di Sarzana. Sarcoma alla mano destra. Estirpazione. Guarigione. — Era grosso come una mela, e datava da tre anni circa. Corrispondeva ai muscoli adduttori.

Osservazione n. 94. — Vidi Ermenegildo, di anni 37, di Ciano d'Enza. Epitelioma della palpebra. Estirpazione e blefaroplastica. Guarigione. — Era grande come un pezzo da un soldo, e la plastica fu fatta per scivolamento.

Osservazione n. 95. — Coppi Letizia, di anni 37, di Bazzano. Epitelioma del labbro superiore. Estirpazione e plastica. Guarigione. — Era un epitelioma che datava da cinque anni, ulcerato e che interessava la metà sinistra del labbro superiore. Lo escisi con due incisioni, a Δ , e poi suturai. Per rifare la bocca squarciai per due centimetri e mezzo la commessura delle labbra a sinistra ed ordai suturando mucosa con pelle. Ne risultò una ferita lineare ed una a L. Riunione di prima intenzione e risultato cosmetico eccellente.

Osservazione n. 96. — P... P... di anni 58, di Pontremoli. Epitelioma del labbro

inferiore. Estirpazione e cleioplastica. Guarigione. — Quest'uomo era ammalato da circa un anno. La guarigione fu completa e perfetta.

Osservazione n. 97. — Bertozzi Raffaele, di anni 47, di Basilica Varano. Ulcera epiteliale del labbro inferiore. Estirpazione e plastica. Guarigione. — La plastica fu a V. Sutura a due piani con seta

Osservazione n. 98. — Marchignoli Ferdinando, di anni 46, di Gattatico. Ulcera epiteliale alla guancia destra. Estirpazione e plastica. Guarigione. — Era un'ulcerazione grande come un pezzo da due centesimi. La guarigione fu completa dopo la plastica fatta per scivolamento.

Osservazione n. 99. — Bocchi Maria, di anni 63, di Mezzani. Epitelioma del naso. Estirpazione e rinoplastica. Guarigione. — Era un tumoretto, grosso come una mandorla, ulcerato e che datava da tre anni. Lo estirpai, e la riparazione la procurai mercè due lembetti presi dalle guancie e per scivolamento condotti a ricoprire la soluzione di continuo e riformare le pinne del naso. Guarigione completa.

Osservazione n. 100. — Alliani Carlo, di anni 72, di Soragna. Epitelioma del naso. Estirpazione. Rinoplastica. Guarigione. — Era un'ulcera epiteliale alla punta del naso, grande quanto un pezzo da cinque centesimi, che asportai. Per riparare la perdita di sostanza presi i due lembi dalle pinne del naso, e dalle guancie e li scivolai per ricoprire l'impiegamento. La riunione fu completa e perfettissimo il ripararsi delle parti anche sotto il punto di vista della cosmesi.

Osservazione n. 101. — M.... M...., di anni 66, di Sarzana. Epitelioma della lingua. Estirpazione. Guarigione. — Era un vasto epitelioma che comprendeva tutto il lato sinistro della lingua: Fu asportato completamente con l'ansa galvanica col metodo endorale del BOTTINI.

Osservazione n. 102. — Artioli Remigio, di anni 48, contadino, di Cadè. Epitelioma della laringe, diffuso alla faringe, trachea ed esofago. Non curato. Nell'anno scolastico precedente venne operato di tracheotomia, per rimediare ai disturbi gravi nella respirazione: rifiutò un atto operativo radicale, che allora era possibile. Adesso tornò in clinica, disposto a farsi operare, ma la diffusione del processo morboso era tale da rendere non attuabile qualsiasi tentativo.

Osservazione n. 103. — Ferrari Vittoria, di anni 62, di San Pancrazio. Epitelioma dell'esofago. Gastrostomia. Guarigione. — Questa disgraziata aveva un grave restringimento esofageo da epitelioma, che da circa sei mesi la tormentava. Oramai non passavano più che i liquidi, ed in piccola quantità. Mi venne allora inviata dal medico, e feci la gastrostomia col metodo di HAHN, fissando lo stomaco nell'ottavo spazio intercostale. Lo stomaco lo fissai con doppio piano di sutura, e lo aprii solo dopo sei giorni. Da allora in poi la nutrizione si compie efficacemente dalla fistola. Operata il 7 maggio sopravvive in discrete condizioni.

Osservazione n. 104. — Maffini Clementina, di anni 39, contadina, di Bargone. Epitelioma dell'esofago. Gastrostomia alla HAHN. Guarigione. — Questa donna da cinque mesi soffriva di gravi disturbi per restringimento esofageo da epitelioma. La nutrizione era impossibilitata. Feci allora la gastrostomia alla HAHN, e fissai lo stomaco nell'ottavo spazio intercostale. Lo stomaco lo aprii dopo cinque giorni. La nutrizione si fece allora discretamente e poté sopravvivere altri quindici giorni. La morte avvenne per ulcerazione dell'epitelioma che era nella porzione toracica dell'esofago, e gangrena polmonare. Lo stomaco era fissato benissimo.

Osservazione n. 105. — Moroni Tersilla, di anni 28, di Parma. Restringimento dell'esofago da epitelioma. Gastrostomia. Guarigione. — Quest'ammalata, quando

entrò in clinica sofferiva da circa sei mesi, e le varie cure fatte erano rimaste infruttuose. La difficoltà ad ingerire si faceva ogni giorno sempre più accentuata; i dolori crescevano, il vomito si faceva più frequente. Nel cateterismo esofageo non era possibile l'introduzione che di una sonda piccola e con grande difficoltà. Fu allora che pensai di praticare la gastrostomia col metodo di HAHN, fissando lo stomaco nello spazio fra la nona e decima costa. Lo stomaco lo aprii dopo otto giorni. La paziente rimase in clinica 56 giorni, e le condizioni generali andarono sempre migliorando, tanto che uscì avendo aumentato il peso di 500 grammi. Ho trovato che il metodo di fissare lo stomaco fra le coste, nello spazio intercostale, è preferibile a quello di LABBÉ. Insisto poi ancora una volta nel praticare la gastrostomia in due tempi: quando seguì questo concetto me ne trovai bene sempre.

Osservazione n. 106. — Brandani Adalgisa, di anni 47, di Montecchio. Epitelioma dello stomaco. Laparotomia esplorativa. Guarigione. — Questa donna da circa tre anni si era accorta di disturbi nello stomaco, e quando entrò in clinica si riscontrava un'epitelioma grosso come un pugno in corrispondenza della regione pilorica. Fatta la laparotomia esplorativa, avendo riscontrato delle glandole infiltrate, chiusi l'addome. In otto giorni la ferita del ventre era guarita.

Osservazione n. 107. — Rabaglia Luciano, di anni 64, di Gattatico. Epitelioma dello stomaco. Non curato. — Da quasi quattro mesi aveva dei disturbi da parte dello stomaco. Potei riscontrare trattarsi di un epitelioma, e consigliai l'operazione che accettata dal paziente non fu voluta dalla famiglia, alla quale non ne avevo nascosti i pericoli, e che aveva creduto sufficiente il miglioramento avvenuto con qualche lavanda gastrica.

Osservazione n. 108. — Patana Giovanni, di anni 59, di Castelnuovo di sotto. Epitelioma dello stomaco e cardias. Laparotomia esplorativa e fissazione dello stomaco. Guarigione. — Quest'individuo era ammalato da circa tre anni e si rilevava la presenza di un'epitelioma dello stomaco. Non apparivano sintomi di restringimento degli orifici. Feci la laparotomia esplorativa, e verificai che il tumore era troppo diffuso alle pareti dello stomaco per poterlo estirpare. Siccome però la diffusione era maggiore verso il cardias pensai di fissare lo stomaco all'ottavo spazio intercostale come nel primo tempo della gastrostomia, perchè se un giorno venisse la necessità di una bocca stomacale, la prima parte è più importante dell'atto operativo fosse compiuta. Lasciò la clinica guarito dell'operazione subita, e attraverso la ferita corrispondente all'ottavo spazio intercostale lo consigliai di mantenere un poco di garza, perchè non avvenisse la cicatrizzazione.

Osservazione n. 109. — Giovannelli Angelo, di anni 45, di Varsi. Epitelioma dello stomaco diffuso al fegato. Laparotomia esplorativa. Guarigione. — Quest'uomo solo da tre mesi accennava a disturbi dello stomaco, che facevano diagnosticare un epitelioma. Infatti con la laparotomia riscontrai esser vera questa diagnosi, ma nel tempo stesso riscontrai che vi era diffusione al fegato, per cui mi astenni da qualsiasi atto operativo. Non feci la gastro-enterostomia perchè constatai che il piloro era abbastanza diffuso. Guarigione in pochi giorni della laparotomia esplorativa.

Osservazione n. 110. — Coppi Angela, di anni 67, di Vigatto. Epitelioma ed ascesso del pancreas. Laparotomia esplorativa. Guarigione. — Era un voluminoso tumore che dava dei dolori fortissimi, e che diagnosticai per epitelioma del pancreas diffuso al piloro. Praticai la laparotomia esplorativa per accertarmene, e constatai l'assurdità dell'estirpazione per le sue radici profonde e per la sua grande vascolarizzazione. La donna guarì della laparotomia. Morta dopo circa due mesi, si potè constatare

come esisteva pili-flebite, e da ciò ascessi multipli, uno dei quali del pancreas, che ne aveva distrutto quasi tutto il parenchima. I forti dolori erano prodotti dalla compressione sul plesso nervoso.

Osservazione n. 111. — Tanzi Maria, di anni 50, di Parma. Epitelioma della mammella destra. Estirpazione della mammella e vuotamento del cavo ascellare. Guarigione. — Era un voluminoso epitelioma che datava da tre mesi. Fu estirpato e vuotato anche il cavo ascellare. Nessun drenaggio. Guarigione completa in dieci giorni.

Osservazione n. 112. — Dallay Marianna, di anni 60, di Torrile. Epitelioma della mammella destra. Estirpazione della mammella e vuotamento del cavo ascellare. Guarigione. — Il tumore, già ulcerato, grosso quanto un limone, era cominciato a svilupparsi quattro mesi prima. Le glandole ascellari erano solo da poco infiltrate. Feci l'amputazione della mammella e vuotai il cavo ascellare; nessun drenaggio. Riunione di prima intenzione e guarigione completa in dodici giorni.

