

## DEGLI ERRORI IN CHIRURGICA UROLOGIA

PER IL

Dott. GIORGIO NICOLICH

Chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Trieste

PROPRIETÀ LETTERARIA

*Ut cauti simus in definiendis morbis ad partes urinarias spectantibus quippe quorum diagnosis summa etiam arte quesita, non rarissime fallax est.*

Questo insegnamento del nostro grande MORGAGNI l'ho fatto scrivere in grandi caratteri nella mia sala di consultazioni all'Ospedale, per averlo sempre avanti gli occhi e per farlo leggere a tutti i colleghi che mi onorano della loro presenza. In quasi quarant'anni di pratica ho avuto occasione di osservare che non soltanto nell'epoca in cui viveva MORGAGNI la diagnosi *non rarissime fallax est*. Un vecchio proverbio diceva che errare *humanum est* ed altro non meno vecchio che peccato confessato è mezzo perdonato. Io credo invece che al chirurgo che confessa i propri errori non è dovuto soltanto mezzo perdono, ma grandissima lode, perchè così facendo egli insegna il modo di evitare che altri commetta lo stesso errore. Un falso, ed io direi colpevole senso di dignità spinge qualche chirurgo a nascondere gli errori, a render noti soltanto i casi favorevoli e a passare sotto silenzio gli sfavorevoli. Quanto più utile sarebbe il fare meno pompa di successi e narrare gli insuccessi, spiegandone per quanto è possibile le cause ed insegnando così il modo di evitarli.

In tanti anni di pratica ho commesso io stesso ed ho veduto altri commettere errori che credo utile far conoscere per dimostrare quanto cauti dobbiamo essere *in definiendis morbis ad partes urinarias spectantibus*, come scriveva l'immortale MORGAGNI.

Premetto che non farò i nomi dei colleghi che commisero gli errori, quantunque in certi casi sarebbe quasi necessario il farlo, per dimostrare come i più grandi chirurghi possano ingannarsi, perchè si fidano troppo del loro sapere e del loro colpo d'occhio diagnostico. Narrerò di fatti che sembreranno incredibili e che io stesso non avrei creduto se non li avessi veduti.

Se non nominerò gli altri non farò lo stesso quando si tratterà di errori da me commessi, sarò veritiero come lo fui sempre, perchè ho avuto sempre la convinzione che sia azione malvagia quella che commette il chirurgo non veritiero nel dar resoconto dei risultati

delle sue operazioni e nel passare sotto silenzio gli insuccessi e le loro cause. Fra le più belle soddisfazioni provate nella mia vita ricordo le parole con le quali il prof. BENEDIT di Buenos Aires mi presentò ai suoi allievi nella Clinica di quella città: « Il dott. NICOLICH che qui vedete è un chirurgo che dice sempre la verità, quando leggerete qualche suo lavoro o qualche statistica delle sue operazioni potete essere sicuri che è veritiera ».

Nella narrazione di quanto ricordo seguirò un certo ordine cominciando dalle malattie dell'uretra.

Lunga sarebbe la lista degli errori che vidi commettere nei casi di stringimento dell'uretra, ne citerò soltanto alcuni che mi fecero maggiore impressione, perchè commessi da colleghi distinti per la loro cultura ed intelligenza.

Un medico primario di un Ospedale curò per molte settimane con forti dosi di chinino un paziente, ch'egli credeva affetto da febbre di malaria, perchè ogni seconda o terza sera aveva un forte aumento di temperatura preceduto da brividi e seguito da profusi sudori. Per puro caso un giorno l'ammalato si lagnò di una certa difficoltà nel mingere, l'orina era quasi limpida, non conteneva albumina, aveva soltanto qualche filamento muco-purulento di origine uretrale. Fui chiamato a vedere questo ammalato, e potei constatare l'esistenza di uno stringimento nella porzione perineale dell'uretra che permetteva a stento il passaggio di una minugia olivare n. 5; l'uretrotomia interna fece immediatamente cessare la febbre che durava da tanto tempo.

Un caso ancora più strano fu quello di un paziente, padre di un collega, che da più di un anno andava lentamente deperendo ed aveva dei frequenti accessi febbrili. Le più scrupolose visite ed esami dell'orina, delle feci e del sangue, praticate da diversi medici, non riescivano a scoprire la causa del deperimento, si propendeva a credere all'esistenza di un carcinoma di qualche organo interno e fu soltanto quando l'ammalato cominciò a lagnarsi di difficoltà nell'emettere l'orina che fu chiesto il mio parere. Anche in questo caso la causa di tutto era uno stringimento uretrale, l'uretrotomia interna fu seguita da una rapida guarigione.

A questi due casi ne potrei aggiungere molti altri che furono curati per malaria, per catarro gastrico cronico e per altre malattie.

Gli ammalati di stringimento dell'uretra presentano con discreta frequenza degli accessi febbrili intermittenti, dovuti all'infezione orinosa, che può avverarsi anche se l'orina macroscopicamente sembra normale ed è precisamente in questi casi che l'errore è possibile e scusabile, tanto più che il paziente non si lagna di alcun disturbo della minzione. Per evitare questo errore bisogna esaminare l'uretra di quei pazienti che hanno accessi febbrili, dei quali non si può trovare la causa, specialmente se l'aumento di temperatura avviene nelle ore vespertine, ricordando che la febbre malarica si manifesta specialmente nelle ore mattutine.

Un errore che sembrerà incredibile fu quello che vidi commettere in un caso di stringimento uretrale curato per vizio cardiaco: il paziente fu per molti giorni creduto affetto da idrope ascite ed anasarca dipendente da un vizio cardiaco e curato con diuretici e digitale. L'uretrotomia interna fece sparire subito l'ascite ed in ventiquattro ore l'edema degli arti inferiori, prodotto dalla compressione esercitata sulle vene iliache dalla vescica enormemente distesa. Se il medico curante avesse prestato attenzione alle asserzioni dell'ammalato che si lagnava di difficoltà di urinare, avrebbe scoperto subito l'esistenza dello stringimento.

