

SU
DI UN CASO DI SPINA BIFIDA

GUARITA

CON LA LEGATURA ELASTICA

E

SUI METODI DI CURA DI TALE INFERMITÀ

PEL

Dr. ANTONINO TURRETTA

Estratto dal Giornale di Clinica e Terapia

Messina — Anno III. Fasc. 2. — 1884

MESSINA

Tipografia F. D'Angelo

1884



La fenditura della spina che appartiene al novero delle difformità congenite le più comuni, costituisce una malattia gravissima, la di cui guarigione è, secondo alcuni autori, ritenuta impossibile.

Itard è così convinto della inutilità di qualsiasi cura per questa affezione, che non esita a consigliare di astenersi da qualunque pratica, che può valere a prolungare solo di qualche giorno o di qualche mese un essere che non è nato per vivere.

Lorinser (1), meno assoluto, dice che, tranne casi eccezionali, nei quali il successo della cura è sempre molto dubbioso, non si deve intraprendere nell'idrorachia alcun atto operativo, avendo fin qui l'esperienza dimostrato gl'infelici risultati di tali operazioni, per la diffusione dell'inflammazione alle meningi e al midollo spinale.

Però, se la morte è la conseguenza più ordinaria di questa affezione, e se le statistiche delle cure intraprese per ottenerne la guarigione sono abbastanza sconfortanti, non si può negare che vi sono nella scienza registrati casi di guarigione, i quali incoraggiano il chirurgo a porre in opera dei mezzi di cura, quando il tumore

(1) Pitha e Billroth — Encicl. di Pat. Chirur., V. III, Parte 2^a, p. 7.

si presenta in tali favorevoli condizioni che autorizzano ad attenuare il giudizio sulla gravità assoluta della prognosi.

Nell'intento di contribuire alla statistica dei risultati ottenuti nella cura di questa infermità, mi accingo a narrare un caso di guarigione da me ottenuta con la legatura elastica.

Nell'aprile del 1882 mi fu presentata una bambina di mesi due — Maria Manzo — discretamente sviluppata e con le apparenze della florida salute. Essa portava, sin dalla nascita, nella regione cervicale e nella linea mediana, in corrispondenza delle due ultime vertebre cervicali, un tumoretto quanto una piccola mela, un po' schiacciato alla base, sostenuto da un breve picciuolo, la cui circonferenza misurava centimetri tre. Assicurarono i genitori che il tumoretto era più piccolo all'epoca della nascita, ed era andato via via crescendo di volume in questi due mesi. La pelle che lo ricopre, di color rosso bluastrò, liscia e molto sottile, è fornita di pelugine verso il picciuolo. Il tumore è fluttuante, flaccido e molle, la base del colletto appena mobile; esercitandovi forte pressione si lascia alcun poco impicciolare, la bambina piange, si suscitano leggieri movimenti convulsivi negli arti, segni di un'irritazione del midollo spinale. Infossando le dita a traverso il tumore non si toccano ben distinte le apofisi spinose delle vertebre sottostanti, epperò non si riesce neppure a percepire i margini ossei di una fenditura spinale.

La bambina è vegeta, scevra di altre difformità, nè vi è indizio di paralisi di alcun organo.

La diagnosi di spina bifida con idrorachia non presentava molti dubbi. Ma a completarla con maggiore certezza, parendomi che il caso offrisse qualche indicazione per un trattamento chirurgico, praticai alla base del tumore, con un sottilissimo trequarti, una puntura, dalla quale sgorgò una quantità di liquido trasparente, cetrino, molto tenue, di reazione leggermente alcalina. Il tumore si afflosciò. Chiusi la piccola apertura con una pennellazione di collodion al iodoformio; e, tornato ad osservare il tumore dopo dodici ore, lo trovai nuovamente abbastanza teso e fluttuante.

Il concetto diagnostico mi parve in tal modo perfettamente

rischiarato. E questa prova veniva a porre in sodo due fatti della più grande importanza per la prognosi e per la terapia, cioè che il tumore era comunicante con lo speco vertebrale, e che l'apertura di comunicazione era piccola.