Osservazione n. 113. — G... G..., di anni 57, di M... Epitelioma della mammella sinistra e delle glandole ascellari. Amputazione di mammella e vuotamento dell'ascella. Guarigione. — Era un tumore voluminoso ed ulcerato, stato ritenuto da altri inoperabile. Dopo quattro mesi dall'operazione la cicatrice si mantiene perfetta.

Osservazione n. 114. — Migliazzi Marianna, di anni 56, di Collecchio. Epitelioma della mammella sinistra. Estirpazione e vuotamento del cavo ascellare. Guarigione. — Era un tumore abbastanza voluminoso, che datava da cinque mesi. Le glandole ascellari erano infiltrate. Feci l'estirpazione completa della mammella, e vuotai il cavo ascellare. La riunione della ferita non fu possibile ottenerla per prima completamente, essendo rimasto allo scoperto per l'estensione di un pezzo da cinque lire. Guarigione completa.

Osservazione n. 115. — Buggiani Adelaide, di anni 48, massaja, di Noceto. Epitelioma alla regione mammaria di sinistra. Estirpazione. Guarigione. — Era un epitelioma recidivato: era stato operato tre anni prima. La recidiva era in corrispondenza del pettorale e si estendeva molto profondamente. Con l'estirpazione anche questa volta fu potuto ottenere la guarigione.

Osservazione n. 116. — Lottici Rosa, di anni 67, di Trecasali. Epitelioma della mammella sinistra. Estirpazione e vuotamento del cavo ascellare. Guarigione. — Era un epitelioma di discreto volume, che aveva esordito due anni prima. Le glandole ascellari erano già infiltrate. Estirpazione completa. Nessun drenaggio. Guarigione per prima intenzione.

Osservazione n. 117. — Grassi Annunziata, di anni 60, di Lesignano dei Bagni. Epitelioma ed ipertrofia delle mammelle. Amputazione delle mammelle e vuotamento del cavo ascellare. Guarigione. — Questa donna era ammalata da circa sei mesi, ed aveva un epitelioma ad ambedue le mammelle. Vi era vizio cardiaco. Estirpai da prima la sola mammella di sinistra, in quanto che la larga breccia fatta e il vizio cardiaco consigliavano di non prolungare di più le manovre, e rimettere invece il secondo atto operativo ad altro momento più opportuno. La mammella estirpata, già dissanguata pesava chili 4,500. La breccia che ne risultò era enorme, e quindi moltissimi i punti di sutura. Posi un piccolo drenaggio in basso. Ottenni una guarigione per prima intenzione. Dopo alcuni mesi si ripresentò per il secondo atto operativo. La seconda mammella pesava cinque chilogrammi. Anche qui ottenni la guarigione completa.

Osservazione n. 118. — Baccacci Maria, di anni 50, di Noceto. Epitelioma del-

l'utero e della vagina. Non curata. — Era un epiteliooma che comprendeva il labbro posteriore dell'utero, e si estendeva a tutto il formice posteriore della vagina. Era già ulcerato, e da ciò fenomeni peritonitici. Non venne operata. Alla necroscopia fu constatata l'esattezza della diagnosi.

VI.

ERNIE E MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE.

Osservazione n. 119. — Tosi Emilio, di anni 32, contadino, di Ronco. Ernia crurale sciolta a destra. Cura radicale col processo del TRUCOMI. Guarigione. — Ernia che datava da tre anni, grossa come una noce, stata sempre mal contenuta con un cattivissimo cinto. Cura radicale alla TRUCOMI con sutura a tre piani con seta. Guarigione completa.

Osservazione n. 120. — I. V. C., di anni 27. Ernia crurale (entéro-epiplocele), ed ernia della vescica. Cura radicale alla TRUCOMI. Guarigione. — Operata da altro chirurgo per cura radicale di ernia crurale, avvenne recidiva. Chiamato a vedere quest'ammalata consigliai un secondo atto operativo, che infatti eseguii. Inciso il sacco, trovai dell'intestino e dell'omento: ridussi l'uno e l'altro, escisi il sacco e poi feci la sutura del canale crurale come consiglia il TRUCOMI. Ma in alto, e giust'appunto in corrispondenza del ligamento rotondo, riscontrai una borsa, veduta anche già dal primo operatore, che aveva prese delle aderenze con le parti vicine; costatai questa non essere che una porzione di vescica, la quale facendosi erniosa spostava l'utero in un grado abbastanza forte. Dissecata lentamente questa borsa la introdussi in cavità, sbrigliando l'apertura da cui usciva, e si sentì subito che avveniva la riduzione dello spostamento uterino. Sutura poi il foro da cui usciva la vescica, e spostando il ligamento rotondo appunto come fa il BASSINI nell'ernia inguinale. La guarigione fu completa e perfetta.

Osservazione n. 121. — Conni Angelo, di anni 57, di Fiorenzuola. Ernia inguinale a destra, strangolata. Erniotomia ed enterorafia. Guarigione. — Era un voluminosissimo oscheocele: nello scroto vi era un metro e mezzo d'intestino. L'ernia non era mai stata contenuta. Trovai una rottura dell'intestino per circa due centimetri, limitata alla sierosa e muscolare: enterorafia alla LAMBERT. Guarigione completa.

Osservazione n. 122. — Avanzi Macedonio, di anni 24, contadino, di Vigheffio. Ernia inguinale destra strangolata. Erniotomia e cura radicale alla BASSINI. Guarigione. — Era ernioso da dodici anni, ed aveva sempre contenuta la sua ernia con un cinto. Era strangolata da circa ventiquatt'ore quando entrò in clinica. Fatta l'erniotomia praticai la cura radicale alla BASSINI. Esecuzione di omento, estirpazione del sacco, sutura con seta. Nessun drenaggio. Guarigione completa in quattordici giorni.

Osservazione n. 123. — B.... Giosuè, di anni 52, di Poviglio. Ernia inguinale destra strangolata. Erniotomia e resezione dell'omento. Guarigione. — Erniosio da molti anni, non aveva mai contenuta l'ernia. Lo strangolamento datava da due giorni. Fatta l'erniotomia, trovai l'intestino molto maltrattato, ed anco l'omento, per cui dovei reseccare grande porzione di questo, e non feci la cura radicale. Guarigione completa in quattordici giorni.

Osservazione n. 124. — Quartaroli Giuseppe, di anni 40, di Roncopascolo. Ernia

inguinale a sinistra e a destra strangolate. Doppia erniotomia, enterorafia e cura radicale. Guarigione. — Quest'individuo entrò in clinica con un'ernia inguinale a sinistra strangolata, e che datava da cinque anni. Lo strangolamento datava da due giorni. L'intestino era in cattive condizioni, ed anzi vi era un'ulcerazione, per cui detti tre punti di enterorafia. Praticai la cura radicale dell'ernia alla BASSINI, escidendo il sacco e l'omento. Sutura con seta. La guarigione fu completa. Rifiutò allora di farsi operare a destra per la cura radicale dell'ernia, ma dopo sette giorni rientrò con quest'ernia pure strangolata. Era singolare il caso, perchè vi era un doppio sacco, ed il testicolo era fornito di un cordone molto breve, ed era quasi atrofico. Anche qui feci oltre l'erniotomia, la cura radicale alla BASSINI ed ebbi guarigione completa.

Osservazione n. 125. — Abretti Achille, di anni 24, di Varni. Ernia inguinale sinistra strangolata e gangrenata con gangrena del testicolo e dello scroto. Erniotomia con orchioectomia, ed escisione dello scroto. Resezione dell'omento e di 55 centimetri d'intestino tenue. Enterorafia. Guarigione. — Questo individuo giunse in clinica dopo sette giorni che l'ernia era strangolata ed erano stati fatti molteplici tentativi di taxis. Aveva dovuto subire un viaggio di quasi cinquanta miglia nei primi giorni del gennaio. Tutte condizioni che fanno comprendere la gravità della situazione, e come dovessero essere ridotte le parti, e come dovessi ricorrere a demolizioni estese. Malgrado che nulla sperassi, potei ottenere una guarigione completa. L'intestino funziona perfettamente. Devo avvertire che la ferita dello scroto dovei medicarla a piatto, perchè non credei opportuno fidarmi con quei tessuti gangrenati di far la riunione. La sutura venne eseguita alla LEMBERT, ed a due piani.

Osservazione n. 126. — Pavesi Giuseppe, di anni 25. Ernia inguinale destra libera. Cura radicale alla BASSINI. Guarigione. — In questa si trattava di una piccola ernia acquisita durante il servizio militare. Non fu mai contenuta da cinto. Detta ernia non conteneva che una piccola porzione di omento che venne ridotta. Il sacco fu esciso previa legatura con seta. Le suture furono pure fatte con la seta, seguendo il processo del BASSINI: e trattandosi di individuo a pareti addominali fiolesce si credè conveniente suturare al disotto del cordone anche l'aponevrosi del grande obliquo. Guarigione completa in giorni undici.

Osservazione n. 127. — B... N... di anni 62, di Parma. Ernia inguinale a destra, Cura radicale alla BASSINI. Guarigione. — Ernia acquisita, dopo uno sforzo, stata sempre contenuta. Cura radicale: escisione di omento, e del sacco: sutura con seta a punti staccati, nessun drenaggio. Guarigione completa.

Osservazione n. 128. — Grassi Cesare, di anni 25, di Cesole. — Ernia inguinale a destra, sciolta. Cura radicale alla BASSINI. Guarigione. — Quest'ernia inguino-scrotale datava da dodici anni, ed era prodotta da uno sforzo; mai contenuta; anello inguinale ampio. Cura radicale alla BASSINI, escisione dell'omento e del sacco, sutura con seta a punti staccati, a tre piani, nessun drenaggio. Lascia la clinica perfettamente guarito dopo undici giorni.

Osservazione n. 129. — Penazzi Gaetano, di anni 27, contadino, di Viadana. Ernia inguinale a destra, sciolta. Cura radicale alla BASSINI. Guarigione. — Questo giovanotto era stato operato l'anno decorso, ma in seguito ad uno sforzo la cicatrice profonda si era un poco divaricata, e quindi protendeva di tanto in tanto una piccola porzione di omento, per cui praticai una seconda operazione alla BASSINI, escidendo ancora dell'omento. Sutura con seta e nessun drenaggio. Guarigione.

