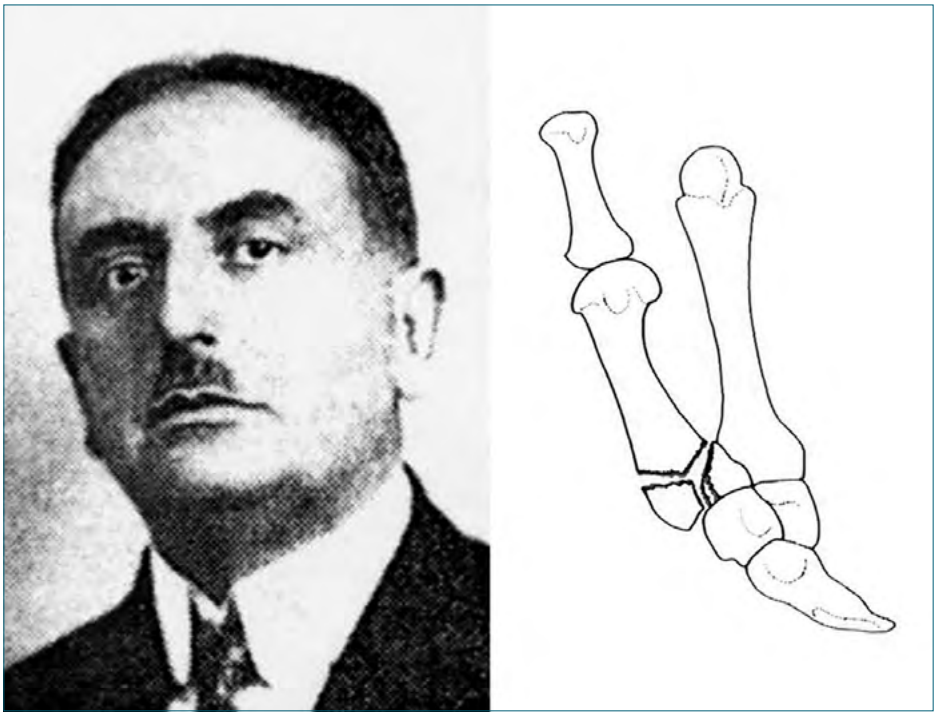
Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia
2019;45:173-181; doi: 10.32050/0390-0134-185

Silvio Rolando e i *camalli* del porto: nascita e battesimo di una frattura!

Nunzio Spina

Macerata

Dopo Giovanni Battista Monteggia e Riccardo Galeazzi, il sipario della storia si apre per lui, Silvio Rolando. Terzo chirurgo italiano a consegnare il proprio nome a un particolare tipo di lesione scheletrica. Siamo sempre nel distretto dell'arto superiore, ci spostiamo dall'avambraccio alla mano; in corrispondenza del primo osso metacarpale troviamo una frattura dalla precisa topografia, morfologicamente inconfondibile. "*une variété non encore décrite*", si permette di scrivere Rolando in una nota – chiamarla pubblicazione sarebbe esagerato – inviata nel 1910 al giornale francese *La Presse Médicale*. Già, proprio così, non ancora descritta! E siccome la sua, di descrizione, si dimostra quanto mai chiara ed esauriente (pure in quella limitata veste), il premio dell'eponimo scaturisce naturale: "frattura di Rolando", ovvero "frattura in tre frammenti, articolare, della base del primo osso metacarpale".
Che avesse la pretesa di inseguire questa forma di gloria è proprio da escludere, così come Monteggia e Galeazzi non si sarebbero mai immaginato di essere im-



Silvio Rolando (1873-1949): il suo nome è rimasto legato a una varietà di frattura della base del 1° osso metacarpale.

Indirizzo per la corrispondenza:
Nunzio Spina
via Cioci, 50
62100 Macerata
Tel. +39 0733 30827
E-mail: nunziospina6@gmail.com

OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

mortalati dalle omonime fratture-lussazioni di avambraccio, appena tratteggiate nei loro scritti. Tanto più che Rolando, chirurgo generale a Genova, laureato da più di dieci anni, se proprio in una branca specialistica aveva già fatto confluire i suoi maggiori interessi – divenendone poi un autorevole esponente – era quella dell'urologia. Che strano! O forse no, tutto secondo il copione di un destino ricorrente… Il nome di Monteggia non sarebbe rimasto scolpito nella storia della poliomielite, pur avendone per primo illustrato il quadro clinico; quello di Galeazzi non avrebbe trovato miglior sorte nel campo della scoliosi, per il cui trattamento aveva dato un contributo notevolissimo. Mentre Rolando – per non essere da meno – si sarebbe trovato per sempre legato alla sua "fratturina" metacarpale, dopo avere magari dato l'anima ad approfondire gli studi sugli ascessi pararenali o a escogitare un nuovo processo operativo nel trattamento della fistola vescico-uterina.

Il fatto è che in quei primi anni del Novecento – quando l'ortopedia si era già guadagnata una propria indipendenza, ma non aveva ancora occupato totalmente il campo della traumatologia – le lesioni scheletriche afferivano in buona parte nelle sale della chirurgia generale. E Rolando era lì, in prima linea, nell'*Ambulanza Chirurgica* dell'Ospedale Civile di Genova, meglio noto come *Ospedale di Pammatone*, il più antico della città con i suoi cinque secoli di storia alle spalle. Ambulanza non nell'accezione moderna, piuttosto nel senso più antico di ambulatorio, di piccola sezione di diagnosi e cura, senza ricovero. Diciamo pure un Pronto Soccorso, dove di tutto poteva capitare, e a tutto bisognava dare una risposta.