Un altro errore ancora più grave fu quello di un medico, che curò per vari giorni con la dieta latteata un paziente creduto affetto da nefrite idropigena, mentre si trattava d'infiltrazione orinosa; fu soltanto quando si manifestò la gangrena dello scroto, del pene e del perineo, che il paziente venne inviato all'Ospitale dove una energica cura riesci a salvargli la vita. Se il medico avesse preso in considerazione l'anamnesi dell'ammalato ed avesse praticato un esame accurato dello scroto e del pene, non avrebbe commesso un errore che poteva essere la causa della morte dell'ammalato. L'anamnesi gli avrebbe rivelato che pochi mesi prima il paziente era stato curato per un grave stringimento dell'uretra, la palpazione del perineo e dello scroto gli avrebbe fatto constatare l'infiltrazione urinosa.

Un caso molto raro, che fece commettere un errore ad un distinto chirurgo, fu quello di un calcolo prostatico che fu creduto uno stringimento uretrale. Un signore di circa cinquanta anni da molto tempo urinava a stento e con getto molto sottile: il chirurgo che lo curava, dopo vari inutili tentativi di penetrare in vescica chiese il mio consiglio. Senza molta difficoltà riuscii ad introdurre una minugia filiforme, che passando l'ostacolo mi diede la sensazione di uno sfregamento su di una superficie lapidea, che mi fece sospettare l'esistenza di un calcolo incuneato nell'uretra; l'esplorazione digitale per il retto dimostrò trattarsi di un grosso calcolo prostatico che poi ho estratto con il taglio perineale. Il non aver usato subito di una sottile minugia fu la causa dell'errore.

Prima di finire la narrazione degli errori che vidi commettere negli stringimenti uretrali, voglio ricordare la pericolosa predilezione che dimostrano molti medici per gli strumenti metallici che secondo me dovrebbero essere usati in via del tutto eccezionale e soltanto da chi ha una certa esperienza urologica. Non vi è strumento più pericoloso della siringa metallica e nello stesso tempo quasi sempre inutile. Se un paziente non ancora cinquantenne orina difficilmente o non orina affatto, ciò dipende nella maggioranza dei casi da uno stringimento dell'uretra, se il paziente ha oltrepassato la cinquantina può avere uno stringimento uretrale, ma più di spesso è un prostatico. Nell'uno e nell'altro caso il catetere metallico non riesce quasi

mai a penetrare in vescica e può produrre gravi lesioni all'uretra ed alla prostata ed anche la morte dell'ammalato.

Molti anni or sono fui chiamato da un ricco banchiere egiziano, di passaggio per la nostra città, perchè [non poteva urinare: non avendo a mano una siringa di NÉLATON usai la siringa metallica che in quell'epoca ogni medico teneva nella busta chirurgica tascabile: l'istrumento non penetrò in vescica perchè l'iscuria era prodotta dalla prostata ingrossata, per fortuna non feci che un solo tentativo d'introduzione della siringa ed anche questo con molta delicatezza e prudenza; mentre stavo per uscire dalla stanza per andare a prendere una siringa NÉLATON, venne un collega che aveva l'abitudine di portare con sé questa siringa nella fodera del cappello: egli riesci subito a penetrare in vescica. Io ebbi oltre le beffe il danno di perdere l'occasione di fare un bel viaggio con il banchiere, che dovendo andare a Parigi, volle essere accompagnato dal medico che gli aveva così bene vuotata la vescica.

Questo fatto m'impressionò talmente che da quell'epoca non feci quasi mai uso del catetere metallico nei casi d'iscuria e consigliai sempre ai colleghi di fare lo stesso. L'aver seguita la regola di adoperare in questi casi prima di ogni altro strumento la siringa di NÉLATON mi procurò la soddisfazione di poter essere di grande utilità a molti ammalati; a questo proposito voglio ricordare un caso occorsomi parecchi anni or sono in un paese del Tirolo, dove fui chiamato da un signore di Trieste, che ivi si trovava in villeggiatura e che improvvisamente fu colpito da iscuria. Il medico del paese provò inutilmente di siringare l'ammalato, la stessa sorte toccò ad un chirurgo di un luogo vicino ed al medico di casa fatto venire da Trieste. Quando io vidi l'ammalato lo trovai in un stato assai allarmante, per l'intossicazione urinosa e per la febbre uretrale provocata dalle ripetute ed inutili siringazioni. Da quattro giorni egli non emetteva che poche gocce di urina sanguinolenta, la sua vescica oltrepassava l'ombellico, l'iscuria era prodotta dalla prostata ipertrofica, che mentre impedì il passaggio in vescica di almeno una ventina di siringhe metalliche e di gomma, di tutte le dimensioni e forme, non oppose alcun ostacolo ad una semplice siringa di NÉLATON, ch'io introdussi con tutta facilità in vescica. Questo fatto dimostra come di spesso si dimentica di possedere nella siringa di NÉLATON uno strumento prezioso, specialmente se la sua estremità vescicale ha la curva di MERCIER e l'altra estremità il segno palpabile da me già da molti anni proposto come guida per dirigere il becco dell'estremità vescicale, con essa si riesce quasi sempre a penetrare in vescica dei prostatici e se non si riesce, non si produce nessuna lesione dell'uretra.

La predilezione per il catetere metallico che hanno ancora alcuni medici deriva dagli insegnamenti del celebre prof. DITTEL che a ragione era considerato urologo di gran valore, *ma quod licet Jovi*

*non licet bovi* e qualche volta anche a Giove il catetere metallico può giocare qualche brutto tiro come lo dimostra la storia del seguente caso.