Osservazione n. 130. — Melioli Florindo, di anni 28, di Mezzani. Ernia inguinale

destra sciolta. Cura radicale alla BASSINI. Guarigione. — Ernioso da sei anni, non aveva mai contenuto la sua ernia. Esportazione di omento e del sacco. Sutura con seta. Guarigione completa in dodici giorni.

Osservazione n. 131. — Frazzi Aldino, di anni 16, di Treccasali. Ernia inguinale sciolta a destra, ed atrofia del testicolo. Cura radicale dell'ernia alla BASSINI. Guarigione. — Questo giovinetto fu ricoverato in clinica due volte: la prima rimase solo tre giorni, perchè gli sopraggiunse la scarlattina, e doveti inviarlo nelle sale dell'ospedale. Dopo due mesi e mezzo ritornò ed allora l'operai col processo del BASSINI, e procurai nel tempo stesso di togliere alcune aderenze al testicolo, e farlo discendere. Sutura con seta, escisione del sacco. Nessun drenaggio. La guarigione fu completa e rapidamente ottenuta.

Osservazione n. 132. — Nicoli Enrico, di anni 39, di Galese. Ernia inguinale destra, sciolta. Cura radicale alla BASSINI. Guarigione. — Era ernioso da più di venti anni, ed aveva portato il cinto solo di rado. Praticai la cura radicale secondo le solite norme, con ottimo risultato.

Osservazione n. 133. — Pettenati Luigi, di anni 33, fuochista, di Parma. Ernia inguinale sciolta a destra. Cura radicale alla BASSINI. Guarigione. — Era un'ernia congenita del cieco. Fu molto difficile isolare ed escidere il sacco. Nessun drenaggio. Guarigione completa.

Osservazione n. 134. — Lanzi Antonio, di anni 49, di Parma. Ernia inguinale destra, sciolta, dell'intestino e vescica. Cura radicale dell'ernia (BASSINI e cistorrafia). Guarigione. — Quest'individuo venne all'ospedale per voluminosa ernia intasata, che in grande parte fu potuta ridurre. Persuaso a subire la cura radicale dell'ernia, trovai molte aderenze, ed entro il sacco una porzione di vescica aderentissima. Essendo stata escisa fu fatta la cistorrafia a tre piani. Sutura con seta: escisione del sacco e dell'omento. Nessun drenaggio. Guarigione completa di prima intenzione.

Osservazione n. 135. — Serafini Saffo, di anni 26, di Torino. Ernia inguinale sinistra sciolta. Cura radicale alla BASSINI. Guarigione. — Era stata operata l'anno precedente, ma essendo incinta, nella distensione dell'addome per la gravidanza, e gli sforzi del parto, si ebbe recidiva. Sutura con seta, escisione del sacco. Guarigione completa.

Osservazione n. 136. — Giordani Roberto, di anni 21, facchino, di Parma. Ernia inguinale a sinistra sciolta (obliqua esterna). Cura radicale alla BASSINI. Guarigione. — Ernioso da un anno e mezzo a causa di uno sforzo, tenne il cinto per un mese circa. Escisione del sacco, ed estirpazione dell'omento. Sutura con seta, a punti staccati profondamente, e continua superficialmente. Guarigione completa.

Osservazione n. 137. — Aimi Pietro, di anni 20, di Colorno. Ernia sciolta a sinistra. Cura radicale alla BASSINI. Guarigione. — Ernia congenita non stata mai contenuta. Escisione di grande massa di omento e del sacco. Sutura con seta a punti staccati. Nessun drenaggio. Guarigione completa.

Osservazione n. 138. — Savini Giovanni, di anni 36, di Vigatto. Ernia inguinale a sini tra sciolta (entero-epiplo-cistocèle). Cura radicale dell'ernia. Cistorrafia. Guarigione. — A quanto narra l'infermo sarebbe ernioso da due anni; l'ernia non fu mai contenuta. Dolente. Nel fare la cura radicale dell'ernia trovai una porzione di vescica aderente al sacco. Feci la cistorrafia a tre piani. Cura radicale alla BASSINI con escisione di omento e del sacco. Sutura con seta, nessun drenaggio. Guarigione completa in quindici giorni.

Osservazione n. 139. — Calafà Arturo, di anni 13, fabbro, di Parma. Occlusione

intestinale da torsione dell'S iliaca, e peritonite consecutiva. Morte. — Questo ragazzo fu raccolto in clinica dopo due giorni che era nell'ospedale e che presentava fenomeni di occlusione intestinale. Le maggiori probabilità erano che si trattasse di intasamento intestinale o di torsione di un'ansa: ma quest'ultima condizione pareva la meno probabile di tutte, in quanto mancava il segno dato dal WAHL, e cioè la non uniformità della distensione delle anse intestinali. D'altra parte per ammettere la torsione dell'S iliaca, ingannava il fatto che una sonda esofagea molle si poteva fare entrare intieramente nel tubo intestinale, e facendo degli enteroclistmi oleosi si poteva introdurre discreta quantità di liquido, e si aveva poi emissione di fecce disfatte e anche di gas. Per questo fatto, ed anche per la presenza di peritonite, credei prudente di non intervenire chirurgicamente subito. Alla necropsopia però venne dimostrato che si aveva a che fare con una torsione dell'S iliaca, che datava da molto tempo; che permetteva però il passaggio di liquidi, e da ciò l'errore; che chiazze necrotiche erano lungo il decorso dell'intestino stesso; che esisteva peritonite plasticopurulenta. L'intervento chirurgico sarebbe stato opportuno, ma a patto di resecare una estesa porzione di intestino.

Osservazione n. 110. — Vernizzi Quirino, di anni 44, di Brescello. Ulcera del piloro. Lavaggio dello stomaco. Miglioramento. È da due mesi che cominciarono i primi disturbi in quest'individuo che aveva abusato di vino e di tabacco durante la sua vita. Non vi erano sintomi gravi di restringimento, e perciò non feci alcun atto operativo, riservandomi di farlo al momento opportuno, giacchè tengo il paziente in osservazione continua. Con il lavaggio dello stomaco si ebbe lieve miglioramento.

Osservazione n. 111. — Battoli Orazio, di anni 30, di Varsi. Ulcera tubercolare dello stomaco. Lavaggio. Miglioramento. — Questo giovanotto mi fu mandato col sospetto di un restringimento esofageo, ma potei constatare che non esisteva. Credo che avesse una lesione della colonna vertebrale ed ulcera tubercolare dello stomaco. Esisteva anche tubercolosi polmonare. Venne allora inviato in un servizio medico.

Osservazione n. 112. — Monica Domenica, di anni 44, di Parma. Disturbi dell'apparato gastro-enterico. Laparotomia esplorativa. Guarigione. — Questa donna mi venne inviata da un servizio medico perchè facessi una laparotomia esplorativa, allo scopo di verificare da che dipendessero taluni disturbi dell'apparato gastro-enterico, che in alcuni momenti facevano sospettare la presenza di un tumore. Trovai nulla di speciale, e credo che tutto dipendesse da disturbi nervosi. La guarigione dell'atto operativo fu completa; dopo di che rinviati la paziente nelle sale dell'ospedale.

Osservazione n. 113. — Re Virginio, di anni 25, di Mamiano. Restringimento del piloro da cicatrice di ulcera rotonda. Piloroplastica (HEINECKE-MIKULICZ). Guarigione. — Questo individuo venne passato dalla clinica medica con la diagnosi già accennata. Erano quattro anni da che erano cominciati i primi disturbi. Adesso si erano esacerbati moltissimo, e più che tutto vi era il dimagrimento ed il vomito continuo dopo una o due ore dall'aver preso il cibo. Erano state fatte ripetutamente delle lavande gastriche. Praticai la piloroplastica, e potei riscontrare la sede dell'ulcera cicatrizzata. Con la divisione sarebbero avvenute delle lacerazioni. Cominciò a migliorare subito: scomparve affatto il vomito, aumentò di peso, tanto che dopo ventisei giorni era cresciuto di un chilo e mezzo. La guarigione fu completa e rapidamente ottenuta.

Osservazione n. 114. — Roatti Cirillo, di anni 46, di Brescello. Stenosi pilorica da cicatrice di ulcera rotonda. Piloroplastica (HEINECKE-MICKULICZ). Morte. — Questo uomo venne passato in clinica da un servizio di medicina con la diagnosi di stenosi

pilorica da cicatrice di ulcera rotonda, e perchè facessi la piloroplastica. I disturbi erano gravi e datavano da circa tre anni. Vi erano pure condizioni non buone da parte degli intestini. Feci la piloroplastica alla HEINECKE con incisione delle pareti addominali in senso trasversale. Lo stomaco, piloro e duodeno furono incisi per circa sei centimetri. Il restringimento non permetteva il passaggio della punta di un dito. Tutto procedè regolarmente per cinque giorni, quando sopraggiunse forte diarrea: all'ottavo giorno dolori gravi, vomito e dopo poche ore la morte. Alla necropsopia fu trovato che la ferita addominale e dello stomaco erano riunite, quest'ultima teneva benissimo. Vi era peritonite all'inizio, e la morte non si può spiegare che per l'insieme delle condizioni anche dell'apparato intestinale, essendovi stata pure diarrea sanguigna.

Osservazione n. 145. — Coscia Giuseppina, di anni 2 $\frac{1}{2}$, di Parma. Prolasso del retto. Riduzione e fasciatura compressiva. Guarigione.

Osservazione n. 146. — Alfieri Adalgisa, di anni 25, di Parma. Ragadi all'ano. Divulsione anale. Guarigione. — Datavano da oltre un anno, ed erano dolorosissime.

Osservazione n. 147. — Malpeli Carlo, di anni 27, di Langhirano. Fistola anale. Squarciamento e raschiamento. Guarigione. — Era completa e saliva molto in alto.

Osservazione n. 148. — Campanini Luigi, di anni 19, di Parma. Fistola anale completa. Squarciamento. Guarigione. — La fistola era la conseguenza di un ascesso prodottosi un anno prima. Con lo squarciamento la guarigione fu completa.

VII.

MALATTIE DEGLI ORGANI GENITO-ORINARI MASCHILI.