Se ne vedevano tanti di incidentati, in quella *ambulanza*. Molti di questi erano operai del vicino porto, il più grande d'Italia, peraltro ulteriormente ampliato – proprio negli anni a cavallo tra i due secoli – con la realizzazione di bacini e moli, di collegamenti ferroviari, di grandi magazzini generali. Da là proveniva la clientela più affezionata; e cosa di più esposto ai traumi poteva esserci se non le mani, nel compiere i pesanti lavori ai quali erano chiamati scaricatori e facchini, i cosiddetti *camalli*, secondo un termine tipicamente genovese di origine araba? Mani che potevano essere colpite direttamente; mani, soprattutto, sulle quali si poteva far cadere il peso del corpo in un istintivo gesto di difesa. Si contavano ferite da taglio, contusioni, distorsioni, fratture; come appunto le fratture della regione metacarpale.

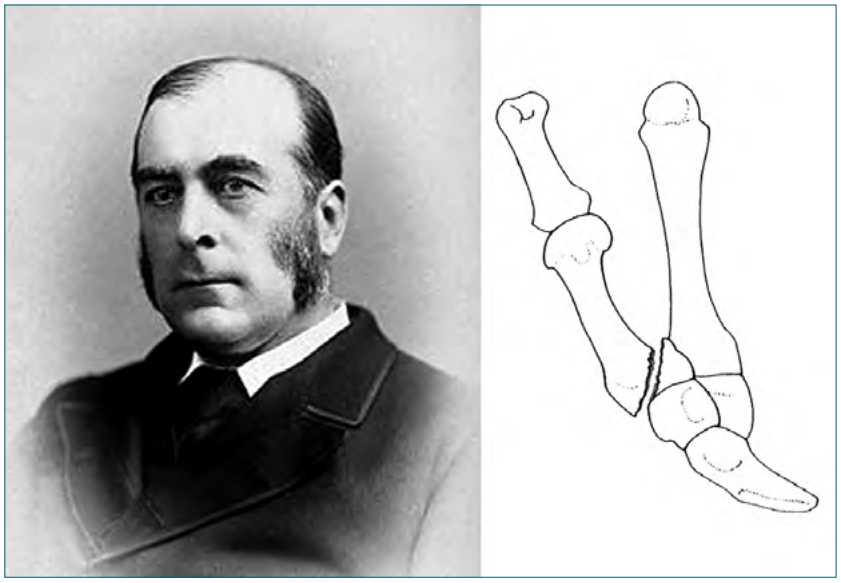
Nel giro di un anno il dottor Rolando Silvio (anzi professore, perché la libera docenza in *Chirurgia Operativa* e *Clinica Chirurgica* era stata conseguita quando praticamente non aveva ancora fatto in tempo a incorniciare il diploma di laurea) ne aveva accumulate dodici di fratture del primo metacarpale, e dieci di loro riguardavano proprio il segmento della base. Non poche! Queste comprendevano: in un caso una semplice infrazione, in un altro una frattura non articolare, cinque fratture di Bennet e – elencate apposta per ultime – tre fratture a "Y" comunicanti con l'articolazione. "*Ces dernières n'ont pas encore été décrites, du moins à ce que je sache, et constituent le principal sujet de cette communication*".

Pensa un po' dove era andato a finire l'occhio di questo chirurgo generale, aspirante urologo! Poteva anche limitarsi a fare una diagnosi sommaria di frattura, applicare una stecca e via. Invece no; osservava attentamente la lesione sulla radiografia, ne coglieva ogni minimo particolare, cercava di comprenderne la "personalità", come oggi si è portati a definire. Insomma, la studiava. E così facendo, si accorgeva che non di semplice varietà morfologica si trattava, fine a sé stessa, ma di una vera e propria entità nosologica. In particolare, rispetto alla già nota frattura di Bennet – eponimo che fino allora racchiudeva in sé ogni frattura riguardante la base del 1° metacarpale –, questa variante poteva rivendicare una propria caratteristica sia dal punto di vista eziopatogenetico che da quello anatomopatologico; e magari seguire anche un proprio percorso di trattamento.

Dalla terra d'Irlanda a Genova, intuito e spirito d'innovazione

Edward Hallaran Bennet era un chirurgo irlandese della seconda metà dell'Ottocento. Si era laureato a Dublino nel 1859, e nella stessa città era divenuto ben presto professore di anatomia alla *Trinity College*. In questo ambiente universitario venne avviato allo studio delle malattie e delle lesioni dell'apparato scheletrico dal prof. Robert William Smith, al quale poi succedette nella cattedra di chirurgia. Primo utilizzatore nel suo paese della tecnica listeriana per le osteotomie correttive, Bennet descrisse nel 1882 la frattura della base del primo osso metacarpale che da lui prese il nome: "*frattura a rima obliqua che attraversa la base dell'osso, staccandone la maggior parte della superficie articolare, la quale (in continuità col resto dell'osso) si disloca in direzione laterale, perdendo i rapporti col trapezio, e così simulando clinicamente una sub-lussazione*".

