

LA COSSALGIA

E LA

RESEZIONE COXOFEMORALE

PEL

Dott. ANTONINO TURRETTA

Chirurgo primario nell'Ospedale Civile di Trapani

Estratto dal Giornale Internazionale delle Scienze Mediche — Anno IX



NAPOLI

ENRICO DETKEN LIBRAIO-EDITORE

Piazza del Plebiscito

1887

Stabilimento Tipografico dell' UNIONE



LA COSSALGIA E LA RESEZIONE COXOFEMORALE (1)

La cura della coxite segna indubbiamente uno dei più grandi progressi della moderna chirurgia. Ma non è stato ancora pronunziato un giudizio preciso sul valore della resezione coxofemorale e sulla estensione che convien dare a tale operazione chirurgica. Ciò, sino ad un certo punto, è da attribuirsi alla diversità delle opinioni che si sono agitate intorno all'anatomia patologica della malattia in questione. E sebbene i progressi dell'istopatologia e i moderni studii micologici abbiano portato un positivo e radicale mutamento nelle idee che informavano il concetto dei chirurghi su tale affezione, tuttavia sulla opportunità dell'intervento operativo molto si discute ancora, ad onta delle statistiche recenti di Sack e di Billroth, di König, di Caumont.

(1) Il sunto di questo scritto formò oggetto di una comunicazione alla terza adunanza della Società Italiana di chirurgia, tenuta in Roma nell'aprile dell'anno 1856.

Inoltre ho potuto convincermi che la fenomenologia dell'affezione in discorso non è stata ancora rigorosamente descritta, e che quasi sempre, anche in pubblicazioni recenti, non si fa che, ripetere quello che fu descritto dai nostri antichi. Oggi si comincia giustamente ad osservare che la sintomatologia della tubercolosi dell'anca è poco nota, Cornil e Ranvier nel noto Manuel d'Histologie Pathologique, a proposito dell'artrite tubercolare, la dicono *toute entière à faire*. Or, quando si pensa che, allo stato attuale delle nostre cognizioni, tutte le artriti croniche e buona parte delle artriti acute dell'anca sono da classificare tra le affezioni tubercolari, vi è da rimanere poco soddisfatti della uniformità colla quale autori antichi e recenti descrivono la sintomatologia della cossite.

Certamente non è a dire che il processo cossalgico non sia stato estesamente studiato in tutte le sue fasi, sin da un'epoca abbastanza remota. I lavori di Guido di Chanliac, di I. L. Petit (2), di Verbeck (3), di Fritz (4) di Morel-Lavallée (5) e di molti altri, contribuirono a fornire, riguardo alla cossalgia, una sufficiente interpretazione dei fatti clinici. E, dopo gli studii classici del Bonnet (6), che può a buon dritto ritenersi il vero rinnovatore della chirurgia in riguardo alle malattie delle articolazioni, la cura della coxite, nel periodo detto flogistico, ebbe di mira indicazioni razionali, le quali del resto si accordano coi principii generali che guidarono i chirurghi nella cura delle articolazioni infiammate.

Da quell'epoca in qua, gli studii sulla cossalgia si sono moltiplicati, accumulando un corredo di cognizioni importantissime, spe-

(1) Guy de Chanliac, chirurgie, Leyde 1537.

(2) Mém. de l'Acad. des sciences. 1772.

(3) De morbo coxario, Paris 1806.

(4) Salzburger med. chir. Zeitung 1828, N. 37.

(5) Sur les retractions, thèse Paris 1844.

(6) Traité des maladies des articulations, Paris 1845; e Traité de thérapeutique des maladies articulaires. Paris 1853.

cialmente in riguardo alla sintomatologia del processo e al trattamento curativo.

Ma, se ben si riguarda, anco nelle pubblicazioni più recenti dell'Hueter (1) che ha completato e rinnovato le opere del Bonnet, negli scritti di Martin et Collineau (2), nel trattato sulla coxalgia di Filippeau (3), nell'articolo che fa parte del *Traité élémentaire de Pathologie externe* di Follin et Duplay (4), in quello del Pitha inserito nella *Enciclopedia* del Pitha e Billroth (5), non è facile rinvenire, riguardo alla terapia dell'affezione in parola, quella esattezza di criterii che sarebbe a desiderare; soprattutto non sembra che sia stato risposto sufficientemente al seguente quesito: quale sarà il momento opportuno perchè il chirurgo intervenga con un atto operativo, che può salvare la vita del paziente e assicurargli la conservazione di un arto utile, quando i più rigorosi tentativi di una cura aspettante sono riusciti infruttuosi. Bisogna convenire che quello che si trova scritto nei trattati su questo soggetto è abbastanza vago e insufficiente.

Già se si rimonta all'epoca in cui le opere di Boyer costituivano il codice di tutti i chirurghi, il trattamento di questa affezione era completamente illusorio: gli ammalati erano abbandonati a loro stessi e si credeva di aver fatto tutto il possibile quando si erano applicate le mignatte e praticato il salasso; per concessione si ricorreva a qualche ricostituente generale.

La resezione, praticata per la prima volta da White nel 1821, restò per molti anni dimenticata; e, malgrado il favore con cui lo accettò e la propugnò Fergusson nel 1845, essa è stata violente-

(1) *Klinik der Gelenkkrankheiten mit Einschluss der Orthopädie*, Leipzig 1876.

(2) *De la Coxalgie*, Paris 1865.