Restava a determinare se, in vista delle condizioni favorevoli in cui si presentava il tumore, io ero autorizzato ad intraprendere una operazione chirurgica; e quale, nel caso affermativo.

Dirò più innanzi le ragioni per le quali mi decisi ad operare.

Dietro il consenso dei genitori della bambina, abbastanza edotti della gravità del morbo e dei pericoli cui andava incontro con tale operazione la piccola inferma, punsi con lo stesso trequarti, e con le debite precauzioni antisettiche, il tumore sino a svuotarlo per metà, e subito dopo praticai alla base del colletto una legatura, passandovi a doppio giro un laccio elastico di piccolo diametro.

Al momento della costrizione si eccitano leggieri movimenti clonici, la bambina piange con insistenza, il suo viso diviene cianotico; dopo qualche ora si attacca alla mammella e riposa.

Al secondo giorno si manifestano indizi d'irritazione alle meningi: tendenza al coma, di tanto in tanto qualche convellimento agli arti superiori, vomito persistente, temperatura $38^{\circ}.5$. — Si somministra una piccola dose di calomelano, che si ripete anche al 3° giorno, in cui lo stato della bambina è quasi identico.

Nel quarto giorno la temperatura discende a $37^{\circ}.8$, vi è leggiera remissione di tutti i fenomeni del giorno innanzi.

Nel quinto giorno la temperatura risale a $38^{\circ}.7$, l'ammalata è inquieta, si riaffaccia il vomito. Nuova somministrazione di calomelano.

Al sesto giorno la febbre cade per non ritornare più, cessa il vomito, la bambina è calma, di buon umore, si attacca spontaneamente alla mammella, tutte le funzioni sono normali.

Al dodicesimo giorno cade la legatura assieme al tumoretto. Resta una superficie granulante, la quale via via restringendosi, passa a completa cicatrice il 27° giorno.

La bambina perfettamente guarita ritorna alla campagna.

Ora mi si permettano brevi considerazioni sul proposito di questa infermità, e specialmente sui mezzi di cura sinora adottati.

Gli autori non sono punto di accordo per ispiegare la genesi della spina bifida. Dal Morgagni sino al Rokitanski, a Foerster, ad Holmes, a Lorinser e agli ultimi studii di Martin e Tourneux, si sono emesse parecchie teorie, tutte sostenute da più o meno valide ragioni, ma in parte discrepanti; tanto da far conchiudere al Virchow che, offrendo la genesi di tale infermità punti assai oscuri, non potrà spander luce su questi se non che l'ulteriore esame ed usufrutto dei casi che si presentano. Sono però unanimi nel distinguere in *idrorachite esterna* ed *idrorachite interna*; — secondo che la raccolta di siero è tra il midollo spinale e le sue meningi, ovvero dentro il canale del midollo stesso. Nel primo caso sono spinti in fuori a traverso la fenditura, a guisa di sacco, soltanto le meningi del midollo spinale — (*idromeningocele di Virchow*); nel secondo caso il siero raccolto nel canale del midollo spinale spinge la sostanza di questo al di fuori dello speco, ed esso vi resta assottigliato a guisa di vescica o sparpagliato in diversi fasci; quindi il tumore è formato, oltre che dalle meningi, da un rivestimento esterno di sostanza midollare che racchiude una quantità di liquido (*idrorachia intramidollare di Kuhn*, o *idromielocele di Virchow*).

E' evidente che, nei casi d'idrorachite esterna, i disturbi nel generale dell'organismo sono in principio dipendenti dalla pressione del siero al di sopra del midollo spinale; mentre nella idrorachite interna, i gravi disturbi sono dipendenti dall'atrofia del midollo, e dalla distensione delle sue due metà laterali.