Un signore di 50 anni, sofferente da molto tempo di un grave stringimento dell'uretra fu colpito da ritenzione completa di urina, non potendo in nessun modo introdurre neppure una minugia filiforme dovette fare la paracentesi della vescica con il trequarti. Tre giorni dopo sostituii il cannello metallico del trequarti con un tubo di gomma, che fissai con apposita fasciatura; in breve il paziente poté abbandonare il letto non avendo alcun disturbo per la presenza del tubo, ogni quattro o cinque ore egli vuotava la vescica. Io sperava che dopo qualche tempo sarebbe stato possibile praticare l'uretrotomia interna, ma i più pazienti e prolungati tentativi riescirono vani. Abbandonai perciò questo mio proponimento e consigliai al paziente, che voleva essere liberato dalla noia di portare il tubo ipogastrico, di sottoporsi all'uretrotomia esterna; non persuaso dei miei consigli egli volle consultare un celebre professore che sperò di poter vincere l'ostacolo con il catetere metallico. Il professore adoperò una sottile siringa metallica conica, che introdusse con la massima lentezza, valendosi anche dell'indice della mano sinistra introdotto nel retto; quando la siringa era penetrata nell'uretra fino quasi al padiglione, egli credette di essere giunto in vescica, sebbene non una goccia di urina uscisse dalla siringa, tale era la sicurezza di avere raggiunto la vescica ch'egli iniettò due schizzetti di acqua. Dopo la iniezione del primo schizzetto non uscì nulla e dopo del secondo, uscì poco liquido sanguinolento. Due ore dopo l'ammalato ebbe una intensa febbre preceduta da violenti brividi e da acuti dolori al perineo. Per molti giorni il paziente ebbe molto a soffrire in conseguenza dell'ascesso che si formò fra la prostata ed il retto, ascesso provocato dalla iniezione del liquido nella via falsa percorsa dalla siringa. Il pus si fece strada attraverso il retto e continuò per qualche tempo ad uscire per l'ano. Dopo due mesi l'ammalato fece ritorno a Trieste, in condizioni generali tristissime e con il tubo ipogastrico, che continuò a portare per più di un anno, quantunque gli procurasse molto disturbo, a motivo dello stillicidio quasi continuo dell'orina e per la formazione di piccoli ascessi intorno alla fistola. L'ammalato si decise finalmente a sottoporsi ad una operazione per essere liberato dal tubo, che non poteva più tollerare. Praticai l'uretrotomia esterna e non potendo trovare l'uretra al di là dello stringimento dovette fare la cistotomia soprapubica ed il cateterismo retrogrado. Venticinque giorni dopo l'operazione levai la siringa a permanenza ed il paziente, dopo tanto tempo, poté finalmente urinare per la via naturale.

Se in questo caso fosse stata eseguita l'uretrotomia esterna da bel principio, come io aveva consigliato, senza tentare la dilatazione con il catetere metallico, il paziente non avrebbe sofferto per tanti

mesi e corso il rischio di morire, l'uretrotomia esterna sarebbe stata più facile e non si avrebbe avuto probabilmente bisogno del cateterismo retrogrado.

Il professor DITTEL, che fu tanto fautore degli strumenti metallici nella cura degli stringimenti uretrali, aveva un sacro orrore per l'uretrotomia interna e tanta fu l'influenza dei suoi insegnamenti, che oggi ancora vi sono dei medici che considerano questa semplice e innocua operazione come un intervento chirurgico pericoloso. Venticinque anni or sono pubblicai nella *Wiener Medizinische Presse* (N. 50, 1899) un modesto lavoro sull'uretrotomia interna con la speranza di convincere i colleghi dell'utilità e della benignità di questa operazione, che in quell'epoca era considerata come pericolosa, perchè poteva riescire letale in conseguenza dell'emorragia, dell'infiltrazione orinosa, della piemia e setticoemia: il DITTEL la trovava indicata in pochissimi casi, mentre autori non meno celebri, come il TOMPSON ed il maestro dei maestri in urologia, il GUYON, sostenevano l'utilità e l'innocuità dell'uretrotomia interna. È verissimo che essa non impedisce la recidiva dello stringimento, ma finora non si è ancora trovato un metodo di cura che possa assolutamente impedire la recidiva, che può essere impedita soltanto con il passaggio metodico, ad intervalli più o meno lunghi, di una semplice candeletta. Per quanto poi riguarda la gravità dell'uretrotomia interna eseguita con il geniale strumento del MAISONNEUVE, dirò soltanto che sopra 719 uretrotomie interne io ebbi soltanto un caso di morte.

#### Vescicole seminali e prostata.

Un medico della nostra città, molti anni or sono, mi pregò di esaminargli le vescicole seminali e la prostata, temendo di avere una tubercolosi di questi organi; non volle dirmi prima dell'esame perchè egli aveva questo timore che lo aveva messo alla disperazione. Nessun sintomo obiettivo nè soggettivo, poteva far sospettare l'esistenza di un processo tubercoloso, l'orina era perfettamente normale, così pure il succo prostatico, normali la forma e la consistenza della prostata e delle vescicole seminali.

Il collega, non persuaso del mio parere, mi narrò che avendo avuta una eiaculazione sanguigna, fece esaminare lo sperma da un distinto medico, che godeva fama di esperto microscopista facendogli credere che lo sperma da esaminare fosse di un paziente.

Dall'esame risultò che nello sperma vi erano bacilli di KOCH e che quindi si trattava di tubercolosi della prostata o delle vescicole seminali. Ho avuto un bel da fare per dimostrare che i bacilli dovevano essere dello smegma e non della tubercolosi.

Per molti mesi il collega non volle credermi e visse in continua ansia: soltanto il tempo finì col convincerlo che io aveva ragione, passarono molti anni ed egli gode tuttora ottima salute.

I bacilli dello smegma furono molte volte scambiati con quelli della tubercolosi: dobbiamo sempre ricordare questa possibilità, prima di affermare che si tratta di tubercolosi e non fidarsi del solo esame microscopico, quando non esistono altri segni di tubercolosi. Non soltanto l'esame bacteriologico, ma anche l'istologico può qualche volta trarre in inganno.

Molti anni or sono un uomo ancor giovane presentava sul glande un'ulcerazione di brutto aspetto, a margini molto duri, che durava da tre mesi; il paziente mi assicurava di non aver mai avuto sifilide; in quell'epoca non era conosciuta la sierodiagnosi del WAS-SERMANN.

L'esame microscopico di un pezzetto esciso dal fondo dell'ulcera praticato da un distinto microscopista fece credere trattarsi di epiteloma. La lunga durata del male, l'esame microscopico non permisero alcun dubbio sulla natura del male ed io praticai l'amputazione del glande, la ferita guarì per prima intenzione. Circa due mesi dopo, l'ammalato ritornò in ospedale avendo l'identica esulcerazione sull'estremità del moncone del pene. In quel tempo io cominciavo a sperimentare le iniezioni di calomelano in certe forme ulcerose di natura dubbia e praticai anche in questo caso una iniezione di 10 centigrammi di calomelano che bastò per far mutare aspetto all'esulcerazione, che dopo una seconda iniezione guarì completamente. Per mia fortuna il paziente non era molto intelligente ed in quell'epoca non era ancora in voga la responsabilità civile del medico.

