

BIBLIOTECA
LANCISIANA



SULLO SBRIGLIAMENTO

DELLA

ERNIA CRURALE STROZZATA

MEMORIA

PEL CONCORSO

ALLA CATTEDRA DI CLINICA E MEDICINA OPERATIVA

NELLA UNIVERSITA' DI TORINO

Del Dottor Collegiato

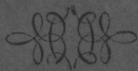
PIETRO ARATA

ASSISTENTE E PROFESSORE SUPPLENTE ALLE CLINICHE CHIRURGICHE

NELLA UNIVERSITA' DI GENOVA

INSEGNANTE LIBERO DI CHIRURGIA TEORICO-PRACTICA OPERATIVA

CHIRURGO PRINCIPALE ALL'OSPEDALE DI PAMMATO'E

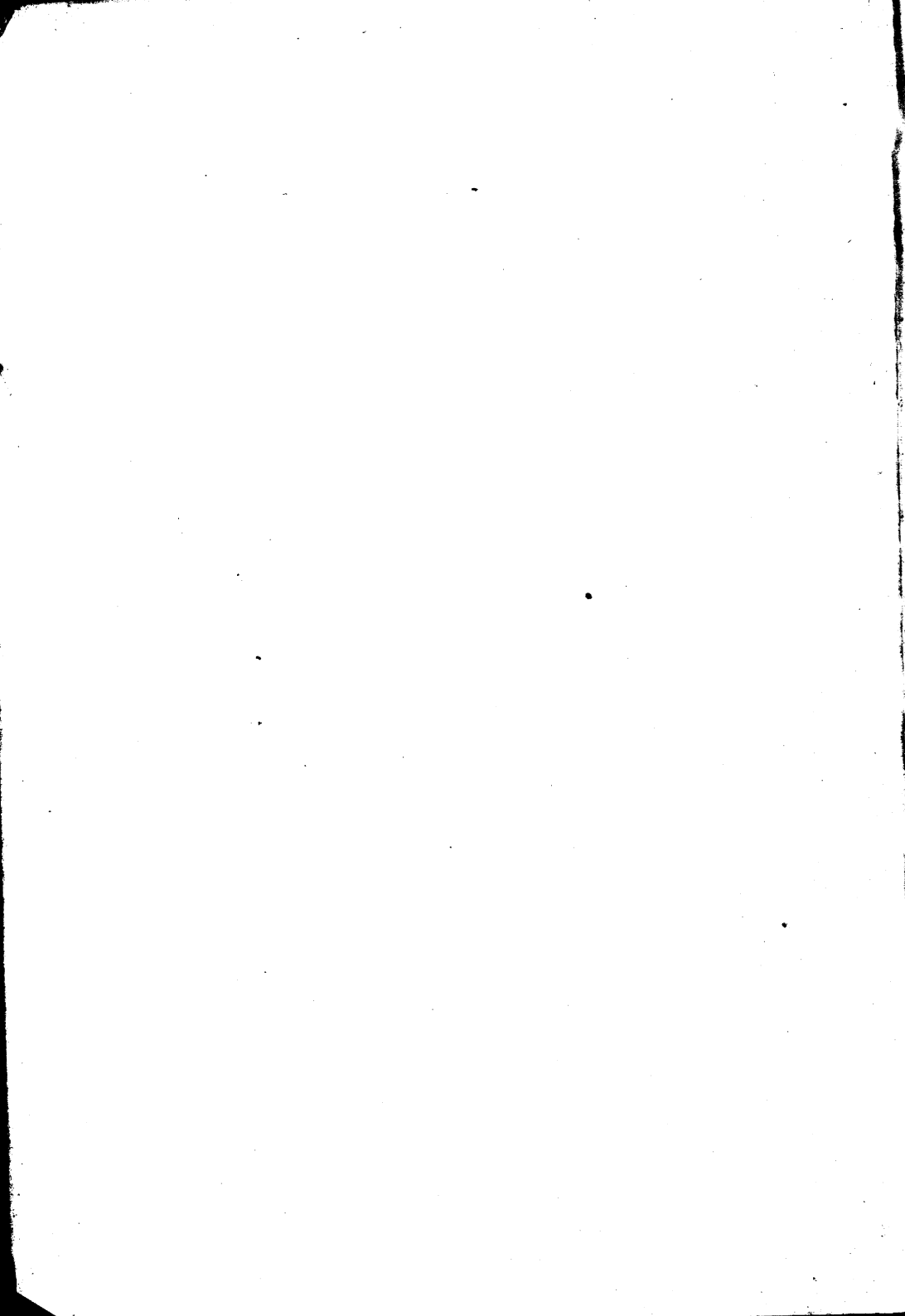


GENOVA

COI TIPI DELLA GAZZETTA DEI TRIBUNALI

1862





SULLO SBRIGLIAMENTO
DELLA
ERNIA CRURALE STROZZATA

MEMORIA

PEL CONCORSO

ALLA CATTEDRA DI CLINICA E MEDICINA OPERATIVA

NELLA UNIVERSITA' DI TORINO

Del Dottor Collegiato

PIETRO ARATA

ASSISTENTE E PROFESSORE SUPPLENTE ALLE CLINICHE CHIRURGICHE

NELLA UNIVERSITA' DI GENOVA

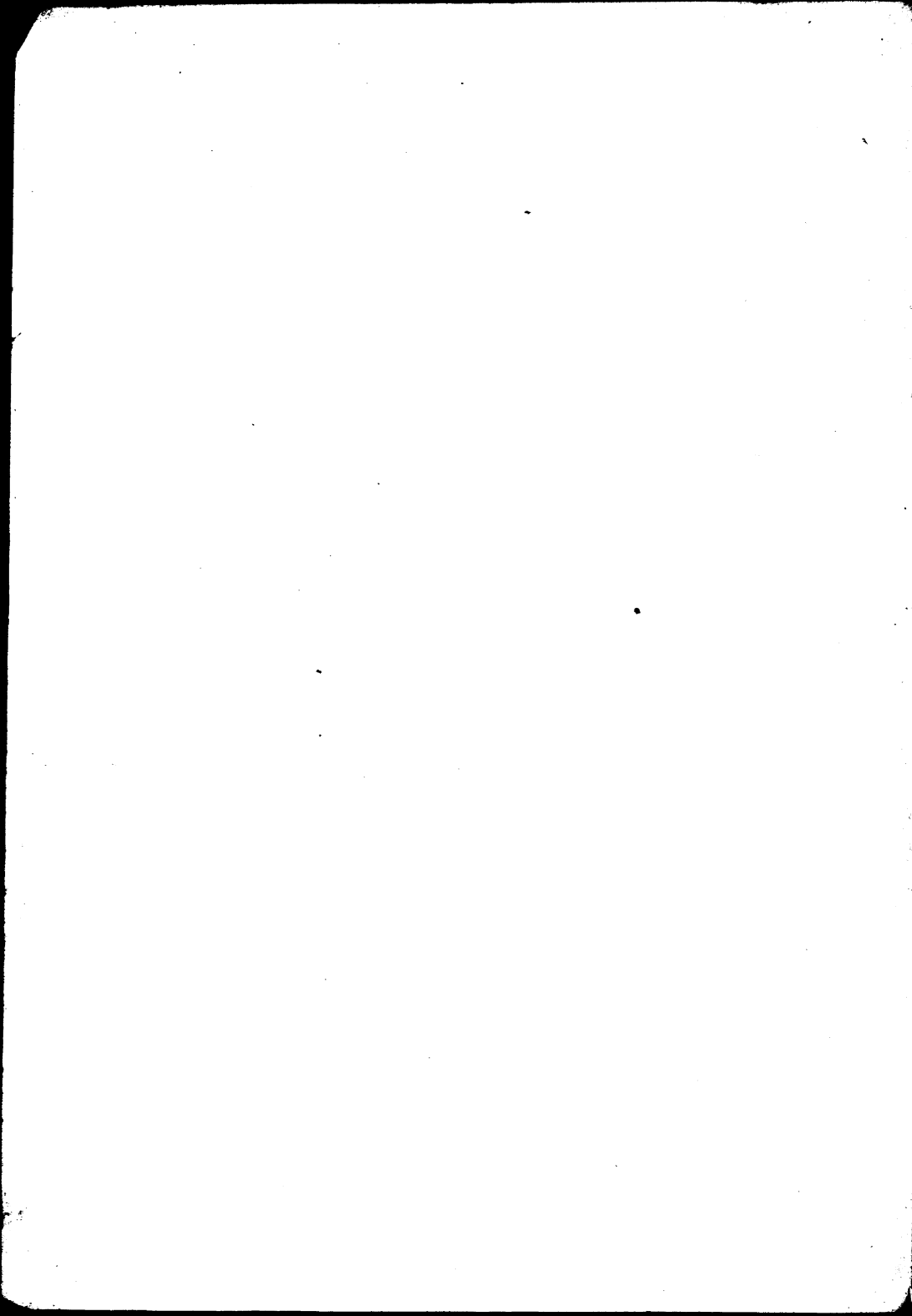
INSEGNANTE LIBERO DI CHIRURGIA TEORICO-PRATICA OPERATIVA

CHIRURGO PRINCIPALE ALL'OSPEDALE DI PAMMATONE



GENOVA
COI TIPI DELLA GAZZETTA DEI TRIBUNALI
1862





AI MIEI COMPETITORI



Non è a Voi come miei oppositori che io intendo indirizzare questa Memoria; la legge s'incarica di questo; ma è a Voi, come miei colleghi, ch'io mi pregio di offerirla, con quella affettuosa compiacenza che è secolare fra noi, di comunicarci a vicenda i frutti di quelle poche ore di studio che ci concede lo stentato esercizio del nostro ministero.

Sotto questo aspetto spero che Voi l'accetterete di buon grado.

La scelta dell'argomento per un solenne concorso come questo, certo non è stata cosa indifferente nè per Voi, nè per me. Io ho preferito trattare dello sbrigliamento dell'Ernia crurale:

1.º Perchè l'ho trovato di stretta pertinenza del Programma che è la Clinica e la Medicina Operativa.

2.^o *Perchè già aveva in pronto alcuni materiali raccolti su questo argomento e comunicati al Congresso Sanitario degli Ospedali di Genova in sua seduta del 15 Dicembre 1864.*

3.^o *Che per quanto mediocre potesse riuscire questo lavoro, Voi lo avreste sempre accolto con indulgenza come il risultato di alcune mie pratiche osservazioni.*

Non è un trattato sull'Ernia crurale ch'io collistendere in questa Memoria. Il solo punto dello sbrigliamento presi di mira, evitando a bello studio di entrare nel dominio delle istituzioni chirurgiche; poichè, per quante attinenze possano avere colla medicina operativa e colla clinica, formano non pertanto un insegnamento distinto. Se non toccai altri punti, egli è che non facevano direttamente al mio assunto, e in così facendo, mentre ho ristretto i confini del mio dire, privando di molte risorse il mio scritto, mi sono, io credo, col mio riserbo creata qualche difficoltà di più; poichè, come Voi ben sapete, la scuola più difficile dell'antica Grecia era quella che insegnava a tacere. — Avrà qualche pregio questo mio lavoro?

Qualunque sia il giudizio che siate per pronunciare ciò non varrà punto a diminuire la stima molta che vi porto.



§ 4.

È un fatto per lo meno singolare che, mentre gli anatomici ed i chirurghi sono abbastanza consenzienti sulle disposizioni anatomiche del campo operativo attinente alla generalità delle operazioni, si trovino invece in così completo disaccordo, allorchè si tratta dell'Ernia crurale incarcerata. Non neghiamo le difficoltà della descrizione anatomica che la riguarda; ma, e forse che quella dell'ernia inguinale è meno difficile?

A mio credere, l'origine di tanta discrepanza di opinioni si è l'esistenza di un elemento, o fattore ana-

tomico ammesso dagli uni, negato dagli altri; diversamente descritto e interpretato nella sua composizione ed importanza, che gli anatomici viddero tutti, o quasi, e dei chirurghi nessuno: e questo è il Canale Crurale.

Dopo i bei lavori dell' A. Cooper, del Cloquet, del Lawrence, del Velpeau, ecc., che così luminosamente stabilirono l'esistenza del canale crurale, non v'ha alcuno che imprendendo a dire dell'ernia crurale non cominci per dare una estesa e dettagliata descrizione di questo canale. Una simile descrizione essendo molto complessa, ha il doppio inconveniente di fissare l'attenzione sopra molte parti le quali non hanno alcun rapporto con l'ernia crurale e di preparare una smentita che il chirurgo riceverà dalla pratica, allorchè operando l'ernia crurale strozzata non si accorgerà tampoco della esistenza di questo canale nell'atto operativo.

Quando la prima volta ho emessa questa opinione fui dagli anatomici accusato di miscredenza ad una delle verità dell'anatomia topografica, e mi vidi coperto di citazioni che tutte provavano l'esistenza di questo canale. Sopra di ciò i miei avversarii avevano perfettamente ragione; non niego l'esistenza del canale crurale come fatto anatomico; ne niego l'esistenza o, più correttamente, ne niego l'importanza come fatto chirurgico, al punto, io dico, che si possano adempiere tutti i doveri della chirurgia operativa in

faccia dell'ernia crurale strozzata, senza che nessun fatto vi venga ad avvertire della esistenza di questo fattore anatomico nella operazione.