Non è il caso di discorrere delle molteplici varietà in cui può presentarsi il tumore, sia in rapporto alla disposizione di quella parte di midollo che vi resta compresa, come in riguardo all'anomalie di distribuzione dei nervi che da esso dipendono, e al caso, non infrequente, che la pelle sovrastante si rompa per la distensione, o si ulceri, o manchi del tutto. Sarebbe opera inutile ristampare su questo argomento ciò che si legge in tutti i libri di patologia. Ma importa soprattutto notare che nell'idrorachite, specialmente

esterna, ciò che ha una grande importanza è lo stato in cui si trovano le vertebre, cioè l'ampiezza della fessura.

Raramente accade che tutta la vertebra, compreso il corpo, sia divisa ; ci sono però esempi narrati da Tulpius, Malacarne, Kuhn. Depaul, Cruveilhier ; Bryant (1) ha rapportato il caso di una spina bifida anteriore, osservata in una donna che morì per parto difficile a 25 anni. Più comune è il caso della mancanza di uno e di tutti e due gli archi laterali. Ma ciò che in un buon numero di casi costituisce la spina bifida è una vera fessura, il mancato saldamento degli archi, che del resto sono ben sviluppati. L'apertura derivante da questa mancata unione può essere considerevole, può essere soltanto di qualche linea, da rendere, a feto sviluppato, appena possibile la comunicazione tra il tumore e lo speco vertebrale, opponendo in tal modo serie difficoltà alla diagnosi di questa infermità.

Può anche accadere che il sacco sieroso venuto fuori, o durante la vita fetale o in un'epoca posteriore, venga completamente strozzato e aderisca all'apertura antica di comunicazione in guisa da rappresentare una vescica chiusa la quale non è più in comunicazione col canale vertebrale (2). Questo caso fortunato può verificarsi o per ispessimento fibroso della base del colletto, o per avvicinamento graduale degli archi vertebrali (3).

L'ispessimento fibroso della base del colletto non è raro a trovarsi anco nei casi di spina bifida in cui non si possa mettere in dubbio la permanente comunicazione col canale rachidiano ; e, come la pelle può trovarsi in questo sito ipertrofizzata, così anche il cellulare sottocutaneo può partecipare all'ipertrofia della pelle, con cui del resto è sempre in intima aderenza, come lo è con l'aponevrosi rachidiana posteriore e le espansioni fibrose dei tendini e dei muscoli spinali, che normalmente vanno a formare alla base del sacco un anello aponevrotico.

(1) Gazette Méd. 1838, N. 1, p. 10.

(2) Lorinser, l. c. p. 7.

(3) Follin e Duplay -- Traité de Pathologie externe — Tom. III, p.714.

Ho accennato brevissimamente a queste nozioni anatomo-patologiche, perchè da esse parmi che nei casi concreti debbano trarsi i criteri sulla operabilità o meno del tumore.

Io avevo innanzi un tumore piccolo e peduncolato, nel quale a priori si poteva escludere l'ipotesi di una partecipazione del midollo ; con foro di comunicazione abbastanza piccolo ; assenza completa di forme cliniche nervose sensitive o motorie permanenti ; assenza di qualsiasi complicanza morbosa ; e per di più, stato generale della piccola inferma ottimo.

Ora, quantunque ci sieno esempi d'infermi che sono vissuti sino a tarda età con questa infermità, come il caso pubblicato da Behrend (1) che visse sino a 50 anni, e l'altro da Broca (2) sino a 43 anni — ed io stesso potrei addurne uno vissuto sino a 13 anni, — e quantunque la natura sembra che faccia qualche volta sforzi per la guarigione ; pure questi esempi non costituiscono che rarissime eccezioni, ed è accertato che l'idrorachia, quando non uccide, come d'ordinario, poco dopo il nascimento, genera però, a causa del suo costante graduale aumento di volume, delle gravissime alterazioni nello stato generale dell'individuo, il quale, colpito ben tosto da paraplegia, va soggetto allo scolo continuo di urina e di feci, in sino a che, sviluppatasi per un accidente qualsiasi l'infiammazione nel sacco, questa si comunica nell'interno del canale vertebrale, e, in mezzo a convulsioni, sopravviene la morte a troncane un'esistenza eccessivamente penosa ed insopportabile.