Numerosi sono gli errori che vidi commettere e che commisi io pure nelle malattie acute e croniche della prostata.

Un ammalato era da qualche tempo curato da un medico di molto valore per un'affezione febbrile: un collega chiamato a consulto esaminando l'orina credette scoprire nel sedimento elementi renali e cellule carcinomatose, lagnandosi poi il paziente di dolori al fianco sinistro si suppose l'esistenza di un neoplasma del rene sinistro. Dopo qualche giorno fui chiamato a vedere l'ammalato perchè non poteva urinare: prima di esplorare l'uretra con la minugia praticai un esame digitale per il retto e potei constatare l'esistenza di un ascesso della prostata che per combinazione si aprì nell'uretra durante l'esame. L'ammalato poté subito urinare ed in pochi giorni guarì completamente.

Una volta vidi un chirurgo molto esperto e valente curare per appendicite un ascesso della prostata che aveva ridotto a mal partito un ammalato per la continua febbre ed i forti dolori: anche in questo caso l'incisione perineale della prostata fece *ipso facto* cessare la febbre e guarire il paziente.

A proposito dell'ascesso della prostata devo pure aggiungere che vidi recentemente un medico attribuire alla malaria la febbre pro-

dotta dall'ascesso ed esaminare il sangue per trovare il plasmodio; mi fu poi riferito che un clinico illustre fece per ore intere esaminare il sangue di un paziente creduto pure affetto da malaria mentre aveva un ascesso della prostata.

Un medico di molta fama credeva che un suo paziente avesse una pneumonite centrale non potendo trovare la causa della febbre in nessun altro organo; dopo una settimana fui chiamato per sirinare l'ammalato che provava difficoltà nell'orinare: constatai subito l'esistenza di un ascesso della prostata che guarì in breve con l'incisione del perineo.

Per evitare simili errori bisogna non dimenticare, quando si esamina un ammalato, che fra gli organi da esaminarsi vi è pure la prostata: il dito indice introdotto nel retto potrà, più spesso di quello che si crede, scoprire la causa delle sofferenze dell'ammalato, risparmiando a questo molti dolori ed al medico un grave biasimo.

Frequentissimi sono gli errori che si possono commettere nelle malattie della prostata a decorso lento come le prostatiti croniche, l'ipertrofia ed il carcinoma.

Un giovane venne a chiedermi un consiglio per dei gravi disturbi nervosi, dolori al perineo e lungo l'uretra che si manifestavano di solito quando egli faceva qualche strappo alla fedeltà coniugale, questi disturbi erano molto spesso accompagnati da un leggero gemizio uretrale purulento e da una eruzione erpetica del prepuzio. Diversi medici ed un illustre professore di una celebre Università credettero trattarsi di una uretrite blenorragica, mentre la causa di tutto era una semplice prostatite cronica che guarì con il massaggio e con l'usare sempre la stessa donna.

Un altro paziente fu curato per molto tempo per nevralgia dell'intestino retto (?) e per lombaggine, anche questo guarì col massaggio della prostata.

Lunga sarebbe l'enumerazione di tutti i casi, nei quali vidi fare le più differenti diagnosi, neurastenia, reumatismo, colica renale, nefrite, mentre si trattava di una semplice prostatite cronica.

Mentre però molti medici non prendono in considerazione la prostata come dovrebbero ogni qualvolta sono chiamati a curare certe forme morbose di difficile diagnosi, certe nevralgie e neurastenie, ve ne sono di quelli che la considerano forse troppo e fra questi non ultimo è lo scrivente. Una volta curai per molto tempo un vecchio signore ch'io credeva affetto da prostatite cronica, mentre oltre la prostatite aveva pure un calcolo vescicale del quale io ignorai l'esistenza. In un altro caso ho attribuito ad una prostatite cronica tutte le sofferenze di un paziente, che oltre la prostatite cronica aveva pure un calcolo dell'uretere.

Sarà difficile ch'io commetta ancora di questi errori, perchè da quando furono scoperti i raggi X, io faccio sistematicamente radio-

grafare i pazienti che hanno l'orina purulenta o presentano dei disturbi di difficile spiegazione.

Frequenti furono pure gli errori nei casi di ipertrofia e di carcinoma della prostata, ne citerò alcuni che mi fecero maggiore impressione.

Un mio buon amico e collega, abitante in una grande città, venne a consultarmi per delle sofferenze nell'emissione dell'orina, che duravano da più di un anno e che lo avevano spinto alla disperazione, tanto da pensare al suicidio. Egli doveva urinare molto spesso e molto difficilmente sia di giorno che di notte, il getto era sottile, finita la minzione l'orina continuava a gocciolare per qualche minuto, durante la notte perdeva involontariamente l'orina, questo ultimo inconveniente era quello che più lo affliggeva perchè dovendo viaggiare di spesso, doveva portare con sé molte pezzuole per non bagnare il letto dell'albergo e non sempre riusciva ad impedirlo. Le molte cure usate non avevano portato alcun giovamento: un chirurgo di grande fama lo credette affetto da stringimento uretrale e spinse la dilatazione del supposto stringimento fino al N. 60 Beniqué: un professore di venereologia lo curò lungamente per prostatite cronica. Tutte queste cure non servirono a nulla, per il semplice motivo che le diagnosi erano sbagliate. Per conoscere le cause del male ho praticato le seguenti ricerche: feci urinare il paziente, che dopo aver emesso con grandi sforzi circa 200 c. c. di orina limpida credeva di aver vuotato la vescica, mentre io trovai con la sirinazione un residuo di 400 c. c. di orina in vescica. La cistoscopia mi rivelò la causa della ritenzione e della perdita involontaria di orina; un piccolo lobo medio della prostata peduncolato veniva spinto dalle contrazioni vescicali durante la minzione verso il collo della vescica e s'incuneava nello sfintere interno, in modo da impedire il vuotamento della vescica e la chiusura completa dello sfintere. L'estirpazione di questo lobo guarì completamente l'ammalato.