Pubblicò altri due articoli su questa specifica lesione, rispettivamente tre e quattro anni dopo, manifestando così il suo interesse ad approfondirne gli aspetti e a divulgarla; fin quando nel 1897, in una riunione della *Royal Academy of Medicine* d'Irlanda, sir William Stokes, altra celebre personalità, chirurgo personale della regina Vittoria, propose ufficialmente l'abbinamento col nome di Bennet. A legittimare l'eponimo furono i preparati anatomici e le fotografie fatti pervenire ed esaminati in quel consesso; e soprattutto i primi raggi X, introdotti da Röntgen solo un anno prima,



Edward Bennet (1859-1907) e la tipica frattura-lussazione del 1° osso metacarpale da lui descritta in era pre-radiografica.

che traducevano in immagini – sorprendentemente fedeli – il quadro anatomo-patologico fino allora solo ipotizzato. Che intuito questi irlandesi con le fratture! Bennet era stato, come detto, allievo e successore di Smith, colui che aveva descritto in ogni particolare la frattura della epifisi distale del radio con scomposizione volare (condividendone la priorità col francese Goyrand); e a sua volta Smith aveva eseguito l'autopsia su Abraham Colles, anch'egli professore di anatomia e chirurgia al *Royal College*, di cui è ben nota la paternità della frattura della epifisi distale del radio con angolazione dorso-laterale (e tipica deformità a "dorso di forchetta" e "a baionetta"). Quasi un legame spirituale tra Colles, Smith e Bennet; o, più probabilmente, qualcosa di più materiale, come potevano essere le notevoli risorse messe a disposizione dall'Istituto di anatomia di Dublino, che attraverso la dissezione dei cadaveri stimolava il loro interesse per le lesioni scheletriche.

Fino all'avvento dei raggi X, e per diversi anni ancora, dire frattura della base del primo metacarpo o frattura di Bennet era praticamente l'identica cosa. Proprio l'autore irlandese la considerava, nondimeno, una lesione molto frequente, addirittura superiore in numero al totale di tutte le fratture delle ossa metacarpali. Poi, a poco a poco, topografia ed epidemiologia cominciarono a essere ridimensionate. Le stesse immagini radiografiche che avevano reso onore al fiuto diagnostico di Bennet finirono col togliergli qualcosa, mostrando chiaramente che non tutte le fratture di quel segmento erano come lui le aveva descritte e le aveva fatte vedere nei suoi preparati anatomici.

C'erano anche, per esempio, le fratture senza interessamento della regione articolare, che Samuel Robinson da Boston (peraltro pioniere della chirurgia toracica), annoverava tra quelle più rappresentate in un suo lavoro del 1908, su 92 fratture del primo metacarpo. E c'era il tipo di frattura che, due anni dopo, avrebbe presentato lui, Rolando da Genova. Bennet non ebbe occasione di leggere nessuna delle due pubblicazioni dei colleghi, statunitense e italiano: aveva cessato di vivere a 70 anni, il primo giorno d'estate del 1907!

Angelo Silvio Rolando era nato il 29 maggio 1873, a Carasco, paesino nell'immediato entroterra della riviera ligure di Levante, sopra Chiavari, là dove il fiume Entella nasce per la confluenza dei torrenti Lavagna e Sturla. A 23 anni aveva già conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Genova, e ben presto, come detto, anche la libera docenza. Il posto di *assistente chirurgo* lo trovò subito, nel già citato *Ospedale Civile di Pammatone*, il più grande e il più antico del

Una delle sale di degenza dell'Ospedale di Pammatone, a Genova, dove Rolando esercitò la sua iniziale attività di chirurgo.