In 16 casi di spina bifida raccolti da Colin (3) avvenne la morte : 11 volte nei primi 15 giorni, 3 volte nel primo mese.

D'altra parte i tentativi fatti in tutti i tempi per la cura di questa infermità, mentre provano la comune convinzione che in molti casi non convenga abbandonare a sè stessa una malattia, che, per il suo progressivo sviluppo, riesce quasi sempre letale ; fanno fede altresì che nella mente dei chirurghi non trova radice l'idea — del

(1) Journ. für Kinderkrankheiten, Vol. XXXI.

(2) Bull. de la Soc. de Chir. 1860, p. 396.

(3) Colin, Thèse de Paris 1868.

resto poco compatibile coi fortunati ardimenti della moderna chirurgia — che essa debba essere assolutamente incurabile ; e i successi ottenuti, specialmente in quest'ultimo periodo, rafforzano pienamente questo preconcetto.

Il caso in esame presentava dunque parecchie indicazioni per una cura radicale. Se non che l'altezza del tumore, nella regione cervicale, rendeva molto più riservata la prognosi, avvegnacchè tutti gli autori siano d'accordo nell'ammettere che l'idrorachite è tanto più grave quanto più alto è il sito dove ha luogo la fessura vertebrale. E la ragione di ciò è ovvia.

In ordine di frequenza poi per la sede, il caso da me curato è abbastanza raro. Infatti l'idrorachite cervicale fu trovata due sole volte da Berolet (1) in 57 casi da lui raccolti ; il resto appartenevano : 23 casi alla regione lombare, 10 alla lombo-sacrale, 14 alla sacrale, 2 all'occipito-cervicale, uno alla cervico-dorsale, 2 alla dorsale e 3 alla dorso-lombare.

Per la cura dell'idrorachia — a tacere del trattamento palliativo, dal quale è bene inutile aspettare qualche risultato — molti metodi sono stati proposti, i quali si possono dividere in due categorie : gli uni hanno per iscopo di ottenere la risoluzione o l'evacuazione del liquido, rispettando il sacco ; gli altri hanno di mira l'asportazione del tumore. Non occorre dire che prima d'intraprendere qualsiasi processo d'operazione si deve esser sicuri che il midollo sia al di fuori del sacco.

Il primo di questi due gruppi comprende :

La Compressione — è il metodo più antico perchè più facile ad imaginare ed il meno pericoloso. Si sono imaginati per l'oggetto varî mezzi di compressione : A. Cooper ed Abernethy, che se ne fecero un tempo i propugnatori, adoperarono degli apparecchi analoghi ai cinti erniari. Behrend esercitava la compressione con l'applicazione di collodion ricinato. Lewis Sayre (2) si è servito di

(1) Berolet, Thèse 1857, Vol. II, N. 127.

(2) Chicago med. Journ. and. enam. 1882.

un apparecchio ingessato, formando una specie di gobba che racchiude e protegge, al di sopra di adatti cuscini, la parte sporgente; una specie di capsula artificiale che sostituisce l'osso, aspettando che la natura formi un processo di ossificazione alla superficie. L'idea non è nuova, poichè anche il Cooper sopracitato aveva adoperato, fra le altre cose, una forma di gesso piena di filaccia. Ma in questo caso sembra che il chirurgo non abbia avuto altro di mira che un trattamento palliativo, fedele alla massima, adottata sino a poco tempo fa, che non si debba mai procedere ad un'operazione sul tumore senza avere prima adoperato dei mezzi palliativi. Ed in vero nella categoria dei mezzi palliativi deve essere annoverato il metodo della compressione, il quale, ad onta degli infiniti apparecchi che si sono immaginati per metterlo in pratica, non pare che abbia mai dato veri successi: poichè la compressione non impedisce quasi mai al tumore di aumentare di volume. E di ciò ebbe in seguito a convincersi lo stesso Cooper.