(3) *Traité thérapeutique de la Coxalgie*, Paris 1867.

(4) Vol. VIII. p. 103.

(5) Vol. IV, parte 2^a, p. 173.

mente criticata e combattuta, prima di pigliare uno stabile posto in chirurgia.

Malgaigne si mostra molto scontento della statistica di Bazin e dei risultati di Textor ; e non dissimula la sua avversione per la resezione dell'anca, avversione divisa da molti chirurghi francesi ; e conchiude nel suo trattato di medicina operatoria con le parole che tutti conoscono. «Gl'infermi essendo in buone condizioni, forse si sarà autorizzati ad operare le pseudo-lussazioni all'indietro, ma quando il capo sta ancora nella sua cavità, e tutte e due sono affette da carie riterremo molto temerario il toccarle ». E' degna di nota questa preferenza accordata in molti trattati di chirurgia per l'atto operativo nei casi in cui il capo del femore è lussato ; mentre ora si sa che le lussazioni sono piuttosto il fatto di artriti purulente acute, anzichè di cossalgie ; e che i casi più tipici di lussazione coxo-femorale si mostrano appunto in quelle infiammazioni che non hanno un vero carattere distruttivo e reclamano meno delle altre la resezione.

Nella discussione che nel 1865 ebbe luogo sulla cossalgia alla Société di Chirurgie, Verneuil, uno di quelli che in Francia si sono molto occupati dell'affezione in discorso, accetta, per ciò che riguarda la cura, le dottrine di Bonnet, ma insiste soprattutto sul trattamento generale (1).

Intanto venivano pubblicate le statistiche di Lefort (2), di Heifelder (3), di Giorgi (4), di Isac (5), gli scritti di Mac-Gregor (6), di Holmes (7), di Sarazin (8), di Boeckel (9), di Simon, che dissi-

(1) Nouveau dict. de Méd. et de Chir. tom. XVI p. 40.

(2) De la résection de la hanche, Paris 1862.

(3) Traité des Résections, trad. Boeckel, Paris 1865.

(4) Thèse inaugurale, Paris 1862.

(5) Thèse de Strasburg, 1865.

(6) Excis. os. hipyoint. recover. Lane 1865.

(7) Excis. os. hipyoint. I. f. Kindkkh. 1865.

(8) Résection coxofemorale, Gaz. hôp. 1865, 112.

(9) Coxalgia grave, résection, Gaz. hebdom. 1866, 3.

parono molti timori sulla gravità estrema di tale operazione. E ciò nonpertanto nei trattati più recenti di chirurgia, come quelli di Fol-
lin et Duplay e del Pitha e Billroth testè citati, la resezione viene
consigliata quando la malattia è pervenuta al suo ultimo periodo,
quando gli ascessi si sono aperti all'esterno, le forze dell'amma-
lato intieramente consumate, e la carie e la necrosi delle ossa che
compongono la articolazione è dimostrata dalla sonda. A conclusio-
ni non dissimili si viene nei trattati dell'Erichsen e del Nelaton, seb-
bene in quest'ultimo l'operazione sia molto favorevolmente discus-
sa e valutata alla stregua delle recenti statistiche.

Nell'articolo sulla cossalgia, inserito nel nuovo dizionario di
medicina e chirurgia dello Jaccoud, la resezione dell'anca è messa
in discussione nei termini seguenti: *le suppose la coxalgie arrivée
à ses dernières phases; la hanche présente un gonflement consi-
derable, elle est sillonnée de trajectes fistuleux qui aboutissent à des
vastes foyers purulentes, les os sont profondément altérés; les souf-
frances sont vives, l'état général s'aggrave de plus en plus etc.*

Chi per la prima volta ha formulato con una esattezza abba-
stanza soddisfacente le indicazioni sulla opportunità dell'intervento
operativo nei diversi casi di cossalgia è stato il Volkmann. Egli, con
quella autorità che gli viene dall'estesissima pratica sulle malattie
degli organi del movimento, e perciò con una competenza indiscu-
tibile, ha trattato la questione sotto punti di vista sino allora poco
studiati, ed ha stabilito, con criterii veramente pratici le norme che,
nei diversi casi di cossalgia, devono guidare il chirurgo nella scelta
del momento opportuno per decidersi all'atto operativo.

In quasi tutti i trattati di chirurgia la affezione di cui ci occu-
piamo viene distinta in due periodi ben delineati. Nel primo pe-
riodo, i dati obbiettivi che si riscontrano, secondo gli autori anti-
chi e moderni, sono la *flessione della coscia sul bacino*, associata
alla *rotazione esterna ed all'abduzione*, con la corrispondente incli-
nazione laterale del bacino e l'apparente allungamento dell'arto.
Nel secondo periodo; persistendo la flessione della coscia sul baci-
no, l'arto *si adduce, si ruota in dentro*, e il bacino inclinandosi dal

lato opposto, l'arto appare più corto, o è realmente tale per la distruzione parziale del femore.

La spiegazione di questi fenomeni obbiettivi è stata ed è tuttavia, come vedremo, oggetto di controversie, e non si possiede tuttora una nozione precisa sulla entità delle alterazioni anatomiche che corrispondono a ciascun sintomo o ad un determinato gruppo di sintomi; sebbene si riconosca che non sono rari i casi di cossalgia, nei quali il processo attraversa tutti i suoi periodi senza indurre notevoli cambiamenti nell'arto; casi a decorso cronico, nei quali la suppurazione insorge assai prima che si manifestino i fenomeni obbiettivi proprii del secondo stadio degli autori; ed altri nei quali si trovano erose o cariate, o sede di osteite tubercolare la testa del femore e la cavità del cotile, senza che vi sia indizio di raccolte purulente nei tessuti che circondano l'articolazione. Per modo che il reperto anatomico può riuscire una sorpresa pel chirurgo operatore.