capoluogo, che in realtà era nato come *Ospedale della Beata Vergine della Misericordia*, ma aveva facilmente assunto il nome del luogo, Pammatone appunto, termine probabilmente derivato dal greco *pamathlon* (palestra di ginnastica), per le esercitazioni di balestrieri che vi si svolgevano in passato.
In quegli storici locali Rolando aveva soggiornato anche da studente, per poi intraprendere la "*via erta e faticosa dell'ascesa*" – come lui stesso scriveva – che l'avrebbe man mano portato a vedere realizzate le sue speranze e a ottenere, grazie al suo "*duro, onesto lavoro*", il premio della nomina a *Primario*. Restò là fino al 1921, poco prima che venissero ultimati i lavori della nuova grande sede dell'*Ospedale Civile*, sulle pendici dei colli di San Martino (da cui il toponimo), e cominciasse la lunga fase di trasloco dei vari reparti. Lui prese un'altra direzione, quella dell'*Ospedale Sant'Andrea Apostolo* (ma tutti lo chiamavano *Galliera*), che pur essendo di nascita più recente – seconda metà dell'Ottocento – poteva già vantare una nobile tradizione, impressa fin dalle origini dalla munificenza della sua fondatrice, la marchesa Maria Brignole Sale, duchessa di Galliera.
Ancora giovanissimo, dunque, Rolando si era affermato al *Pammatone* con le sue qualità di chirurgo generale, in grado di affrontare i vari problemi che la pratica quotidiana gli poneva davanti. Conosciuto e stimato a tal punto che già nel 1905, a 32 anni, veniva chiamato anche a dirigere la neo-istituita *Clinica Operativa* dell'Ospedale di Oneglia, città della Riviera di Ponente, che diciotto anni dopo avrebbe dato origine, accorpandosi a Porto Maurizio e ad altri paesi vicini, al nuovo comune di Imperia. Si era avventurato, quindi, in una attività su due fronti, che lo costringeva a una spola continua tra le diverse sedi lavorative, e che così lo impegnò per almeno un paio d'anni, fino a quando la nomina di primario al *Pammatone* non lo indusse (o forse lo obbligò) a concentrarvi il suo impegno in forma esclusiva.
Le sue prime casistiche operatorie spaziavano già in ogni distretto del corpo umano, tant'è che venivano sommariamente suddivise in *operazioni* sul capo, sul collo, sul torace, sull'addome, sugli arti. E in ognuno di questi, inevitabilmente, bisturi e altri strumenti dovevano fare i conti con organi di varia natura. Si andava dalla *trapanazione dell'antro mastoideo* alla *plastica per labbro leporino*, dalla *estirpazione di poliadenite carotidea* alla *toracotomia per empiema*, dalle *erniotomie addominali* alla *cistotomia ipogastrica per calcoli vescicali*. Quanto all'apparato scheletrico, doveva risultare doveroso, a quel tempo, cimentarsi in *artrectomie* o *resezioni ossee*, rispettivamente per artrosinoviti od osteiti di natura tubercolare, in *achillotomie* o *tarsectomie cuneiformi* per piedi torti congeniti, in *asportazione* di corpi estranei, in *amputazioni di dita* per traumi. La Chirurgia, insomma; con la "C" maiuscola, e senza aggettivi settoriali.
Aggiornato sulle teorie e le metodiche in voga nei migliori centri d'Europa, Rolando tendeva volentieri a proiettarsi in avanti, cercando soluzioni innovative. Come quella riguardante l'uso dei guanti di gomma in sala operatoria. Nonostante fossero stati introdotti già nel 1889 dal chirurgo statunitense William Halsted (li aveva per la prima volta commissionati alla fabbrica Goodyear, per proteggere le mani di una sua ferrista affetta da dermatite), dalle nostre parti resisteva ancora l'abitudine di procedere a mani nude, ed era già tanto che si dedicasse tempo e attenzione alla loro pulizia meccanica. Rolando non ci pensò due volte a commissionare a una ditta di Londra una partita di guanti di caucciù, e dai primi anni della sua attività cominciò a impiegarli sistematicamente; "*sottilissimi, resistenti e a buon prezzo*", avevano soprattutto il pregio – sosteneva – di non scivolare e di non far perdere sensibilità al tatto ("*inceppano pochissimo il maneggio delle mani*, *non sono stato costretto a toglierli anche durante interventi delicati*").

Alla base del primo metacarpo: una "Y" come segno distintivo

Questo era il professionista – mente aperta, occhio vigile e senso pratico – che si lasciò incuriosire dal particolare tipo di frattura del primo osso metacarpale, riscontrata negli operai del porto di Genova. Tempo e voglia di scrivere pubblicazioni non gli mancavano, e neanche il coraggio di presentarle a riviste d'oltralpe. Nel 1904 aveva inviato al giornale tedesco *Anatomicher Anzeiger* (poi divenuto *Annals of Anatomy*) un articolo su un caso di *criptorchidia inguinale bilaterale*, prima confessione pubblica, possiamo dire, della sua predilezione per le patologie dell'apparato urinario. Le lesioni scheletriche non avrebbero riempito il suo futuro di chirurgo, e non ci sarebbero più state occasioni di farne oggetto di studio, ma anche per queste volle trasmettere le sue riflessioni attraverso una voce straniera. Bussò alla porta francese de *La Presse Médicale*, periodico di notevole risonanza internazionale, per quanto non specialistico, e gli risposero di accomodarsi.
Il titolo della comunicazione risultava molto indicativo sulla novità che si voleva portare a conoscenza: "*Fracture de la base du premier mètacarpien et principalement sur une variètè non encore dècrite*". Era grazie alla recente introduzione dell'esame radiografico che si potevano riscontrare tipi di fratture del primo metacarpo fino allora sconosciute; Rolando tenne subito a sottolineare questo aspetto, quasi a volere rendere onore a Bennet e al suo acume semeiologico, che certo non poteva spingersi alla perfezione di una riproduzione radiografica. Per accosta-

LA
PRESSE MÉDICALE
Journal Bi-Hebdomadaire

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MM. E. BONNAIRE, F. DE LAPERSONNE, J.-L. FAURE, F. JAYLE, L. LANDOUZY, M. LERMOYEZ, M. LETULLE, H. ROGER

DIX-HUITIÈME ANNÉE
1910

PARIS
MASSON ET C[ie], ÉDITEURS

algésiques et antispasmodiques, tels que ne et ses dérivés.
…ous enfin les médications reconstituantes être employées : injections de glycé…ates, de phosphore, de lécithine, dont sur le système nerveux et la nutrition e est indéniable¹.