Il carcinoma della prostata, malattia meno frequente della ipertrofia e delle altre infermità di quest'organo, può facilmente trarre in errore per la sua sintomatologia tanto differente e multiforme. In un caso il primo segno del male è l'ematuria, in un altro la ritenzione completa od incompleta di orina, qualche volta mancano del tutto i disturbi prostatici-vescicali e si hanno invece fenomeni nervosi inesplicabili e dolori non soltanto negli arti inferiori, ma anche in altre regioni. Fra i casi che mi fecero più impressione ricordo un enorme tumore carcinomatoso della prostata che aveva invaso anche le ossa del bacino e che per molto tempo non fu riconosciuto dal medico curante; si trattava di un ammalato di 40 anni che soffriva di fortissimi dolori agli arti inferiori simili a quelli della sciatica; la sua orina era normale e tale si mantenne fino alla morte, normale pure la minzione, difficoltata invece enormemente la defecazione.

Questo ammalato fu curato per molto tempo come affetto da sciatica e fu soltanto quando, non potendo ottenere un effetto dai purganti, si applicò un clistere che fu ritrovato un ostacolo all'introduzione nel retto del cannello dell'istrumento. Chiamato per esaminare il paziente potei constatare la presenza di un enorme tumore durissimo, che occupava il piccolo bacino e comprimeva il retto in modo da renderlo quasi impervio. La mia diagnosi di carcinoma prostatico-pelvico di GUYON fu confermata dall'autopsia: il tumore, raro per il suo enorme volume, è conservato fra i preparati patologici degli organi urinari che con l'aiuto del distinto professore dott. FERRARI ho raccolto nel museo del mio reparto urologico.

Un altro paziente fu accolto in ospedale per iscuria: egli era stato curato da uno specialista famoso per la cura della sciatica, perchè creduto affetto da questa nevralgia. La causa della sciatica era un carcinoma della prostata di piccole dimensioni, ma facile ad essere riconosciuto con l'esplorazione digitale per il retto per la sua durezza.

#### Malattie della vescica.

Nel primo anno della mia pratica medica vidi un caso che mi fece tanta impressione, che lo ricordo come fosse avvenuto ieri. In un reparto ospitaliero era degente una donna per un tumore addominale, che tutti credevano fosse una cisti ovarica, malattia interessantissima perchè proprio in quell'epoca cominciavano ad essere noti i brillanti successi dello SPENCER WELL nella cura chirurgica di questa malattia. Il giorno destinato all'operazione si trovavano raccolti tutti i medici e chirurghi primari e fra questi un ginecologo, tutti i medici assistenti e secondari; si trattava di un avvenimento al quale tutti assistevano come ad una solennità. L'operatore, prima di accingersi all'incisione, si ricordò di far siringare la paziente: vuotata la vescica di una enorme quantità di urina, scomparve la *cisti ovarica* e la donna guarì.

Inutile ricordare la sorpresa di tutti e la stizza di alcuni dei numerosi colleghi, che speravano assistere ad una operazione che quasi tutti non conoscevano che di nome. L'aver dimenticato di vuotare la vescica, prima di esaminare l'addome dell'ammalata, fu la causa di questo errore.

Fra le malattie vescicali la più facile ad essere riconosciuta è la calcolosi, essa presenta una sintomatologia tanto evidente e semplice, che sembra impossibile che chirurghi distinti e celebri professori di clinica chirurgica possano avere commesso dei grossolani errori di diagnosi. Un calcolo vescicale può per molto tempo non dare alcun disturbo ed in questo caso il paziente non chiede l'avviso del medico, perchè non ha nessuna sofferenza, quando però comincia ad averne sono tanto caratteristiche che ogni medico può scoprirne la

causa. I casi che narrerò in breve dimostrano che sempre non si presta la dovuta attenzione nell'esaminare gli ammalati.

Un errore da me commesso l'ho già citato quando mi occupai della malattia della prostata: se in quel caso fossi stato più attento ai disturbi presentati dal paziente, avrei subito riconosciuto che non bastava la semplice prostatite cronica a spiegarli e non avrei tanto tardato a praticare la cistotomia.

Un ingegnere di circa cinquant'anni, suocero di due medici, venne a Trieste per chiedere il mio consiglio per delle gravi sofferenze: sofferenze attribuite all'ipertrofia della prostata; egli sentiva il bisogno di urinare molto più spesso *di giorno che di notte e quando camminava* provava un forte tenesmo alla *fine della minzione*. Già questi sintomi soggettivi erano sufficienti per diagnosticare la presenza di un calcolo, che realmente esisteva e ch'io operai colla litotrizia.

Un altro signore di 54 anni, domiciliato nella medesima città del suddetto ingegnere, venne a consultarmi per una malattia che lo aveva ridotto in condizioni assai tristi. Da molto tempo urinava di spesso e con grande difficoltà e dolore alla fine della minzione, il bisogno di urinare si manifestava ad intervalli brevissimi, molto più brevi in posizione eretta che supina, il paziente aveva poi osservato che in certe posizioni urinava con meno dolori. L'urina era torbidissima e conteneva molto pus e sangue.