E' ovvio che le posture viziose del bacino e del femore debbono dipendere da una serie di contingenze, da speciali condizioni anatomo-patologiche, e forse anche non poco dalle proporzioni in cui entra l'elemento dolore, secondo le suscettibilità nervose individuali. Epperò, come ho già accennato, sulla vera causa meccanica di esse e sulla spiegazione dei diversi fenomeni della cossalgia molto si è discusso e si discute ancora: Valsalva, Morgagni, Brodie, Bonnet, Cruveillier, Malgaigne, Tessier di Lione ed altri molti emisero sul proposito opinioni le più disparate; e fra i moderni, mi piace riportare un'opinione del Ruggi, il quale, in una brillante sua conferenza, ha ultimamente sostenuto e procurato di dimostrare, con prove desunte dalla clinica, dall'anatomia patologica e dall'anatomia sperimentale, che la cossalgia può avere due punti diversi di origine, e cioè ora dall'interno del cotile, ed ora dall'esterno di esso, cioè nella zona periferica che cinge il collo del femore. Nella cossalgia *interna* si avrebbero, secondo questo chirurgo, semplicemente la *adduzione* della coscia con rotazione esterna della stessa; nella cossalgia *interna*, oltre a questi sintomi, si avrebbe la *flessione della coscia* sul bacino. Ammette inoltre che l'*abduzione* pa-

tologica della coscia, oltre che dalla infiammazione del cotile, può dipendere dalla infiammazione dei muscoli adduttori delle cosce o delle ossa dove questi muscoli si attaccano, dall'azione dei tiraggi applicati all'arto ammalato, ed anche dal modo speciale di deambulazione tenuto per lungo tempo dallo infermo (1). Queste conclusioni vengono a scemare di gran lunga la importanza che secondo gli autori si dovrebbe attribuire ai segni obbiettivi che caratterizzano il primo stadio della cossalgia.

Sotto questo punto di vista non sono scevri di un certo interesse tre casi di cossalgia curati, durante l'anno in corso in questo ospedale civile, e che io qui succintamente descrivo :

Osservazione 1^a. — Riguarda una donna di anni 25 (Agostina C. da Campobello) la quale erasi presentata 20 mesi prima alla nostra osservazione con una intumescenza costituita da raccolta marciosa alla regione esterna e terzo medio della coscia destra. Non accennava a cattivi precedenti gentilizii, ed attribuiva la sua malattia ad un trauma ricevuto sette mesi prima in vicinanza del gran trocantere. L'arto era leggermente denutrito, *non allungato, nè addotto*; si rimarcava solamente un certo grado di rotazione esterna del piede, la qual cosa poteva ben attribuirsi al modo speciale di camminare dell'inferma, obbligata a lavorare durante la malattia. I movimenti della coscia sul bacino erano pochissimo limitati, e nella giacitura supina su di un piano orizzontale poteva ottenersi l'estensione completa della coscia, senza che si accentuasse in modo notevole l'insellatura lombare. Nessuna sensazione di scricchiolio nei movimenti del femore, l'ammalata cammina un po' claudicante per una sensazione dolorosa che essa riferisce al di sotto del gran trocantere, dove realmente la pressione aumenta il dolore. Pensai che si trattasse di una periostite suppurata del gran trocantere con infiammazione dei glutei, e diedi esito con una incisione alla raccolta marciosa. Il pus, tenue, continuò a fluire per qualche tempo, e la

(1) La cossalgia deve distinguersi in extra ed intra-cotiloidea, Bologna, 1885.

esplorazione nel cavo marcioso non confermò l'esistenza di una lesione trocanterica ; anzi si poteva rintracciare il tramite percorso dal pus verso la regione dello Scarpa. Ero quindi necessariamente costretto a rivenire dalla fatta diagnosi, sebbene non trovassi nel quadro fenomenologico i criterii sicuri per ammettere l'esistenza del cossartroce a stadio inoltrato. La donna intanto volle ad ogni costo lasciare l'ospedale, chiamata al suo paese da impellenti motivi di famiglia. Ritornò dopo quattro mesi, ma completamente stremata di forze e in uno stato d'incipiente marasmo generale. Il pus questa volta erasi raccolto nella regione interna della coscia, sebbene restasse sempre aperta la primitiva ferita al lato esterno.

L'articolazione coxo-femorale era abbastanza irrigidita, col femore in flessione ; molto dolorosa la pressione su quest'osso, l'arto accorciato di qualche centimetro ; il piede volto in dentro.

Fu subito sottoposta l'ammalata ad una cura ricostituente, e si tentò con ogni mezzo di rialzare le forze decadute al più alto grado. La morte avvenne pochi giorni dopo per marasmo ; e l'autopsia rilevò : impicciolita di metà e completamente deformata la testa del femori per centri di osteite tubercolare suppurata e vuotata nel cavo cotiloideo, oroso tutto il fondo del cotile con minaccia di perforazione, contenente una quantità di detrito tubercolare. *Polmoni sani.* Cuore impicciolito ed assottigliato. Incipiente degenerazione amiloide dei reni.