FRACTURE
DE
…ASE DU PREMIER MÉTACARPIEN
PRINCIPALEMENT SUR UNE VARIÉTÉ NON ENCORE DÉCRITE

Par le Professeur SILVIO ROLANDO

…ne statistique de 1847, Malgaigne con… les fractures du premier métacarpien …plus fréquentes et plus nombreuses que …ures des quatre autres métacarpiens …our 100). Cependant, la plupart des au…nt guère partagé cet avis. Aussi, Boyer, … Chelius assurent-ils que la fracture la …quente est celle du cinquième métacar…mpson et Power, celle du troisième et du …e; Hamilton, celle du deuxième.
…rd'hui, grâce surtout à la radioscopie, …it l'observation et l'étude de quelques for…ractures du premier métacarpien d'abord …s, on est parvenu à se convaincre que … la fracture du métacarpien du pouce tient …ère place, selon l'opinion de Malgaigne …rnheuer.
… ces formes de fractures peu connues … placée celle qui a été nommée fracture …tt. Celui-ci, en 1887, présenta au Con…Dublin neuf pièces anatomiques relatifs

…ticle était à l'impression (15 Mars 1910) lorsque …s eu connaissance d'un travail de M. Santini …irurgica, 31 Mars), sur l'existence d'un point …

fracture décrite.
Dans une récente publication qui embrasse 92 fractures du premier métacarpien, Robinson (de Boston) a trouvé que 2 de celles-là appartenaient au type illustré par Bennett; 5 intéressaient l'extrémité inférieure et 59 étaient des formes de fractures de la base, dissemblables de celles de Bennett, sans communication avec l'articulation *trapézo-métacarpienne*, et n'étant pas accompagnées de sous-luxation.
Depuis un an je me suis mis à étudier cette lésion à l'Ambulance chirurgicale de l'hôpital civil de Gênes, où l'on remarque un grand nombre de lésions traumatiques, fournies spécialement par

Figure 2.
A, fragment diaphysaire; B, fragment dorsal; C, fragment palmaire.
Dans le fragment palmaire, on voit une ligne claire qui correspond au cartilage épiphysaire.

les ouvriers du port. J'ai cru intéressant d'offrir ci-dessous un résumé des résultats de mes observations. Ce sont 12 cas de fractures du premier métacarpien, parmi lesquels deux du tiers moyen et les autres de la base. Celles-ci comprennent 1 simple infraction de la base, 1 fracture à Y non pénétrante dans l'articulation, 5 fractures de Bennett et 3 fractures à Y communiquant avec

La copertina del fascicolo de "La Presse Medicale" (1910) che diede ospitalità all'articolo di Rolando su una varietà di frattura "*non encore décrite*" della base del 1° metacarpo; a destra, un ritaglio dell'articolo stesso.

re il suo nome a quello dell'illustre predecessore, però, ci voleva qualcosa di più di una semplice descrizione morfologica; e infatti, la esaminò da cima a fondo, conferendole alla fine una sua precisa identità.

Partì dall'anatomia del primo osso metacarpale, e in particolare dalla "sella" della base che si articola col trapezio, costituita da un processo articolare dorsale, alquanto arrotondato, e da uno palmare più sporgente e acuto; quest'ultimo, offrendo meno resistenza, renderebbe più facile il verificarsi di una frattura tipo Bennet. Se il trauma però – affermava Rolando – agisce con una forza più intensa o più prolungata, sempre lungo l'asse del metacarpo, può interrompere anche il processo articolare più resistente, cioè quello dorsale, e realizzare così una frattura a "Y" rovesciata: similitudine con la lettera dell'alfabeto, a indicare appunto come l'estremità prossimale del primo metacarpo rimane diviso in tre frammenti, di cui due corrispondenti alla base, il terzo al resto dell'osso.

Meccanismo patogenetico e quadro anatomo-patologico, dunque, venivano presentati con caratteristiche proprie. Spesso il frammento palmare – aggiungeva – si sposta verso l'eminenza thenar, mentre il dorsale conserva il suo rapporto col trapezio; il lungo frammento diafisario, da parte sua, può presentarsi dislocato dorsalmente, proprio come nella frattura di Bennet, dando un aspetto clinico sovrapponibile, e solo la radiografia è in grado di porre una diagnosi differenziale. Una caduta sul lato radiale della mano col pollice in adduzione rappresentava il più delle volte il momento eziologico.

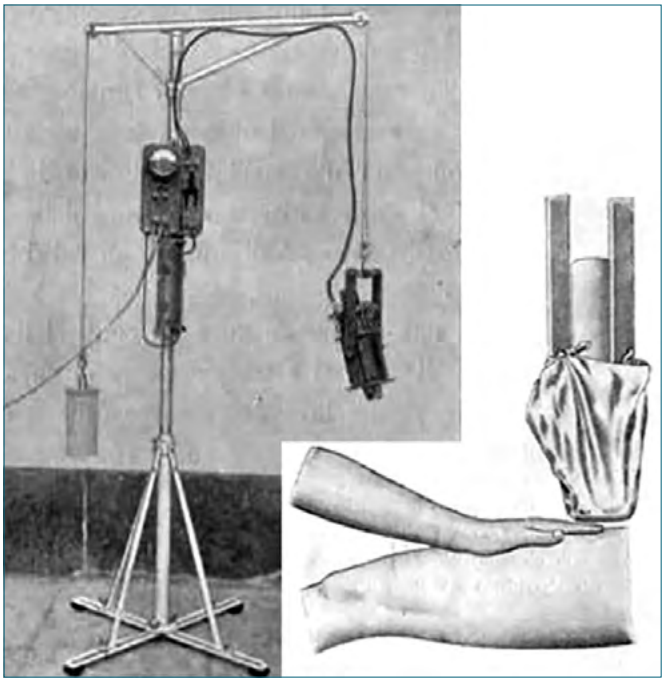
Quanto al trattamento, in tutti i casi di frattura della base interessante l'articolazione, Rolando riteneva opportuna una preliminare trazione in abduzione massima del pollice, anche perché la radioscopia gli aveva dato la possibilità di verificare che era proprio quella la posizione più efficace per ottenere la riduzione. Seguiva poi l'immobilizzazione, da mantenere tre-quattro settimane. Notando che spesso la riduzione risultava instabile nel tempo, aveva ideato un sistema di immobilizzazione a trazione continua, attraverso due ban-