Il *setone*, proposto da Chopart e da Desault, è un metodo barbaro, estremamente pericoloso, per la costante diffusione della infiammazione dal sacco alle meningi, ed è stato perciò del tutto abbandonato. Solo Lorinser (1) si limita a ritenerlo possibile quando con grandissima probabilità si può ammettere che non esista più comunicazione con il canale vertebrale. Ma in tal caso, più che in qualunque altro, pare che si dovrebbe ricorrere ad altro metodo meno pericoloso e più spicciativo.

La *punzione semplice*, seguita o no dalla compressione, è anche un metodo sulla cui efficacia non si può fare assegnamento; poichè il liquido si riproduce con grandissima facilità, per quanto le punture si ripetano un immenso numero di volte, sempre del resto col pericolo di destare l'infiammazione del sacco. Tuttavia sono registrati, con i due metodi combinati della puntione e compressione, dei rari e sempre discutibili successi, ottenuti da A. Cooper, Velpeau, Hawden, Laboune, Probart, Rozetti.

(1) Lorinser, loc. cit., p. 8.

Per converso la *punzione* con un tre quarti e consecutiva *iniezione* di un liquido irritante, è, fra i metodi appartenenti a questa categoria, quello che ha dato maggior numero di successi confermati.

Già sin dal 1847 Brainard di Chicago aveva presentato alla società di chirurgia la relazione di casi d'idrorachia guariti con le iniezioni iodate. Egli iniettava nel tumore, senza preventivo vuotamento, una piccola quantità di iodio, e dopo qualche istante evacuava tutto il liquido.

Più tardi Velpeau iniettò il medicamento dopo aver evacuato il liquido, ed ottenne parecchi successi. Dopo di lui Chassaignac riferì altri casi di guarigione.

Altri successi con questo metodo sono stati ottenuti da parecchi altri chirurghi; e nel 1869 Caradec, con una pregevole monografia, non esitava a proclamarlo il metodo più razionale e più efficace di cura della spina bifida.

Langeubeck (1) presentò al 6° congresso dei chirurghi tedeschi un ragazzo di 6 anni guarito con 13 iniezioni, fatte nel decorso di 9 mesi, con una debole soluzione di Ioduro di Lugol; e con simile cura aveva di già guarito un altro ragazzo nel 1874.

Nello stesso congresso, Esmarch parlò di una guarigione da lui ottenuta in un bambino di sette settimane, iniettando una forte soluzione di Lugol.

A fronte però di questi successi, vi sono moltissimi esempi di esito sfortunato: perchè questo metodo porta con sè dei gravi pericoli, potendo con molta facilità, l'infiammazione che si sviluppa nell'interno del sacco, propagarsi alle meningi e dar luogo al triste accidente della meningite spinale. Onde è che esso non è applicabile con probabilità di successo che ai tumori a parete spessa e pedunculati; ed ha dato sempre insuccessi tutte le volte che lo si è adoperato, come accadde a Maisonneuve, nei casi di una larga apertura rachidiana.

(1) Centr. f. chir. 1878, 52.

Per eseguirlo è fortemente raccomandato di chiudere col dito l'orifizio di comunicazione, per impedire che il liquido iniettato passi nel canale vertebrale. Le punture debbono essere capillari, fatte a brevi intervalli; e le soluzioni da iniettare debbono essere deboli in principio e rinforzate gradatamente.

La seconda categoria, quella cioè dei metodi che hanno di mira l'*asportazione* del *tumore*, comprende la escissione, la cauterizzazione e la legatura.

E' superfluo premettere che ciascuno di questi metodi non è applicabile che in casi speciali, e che nella più parte dei casi l'ablazione del sacco è assolutamente controindicata. Asportando il tumore infatti il chirurgo non ha di mira che di ottenere la chiusura dell'orifizio pel quale il sacco comunica col canale vertebrale; ora non vi ha chi non veda come in un buon numero di casi di spina bifida devesi a priori ritenere impossibile il conseguimento di un tale risultato.