Questi sintomi bastavano per far sospettare l'esistenza di un calcolo in vescica: l'esplorazione con il catetere metallico dimostrò che si trattava veramente di litiasi vescicale. Praticai la cistotomia sopra-pubica, perchè l'intensa cistite controindicava la litotrizia, trovai un calcolo ed un piccolo lobo medio della prostata che estirpai. Finita l'operazione la moglie dell'ammalato in preda ad una grande agitazione mi chiese se la prostata e la vescica presentavano lesioni tubercolose, alle mie assicurazioni che non esisteva traccia di tubercolosi essa stentava a credere. Chiesi alla signora il motivo che le faceva temere l'esistenza di questa malattia, essa allora mi dichiarò che per non influenzare il mio giudizio, non volle dirmi prima dell'operazione che suo marito era stato in cura da diversi medici della sua città e che nessuno aveva mai sospettato l'esistenza di un calcolo. Uno lo aveva curato per cistite da ipertrofia della prostata, uno specialista dopo aver praticato la cistoscopia fece pure la diagnosi d'ipertrofia prostatica e consigliò la prostatectomia: un celebre professore di clinica chirurgica dichiarò trattarsi di semplice cistite e prescrisse lavaci vescicali: un professore di venerologia curò il paziente con il massaggio della prostata sopra un beniqué introdotto in vescica, con questa cura i disturbi divennero intollerabili. Un assistente del professore di clinica chirurgica fece la diagnosi di tubercolosi della prostata e della vescica e consigliò una

cura antitubercolosa ed il soggiorno in riva al mare: aumentando però le sofferenze si chiese a questo assistente, se con un atto operativo si potesse sperare un sollievo, egli rispose che si avrebbe potuto praticare a scopo palliativo un drenaggio permanente della vescica con la cistotomia sopra-pubica, che non avrebbe però giovato molto ed avrebbe resa ancora più miserabile l'esistenza dell'ammalato. Se la signora che mi fece questa narrazione non fosse stata una persona colta ed intelligente, io non avrei potuto credere possibili tali errori di diagnosi che mi furono poi confermati da altri colleghi concittadini del paziente. Dall'epoca dell'operazione sono già passati quattro anni e mezzo e l'operato sta benissimo, ha l'orina e le minzioni perfettamente normali.

Un altro signore fu curato per molti anni da due medici con l'introduzione metodica di un grosso catetere metallico e con le istillazioni di nitrato d'argento, perchè creduto affetto da prostatite, mentre aveva una pietra ch'io operai con la litotrizia. Anche in questo caso esistevano segni palesi della litiasi vescicale, bruciore alla fine della minzione, aumento di frequenza dell'orinare durante il cammino e spesso ematuria.

Una signora abitante in una città vicina mi fu raccomandata da un collega con questa lettera: «la paziente soffre già da molti anni di cistite purulenta congiunta con dolori refrattari ad ogni medicamento, all'infuori della morfina; credo si tratti di tubercolosi renale e vescicale». La causa di tutte queste sofferenze era un grosso calcolo che operai con la litotrizia. Anche in questo caso i sintomi della pietra vescicale erano tanto evidenti che mi pareva impossibile che un medico intelligente potesse attribuirli ad una tubercolosi vescicale o renale.

Recentemente operai un signore di ottanta anni che da lungo tempo soffriva di disturbi nell'orinare, egli consultò diversi medici e fra questi due professori di clinica chirurgica di due celebri Università: alcuni fecero l'esplorazione digitale per il retto ed alcuni neppure questa. Tutti gli dissero che aveva la prostata ipertrofica, mentre bastava introdurre in vescica un semplice esploratore olivare di gomma per sentire la pietra, senza dire che anche in questo caso esistevano molti altri sintomi di calcolo vescicale, più che sufficienti per farne sospettare l'esistenza, bisogno di orinare più frequente durante il giorno e forte tenesmo alla fine della minzione. Con la cistotomia estrassi due calcoli grandi come due grosse castagne, l'ammalato guarì e non ebbe più nessun disturbo vescicale, perchè la prostata non era ipertrofica.

Il caso ancora più inverosimile è il seguente, che osservai pochi mesi or sono: un signore di 72 anni, abitante in una città molto lontana da Trieste, venne da me lagnandosi che da qualche anno aveva consultato altri medici, ma non volle dirmi quello che avevano tro-

vato, temendo ch'io gli nascondessi poi la verità sulla gravità del suo male. Anche in questo caso la minzione più frequente durante il giorno ed il dolore alla fine dell'orinare, mi fecero sospettare l'esistenza di un calcolo vescicale; l'orina era leggermente torbida, la prostata non molto ingrandita, data l'età del paziente; con l'esploratore metallico il mio sospetto si cambiò in certezza e feci la diagnosi di pietra vescicale.

L'ammalato poco persuaso della mia diagnosi mi raccontò allora quello che avevano trovato due professori di clinica chirurgica, uno dei quali gode di fama mondiale; il meno celebre fece la diagnosi d'ipertrofia della prostata basandosi sulla sola esplorazione digitale per il retto, il più celebre avendo veduto l'ammalato durante un periodo di ematuria disse al paziente « voi avete un tumore in vescica, fatevi esaminare con il cistoscopio ».

Ritornato in patria il paziente riferì al primo chirurgo il consiglio avuto: questi allora provò inutilmente di praticare la cistoscopia, da prima provò molta difficoltà nell'introdurre l'istrumento e poi non poté veder nulla perchè il liquido vescicale non era trasparente a motivo del sangue. Impressionato dal racconto fattomi dal paziente, praticai io pure la cistoscopia che riesci facilissima e mi fece scoprire quattro calcoli della grandezza di uova di colomba e nessuna traccia di tumore. Feci la cistotomia soprapubica e l'ammalato ritornò in breve tempo al suo paese perfettamente guarito, con l'orina limpida e senza residuo vescicale.

Se il professore che fece la diagnosi di tumore vescicale avesse dato importanza al modo di manifestarsi dell'ematuria, avrebbe certamente scoperta la sua vera causa. L'ammalato orinava sangue dopo aver camminato, con il riposo l'ematuria cessava, questo fatto era già sufficiente per far sospettare la pietra che una semplice esplorazione con un istrumento metallico avrebbe poi scoperto.

Un altro caso che dimostra come talora il medico più intelligente può lasciarsi influenzare dalla prima impressione che prova nell'esaminare un ammalo è il seguente. Un uomo che presentava dei disturbi nervosi assai vaghi, dolori agli arti inferiori, vertigini, cefalea, cardiopalmo, fu creduto affetto da nevralgia.

Dopo qualche anno di inutili cure fu mandato a Trieste perchè io l'esaminassi avendo egli orinato del sangue. La cistotomia che lo liberò di un calcolo vescicale grande come un uovo di gallina, fece sparire la nevralgia.

Prima di finire l'argomento della pietra vescicale voglio ricordare un altro errore non di diagnosi, ma di cura: vale la pena di farlo perchè chi lo commise fu un chirurgo che gode molta fama.