Quadro radiografico a confronto tra la frattura di Rolando (a sinistra) e quella di Bennet, unico mezzo per svelare le differenti caratteristiche.

delette di diachylon (cerotto adesivo) applicate rispettivamente sul lato dorsale e palmare del pollice e del rispettivo metacarpo, e mantenute fisse con l'applicazione di un gesso inglobante polso e primo dito.
Fin qui, in sintesi, la comunicazione che nel 1910 occupò, sul tipico formato a tre colonne, due pagine del fascicolo n° 33 de *La Presse Médicale*, periodico bisettimanale; pagine condivise, peraltro, con l'articolo precedente, che parlava di algie addominali, e con il successivo, sul reumatismo articolare. Così stipato e quasi confuso tra i più disparati argomenti di medicina, il messaggio di Rolando avrebbe potuto perdersi facilmente. E viene da chiedersi cosa l'avesse indotto, allora, a non rivolgersi a una delle già affermate riviste specialistiche, presenti in Italia come all'estero. Evidentemente, era quella la strada che il suo destino aveva deciso di imboccare. La frattura a "Y", come lui l'aveva definita, si sarebbe da lì trasformata in "frattura di Rolando", e così consegnata alla storia!

Corpi estranei da far vibrare, sul fronte della Grande Guerra

Sulle fratture non pubblicò altro, ma il suo rapporto con l'apparato scheletrico non si fermò a quella esperienza. Continuò a trattare la tbc osteo-articolare con resezioni e artrectomie; praticò anche osteotomie per fratture di femore malconsolidate, interventi per anchilosi di gomito e ginocchio, svuotamento di raccolte ascessuali, asportazione di tumori ossei, esostosectomie, neurolisi; persino artrotomie di ginocchio per meniscectomie. Eppure, non risulta sia stato mai iscritto alla *Società Italiana di Ortopedia*, che pure aveva accolto tanti adepti in quegli anni del primo dopoguerra, né che abbia partecipato attivamente ai suoi convegni, dove magari avrebbe potuto presentare in viva voce quel contributo sulla frattura del primo metacarpo da lui stesso ritenuto originale.
Una pratica che piuttosto lo vide in prima linea, in tutti i sensi, fu quella della asportazione dei corpi estranei, procedura per la quale l'opera dei chirurghi – generali o ortopedici che fossero – fece registrare una impennata di richieste allo scoppio della Prima guerra mondiale. Rolando fu tra i primi in Italia a introdurre un metodo e uno strumento del tutto innovativi, che semplificavano di molto ciò che spesso era risultato fino allora alquanto indaginoso e rischioso, pur con l'ausilio dei raggi X. Si trattava dell'elettrovibratore, apparecchio in grado di far vibrare, per l'appunto, un corpo estraneo metallico all'interno del corpo umano, facilitandone quindi la localizzazione.
Nel 1916, dopo avere svolto un tirocinio a Bordeaux da Jean Bergoniè, professore di elettricità medica, fu proprio Rolando ad avere l'idea di allestire una "*Autoambulanza-Elettrovibratore*", che potesse essere di supporto alla sanità militare, già impegnata ad affrontare l'immane emergenza bellica. La Croce Rossa di Genova patrocinò l'iniziativa, con i buoni auspici di Vittorio Maragliano, genovese anch'egli, pioniere della radiologia in Italia. L'*Autoambulanza* fu inviata in zona di guerra, lungo la linea degli ospedali da campo, dove si contavano a migliaia i soldati feriti da arma da fuoco.



L'apparecchio elettrovibratore e, in basso a destra, il disegno che illustra la sua modalità di applicazione.

Col grado di maggiore medico, Rolando venne assegnato alla *Terza Armata* e tenne per un po' di tempo anche la direzione dell'*Autoambulanza-Elettrovibratore*, principalmente col compito di far conoscere il funzionamento del metodo e dare dimostrazione pratica e operativa della sua utilità. Potevano vibrare solo i proiettili o i frammenti che contenevano ferro o nichel, come quelli impiegati dai fucili dall'esercito austriaco o in generale le schegge di granata; non quelli di piombo (contenuti per esempio nei proiettili Shrapnel). L'apparecchio, estremamente maneggevole, veniva portato col suo sostegno accanto al letto del ferito, abbassato perpendicolarmente sulla zona da esaminare, dove l'operatore, poggiando l'indice e il medio, era in grado di sentire vibrare il corpo estraneo, e a quel livello quindi praticava l'incisione.
Era già rientrato in un ospedale di riserva, il maggiore Rolando, quando il 23 febbraio del '17, durante un'esercitazione, il caporal maggiore Benito Mussolini fu accidental-

