



GUIDA
ALLA
CLINICA CHIRURGICA

PER

DOTT. FRANCESCO PETRONIO

—————
FASCICOLO PRIMO
—————









GUIDA
ALLA
CLINICA CHIRURGICA

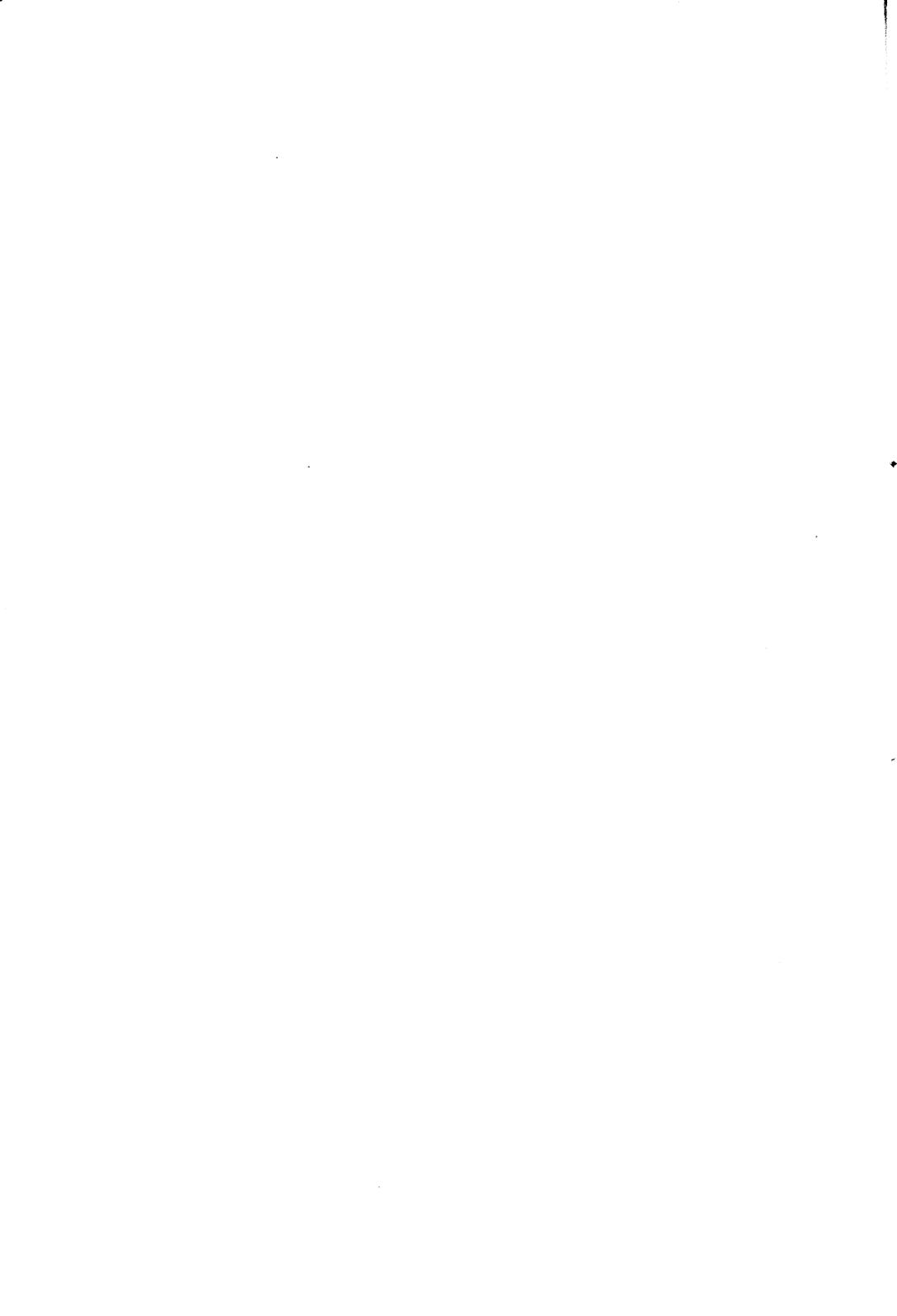
PER

DOTT. FRANCESCO PETRONIO

INSEGNANTE PRIVATO DI CHIRURGIA TEORICO-PRACTICA
SOCIO ONORARIO DELL'ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA NAPOLETANA
GIÀ AIUTANTE DELLA CLINICA-CHIRURGICA UFFICIALE IN NAPOLI EC.



NAPOLI
STABILIMENTO TIPOGRAFICO DELL'UNIONE
Strada nuova Pizzofalcone, 44
4872



All' Illustr.

FRANCESCO RIZZOLI

DI BOLOGNA

Che riunendo in sè mirabilmente
Elevato intelletto e mano arditissima
Tiene alto l'onore e le tradizioni gloriose
Dell' italiana chirurgia
Ammiratore sincero di lui

L' autore

Questa sua piccola fatica
In attestato di stima altissima e affetto riverente
Cordialmente gli offre



PIANO E SCOPO DELL'OPERA

Quidam praeceptis, esto brevis

Il nostro lavoro avendo l'obbietto di agevolarci lo studio clinico delle malattie chirurgiche, è soprattutto un lavoro di metodo. Non spetta a noi dimostrare, in questo luogo, la importanza di tenere un metodo facile e razionale, in ogni genere d'investigazione, e soprattutto nella chirurgia; la quale risultando da molteplici osservazioni particolari, più che altra parte delle discipline mediche, sente il bisogno di una coordinazione, per quanto più è possibile, esatta e sicura. Egli è perciò che spinti da tale necessità abbiain pensato che un libro, il quale in breve mole tratti con chiarezza del processo logico per conoscere le singole malattie chirurgiche, sia non che utile, necessario: tanto più che la patologia interna conta qualche buon libro inteso a tal fine, e parto d'ingegno italiano. Nel tempo che corre crediamo ancora che il nostro libro sia indispensabile; imperciocchè la osservazione e lo esperimento, avendo arricchito la medicina e le scienze naturali tutte, di moltissime conoscenze particolari, si à il dovere da chi insegna, di raggruppare i singoli fatti, mettere in evidenza i meno chiari, collegare gli altri e presentar tutti a tal modo, che i discenti in chirurgia

possano, in maniera meno difficile, servirsene a vantaggio nell'esercizio dell'arte loro. *È un vero indirizzio alla clinica chirurgica* che intendiamo presentare; e per esso, i giovani esercenti, troveranno meno difficile il cammino per conseguire la diagnosi, che è senza dubbio il più grave problema della clinica chirurgica. Noi però siamo ben lungi dal credere, che il nostro lavoro, a tutto satisfi, che sia una guida sicurissima ed infallibile: tale sarebbe una troppo pretenziosa aspirazione dal conto nostro; siamo nondimeno convinti che alcun poco di utilità frutti, e ciò ci basta, a non renderci peritosi nella trattazione del nostro argomento. Se non che a meglio delimitare il nostro piano, ed a chiarire lo scopo che ci abbiamo proposto, ci par cosa utile dire in anticipazione, che gli studii delle cose chirurgiche, non possono attualmente staccarsi da quelli, che sono di pertinenza medica: e però la distinzione tra i due campi di morbi medici, e cerusici è affatto arbitraria, ed ingiustificabile. Già il nostro rimpianto Ranzi fin dai suoi tempi parlò alto su tale proposito: e ben disse quando affermò, che lo studio delle sedi, delle cause, del decorso e della stessa terapia non possono fornirci ragioni tali da bene delimitare il campo delle malattie mediche, da quello delle chirurgiche. Infatti le due patologie hanno legami sì stretti tra esse, come gli organi diversi hanno tra loro un intima solidarietà; ricevono entrambe leggi comuni dalla patologia generale; e i vicendevoli legami si stringono più e più sempre, in ragione diretta della coltura sulle scienze affini, che hanno gli esercenti delle cose mediche ed i chirurghi pratici. Solo ci pare che una differenza esista tra i due capi; ed è una differenza

di metodo diagnostico; imperciocchè mentre, che il medico nel suo esame prende a punto di partenza le condizioni generali degli organismi infermi, come gli alterati poteri fisiologici, le diserasie, le costituzioni organiche e procede così allo studio di una località affetta: il chirurgo per contro, nel suo clinico esame, prende a punto di partenza la località morbosa e procede da questa allo studio delle cause, delle condizioni generali: comincia ove il medico finisce, e termina ove quest'ultimo principia; il medico in gran parte raggiunge la sua diagnosi con un processo logico di *deduzione*, il chirurgo la raggiunge con processo logico *d' induzione*. A questa diversità di metodo diagnostico s'aggiunge un'altra desunta dalla terapia, ed è che nella gran maggioranza dei casi, il chirurgo adopera espedienti passivi per sè stessi, se non agissero per la forza e la direzione della sua mano: espedienti in altri termini *«maccanici»* mentre che il medico adopera rimedii dotati di un'azione fisiologica e chimica, i quali per mezzo dello assorbimento spiegano un'azione, che è assai più difficile misurare, e proporzionare in casi speciali. A quanto ci sembra son queste le differenze rigorosamente vere tra le due patologie, e solo su di esse fondandoci, noi possiamo dire di fare un lavoro, che versi a facilitarci esclusivamente lo studio della clinica chirurgica.