Pochi anni or sono venne da me un vecchio signore che era stato operato di litotrizia in una sola seduta tre mesi avanti e che dopo l'operazione soffriva più di prima. Il chirurgo non diede alcuna

importanza a queste sofferenze, che secondo il suo parere sarebbero in breve cessate essendo stata tolta la causa. L'ammalato giudicando da quello che provava orinando, espresse il dubbio che fosse rimasto in vescica qualche frammento del calcolo, il chirurgo gli rispose che in tutte le numerose litotrie da lui eseguite, mai gli era successo di lasciare un frammento in vescica: ne aveva lasciato invece non uno ma sette, dei quali uno grande come una moneta di due centesimi ch'io estrassi con la cistotomia.

Se il chirurgo avesse seguito la regola di fare una cistoscopia prima di licenziare il suo operato di litotria, il paziente non avrebbe sofferto per tre mesi un vero martirio.

### Tumori vescicali.

Gli errori di diagnosi nei tumori vescicali che più m'impressionarono furono tre, uno commesso da me, uno da un celebre professore di clinica chirurgica: questi fece la diagnosi di tubercolosi vescicale in un caso di tumore della vescica, ed io di tumore vescicale in un caso di tubercolosi renale; il terzo errore lo commise un chirurgo che attribuì alle emorroidi delle gravi sofferenze vescicali di una signora che aveva un grande tumore nella vescica.

Uomo di 49 anni, sofferente da alcuni mesi di frequenza e bruciori nell'orinare, non ebbe mai ematuria, ma orina purulenta; con l'esame cistoscopico vidi che tutta la vescica era normale, meno in un punto posto al davanti del meato uretrale sinistro dove esisteva un piccolo tumore che pareva un papilloma: introdotto il catetere nell'uretere di questo lato per circa un centimetro, uscirono con getto continuo 40 cc. di urina torbida, con il cateterismo dell'uretere destro ottenni urina limpida. Feci diagnosi di papilloma e di ritenzione ureterale e renale prodotta dal tumore vescicale, praticai la cistotomia e non trovai nulla, il supposto papilloma non esisteva, soltanto la mucosa vescicale intorno al meato presentava delle piccole vegetazioni. Dieci giorni dopo, quando la ferita della vescica era completamente cicatrizzata, feci una nefrotomia esplorativa ed estirpai poi il rene trovato tubercoloso, l'ammalato guarì ed è ancora adesso dopo dieci anni dall'operazione in ottima salute.

La spiegazione di questo errore l'ho avuta più tardi leggendo i lavori del HOTTINGER e del FENWICK: il primo di questi autori nel 1906 diede grande importanza diagnostica alla presenza intorno al meato ureterale di grandi granulomi che somigliano a piccoli papillomi, egli crede che queste neoformazioni siano da considerarsi manifestazioni tipiche della tubercolosi renale. FENWICK prima di HOTTINGER aveva descritto una grande tumefazione edematosa di aspetto papillomatoso nel meato ureterale, che si osserva talora nella tubercolosi renale.

Parecchi anni or sono fui chiamato da un collega di una città vicina a vedere un ammalato ridotto a mal partito da una grave ematuria che durava da molti giorni, la vescica era piena di coaguli ed il paziente non poteva più urinare. Dopo inutili tentativi di vuotare la vescica aspirando i coaguli con un grosso catetere, si dovette praticare la cistotomia e si trovò un grande papilloma quasi sessile. Questo ammalato aveva avuto già in passato delle ematurie, che cinque anni prima furono credute di origine tubercolosa dal celebre professore, il quale fece questo errore perchè non praticò la cistoscopia.

Quando un ammalato urina sangue bisogna fare un esame cistoscopico se si vuole conoscere la sede e la causa dell'ematuria: seguendo questa regola si eviteranno molti errori di diagnosi, che possono avere in certi casi le più funeste conseguenze. Scoprire un papilloma vescicale già nelle sue prime manifestazioni, ha oggi una importanza straordinaria, perchè si può distruggerlo in poche sedute, senza pericolo e senza dolori mediante il meraviglioso metodo dell'elettrocoagulazione endoscopica.

Una signora sessantenne soffriva il martirio da diversi mesi per gravi disturbi vescicali; un medico di una città lontana da Trieste l'assicurò che si trattava di emorroidi. Quando io la vidi essa era ridotta in condizioni miserabili, la frequenza dell'orinare era diventata intollerabile, ogni minzione era accompagnata da fortissimi dolori, l'orina era torbidissima e fetente; con l'esplorazione vaginale si sentiva che nella vescica si trovava un tumore. Per diminuire le sue sofferenze io volli praticare una cistotomia sopra-pubica; appena incisa la vescica sguscì fuori un tumore grande come un uovo di gallina, pedunculato, ch'io estirpai e che l'esame istologico dimostrò essere un sarcoma. La paziente guarì per prima intenzione e adesso, più di un anno e mezzo dopo l'operazione, sta benissimo.

In questo caso la semplice esplorazione vaginale bastava per fare la diagnosi, senza dire che il fetore di brodo putrefatto che emanava l'orina era pure un buon segno di tumore esulcerato.

Più di una volta questo odore nauseabondo mi fece scoprire l'esistenza di tumori della vescica.

### Malattie renali. Tubercolosi.

Se l'ammalato si lagna di frequente bisogno di mingere, se l'emissione è dolorosa, se l'urina è un poco torbida per il pus che contiene e non si può trovare la causa di queste alterazioni, si deve sospettare l'esistenza della tubercolosi renale. L'ignorare questo fatto è un grande errore che purtroppo viene commesso più spesso di quanto si crede anche da medici e chirurghi distinti. Ho avuto varie volte occasione di vedere ammalati di tubercolosi renale curati come



semplici nefritici con la dieta lattea e l'alimentazione declorurata, perchè la loro orina conteneva un po' di albumina, il più delle volte dipendente dal pus. Ho veduto molto spesso ammalati di tubercolosi renale curati con lavacri vescicali che quasi sempre aumentavano i loro disturbi ed ho veduto un ammalato di tubercolosi renale con forte febbre, alla quale il medico fece esaminare il sangue per vedere se vi si trovassero plasmodi della malaria. Questi fatti, che sembrano incredibili, si ripetono purtroppo con molta frequenza e se fino a pochi anni or sono erano scusabili, oggi non lo sono più, perchè con la cistoscopia e con l'esame batteriologico dell'orina, si potrà sempre fare la diagnosi di tubercolosi renale e guarire con la nefrectomia ammalati che altrimenti sarebbero destinati a soccombere dopo lunghe e gravissime sofferenze.