mente ferito dallo scoppio di un lanciabombe, che fece penetrare nel suo corpo una quarantina di schegge. Per l'estrazione di una buona parte di esse venne appunto utilizzato l'elettrovibratore, che agevolò notevolmente il compito del prof. Giuseppe Tusini, tenente colonnello medico, incaricato di condurre l'atto operatorio in un ospedaletto da campo. Mussolini avrebbe addirittura ricordato quella vicenda come "*il momento più bello della mia vita*", mostrando riconoscenza a Tusini (che tra l'altro a Genova si era laureato e vi sarebbe tornato come direttore di Clinica chirurgica) e ignorando probabilmente i meriti di colui che quello strumento aveva permesso di impiegare.
E c'è un altro episodio che, seppure indirettamente, avrebbe visto incrociare le strade di Mussolini e Rolando. Questi fu, ancora giovanissimo, uno dei membri della *Société Internationale de Chirurgie*, fondata in Belgio nel 1902, e assurta presto agli onori grazie soprattutto al carisma del suo presidente, lo svizzero Theodor Kocher, che nel 1909 vinse il Premio Nobel, primo chirurgo nella storia. Nella primavera del '27 si celebrava a Roma il 7° congresso della *Société*, sotto la presidenza di Davide Giordano, primario chirurgo a Venezia, uomo di grande cultura e personalità, anche in campo politico. Silvio Rolando era presente, anzi la sua fu una partecipazione attiva, se è vero che la foto che lo ritrae in primo piano (l'unica tramandataci) è stata prelevata da uno dei due volumi degli atti.
Ebbene, a inaugurare il convegno, la mattina del 7 aprile, era stato proprio il capo del governo fascista, Mussolini, con un elevato discorso in latino pronunziato nella Sala degli Orazi e Curiazi al Campidoglio. All'uscita dalla cerimonia, il duce subì l'attentato di una donna irlandese, Violet Gibson, che gli sparò un colpo di rivoltella, procurandogli però, miracolosamente, solo una piccola ferita al naso. Egli rimase impassibile in mezzo al trambusto generale; una semplice medicazione, un cerotto sul naso, e di corsa verso altri impegni: lo attendeva la nave "Cavour" che doveva condurlo in Tripolitania. Avrebbe poi confessato che l'unica cosa che gli aveva procurato un po' d'ansia era stato il vedersi attorniato da tanti chirurghi, accorsi subito dalla vicina sede del congresso…

Congedo da valente urologo, ma resta immortale l'eponimo

La carriera di Rolando, già brillante per i primi venticinque anni, vissuti tra l'ospedale *di Pammatone* e quello di Oneglia, si fece ancora più luminosa nella seconda metà, all'ospedale *Galliera*, dove si trasferì dal 1921 come già detto. Qui gli venne affidato il primariato dei reparti di *Chirurgia uomini* e di *Ginecologia*, e qui necessariamente la sua attività si indirizzò verso le patologie viscerali. Consapevole

L'Ospedale Galliera, a Genova, dove Rolando percorse la seconda metà della sua carriera, affermandosi come urologo.

della incalzante esigenza di separare le varie branche della chirurgia, fu tra i promotori, nel 1927, della istituzione di un reparto di neurochirurgia nello stesso nosocomio. Intanto, cercò di modernizzare anche le procedure anestesiologiche; per le operazioni cosiddette *sottombelicali*, per esempio, affinò la tecnica della rachianestesia, in alternativa alla narcosi eterea.
Nella sua casistica, comunque, divennero sempre più frequenti le operazioni dell'apparato urinario: vi si trovano, in buon numero, nefrectomie, nefropessie, cistotomie per calcolosi, prostatectomie, plastiche per fistola vescico-vaginale; oltre alle isterectomie, alle orchiectomie, e ad altri interventi riguardanti l'apparato genitale. Il titolo di specialista urologo di valore se lo guadagnò quindi sul campo operatorio, base per i suoi numerosi contributi scientifici, pubblicati sulla *Minerva Medica* come sul *Journal d'Urologie* (gli piaceva esportare, evidentemente), o presentati ai congressi della *Società Italiana di Urologia*. Già libero docente di *Chirurgia operativa*, l'Università di Genova non esitò ad affidargli un corso di insegnamento di *Clinica chirurgica delle vie urinarie*.
Rimase in attività al *Galliera* fin quasi al giorno della sua scomparsa, il 16 dicembre 1949, all'età di 76 anni.

Sopravvisse la "sua" frattura! La *Clinical Orthopaedics and Related Research*, rivista specialistica americana, una delle più accreditate a livello mondiale, ha inserito per ben due volte la comunicazione originale di Rolando nella rubrica "*The Classic*", dove appunto vengono riproposte – e per così dire nuovamente immortalate – quelle testimonianze scritte che hanno aperto strade nuove nella comprensione e nel trattamento delle patologie muscoloscheletriche. "Classico" come l'articolo di Joseph Lister del 1867 sui princìpi antisettici nella pratica chirurgica, tan-

to per intenderci; come quello di Georg Perthes del 1910 sull'artrite deformante giovanile dell'anca, o come quello (ben più recente) di Charles Neer del 1955 sulla protesi della testa omerale. Nel caso di Rolando, è stato il prof. Roy Meals, ortopedico di Los Angeles specializzato nella chirurgia dell'arto superiore, a incaricarsi della traduzione, dal francese all'inglese, partendo ovviamente dal titolo: "*Fracture of the base of the first metacarpal and a variation that has not yet been described*". Nota introduttiva del celebre storico Leonard Peltier.