La natura del nostro argomento ci obbliga a dividere il lavoro in tre parti. Nella prima esporremo categoricamente il concetto della diagnosi chirurgica e il modo come raggiungerla.

Nella seconda applicheremo il medesimo processo, per diagnosticare i morbi, che si possano trovare in

tutte le sedi, e prendendone le generali indicazioni terapeutiche.

Nella terza parte infine studieremo i morbi propri di ciascun tessuto od apparecchio, i quali per l'uso e la terapia appartengono al dominio puramente chirurgico.

Tale divisione ci pare logica ed eminentemente pratica, imperciocchè mentre per essa ciascuna parte del lavoro, può essere dalle altre indipendente ed autonoma; serbano poi tutte, tra loro, rapporti assai intimi, che si coordinano e si dan mano, rappresentando tre gradazioni logiche di classifica il genere, la specie, e l'individuo.



PARTE PRIMA

« La scienza della diagnosi tiene il primo posto tra tutte le parti dell'arte e ne è la più utile e la più difficile. La cognizione del carattere proprio a ciascun genere di malattia e delle sue differenti specie, è la sorgente delle indicazioni curative. Senza una diagnosi esatta e precisa la teoria sarà sempre difettosa e la pratica spesso infelice ». —

Louis, *Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie* V. 3^o p. 4.

CAPITOLO I.

DIAGNOSI CHIRURGICA

Suo concetto, sua distinzione di sede e di processo, suoi fondamenti, criteri da quali viene desunta, e esame di essi. Sintomi, classifica e studio de' medesimi.

§ 1.^o

Il grande italiano Giorgio Baglivi, diceva che diagnosticare un morbo importava conoscere di esso tre cose: ciò che è, dove stà, chi lo produce: *qui morbus sit, quae morbi sedes, quae morbi causa*; e però, la diagnosi doveva contenere le tre conoscenze: di processo o natura, di sede e di cagioni. In verità le ricerche di questi tre capi ci forniscono la conoscenza esatta di una malattia, e però noi abbracciamo in massima la formula del Baglivi, compendiandola ancora dipiù; raggruppando cioè, l'esame delle cagioni nello esame del processo, ed avremo perciò che il clinico chirurgico debba diagnosticare il processo morboso, e la sede precisa di questo. Se non che, nella clinica

chirurgica la conoscenza della sede del morbo, è della maggiore importanza, imperciocchè essa c'illumina sulla natura del processo che si presenta, più di quello che lo studio anticipato del processo, possa illuminarci sulla sede medesima; e d'altra parte lo studio della sede spiega maggiore influenza per la scelta dei mezzi terapeutici, massime se di espedienti molti energici, abbiamo di mestieri. Queste considerazioni perciò ci danno pieno dritto di farci stabilire, che il clinico chirurgico deve, prima d'ogni altra cosa, por mente a conoscere la sede anatomica del morbo che vuol studiare, delineandone quanto più può esattamente i confini. Lo esame della natura del processo morboso segue immediatamente, ed in moltissimi casi il previo studio della sede, ci fornisce non solo dei preziosi indizii, ma spesso ancora ci fa escludere certi supposti processi, ci fa ammettere certi altri con rigore quasi diremmo matematico. Chi non conosce che le inserzioni di certe fasce aponevrotiche formano tali barriere che delle raccolte di marcia, o di urine restano in una sede determinata, o si espandono verso il luogo: « *minoris resistentiae?* » Chi non sa che esplorando un determinato organo, noi ammettiamo, o escludiamo categoricamente certe determinate malattie? Egli è dunque chiaro, che nella clinica chirurgica lo studio della sede anatomica del morbo è il primo problema che si presenta e che abbiamo il dovere di sciogliere. Viene in secondo luogo, l'esame del processo o natura particolare della malattia, e diciamo ancora che questo secondo momento di studio, può fornirci anch'esso qualche dilucidazione per ben precisare certe sedi; l'esame, ad esempio, dei sintomi funzionali, ci conduce a stabilire alcune fiato le alterazioni di certi organi, o di certi tessuti. Riepilogando dunque diciamo: *che la diagnosi chirurgica esatta, si poggia sulla soluzione di due quesiti: sede della malattia: processo e natura della stessa.*

Se non che, lo studio della sede anatomica non è

così facile come a primo aspetto potrebbe parere; egli è vero, che le sedi de' morbi chirurgici nella maggior parte dei casi sono esterne, o accessibili più o meno all'esplorazione; ma è pur vero che due grandi difficoltà ci si presentano. L'una è che la stazione di un morbo per un certo tempo in alcuni organi, l'indole sua distruttiva o neoplastica e altre circostanze, di congenita mancanza, o deformità, possono talmente turbare i rapporti anatomici, e alterare i caratteri morfologici e funzionali dei tessuti o degli organi, da trarci in errore sulla vera sede della malattia. L'altra difficoltà consiste a ben delimitare la sede stessa sotto tre capi: *superficie, profondità, e rapporti*; e però l'aver sempre in pronto l'anatomia regionale o topografica, è cosa indispensabile a chiunque voglia coscienziosamente fare da clinico chirurgico.

Sventuratamente di anatomia regionale chirurgica, abbiamo ben pochi libri nazionali; intesi meno a giovare la chirurgia, che a moltiplicare oziosamente gli strati dei tessuti, e a rendere sempre più slegati tra loro i concetti di applicazione. Chi conosce a fondo la grande importanza dell'anatomia regionale nella chirurgia clinica, trova che questa difficoltà è abbastanza seria, per essere ricordata e deplorata nello stesso tempo.

Queste due difficoltà, che si oppongono a farci bene determinare la diagnosi di sede, fortunatamente non hanno che un'importanza relativa; esse non sono di natura diversa, e vengono combattute con un mezzo solo; questo mezzo è lo studio severo delle cose anatomiche; chè la prima è combattuta dalla anatomia patologica chirurgica, la seconda dall'anatomia regionale. Noi abbiamo notato queste difficoltà, nel senso di studiare esattamente, e per tutt'i lati la questione diagnostica della sede, e abbiamo accennato al rimedio; ma ci conviene dire, che coloro i quali si dedicano alla chirurgia clinica, comprendono pur troppo, la importanza delle cose anatomiche. *La sede dunque*

di ogni morbo, di pertinenza chirurgica, dev'essere determinata in superficie, profondità, e rapporti.

Più difficile senza dubbio è il lato della diagnosi, che riguarda la natura o il processo della malattia; avvegnachè non solo l'anatomia regionale e patologica, ma la fisica, la chimica, la fisiologia sperimentale, la meccanica, la statistica, debbono fornire la loro contribuzione alla diagnosi stessa. Nel tempo che corre è impossibile sottrarsi all'applicazione di quelle scienze, allorchè si vuol fare davvero il clinico. La diagnosi di forma solamente, è caduta col *nosografismo puro e semplice*. Dispiacevolmente però è caduta più in basso di quello che avrebbe dovuto; imperciocchè noi pensiamo, che lo studio nosografico delle malattie chirurgiche, abbia ancora la sua importanza diagnostica. L'indirizzo moderno è eminentemente complessivo, e noi non siamo di quelli, che pensano essere la nuova scuola il contrapposto dell'antica, che l'una sia agli antipodi dell'altra: invece ci pare di vedere due grandi periodi della scienza succedentisi e legantisi tra essi; il primo, che si è svolto da Ippocrate a Morgagni: l'altro che comincia da quest'ultimo e forse avrà progresso indefinito. Posto questo principio, che lo studio nosografico à pure il suo gran valore per la diagnosi del processo morboso chirurgico, dobbiamo aggiungere che esso, non è ora ciò che era un tempo: invece si è sempre più arricchito, in quanto che, i mezzi d'investigazione non pure si sono perfezionati, ma eziandio si son resi più numerosi. L'applicazione del microscopio alla clinica, ci fa conoscere e valutare le più sfuggevoli e sottili qualità morfologiche di un tessuto o organo ammalato; la chimica ci fa conoscere e anche misurare certe fiati, dei cangiamenti molecolari intimi, che subiscono i tessuti infermi; infine il termometro, il laringoscopio, lo speculum, l'uretroscopio, lo stetoscopio, vengono in soccorso dei nostri sensi, e ci forniscono la

conoscenza di certe forme (sintomi) di morbi collocati in sedi riposte. Sicchè il nosografismo stesso, che era quasi il solo fondamento della diagnosi antica, attualmente arricchito, per sottili e numerose osservazioni, è chiamato anch'esso al suo vero posto, e rientra tra gli elementi fondamentali, da cui il chirurgo deve cavare il suo giudizio diagnostico. Il progresso però delle scienze affini e della patologia, non è solamente arricchito il nosografismo di sole forme nuove investigate dai mezzi enumerati più sopra; ma esso lo ha trasformato, nel senso che ciascuna forma si è studiata nei suoi fattori anatomico-fisiologici, e nella sua significazione clinica.