La *escissione* seguita da sutura ha dato insuccessi nelle mani di Roux, Taxignot, Paget, Holmes e di molti altri; ma Dubourg ha ottenuto due guarigioni con questo metodo, che ora non può ragionevolmente ispirare i timori di una volta. In vero i vantaggi indiscutibili che il metodo antisettico ha arrecato alla chirurgia in generale, rendendo possibili operazioni cui prima si qualificava ingiustificabile temerità il praticare, devono anche a buon diritto influire su questa parte così importante della chirurgia infantile, e far riguardare il metodo della escissione con colori assai meno foschi di una volta. Avvegnacchè i temuti pericoli della infezione e della suppurazione della ferita, e della facile diffusione della flogosi al canale rachidiano debbano ora ritenersi in gran parte eliminati.

Il successo recentemente ottenuto da Robson (1) con questo metodo, mentre viene a comprovare l'influenza indiscutibile di una rigorosa antisepsi sull'esito dell'operazione, mette in evidenza un

(1) The Medical Gazette 1883.

fatto che non è privo d'importanza, cioè il comportarsi della membrana aracnoidea, per le aderenze, in modo identico alla sierosa peritoneale. Questo chirurgo, asportando col taglio un tumore idro-rachitico, riunì per sutura la superficie sierosa delle meningi, come nella chirurgia peritoneale, e dopo avere ricoperto la residua apertura delle ossa con un pezzo di periostio tolto ad un coniglio, avvicinò con punti di cucitura i margini cutanei. La cicatrice si verificò per prima intenzione.

E' a sperare che successi identici si ripetano ; ma questo caso, unito ai precedenti, viene a conferma della razionalità del metodo, ed è sufficiente esempio per incoraggiare i chirurghi a metterlo in pratica.

La *causticazione* al ferro rovente, fatta precedere o no da compressione del colletto, è stata tentata con successo da Page (1). Volendo adoperarla sarebbe da discutere se convenga preferire al cauterio di Paquelin l'ansa galvano-caustica.

Il metodo però che ha dato maggior numero di successi confermati è quello che si propone di ottenere la mortificazione del sacco, impiegando quei mezzi di compressione sul colletto che valgono a provocare delle aderenze fibrose che restringono ed obliterano l'orifizio di comunicazione col canale rachidiano.

Abbiamo precedentemente accennato ai casi in cui tende spontaneamente a formarsi un ispessimento fibroso alla base del colletto, ispessimento al quale partecipano la pelle, il cellulare sottocutaneo, le aponevrosi e le espansioni fibrose dei tendini e dei muscoli spinali. Sembra anzi che a questo processo tutto naturale e spontaneo debbano attribuirsi buona parte dei casi di chiusura spontanea di qualsiasi comunicazione col canale vertebrale.

In tal caso si trova un sacco fibroso pieno di liquido rachidiano affatto chiuso e mancante di ogni comunicazione col canale rachidiano.

Si direbbe dunque che il chirurgo si propone in determinati ca-

(1) Moniti Journ. 1847.

si l'obiettivo di provocare con arte ciò che ben di rado opera da sè la natura.

Varî mezzi sono stati impiegati per raggiungere questo scopo :

Benard ottenne una guarigione esercitando la compressione con due cannelli di penna. Un altro successo fu ottenuto da Latil de Thimécourt (1), il quale esercitò la compressione graduale sul colletto con due stecchette di legno. Per il che lo stesso Lorinser, in massima così poco inclinevole verso ogni trattamento chirurgico, suggerisce di tentare nei tumori pedunculati la compressione del peduncolo a mezzo di piastrine di legno, in modo di ottenere un'adesione delle due superficie sierose, salvo in seguito ad adoperare un altro metodo più radicale.

Rizzoli (2) ha immaginato per l'oggetto un nuovo strumento, una specie di pinzetta a schiacciatoio, col quale ha ottenuto alcuni successi.

Lo stesso strumento ha dato buoni risultati nelle mani del Dottor Parona (3).

Credo che a tale scopo potrebbe adoperarsi, con egual vantaggio, l'enterotomo modificato da Gallozzi per l'asportazione delle varici emorroidarie.