Scorrendo a ritroso la bibliografia, si arriva al 1925 per trovare uno scritto in lingua italiana in cui si parla della "frattura di Rolando". L'autore è Salvatore Ciaccia, assistente del prof. Francesco Delitala nella Divisione di Ortopedia e Chirurgia infantile dell'Ospedale Civile di Venezia, e futuro primario ortopedico degli Ospedali Riuniti di Foggia. L'argomento della pubblicazione, comparsa sulla *Chirurgia degli Organi di Movimento*, verte in realtà "*Sulla frattura di Bennet*" (come recita il titolo); ma già al secondo capoverso si ammette che "*alla frattura tipo Bennet si è aggiunta quella di Rolando*", ribadendo e avvalorando le considerazioni patogenetiche e morfologiche già fatte dal suo scopritore.

La consacrazione a livello internazionale non poteva non venire dalla Francia. Nel 1937, sul prestigioso *Traité de Chirurgie Orthopédique*, nel capitolo dedicato alle fratture del primo metacarpo, la "*fracture de Rolando*" si ritagliava un paragrafo. A redigerlo era stata una firma celebre, quella del prof. Marc Iselin di Parigi, allora trentanovenne, ma già affermatosi come specialista nella chirurgia della mano. Anche qui veniva riproposta la descrizione originale. L'onore di tale riconoscimento avrebbe assunto ancora più valore negli anni, essendosi rivelato, Iselin, un vero maestro nel settore, impegnato in una grande e duratura opera di divulgazione in tutto il mondo.

Da allora, la "frattura di Rolando" avrebbe trovato domicilio anche nella più diffusa letteratura anglofona, guadagnando pure i titoli dei vari lavori. Talmente acquisito e stabile nel tempo, l'eponimo riconosciuto al chirurgo genovese, che si è finito con l'attribuirgli un significato più ampio di quello che era all'origine. Al giorno d'oggi, infatti, si tende a definire come "frattura di Rolando" ogni tipo di frattura comminuta e articolare della base del primo osso metacarpale; che non è esattamente quello che lui aveva scritto, avendo specificato la presenza di solo tre frammenti e la forma a "Y" (che poteva diventare anche

THE
CLASSIC

Fracture of the Base of the First Metacarpal and a Variation That Has Not yet Been Described

Professor Silvio Rolando Translated by Roy Meals, MD

With the publication of his article Fracture de la base du premier metacarpien, Silvio Rolando became the third Milanese surgeon to have a fracture named after him, a distinction he shares with Monteggia and Galeazzi. Like his colleagues, Rolando was a general surgeon. During a period of 30 years he published papers in Italian and French medical periodicals on a wide variety of surgical conditions. Rolando was a member of the Societe Internationale de Chirurgie.

Leonard F. Peltier, MD, PhD

L'articolo originale di Rolando è entrato nella prestigiosa rubrica "*The Classic*" della rivista americana *Clinical Orthopaedics and Related Research*.

a "T"). Ma la consuetudine, si sa, si trasforma spesso in una norma; e anche questo, probabilmente, stava scritto in quel copione del destino che gli era riservato. C'è stato chi, addirittura, si è fatto tentare nel trasferire la definizione di "frattura di Rolando" a quella del 5° osso metacarpale, con topografia e morfologia identiche (a prendersi questa licenza sono stati, recentemente, quattro autori statunitensi, di Baltimora, tanto per fugare ogni sospetto di campanilismo…).
La paternità di Rolando, comunque, ha resistito per più di un secolo, senza mai subire il benché minimo attacco alla sua legittimità, come invece è successo in diversi altri casi di appartenenze contese, una fra tutte quella della frattura-lussazione di Galeazzi. I numerosi autori che hanno trattato l'argomento, portando il contributo della propria esperienza, ben poco hanno potuto aggiungere a quanto già scritto su quella nota de *La Presse Médicale* nel 1910. Sono cambiate e si sono evolute – com'era giusto e inevitabile che fosse – solo le metodiche di trattamento, almeno quelle riservate alle fratture non facilmente riducibili o instabili; le bandelette di diachylon hanno via via lasciato il posto alla trazione transcheletrica inglobata nel gesso, alla stabilizzazione con fili di Kirschner o con viti, alla fissazione esterna, per arrivare alle sintesi con mini-placche modellate. Per il resto tutto è praticamente rimasto immutato.
Silvio Rolando da Genova, chirurgo generale specializzato in urologia, è così entrato nella storia dell'ortopedia mondiale. Quasi senza passare da quella italiana!

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza "Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0)", che consente agli utenti di distribuire, rielaborare, adattare, utilizzare i contenuti pubblicati per scopi non commerciali; consente inoltre di realizzare prodotti derivati comunque e sempre solo a fini non commerciali, citando propriamente fonte e crediti di copyright e indicando con chiarezza eventuali modifiche apportate ai testi originali.