Vedremo più tardi, parlando dei criterii diagnostici, in che conto dobbiamo tenere lo studio della forma, e qual posto debba esso occupare nell'esame clinico, e però diciamo ora dei fondamenti generali della diagnosi chirurgica.

§ 2.^o

Questi fondamenti possono ridursi a due principalmente. *L'osservazione* e lo *esperimento*. Gli antichi clinici non conoscevano che il primo; e anche in modo incompleto, avvegnachè si sappia, come l'uso di certi mezzi atti a migliorare l'esercizio dei nostri sensi, era ad essi affatto sconosciuto; e però poco numerose, le forme raccolte, appena enumerate, e poco nulla studiate in rapporto all'anatomia, alla fisiologia e alla clinica. Noi non abbiamo bisogno di dimostrare, quante l'osservazione moderna stia al disopra dell'antica, vuoi per la ricchezza dei trovati, vuoi soprattutto, per il valore diagnostico e per il posto scientifico dato a questi ultimi. Non dobbiamo, nè vogliamo fare una storia critica della chirurgia: avvegnachè dovremmo fare la storia del gran movimento d'applicazione, in cui si troviamo, tanto la chirurgia si avvantaggia, e si mette in rapporto con tutte le scienze naturali, che esse la



indirizzo sperimentale, si trovano in via di grande incremento e di progresso quasi incalcolabile: contenziamoci solo a dire aforisticamente: *l'osservazione minuta intesa a rilevare le forme, e le alterazioni dei tessuti, è il primo fondamento della diagnosi*. Viene in secondo luogo *l'esperimento*; il quale può essere un fondamento immediato o mediato della diagnosi chirurgica, a seconda che i suoi risultati si anno o dal caso clinico, che vogliamo diagnosticare, o dalla riproduzione di lesioni simili praticate artificialmente sugli animali, studiate su questi, e per legge di analogia, adibite allo studio clinico. Il concetto però dello esperimento sta nell'interrogare l'organismo creando certe lesioni; ma è uopo confessare, che la sua applicazione non è molto larga; e sebbene le ferite, le scottature, le contusioni, le fratture, le lussazioni, le necrosi per trombi ed emboli e per tossici fatti ingerire possano riprodursi artificialmente sugli animali, e su questi studiarsi: e che (salvo alcune accidentalità di sede) si producono, si svolgono, si guariscono nel modo medesimo, con le stesse leggi d'istogenesi, che governano i tessuti umani; nullamano la chirurgia spiaccevolmente abbraccia lo studio di altri e molti processi affatto irriproducibili artificialmente. Dalle quali considerazioni ci pare doversi ricavare questi due pronunciati clinici:

1.° *L'Esperimento diventa fondamento della diagnosi chirurgica in un campo limitato di lesioni.*

2.° *Esso è parimenti concludente, che l'osservazione, quando s'imita più che si può il processo naturale, con cui si svolgono le lesioni riproducibili.*

Tali conclusioni a proposito dello esperimento, emergono rigorose, e si badi soprattutto di non spingere lo spirito d'applicazione sperimentale oltre i limiti assegnati; imperciocchè far gridare l'organismo non è interrogarlo, in tal caso l'esperimento ci farebbe trarre conclusioni più larghe delle premesse, e l'argo-

mentazione diagnostica ne verrebbe falsata. Sicchè rifacendoci sull'esposto, riferriamo queste proposizioni, a proposito dei fondamenti della diagnosi chirurgica: 1.^o *Osservazione sempre e larghissima*; 2.^o *Esperimento acconcio e quando si può*. Essendo questi i fondamenti obbiettivi della diagnosi chirurgica è chiaro, che per la loro *universalità*, da essi ricaviamo quasi tutto il materiale clinico sul quale: in secondo tempo, s'esercita l'attività della mente, ed eleva l'edilizio diagnostico. Se non che, fornendo essi molti e svariati elementi, è indispensabile classificare questi ultimi in determinate categorie. Tale classifica non dev'essere arbitraria; e se gli elementi di fatto, che si coordinano, sono in massima parte il prodotto dell'attività dei nostri sensi, la classifica, per converso, deve essere l'espressione e il risultato dell'attività critica e della ragione.

§ 3.^o

Poste queste basi fondamentali, alla diagnosi chirurgica, *osservazione* cioè ed *esperimento*, gran parte dei fatti che la investigazione per mezzo di esse raccoglie, è detto con linguaggio di scuola *sintomatologia* o *forma nosografica*. Se non chè, nella clinica chirurgica, mal si possono delineare i confini tra i sintomi e le lesioni anatomo-patologiche propriamente dette. La ragione di ciò è intrinseca alla sede esterna della malattia: difatti quando noi diciamo *soluzione di continuità* di un tessuto, mentre dichiariamo una determinata lesione, noi enunciamo un sintoma; dire sclerosi di un organo, bordi ulcerosi tagliati a filo, o sfrangiati etc. annunziamo insieme la lesione anatomo-patologica di un tessuto, e la forma nosografica, che servendoci come elemento di diagnosi, noi appelliamo sintoma. Tale compenetrazione di fatti non è possibile così largamente nei morbi medici propriamente detti; imperocchè trovandosi le le-

sioni riposte, in molti casi, nelle cavità splanclliche, esse si sottraggono alla investigazione *immediata* dei sensi, e però si osserva in quei casi non la lesione; ma il segno o l'espressione di essa; ed è perciò che mentre nella clinica di malattie interne si può fino ad un certo punto classificare in categorie distinte le lesioni ed i sintomi; ciò in clinica chirurgica nè è agevole, nè molto pratico. Tale considerazione intanto, non menoma punto la importanza delle lesioni anatomico-patologiche, nel lavoro diagnostico chirurgico; chè anzi essendo esse nella nostra clinica più accessibili all'esame immediato dei sensi, e avendo ad esse annesso il concetto di sintomi, ci corre l'obbligo di bene osservarle, e di meglio raccoglierle e coordinarle. Stabilito così il concetto vero delle lesioni e dei sintomi, noi non abbiamo fatto che un passo solo, sebbene importante, per giungere il giudizio diagnostico; altri dati ci occorrono i quali alla lor volta contribuiscono a farci completare la diagnosi, ed essi sono desunti dall'esame di altri fatti, inerenti è vero all'infermo; ma apprezzabili meno dai sensi del clinico, che dalla ragione del medesimo. Così il corso o la durata della malattia non è che un valore determinato all'insieme dei fatti che si svolgono successivamente in un infermo di morbo chirurgico. In tal caso, obbiettivamente parlando, non esiste che *successione di fatti* più o meno sfuggevoli, od apprezzabili; ma tali fatti investiti dall'attività della mente, e riniti tra loro, costituiscono ciò che dicesi: *decorso o durata* della malattia.

Questo esame che comprende la *quantità* di tempo, che intercede dal principio del morbo alla sua fine, può illuminare il clinico nelle sue investigazioni diagnostiche e riuscire un mezzo prezioso per conoscere l'affezione morbosa che stiamo studiando, non pure; ma per ammettere un morbo piuttosto che l'altro: per farci abbracciare indicazioni curative speciali, pronte o lente al bisogno, e farci formulare net-

tamente in certi casi il giudizio pronostico. Di fatti qual clinico nei casi di alcuni neoplasmi non si è giovato del criterio di durata o di decorso? Egli è per questo solo, qualche volta, che si diagnostica un carcinoma, o un altro tumore, stantechè la forma nosografica può essere ingannevole, presentando note non caratteristiche, ma comuni a parecchi tumori. E non solo alla diagnosi di queste affezioni, riesce prezioso e concludente l'esame del decorso; ma le malattie del sistema osseo, le articolari, le ernie, le ulcere etc. restano chiarite e determinate per esso. Quale importanza ne tragga la terapia non è chi nol sappia: l'operare e il non operare stanno racchiusi in certi casi nell'esame della *durata* della malattia. Egli è per conseguenza, che la divisione, che i pratici fanno del decorso in *acuto*, *subacuto* e *cronico*, o come noi crediamo più proprio, in *lento* e *rapido*, non è una divisione scolastica; ma una distinzione eminentemente pratica.

I sintomi e lesioni, ed il decorso del morbo non bastano sempre a farci diagnosticare nettamente una malattia chirurgica. Questa come alterazione materiale è prodotta da fattori di natura diversa, e però lo studio di questi fattori nella loro natura, nel loro numero, nel loro modo d'azione, costituisce l'*esame etiologicalo* propriamente detto. Tale esame è indispensabile nella clinica, e qualche volta concludentissimo nella clinica chirurgica, nel senso, che in certi casi una lesione gravissima per la immanenza dell'agente causale nei tessuti, può divenire cosa ben lieve, se quest'agente si conosce e si amuove.