Osservazione n. 149. — Toscani Celino, di anni 15, di Fraore. Parafimosi. Sbrigliamento e riduzione. Guarigione.

Osservazione n. 150. — L... G..., di anni 30, di Carenta. Restringimenti uretrali. Uretrotomia interna. Guarigione. — Erano tre restringimenti gravissimi, stati dichiarati incurabili da altri. Potei praticare l'uretrotomia interna, mercè lo strumento del CORRADI, con ottimo risultato.

Osservazione n. 151. — C... G..., di Cagliari, di anni 32. Restringimento uretrale. Uretrotomia interna. Guarigione. — Era un restringimento valvolare dell'uretra membranosa, già stato operato con la divulsione da altro chirurgo.

Osservazione n. 152. Borchini Enrico, di anni 47, di Parma. Restringimento uretrale. Uretrotomia interna. Guarigione. — Era ammalato da quasi un anno, ma da due mesi esisteva anche grave cistite catarrale. Feci l'uretrotomia interna con ottimo risultato, e poi con lavacri al sublimato in vescica potei ottenere la guarigione della cistite. In questo caso mi si ruppe la minugia del MAISONNEUVE in corrispondenza della ghiera, ma con un litotritore mi riuscì di ripescarla subito.

Osservazione n. 153. — S... G..., di Montecchio, di anni 37. Restringimenti uretrali multipli e fistole urinarie. Uretrotomia interna ed uretro-plastica. Guarigione. — Questo individuo era già stato operato da altri. Aveva tre restringimenti, e due sini fistolosi: uno al perineo, ed uno in corrispondenza della porzione retta dell'uretra. Mi riuscì praticare l'uretrotomia interna, e porre una siringa a permanenza. Per la fistola della porzione spungiosa dell'uretra, cruentai, e creai due lembetti che suturai. In tal modo potei ottenere la guarigione completa.

Osservazione n. 154. — Lumini Paolo, di anni 54, di Redondesco. Restringimento uretrale e corpo estraneo in vescica. Uretrotomia interna. Guarigione. — Quest'individuo, che altre due volte era stato operato fuori di Parma di uretrotomia, aveva un doppio restringimento uretrale, che non permetteva il passaggio che di una candelletta del N. 4 filiera Francese. Sondandosi da se, questa (di cellulosa) si era rotta quasi a metà. Io praticai la uretrotomia interna, appena venne in clinica, e poi cercai di estrarre la siringa: ma questa si rompeva, e ne estraevo solo dei pezzetti. Sospese le manovre, questa venne espulsa spontaneamente per l'uretra dilatata. Guarigione completa.

Osservazione n. 155. — Rossetti Luigi, di anni 45, di Colorno. Ipertrofia della prostrata e ragadi all'ano. Cauterizzazione della prostrata e divulsione anale. Guarigione. — La malattia datava da quasi un anno, ma da circa sei mesi i fenomeni di iscuria si erano fatti molto gravi, ed anche all'ano erano vivi i dolori. Feci la cauterizzazione della prostata alla BOTTINI per un minuto e mezzo e la divulsione dell'ano. La siringa a permanenza la tenni per quattro giorni. Guarigione completa.

Osservazione n. 156. — Ruffi Eugenio, di anni 10. Cistite catarrale. Lavaggio. Guarigione. — Questo bambino era stato operato da altro chirurgo di cistotomia, e venne in clinica con disturbi e catarro vescicale, che con il lavaggio con acido borico poté essere vinto.

Osservazione n. 157. — Lottici Guglielmo, di anni 9, di Valera. Calcolo vescicale. Cistotomia perineale. Guarigione. — Questo ragazzo aveva sofferto molte volte di disturbi dell'apparato urinario, e più specialmente da parte del rene di sinistra; ma transitori, e quindi non fu mai pensato dai genitori di farlo curare. Improvvisamente però, nel giorno precedente a quello che fu condotto in clinica, sopraggiunsero dolori violenti alla verga ed alla vescica, ed impossibilità assoluta ad urinare. Visitato, si riscontrava un tumore vescicale che giungeva all'ombelico, e palpando nella regione perineale si sentiva un calcolo impegnato nell'uretra membranosa, che formava ostacolo all'emissione dell'orina. Tentai l'estrazione per la via uretrale, ma non vi riuscii, perchè non potevo aprire le branche della pinza per afferrarlo; ed anzi nelle manovre venne respinto in vescica. Praticai subito la cistotomia perineale col metodo lateralizzato, ed estraesi un calcolo di acido urico ed urati, durissimo, grosso come un fagiuolo, del peso di cinque grammi. Guarigione completa in otto giorni.

Osservazione n. 158. — Paccini Giuseppe, di anni 12, di Gattatico. Calcolo vescicale. Cistotomia perineale. Guarigione. — Era più di un anno, da che erano cominciati i primi disturbi. Il calcolo era grosso e duro (formato di acido urico ed urati, del volume di una noce, pesava diciassette grammi). Cistotomia perineale col metodo lateralizzato. Comincia ad urinare dalle vie naturali al terzo giorno. Guarigione completa.

Osservazione n. 159. — Schianchi Ernesto, di anni 28, di Lesignano Palmia. Fistola anale completa, e tubercolosi del rene destro. Squarciamento e sutura della fistola (guarigione). Nefrite. Morte. — Quest'individuo, allorchè si presentò in clinica aveva una fistola anale completa, che squarciata e suturata guarì. Ma nel tempo stesso si lamentava di un dolore molto forte e continuo alla regione lombare di destra e che si estendeva in basso. Alla palpazione si sentiva il rene di destra aumentato assai di volume, dolente alla pressione. Le urine erano torbide: peso specifico 1023, reazione alcalina, conteneva diversa copia di albumina. All'esame microscopico si osservavano globuli purulenti e qualche corpuscolo rosso: cellule di

epitelio vescicale; cellule dell'epitelio e cilindri renali. All'esame batteriologico si trovava la presenza del bacillo di Koch, insieme ad altre forme di micrococchi. Costatato che il rene sinistro era sano, e si aveva limitato il processo tubercolare solo al rene destro, consigliai la nefrectomia, che fu accettata. Prescelsi il metodo lombare, perchè mi sembrava che da una breccia in quella regione potesse uscire il rene; ma invece l'impresa fu molto ardua, tanto che con immensa difficoltà potei porre profondamente dei lacci, i quali non furono sufficienti e quindi si ebbe emorragia abbastanza copiosa. Nel bacinetto del rene esisteva un calcolo a forma rettangolare, con un angolo assai sporgente, con i lati maggiori lunghi un centimetro. Appunto per la difficoltà del porre i lacci, l'atto operativo riuscì alquanto lungo; e quindi a causa dell'emorragia, e della cloroformizzazione il paziente dopo tre ore dall'operazione morì. Alla necropsia si trovarono circa cento grammi di sangue nerastro raccolto nel piccolo bacino, ove era entrato per imbibizione, giacchè il peritoneo fu riscontrato integro. Venne pure veduto che l'arteria renale si divideva non appena nata dall'aorta, e quindi per questo i lacci man mano che venivano posti non erano sufficienti ad impedire l'emorragia, e di lì la necessità di lunghe manovre per porre dei nuovi. È fuori di dubbio che con una breccia più ampia, quale si sarebbe avuta col metodo transperitoneale si avrebbero potuto ovviare molte di queste difficoltà ed inconvenienti causa dell'esito disgraziato. La diagnosi era esatta in ogni suo particolare.

Osservazione n. 160. — Sacchi Giuseppe, di anni 27, di Fiorenzuola d'Arda. Idrocele acuto della vaginale del testicolo da epididimite blenorragica. Puntura. Guarigione. — Era un idrocele voluminosissimo, per cui mi decisi a pungerlo nel periodo acuto dell'orchite. Recidivò, ed allora punsi di nuovo, e lasciai attraverso il foro fatto dal trequarti una treccia di catgut. Guarigione completa.

Osservazione n. 161. — Bocchi Clodoveo, di Mezzano, di anni 60. Idrocele della vaginale del testicolo. Puntura. Guarigione. — Feci la sola puntura, perchè non volle subire altra operazione più radicale.

Osservazione n. 162. — Dall'Aglio Emilio, di anni 39, di Praticello. Idrocele. Puntura ed iniezione con tintura di iodio. Guarigione.

Osservazione n. 163. — Basetti Isidoro, di anni 50, di Parma. Idrocele della vaginale del testicolo destro. Puntura ed iniezione con tintura di iodio allungata. Guarigione.

Osservazione n. 164. — Musa Paolo, di anni 6, di Soragna. Idrocele della vaginale del testicolo. Operazione alla VOLKMANN-JULLIARD. Guarigione. — Feci la sutura tutta con seta; guarigione in soli dieci giorni.

Osservazione n. 165. — Cacciamani Adolfo, di anni 24, calzolaio, di Vigatto. Idrocele della vaginale del testicolo destro. Cura radicale alla VOLKMANN-JULLIARD. Guarigione. — Datava da molti anni, ma non aveva raggiunto un grande volume. Feci lo squarciamento, e suturai a tre piani con seta; nessun drenaggio. Riunione e guarigione completa e perfetta in dieci giorni.

Osservazione n. 166. — Nasi Ferdinando, di anni 60, di Carignano. Idrocele della vaginale del testicolo. Squarciamento alla VOLKMANN-JULLIARD. Guarigione. — Era un idrocele voluminoso, con la vaginale molto ispessita, e che datava da due anni. Guarigione completa e rapida.

Osservazione n. 167. — Casoni Carlo, di anni 12, di Mareo. Idrocele congenito della vaginale a destra, con ampia dilatazione dell'anello inguinale esterno. Cura radicale dell'idrocele alla VOLKMANN-JULLIARD, e sutura del canale inguinale alla

BASSINI. Guarigione. — Questo ragazzo aveva un idrocele abbastanza voluminoso, il quale da tre anni era considerevolmente aumentato. Siccome l'anello inguinale esterno era tanto dilatato da permettere con facilità l'introduzione di un dito, pensai, fatto lo squarciamento dell'idrocele, di creare un nuovo canale inguinale alla BASSINI per allontanare il pericolo di un'ernia inguinale. Sutura con seta, a punti staccati profondamente e superficialmente; ed a punti continui negli altri strati. Nessun drenaggio. Guarigione completa e perfetta con riunione di prima intenzione.