Se così è, la dottrina dello strozzamento e dello sbrigliamento dell'ernia crurale, potrebbe essere grandemente semplicizzata, e ciò non solamente a vantaggio della pratica, ma sì ancora dello insegnamento il quale per lo più riesce confuso, incerto e di una inestricabile difficoltà.

Questo inconveniente è dovuto all'esagerato impero che si è voluto concedere da taluni alla troppo minuta anatomia delle regioni sopra quei fatti patologici che richieggono l'intervento della operativa chirurgia.

Che i rapidi progressi della chirurgia si debbano ascrivere in gran parte alle più estese ed esatte cognizioni anatomiche ed in particolare di quelle che vanno sotto il titolo di *Anatomia topografica o delle regioni*, niuno è che lo nieghi, come niuno è che disdica la gran parte che v'ebbe pure l'anatomia patologica; ma che la operativa chirurgia debba essere nei suoi arditi intraprendimenti inceppata e strozzata, direi, nei stretti confini, nei lacci d'una intricata rete anatomica, della quale pur finalmente suole farne ragione, senza inconveniente alcuno, con un colpo di forbici o di coltello; questo è ciò contro cui la chirurgia, la *efficace* chirurgia, altamente pro-

testa, perchè contrario alla grandezza dei propositi cui si destina.

Come non credete voi che debba rimanere scandolezzato quell'allievo il quale, dopo avere tanto sudato sull'anatomia della regione inguino-crurale e dopo aver visto sudar tanti a persuaderlo della importanza che ogni strato, ogni margine, ogni fibra hanno nella composizione dell'ernia, vede poi nell'atto pratico operativo fare con tutta indifferenza man bassa sopra tante topografiche meraviglie e con pochi tratti di coltello da maestro, scoprire l'ernia, sbrigliare lo strozzato viscere e riporlo senza che l'operatore lasciasse menomamente intravedere di avere, con una trascendentale anatomica maestria, superato quel pelago di anatomiche difficoltà!

È verissimo che le anatomiche cognizioni sono sicura guida alla destra dell'operatore; ma non è men vero che quelle minuziose descrizioni anatomiche che si fanno da taluni precedere alle operazioni confondono la mente e la speventano.

Peccano in conseguenza, a mio avviso, coloro i quali, nella loro commendevole intenzione di rischiare la dottrina delle ernie con minutissime descrizioni anatomiche delle regioni che vi si riferiscono, non fanno che imprigionare in una rete di dettagli i punti essenziali sui quali poggia l'anatomia chirurgica, unico cardine della medicina operativa.

Noi facciamo, come si vede, una gran differenza fra l'anatomia chirurgica e l'anatomia delle regioni.

L'anatomia delle regioni ha per iscopo di far conoscere in qual rapporto stanno fra di loro le parti tutte che entrano nella composizione di una data regione normalmente costituita. L'anatomia chirurgica invece prende a considerare quelli soli elementi anatomici che entrano nel campo d'una data operazione e ne studia i rapporti, sia in ordine al loro stato normale, sia in ordine a quello modificato dal fatto patologico. E però, mentre l'anatomico nella descrizione della regione inguino-crurale devè tener minutissimo conto del modo di comportarsi d'ogni elemento che vi si incontra, il chirurgo nella stessa regione, allorchè è chiamato ad operare, non solo non può più trovare gli stessi rapporti delle parti ivi contenute, ma eziandio può trovare modificato o scomparso qualcuno degli elementi che la compongono: e così la maggiore o minore importanza di questi, è relativa alle modificazioni apportate dal fatto patologico, come dalla differenza dell'atto operativo che si intraprende.

L'anatomia della regione crurale indica, p. e., come un punto importante, il decorso dell'arteria crurale quasi sotto cutaneo.

L'anatomia chirurgica, in un caso di tumore sviluppatosi in quella stessa regione, avrà a notare

invece la profondità dell'arteria e la deviazione forse anco dalla sua naturale direzione.

È questo un elemento che è tutto proprio della anatomia chirurgica; è questo sul quale mi fondo per darmi ragione della divergenza di opinioni emesse sul conto dell'operazione dell'ernia crurale; l'anatomia della quale per essere esatta, deve essere considerata sotto questo punto di vista speciale.

§ 2.

Gli elementi che compongono l'anatomia chirurgica dell'ernia crurale sono di due ordini:

1.° Quelli che si riferiscono alle parti che sono in rapporto normale coll'ernia.

2. I mutamenti che subiscono queste stesse parti in causa dell'ernia.

In ordine al primo, sappiamo che il peritoneo, mentre tappezza il lembo inferiore della parete addominale anteriore, s'infossa alquanto al lato interno della vena iliaca, nel punto in cui questa sta per entrare sotto l'arcata crurale. Questo infossamento peritoneale, corrispondente alla fossetta media, è il punto delle pareti addominali favorevole alla formazione dell'ernia crurale.

Infatti, esso infossamento peritoneale si deprime entro i margini di un anello fibroso che è il principio d'un tragitto, lungo il quale si riesce alla parte superiore della coscia. Questo anello fibroso e questo tragitto erroneamente furono detti da alcuni *anello crurale e canale crurale*.

Detto anello fibroso è formato: all'interno dal margine arcuato del legamento gimbernatiano: all'esterno dal tramezzo fibroso, che delimita il tragitto della vena ilco-femorale: all'innanzi ed in alto dal margine superiore dell'arcata femorale tappezzata dalla fascia *transversalis*: all'indietro ed in basso dal legamento pubico di A. Cooper. Lo spazio circoscritto da questo anello fibroso è detto da alcuni *apertura superiore del canale crurale*, noi lo diremo *iato crurale*.

La forma e l'ampiezza dell'iato crurale è soggetta a variare. La sua forma si avvicina, più che ad altra, alla semi-lunare; la sua ampiezza, che si può valutare almeno ad un centimetro e mezzo di altezza, per uno di larghezza, è tale in ogni caso, da ammettere l'apice del dito indice. In qualche individuo esiste una depressione talmente vasta che ha fatto dire a Cloquet che il legamento di Gimbernat qualche volta manca: è questa ampia depressione che tanto predispone all'ernia crurale.

Da quest'apertura od iato crurale i più degli anatomici dicono che si entra nel canale crurale e noi

amiamo meglio dire che si va sotto l'arcata crurale in uno spazio imbutiforme (*fossetta crurale*), tutto circoscritto all'intorno da elementi anatomici, dipendenze e continuazione di quelli che si sono visti a comporre l'anello fibroso dell'apertura addominale, con questa differenza sola, ma capitale, che, disponendosi a forma d'imbuto o di piramide triangolare colla base prospiciente la cavità addominale e l'apice in basso, presenta all'ernia crurale un passaggio, il quale si restringe, quanto più si inoltra sotto l'arcata crurale, fino ad essere chiuso in basso da una espansione fibrosa, appendice del legamento gimbernatio detto *septum*cribrosum* dal Denegri (1), per essere bucherellato pel passaggio dei vasi linfatici, e che, accartocciandosi attorno al lato interno della vena femorale, limita in basso la fossetta crurale. Oltre i confini di questa fossetta crurale, superando il margine anteriore inferiore dell'arcata crurale, si riesce alla sommità della coscia nella fossa ovale dello Scarpa.

La fossetta crurale impertanto, detta anche da Hesselbach lacuna interna dei vasi femorali, è limitata: all'interno ed inferiormente dal *septum cribrosum*, dipendenza del legamento gimbernatio: all'esterno

(1) Denegri, *Ricerche anatomiche applicate alla storia delle ernie*, p. 1, sez. 2

dal tramezzo fibroso che chiude la loggia della vena femorale: all'innanzi dall'aponevrosi del grande obliquo, tappezzata dalla fascia *transversalis*: all'indietro dall'aponevrosi che fascia il muscolo pettineo. Oltre i confini della fossetta crurale, abbiamo detto che si riesce alla sommità della coscia nella fossa ovale dello Scarpa; abbisogna perciò superare il margine anteriore inferiore dell'arcata crurale. Questo margine, formato dall'aponevrosi del grande obliquo, ha una particolare disposizione, nel punto che serve di passaggio all'ernia crurale, punto questo ben distinto da quello che serve di passaggio ai vasi femorali, ed al quale tutti gli anatomici assegnano il nome di *canale crurale*.

Il margine anteriore inferiore dell'aponevrosi del grande obliquo, in prossimità della sua inserzione al pube, si riflette indietro, ed abbraccia il lato interno della vena femorale; di più alcune robuste fibre aponevrotiche rinforzerebbero questo stesso margine ed opporrebbero una valida resistenza alla sortita dell'ernia dal disotto dell'arcata crurale.

Superato questo margine, si riesce nella fossa ovale dello Scarpa. È questo, egli dice, uno spazio circoscritto all'indietro dal muscolo pettineo, ed ai lati dai muscoli gracile e sartorio.

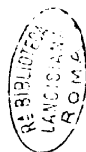
I limiti più immediati della fossa ovale sono: superiormente la porzione del margine anteriore inferiore

dell'arcata crurale, che si trova al lato interno della vena femorale: inferiormente il margine semi-lunare della piega falciforme di Alan Burns ove si trova il golfo della vena safena: dall'un lato è formata dal rialzo cilindrico della vena femorale turgida di sangue, dall'altro dall'inclinazione dall'avanti all'indietro e dall'interno all'esterno che presenta l'aponevrosi che riveste la superficie anteriore del pettineo. Esternamente la fossa ovale è precisamente limitata dal margine della *lamina cribiformis* che fascia il lato interno della suddetta vena femorale. Anteriormente è chiusa dalla *fascia superficialis* del femore.

Questo tragitto dall'iato crurale alla *fossa ovale, è occupato da lasso tessuto cellulare, vasi e ganglii linfatici, ha quindi un *margine superiore* od addominale, un *margine inferiore* o femorale; entro questi margini noi comprendiamo l'*anello crurale*.

In questo modo si vede che la massima parte del canale crurale, quale viene descritto dagli autori di anatomia topografica, non entra che per poco nella formazione dell'ernia crurale; che solamente vi entra quella parte di esso canale che meno ha diritto di essere chiamata tale, quale è appunto l'angolo interno o fossetta crurale, e la fossa ovale dello Scarpa.

Infatti esso Scarpa diceva il canale crurale tagliato come una penna da scrivere, poichè lo stesso tronco della vena femorale non è dal suo lato interno co-



perto che da una reticolare cellulosa sostanza; mentre che i vasi femorali sono in un astuccio fibroso ove, dopo Arnaud e i bei lavori di Scarpa, è riconosciuto che non penetra l'ernia crurale se non per una anomalia accidentale.

I vasi più importanti che si trovano in rapporto coll'ernia crurale sono: l'arteria epigastrica, l'otturatoria, la vena femorale e il golfo della safena ed i vasi spermatici.

L'arteria epigastrica scorre fra il peritoneo e la fascia transversalis al lato esterno del margine superiore od addominale dell'anello crurale.

I rami che essa stacca prima d'essere accavalcata dal cordone spermatico sono lo spermatico ed il pubico. — Ambedue scorrono lungo la superficie profonda e posteriore del canale crurale per portarsi l'uno nel tessuto cellulare del cordone spermatico ad anastomizzarsi colla spermatica, l'altro per anastomizzarsi colla omologa del lato opposto dietro la sinfisi del pube. Finalmente, ove l'arteria epigastrica si riflette sotto del cordone spermatico, parte un piccolo ramo che si anastomizza colla otturatoria.

Questi rami e per il calibro e per la posizione sono meno importanti della otturatoria, allorchè questa non è data normalmente dalla ipogastrica.

Le varietà d'origine dell'arteria otturatoria sono assai numerose. Qualche volta nasce direttamente

dall'iliaca esterna e discende immediatamente nel bacino, non avendo così alcun pericoloso rapporto col canale crurale. Altra volta, ma raramente, l'otturatoria nasce dall'arteria femorale nel canale crurale istesso; Blandin l'ha osservata due volte ed allora rimonta verso la branca orizzontale del pube per discendere in seguito nel bacino: avrebbe perciò in questo caso un importante rapporto col canale crurale all'innanzi ed all'indietro. Più sovente invece è fornita dall'epigastrica, non sempre però allo stesso modo, cosicchè, a seconda delle varietà, è differente il grado d'importanza rispettivamente all'ernia crurale. In primo luogo più comunemente la epigastrica e l'otturatoria nascono da un tronco comune dall'iliaca, e questo tronco comune può avere una lunghezza: 1.^o di due linee almeno; 2. da sei linee ad un pollice; 3. da due pollici e più. Nel primo caso l'arteria otturatrice si dirige direttamente nel bacino come quando viene dall'iliaca esterna, e come questa, non ha alcuno importante rapporto col canale crurale. Nel secondo caso l'arteria otturatrice striscia dietro l'arcata crurale ed indietro del legamento gimbernatio. Nel terzo caso infine discende obliquamente verso il foro sotto-pubico dietro il legamento di Gimbernatio, ma un poco più discosto, mentre che è separata per tutta la sua altezza dal margine superiore posteriore dell'anello crurale.