Le cause dal punto di vista chirurgico si compendiano in due ordini: *estrinseche* e *intrinseche*. Le prime comprendono: a) *Cagioni meccaniche* o con linguaggio chirurgico *cagioni traumatiche*. b) *Cagioni virulente*. c) *Cagioni tossiche*. d) *Cagioni reumatizzanti*. Le seconde abbracciano molte malattie ad infezione acuta o cronica, discrasiche etc.

le quali alterando i poteri nutritivi e formativi dell'organismo, e impoverendo il sangue preparano accessi, ulcere, morbi articolari, emofilia, etc. E questa l'enumerazione delle cagioni obbiettivamente considerate; ma è innegabile che possono starci delle peculiari disposizioni, che alla lor volta spiegano una certa azione lentamente produttiva di morbi appartenenti alla chirurgia. Tali disposizioni, che a noi pare doversi meglio chiamare *influenze etiologiche* anzichè cagioni, le troviamo nell'età, nel sesso, nel mestiere, nella vitifazione, nelle condizioni climateriche e via via. Così certe lesioni dei vasi arteriosi (aneurismi) dipendenti da ateromasia, o dalla faticosa e protratta stazione eretta, certi accessi cronici, alcune cancrene, ernie, fistole, ulcere etc. La maggior parte di queste *influenze etiologiche* venivano scolasticamente dette *cause predisponenti*: pare a noi che in tale parola si racchiuda un certo senso di passività, che urta col concetto di cagione; mentre d'altra parte possiamo veder chiaro, che esse, sebbene alquanto oscuramente, e lentamente, pure preparano morbi gravissimi; di qui il vocabolo *influenze etiologiche*, che abbiamo preferito, come quello che s'attaglia meglio al nostro concetto sulle azioni delle cause nell'organismo vivo, le quali possono variare solo nel grado della loro attività.

L'esame delle cagioni così determinato, comprende quello che scolasticamente è detto *anamnesi*. Difatti le *notizie anamnestiche* propriamente dette, si rapportano in gran parte alle *influenze etiologiche* più sopra enumerate; e se è nostro debito di ricercarle, e raccogliere, gli è appunto per esaminare fino a qual punto possono essere cagioni più o meno attive, a determinare lo sviluppo, o a preparare un processo morboso. L'enumerazione e classifica delle cagioni proposta da noi, ci pare più acconcia; del resto essa non urta l'altra più scolastica, e generale di cagioni *predisponenti*, e cagioni *determinanti*.

In quanto al meccanismo d'azione de' vari agenti causali, noi richiamiamo l'attenzione dei giovani clinici su di esso; imperciocchè tal punto non ci pare trattato abbastanza seriamente da alcuni autori di patologia, e pure niun v'è, che metta in dubbio quanto peso diagnostico e curativo abbia un'esatta determinazione della causa, e del modo d'azione di questa sull'organismo vivo. Comprendiamo pur troppo, che nel campo pratico tale esame offre molte difficoltà; ma l'abitudine ad un'analisi severa e ad una ordinata investigazione, porranno in grado i giovani di compiere l'esame etiologico con sufficiente esattezza. Si proceda perciò a determinare 1° a quale ordine di cagioni appartiene la presunta causa del morbo che esaminiamo: — 2° a determinare se tal causa è unica, o accompagnata da altre e a qual'ordine quest'ultima si riporta: — 3° se l'agente presunto à spiegata la sua azione e più non opera, ovvero seguita ad operare: — 4° se è fuori, o nella spessezza dei tessuti.

1° Ordinariamente possiamo avere dall'infermo, o da coloro che lo assistono, la notizia dell'agente etiologico; ma in alcuni casi la ignoranza o la malafede degl'infermi possono trarci in errore. In tali circostanze l'esame accurato della lesione circa la sua forma, delle parti circostanti, il trovare residui dell'agente produttore, l'acconcio interrogatorio, ci metteranno in grado di determinare la cagione dell'alterazione, che vogliamo esaminare.

2° Della massima importanza è la determinazione del numero delle cause: v'è dei casi in cui la lesione è in ragion composta di due o più agenti causali, che è il risultato di più cause in altri termini. Si presume ciò principalmente dall'osservare che la lesione, che si vede non è proporzionata all'agente causale, o all'intensità d'azione di quest'ultimo; una semplice contusione in un'articolazione di un uomo sanissimo al massimo può produrre una sinovite, o un'artrite; ma se per avventura si svolge una sinovite fungosa o purulenta, un artrocece in altri termini, allora è giuo-

coforza pensare che la contusione non à operato sola, e la clinica esige l'esame di altre *influenze causali*, con le quali la contusione à spiegata la sua azione. Tali cagioni concomitanti, o appartengono al medesimo ordine di cause a cui appartiene la contusione: ovvero, come avvien spesso, alla categoria delle cause intrinseche all'organismo; p. e. pregresse malattie articolari non perfettamente guarite, scrofolosi, rachidismo ec. Sicchè riepilogando queste osservazioni, possiamo formulare il seguente pronunciato clinico: *La sproporzione esistente tra la lesione e la causa nota, ci mena a presumere che esistano altre cagioni concomitanti.*

Nei casi in cui varii agenti àno operato, è di grande interesse clinico determinare, se essi àno operato nel medesimo tempo, o simultaneamente: ovvero con successione in tempo diverso; tale determinazione si desume dall'esame delle fasi del morbo e dal quadro sintomatico; la diagnosi, la prognosi, e la terapia, possono variare a tenore di queste possibilità.

3° Stabilito qual'è l'agente causale, se uno o più, e nel secondo caso il loro numero, ordine e modo d'azione simultaneo o successivo, è interessante determinare, se l'azione loro sull'organismo è duratura, o fugace; un trauma può produrre una contusione, ma questa prodotta, tale agente non mantiene più alcuna relazione coi nostri tessuti; può stare però in altri casi, che quest'agente resti un tempo più o meno lungo nella spessezza di un organo, e solo con la sua presenza destare fatti di varia importanza. Una ferita con complicità di corpo estraneo, si valuta ben diversamente di una ferita contusa semplicemente. Lo sviluppo di certe cancrene e di certe febbri in alcuni ospedali, menano a mal partito alcuni infermi, che sono ivi alloggiati; in tali casi queste cagioni settiche spiegano un effetto duraturo e lento, quanto micidiale. Allorchè per cagioni reumatizzanti si svolgono delle artro-sinoviti, se l'infermo seguita a restare nei siti freddo-

umidi, l'*agente causale* è duraturo nella sua azione. In tali casi la determinazione della immanenza della causa è indispensabile, tutt'i nostri mezzi curativi si spuntano contro gli effetti del freddo-umido, ma non compensano la cagione.

Studiate adunque le cagioni sotto questi punti di vista, e ordinatele nel modo che abbiamo discorso, chiaro si vede, che l'*esame etiologico* à un grandissimo peso, ed è un mezzo validissimo per giungere il giudizio conoscitivo dei morbi chirurgici. — Ecco adunque tre esami indispensabili alla soluzione del problema diagnostico, che per l'ordine logico con cui debbono espletarsi, possono stabilirsi così: 1° *Esame dei sintomi e lesioni*. 2° *Esame del decorso*. 3° *Esame etiologico*.

Ma ci domandiamo: è assoluto con essi il compito del clinico? può dire egli in buona fede che in tutt'i casi la diagnosi è completa? Noi nol crediamo; imperocchè la clinica chirurgica moderna si giova ancora di un potente ausiliario, e questo è la *statistica*. La enumerazione schietta e il racconto breve e veritiero dei casi clinici, costituiscono le basi della *statistica*. L'aver presente nel nostro esame diagnostico, un quadro sinottico fedele, dei casi occorsi a clinici onesti: il riscontrare come alcune volte certi morbi si mascherano con forme affatto particolari e non descritte classicamente; il trovare un ingegnoso modo d'esplorazione; il trar profitto dal numero e dagli esiti dei casi registrati, e raffrontando le circostanze, metterli in parallelo col caso nostro, sono tali cose che fanno della statistica un mezzo, che ci rende un servizio inestimabile, vuoi alla diagnosi, vuoi alla cura delle malattie chirurgiche. Se non che una buona statistica, dispiacevolmente, è più una desiderata esigenza, che una realtà, e le cagioni di ciò sono varie, e alcune dolorose. Un malinteso amor proprio, se fa troppo esattamente registrare i casi clinici coronati da esito felice, non fa con pari solerzia notare quelli in cui si ànno avuto a deplo-

rare insuccessi. Oltre di che a far le statistiche si richiede particolare attitudine, che non sempre accompagna coloro posti nella opportunità di farle. Tali appunti, spiacevolmente veri, dobbiamo fare alla statistica, e noi li registriamo con lo scopo non di fare arida critica, ma per inculcare ai giovani di stare in guardia con le cifre, fino a che non si pensi (almeno dai nostri sommi), che la scuola dei propri errori, è più proficua alla scienza di quella dei propri successi. In verità dobbiamo dire, che non difettiamo punto di statistiche sincere, ed in materia chirurgica le inglesi vanno innanzi alle altre. Si tenghi dunque presente l'esame statistico nelle nostre investigazioni cliniche; la diagnosi per esso può venire chiarita e avvalorata; se non che gli si accordi il quarto posto nella classifica dei criteri diagnostici, per le ragioni discorse.