Come si vede, qui il reperto anatomico non mette dubbio sulla esistenza di una cossalgia tubercolare primitiva. Nulla autorizza la ipotesi che il processo abbia avuto cominciamento al di fuori dell'articolazione, con una tubercolosi gangliare, per produrre poi in secondo tempo nell'interno di esso e nel capo femorale quei guasti che l'autopsia ha fatto rilevare, e devesi per necessità ammettere che quando l'inferma si presentò per la prima volta alla nostra osservazione era affetta dalla cossalgia a stadio avanzato e che il pus raccolto nella regione esterna della coscia proveniva dal cotile. Or bene, non solamente mancavano allora del tutto la rotazione interna del piede e l'adduzione della coscia, che sono ritenuti i fenomeni caratteristici della malattia a stadio avanzato, ma neppure

era completo il quadro fenomenologico dello stadio iniziale. Il difetto di parallelismo tra la fenomenologia descritta dagli autori e le alterazioni anatomiche è degno di nota ; come è altresì degna di nota l'assenza di tubercoli al polmone e in altri organi interni, malgrado di un processo di tubercolosi articolare così prolungato.

Osservazione II^a — Giovanetta di anni 17 (Vita R. di Trapani). Ha i genitori e due fratelli, vivi e sani ; a dodici anni contusione, per caduta, all'articolazione dell'anca sinistra, la quale divenne tumida e sede di dolori, che consigliarono l'inferma a ricoverare nello Ospedale. Dopo tre mesi di cura la malattia sembrò arrestata nel suo cammino, e la giovanetta poté liberamente ritornare a casa guarita. Ma trascorsero appena due anni, e cominciò ad avvertire nella stessa articolazione un certo risentimento doloroso tutte le volte che si sottoponeva a fatiche eccessive. Sei mesi prima di entrare all'Ospedale cadde, nel salire una scala, ed in seguito a ciò la articolazione ridivenne dolentissima ; in breve l'ammalata non poté più camminare.

La mestruazione che erasi manifestata per la prima volta al 16^o anno si arrestò dopo il quarto mese e non è più ricomparsa.

Nello stato attuale, l'ammalata preferisce la giacitura supina nel letto, con la coscia sinistra rialzata e leggermente flessa sul bacino, in adduzione, e con rotazione del piede in dentro. Tutto l'arto inferiore sinistro è visibilmente più denutrito dell'altro, e più corto. La piega inguinale tumefatta, più sporgente il gran trocantere ; la piega della natica abbassata. Procurando d'imprimere all'arto movimenti di flessione, di abduzione, di rotazione sul bacino si avverte il caratteristico rumore di scricchiolio.

Poichè l'ammalata era travagliata da leggiera febbre serotina, ed andava incontro ad un progressivo deperimento, malgrado che il più accurato esame degli organi del torace dava risultato negativo, praticai sollecitamente la resezione, con tutte le precauzioni antisettiche, compreso lo spray. Il capo del femore si trova eroso e cariato sino in prossimità dell'apofisi trocanterica. La marcia aveva perforato la capsula dal lato anteriore ed interno per la grande incisura del cercine cotiloideo, raccogliendosi in piccola copia sotto

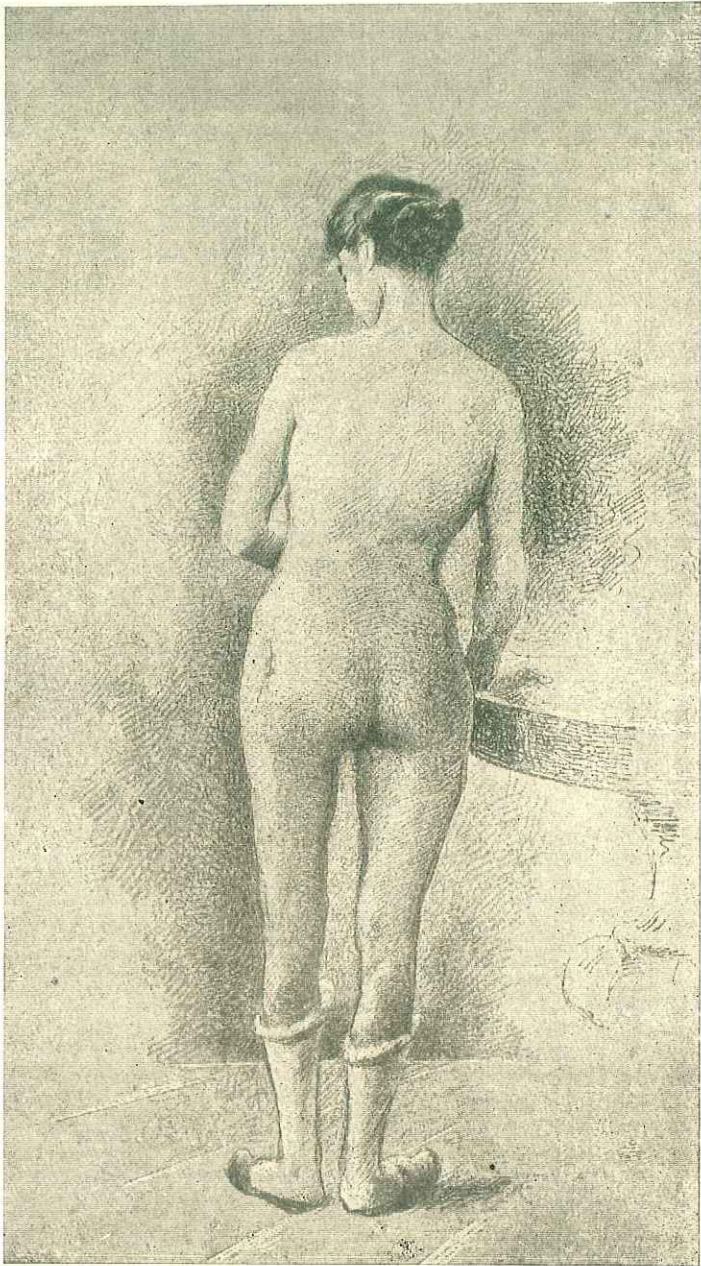
lo strato muscolare profondo. Resezione del capo osseo, comprendendo due terzi del gran trocantere. L'acettabolo eroso e cariato, specialmente dalla parte dell'ileo, viene raschiato con la sgorbia. Drenaggio sino alla cavità acettabolare. Si applica un apparecchio a stecche con leggiera trazione.