Osservazione n. 168. — G. . . A. . ., di anni 14, di Montecchio. Ectopia del testicolo. Fissazione nello scroto. Guarigione. — Il testicolo era entro il canale inguinale e dolente per la compressione: che subiva. Lo liberai dalle aderenze che esistevano, isolai il cordone, e per quanto potei lo feci discendere in basso, fissandolo allo scroto. In quanto al canale inguinale aperto, lo trattai insieme al cordone come nella cura radicale dell'ernia alla BASSINI. Guarigione completa: il testicolo rimase in buona posizione.

Osservazione n. 169. — Ceriati Angiolo, di anni 17, di Cangelasio. Granuloma del testicolo. Decorticazione. Guarigione. — Questo giovinetto erano circa sei mesi che aveva voluto crescere lentamente il testicolo sinistro, senza causa nota, e senza dolori vivi. Era, quando entrò in clinica, il doppio del normale, bitorzoluto, specialmente verso l'epididimo. Esclusa la possibilità di un tumore, sebbene non ci fossero dati per ammettere un sifiloma, vollen provare la cura specifica per dieci giorni, ed usando in particolar modo l'ioduro di potassio ad alte dosi; ma inutilmente. Ammesso trattarsi di un granuloma, mi decisi a fare la decorticazione; che, eseguita, e riscontrata giusta la diagnosi, sortì un buonissimo esito.

Osservazione n. 170. — Bonassi Massimiliano, di anni 28, muratore, di Vigatto. Tubercolosi del testicolo destro. Orchioectomia. Guarigione. — Il testicolo era ammalato da circa quattro mesi. Siccome però vi era il dubbio che potesse trattarsi di un testicolo sifilitico, fu fatta per dieci giorni la cura specifica con iniezioni intramuscolari di sublimato ed ioduro di potassio a forti dosi per uso interno. Il risultato essendo stato negativo, praticai l'orchioectomia, ed ottenni la guarigione completa. Nel testicolo estirpato si trovarono le più manifeste alterazioni tubercolari tanto microscopiche che batteriologiche. La lesione era primitiva del testicolo.

VIII.

MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-ORINARIO FEMMINILE.

Osservazione n. 171. — Mellini Angela, di anni 25, contadina, di Suzzara. Reni mobili. Doppia nefrorrafia. Guarigione. — Questa giovine da varii anni soffriva di gravi disturbi a causa di reni mobili: ma da due anni dolori e disturbi erano immensamente cresciuti. I due reni erano spostabilissimi. Praticai le due nefrorrafie alla HAHN in due volte. Nel suturare procurai di dare i punti profondamente in modo che comprendessero il tessuto renale. Detti otto punti per ogni rene. La guarigione fu completa e scomparvero tutti i disturbi.

Osservazione n. 172. — Azzoni Stefana, di anni 67, contadina, di Casalmaggiore. Calcolo vescicale. Cistotomia vaginale. Guarigione. — Era un calcolo di fosfati, grosso come una noce del peso di dodici grammi, che datava da circa tre anni, e che aveva prodotto una cistite abbastanza grave. Feci l'estrazione del calcolo col taglio va-

ginale, e suturai la breccia con cinque punti, che attecchirono completamente. Durante il tempo che fu in clinica praticai anche delle lavande boriche in vescica; ed uscì l'inferma in ottime condizioni.

Osservazione n. 173. — Mordacci Carolina, di anni 22, di Cortile San Martino. Ovarite. Non curata. — Appena entrata in clinica, per circostanze di famiglia dovè partire.

Osservazione n. 174. — Romanini Ferdinanda, di anni 24, di Dosolo. Prolasso dell'utero. Colporrafia. Guarigione. — Era un grave prolasso. Feci la colporrafia anteriore e posteriore alla WINKEL, ed ebbi un ottimo risultato.

Osservazione n. 175. — Mori Ortensia, di anni 22, di Poviglio. Fistola vaginoretinale. Non curata. — Era un caso grave; ma non volle lasciarsi operare.

IX.

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO

Osservazione n. 176. — Grossi Dequamencita, di anni 5, di Gattatico. Meningite cerebrale. Trapanazione del cranio. Guarigione. — Questo è un caso interessantissimo. La bambina, bene sviluppata, vispa, sanissima, che già parlava, all'età di due anni fu colta da un processo di meningite molto grave. Da quel momento comparvero le convulsioni e non parlò più altro che con suoni inarticolati. Fu dal medico curata ripetutamente e con vari mezzi, ma senza alcun buon risultato. Venne allora portata in clinica e vi fu tenuta in osservazione per un tempo molto lungo. Le convulsioni erano frequentissime. Supposi che qualche aderenza, qualche lesione dovesse essere in corrispondenza del piede della terza circonvoluzione cerebrale di sinistra, perchè in questo sol modo poteva spiegarmi la perdita della parola. Proposi ed eseguii la craniectomia con lo scalpello, in corrispondenza della terza circonvoluzione cerebrale, servendomi per ritrovarla delle misurazioni col metodo di BROCA e del D'ANTONA. Queste ultime mi corrisposero perfettamente. La breccia fatta corrisponde a un pezzo da cinque franchi. Incisi la dura madre e staccai una briglia. Dopo l'atto operativo le convulsioni durarono ancora per tre o quattro giorni gravi; poi la bambina migliorò. È appena un mese che è operata e non posso nè voglio dare un giudizio definitivo. Le parti molli le suturai al secondo giorno. Riunione di prima intenzione. La parola guarigione si riferisce solo all'atto operativo.

Osservazione n. 177. — Camillini Dante, di anni 14, di Paradigna. Epilessia. Non curato. — Non venne creduto conveniente trapanare, non essendovi localizzazione nei fenomeni.

Osservazione n. 178. — Pattini Corinna, di anni 23, nubile, di Roccabianca. Istero-epilessia. Ovarioectomia doppia. Guarigione. — Questa ragazza venne inviata in clinica dalla Direzione del manicomio di Colorno, in quanto accolta in quello Stabilimento per istero-epilessia fin dal 1889 aveva avuto, mercè convenienti cure un qualche miglioramento, ma più tardi la malattia si era notevolmente aggravata. Ora per la violenza del male, in quanto gli accessi epilettici erano forti e ripetuti nel corso della giornata, ed esistevano lesioni psichiche e perchè il male stesso era stato ribelle fino a quel momento a qualsiasi trattamento, si consigliava la castrazione. Aggiungerò che questa ragazza era stata, oltre che nel manicomio, ricoverata per molto tempo anche nell'ospedale. Di più accennava a dolori vivissimi in corrispon-

denza delle regioni craniche. Irrequieta, cattiva, dedita all'onanismo. Eseguì la doppia ooforectomia e dal lato operativo ottenni rapida e completa guarigione. In quanto all'istero-epilessia posso affermare che questa ragazza, rimasta ventisette giorni in clinica ebbe degli accessi lievi solo tre volte, e ci costituisce un considerevole miglioramento. Avrei voluto tenerla più lungo tempo in osservazione, ma la sua cattiveria che la faceva molestare ed ingiuriare tutte le altre malate mi costrinse ad inviarla nelle sale dell'ospedale ed ora è di nuovo al manicomio. In quanto alle ovaie, trovai la destra piccola, ma normale, e la sinistra con degenerazione cistica.

Osservazione n. 179. — Ruggeri Enrichetta, di anni 14, di Parma. Torcicollo da paralisi infantile. Elettività ed apparecchi inamovibili. Guarigione.

Osservazione n. 180. — Rossi Alessandro, di anni 48, di Gaiano. Ischialgia. Tintura di iodio e iniezioni di morfina. Guarigione. — Era stato mandato in clinica col sospetto che si trattasse di una lesione ossea, ma fu riscontrato trattarsi di una ischialgia.

X.

MALATTIE VARIE.

Osservazione n. 181. — Mellini Malavia, di anni 12. Ipertrofia della tonsilla sinistra. Tonsillotomia. Guarigione.

Osservazione n. 182. — Saccani Ettore, di anni 7, di Parma. Crup laringeo. Tracheotomia. Guarigione. — Esistevano quando fu operato, anche fenomeni di catarro bronchiale. La canula fu tolta al settimo giorno. In tredici giorni la guarigione era completa.

Osservazione n. 183. — Monica Romilda, di anni 47, di Parma. Anemia splenica ed ipertrofia della milza. Non curata. — Questa donna da molti anni era ammalata; aveva anemia con disturbi gravissimi. La milza aveva raggiunto il volume di una testa di adulto, abbastanza mobile, tanto che si poteva calcolare avesse il diametro longitudinale di 34 centimetri ed il trasverso di 29. Sarebbe stato il caso di fare la splenectomia, che però fu rifiutata dall'inferma.

Osservazione n. 184. — Capelli Icilio, di anni 14, di Parma. Ascenso mastoideo da otite media. Trapanazione della mastoide. Guarigione. — Questo giovinetto soffriva di otite da diverso tempo: ma l'ascenso mastoideo si era prodotto soltanto da tre settimane. I dolori erano fortissimi. Trapanata la mastoide molto estesamente, la guarigione fu rapidamente ottenuta.

Osservazione n. 185. — Bosi Cipriano, di anni 19, di Parma. Ascenso mastoideo da otite media. Trapanazione della mastoide. Guarigione. — Questo giovinotto era stato operato un anno prima per ascenso mastoideo ed era guarito: ma una grave otite ad esso dava luogo a fuoriuscita di pus dall'orecchio e nel tempo stesso si formava un nuovo ascesso, per cui dovei trapanare la mastoide e zaffare. Guarigione completa.

Osservazione n. 186. — Fornaciari Guglielmo, di anni 18, di Parma. Empiema a sinistra con fistola bronchiale. Toracentesi con resezione di costa. Guarigione. — Questo giovinotto proveniva dalla clinica medica, ove era stato ricoverato per una pleurite che datava da più di due mesi, e consecutivo pitorace. Esisteva pure una fistola bronchiale. La sacca ascessuale era ampia tanto da contenere quasi due litri

di pus; ed era stata punta due volte, una con poca utilità, in quanto che il pus si riformava subito non potendosi fare lavaggi a causa della fistola bronchiale. Passato nella mia clinica incisi ampiamente in corrispondenza dell'ottavo spazio intercostale, e resecai porzione della settima costa; con una cuccchiola raschiai il cavo ascessuale, e poi zaffai. Il cavo ascessuale stesso a poco a poco si ridusse, e potei ottenere una buona guarigione.