Ultimo viene in aiuto della diagnosi, l'esame terapeutico: *juvantibus et laedentibus*. Triste ventura quando ad esso si deve ricorrere, imperciocchè suppone cattiva prova delle pregresse indicazioni terapeutiche, inutilità o danno pei praticati compensi. In clinica chirurgica, trattandosi quasi sempre dell'uso di espedienti efficaci, abbiamo a trar prò da prove pericolose, le quali se possono chiarire un errore, non lasciano di accertarci della oscurità del processo morboso e di qualche danno arrecato, non volendo, all'infermo. Si ricorra a quest'incerto esame in ultimo luogo e come mezzo per dilucidare, anzi che per farne gran caso nella investigazione diagnostica.

Questi esami, minutamente fatti, ci danno la diagnosi chirurgica, diretta nella immensa maggioranza dei casi; ma a conforto della scienza, e quasi a controllo, della loro esattezza, si adopera l'*esame di esclusione*. Tale via apogogica è più propria a ribadire la diagnosi, anzichè a ricercarla: nullamanco, essa nella clinica chirurgica trova un posto più importante, che nella medica. Per chiarire il concetto di quest'esame e formularlo ci gioviamo di un esempio. Posti i possibili pro-

cessi morbosi in una sede determinata, raffrontando ciascuno col caso clinico che si esamina, si esclude, e così progressivamente di tutti, fino ad ammetterne uno che abbia le caratteristiche corrispondenze, con la malattia che si sta investigando. Dicevamo che tale processo indiretto, nella clinica chirurgica è più concludente, e ciò per ragione della maggior concretezza e appariscenza delle lesioni, e specialmente lo è per la determinazione precisa della sede. Se non che, gravi appunti, a tal modo di diagnosticare si fanno: e prima d'ogni altra cosa esso stabilisce come termini tante proposizioni negative da cui si trae una conclusione (diagnosi) eminentemente affermativa; in tal caso non sempre possiamo, applicare giustamente alle proposizioni, il valore negativo, che forse anno, o applicarlo, quando non dovrebbero averlo; nell'un caso e nell'altro l'argomentazione cozza con la logica. E questo un difetto intrinseco dell'argomentazione apogogica applicata alla clinica col nome di *diagnosi indiretta* o metodo d'esclusione. L'altro appunto sta nel non poter noi sapere assolutamente tutt'i i possibili processi morbosi o anche forme che possono trovarsi in una determinata sede; valga un esempio. Poniamo un tumore, e diagnosticiamolo col solo metodo d'esclusione: ebbene dobbiam dire: non è lipoma per tali ragioni, non è cisti per tali altre, non fibroma sarcoma etc., dunque è un cancro! Questo proprio è il processo diagnostico di esclusione; il quale oltre al difetto logico intrinseco dell'argomentazione, presenta l'altro materiale, che è quello di non conoscere quantitativamente tutt'i possibili processi morbosi, per poterli escludere. Solo se si trattasse di quantità determinate potremmo raggiungere una esatta conclusione da questo modo d'argomentare. Ond'è che deriva abbracciar noi questo esame indiretto, ma nel modo che dicevamo più innanzi, cioè per controllare e ribadire, anzichè per ricavare la diagnosi chirurgica.

Gli esami diversi che abbiamo esposti, sono le basi

immediate del giudizio diagnostico, ed essi intesi a questo scopo pratico, prendono, con linguaggio di scuola, il nome di *criteri*. Di ciascuno di essi ne abbiamo stabilito il concetto e determinata la importanza, e però a facilitarne lo studio ai giovani clinici noi presentiamo il seguente specchietto.

FONDAMENTI DIAGNOSTICI

OSSERVAZIONE ED ESPERIMENTO

Criteri

- 1° Sintomato-logico-erotropatico
- 2° Cronologico
- 3° Etiologico
- 4° Statistico
- 5° Terapeutico
- 6° Apogogico.

Tale specchietto non è che abbozzato sulla materia, che abbiamo svolta; quando avremo esaurito interamente l'argomento, ne presenteremo uno più completo, in cui saran tracciate in modo sinottico, le varietà a considerarsi degli enumerati criteri.

§ 4.

Parlando noi dei varii criteri diagnostici, li abbiamo ordinati a seconda della loro importanza clinica, collocando in primo luogo l'esame dei sintomi e delle lesioni. Infatti la *forma della malattia* nella nostra clinica, è ciò che è più cospicuo, e che si pone più immediatamente e alla portata della attività dei nostri sensi; e son questi i misteriosi sentieri, per i quali ciò che ci circonda passa e vien da noi sentito, appreso e trasformato. Ma non tutt'i cinque sensi anno la medesima importanza nella clinica chirurgica,

ed eliminato il *gusto*, vanno ordinati così: 1° Vista. 2° Tatto. 3° Udito. 4° Odorato. L'applicazione o l'uso di questi sensi al caso clinico, costituisce: l'*esame obiettivo*.

Questo dunque risulterebbe dall'uso della vista, *Ispezione*: del tatto, *Palpazione*: dell'udito, *Ascoltazione*: infine dell'*Odorato*. Alcune volte ci gioviamo mettendo a contribuzione simultaneamente il tatto e l'udito e allora abbiamo la *Percussione*: o della vista e del tatto insieme, ed abbiamo la *Misura*.

La *vista*, in verità, più che gli altri sensi ci fornisce conoscenza più pronta e immediata, se non più interessante di alcune qualità obbiettive dei corpi; quindi è che presentandoci innanzi al letto dell'infermo di morbo chirurgico, incominciamo il nostro esame clinico, con l'*Ispezione* della località affetta. Quali sono i fenomeni che ci fornisce l'ispezione?—1° Colorito: 2° Continuità o scontinuità de' tessuti: 3° Figura o forma: 4° Sede in superficie: 5° Modo di stare di certe affezioni: 6° Locomozione o mobilità dei tessuti in certi casi: 7° Nozione sommaria della funzione e nutrizione della parte, e dell'economia generale. Questi fenomeni si percepiscono ancor più distinti, se si può praticare l'ispezione nelle parti sane, vicine e simmetriche.

Rilevati questi fenomeni passiamo a praticare la *Palpazione*.

Questa si espleta con le dita, o con la mano secondo l'estensione del processo morboso: *Palpazione immediata*: ovvero con varie sonde e specilli, *Palpazione mediata*, quando le lesioni trovansi in sedi riposte e profonde (calcoli, e malattie della vescica, vagina, uretra, esofago, intestino, ossa etc.). Servendoci in tali casi della palpazione mediata o immediata si dice con linguaggio di scuola, *fare l'esplorazione*.

La *Palpazione* ci farà raccogliere i seguenti dati. 1° Consistenza dei tessuti infermi. 2° Termogenesi percepibile col dermo-tatto, e misurabile, col termome-

tro. 3° Sensibilità tattile, termica, dolorifica che può essere accresciuta, diminuita, perversa, abolita. 4° Figura e forma, già percepita con la vista; ma che meglio di questa sola, determina. 5° Sede anatomica precisandola e delimitandola più nettamente che non può fare la vista sola. 6° Movimento dei tessuti e rumori diversi in alcune speciali affezioni morbose. 7° Allungamenti, accorciamenti, deviazioni e deformità in generale, che ci fa determinare meglio e misurare, che la sola *ispezione*. 8° Stato della nutrizione della parte inferma e misura della stessa, come pure alterazione funzionale percepita sommariamente con l'*ispezione*.

La *Palpazione* si pratica pure come l'*Ispezione* nelle parti sane, vicine, e simmetriche, per rilevare più nettamente col confronto i dati differenziali.

L'*Ascoltazione* in clinica chirurgica, se è un'applicazione assai meno estesa che nella clinica medica, non è minore importanza diagnostica; per essa, avvalorata, o no dallo stetoscopio, siamo in grado di percepire i diversi suoni, soffi o rumori, che si producono in alcuni organi ammalati ed è immenso valore a farci diagnosticare direttamente certi tumori, e differenziare questi medesimi nelle diverse loro varietà; valga ad esempio l'aneurisma. Ci fa raccogliere ancora le notizie dall'infermo a proposito delle sue sofferenze.