L'operata è tormentata per due giorni da fenomeni dovuti al cloroformio. La temperatura raggiunge la massima elevazione la sera del secondo giorno (38°); poi scende alla normale, e tale si conserva sino al giorno in cui l'operata viene dimessa. La ferita è completamente cicatrizzata 76 giorni dopo l'operazione. La giovane comincia a mettersi in piedi, e via via a dare qualche passo collo aiuto delle crucce, e dopo altri dieci giorni lascia l'ospedale con l'arto accorciato di centimetri tre e in uno stato di nutrizione soddisfacente. La figura che qui si annette, a titolo di saggio, fu presa il giorno stesso in cui l'operata venne dimessa.

*Osservazione III** — (Op. D. Lampiasi) Pietro F... da Trapani, dell'età di anni 15; a temperamento linfatico; nessun precedente gentilizio. Otto mesi fa cadde, nel ballare, sull'anca sinistra; risentì momentaneo dolore, ma si rialzò subito e continuò a saltare e a divertirsi per tutta la notte. Però dopo tre giorni fu molestato da dolori specialmente sensibili al ginocchio, e su quest'articolazione rivolse le sue prime cure. Dopo quattro mesi ricoverò nella prima sezione chirurgica di questo ospedale, dove gli fu praticato un apparecchio inamovibile, che portò per 40 giorni, con pochissimo vantaggio. Uscito dall'ospedale vi ritornò dopo due mesi, in condizioni molto peggiori. La regione crurale è sede di una tumefazione notevole, costituita da raccolta di pus; il bacino segue i movimenti del femore; l'arto è *allungato* di due centimetri, in leggiera flessione sul bacino, marcatamente abdotto e con rotazione del piede in fuori. Coi movimenti passivi impressi al femore non si avverte alcuna sensazione di scricchiolio; non vi ha febbre, nè disturbi nello stato generale.

Tolta dunque la raccolta di pus, tutti i sintomi obbiettivi erano quelli del primo stadio della cossalgia.

Ciò non pertanto la resezione, che venne tosto praticata, mo-



strò il capo del femore per due terzi distrutto, cariato il gran trocancere, ingrandita per usura la cavità acettabolare. Non si sarebbe preveduto tanto progresso del processo distruttivo. L'operazione ha avuto esito brillantissimo, con decorso sempre afebrile.

Potrei qui riportare una serie non indifferente di casi consimili, da me osservati e curati negli anni precedenti. Però sono persuaso che l'esiguità del numero non scema l'importanza della osservazione. E a me non preme che di richiamare l'attenzione dei chirurghi sopra questo fatto, che dal punto di vista della terapia può avere una importanza grandissima, quello cioè che il più delle volte le distruzioni sono avanzatissime senza che vi sia la fenomenologia descritta dagli autori come caratteristica del 2° stadio, in vista della quale si sarebbe autorizzati ad operare. Quando, nel soggetto della 1° osservazione, la sintomatologia del 2° stadio si fece manifesta l'atto operativo non era più possibile.

Non vi ha dubbio che le divergenze sulla interpretazione dei fenomeni hanno riscontro nella incertezza che per lungo tempo ha regnato sulla questione anatomo-patologica della cossalgia, la quale questione non si può forse dire completamente risolta. Si sa difatti come Paletta, Cloquet, Brodie, Lesauvage definirono quest'affezione un'idrartrosi con ispessimento della sinoviale, mentre altri la ritennero un'osteite epifisaria o periarticolare, una degenerazione scrofolosa del tessuto osseo, un'artrite fungosa o cossite fungosa, come la dice il Margary, una tubercolosi dei capi ossei. Certamente, astrazione fatta delle lacune dei tempi, l'occasione di studiare le alterazioni anatomiche che caratterizzano l'esordire del male non erano frequenti, sino ad epoca non remota; avvegnacchè difficilmente la cossalgia produca la morte nel suo primo periodo, e le necroscopie non iscoprono che le alterazioni dell'ultimo stadio della malattia. Sparsero però molta luce sull'argomento i reperti delle moltissime resezioni e le altre operazioni chirurgiche, che ora si praticano con grande frequenza su questa articolazione. E ora, grazie soprattutto ai grandi progressi dell'istopatologia e degli studî micologici, non solamente si ammette che l'osteite, la carie, la necrosi, i tubercoli possono riscontrarsi e dare origine al processo cos-

salgico, interessando o la cavità cotiloide, o la testa del femore, o tutte e due queste ossa nel medesimo tempo; ma si ritiene che nella maggior parte dei casi non si tratti che di una tubercolosi locale. Tanto che le cossalgie vengono ora indicate col nome di *artriti tubercolari*.