Osservazione n. 187. — Vallara Marcellina, di anni 24, di Gainago. Ascesso pelvico a destra. Oncotomia. Guarigione. — Questa donna, che aveva partorito circa venti mesi prima, cominciò allora a vedersi ingrossate le glandole inguinali, ma solo da un mese si accorse di una tumefazione nella fossa iliaca, di dolore e di ostacolo nei movimenti. Ricoverata in clinica fu constatato esistere un voluminosissimo ascesso. Feci l'oncotomia, ed uscirono quasi tre litri di pus. Potei poi farmi strada in basso e praticare una controapertura nella coscia, dove misi un drenaggio. La guarigione fu completa e rapidamente ottenuta.

Osservazione n. 188. — Baldi Giuseppa, di anni 28, di Fontevivo. Pelvi-peritonite suppurata a sinistra. Oncotomia. Guarigione. — Questa giovine che aveva partorito quattro volte, nell'ultimo parto, dopo di essersi sgravata, ebbe infezione puerperale. Si formarono allora degli essudati a sinistra, e poi un ascesso profondo, che si fece strada attraverso la vescica, giacchè esisteva ulcerazione di questa, tanto che, di tanto in tanto, si aveva fuoriuscita di urina mista a pus. Passata nella clinica chirurgica da quella medica, a traverso quelle masse indurite potei penetrare profondamente, e trovare la raccolta purulenta. Zaffai dopo di averla vuotata. A poco a poco non si ebbe più fuoriuscita di pus. Le masse indurite si ridussero ed ottenni la guarigione completa.

Osservazione n. 189. — Carra Ermenegildo, di anni 44, di Parma. Ascessi multipli alla coscia sinistra. Setticcoemia. Squarciamenti multipli. Amputazione di coscia. Morte. — Questo individuo era ammalato da più di quattro mesi. Aveva molteplici ascessi, scollamenti ed ulcersi alla coscia, febbre setticcoemica. Volevo amputare, come unica risorsa; ma per più di un mese rifiutò, e quando acconsentì era troppo tardi, e quindi morì per setticcoemia.

Osservazione n. 190. — Baistrocchi Rosa, di anni 4, di Parma. Ascessi tubercolari multipli. Squarciamento e scuocchiamento. Guarigione. — Da circa quindici mesi erano cominciate tutte queste manifestazioni tubercolari, dovute in parte a peristiti, ed in parte ad adeniti tubercolari. Uscendo dalla clinica guarita, fu consigliato di continuare nella cura generale ricostituente.

Osservazione n. 191. — Manici Margherita, di anni 22, di Calestano. Lupus della faccia. Non curata. — Fu presa per esercizio di diagnosi, e poi inviata in clinica dermosifilopatica.

Osservazione n. 192. — Grassi Euridice, di anni 21, di Parma. Adeniti tubercolari all'ascella destra. Estirpazione. Guarigione. — Erano delle grandi masse, che si internavano nel cavo ascellare e sotto la clavicola. Vennero estirpate e si ottenne la guarigione per prima intenzione.

Osservazione n. 193. — Begli Albertina, di anni 24, bustata, di Parma. Adeniti tubercolari multiple al collo. Estirpazione. Guarigione. — Erano ventisei grossissime glandole fra destra e sinistra, profondamente situate, e talune nella fossa sopra-clavicolare. In due volte le estirpai completamente. Zaffamento e sutura in secondo tempo. Guarigione completa e perfetta.

Osservazione n. 194. — Battioni Albertina, di anni 6, di Parma. Adeniti tuber-

colari multiple al collo. Estirpazione. Guarigione. — Questa bambina, oltre le adeniti aveva anche degli ascessi multipli, che furono squarciati e scucchiati. Guarigione anche di questi.

Osservazione n. 195. — Ranieri Dirce, di anni 10, di Parma. Adeniti tubercolari multiple al collo. Estirpazione. Guarigione. — Questa bambina fu due volte in clinica per essere operata in due differenti epoche di varie adeniti tubercolari al collo. Venne inviata poi ai bagni di Salsomaggiore.

Osservazione n. 196. — Ricci Giovanni Giuseppe, di anni 22, di Campegine. Adeniti tubercolari multiple al collo. Estirpazione. Guarigione. — Era circa due anni che il processo morboso si era iniziato, ed ormai erano molte e voluminose le glandole ammalate. La estirpazione fu assai difficile, perchè erano aderenti. Guarigione.

Osservazione n. 197. — Beatrizzotti Innocente, di anni 5, di Parma. Adeniti tubercolari multiple al collo. Estirpazione. Guarigione. — Erano delle grosse glandole, diffuse a tutto il collo, superficiali e profonde.

Osservazione n. 198. — Bocchini Ermelindo, di anni 21, di Designano dei Bagni. Linfomi tubercolari multipli al collo. Estirpazione. Guarigione. — Erano linfomi grossi, multipli, e dalle due parti del collo. Furono estirpati completamente in due tempi. Sutura secondaria e nessun drenaggio. Cura interna con jodiformio. Guarigione.

Osservazione n. 199. — Falini Merope, di anni 9, di Fornovo. Adeniti tubercolari multiple al collo. Estirpazione. Guarigione. — Questa bambina era stata operata un'altra volta per adeniti tubercolari. Adesso due nuove pleiadi si erano formate, una a destra ed a sinistra; in parte suppurate ed altre no. Le estirpai, poi zaffai. Guarigione completa.

Osservazione n. 200. — B... V..., di anni 21, di San Ilario. Adeniti tubercolari multiple al collo. Estirpazione. Guarigione. — Erano numerose glandole che datavano da circa un anno, e che si facevano strada anche nella fossa sopraclavicolare. Ottenni una completa guarigione.

Osservazione n. 201. — Tagliavini Luigia, di anni 66, di Traversetolo. Peritonite tubercolare. Laparotomia e lavaggio. Guarigione. — Questa donna fu ricoverata in clinica per un rettocele, ma intanto aveva febbre, dolori al ventre, ascite. Ricontraì una grave peritonite tubercolare, tanto che pensai di provvedere a questa, anzichè all'altra affezione. Praticai la laparotomia, e trovai tutto il peritoneo parietale e viscerale disseminato da noduli tubercolari. Asportai una piccola porzione di peritoneo per gli esami microscopici, che confermarono la diagnosi da me fatta. Lavai con sette litri di soluzione al timol. La febbre scomparve, l'ascite non ricomparve, i dolori cessarono. Guarita, rinviati la malata, non parendomi conveniente provvedere con atti operativi al rettocele, e perchè le condizioni generali non erano tali da permettere altri atti operativi.

Osservazione n. 202. — Carrani Giovanni, di anni 42, di Cortile San Martino. Entero-peritonite tubercolare. Laparotomia e lavaggio. Guarigione. Quest'uomo era ammalato da circa sei mesi, quando venne ricoverato in clinica. I sintomi della peritonite tubercolare con ascite erano dei più manifesti. Febbre continua. Ricorsi alla laparotomia con lavaggio fatto con soluzione al timol (acqua grammi 900, alcool grammi 100, timol grammi 1). Ne feci passare sei litri nel cavo addominale. Ne erano usciti tre litri. La febbre scomparve, le condizioni generali migliorarono, e l'ascite non ricomparve più. Sono quasi sei mesi dalla fatta operazione e continua

a star bene. Devo notare che dopo l'operazione per alcuni giorni si verificò edema agli arti inferiori, che mercè alcune fasciature compressive, scomparve del tutto.

Osservazione n. 203. — Melegari Lucia, di anni 56, di Sorbolo. Disturbi epatici. Laparotomia esplorativa. Guarigione. — Questa donna mi venne inviata perchè praticassi la laparotomia esplorativa, allo scopo di riscontrare a che erano dovuti taluni gravi disturbi gastrici, che facevano sospettare la presenza di un tumore. Trovai lo stomaco sano, ed il supposto tumore non era che l'ala sinistra del fegato ripiegata su sè stessa, in quanto per una certa zona il parenchima epatico era distrutto e non esisteva che tessuto connettivale. La donna partì dopo due settimane guarita dell'operazione e molto migliorata nelle sue condizioni.

Osservazione n. 204. — Cappelli Ermelinda, di anni 36, di Mezzano Inferiore. Ulceri da varici alla gamba sinistra. Raschiamento. Guarigione. — Quasi tutta la gamba era ulcerata, e le ulcere, che datavano da circa tre anni, erano ricoperte da fungosità. Raschiai queste ulcere in modo da convertirle in piaghe, e dopo, con medicature adatte e fasciature compressive, in un mese e mezzo ottenni la completa guarigione.

Osservazione n. 205. — Dall'Asta Alberto, di anni 9, di Boretto. Sindactilia. Distacco delle dita e plastica. Guarigione. — Questo bambino fino dalla nascita aveva riunione del quarto col quinto dito di ambedue le mani. La unione era di secondo grado. A destra, i tessuti che esistevano fra le due dita unite bastavano per ricoprire le superficie eruentate; a sinistra invece rimase una piccola porzione dell'anulare scoperta, che cicatrizzò per granulazione. Guarigione perfetta.

Osservazione n. 206. — Zilioli Luigi, di anni 54, di Basilicanuova. Verruca al labbro superiore di destra. Estirpazione. Guarigione.

Osservazione n. 207. — Abbelli Anite, di anni 4, di Parma. Corpo estraneo dell'orecchio (fagiuolo). Estrazione. Guarigione.

Osservazione n. 208. — Brianti Antonio, di anni 24, conciapelli, di Parma. Pustola maligna all'avambraccio destro. Sbrigliamento, cauterizzazione e medicatura umida al sublimato corrosivo. — Era al suo inizio.

Osservazione n. 209. — N. N., di anni 50. Ganglio alla mano destra. Puntura e schiacciamento. Guarigione. — Con uno spillo punsi e sfregai fortemente, e poi schiacciai.