N/isc

B. 1/R

(17)

Oltre queste varietà spesso s'incontrano cospicue anastomosi fra l'arteria otturatrice ed epigastrica le quali assumono, col margine superiore del canale crurale, tutti i rapporti che esistono quando l'arteria otturatrice è data dalla epigastrica.

Detto così delle parti che si trovano in normale rapporto coll'ernia crurale vediamo i cangiamenti che subiscono.

§ 3.

Favorito da quello infossamento che abbiamo riscontrato alla fossetta media peritoneale, il viscere che è disposto a farsi ernioso, s'insinua per l'iato crurale e, meno qualche rarissima eccezione (1), si caccia innanzi il peritoneo, il tessuto celluloadiposo sotto-peritoneale e la cellulosa che riempie detta fossetta, arrestandosi al *septum cribrosum*, dando così luogo all'ernia crurale *incompleta*.

(1) Non si può a meno di convenire che si conosce qualche esempio, raro sì ma importantissimo, in cui i visceri per farsi erniosi passarono all'innanzi dei vasi femorali. Il gabinetto patologico di Genova ne possiede un bellissimo esemplare appartenente alla collezione del Denegri. Ugualmente si cita qualche caso di ernia fattasi strada a traverso dell'espansione aponevrotica del legamento di Gimbernat come pure dell'arcata crurale. Queste eccezioni, atteso la loro rarità, indicano una disposizione anormale delle parti sulle quali avvengono.

I cangiamenti avvenuti nelle parti in questo periodo sono di poco momento.

Per la pressione continua che l'ernia esercita sopra le parti della fossetta crurale, queste subiscono uno sfiancamento, conservando però sempre la loro disposizione a forma d'imbuto, per cui il viscere in esse alloggiato non vi ha esempio che abbia giammai presentati i sintomi di strozzamento (1), abbenchè sia contenuto in uno spazio tutto circoscritto da aponevrosi fra le quali vi ha il legamento di Gimbernati che, come abbiamo visto, concorre al lato interno a formare, col suo margine arcuato, il contorno ed orificio di quell'infossamento crurale. •

È questo un fatto della massima importanza che non deesi lasciar passare inosservato, e sul quale anzi si dee fissare l'attenzione per servire alla storia dell'incarceramento dell'ernia crurale.

Nell'ernia crurale incompleta il viscere si è insinuato nell'apertura crurale, nella formazione della quale entra il legamento di Gimbernati, ed anzi il margine falciforme dello stesso. Il viscere da questa apertura è disceso nella fossetta crurale che è tutta

(1) Dans cette première période de son évolution, la hernie est souvent ignorée par le malade et même par le médecin, et paraît n'être pas susceptible d'étranglement. — Vidal, *Hernies crurales*, 256. — Tant qu'elle n'a pas traversé le fascia *cribriformis*, son sac forme un cône à base supérieure et n'a pas de collet. Id. 256.

al dissotto dell' arcata crurale e tutta circondata da elementi aponevrotici; eppure non si conoscono esempi che questo viscere abbia mai sofferto di incarcerationamento. La spiegazione di questo fenomeno a chi ben vi pon mente la si ha nella disposizione anatomica delle parti; conciossiachè esse costituiscano una cavità a forma conica od imbutiforme, avente il suo fondo in basso e l'apertura più ampia in alto, onde la nessuna attitudine a strozzare il viscere: e tale rimane finchè il viscere abbia superati i confini di detta cavità, come andiamo ora più distesamente a dire.

Ove una causa occasionale si aggiunga alle predisponenti dell' ernia incompleta, questa, facendo impeto contro il fondo o la parete inferiore della fossetta crurale, ne supera i confini, si mostra fuori dell' arcata crurale, facendo tumore o rialzo sotto il margine inferiore della stessa, in quello spazio detto *fossa ovale* dallo Scarpa.

In questo passaggio dell' ernia incompleta dalla fossetta crurale alla fossa ovale, si vede che l' ernia ha in due distinti periodi percorsi due differenti stadii, è passata per due differenti regioni, e sotto ben differenti condizioni assume una ben diversa importanza. Superato il margine anteriore inferiore della arcata crurale, il viscere che costituisce l' ernia si trova in uno spazio che gli permette d'espandersi sotto forma ovale e globosa, e perciò non ha alcuna verisimiglianza

di trovarsi compreso in un canale; ma quella porzione che rimane sotto l'anello crurale non partecipa di questo sprigionamento: essa è tuttavia chiusa entro un cingolo aponevrotico dal quale subisce un grado di costrizione maggiore o minore a seconda delle circostanze.

In questo stato di cose avvengono due ordini di mutamenti nel tumore erniario. Uno che si riferisce alle parti *continenti*, l'altro alle *contenute*.

Le parti contenute, ossia il viscere ernioso ed il suo sacco, oltre il mutamento di luogo dalla *fossetta crurale* alla *fossa ovale* avvenuto, hanno subito un mutamento di forma che le divide in due distinte porzioni il *corpo* ed il *collo*.

Il corpo più o meno regolarmente arrotondato poggia sull'aponevrosi che ricopre il muscolo pettineo. La sua superficie anteriore è ricoperta dalla lamina cribrosa del fascialata e dalla fascia superficiale della coscia che la divide dal panicolo adiposo sotto-cutaneo. Fra l'una e l'altra di queste due membrane vi ha lo strato linfatico glandolare. Sotto di questi involucri l'ernia non patisce verun grado di costrizione, atteso la lassezza della loro tessitura che non sa opporre resistenza al volume dell'ernia, la quale, quasi a smentire che si trovi compresa in un canale, non si dispone mai a sortire per quell'orifizio inferiore che gli anatomici danno al canale crurale;

ma piuttosto si rivolge in avanti ed in alto, fino a rimontare sul margine dell'arcata crurale, smagliando la lamina cribrosa (1).

Il collo è quella porzione dell'ernia, la quale rimane compresa sotto l'anello crurale, e subisce dall'azione di questo, e specialmente dal margine inferiore, un grado di compressione che si può elevare fino al grado di strozzamento.

Ivi infatti, come abbiamo visto, le fibre aponevrotiche componenti la parete interna dell'anello crurale, si addossano ai vasi femorali e specialmente sulla vena, e chiudono così il fondo della fossetta crurale, mentre che in tutte le altre parti rimangono più divaricate. Egli è per questo che il margine inferiore, essendo più strettamente addossato al collo dell'ernia, vi assume un importantissimo rapporto nel caso di strozzamento e relativo sbrigliamento.

Per l'azione esercitata da questo margine inferiore il viscere ernioso patisce una compressione, la quale è la causa diretta di tutti i fenomeni che caratterizzano lo strozzamento erniario (2), e per la stessa

(1) « Tandis que les hernies inguinales ordinaires parcourent le trajet inguinal dans toute sa longueur, les hernies fémorales, au moins dans tous les cas que j'ai étudiés, ne sortent jamais par l'ouverture de la veine saphène, mais s'échappent immédiatement au dessous de l'arcade femorale ». Cruveilhier, *Anat.*

(2) È chiaro che qui non s'intende di far parola degli strozzamenti prodotti dal collo del sacco, da aderenze, ecc.

azione compressiva il collo del sacco subisce importanti mutazioni, fra le quali quella dello inspessimento ed indurimento, e agione alla sua volta di strozzamento dell'ernia.

Le parti continenti del tumore erniario, vanno soggette a due ordini di mutamenti primitivi o secondari secondo che l'ernia è recente od antica.

Nell'ernia recente le parti non hanno subito alcun dinamico o vitale cangiamento; esse non presentano allora che dei mutamenti fisici prodotti dalla presenza dell'ernia e perciò, dilatazione dell'anello crurale, sollevamento del margine inferiore di questo anello, distensione della lamina cribrosa e sua lacerazione, non potendo la tenuità delle sue maglie resistere alla tensione provocata dal volume dell'ernia. Ed in questo caso gli stessi propugnatori della esistenza del canale crurale ci avvertono, che il tragitto erniario non rappresenta più un vero canale ma si converte in un semplice anello; perchè appena il sacco erniario si espande nella fossa ovale dello Scarpa, la membrana d'inviluppo viene ricalcata in alto per la espansione del fondo del sacco e così si raccoglie e si stringe attorno al suo collo. Per queste disposizioni e quella ancora notata dal Denegri, che a livello della piega crurale esiste un robusto fascetto di fibre il quale decorre nella spessezza del margine superiore della fascia cribriforme, che perciò contribuirebbe potente-

mente alla produzione dello strozzamento attivo, chiaro si vede come la sede dello strozzamento dell'ernia crurale sia all'orificio o margine inferiore dell'anello crurale e non all'orificio o margine superiore. Si rende pure in questo modo ragione della natura più acuta ed irreducibile di questo strozzamento, dei danni che ne soffre il viscere strozzato e si ha un criterio nella via a seguirsi nello sbrigliamento.

L'ernia antica per la continuata e non brusca pressione, distende più facilmente le espansioni aponevrotiche che la circondano, scende più facilmente in basso della fossa ovale e si mostra con qualche particolarità che non si osserva così di frequente nella recente. E così per esempio il tessuto celluloso adiposo sotto peritoneale rinforzato da quello che si spinge innanzi nel suo tragitto per l'anello crurale, si ipertrofizza vie maggiormente a segno da simulare un epiplocele (4).

(4) Un fatto singolarissimo mi è occorso in un caso di ernia adiposa.

Un vecchio ottuagenario veniva accolto all'ospedale di Pammatone con i sintomi simpatici di strozzamento erniario. Esaminato, trovai all'anguinaia destra un tumoretto che aveva tutti i caratteri dell'ernia crurale e che egli diceva d'avere da lungo tempo. I vomiti, i polsi celeri e depressi, il ventre tumido e dolente, le deiezioni alvine sopresse, i singulti, la perfrigerazione delle membra, ecc., tutto confermava la diagnosi di uno strangola-

A questa istessa pressione si deve la formazione di una membrana d'inviluppo accennata dallo Scarpa e

mento d'ernia la quale per sopra più non era dolente, ed anzi cedevole da farla temere gangrenata.

Datando da ben cinque giorni questo corredo di sintomi non si tardò a passare alla chelotomia crurale, ed incise la pelle ed il panicolo adiposo sottocutaneo si incise la fascia superficiale del femore, quindi altra lamina sotto della quale si trovò un tumore a forma ed aspetto omentale. Credendo di avere aperto il sacco e di avere scoperto un'ernia epiploica, e assicurato che non conteneva intestino, fatta una lieve incisione sul margine inferiore dell'anello crurale, si rimise in cavità il supposto epiploon. Lo stato di già grave dell'infermo non si migliorò punto; il meteorismo si aumentò a dismisura, e dopo poco più di otto ore moriva.

Niun dubbio che l'ammalato moriva di un entero-peritonite diffusa in causa da noi creduta dell'ernia crurale non operata a tempo.

All'autopsia si rinvenne, con nostra sorpresa, che la peritonite diffusa bensì esisteva passata agli esiti di trassudati e placche gangrenose; non solo non si trovò alcun viscere con i segni di essere stato strozzato, ma neppure si vide che il peritoneo fosse stato inciso, e perciò non era stata fatta alcuna operazione d'ernia strozzata.

Il peritoneo in corrispondenza all'iato crurale era più fitto ed inspessito, si lasciava deprimere nell'iato crurale fino nella fossetta crurale. Aveva alla superficie esterna un denso fiocco di tessuto celluloso adiposo da simulare un epiplocele che comunicava nella fossa ovale dello Scarpa, da dove simulava un'ernia crurale epiploica. Il peritoneo però non oltrepassava la fossetta crurale fatta più ampia e più profonda. Il tumore adiposo con facilità entrava e sortiva per l'anello crurale nel ventre.

Fu questo un caso d'ernia adiposa stata ridotta senza aprire il peritoneo.

dall'A. Cooper (fascia propria) la quale avvolge ed incista lo strato cellulo-adiposo che avvolge il sacco.

Altro fatto singolarissimo nella storia dei tumori simulanti una ernia mi occorre parecchi anni or sono allorchè ancora assistente chirurgo in Pammatone faceva le veci del principale assente. Facevami domandare il Medico principale corrispondente alla mia sala, perchè esaminassi un suo ammalato decrepito, il quale, da un giorno circa ricevuto in cura, presentava, unitamente ad un abbattimento estremo di forze e polsi, dei vomiti, ma più ancora del singulto incessante, con perfrigerazione delle membra ed un tumore all'inguine sinistro.