Già, sin dal 1836, Nélaton ebbe il merito di avere intraveduto un certo rapporto che esiste tra la tubercolosi pulmonare e le alterazioni secondarie delle ossa; e più tardi, nel suo trattato di patologia chirurgica si esprime così: « Il y a une analogie frappante entre l'affection tuberculeuse des articulations et les affections tuberculeuses pulmonaires, envisagées sous le point de vue des perforations » (1). Ma nè lui nè quelli che lo seguirono, Delpsch, Paris, Laënnec, accennarono alla possibilità di una tubercolosi primitiva delle ossa delle articolazioni; come fecero Rokitansky (2) Bazin (3), Virchow ed altri. La questione entrò nel campo sperimentale con Willemin (4), e subito dopo con Armanni, che fu seguito da Cohnheim, Fränkel, Tappeiner, Baumgarten, Ziegler e molti altri. I cui studi valsero a stabilire che il prodotto specifico tubercolare iniettato può determinare lo sviluppo della tubercolosi nei tessuti. Ma nel contempo procedevano con febbrile attività le ricerche istopatologiche nei tessuti, per opera di Köster (1869, di Friedländer, di Langhaus, di Klebs, di Max Schüller (1880), di Aufrecht, di Weigert, di Tommasi Crudeli, il quale ultimo affermava, pochi mesi prima della scoperta di Koch, essere molto probabile che il contagio tubercolare sia costituito da uno schizomiceto (5), quello stesso che Koch scoprì, descrivendone così maestrevolmente le proprietà morfologiche (6). Con Koch s'inizia il periodo delle ricerche

(1) *Traité de Path. Chirurg.* t. II.

(2) *Handbuch der Pathologischen Anatomie*, Wien 1845.

(3) *Leçon sur la scrofule*, 1851.

(4) *Etudes sur la tuberculose*. Paris 1868.

(5) *Istituzioni di Anat. patol.* 1882.

(6) *Aetiologie der Tuberkulose*, Berlin *Klin. Wochenschr.* 1882. N. 15.

micologiche sulla tubercolosi, ricerche che ai giorni nostri occupano febbrilmente la mente dei medici e dei chirurghi, e sulle quali sono stati già pubblicati molti pregevolissimi lavori anche in Italia, come quelli del Perroncito, del Biffi, del Brigidi, del Marchiafava, del Celli, del Guarneri, del Ferrari e di altri, che sono incontestabilmente fra i migliori che in questo scorcio di tempo abbian visto la luce su tale argomento.

Ma, ritornando un po' indietro, è da notare che il Köster, il Friedländer, il Klebs, il Max Schüller, pocanzi ricordati, avevano già descritto il follicolo tubercolare e la cellula gigante nelle fungosità articolari; e Volkmann (1) nella stessa epoca, in una comunicazione fatta al congresso chirurgico di Francoforte, manifestava che in seguito alle molteplici occasioni che aveva avuto di studiare sul vivente le articolazioni, come quelle del ginocchio e dell'anca, era venuto nel convincimento che la lesione incomincia con una o più focolai di osteite caseosa o tubercolosa delle epifisi; focolai dapprima circoscritti, ma che poi si estendono e vuotano il loro prodotto rammollito nello interno dell'articolazione. I focolai primitivi non sono che l'agglomerazione di granulazioni miliari, le quali rammollendosi danno luogo ad una vera caverna ossea, che può contenere un sequestro. Il rammollimento in parola è il principio della invasione della articolazione; perchè si formano attorno al focolaio delle suppurazioni più o meno abbondanti e una inoculazione locale di tutti i tessuti costituenti l'articolazione.

Secondo questo autore la maggior parte delle artriti fungose sono precedute dalla formazione di questi focolai, che possono restare latenti per un tempo anche lungo, provocando nella cavità articolare fenomeni d'irritazione per vicinanza. Per Volkmann la sinovite fungosa primitiva è possibile, ma è rara, ed è quasi sempre una sinovite tubercolosa.

Non vi è chirurgo ai giorni nostri, che abbia una certa pratica

(1) Sammlung Klinischer Vorträge, 1879, N. 168, 169.

nelle resezioni articolari, il quale non abbia potuto constatare, almeno qualche volta, l'esistenza di focolai caseosi o tubercolari dei quali parla il Volkmann.

Le idee di questo insigne chirurgo furono accettate tosto da König, Billroth, Nussbaum, Thierch, e dalla maggior parte dei chirurghi tedeschi; mentre la scuola francese, capitanata da Brissaud, Cornil, Roux, Terrier, Trélat, sostiene, pur ammettendo la tubercolosi come entità patogena, che l'affezione cominci nelle sinoviali articolari, e che nella gran maggioranza dei casi le fungosità invadono primitivamente la sinoviale per guadagnare quindi le ossa e gli elementi periferici della articolazione.

E evidentemente l'opinione d'entrambe le parti non può essere esclusiva, ed è a credere, che una tale divergenza non potrà durare lungamente, e che sarà presto detta l'ultima parola su questo punto importante della patologia.