RIASSUNTO DEI CASI OCCORSI IN CLINICA

nell'anno 1891-1892

I. — PROCESSI FLOGISTICI, N. 17.

Ascesso alla testa e faccia	N. 2	Flemmoni	N. 3
» al collo	» 2	Parotiti	» 1
» all'ascella	» 1	Mastiti	» 2
» alla fossa iliaca	» 1	Adeniti	» 4
» alla regione perianale	» 1		

II. — LESIONI TRAUMATICHE, N. 2. •

Contusioni	N. 1	Cicatrice deformante	N. 1
----------------------	------	--------------------------------	------

III. — MALATTIE DELLE OSSA, N. 15.

Pseudoartrosi	N. 2	Tubercolosi ossea	N. 2
Periostite suppurativa	» 3	Osteo-aneurisma della tibia	» 1
Ascessi tubercolari	» 7		

IV. — MALATTIE DELLE ARTICOLAZIONI, N. 38.

Lussazione e frattura della colonna vertebrale	N. 1	Sinovite iperplastica del ginocchio	N. 1
Lussazione della spalla	» 1	Tubercolosi vertebrale	» 7
Borsa prerotulea	» 1	Osteo-artrite tubercolare della mano	» 1
Ginocchia valghe	» 5	Osteo-artrite tubercolare del gomito	» 4
Contrattura artrogenetica	» 1	Coxo-tubercolosi	» 3
Anchilosi angolare	» 1	Idrope tubercolare del ginocchio	» 1
Artrite purulenta	» 1	Osteo-artrite tubercolare del piede	» 2
		Osteo-artrite tuberc. del ginocchio	» 8

V. — TUMORI, N. 45.

Polipi naso-faringei	N. 3	Igroma	» 1
Papilloma delle tonsille	» 1	Cistoma	» 9
Ateroma	» 1	Sarcoma	» 2
Lipoma	» 1	Epitelioma	» 24
Fibroma	» 3		

VI. — ERNIE E MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, N. 30.

Ernia crurale sciolta	N. 2	Restringimento cicatriziale del pi-	
» inguinale strangolata	» 5	loro	N. 2
» » sciolta	» 13	Prolasso del retto	» 1
Oclusione intestinale	» 1	Ragadi anali	» 1
Malattie di stomaco varie	» 3	Fistole anali	» 2

VII. — MALATTIE DELL'APPARATO GENITO URINARIO-MASCHILE, N. 22.

Parafimosi	N. 1	Calcolo vescicale	» 2
Restringimenti uretrali	» 3	Tubercolosi renale e fistola anale	» 1
Restring. uretr. e fistole urinari	» 1	Idrocele della vaginale	» 8
Restring. uretr. e corpo estraneo		Ectopia del testicolo	» 1
in vescica	« 1	Granuloma del testicolo	» 1
Ipertrofia della prostrata	» 1	Tubercolosi del testicolo	» 1
Cistite catarrale	» 1		

VIII. — MALATTIE DELL'APPARATO GENITO URINARIO FEMMINILE, N. 5.

Rene mobile	N. 1	Prolasso dell'utero	N. 1
Calcolo vescicale	» 1	Fistola vagino-rettale	» 1
Ovarite	» 1		

IX. — MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, N. 5.

Menengite cerebrale	N. 1	Paralisi infantile	» 1
Epilessia	» 2	Ischialgia	» 1

X. — MALATTIE VARIE, N. 29.

Ipertrofie delle tonsille	N. 1	Peritoniti tubercolari	N. 2
Croup	» 1	Disturbi epatici	» 1
Anemia splenica	» 1	Ulceri alla gamba	» 1
Ascesso mastoideo	» 2	Sindactilia	» 1
Empiema	» 1	Verruca al labbro	» 1
Pelvi-peritonite	» 2	Corpo estraneo dell'orecchio	» 1
Ascessi multipli tubercolari	» 2	Pustola maligna	» 1
Lupus	» 1	Ganglio della mano	» 1
Adeniti tubercolari	» 9		

PROSPETTO DEGLI ATTI OPERATIVI
eseguiti nell'anno scolastico 1891-92.

Cloroformizzazioni	N. 267
Anestesia locali	» 34
Apparecchi inamovibili	» 199
Corsetti di Sayre	» 20

	GUARIGIONI	MORTI	MIGLIORATI	IN CURA
	Numero	Num.	Num.	Num.
Operazioni secondarie d'ambulatorio.	123	—	—	—
Squarciamiento di ascessi, flemmoni, oncotomie.	21	—	—	—
Vuotamento e raschiatura di ascessi tubercolari.	5	1	—	1
Riduzione di lussazioni - dell'arto superiore.	1	—	—	—
Vuotamento e trapanazione delle ossa	del cranio	4	—	—
	della mastoide	2	—	—
	dello sterno	1	—	—
	delle coste	2	—	—
Resezioni parziali o totali	delle vertebre	—	—	1
	dell'arto superiore	1	—	—
Resezioni parziali o totali	dell'arto inferiore	6	—	1
	delle coste	1	—	—
	del gomito	4	—	—
Resezioni parziali o totali	dell'anca	1	—	—
	del ginocchio	3	—	—
	della tibia	2	—	—
Operazione di Estlander	1	—	—	1
Artrotomia del ginocchio	—	—	1	—
Artroctomia semplice o con vuotamento delle ossa	del pugno	1	—	—
	del ginocchio	3	—	—
Riduzione di deviazioni delle articolazioni	3	—	—	—
Osteotomia - del femore	5	—	—	—
Amputazioni della coscia	—	1	—	1
Schiacciamento di igrumi	2	—	—	—
Strappamento di polipi nasali	3	—	—	—
<i>Da riportare N.</i>	195	2	3	3

		QUARIGIONI	MORTI	MIGLIORATI	IN CURA	
		Numero	Num.	Num.	Num.	
<i>Riporto N.</i>		195	2	3	3	
Estirpazione di tumori	della testa	1	—	—	—	
	della faccia	9	—	—	—	
	del collo	11	—	—	—	
	dell'amam- } con vuotamento dell'ascella nella } senza id. id.	8	—	—	—	
	delle pareti addominali	1	—	—	—	
Plastiche	del tronco	3	—	—	—	
	dell'arto inferiore	1	—	—	—	
	della faccia	7	—	—	—	
Tracheotomia	di altre regioni del corpo	1	—	—	—	
	a scopo diagnostico	5	—	—	—	
Laparotomie	per peritonite tubercolare	2	—	—	—	
	per tumori dell'ovaia	4	—	—	—	
Tonsillotomia	. . . . .	2	—	—	—
Estirpazione	della lingua	1	—	—	—	
	del rene	—	1	—	—	
	dei testicoli	3	—	—	—	
Operazione della fistola anale	. . . . .	3	—	—	—
	semplice	2	—	—	—	
Ernie	Erniotomia } con enterorafia } con resezione intestinale ed omento	2	—	—	—	
		2	—	—	—	
		18	—	—	—	
Pilorooplastica	Cura radicale	1	1	—	—	
Gastrostomia	. . . . .	4	—	—	—
Cateterismo esofageo	. . . . .	12	—	—	—
Operazioni sui reni	. . . . .	2	—	—	—
	. . . . .	7	—	—	—
Cateterismo	del- } a scopo diagnostico. uretrale } evacuativo	3	—	—	—	
		l'uomo } a scopo } con iniezioni vescicali curativo } senza id. id.	42	—	—	—
			25	—	—	—
Restringim. uretrali	Uretrotomia } interna	5	—	—	—	
Cauterizzazione della prostata	. . . . .	1	—	—	—
	. . . . .	1	—	—	—
Calcoli vescicali	Cistotomia } cisto vaginale perineale	2	—	—	—	
		2	—	—	—	
Operazioni varie sugli organi genito-urinari maschili e femminili	. . . . .	6	—	—	—
	. . . . .	3	—	—	—
Idrocele	Puntura } semplice con incisione	2	—	—	—	
		4	—	—	—	
Operazioni varie	Squarciamento alla Volkmann	9	—	1	—	
TOTALE N.		412	4	4	3	

PROSPETTO RIASSUNTIVO per l'anno scolastico 1890-91

MALATI DELLA CLINICA	Numero degli ammalati		TOTALE	NUM. DELLE OPERAZ. PRINC.	NUM. BELLE OPERAZ. SECON.	APPARECCHI INAMOVIBILI	ANESTESIA COLLA COCAINA	CLOROFORMIZZAZIONE	ESITO							
	Uomini	Donne							(GUARIGIONI)	MORTI	Miglioramenti	Stabiliti nell'osp.	Non curati	Non curati	STATI IN CURA	KIARATI IN CURA	GIORNATE DI SPEDAL.
Processi flogistici	13	4	17	10	7	4	11	6	17	—	—	—	—	—	—	44
Lesioni traumatiche	1	1	2	1	—	2	—	1	2	—	—	—	—	—	—	25
Malattie delle ossa	6	9	15	14	—	32	—	20	13	—	—	1	—	—	—	452
Malattie delle articolazioni	16	22	38	33	1	100	5	46	25	1	6	1	2	—	3	1423
Tumori	20	26	46	49	—	—	10	39	41	—	1	—	4	—	—	779
Ernie e malattie dell'apparato digerente	25	5	30	32	14	—	4	36	26	2	2	—	—	—	—	502
Malattie dell'apparato genito-urinario maschile	22	—	22	26	77	—	7	22	21	1	—	—	—	—	—	276
Malattie dell'apparato genito-urinario femminile	—	5	5	4	—	—	—	4	3	—	—	—	2	—	—	118
Malattie del sistema nervoso	2	3	5	2	—	—	—	3	4	—	—	—	—	1	—	110
Malattie varie	11	18	29	30	—	—	4	50	26	1	—	—	2	—	—	674
Malati della Clinica	116	93	209	201	99	144	41	197	178	5	10	1	11	1	3	4403
Malati dell'ambulatorio	222	192	416	—	125	75	23	70	327	—	32	—	10	22	25	—
TOTALE N.	340	285	625	201	222	219	64	277	505	5	42	1	21	23	28	4403

III.

PROSPETTO DEGLI ATTI OPERATIVI

eseguiti dal dicembre 1882 al giugno 1892.