Esaminato l'ammalato sotto il dubbio d'un incarcerationamento erniario, osservava attentamente detto tumore e realmente trovava avere esso tutti i caratteri di sede e di forma di un ernia serotale. solamente mostrava una insolita flacidità la quale se non era comune ad un tumore erniario lasciava però luogo fortemente a dubitare, atteso i sintomi generali dell'infermo, che potesse avere subito qualche esito e specialmente quello della gangrenazione. Sotto i più leggieri tentativi del taxis, a poco a poco questo tumore rientrava per l'anello inguinale in cavità senza gorgoglio, onde mi pronunciai che se quella era un'ernia, non era però una ernia strozzata, e che, stante lo stato gravissimo in cui si trovava l'ammalato, non mi sapeva accingere ad alcuna operazione chirurgica ed anzi non credeva opportuno nè anche di apporre un cinto.

Il giorno dopo il povero vecchio era cadavere e fui chiamato all'autossia. Il cadavere presentava lo stesso tumore all'inguine ed allo scroto e credei ravvisare nell'aspetto di alcuno degli astanti l'idea che veramente la morte fosse avvenuta in causa di quello tumore erniario che lo avea dichiarato non indicante alcuna operazione.

Aperto regolarmente il tumore come se si fosse trattato di fare l'operazione dell'ernia, con sorpresa di tutti si vide sgorgare gran copia di sangue che ci obbligò a sospendere e ad aprire la cavità

Il sacco istesso sarà la sede di più pronunziati cambiamenti specialmente al suo collo, ove e le aderenze e lo indurimento ponno renderlo per sè causa dello strozzamento.

§ 4.

Dato impertanto il caso di un'ernia crurale incarcerata nella quale convenga tantosto procedere allo sbrigliamento, quale idea dovrà formarsi l'operatore dell'anotomia chirurgica di quest'ernia e quale metodo operativo dovrà intraprendere? Ecco i due problemi ai quali si trova di fronte il chirurgo.

Benchè nell'operazione dell'ernia v'abbia sempre qualche cosa di imprevisto talchè G. L. Petit ebbe a dire quel celebre moto che andando ad operare un'ernia non sapeva quello che si andasse a fare,

addominale. Aperta questa e fatte le opportune ricerche si trovò che un sacco aneurismatico si trovava formato da un tronco della celiaca. Questo sacco si era aperto e il sangue si era diffuso nel tessuto cellulare sotto peritoneale della regione lombare e specialmente sinistra, e discendendo lungo le vene ed arteria spermatica, entrava, lungo le maglie del tessuto connettivo del cordone spermatico, nell'anello inguinale e discendeva nello scroto simulando a maraviglia un'ernia scrotale accompagnata da sintomi che potevansi scambiare con quelli dell'ernia passata in gangrena.

pure, grazie ai progressi che ha fatti questa parte della chirurgia, l'imprevisto è reso meno frequente, e quando pure arriva può venire facilmente superato dalle cognizioni attinte intorno alle leggi che governano la patologia di quest' affezione.

Quale idea debba farsi dell'anatomia chirurgica, il chirurgo lo saprà sintetizzando le nozioni superiormente accennate che riguardano questa parte. Circa il metodo operativo non v'ha dubbio che egli sceglierà il più *sicuro*: e questo, a nostro avviso, è il metodo dell'*incisione*, la chelotomia.

Questa operazione ebbe tre epoche distinte:

La prima anteriore alla scoperta del legamento del Gimbernati, in cui si riteneva lo strozzamento fatto dal legamento falloppiano.

La seconda che caratterizza l'epoca della scoperta del Gimbernati legamento e perciò è improntata dalla pratica del taglio del margine falciforme di questo legamento, ritenuto principale elemento dello strozzamento.

La terza, che è la presente, in cui la sede dello strozzamento è stabilita in un punto diametralmente opposto a quello insegnato dal Gimbernati, cioè non all'entrata del passaggio dell'ernia sotto l'arcata crurale, ma alla sua sortita, sia per l'orifizio inferiore del canale crurale come vogliono alcuni, sia a traverso della parete anteriore dello stesso canale

come vogliono altri, sia sollevando l'estremo margine inferiore dell'arcata crurale come abbiamo superiormente dimostrato.

Epoca prima. — In questa prima epoca, che chiude il periodo da Garengot a Scarpa, l'anatomia chirurgica dell'ernia crurale era poco conosciuta. (1).

Gerangeot (2) trattò della operazione dell'ernia crurale nello stesso articolo coll'ernia inguinale o *bubonoccele*. L'operazione impertanto proposta per ambedue quest'ernie è la stessa, che consiste nella incisione della pelle per mezzo di una piega arri-
vando così col primo taglio presso del sacco. (3).

Scoperto il sacco colle incisioni successive Garengot mette la questione se questo debba essere aperto. Cita l'autorità di Petit che immaginò ed eseguì la dilatazione dello strozzamento senza aprire il sacco: mostra di avere adottata questa pratica

(1) All'ernia inguinale molto simile è quella chiamata dai moderni medici crurale o femorale la quale quantunque sia molto frequente nelle donne, pochissimi nondimeno si sono affaticati nell'indagarla o distinguerla dalla medesima. Vereyen pare sia il primo che n'abbia parlato, quindi più diffusamente Palfino e Garengot. Koch stampò una memoria apposita nel 1726 (Heister, *Op. Chir.*)

(2) *Operat. de Chir.*, 2. ediz. an. 1755.

(3) Les écrivains spéculatifs, je veux dire ces donneurs de préceptes, sans être eux-mêmes suffisamment fondés en pratique, font un spécieux étalage d'un grand nombre de feuillets qu'il faut couper un à un suivant leur conseil » (Garengot *Op. cit.*).

non in tutti i casi, ma solamente nelle ernie piccole recenti, nelle quali non si abbia sospetto che esista alcun guasto nelle parti componenti l'ernia. In questo caso si accinge a dilatare, come egli dice, lo strozzamento senza aprire il sacco, introducendo una sonda alata sotto l'anello costringitore fra questo ed il sacco, e sollevando la sonda in modo di tendere l'anello. Fa quindi scorrere sulla sua scannellatura un bisturino col quale incide l'anello. Che se crede opportuno invece di aprire il sacco, fattavi una piccola piega, vi dà un leggier colpo di bisturi e nella praticata incisione introduce la sua sonda sulla quale come al solito taglia l'anello unitamente al collo del sacco. Contro questo proposto metodo di cura con cui non si apre il sacco, Heister fa molte giudiziose obbiezioni e conchiude che nè a lui nè a molti altri eccellenti chirurghi affatto aggrada.

Tostochè la dilatazione dell'anello è fatta, è della prudenza del chirurgo, dice Garengéot, di introdurre il dito indice nella apertura per assicurarsi del luogo ove scorre l'arteria epigastrica e, riconosciutala alle sue pulsazioni, guidare, un poco sul lato opposto del dito, delle forbici ottuse per ingrandire l'apertura. Che se l'arteria epigastrica venisse ferita si deve cercare di arrestarne l'emorragia colla compressione.

Questo timore della emorragia per il taglio della epigastrica o di altro ramo arterioso era ben fon-

dato all'epoca di cui parliamo in cui l'agente dello strozzamento era creduto il legamento del Falloppia e nel taglio di questo consisteva l'operazione; infatti le frequenti emorragie avvenute davano ragione a questi timori. Egli è per schivare questo pericolo che si pensò allora di ricorrere alla vera dilatazione dell'anello crurale fatta con strumenti ottusi.

L'incisione del legamento del Poparzio, dice Richter, va sempre associata al pericolo di ferire l'arteria epigastrica, e negli uomini anche i vasi spermatici, e vennero realmente osservate delle esiziali emorragie tener dietro a cotesta operazione. Ecco il perchè si fa di tutto per evitare l'incisione del suddetto legamento: per lo meno è giammai il chirurgo autorizzato ad incidere questo legamento prima di avere tentato di allargarlo coll'uncino di Arnaud o col dilatatore di Leblanc, oppure col dito indice. A questo riguardo egli fa osservare che qualche volta sembra che le fibre del fascialata che portansi a questo legamento siano l'unica causa dello strozzamento, e che l'ernia potè venire ridotta tosto dopo la sezione di queste fibre (1).

Egli è a quest'epoca che il Bell Beniamino (2) propose una operazione mediante la quale il legamento del Popart, viene tagliato dall'esterno allo

(1) Richter, *Delle ernie*.

(2) B. Bell, *System of surgery*.

interno e per conseguenza non può venir lesa l'arteria epigastrica.

Sabatier dice che le circostanze devono determinare quando si debba far uso del dito o dell'istrumento dilatatore: epperziò allorchè si può tirare a sè e fuori del ventre l'ansa dell'intestino incarcerato, può farsi la dilatazione col dito il quale venendo appoggiato sopra una porzione sana dell'intestino che non abbia sofferto strozzamento non può nè modificarlo, nè infrangerlo. Ma se non è possibile tirare fuori l'intestino bisogna servirsi del dilatatore che può essere adoperato in tutti i casi senza pericolo (1).

Nei casi più semplici e recenti, dice Monteggia, potrebbesi alle volte agevolare la riduzione col dilatare l'anello senza tagliarlo, e ciò coll'uso di un uncino piano ed ottuso, sollevandone l'orlo superiore. Vi fu ancora chi propose di limitare l'operazione dell'ernia incarcerata al semplice taglio dell'anello scoperto coll'incisione dei soli tegumenti e rimetter le parti senza aprire il sacco. Questo metodo non può negarsi che semplifichi molto l'operazione e ne abbrevii la cura; nè sarebbe da biasimarsi chi l'adottasse operando per tempo un'ernia men grave. Io però, soggiunge egli, l'adoperai due volte senza aver ragione di lodarmene (2).

(1) Sabatier. *Med. Op.*

(2) Monteggia. *Inst. chir.*

Sabatier (1) pure si mostra poco partitante di questa pratica di non aprire il sacco, e forse, dice sulla fede di Garengot, potrà essere utile nelle ernie recenti poco voluminose, e quando non vi sia sospetto di guasti: ma l'inconveniente, soggiunge Dessault (2), di non conoscere lo stato dei visceri usciti che possono essere disposti alla gangrena benchè il sacco sia sano, e che, rientrando d'un tratto nel ventre, ponno dar luogo a degli spandimenti mortali, hanno fatto abbandonare questo metodo nelle ernie antiche, aderenti, strozzate dal collo, ulcerate, gangrenate.

Finalmente viene Scarpa il quale ha la superiorità sopra di Arnaud per avere studiata l'ernia crurale sopra cadaveri che presentavano questa malattia e così ha potuto rischiararne l'anatomia chirurgica, quale si ammira nelle sue tavole immortali, e stabilire più precise indicazioni all'operazione. Nella prima edizione delle sue *Memorie sulle Ernie* venuta alla luce nel 1809, egli dice che non può essere reciso il legamento falloppiano alcun poco all'insù del suo margine unitamente al collo del sacco erniario, senza che venga insieme recisa con esso l'arteria del cordone spermatico, qualunque sia la direzione che il chirurgo dia allo strumento tagliente.

(1) Sabatier, loc. cit.

(2) Dessault et Chopart, *Mal. chirurg.*

Imperciocchè, se l'incisione è diretta verticalmente all'insù, o sia verso il luogo ove il cordone spermatico accavalca ed interseca l'arteria epigastrica, ambedue le arterie, epigastrica cioè e spermatica, rimangono comprese nel taglio; se al contrario il taglio è inclinato obliquamente verso il pube, il chirurgo evita bensì di ferire l'arteria epigastrica, ma offende senza dubbio la spermatica; se in fine il taglio è portato verso il fianco, ambedue le arterie ora menzionate, come nel primo caso, rimangono recise, o per certo l'epigastrica.

Per la qual cosa, tutto bene esaminato, non avvi propriamente che un sol tratto, ma questo breve assai e ristretto ove l'arteria del cordone spermatico è meno vicina al margine del legamento falloppiano che tutt'altrove; e questo tratto è in vicinanza dell'inserzione dell'arcata femorale nella sommità del pube. Però l'incisione prolungata oltre poche linee all'insù non esenterebbe mai, o assai di rado, il cordone spermatico da offesa.