In generale si ritiene che la tubercolosi che attacca gli estremi epifisarii delle ossa e la loro sostanza spugnosa ha decorso lento, e che i follicoli tubercolari che si riscontrano nelle sinoviti siano scarsi di bacilli, che la loro inoculazione non produca che molto tardivamente una tubercolosi generale. Dunque tubercoli di una virulenza assai debole e però accessibili alla terapia. Le deduzioni che si debbono trarre da questi insegnamenti sono assai ovvie: è della più alta importanza, non solo per l'articolazione, ma per l'intero organismo, l'attaccare e distruggere al più presto i focolai di tubercoli dai quali parte la infezione.

Certamente non si può escludere la possibilità che ad un focolaio tubercolare succeda un processo di riparazione, rappresentato dalla sostituzione di tessuto cicatriziale, da sclerosi ossea; ma una tale evinienza è assai rara, e non vi è da sperarla quando già vi sono indizii di suppurazione, che spesso è il prodotto di tubercolosi progressiva infiltrata.

Se dunque nella maggior parte di casi di cossalgie non si tratta che di una tubercolosi locale, sia che affetti primitivamente i capi ossei, sia che affetti la sinoviale, è senza dubbio pratica poco sicura, allo stato attuale delle nostre cognizioni, l'andare in cerca di deter-

minati segni obbiettivi, che possono sicuramente indirizzare alla conoscenza delle alterazioni anatomiche e dello stadio progredito del morbo. Infatti noi non possediamo che pochissimi accenni sulla sintomatologia di questa affezione ; e forse un tale desiderato che abbia bisogno di molteplici e svariate osservazioni, e del contributo di molti osservatori, non sarà così presto raggiunto. Il Dottore Caneva, nella sua pregevole monografia (1) si è provato a darne un abbozzo alla stregua delle proprie osservazioni. Naturalmente ciascuno non può avere nell'attualità che un corredo più o meno limitato di cognizioni in proposito ; ed io non sono in grado di portare il mio contributo, con sicura coscienza, in tale questione ; questo però tengo a ripetere, che la sintomatologia della cossalgia non è quella che si trova descritta nei trattati, e sembra che gli autori più recenti, nel tracciare il quadro fenomenico della malattia abbiano accettato con una certa leggerezza di giudizio quello che fu descritto dagli antichi.

Le indicazioni quindi per un trattamento operativo non possono essere nè particolareggiate, nè formulate con precisione. Come ben dice il Volkmann. Ogni chirurgo, facendo largo conto della propria esperienza, ha il dovere di considerare nei singoli casi gli argomenti pro e contro prima di decidersi ; ma appunto in questa valutazione di argomenti va tenuto larghissimo conto dei recenti trovati e dei progressi della istopatologia e della clinica. Ogni chirurgo naturalmente subordinerà il suo giudizio ai criterii dell'età del paziente, dei segni manifesti di scrofola, della pertinacia e durata del morbo, del progressivo deperimento dello stato generale ; ma non vorrà perdere di vista che in ogni cossalgia conclamata la testa del femore è destinata a distruggersi, e che la distruzione avviene, il più delle volte, con una precocità inaspettata, senza sintomi che richiamino soverchiamente l'attenzione del paziente e delle persone che lo avvicinano, se si tratta di piccolo infermo. Spesso nei ragaz-

(1) Tubercolosi dell'anca. Genova, 1885.

zi il capo del femore ha subito notevoli alterazioni, qualche volta manca intieramente ; ciò non pertanto il soggetto continua a camminare, sebbene zoppicando, e attende alle ordinarie occupazioni, senza gravi dolori, nè deperimento notevole dello stato generale, e senza che la regione articolare sia tumefatta notevolmente e perforata da fistole. Queste distruzioni precoci non si possono valutare colle autopsie, ma si trovano praticando le resezioni. Boeckel di Strasburgo trovò le ossa completamente cariate in 21 resezioni fatte prima della apertura degli ascessi ; in alcuni la cavità cotiloide era già perforata (1).

Ora per quanto si voglia essere poco inclinevoli ad ammettere indistintamente in ogni caso di Cossalgia una tubercolosi primitiva locale — ed io non credo che si possa fare della tubercolosi l'esclusiva unità etiologica delle affezioni articolari dell'anca — pure è indubitato che i casi di cossalgia in cui il processo morboso incominci come artrite semplice essudativa e come tale si mantenga per molto tempo sono ben rari. Io non escludo questa possibilità, e, sino a nuovi responsi della istopatologia, ammetto che in mancanza di uno stimolo e di una condizione speciale, il prodotto della tumefazione alba che caratterizza il *tumor bianco* possa rimanere come tale, senza diventare tubercoloso ; ma ciò non sarebbe che la rara eccezione, e le osservazioni di Buhl, di Sangalli, di Mazzotti e di altri sono là per ammonirci a non fidar troppo sopra una tale evenienza (2).

(1) V. Ann. univ. di med. e chirurgia V. 274, luglio 1885.

(2) E' noto come oggi si ammetta che i processi infiammatorii comuni, essudativi e suppurativi, possono essere il punto di partenza di una tubercolosi miliare, e che i centri caseosi generatori di tubercoli siano già per loro natura tubercolari, e quindi contengano il virus specifico e i bacilli caratteristici. Buhl ebbe già una volta (1856) a richiamare l'attenzione dei patologi sulla presenza di antichi centri caseosi nell'organismo, e dimostrò la loro importanza nell'etiologia della tubercolosi. Le sue idee vennero generalmente confermate da Sangalli (1865), e da altri.