Cloroformizzazioni	N.	1649
Anestesia locali	»	333
Apparecchi inamovibili	»	1634
Corsetti di Sayre	»	96

		GUARIGIONI	MORTI	MIGLIORATI	IN CURA
		Numero	Num.	Num.	Num.
Estrazioni di denti per malattie della bocca		89	—	—	—
Squarciamenti di ascessi, flemmoni, oncotomie		361	—	2	—
Vuotamento e raschiatura di ascessi tubercolari		84	1	4	2
Puntura lavaggio ed iniezioni per raccolte purulente		34	2	11	—
Iniezioni alla Albert		1	—	—	—
Sutura di ferite ed enterorafia		36	—	—	—
Cateterismo della tuba Eustachiana ed operazione sull'orecchio		59	—	—	—
Riduzione della testa		1	—	—	—
Riduzione del tronco		12	—	—	—
di frattura dell'arto superiore		52	—	—	—
dell'arto inferiore		41	—	—	1
Riduzione dell'arto superiore		8	—	—	1
di lussazioni dell'arto inferiore		6	—	—	—
del cranio		13	—	2	—
Vuotamento della mastoide		12	—	—	—
e dello sterno		7	—	—	—
trapanazione delle coste		17	—	—	—
delle vertebre		4	—	2	—
delle ossa dell'arto superiore		12	—	—	—
dell'arto inferiore		58	—	4	1
del mascellare } superiore		11	1	—	—
inferiore		12	—	—	—
della clavicola		4	—	—	—
Resezioni dello sterno		1	—	—	—
delle coste		6	—	—	—
parziali della spalla		2	—	—	—
o del gomito		11	—	—	—
del pugno e mani		3	—	—	—
totali dell'anca		6	3	—	1
del ginocchio		13	—	1	2
del piede		1	—	—	3
della tibia		2	—	—	—
<i>Da riportare N.</i>		979	7	26	11

		GUARIGIONI	MORTI	MIGLIORATI	IN CURA
		Numero	Num.	Num.	Num.
<i>Riporto N.</i>		979	7	26	11
Operazione	dell'empiema	5	1	7	—
	di Estlander	4	—	3	—
Artrotomia	della mascella	2	—	—	—
	del pugno	1	—	—	—
	dell'anca	1	—	—	—
	del ginocchio	18	1	1	—
Artroectomia	del piede	1	—	2	1
	semplice del gomito	2	—	—	—
o con	del pugno	3	—	—	—
	vuotamento dell'anca	2	—	—	—
delle ossa	del ginocchio	21	1	2	—
	Riduzione delle ossa	6	—	—	—
di deviazioni	delle articolazioni	37	—	2	—
Osteoclastia	manuale	4	—	—	—
Osteotomia	del femore	8	—	—	—
	parziali della mano	3	—	—	—
Amputazioni	dell'avambraccio	4	1	—	—
	del braccio	4	1	—	—
	parziali del piede	2	—	—	—
	della gamba	11	2	—	—
	della coscia	25	9	—	1
Disarticolazioni	parziali della mano	17	—	—	—
	della spalla	1	—	—	—
	della mascella inferiore	1	—	—	—
Sequestro-	parziali del piede	5	—	—	—
	del piede	2	—	—	—
tomia	della coscia	1	—	—	—
	per causa traumatica	5	—	—	—
	per affezione cronica delle ossa	5	1	—	—
Isolamento	di vene varicose	1	—	—	—
Schacciamento	di igromi	14	—	—	—
Cura di angiomi	. . . . .	1	—	—	—
Vuotamento	di cistomi	3	—	—	—
Raschiamento	di tumori	1	—	—	—
Escisione	di tumori	8	—	—	—
Strappamento	di polipi nasali	23	—	—	—
	della testa	10	—	—	—
	della faccia	80	—	—	—
Estirpazione	del collo	44	1	1	—
	della } con vuotamento dell'ascella	38	—	—	1
	di } mammella } senza id id.	7	—	—	—
	tumori } delle pareti addominali	11	—	—	—
	del tronco	28	—	—	—
	dell'arto superiore	4	—	—	—
	dell'arto inferiore	13	—	1	—
<i>Da riportare N.</i>		1466	25	45	14

		GUARIGIONI	MORTI	MIGLIORATI	IN CURA
		Numero	Num.	Num.	Num.
<i>Riporto N.</i>		1466	25	45	14
Plastiche	della faccia	49	—	—	—
Trasfusione	di altre regioni del corpo	47	—	2	—
	di sangue	3	—	—	—
	a scopo diagnostico	8	—	—	—
Laparotomie	per peritonite tuberculare	9	—	—	—
	per occlusione intestinale	1	—	—	—
	per dello stomaco	1	2	—	—
	tumori dell'intestino ed omento	—	—	—	—
	della milza	—	1	—	—
Tonsillotomia	dei reni	1	—	—	—
	dell'utero	1	2	—	—
	dell'ovaia	15	—	—	—
Estirpazione	ed escisione dell'ugola	33	—	—	—
	della lingua	5	1	—	—
	della parotide	5	—	—	—
Labbro	della tiroide	4	2	—	—
	della laringe, faringe, ecc.	—	2	—	—
	del retto	5	1	—	—
leporino	dei testicoli	36	2	—	—
	dell'utero	4	4	—	—
Cecotomia	semplice	4	—	—	—
	doppio	2	—	—	—
Legatura di	complicato	4	—	—	—
	gola lupina	—	—	1	—
Operazione della fistola anale		1	—	—	—
Ernie	Legatura di arterie (carotide e radiale)	18	—	—	—
	riduzione con taxis	1	1	—	—
Ernie	Erniotomia	semplice	13	—	—
		con enterorafia	22	4	—
		con resezione intestinale ed omento	6	2	—
	Cura radicale	5	3	—	
Dilatazioni di restringimenti del retto	—	2	—	—	
Gastrotonia		54	—	—	—
Cateterismi esofagei per stenosi	3	—	—	—	
Piloroplastica	8	2	1	—	
Fistola vaginale	17	—	—	—	
Colotomia	2	1	3	—	
Rettotomia	2	—	—	—	
Operazioni ginecologiche diverse	2	—	—	—	
Tracheotomia	1	—	—	—	
Operazioni sui reni	9	8	1	—	
Cateterismo uretrale della donna	3	2	—	—	
		38	—	—	—
<i>Da riportare N.</i>		1927	69	53	14

		GUARIGIONI	MORTI	MIGLIORATI	IN CURA	
		Numero	Num.	Num.	Num.	
		1927	69	53	14	
		<i>Riporto N.</i>				
Cateterismo uretrale	del- l'uomo	a scopo diagnostico	71	—	—	
		evacuativo	321	—	—	
		a scopo curativo	228	—	—	
		{ con iniezioni vescicali	—	—	—	
		{ senza iniezioni vescicali	213	—	—	
Restringimento uretrali	Dilatazione graduata	. . . . .	2	—	—
		Uretrotomia	21	—	—	
		{ interna	6	1	1	
		{ esterna	4	1	—	
Cauterizzazione della prostata		. . . . .	6	1	—
Calcoli e tumori vescicali	Cistotomia	sopra pubica	5	1	—	
		» perineale	19	—	—	
		» cisto-vaginale	2	—	—	
Amputazione della verga		. . . . .	1	—	—
Operazioni varie sugli organi genito-urinari maschili e femminili		. . . . .	21	—	1
Idrocele	Puntura	semplice	12	—	—	
		con iniezione	6	—	—	
		Squarcamento alla Volkmann.	43	—	—	
Nevrectomie . . . . .		. . . . .	1	—	—
Stiramento di nervi . . . . .		. . . . .	5	—	1
Operazioni diverse . . . . .		. . . . .	72	—	—
Piccole operazioni di ambulatorio . . . . .		. . . . .	255	—	1
TOTALE N.			3240	72	57	14

PROSPETTO DEGLI AMMALATI
dal dicembre 1882 al 30 giugno 1892.

	Numero degli ammalati			GIORNATE DI SPEDALITÀ	(VANGIONI)	MORTI	MIGLIORATI	SCARGATI NEGL' OSPED.	NON CURATI	NON COSTATATI	IN CURA
	Uomini	Donne	TOTALE								
Malati della Clinica	1008	765	1773	37926	1319	80	109	32	143	5	55
Malati dell'ambulatorio	1442	1036	2478	—	1765	—	206	8	156	215	138
TOTALE N.	2450	1801	4251	37926	3114	80	315	40	299	220	183
Processi flogistici acuti	96	73	169	1724	161	2	2	—	3	—	1
Lesioni traumatiche	43	11	54	707	51	1	—	—	1	—	1
Malattie delle ossa	161	125	286	7253	233	6	12	9	11	1	17
Malattie delle articolazioni	159	151	310	10511	192	12	43	10	28	3	22
Tumori	175	214	389	6872	287	21	9	3	64	—	5
Emie e malattie dell'apparato digerente	96	38	134	2143	109	17	7	—	1	—	—
Malattie dell'apparato genito-urinario maschile	182	—	182	3264	150	5	10	4	11	—	2
Malattie dell'apparato genito-urinario femminile	—	48	48	1512	28	3	6	2	7	—	2
Malattie del sistema nervoso	10	12	22	544	11	1	2	1	4	1	2
Malattie vario	83	93	176	3395	127	12	18	3	13	—	3
TOTALE N.	1008	765	1773	37926	1319	80	109	32	143	5	55

Studenti carissimi!

E così ho terminato il mio Rendiconto, nel quale da prima ho cercato dimostrarvi su quali basi poggi la chirurgia moderna, e poi ho riassunto quello che abbiamo potuto osservare quest'anno ed anche in un decennio di Clinica. Non mi pare che sia un materiale da poco, e spero che Voi ne profitterete. Gli esempi che studiaste nella Scuola vi saranno poi di guida nella pratica, e quanto più la vostra osservazione sarà stata attenta ed accurata tanto minori titubanze avrete allorchè avrete la compiacenza di essere liberi di Voi, ma sentirete una responsabilità che pesa ed accascia. Studiate, osservate, raccogliete; e vi sentirete sempre più forti, e tranquilli. In quei giorni, siano essi di ansia o di calma, di disillusioni o di entusiasmo, ricordatevi di coloro che vi furono di guida e compagni nel lavoro, essendo pur certi che Essi non si dimenticheranno di Voi, come non si dimenticano le persone care, ed il cui bene si desidera.

Vivete felici e che la buona fortuna non vi abbandoni mai!

2830