Essendo dunque cosa evidentissima che nel maschio l'ernia femorale non può essere liberata dallo strozzamento mediante l'incisione direttamente all'insù del collo del sacco ed insieme del legamento falloppiano, la quale oltrepassi due linee di profondità, qualunque sia la direzione che si voglia dare al taglio, senza esporre il malato al pe-

ricolo di mortale emorragia, ne viene di conseguenza che i mezzi da impiegarsi in simili scabrose circostanze non possono essere che due, quello, cioè, d'indebolire per quanto è possibile la rigidità e resistenza dell'arcata femorale ed indi di sostituire al taglio la distensione graduata del collo del sacco erniario e dell'arco femorale immediatamente sopra del luogo dello strozzamento; l'altro di dare al taglio una direzione diversa da quella che si pratica nella donna, e tale da evitare l'offesa dell'arteria spermatica. Perciò, aperto il sacco erniario e poste allo scoperto le viscere, se una dolce pressione non basterà a far rientrare le parti fuori uscite, sarà della prudenza ed abilità del chirurgo l'introdurre cautamente fra le viscere protruse ed il collo del sacco erniario una guida sottile a bottone, finchè sia penetrata nel ventre. Seguendo la direzione indicata dalla guida, farà il chirurgo penetrare di là dall'arcata femorale l'apice dell'uncino d'Arnaud, mediante il quale egli alzerà con una mano l'arco femorale, mentre con l'altra mano farà dolcemente rientrare le parti fuori uscite. Che se l'arco femorale, sebbene non più tenuto in basso dall'aponevrosi fasciata, non si presterà abbastanza all'innalzamento, il chirurgo, senza punto smuovere l'uncino elevatore, farà, con mano sospesa, quattro o cinque scalfiture perpendicolarmente sul margine del legamento falloppiano senza

che ne oltrepassino la spessezza, ma lo snervino soltanto perchè si presti a quel grado d'innalzamento o di dilatazione che si richiede pel compimento dell'operazione; e la esperienza mostra essere la serie delle scalfiture sopra accennate un mezzo di gran lunga meno difficile da praticarsi e meno pericoloso della sola incisione per ottenere l'intento di indebolire l'arco femorale quanto basti per la riposizione delle viscere. Che se la cagione immediata dello strozzamento consista principalmente nella ristrettezza del collo del sacco erniario, il dilatatore di Leblanc meriterà la preferenza.

Ove non si potesse la dilatazione applicare, allora, aperto il sacco erniario e tiratolo in fuori per uno dei suoi lembi, quanto basta per far scorrere con sicurezza una sottile guida scanalata fra l'intestino ed il collo del sacco, si rivolge la scanalatura della guida in giù verso l'angolo interno ed inferiore dell'arcata femorale, ed alquanto contro l'attacco del legamento falloppiano all'osso del pube, indi si faccia strisciare lungo questa un bistorino bottonato col tagliente in basso, ed alquanto rivolto contro l'attacco del legamento al pube, mediante il quale si fenda il collo del sacco per tutta la sua lunghezza nella parte sua laterale interna ed inferiore, e s'innacchi il legamento falloppiano, in vicinanza della sua inserzione nella sommità del pube.

Questo modo di operare lo Scarpa lo adottò nelle successive edizioni in regola generale, e pose il suggello alla prima epoca dominata dal fondato timore della emorragia pel taglio del legamento fallopiano, creduto autore dello strozzamento.

Epoca seconda. — Antonio Gimbernati fin dal 1793 aveva pubblicate eccellenti osservazioni sulle ernie crurali, sulla causa del loro incarceramento e sopra il miglior modo d'incidere l'arco crurale (1).

La più importante circostanza dilucidata dal Gimbernati si fu la causa dell'incarceramento, la quale dal Leblanc era stata cercata con poca ragione nel legamento del Falloppia. Mostrò il Gimbernati non doversi da questo temere alcuno strangolamento, ma che anzi doveva esso ripetersi dal margine interno dell'arcata crurale, e che inoltre colla dilatazione proposta dal Lecat e dal Leblanc, si poteva facilmente ferire o lacerare la vena femorale, e che qualunque incisione del legamento del Falloppia occasiona la lesione o dell'arteria spermatica, o dell'epigastrica. A favore di questa operazione sta la valevole autorità di Hunter, il quale fu particolarmente contento dell'accurata dimostrazione anatomica data dal Gimbernati, rapporto al luogo preciso dell'incarceramento dell'ernia crurale.

(1) *Nuevo metodo de operar en la hernia crural.* — Madrid 1794

Alessandro Monro, il giovine, praticò molto il metodo del Gimbernat, e fece fra le altre l'importante osservazione, che l'arteria otturatoria circonda talvolta circolarmente il collo del sacco erniario, opponendo così un invincibile ostacolo allo sbrigliamento (4).

Scarpa non venne in cognizione della memoria del Gimbernat che posteriormente alla prima edizione delle sue memorie sulle ernie. La lettura di questa e le osservazioni pratiche di Hey e le sagge riflessioni di Lawrence lo confermarono più che mai nell'opinione che questo metodo di operare l'ernia femorale incarcerata in ambedue i sessi è preferibile a qualunque altro modo degli in allora conosciuti.

Nello stato presente d'imperfezione dei nostri mezzi di dilatazione si evitano per ciò, egli dice, le difficoltà e i pericoli, mediante il taglio del collo del sacco erniario, ed insieme del margine concavo ed acuto della base del legamento di Gimbernat, conducendo il taglio rasente il margine del legamento falloppiano, prossimo ad inserirsi nel pube. Con questa sola incisione si liberano sull'istante le viscere dallo strozzamento, e rendesi facile e spedita la riposizione delle medesime. La sola obbiezione ragionevole che può essere fatta a questa nuova maniera d'operare,

(4) « *Observations on a crural hernia* ». -- Edimburgh 1805.

si è quella della deviazione, comunque assai rara, dell'arteria otturatoria, per cui questa arteria, nata dalla epigastrica, discende in qualche raro caso a circondare il collo dell'ernia. Tuttavia lo ritiene caso raro e poco da temersi, e così la dottrina dello Scarpa in questa seconda epoca si fonda sulla disposizione dell'ernia, la quale entra per l'anello crurale tra la vena iliaca ed il margine falcato del legamento di Gimbernat, scende nel canale crurale, e sorte al di fuori nella fossa ovale alla sommità della coscia, per di sotto l'apice della piega falciforme: ed attesa la angusta via, per cui escono le viscere a formare l'ernia femorale, la lunghezza del collo*, la rigidità dei margini dell'anello crurale, la pressione che esercita sul collo dell'ernia l'apice superiore della piega falciforme della fascialata è da temersi la pronta mortificazione delle viscere, per cagione dello strozzamento indotto dalla valida pressione che esercita il margine rigido ed acuto della base del legamento di Gimbernat.

La grande autorità dello Scarpa non poco contribuì a generalizzare il modo di operare dello Gimbernat specialmente in Italia ed in Inghilterra ed in quest'epoca non fu più che un solo grido nel campo della chelotomia crurale — Tagliare il legamento di Gimbernat — Ecco come lo stesso Gimbernat insegna eseguire questo taglio. S'introduca lungo il

lato interno dell'intestino una tenta scanelata, a punta ottusa e colla scanelatura sufficientemente profonda. Si diriga questa obliquamente all'indietro nell'anello crurale, finchè la sua punta si fermi sul ramo del pube. Si sospenda allora di introdurla più oltre, e tenendo la tenta (colla sinistra se si opera dal lato destro e viceversa) fermamente appoggiata contro il detto ramo del pube, introducasi delicatamente coll'altra mano un bisturino a lama stretta ed a punta ottusa nel solco della tenta, finchè arrivi all'anello. Si conoscerà che il bisturino entra nell'anello dalla resistenza accresciuta. Con precauzione si spinge il bisturino fino all'estremità del canale e servendosi d'ambedue le mani si portano i due strumenti lungo il ramo del pube infino al suo corpo, tirandoli fuori allo stesso tempo.

Con questa facile operazione si taglierà il margine interno dell'arco crurale alla sua estremità e per quattro o cinque linee del suo raddoppiamento. Fatta per tal modo questa semplice incisione senza il minimo pericolo, si troverà rilassato considerabilmente il margine interno dell'arco che forma lo strozzamento e si potranno ridurre le parti con grandissima facilità.

Se ben si considera, non vi ha differenza fra il modo sopra descritto di operare dello Gimbernati e

quello suggerito dallo Scarpa nella sua prima maniera di operare, innanzi che conoscesse ed adottasse le idee gimbernatiane, come si può vedere nel discorso che se ne è tenuto nella prima epoca. E ciò è pegno del grande ingegno e della somma perizia che questo sommo chirurgo ed anatomico italiano aveva nelle chirurgiche ed anatomiche discipline, avendo in certo modo divinato il punto naturalmente più disposto allo strozzamento dell'ernia crurale e proposto il modo più acconcio per sbrigliarlo.

Epoca terza. — Trasportato lo spirito di osservazione sopra un campo più ristretto e definito, quale era il legamento di Gimbernat come oggetto precipuo di strozzamento e sbrigliamento dell'ernia crurale, non tardarono gli operatori ad accorgersi che non tutto andava a seconda di questa dottrina e che molti fatti la contraddicevano.

Le osservazioni di Hesselbach, di A. Cooper, di Langenbeck e di Velpeau contribuirono potentemente a scuotere la dominante opinione gimbernatiana che si può dire ormai caduta in Francia, vacillante in Inghilterra ed in Germania, seguita ancora quasi generalmente in Italia, sostenuta dal grande rispetto che giustamente gli Italiani devono avere a quel gran nome di Scarpa.

Hesselbach osserva che l'ernia femorale completa può incarcerarsi in due parti, vale a dire tanto al-

l'apertura interna quanto all'esterna del passaggio. Anzi, egli dice, i chirurghi antichi conobbero che lo strozzamento era prodotto dall'apertura esterna, avendo essi osservato che si toglieva lo stringimento col tagliare la fascialata. Infatti noi abbiamo veduto che Richter fa osservare che qualche volta sembra che le fibre del fascialata che portansi a questo legamento (fallopiano) sieno l'unica causa dello strozzamento e che l'ernia potè venire ridotta tosto dopo la sezione di queste fibre. E lo stesso Scarpa fino dalla sua prima edizione ha notato che assai volte nell'atto di eseguire l'operazione dell'ernia femorale strozzata nella donna, si era accorto che la tela aponevrotica del fascialata aveva gran parte nel produrre lo strozzamento delle viscere fuori uscite.

Oltre a queste due maniere di strozzamento Langenbech ne annovera una terza, in cui le viscere si trovano incarcerate, col protuberare per qualche punto più debole, o per qualche apertura accidentale nelle pareti anteriori del canale crurale.

A. Cooper poi positivamente dichiara nella sua grand'opera sulle ernie, che lo strozzamento non trovasi mai al legamento del Gimbernat, ma bensì all'arco crurale, precisamente nel punto in cui i visceri escono dall'addome. — Perciò egli rigetta il modo di operare del Gimbernat, al quale obbietta:

— 1.^o L'operazione essere di difficile esecuzione, a

motivo della profondità in cui giace il legamento gimbernatio ; — 2. Volendo tagliare il collo del sacco erniario lateralmente ed inferiormente dalla parte del pube, l'intestino protruso si trova esposto ad essere offeso in due modi, per lo stiramento che si deve fare su di esso, e per l'introduzione della sonda scanalata; — 3. Se l'ernia è voluminosa, il legamento di Gimbernatio, spinto verso l'angolo dell'osso del pube, non offre spazio sufficiente, perchè si faccia su di esso un'incisione tanto estesa, quanto si richiede per poter riporre liberamente le viscere; — 4. L'arteria otturatrice, se per caso circonda il collo del sacco, è più esposta all'offesa che quando si taglia, secondo l'antica maniera, dal basso in alto e verticalmente verso la linea alba nella donna. Perciò egli si attiene a questo metodo, e quando deve eseguire lo sbrigliamento nell'uomo, egli allontana il cordone spermatico, sollevandolo a traverso di una incisione che pratica all'aponevrosi del grande obliquo parallelamente al legamento falloppiano a sei millimetri circa al di sopra del collo dell'ernia, per mezzo d'un uncino ottuso che consegna ad un aiuto. Questo processo è complicato, e non ebbe imitatori.

La pratica del Dupuytren che sbrigliava in alto ed in fuori, senza mai accidenti di emorragia, è una prova che il suo sbrigliamento portava non sull'anello interno, ma sull'esterno, poichè in quel caso avrebbe talvolta leso l'arteria epigastrica.

Velpeau fino dalla sua prima edizione della *Medicina operativa* conchiudeva, che il migliore ed il più sicuro modo di operare questo sbrigliamento senza pericolo, è d'incidere successivamente sopra più punti il margine tagliente del canale crurale (come lo ha accennato Scarpa colle sue scalfiture) nella estensione di una o due linee solamente per ciascuna incisione. La disposizione anatomica, egli dice, del tragitto dell'ernia e le operazioni che ho praticate mi portano a credere che lo strozzamento è sempre prodotto dal margine libero del processo falciforme e giammai dall'anello superiore propriamente detto; di guisa che deve bastare incidere l'apertura inferiore sopra uno o più punti, senza portare il bisturi fino nel ventre, per produrre un sufficiente sbrigliamento.

G. Cloquet colla sua grand'opera sull'ernia avea preparato in Francia il terreno per questa dottrina dello strozzamento, e finalmente Demeaux venne a porvi il suggello colle sue anatomiche osservazioni colle quali fa dipendere lo strozzamento non da uno degli orifizii dell'anello crurale, ove, come abbiamo visto, esistono robusti margini aponevrotici; ma da una delle aperture della fascia cribrosa, la quale, come abbiamo detto poc'anzi, atteso la sua sottigliezza, viene facilmente dalla presenza dell'ernia lacerata.