Anche lo schiacciatore lineare è stato impiegato con successo (4).

Ma, fra i mezzi di costrizione impiegati, quello che, in questi ultimi anni specialmente, ha dato maggior numero di successi confermati è la *legatura elastica*.

I vantaggi di questa nuova applicazione del Kaoutskuck, introdotta per la prima volta in chirurgia dall'italiano Grandesco Sil-

(1) Follin et Duplais, l. c., p. 724.

(2) Bull. delle Scienze Med., Bologna, settembre 1869 e luglio 1871. Rivista di Med. Chir. e Terapia 1869, p. 291, 1871, p. 318.

(3) Annali Univ. di Med. 1876, fas. 235.

(4) Bull. Soc. Ghir. 1860, p. 664.

vestri (1862), sono assai noti perchè io ne debba ora discorrere. Certo il potere usufruire di un mezzo di compressione lenta gradualmente progressiva, uniforme, che non abbisogna di ulteriori maneggi e che non suole essere susseguita da notevole suppurazione o da accidenti di sorta, è nel caso nostro un fatto di non lieve importanza, e che permette, durante il lungo processo di mortificazione del tumore, alle due superficie della sierosa aracnoidea di saldarsi fra loro, evitando in gran parte il pericolo della diffusione della flogosi nello speco vertebrale.

Già in epoca non recente la legatura semplice era stata, adoperata, sebbene raramente, e, in mezzo a molti insuccessi, aveva dato alcune guarigioni, delle quali una spetta a Beauiner, due a Trowbridge ed una a Beynard. In questi tre ultimi casi la legatura non fu applicata sola, perchè la cura fu completata con l'escissione dal terzo al nono giorno (1).

Ma in seguito la legatura elastica è stata applicata con successo da molti chirurghi, e fra gli altri da Boll, Altkinson, Mouchet (2).

In Italia hanno pubblicato guarigioni ottenute con questo metodo, Colognese (3), Cappellini (4), Cavagnis (5), Scolari Gaetano (6). Nel caso di quest'ultimo trattavasi d'idrorachia lombare, in cui il canale di comunicazione era tanto ampio da potervi introdurre l'apice del mignolo.

Con queste citazioni io non intendo certamente di aver riportato tutti i casi di guarigione, con la legatura elastica, registrati nella letteratura chirurgica. Mi sembra che i pochi esempi, adottati e quello che forma oggetto di questa pubblicazione, siano bastevoli per far fede della importanza di questo metodo e dell'avvenire

(1) Nelaton, l. c., V. III, p. 551.

(2) *Revue des Sc. Med.* 1876, V. II, p. 754.

(3) *Ann. Univ. di Med.* 1877, V. 239, p. 145.

(4) *Ibidem* 1877, p. 455.

(5) *Ibidem* 1878, V. 245, p. 87.

(6) *Ibidem* 1879, V. 249, f. 747, p. 266.

cui esso è destinato. Fu l'evidenza di questi risultati che fece concludere ai chirurghi tedeschi, riuniti nel 6° congresso sopracitato, doversi oramai aspettare migliori successi nella cura della spina bifida dalla legatura elastica.

La *punzione* del tumore, per la evacuazione parziale del liquido *prima della legatura*, fu da me praticato nell'intento di evitare che il liquido scacciato dal tumore, pel fatto stesso della legatura, eserciti una eccessiva e brusca pressione sul midollo spinale. Tale pratica mi ha corrisposto perfettamente; onde è che insisto nel raccomandarla.

La bambina da me operata mi fu riportata pochi giorni fa da' suoi genitori che abitano la campagna, e dietro mio espresso desiderio. Essa ha l'aspetto sanissimo, è vispa, ben nutrita, cammina da sè, e non presenta indizio veruno di disturbata funzionalità nervosa. La cicatrice è larga, resistente, pochissimo mobile sulle vertebre, dove si tocca, al posto delle due apofisi spinose, una leggiera depressione a superficie non liscia, ma che ha la resistenza dell'osso.