Mazzotti, che ha pubblicato recentemente nuovi studii su tale argomen-

Dal fin qui detto emerge, secondo me, che l'intervento operativo sia indispensabile nella gran maggioranza di casi; e si tratta solo di vedere quale è il momento più opportuno perchè l'operazione sia circondata da minori pericoli e produca il maggior beneficio dell'infermo.

Bisogna guardare la questione dal punto di vista dei risultati operatorii e da quello dei risultati terapeutici.

La statistica, come bene è stato osservato, difficilmente potrà risolvere la questione della gravità comparativa del metodo aspettante e della resezione. Le statistiche più recenti di casi pubblicati da Rydygier, da Sack, da König, consigliano la resezione precoce, anche dal punto di vista d'impedire la frequenza delle manifestazioni tubercolose in organi interni. Mentre quella di Caumont, che si fonda sopra 212 casi di artriti croniche degli arti inferiori, dà risultati vantaggiosi nelle resezioni di cossiti suppurate 34 %, e senza resezione 26 %; mentre nelle cossiti senza manifesta suppurazione dà guarigioni: con resezione 40 %, senza resezione 70 %. Bisogna però convenire che non esiste, e forse non potrà esistere una statistica numerosa ed esatta di cossalgie curate con la conservazione e tenute sotto osservazione sino all'esito sicuro della malattia.

Intanto non vi ha alcun dubbio che, grazie soprattutto al metodo di Lister, l'operazione è poco pericolosa nei bambini, e non presenta negli adulti quella gravità da cui, sino a pochi anni fa, si credeva circondata; essa può sopprimere un focolaio tubercolare, il quale da un momento all'altro può infettare l'economia, riesce a sopprimere la quasi inevitabile perdita della vita dell'ammalato, per la continuazione dello stato etico; e sotto questo punto di vista la resezione dell'anca non ha riscontro con le resezioni che si pratica-

to, riferisce un caso di tubercolosi acuta miliare del peritoneo seguito immediatamente al riassorbimento di un essudato sierofibrinoso nell'articolazione del ginocchio (Ann. Univ. di Med. 1886, luglio N. 273).

no sopra altre articolazioni, le quali hanno lo scopo di evitare l'amputazione.

L'osservazione clinica non è sempre in appoggio della teoria di coloro che sostengono doversi astenere dall'intervento operativo nella cossite suppurata degli adulti, perchè essa si associa sempre alla tubercolosi polmonare: il caso che forma oggetto della prima osservazione, dianzi riferita, mi sembra una prova di molto valore contro tale dottrina: esisteva la cossite suppurata con tubercolosi locale, da circa due anni, e ciò non pertanto all'autopsia nessun altro centro tubercolare fu trovato nei polmoni o in altri organi. Nè sembra ragionevole che ai giorni nostri, mentre si fa l'estirpazione dell'utero canceroso, con la convinzione di non poter esportare tutto il male, e perciò con la certezza di una pronta recidiva, si debba rinunciare ad operare i cossalgi solo perchè, ad onta che l'esame obbiettivo rigorosamente istituito non fornisca risultati positivi, non si possa eliminare il dubbio della esistenza di centri tubercolari occulti ai polmoni.

Per ciò che riguarda l'utilità dell'arto che rimane dopo la resezione bisogna considerare che, nel caso fortunato in cui la cossite guarisce spontaneamente, l'arto rimane anchilosato, in adduzione per anchilosi ossea, qualche volta formante angolo col bacino, e sempre molto dimagrato ed accorciato di parecchi centimetri; mentre dopo la resezione l'accorciamento non è maggiore di quello che risulta per anchilosi spontanea; l'arto conserva sempre una certa mobilità, perchè l'anchilosi, se avviene, è sempre fibrosa, e gl'infermi possono camminare il più delle volte con un arto solido, ben nutrito, facendo anche a meno del bastone. Conservo un preparato appartenente ad un infermo morto di affezione polmonare molti mesi dopo essere guarito della resezione dell'anca: in esso si vede la superficie resecata del femore perfettamente liscia, rivestita di una leggiera cartilagine d'incrostazione, che può muoversi liberamente in una specie di borsa articolare formata dalle masse muscolari.

Naturalmente la funzione dell'arto sarà tanto più libera e completa quanto minore sarà stato il ritardo nel praticare la resezione, prima cioè che i muscoli per effetto delle infiltrazioni marciose e

della prolungata inazione, siano ridotti atrofici ed irrigiditi. In altri termini, la funzionalità dell'arto sarà in ragione diretta dello stato di nutrizione in cui si trovano i muscoli prima della resezione.

Le conclusioni che si possono trarre da quanto son venuto esponendo si riassumono nelle seguenti proporzioni :

1° Che la sintomatologia della cossalgia, a lavoro distruttivo avanzato, non è il più delle volte quella che viene descritta nei trattati. Le alterazioni ossee sono ordinariamente molto più profonde e precoci di quello che prima non si credesse.

2° Che l'indicazione dell'intervento operativo, consista esso nella resezione ; nello svuotamento o nella artrotomia, deve desumersi dalla resistenza del male ai tentativi di una cura aspettante rigorosamente condotta, e dal deperimento progressivo dello stato generale.

3° Che la resezione, praticata a tempo, non pare più grave della cura aspettante, specialmente nella cossalgia dei ragazzi ; dà risultati più soddisfacenti e più sicuri ; può scongiurare il pericolo di una infezione generale per l'organismo.