Questa dottrina è troppo in opposizione colla nostra per lasciarla passare inosservata. Innanzi tutto

duciamo che la dottrina della esistenza di un canale crurale trasportata dal campo anatomico al campo chirurgico è l'origine di questa opinione. Ammesso che l'ernia sia contenuta in un canale il quale, mentre ha una larga apertura superiore, inferiormente non ha alcuna apertura beante da darle passaggio, al punto che appena si conosce un caso eccezionale del Cloquet in cui l'ernia fu vista sortire dal canale per una smagliatura della piega falciforme, ne consegue che a spiegarsi i fenomeni dello strozzamento è convenuto di necessità ammettere che l'ernia per incarcerarsi deve sortire da questo canale a traverso di una delle aperture vascolari della lamina cribrosa.

Demeaux dice dunque di aver trovato che l'apertura della lamina cribrosa, la quale dà passaggio all'ernia crurale, è ordinariamente situata *tutt'affatto* alla parte superiore di detta lamina, benchè una volta l'abbia trovata più di un centimetro sotto dell'arcata femorale. I suoi margini sono sottili e taglienti ed è la sola apertura, a suo dire, che possa produrre lo strozzamento dell'ernia; in guisa che basti incidere il foglietto superficiale (lamina cribrosa) del *fascialata* perchè lo sbrigliamento dell'ernia resti effettuato.

Da questa esposizione si trova una fondamentale divergenza colla dottrina dello strozzamento da noi enunciata: in quella domina l'idea di far contribuire

la parete anteriore del Canale Crurale alla produzione dello strozzamento.

Intorno a questo supposto modo di strozzamento dell'ernia crurale ci permetteremo di osservare che dietro le nostre osservazioni non ha alcun fondamento nè anatomico nè chirurgico, perchè possa essere adattato sia nel campo della dottrina sia in quello della pratica.

Non è sostenuto dal fatto anatomico, poichè non v'ha alcuna delle aperture vascolari del fascia cribriformis, o lamina cribrosa la quale sia capace di dar passaggio all'ernia crurale. Invece la lassezza e tenuità di questa membrana è tale, che al dire dello stesso Demeaux si lascia sempre lacerare dall'ernia. Ora come è possibile poter ammettere un tessuto il quale non ha forza di resistere ad un ernia e poi la strangola e tenacissimamente la strangola? Perchè questo tessuto della cribrosa il quale non ha potuto resistere alla sola presenza dell'ernia, resisterebbe poi al *taxis*?

Il fatto poi chirurgico non dimostra la presenza di questo sottile cercine della cribrosa nella sede dello strozzamento, ma vi sente un ben robusto anello, il quale crepita sotto l'incisione; ciò che non avverrebbe ove fosse la sottile e smagliata tela della cribrosa. Oltre a ciò conviene notare che i residui di questa lamina cribrosa pel volume dell'ernia si ad-

dossano al suo collo nello stesso modo che vi si addossa il margine inferiore dell'anello crurale e perciò nello sbrigliamento per incisione non si può delimitare ciò che all'uno appartiene e ciò che all'altro; ond'è, come dicevano, che non ha alcuna pratica applicazione.

Di questo modo la scuola francese avrebbe stabilita la massima: che l'ernia crurale fa la sua entrata nel canale crurale per l'anello crurale che discende più o meno in basso nel canale crurale fino a sortirne generalmente a traverso di uno dei fori della lamina cribrosa: che perciò a nulla serve lo sbrigliamento portato sopra i legamenti falloppiano e di Gimbernati: che se gli sbrigliamenti praticati sopra questi legamenti hanno riuscito, ciò dipende perchè infallibilmente furono accompagnati dalla divisione del margine della lamina cribrosa che forma anello all'ernia: che lo sbrigliamento in alto ed in fuori di Dupuytren, Sanson, Goyrand, lo sbrigliamento in alto di Velpeau, non sarebbero che delle incisioni della fascia cribri-forme che strangola l'ernia.

Di fronte a questa dottrina le viste e serie obiezioni mosse in ogni tempo e dai chirurghi di tutte le nazioni contro la pratica del Petit di ridurre le viscere fatte erniose senza apertura del sacco, e le forti obiezioni mosse contro il metodo della dilatazione, fa non poca meraviglia vedere questi due metodi seguitati da vent'anni da uno dei più illustri

chirurghi francesi quale è il Malgaigne. Dopo le incisioni d'uso, isolato il sacco e riconosciuto il suo collo, e perciò la sede dello strozzamento che per lo più secondo la scuola francese, è uno dei fori della lamina cribrosa; egli, quando lo strozzamento è recente e che l'intestino può essere *supposto* sano, senza aprire il sacco, insinua fra il suo pedicciuolo e l'orificio aponevrotico un instrumento ottuso come l'apice d'una spatula; e prendendo questo instrumento a piena mano, lo porta *violentemente* indentro per (*éraiiller*) lacerare da questa parte l'orifizio. Immediatamente porta il dito nella dilacèrazione (*éraiillement*) per giudicare se basta, onde ingrandirla se abbisogna e riduce l'ernia lasciando il sacco intatto al di fuori. Allorchè teme che l'intestino possa essere alterato, allora apre il sacco, introduce l'istrumento ottuso fra il sacco e le parti contenute e procede all'*éraiillement* come al solito.

Non ostante che noi ci inchiniamo d'innanzi all'autorità di un Malgaigne, pure noi non ci sappiamo dar ragione della necessità di tanta violenza per lacerare una lamina tanto sottile, quale è la cribrosa se questa sola è la sede dello elemento che strozza l'ernia e ci sentiamo costretti a confessare che non dividiamo con lui tutta la sicurezza che egli ha nel riporre attraverso di un sacco intatto un'ernia *supposta* sana. Quali sarebbero i criterii per *supporre*

sana un'ernia? Quali sono i limiti entro i quali si può giudicare recente uno strozzamento? Io ho operate delle ernie nelle quali lo strozzamento data da tre giorni e l'intestino ha potuto essere ridotto perchè non gravemente alterato: vidi un caso di strozzamento che data da dieci ore e l'intestino era gangrenato. Si potrebbe quindi obbiettare alla pratica del Malgaigne quanto fu obbiettato al Petit e suoi imitatori e che il Velpeau compendia dicendo che vi è a temere che le parti contenute nel sacco possano essere la sede di alterazioni che importi conoscere. A quali accidenti non si sarebbe esposti se l'intestino fosse gangrenato, ulcerato, coartato, avvolto su se stesso, strozzato da una briglia, passato a traverso d'una smagliatura dell'epiploon, o se vi fossero aderenze fra le parti componenti l'ernia? Egli è evidente che in casi d'aderenze la riduzione sarebbe impossibile e che questo genere di sbrigliamento sarebbe insufficiente nel caso che lo strozzamento dipendesse dal collo del sacco.

Dopo le obiezioni ragionate emesse sulla pratica di operare l'ernia crurale strozzata senza aprirne il sacco, non sarò, spero, tacciato di essere nemico del progresso se mi sento di fare tutte le riserve sul modo col quale il belga Seutin propone di fare lo sbrigliamento di quest'ernia col mezzo delle dita senza fare alcuna incisione alla pelle. Se vi ha di che me-

ravigliarsi si è di poter credere che questo metodo abbia potuto avere degli imitatori. Poichè lo dicono, non si nega che Seutin e suoi imitatori abbiano ridotto delle ernie inguinali ed anche crurali con questo metodo, ma io non crederò mai che si sia con ciò praticato uno sbrigliamento; sibbene una *taxis* forzata: e contro l'uso della *taxis* forzata la pratica chirurgica si è già abbastanza pronunciata per rigettarla, specialmente nei casi d'ernia crurale strozzata. Tale è il danno dei tentativi di *taxis* forzata che tutti gli scrittori, e lo Scarpa ha molto insistito su questo punto, hanno riconosciuto una mortalità maggiore nelle operazioni d'ernia incarcerata preceduto da questa manovra.

Il y a des gens, dice Petit, qui veulent reussir à tout prix et se ventent de réduire toutes les hernies; ils compriment, meurtrissent, inflamment l'intestin, et j'ai toujours fait avec répugnance l'opération aux malades soumis à de pareilles épreuves.

L'uso delle dita per effettuare lo sbrigliamento non è nuovo. Richter lo annovera fra i dilatatori. Aperto il sacco, egli dice, si tira l'intestino alquanto fuori dall'anello, onde la parte che ha di più sofferto per la pressione dell'anello durante lo strozzamento, abbia niente a soffrire per la compressione del dito. Quindi si porta a poco a poco e con precauzione il dito indice unto d'olio nell'anello in modo, che la di lui

faccia interna posi sull' intestino senza offenderlo e l'unghia sia rivolta verso il margine superiore dell'anello. Se un dito non basta per una sufficiente dilatazione, se ne introduce a poco a poco un secondo. (1).

Con tutto ciò Richter disapprova la dilatazione colle dita, perchè non è possibile, egli dice, introdurre uno o due dita nell'addome, senza contondere violentemente gl' intestini che sono racchiusi nell'anello, oltre di che, la dice anche inefficace (2).

Il metodo però del Seutin ha questo di diverso da quello accennato dal Richter, che questi opera sull'intestino a nudo, e quello pretende d'insinuare il dito sotto dell'anello costrittore, a traverso della pelle e di tutti gli altri strati sovrapposti. Il dito così rivestito ed invaginato nelle parti molli, acquista una maggiore grossezza, e perde anche la forma del suo apice, rendendo anche inutile l'uso dell'unghia così nascosta nelle carni, e perciò è assolutamente incapace a penetrare nello anello costrittore dell'ernia. Si riduce adunque il tutto ad una forte compressione, ossia ad una *taxis* forzata. E siccome la *taxis* nelle ernie crurali veramente

(1) Con ciò si vede che per introdurre il dito conviene che non esista strozzamento, perchè altrimenti l'intestino non potrebbe venire tratto fuori.

(2) Richter. *Sulle ernie*, § 582.

incarcerate è riconosciuto che raramente riesce, così è lecito inferirne che nei casi in cui Seutin ed imitatori hanno riuscito col dito di sbrigliare e ridurre delle ernie crurali, queste non fossero nella condizione di vero strozzamento, e così sarebbero rientrate con mezzi assai più blandi.

Ramentiamo che uno degli imitatori del Seutin, nel rendere conto del suo operato, osserva che il legamento del Gimbernat, per essere o sfiancato, o rotto, esige non tenue forza; la cute ed il tessuto laminare, restando compressi dalla punta del dito contro il legamento, ne avviene che la cute ne riporti abbastanza grave, quantunque limitata, contusione. Ad impedire la *gangrena* di questa porzione di pelle io soglio, dice l'autore, farne una piega trasversale, ed incido perpendicolarmente la cute pigiata e nell'incisione resta pur anco compreso il tessuto laminare, o lamina superficiale. Così facendo, s'impedisce la gangrena della porzione di cute stata contusa nell'operazione (1).

Perchè se è necessaria l'incisione, dopo la dilatazione digitale, non farla invece precedere, e così cambiare il metodo alla Seutin in quello alla Malgaigne?

Almeno questi non espone la pelle alla mortificazione ed è più sicuro, operando a nudo, di insinuare

(1) V. *Gazz. Med. Ital.*, Prov. Sardo, febr. 1862

l'apice del suo istrumento ottuso fra l'intestino e l'anello costringitore: che invece gli imitatori del Seutin si trovano costretti a riparare al danno portato alla cute coll'incidere questa in secondo tempo. E se tanto danno ne riceve la cute, vogliamo noi dire che l'intestino strozzato non avrà a risentirne alcun nocu-mento? Intanto noi non tralascieremo di far notare che, mentre il Malgaigne dice di operare la dilatazione mediante l'*éraiement* d'un'apertura della lamina cribrosa, gli imitatori del Seutin invece dicono positivamente che sfiancano o rompono il legamento di Gimbernat, ciò che non toglie nè all'uno, nè all'altro di ottenere il lorò scopo, solo ambo esponendosi di far rientrare forzatamente un'ernia strozzata ravvolta nel suo sacco e completamente restando loro ignote le condizioni in cui si trova il viscere che si ripone nel ventre.

§ 6.

Noi riteniamo, abbiamo detto, che il mezzo più sicuro per sbrigliare l'ernia crurale sia l'incisione o chelotomia praticata con uno strumento tagliente, il quale unitamente al cingolo costringitore incida il collo del sacco, ed anzi onde avere perfetta cogni-

zione dello stato delle viscere in esso contenute, debba questo essere inciso in tutta la sua lunghezza.

Sopra qual punto dovrà cadere lo sbrigliamento, quale la sua estensione? Questo è ciò che mi resta ancora ad esporre, descrivendo il modo da me fin qui tenuto nel fare l'operazione dell'ernia crurale.