L'*Odorato* è di un uso anche più limitato, nullamano esso può darci qualche prezioso indizio, vuoi a farci differenziare certe malattie, come suppurazioni ossee, cancrene, tumori carcinomatosi ulcerati, etc. vuoi a darci conoscenza diretta delle alterazioni della marcia, delle urine, etc. che possono suscitare fatti gravissimi.

Mettendo in uso i nostri sensi con quell'ordine con cui li abbiamo esposti, noi raccogliamo tutt'i fenomeni, che il nostro infermo ci presenta; ma tali fenomeni o sintomi, an d'uopo di una classifica, o di un ordinamento, il quale li collochi in categorie deter-

minate, senza di che è assai difficile di studiarli e vederne la loro significazione clinica. Tale ordinamento non può essere il medesimo, che abbiám tenuto per classificare i sensi; imperocchè l'*ispezione* mentre ci fa raccogliere un sintoma puramente locale, ci fa osservare un altro, che dipende dagli organi vicini, o riguarda la generale economia.

Essa ad esempio, ci fa rilevare una tumescenza, o una soluzione di continuità nei tessuti di una determinata sede anatomica; ma nel tempo stesso ci dà conoscenza sommaria della nutrizione generale: ci può far osservare qualche alterazione dipendente dalla prima. Senza moltiplicare esempj, il medesimo avviene per la *palpazione*, l'*ascoltazione* e l'*odorato*. Dalle quali considerazioni s'inferisce, che i fatti raccolti, o sintomi essendo l'espressione di fattori varj, e potendo avere varia significazione clinica, indipendentemente dal modo con cui sono stati raccolti, debbono essere classificati ed ordinati in guisa, che lo studio del loro clinico valore, sia più agevole e divenghi più utile per la diagnosi. Egli è perciò, che obbiettivamente considerati i sintomi tutti e le alterazioni, possono ordinarsi in cinque gruppi o categorie; ed avremo così:

1° *Sintomi e alterazioni locali*. Essi riguardano tutt' i fenomeni e tutte le lesioni, che si mostrano in una determinata regione o sede anatomica, rilevabili con l'*ispezione*, l'*ascoltazione*, la *percussione*, la *palpazione*, l'*esame etiologico*, il *cronologico*, il *microscopico* e il *chimico*.

2° *Sintomi funzionali*. Comprendono tutt' i fenomeni spettanti all'alterazione della funzione, o delle funzioni della località morbosa e adiacenze. Riguardano pelle, cellulare, muscoli, vasi, nervi, glandule, leve ossee e articolazioni. E la fisiologia patologica degli organi.

3° *Sintomi consensuali*, detti pure sintomi di vicinanza. Comprendono una serie di alterazioni e fe-

nomeni che riconoscono il loro fattore in un focolaio morboso vicino: sono, perchè sta un processo patologico; scompaiono il più delle volte, quando il processo morboso finisce e solo qualche fiata acquistano una esistenza autonoma e indipendente dalla primitiva e vicina alterazione. Così le adenopatie ascellari e cervicali, per neoplasmi alle mammelle: così il dolore al ginocchio per femoro-coxalgie etc.

4° *Sintomi subbiettivi*. Si riferiscono alle sofferenze degl' infermi, alla manifestazione delle modifiche, che il processo morboso impartisce alla coscienza dell'ammalato: il dolore nelle varie sue forme, il prurito, l'iperstesia, l'ipoestesia, il perversimento dei sensi, delle facoltà psichiche etc. Essi sono in altri termini, gli atti reattivi della sensibilità degl' infermi.

5° *Sintomi generali*. Sono quelle alterazioni, che si osservano nell'intera economia degl' infermi, sono l'espressione dell'alterazioni e funzioni fondamentali come della circolazione, dell'innervazione, della respirazione, della generale nutrizione. La febbre rappresenta il tipo più comune di questi sintomi, la prostrazione delle forze degl' infermi, l'abbassamento delle attività nutritive e formative dell'organismo, come il marasmo, la polisarcia etc.

È questa la classifica obbiettiva dei sintomi, e l'ordine con cui è esposta, deve essere conservato, allorchè detti sintomi si raccolgono; in altri termini si procederà prima a raccogliere i sintomi locali, in secondo i funzionali, in terzo i consensuali, in quarto i subbiettivi, in ultimo i sintomi generali. Tale ordinamento a valore reale, avvegnachè è un processo logico di esame, il passaggio graduato dalle cose più complesse alle più generali. In quanto al valore diagnostico di ciascun gruppo, noi non possiamo assegnarlo a priori: v'è dei casi (e son molti) in cui i sintomi puramente locali ci menano dritti alla diagnosi; e lo stesso, in casi più rari, avviene di ciascuno degl' altri gruppi; ma non

è men vero, che alcune volte un sol sintoma funzionale, un sol fenomeno generale o subiettivo è concludentissimo a farci abbracciare o rigettare un giudizio diagnostico. In quante affezioni una febbre caratteristica, un dolore pulsativo o lancinante, non apportano gran luce? Un sintoma consensuale come l'*edema* non ci rischiarà certe diagnosi?—Sicchè concludendo diciamo che ogni gruppo di sintomi può avere varia importanza nei diversi casi morbosi; e che solo in fatti clinici determinati si può asseguare la importanza speciale di essi; e che perciò può derivarne a rigore di logica questo pronunciato clinico.

Esame minuto dei sintomi di ciascun gruppo; la diagnosi è più o meno esatta in ragione diretta del rigore dell'esame stesso.

Col dare tanta importanza all'esame dei sintomi e alla classifica di essi, noi non intendiamo menomare punto l'importanza degli altri criteri diagnostici; ma solo porre nel giusto punto di vista il valore clinico, che i sintomi e le lesioni hanno nella pratica chirurgica.

L'enumerazione però dei sintomi e la loro classifica è ben lungi dall'averceli fatto studiare completamente; imperciocchè la nozione completa e rigorosamente scientifica, ci presenta ben altre esigenze. Ogni sintoma non è che un fenomeno o un'alterazione, il quale sta come un fatto obiettivo e reale; or può avvenire che esso realmente non esista, e che il clinico lo ammetta o per errore dei sensi, o per leggerezza d'osservazione; in tal caso chi non vede quanto si può andare errati? Fortunatamente nella pratica chirurgica, la sede esterna per lo più delle alterazioni ci affranca molte volte da tale errore; ma pure eccezionalmente vi si può cadere! ed allora le conseguenze possono essere gravi di troppo. Quante volte non si è creduto che un tumore facesse avvertire fluttazione, mentre non v'era che la elasticità de' tessuti? Nella raccolta di Monzo

si vede un testicolo, in cui un tumore midollare fu scambiato per idrocele. Wardrop narra un caso simile, e il grande chirurgo inglese Cooper dice francamente essersi in ciò più di una volta ingannato; lo stesso affermano Pott, Hunter, e Cline. Dalle quali osservazioni traendo noi pro', diciamo che l'assodare l'*esistenza reale* del sintoma è nel giovane clinico, un precetto di rigore, tanto necessario quanto preliminare. E però l'uso prolungato e intelligente dei sensi, la reiterata osservazione, il tempo opportuno per praticar quest'ultima, l'attenzione. l'uso della clinica, ci metteranno in grado di essere esatti, o almeno di cadere più raramente nell'errore.

Affermata la *obiettiva esistenza* del sintoma, è d'uopo studiarne le sue qualità, ovvero il grado o intensità. La determinazione di tali attributi è molto utile, e che non è punto una scolasticheia; infatti oltre a che ci fa presumere della intensità del processo morboso, ci dà argomento a formulare con più esattezza il giudizio pronostico, a farci valutare i nostri mezzi terapeutici e proporzionare le indicazioni all'intensità, vuoi dello stesso sintoma, se merita considerazione speciale, vuoi al processo proprio patologico, di cui quel sintoma non è che una espressione.

La sede precisa del sintoma, l'estensione e la delimitazione sua conviene parimenti determinare; nè noi vogliamo essere troppo lunghi enumerando quale importanza a tale studio: diciam solo che è di grandissimo interesse, massime nei sintomi locali, avvegnacchè non pure per la diagnosi e la prognosi, ma eziandio per la cura, che può regolarsi in conseguenza di tale studio.

Il sintoma va pure considerato nei suoi agenti produttori, o fattori anotomo-patologici o fisio-patologici immediati. In sostanza il sintomo è l'espressione formale di un processo morboso; ma questo stesso è il resultamento di molteplici alterazioni materiali, e fun-

zionali, concatenantisi l'una all'altra, ed è però che giova intendersi su ciò, e vedere in questo studio delle cause del sintoma, i fatti anatomico-patologici immediati. Così il rossore delle pelle del flemmone superficiale, evidentemente è per cagione generale e lontana il processo infiammatorio; ma noi studiando il rossore come sintoma, nel rintracciarne le cause, diciamo che dipende dall'accresciuta quantità di sangue in una sede determinata, e dall'aumentata capacità dei vasi dilatati. Solo in tal senso deve intendersi lo esame delle cause del sintoma.