Io mi sono sempre conformato al precetto di Scarpa di non ritardare molto quest'operazione dopo che qualche tentativo di taxis unitamente all'uso di qualche coadiuvante (bagno, salasso, topici, ecc.) sia stato riconosciuto infruttuoso. Allora, fatta una piega alla cute perpendicolare al legamento falloppiano e datane a tenere un'estremità ad un assistente, con un bisturino convesso incido generalmente questa piega dal margine alla base, e talvolta anche per trasfissione dalla base all'apice. L'incisione è data in modo che resti tagliata la pelle e gran parte del tessuto cellulare sottoposto in una direzione dal fianco al pube e direttamente sopra dell'arcata crurale per un'estensione dagli otto ai dieci centimetri. Rilasciata la piega della cute, si tagliano nel senso perpendicolare all'arcata crurale gli strati sottoposti, incidendoli sopra una sonda scanalata. Egli è a questo modo che, unitamente al tessuto cellulo-adiposo che specialmente nelle donne abbonda in questa regione, vien pure ad essere tagliata la fascia *superficialis* e la lamina cribrosa ove questa avesse resistito al-

l'urto dell'ernia, ciò che raramente avviene, lacerandosi invece in modo da lasciare quasi costantemente il fondo del sacco immediatamente sotto della fascia *superficialis* del femore.

La presenza di questa lamina per nulla complica l'operazione, essendochè indistintamente s'incide sulla sonda scanalata, subendo in questo modo la stessa sorte anche la fascia *propria*, quando si presenti sul campo dell'operazione; imperciocchè non sempre esiste, essendo piuttosto un addensamento del tessuto cellulare sub-peritoneale che accompagna il sacco nella sua discesa, anzichè una membrana particolare.

In questo primo tempo dell'operazione dell'ernia, che consiste nello *scoprire il sacco*, si affaccia una difficoltà a motivo di questo particolare involuppo che circonda il sacco, e sul quale conviene mettere una particolare attenzione raccomandata già dallo Scarpa e da A. Cooper. Infatti dopo incisa la fascia *propria*, oppure in mancanza di questa, dopo la incisione della *superficialis*, si presenta un corpo ovale, pinguedinoso, che, leggermente smosso, si può isolare dalle parti vicine, che nelle persone grasse mentisce una porzione d'omento avente la stessa forma e grossezza che l'ernia; talmente che, dice Scarpa, si arrestano per lo più i giovani pratici ed esitano se hanno aperto o no il sacco erniario, e se l'ernia è veramente omentale.

Ma se la malattia è veramente fatta dalla discesa dell'intestino, premendo dolcemente quel tumoretto pinguedinoso, si sente una certa renitenza ed elasticità che non è propria del grasso, ed osservando ben bene quella capsula pinguedinosa, si vede che non ha la struttura dell'omento. Presa quindi o in un punto o nell'altro con una pinzetta, e recisa a strati, comparisce in fine sotto di quella capsula pinguedinosa il sacco erniario distinto dalla medesima per la sua liscia tessitura e per la sua trasparenza.

Questo punto dell'operazione dell'ernia femorale in ambedue i sessi è dei più delicati, e più ancora perchè, d'ordinario, l'ernia spogliata dei tegumenti è picciola, talvolta picciolissima, sicchè richiedesi per parte del chirurgo una non ordinaria dottrina ed inoltre destrezza grande e leggerezza di mano per separare questo pinguedinoso involto dal vero sacco erniario senza offenderlo o senza ledere le viscere in esso contenute.

Nello stesso senso si esprime l'A. Cooper: — La prima incisione, secondo questo autore, mette allo scoperto la fascia superficiale che procede dal muscolo obliquo esterno; ma se il paziente è magro e l'ernia non è antica, questa fascia si sottrae all'osservazione come quella che è in tal caso leggera e delicata ed aderisce strettamente alla parte interna della pelle. Tagliata che siasi questa, il tumore resta scoperto in

modo che si può vedere distintamente la forma circoscritta dell'ernia; e chi non conosce perfettamente l'anatomia di queste parti si darebbe e credere facilmente d'aver scoperto il sacco erniario. Il sacco trovasi però avvolto ancora in una membrana, la quale è la fascia che il sacco erniario spinge in avanti nel passare per la parte interna della guaina crurale. Si deve aprire longitudinalmente dal collo insino al fondo del sacco questa membrana, e se la persona è pingue, si trova una membrana adiposa che giace fra essa ed il sacco.

Questa, soggiunge il Cooper, è la parte più difficile dell'operazione; perocchè è facilissimo prendere erroneamente la fascia propria per lo stesso sacco; in modo che quando la si è aperta si suppone di avere scoperto il sacco e posto a nudo l'intestino; e seguendo questa idea si corre il rischio di tagliare lo stringimento alla parte esterna del sacco e di rimandare l'intestino ancora strozzato nell'addome assieme col sacco ancora intatto.

Il secondo tempo consiste nell'*aprire* il sacco. Oltre le cautele di uso che si costumano in questo delicato tempo dell'operazione, il sacco viene da me inciso d'alto in basso ed assai ampiamente tanto d'aver sott'occhio tutta la massa erniosa fino alla sua più ristretta parte del collo. Allora incomincia il terzo tempo dello *sbrigliamento*. Questo io lo pratico non

insinuando, come si suol dire, l'apice del dito sotto dell'anello costringitore e sopra quello facendo scorrere l'erniotomo; poichè ciò non mi è mai riuscito; ma ove adoperi il dito come conduttore, applico il polpastrello dell'indice sopra l'intestino in prossimità del suo collo, aiutandomi gli assistenti ad allontanare e tenere in basso il resto dei visceri erniosi e spingendo quanto più posso l'apice del dito contro l'anello costringitore e sulla guida dell'unghia introduco a piatto tra le viscere e il cingolo costringitore un enterotomo sia retto, sia curvo onde fare una prima incisione, la quale talvolta mi riesce piccolissima attesa la tenuissima porzione di enterotomo penetrato sotto del cingolo costringitore. Allora ripeto l'incisione cercando di riapplicare più profondamente l'enterotomo, poco curandomi se ripeto l'incisione nello stesso punto della prima od altrove, essendo per me indifferente il fare queste varie incisioni (tutte però poche profonde) sia in alto ed all'interno, sia direttamente in alto, sia in alto ed all'esterno. Ove non faccia uso per guidare l'enterotomo dell'apice del dito, sopra questo nel modo sopra indicato conduco una sonda scanalata fra le viscere ed il cingolo costringitore e dagli aiuti facendo allontanare le viscere, introduco sulla scanalatura l'enterotomo, e in questo caso uno sottilissimo, e col tagliente in alto faccio una, talvolta più incisioni di una o due linee al

più e così incido unitamente al collo del sacco il cingolo costringitore.

Sopra quale parte cade questo sbrigliamento?

Io credo che cada sopra il margine anteriore ed inferiore dell'anello crurale; sopra quel margine, il quale abbiamo veduto restringersi per abbracciare la vena crurale, che così rimane all'esterno e posteriormente all'ernia; sopra quel margine il quale forzatamente viene rialzato dall'ernia allorchè dalla fossetta crurale fa il suo passaggio nella fossa ovale e che perciò vi si addossa sopra fortemente, formandone il collo, mentre il corpo ed il fondo si espande nella fossa ovale sotto della cribrosa del fascialata che generalmente perciò viene sfiancata e lacerata.

Non escludo che i residui superiori di questa possano addossarsi sul collo dell'ernia e perciò nello incidere il margine inferiore dell'anello crurale vengano pur essi incisi; ma non so persuadermi che tutto lo strozzamento dipenda da loro, mentre vi ha un elemento di tanta e maggiore importanza che si addossa al collo dell'ernia, quale appunto il margine inferiore dell'anello crurale.

In questo modo mi pare che venga escluso nello sbrigliamento dell'ernia crurale il legamento del Gimbernat.

Di questa verità io ho potuto convincermene, oltre le dissezioni anatomiche, anche pel fatto d'operazioni

da me eseguite. Questa verità mi venne pure confermata dalle operazioni eseguite da miei colleghi, nelle quali sempre vidi ottenere lo sbrigliamento dell'ernia, senza di tanto approfondire l'incisione all'angolo interno dell'arcata crurale quanto sarebbe convenuto, affinchè la lama del bisturi fosse pervenuta al margine falciforme del Gimbernat.

Il legamento del Gimbernat, abbiamo detto, trovarsi col suo margine falciforme all'apertura superiore o addominale dell'anello crurale. Da questa apertura a quella inferiore od inguinale corre tutto lo spessore dell'arcata crurale, il quale in media misura, secondo Lawrence, ha mezzo pollice per lo meno; risulterebbe per ciò che ad intaccare il margine falciforme del legamento di Gimbernat, converrebbe almeno fare un'incisione di mezzo pollice, ciò che io dichiaro di non aver mai fatto, nè mai aver visto fare; eppure in ogni caso, con una incisione di una o due linee, l'incarceramento è tolto. Questo risultato si ottiene perchè con questa limitata incisione si intaccano le fibre del margine inferiore ed anteriore dell'arcata crurale, che sono quelle le quali stringono il viscere protruso e lo strozzano.

Che il legamento di Gimbernat non venga inciso nella chelotomia crurale, l'ho potuto constatare sopra deceduti a seguito di questa operazione, nei quali non rinvenni indizio che l'incisione per l'effettuato

sbrigliamento dell'ernia fosse penetrata fino all'apertura addominale dell'anello crurale ed avesse diviso il margine falciforme del legamento di Gimbernat, e me ne sono potuto convincere introducendo il dito indice nell'anello crurale dopo la praticata chelotomia e dopo riposte le viscere nell'addome, col quale mezzo potei sentire intatto il detto legamento.

Ma un'altra considerazione di non minor peso vien pure a confermare questa mia tesi.

È un fatto ammesso da tutti gli autori, perchè dimostrato dalle preparazioni anatomiche che il margine interno del legamento di Gimbernat è talvolta circondato dall'arteria otturatrice allorchè essa per anomalia nasce dall'epigastrica, o piuttosto, come ha dimostrato Cloquet, allorchè nasce da un tronco comune colla epigastrica.

Quando questa anomalia, che non è rara, ed altre che furono osservate, hanno luogo, il taglio del margine falciforme del legamento del Gimbernat è pericoloso, perchè inevitabilmente apporta il taglio di detti vasi e cagiona una emorragia che può addivenire facilmente mortale.

Un simile accidente, che pure dovrebbe di frequente avvenire, attesa la frequenza di queste anomalie, io non l'ho mai visto accadere e tutti gli autori si accordano nel dichiararlo di una rarità tanto eccezionale che non ha alcun rapporto colla frequenza dell'anomalia dell'arteria.

Non sono tutti gli autori d'accordo sul numero dei casi in cui avvengono simili anomalie: noi non ci fermeremo a discutere questo punto di controversia; ci basta il ritenere che non infrequentemente ciò avviene, e che perciò non infrequentemente nello sbrigliamento dell'ernia crurale si dovrebbe avere un caso d'emorragia proveniente dal taglio d'un arteria nell'incidere il legamento di Gimbernati.

Ora come avviene che ciò sia di una rarità così estrema da dirsi quasi impercettibile? Noi non altrimenti ci sappiamo spiegare questo fenomeno che non ammettendo vero il supposto taglio di detto legamento.

Converrebbe andare a ben altra profondità col-l'enterotomo se si volesse portarlo sul margine fal-ciforme del legamento gimbernati: converrebbe fare ben altra incisione di quella che comunemente si fa se si volesse ottenere lo sbrigliamento col taglio di questa aponevrosi; e siccome tutto ciò non si effettua, così mi par logico il concludere che nel comune sbrigliamento dell'ernia crurale non si taglia mai il legamento di Gimbernati nè anche da coloro che appositamente credono di tagliarlo.

Rassicurati intorno allo sbrigliamento fatto all'angolo interno dell'anello crurale, crediamo non sia meno da essere sicuri, circa lo sbrigliamento in alto ed allo esterno, non essendo più fondata l'imminente

minaccia del taglio del cordone spermatico e della arteria spermatica nell'uomo, e dell'arteria epigastrica sì nell'uno, come nell'altro sesso. Questa minaccia era naturalmente fondata per coloro che calcolavano lo sbrigliamento al margine superiore interno dell'anello crurale, ove più immediati sono i rapporti di questi elementi col collo dell'ernia, ma la condizione di questi varia di molto al contrario, allorchè si tratta di praticare lo sbrigliamento al margine inferiore anteriore dello stesso anello. Sappiamo che il cordone spermatico è loggiato nella doccia della tendine del grande obliquo, e perciò è difeso alla sua parte anteriore ed inferiore da tutto lo spessore di questo elemento tendineo; mentre che alla parte posteriore la sola fascia trasversale è quella che lo ricopre. Ora se in uno sbrigliamento interno e superiore è quasi inevitabile il taglio del cordone e dell'arteria spermatica, non essendo difesi dal tagliente, che da una sottilissima fascia cellulosa, niuno è che non veda come questo pericolo è d'assai allontanato dallo sbrigliamento inferiore, ove, per giungere al cordone spermatico ed all'arteria, conviene passare per tutto lo spessore dell'arcata femorale. E siccome, come fu da noi dimostrato, non abbisognano di profonde incisioni per ottenere lo sbrigliamento, così si vede benissimo svanire il temuto pericolo di quest'operazione. Lo stesso si dica

per rispetto all'arteria epigastrica. Scorre essa fra il peritoneo e la nominata fascia transversalis all'interno della parete addominale. È dunque superficialissima all'apertura interna dell'anello crurale, mentre che la divide dalla superficie esterna tutto lo spessore della parete addominale. Ove si sia dunque abbastanza prudenti nello incidere l'anello crurale, sia all'interno (come è più conveniente), sia in alto od all'esterno, si ottiene lo sbrigliamento dell'ernia crurale, senza tema d'incidere nè l'epigastrica, nè la spermatica, nè l'otturatoria arteria, e così viene a scemare quella universale temanza che fe' di questa operazione una sirte, a scampar della quale certo nulla valsero, o varranno le mille accresciute difficoltà delle minutissime o dettagliatissime descrizioni anatomiche, ove ogni fibra, ogni lamina di tessuto cellulare, per infinite divisioni e suddivisioni, apporta un contingente di oscurità e di confusione che assolutamente nuoce all'intelligenza del soggetto ed alla sua pratica applicazione.

Il quarto tempo della operazione consiste nella *riposizione* delle viscere, e quì io seguito la pratica dello Scarpa, prima estraendone una porzione per accertarmi che sono libere, e per esaminare se il loro stato ne permette la riposizione che eseguisco nel modo dall'arte insegnato.

Il quinto tempo è la *medicatura*, ed in questo

io preferisco non medicare la ferita di prima intenzione, sia perchè questo raramente si ottiene, sia perchè talvolta, avvicinando i labbri della ferita con cerotti, in modo che possano riunirsi di prima intenzione, questa, se si fa fra i margini della ferita, difficilmente avviene nel suo fondo, e la successiva suppurazione resta imprigionata qualche giorno, con rischio di risipole, o di infiltrazioni purulente. Faccio una cosidetta medicatura a piatto, sia mettendo delle fila asciutte nel cavo della ferita, sia mettendo della tela bucherellata, o filaccia spalmata di unguento semplice, sopraponendo un cuscinetto di molli fila, e compressa per mantenere un grado di pressione colla fascia a spica.

Egli è colla scorta di questi principii che furono da me eseguite all'Ospedale di Pammatone sei operazioni di ernia crurale, delle quali tre nella sala delle donne e tre nella sala uomini da me dirette. Eccone d'ognuna un breve cenno, assai fortunato di avere ottenuto in ognuna di esse un esito felice.

Num. 1. — Strexino Giuseppe, d'anni 64, facchino, della Foce, ernioso da più anni d'ernia crurale doppia, entrava l'8 febbraio 1864 all'Ospedale di Pammatone affetto da ernia crurale sinistra incarcerata da più di ventiquattr'ore. Praticato un bagno tiepido generale ed un salasso ordinato dall'assistente di guardia, era da me osservato in con-

sulto alla visita della sera delle 5 pomeridiane col degnissimo mio amico e collega il principale professore Lorenzo Botto. L'infermo dal tempo che si trovava all'Ospedale non aveva avuto alcun conato di vomito, nè di vomiturazione, nè di singulto, benchè il tumore ernioso si mostrasse assai renitente al collo ed irriducibile ai varii tentativi di taxis esercitati. Il basso-ventre non era dolente; insomma si convenne che l'ammalato non presentava alcuno dei sintomi proprii dell'ernia incarcerata. Tuttavia non si tralasciò di osservare e di prendere in considerazione un insolito *quietismo* nell'ammalato, il quale nell'assoluto silenzio dei sintomi simpatici ci metteva in forte sospetto che quella calma non fosse un terribile simulacro di ben gravi alterazioni patite dalla viscera fattasi erniosa.

Sotto questa impressione, benchè non vi fossero nè i polsi filiformi, nè la refrigerazione delle membra, nè i sudori freddi, e tutto il corredo dell'ernia gangrenata, si decise l'operazione, che venne speditamente eseguita sulle norme date dallo Scarpa, e si trovò un'ansa intestinale del tenue così fortemente strozzata dal margine inferiore dell'anello crurale che era affatto annerita, benchè non mortificata, e che a sbrigliarla convenne insinuare con difficoltà una sonda scanalata fra il sacco e l'intestino al suo lato interno e superiore, e sulla guida di quella in-

trodotta un bisturi bottonato a lama stretta si potè togliere lo strozzamento incidendo all'esterno il margine inferiore dell'anello crurale per una estensione non più di due linee. Rimesso l'intestino, l'infermo sortì guarito dalla sala addì 29 marzo, non senza essere stato colto dalla risipola alla coscia e fianco corrispondente, pagando così un tributo a quella dominante malattia, dalla quale se potè fortunatamente campare, gli convenne andare a cercar sollievo nella sala medica ad una antica affezione precordiale.

Num. 2. — Caffierata Bartolommeo, d'anni 60, giornaliero, di S. Martino d'Albaro, non*antecedentemente ernioso, o forse affetto da ernia crurale incipiente, il giorno 23 giugno avendo a sostenere colle spalle l'urto d'un grave peso, si ruppe, come egli disse, all'anguinaia destra, e fu tosto inviato all'Ospedale di Pammatone ove fu riconosciuto affetto da ernia crurale destra incarcerata. Alle ore 11 di notte chiamato d'urgenza a visitarlo, e sentito a consulto, come d'uso, il collega principale professore Botto, si decise immediatamente l'operazione, essendosi previamente praticato un salasso, appena datando da dieci ore l'incarceramento. Praticata, come di consueto, l'operazione, ci ebbimo ad applaudire di non averla dilazionata, tale si trovò l'ansa intestinale strozzata in condizione di incep-

pata circolazione ed innervazione da minacciare imminente la gangrena. Anche in questo caso l'incisione di due circa linee praticata al margine inferiore dell'anello crurale bastò a togliere lo strozzamento, ed avvertasi che l'incisione fu fatta in alto ed un poco all'interno. L'ammalato sortì guarito il 14 luglio.

Num. 3. — Benvenuto Alessandro, d'anni 82, spazzino, affetto da molti anni d'ernia crurale destra ed ombilicale, portava abitualmente il cinto; quando, a seguito di non ben nota causa, l'ernia crurale gli si incarcerò, e temendo l'azione della mano chirurgica si tenne senza consiglio in sua casa fino al terzo giorno, allorchè, insorgendo sintomi gravissimi, fu trasportato all'Ospedale il giorno 10 di luglio. Ivi, male indicando la sua malattia, fu accolto nella sala medica, finchè nella notte un pertinace singulto e la ripetizione di vomiti stercoracei mettendo sulle tracce del suo male, si mandò per urgenza a chiamarmi unitamente al collega consulente Prof. Botto. Riconosciuta un'ernia crurale strozzata con i sintomi più allarmanti di incarceramento, non escluso il perfrigeramento delle estremità, i sudori freddi ed i polsi esili, ecc., si decise immediatamente per l'operazione, alla quale si rifiutava l'ammalato. Quasi suo malgrado questa si eseguì, e l'ansa d'intestino strozzata appena è se ci permise di poterla riporre, tali erano le sue cattive condizioni.

Il sacco presentò la varietà di bilobato. Infatti, messo allo scoperto il sacco erniario ed inciso, lo si trovò di uno spessore considerevole e vuoto. Verso il collo dello stesso si osservò un diverticolo che condusse ad altro sacco sottoposto al primo, inciso il quale fu visto contenere una piccola ansa intestinale annerita per lo patito strozzamento. Sbrigliata l'ernia per un'incisione interna e superiore delle fibre anteriori dell'anello crurale ed esportata buona parte dell'antico sacco, l'infermo senza gravi complicanze partì guarito il 2 settembre.

Nella sala chirurgica delle donne da me diretta nel 1860 ebbi ad osservare dodici ernie crurali, delle quali una era libera, e perciò non abbisognò che di essere ridotta e contenuta; sei presentavano sintomi di strozzamento e furono ridotte col taxis coadiuvato da altri mezzi terapeutici, fra i quali specialmente il bagno tiepido generale ed il salasso. Le rimanenti cinque furono sottoposte all'operazione della chelotomia, delle quali tre nella clinica chirurgica del professore Botto, e due furono da me operate con felice successo. Egli è solamente di queste che darò un breve cenno a comprowa dei principii sostenuti in questo scritto.

Num. 4. — Passalacqua Maria, d'anni 50, entrava il 5 ottobre all'Ospedale affetta da ernia crurale sinistra incarcerata da tre giorni. Essa era

abituamente erniosa, e senza il concorso di una causa bene determinata fu colta dai sintomi di strozzamento, per i quali fu sottoposta ripetutamente al taxis durante i tre giorni che rimase a casa, in capo ai quali fu inviata all'Ospedale con vomito stercoraceo, polsi filiformi, perfrigerazione delle membra e bassoventre tumido e dolente. Riconosciuto trattarsi di un'ernia crurale strozzata che non ammetteva dilazione, fu immediatamente operata nella notte stessa del 5 ottobre e si trovò un entero-epiplocele contenuto in un sacco erniario d'antica data, come pure l'omento aderente al collo del sacco mostrava d'essere stato ernioso da molto tempo, mentre l'ansa intestinale sottoposta nera ed ecchimosata con versamento siero-sanguigno, mostrava di essere una porzione fattasi erniosa di recente. L'ernia si può dire fosse affatto sottocutanea; nello incidere gli strati ad essa sovrapposti non si poté scorgere altro che il tessuto cellulo adiposo sottocutaneo e lo strato cellulo-adiposo che involgeva il sacco, senza indizio d'altro elemento anatomico fibro-celluloso. Lo sbrigliamento si effettuava mediante una incisione interna e superiore fatta sul margine inferiore ed anteriore dell'anello crurale che permise di riporre l'intestino, recidendo porzione d'omento e del sacco. L'ammalata sortiva guarita il 13 dicembre.

Num. 3. — Gaggero Maria, d'anni 66, contadina,

erniosa solamente da qualche mese, dietro uno sforzo fatto, s'incarcerò l'ernia crurale sinistra e dopo 24 ore fu trasferita all'Ospedale il 27 ottobre, ove immediatamente venne operata al mio giungere per essere già stato messo in opera ed infruttuosamente il *taxis*. Anche in questo caso l'ernia si mostrava sotto la fascia superficiale; essa era composta di solo intestino che venne sbrigliato all'esterno con due piccole incisioni al margine inferiore dell'anello crurale. L'inferma benchè colta da *delirium tremens* che fu sedato con larghe dosi d'oppio, pure guarì di prima intenzione e sortiva dopo un mese dall'operazione.

Num. 6. — Puppo Maria d'anni 60 era da varii anni erniosa, ma non portava cinto: quando colta dai sintomi d'incarceramento, dopo quattro giorni di nessuna cura avuta in casa sua, venne condotta li 3 aprile 1862 verso sera all'Ospedale Pammatone ove per breve tempo provata la *taxis* ed un bagno generale venni fatto chiamare dall'assistente di guardia onde provvedere in proposito. Trovai un'ernia crurale sinistra con sintomi di strozzamento, ed atteso il tempo già scorso dall'epoca che erano incominciati, non indugiai ad operarla unitamente a detto assistente di guardia dopo due ore e mezza dalla sua entrata all'ospedale. In questo caso il sacco ernioso era appena sotto l'aponevrosi superficiale e poco era lo strato cellulo-adiposo che involgeva il

sacco atteso lo stato di magrezza della donna. Strettissimo invece era il cingolo che si addossava al collo dell'ernia ed appena si potè scalfire nella prima incisione direttamente in alto praticata; onde convenne ripeterne una seconda, dopo della quale l'intestino annerito, ma non ecchimosto e di una consistenza ancora soddisfacente fu ridotto e la donna senza aver incorso in alcun accidente consecutivo sorti dall'Ospedale guarita li 13 maggio.

Num. 7. — Tixi Maria, d'anni 72, senza essere prima mai stata erniosa, fu colta dai sintomi di strozzamento il giorno 14 marzo 1862 e mandato per un chirurgo, questi le prodigo tutti i soccorsi, unitamente alla taxis, che si sogliono impiegare e specialmente in tre giorni la salassò sei volte. Non potendo rientrare l'ernia e peggiorando lo stato dell'ammalata fui chiamato a consulto e trovando che null'altro vi restava a fare che l'operazione, mi vi accinsi con l'assistenza del dott. L. Viviani mio assistente all'Ospedale Pammatone.

In questo caso il tumore erniario era assai piccolo. Si approfondava quindi di molto nella piegatura della coscia, e il tempo di scoprire il sacco e di aprirlo fu assai lungo. Il sacco era avvolto in quella capsula pinguedinosa che simulava l'omento. Fu assai sten-tata l'introduzione di una tenta scanalata sotto l'anulo costringitore. Una sola incisione fatta con il bisturi

falciforme di Pott bastò a sbrigliare lo strozzamento incidendo appena le fibre inferiori dell'anello crurale. Essendo rimasta ferita la vena superficiale addominale, dopo aver riposto l'intestino ecchimosato ed in un punto abraso dalla membrana peritoneale, posi delle fila asciutte fra i labbri della ferita e la guarigione era in venticinque giorni compiuta. Nei primi giorni stentarono a rimettersi in corso le materie intestinali che provocai da prima con due clisteri resi purganti con sale di cucina, e quindi con emulsione fatta con olio di ricino.