Il sintoma può esso stesso certe volte divenir fattore morboso, e produrre effetti più o meno apprezzabili; e però il giovane clinico deve su tal punto fermare la sua attenzione e valutare, con le norme anatomiche, e fisiologiche, le conseguenze di tale fatto, e cercare di scongiurarle, o alla men triste di attenuarle con acconci mezzi curativi. Il dolore, ad esempio, intenso e protratto può essere causa di esaurimento e peggio; ond'è che bisogna rimediareci, quando si può direttamente, o con mezzi acconci accrescere i poteri reattivi dell'infermo, a che resista alla sua azione.

Riepilogando l'esposto, diciamo, che il giovane clinico raccogliendo coi mezzi dell'*ispezione, palpazione* etc. i sintomi, abbia in pensiero determinare di ciascuno, 1° l'*esistenza reale*, 2° il grado e qualità, 3° la sede precisa, 4° le cause prossime, 5° gli effetti che può produrre o à prodotto. Solo così facendo, si può dire con sicurezza, che la sintomatologia è studiata a rigore, e il criterio sintomatologico diventa la base più importante per elevare l'edifizio diagnostico. Determinato il *valore* e la significazione individua di ciascun sintoma, nel modo che abbiain detto, si passa ad una sintesi più larga e interessante, che è quella dello studio della significazione complessiva di tutt'i sintomi; e vederne così il valore clinico generale. Il giovane pratico si abitua con l'esercizio a questa ginnastica

della mente, e ben presto sarà in grado di fare una diagnosi esatta, o almeno sarà in possesso del buon metodo per farla bene. Terminiamo tale capitolo con un quadro sinottico a tutto quel che abbiamo detto, a proposito della diagnosi:

FONDAMENTI GENERALI DIAGNOSTICI OSSERVAZIONE. ESAMINATO. CRITERI	1.° Sintomatologico-crotopatico	{ Locali { Funzionali { Consensuali { Subiettivi { Generali	{ Si ricavano con la {	{ Ispezione. { Palpazione. { Ascoltazione. { Olfatto. { Percussione. { Misura. { Interrogazione.	
	2.° Cronologico	{ Fasi			
	3.° Etiologico	{ Intrinseche { Estrinseche	{ Infezioni croniche. { Acute. { Flogosi diverse. { Traumatiche. { Virulente. { Tossiche. { Reumatizzanti		
	4.° Statistico.				
	5.° Terapeutico.				
	6.° Apogogico.				

CAPITOLO II.

Degli errori nella diagnosi chirurgica. Enumerazioni di essi.
Cause che li producono. Modo per evitarli.

§ 1.^o

Da ciò che si è detto nel capitolo precedente, si rileva quale sia il metodo, a nostro avviso più razionale, per la soluzione del più importante problema della clinica chirurgica, che è appunto la diagnosi di sede e di processo. Tale metodo adottato nella nostra scuola, è fondato sopra un precetto logico troppo comune per essere sconosciuto, che è quello del passaggio graduato dal noto all'ignoto, che governa il processo investigatore della mente, in ogni scientifica disciplina. Laonde prudentemente appartandoci da quelli che àn voglia d'incominciare a studiare ogni cosa dall'uovo ledèo, e dagli altri, per cui l'attualità è tutto e vanno con l'analisi a saltelloni, ci pare che il nostro metodo ci tenghi in un giusto mezzo, tra la ragione ed il fatto, facendoci così allontanare egualmente dalla speculativa, e dall'empirismo; senza che però un sol fatto resti inosservato, e che la ragione non cerchi investirlo e spiegarlo. Ma per mala ventura, ad onta della osservazione la più esatta, della valutazione più rigorosa, delle note cliniche dei più elevati ingegni cultori della chirurgia, una lunga serie di errori diagnostici, mostra la limitazione delle nostre attività mentali, e la possibilità di fuorviare nei nostri giudizi.

Tali errori consciamente registrati da uomini clinici, nell'interesse della scienza, sarebbero più che si può credere numerosi, se un certo amor proprio li facesse registrare scrupolosamente a tutti, nella guisa medesima, con cui vengono notati quei casi di diagnosi esatte, e che si giudicano tornare a lode del

clinico. Noi perciò pensiamo, che la raccolta e lo studio di tali errori possa tornare utile a tutti: crediamo che sia un ammaestramento severo e razionale, per farci toccar con mano, che anche trattandosi di lesioni per lo più esterne, ed accessibili alle nostre osservazioni, l'errore non pure è possibile; ma avviene con mediocre frequenza. Tra gli organi, che ammalandosi per morbi diversi, possono menarci più spesso in errore sulla natura dell'alterazione, si annovera il testicolo.

Nel volume 3° di Sabatier (édition Sanson, et Bégin, pagina 27) troviamo scritto il caso di un indigeno di S. Domingo, che per contusione al testicolo destro ebbe a provare forte dolore, che risentì per più anni. Venuto a Parigi, Dupuytren credette vedere un sarcocele, e cominciò a praticare l'estirpazione; dopo il primo taglio avendo trovato fluttuazione in un punto, l'incise e uscì poco siero rossastro, ciò riconfermò il chirurgo nella sua diagnosi. Compita l'operazione si spacò il pezzo, e si trovò la tunica vaginale cartilaginea ed ispessita, il testicolo completamente sano, e il colorito del siero era dovuto ad un forame, per il quale dalla sostanza del testicolo veniva un po' di sangue nella vaginale.

Un altro caso citato da Boyer (vol. X pag. 307). Si riferisce ad un povero venditore di acqua con ingorgo allo scroto, al quale un chirurgo diè nome di idrocele bilaterale e passò alla doppia puntura. Uscì dalla parte sinistra un po' di liquido-sanguinolento, dalla destra, piccola quantità di siero. Restato l'ingorgo, il pover' uomo andò alla Charité, dove tenendo conto dei fatti esposti, e dei dati osservativi, il Deschamps e il Boyer ritennero trattarsi di uno scirro del teste sinistro. Fu praticata l'estirpazione; osservato il pezzo, non rinvennero che un ispessimento della tunica vaginale di circa otto linee, e il testicolo perfettamente sano.

In tal caso errò il primo chirurgo sospettando idro-

cele doppio: errarono Boyer e Dechamps, che credettero ad un neoplasma. Nelle (Mémoires acad. chir. vol. 3° p. 404) troviamo registrato che su di un giovane a venti anni, si trovava un tumore scrotale, con tutte le apparenze di un idrocele. Lamorier chirurgo a Montpellier volle praticare la cura radicale. Dall'incisione conobbe che si trattava di epiploon infiltrato di cisti idatidee.

Lo stesso Boyer (Mal. Chir: V. X.° pag. 230) riferisce di un ragazzo a 6 anni con un tumore, il quale con compressione spariva attraversando l'anello inguinale, si credè un ernia; più tardi si trovò un idrocele saccato.

Morgagni (De Sedib: et causis morb: Epistola 43° §. 10°) rapporta in persona di un principe, un caso clinico il quale fu diagnosticato per un epiplocele ombelicale da parecchi chirurghi. Dopo alcun tempo essendo avvenuta la morte di quest'uomo, l'autopsia rivelò non ernia epiploica, ma tumore adiposo nel tessuto estrapetoneale.

Lo stesso autore, nel volume e pagina citata, narra di un altro tumore adiposo esistente in un cordone spermatico di un uomo magrissimo, preso parimenti per un ernia.

Ma non solamente il testicolo ci fa osservare malattie da ingenerare dubbii nella diagnosi, anche alcune lesioni violente, osservate da chirurgici distinti, àno indotti questi ultimi in errore.

Sabatier (Mem. Acad. Chirurg. IV p. 635) ricorda la storia di un uomo che cadde sul gran trocantere. Si ebbe a notare una contusione grave; ma l'arto non si mostrò per nulla accorciato, si producevano i movimenti con dolore, egli non diagnosticò la lesione, che per una forte contusione; nullameno dopo alquanti giorni improvvisamente l'arto s'accorciò, e sol così si pensò a curare una vera frattura del collo del femore, che fin'allora non era stata conosciuta.

Parecchi altri fatti riferibili ad ecchimosi nelle re-

gioni del cranio, in tratto in errore molti chirurghi, inducendoli a sospettare fratture delle ossa e diretta comunicazione col cervello: G. L. Petit ne rapporta tre casi, al Volume 1° della sua opera pag. 49.—Non mancano osservazioni di bozze sanguigne scambiate con encefaloceli, di cisti diverse delle grandi labbra e della vagina scambiate con ernie: di grandi replezioni di bile nella cistifellea, credute idropi saccate o tumori ascessoidi del fegato: dilatazioni dell'uretere prese per cisti ovariche, da Desgranges, e riferite parimenti da Boyer Vol. 8° pag. 584 ec. Sulle ernie parimenti, gravi chirurghi son caduti, in errore; Pelletan riferisce nella sua (Clinique chirurgicale) vari casi in cui l'ernia inguinale si è scambiata con la crurale e viceversa, e tra gli altri un caso osservato ed operato da Roux. In tale osservazione riferibile ad una donna, il tumore occupava porzione della metà interna della piega inguinale a destra, presentava il maggior asse trasversalmente, era grande come un uovo di pollo. Il Roux la giudicò ernia crurale e l'operò. Aperto il sacco ed introdotta una guida dalla parte interna dell'anello, s'incise in direzione del legamento di Gimbernat, al coltello s'offrì un tessuto tendinoso, l'ansa intestinale venne riposta in cavità; ma l'ammalata morì. L'autopsia mostrò che l'ernia era inguinale, e che invece di seguire il cordone, era passata direttamente per l'anello inguinale.

Richerand, e Cloquet a quello che riferisce Velpeau (Med: oper: Vol: 3° p. 598) fecero l'ablazione di un tumore del volume di una testa di feto, che da molti anni procideva dall'apertura vulvare; essi lo credettero un utero, ritrovandovi una cavità ed altri caratteri propri. Morì la donna, e l'autopsia fe trovare l'utero a suo posto e si convinsero tardi, che si era trattato di un enorme polipo.

Riportiamo quest'ultima osservazione in omaggio alla grave autorità di Velpeau e dei due chirurghi operatori. Attualmente la scienza si trova in grado di non

far prendere di simili errori, o almeno essi non durerebbero tanto. L'assoluta mancanza delle fibre muscolari nel tumore, osservabili ad occhio nudo in fasci, o al microscopio isolatamente, avrebbero, contro tutte le parvenze, salvato da errore un chirurgo, anche mediocre.

Se non che, a proposito di alcuni tumori aneurismatici, non vogliamo tacere di certe osservazioni; avvegnachè si creda, che poche alterazioni presentino caratteri così salienti e spiccati, come gli aneurismi; e l'errore diagnostico essere appena possibile. Pelletan « clin. chirurg. Vol. 2^o pag. 83 » e « Sabatier, Sanson, e Bégin » narrano un caso caduto sotto l'osservazione di Dupuytren. Si trattava di una donna a 66 anni, che per una supposta lussazione dell'omero era stata assoggettata a violenti manovre di riduzione. Dopo qualche giorno avvertì un ingorgo al braccio, ed un enfiato dolente nella cavità ascellare. Il tumore occupava la parte anteriore del gran pettorale. Il braccio era allontanato dal tronco, non si avvertivano pulsazioni sull'enfiato, e la pelle conservava il normale suo colorito. Dupuytren l'osservò, e credè ad un ascesso; e volendo svuotarlo gradatamente, cominciò dal fare una puntura. Invece di pus, venne fuori un getto di sangue rutilante, che si arrestò con adatta compressione. Dupuytren propose subito l'allacciamento della succelavia tra gli scaleni; ma Pelletan allora chirurgo capo all'Hôtel Dieu vi si oppose. Assoggettata alla cura di Valsalva, morì alcuni giorni dopo per cangrena sviluppata sulla superficie del tumore.

Il Morgagni (*De sed. et caus. Epist. 4^a*) narra di un caso di aneurisma falso preso da un chirurgo per ascesso, e inciso; l'infermo guarì per allacciatura praticata da Valsalva.

Scarpa (Aneurisma pagina 174) narra che Paletta operò come ascessi due tumori aneurismatici posti all'estremità inferiore del femore. L'infiltramento sanguigno del cellulare lo fecero accorto dell'errore, egli

riflette, ma l'ammalato morì. L'autopsia mostrò l'arteria rotta nella sua parte anteriore in corrispondenza dell'anello del terzo adduttore, e l'esistenza di due aneurismi falsi primitivi.

Nel Journal du Progrès Vol. 19 pag. 265 anno 1828, si legge, che un tumore posto sulla natica a livello dell'incavo ischiatico, senza pulsazione, fremito, etc. fu diagnosticato per ascesso ed aperto; il sangue venuto fuori a getto, fece riconoscere un'aneurisma sulla glutea, e White fu abbastanza fortunato legando la ilíaca esterna, e salvando l'infermo.

Lo Scarpa riporta altri casi, in cui l'aneurisma è stato scambiato per un'ernia da Mayer, da Blumenthal e da Warner.

Andremmo assai per le lunghe, se volessimo enumerare in questo luogo tutti gli errori in cui son caduti chirurghi insigni, specialmente, a proposito di tumori, e crediamo che basti averne registrati alcuni, per dimostrare la difficoltà dell'arte nostra, e la verità di quel detto della scuola classica: che la diagnosi dei tumori forma lo scoglio della chirurgia clinica.

§ 2.^o

Noi abbiamo enumerato parecchie cliniche osservazioni in cui caddero nell'errore pratici reputatissimi, e però volendo rintracciarne le cause, e le fonti, possiamo formulare queste proposizioni.

1^o Si può cadere in errore di diagnosi, quando due malattie diverse presentano sintomi analoghi.

2^o Quando una malattia, mancando dei suoi sintomi caratteristici, presenta invece quelli di un'altra.

3^o Quando due morbi diversi, esistono simultaneamente.

4^o Quando la malattia è modificata nella sua forma nosografica da alterazioni varie degli organi e tessuti vicini.

5^o Quando si crede che esista realmente un corpo estraneo; ma che non è così.

6° Quando s'ignora la vera sede di un corpo estraneo.

7° Quando esiste un'innormale disposizione congenita o acquisita nella parte ammalata, o in quella con la quale se ne fa confronto.

8° Quando una malattia è rarissima, o non è stata mai osservata.

9° Quando esistono su di un morbo concetti scientifici controversi, o erronei.

10° Quando l'esercizio di una funzione, induce cambiamenti anatomici, che simulano una vera malattia.

11° Quando per profondità di sede, il morbo sfugge alle indagini cliniche.

12° Quando si fa un esame troppo superficiale dell'infermo.

13° Quando finalmente per malafede si simula una malattia.

Sono queste le fonti più comuni dell'errore nella diagnosi chirurgica, e ci pare che formulate in proposizioni nel modo, che abbiám fatto, possono con facilità essere tenute presenti da giovani clinici, ed all'uopo servirsene a vantaggio. Noi non possiamo venire a discutere partitamente ciascuna delle enumerate proposizioni, e vedere in che modo possiamo sottrarci dall'errore; imperciocchè dovremmo riportare una casuistica interminabile da una parte, e dall'altra dovremmo prevedere e numerare tutte le possibilità, che può fornirci un fatto clinico speciale; nel qual secondo caso avremmo una discussione aprioristica dell'argomento, cosa tanto erronea quanto contraria al nostro indirizzo. Solo raccomandiamo ai giovani clinici di usare nell'esame diagnostico rigorosamente il metodo, che abbiám tracciato; di abituarvisi, e quando il fatto non esige d'urgenza efficaci espedienti, temporeggiare accortamente, e reiterare l'osservazione.

In tutti i casi, l'esercizio a letto dell'infermo è il miglior libro, che si possa leggere e soprattutto l'uso sobrio della ragione educata alla critica e alla severa

discussione. Richiamiamo particolarmente l'attenzione dei giovani sulla dodicesima proposizione, come fonte di errore diagnostico e diciam loro, che forse due terzi degli errori registrati, riconoscono in essa la loro causa efficiente. Un esame sommario o superficiale deve essere proscritto, avvegnachè anche clinici reputatissimi, per esso, sono caduti in isbaglio. Alcune volte avviene (e in clinica chirurgica frequentemente) che dietro l'esame dei soli sintomi locali, e di poche notizie di decorso o di cagioni, la diagnosi della malattia appare manifestamente limpida: bisogna diffidare! E d'uopo seguire l'esame sino alla fine, dubitare di tutto, e valutare complessivamente tutt'i risultati della nostra analisi. Bando perciò all'idee preconcepite o avventate: esse qualche volta ci fanno vedere con le travogole e a traverso falsi prismi; e il disinganno può essere pronto o tardo, ma sempre crudele ed irreparabile.

Da ciò che abbiamo detto pare a noi avere assoluto l'argomento della diagnosi chirurgica in generale. Infatti stabiliti i suoi fondamenti universali, stabiliti i criteri coi quali e dai quali il giudizio diagnostico si ricava, e visto il modo come tali criteri vanno ordinati, ed il valore individuo e complessivo di essi, nonchè i possibili errori che possono falsare tale giudizio, le cause che li producono, e il modo come schivarli; non resta che applicare nei casi speciali, il metodo che adottiamo, per vederne praticamente le sue utilità. Egli è però, che alla fine di questa prima parte del nostro lavoro, non mancheremo riportare qualche storia clinica raccolta e discussa col detto metodo, come controprova di quello, che abbiamo esposto.

(continua)

39074