Dei molti errori che vidi commettere nei casi di tubercolosi renale ne citerò soltanto alcuni dei più incredibili.

Cinque anni or sono fui chiamato a vedere in una città lontana da Trieste una giovane signora, che per la lunga durata della malattia era ridotta in condizioni miserabili. Il medico curante mi narrò che un anno prima un valentissimo chirurgo praticò a questa paziente l'istrectomia, perchè credeva che il dolore al rene destro e la purulenza dell'orina dipendessero dalla compressione esercitata da un fibromioma dell'utero sull'uretere, mentre invece si trattava di tubercolosi renale, come lo dimostrarono l'esame batteriologico dell'orina e la nefrectomia che guarì completamente l'ammalata.

Un uomo ancor giovane fu accolto nel mio reparto ospitaliero per una fistola nella regione lombare sinistra e per dei leggeri disturbi della minzione; egli venne a Trieste da una grande città nel cui ospedale era stato ricoverato per molti mesi, curato da un celebre professore di clinica chirurgica e da questi licenziato come inguaribile, dopo essere stato curato con iniezioni di emulsione iodoformica e con diverse incisioni. Dalla fistola permeabile ad un sottile specillo usciva giornalmente pus in piccola quantità. All'intorno dell'apertura della fistola si vedevano delle cicatrici, che raggiungevano i processi spinosi delle vertebre lombari all'indietro, la dodicesima costa superiormente e la cresta dell'ileo inferiormente. L'orina del paziente qualche giorno era limpida e conteneva tracce di albumina, qualche volta torbida per pus. Il cateterismo dell'uretere dimostrava che il rene destro era normale e che il sinistro funzionava poco: l'orina di questo rene era purulenta e conteneva bacilli di Koch. Lo stato generale dell'ammalato era assai cattivo. Con un'ampia e profonda incisione penetrai in un cavità piena di pus, la parete interna di questa cavità era formata dal rene tubercoloso. Praticai la nefrectomia che fu molto laboriosa e difficile, durante l'operazione si lacerò per un lungo tratto il peritoneo che non fu possibile suturare, zaffai con garza iodoformica la grande cavità che rimase dopo

estratto il rene e zaffai pure la breccia peritoneale. L'ammalato in poche settimane guarì e presentemente, cinque anni dopo l'operazione, sta benissimo.

Molto probabilmente il professore, che aveva curato per tanto tempo questo ammalato, non pensò mai che l'ascesso e la fistola consecutiva potessero essere la conseguenza della tubercolosi renale, perchè altrimenti non avrebbe dichiarato la malattia incurabile.

Una signora non ancora trentenne soffriva da molti mesi di dolori al fianco destro e di frequente bisogno di urinare: aveva l'orina torbida, era in sommo grado deperita. Il medico curante, dopo aver per lungo tempo praticato dei lavacri vescicali, si accorse che il rene destro era aumentato di volume e credette trattarsi di rene mobile. Sperando che una cura ricostituente ed il soggiorno in un sanatorio potesse giovare alla paziente, la mandò in uno stabilimento dove si praticava la cura d'ingrassamento. Il medico di questo stabilimento praticò, oltre a molti altri procedimenti, il massaggio del rene, sperando di rimetterlo nella sua loggia essendo convinto trattarsi di rene mobile. L'effetto disastroso di questa cura non si fece attendere, aumentarono i dolori al rene, si manifestò l'ematuria e la povera ammalata ritornò a Trieste in condizioni ben peggiori di prima.

Con la nefrectomia subcapsulare, che fu abbastanza difficile per il grande volume del rene e per le sue aderenze, sono riuscito a guarire la paziente che adesso sta benissimo ed ha l'orina limpida.

Il rene estirpato aveva il volume di una testa di bambino, il suo parenchima era quasi del tutto sparito e sostituito da caverne caseose.

Due anni e mezzo or sono il prof. Fiocco di Venezia mi invitò a vedere una giovane signora da molto tempo ammalata di tubercolosi degli organi urinari: essa era stata inviata in questa città per fare un soggiorno al Lido sperando che l'aria di mare potesse giovarle. Ogni giorno essa aveva dei brividi seguiti da un forte aumento di temperatura fino a 39°,5, soffriva di fortissimi dolori al fianco sinistro ed era ridotta in condizioni generali tristissime. Il professor Fiocco volle ch'io la vedessi, perchè non era persuaso della diagnosi fatta dagli altri medici e perchè sperava che un atto operativo fosse indicato. Questa signora cominciò ad avere dei segni di cistite già nel 1911, fu esaminata da diversi medici e professori che giudicarono trattarsi di cistite dolorosa e si accennava alla tubercolosi solo per dire che gli esami diretti e l'inoculazione alla cavia avevano dato responso negativo. Fu il professor Fiocco che nel febbraio 1912 constatò la presenza di bacilli di Koch nell'orina durante un precedente soggiorno dell'ammalata a Venezia. Ritornata nella sua città la signora fu curata per qualche tempo con le istillazioni vescicali di guaia-colo canforato, ottenendo a quanto pare un leggero miglioramento. Un giorno camminando per la strada essa fu colpita da un timone di carrozza al fianco sinistro, il colpo fu tanto forte da farla cadere

a terra, ebbe in seguito alta febbre preceduta da brividi, vomito e comparve nella regione renale sinistra e giù verso la regione iliaca dello stesso lato una tumefazione non molto dolorosa, che si credette da prima dovuta ad un essudato infiammatorio, ma che poi la puntura esplorativa dimostrò essere costituita da una idronefrosi; nel liquido estratto si trovò urina con numerosi bacilli resistenti agli acidi e leucociti.

Un esame cistoscopico praticato da un professore di chirurgia urologica nell'aprile 1912, quindi prima dell'accidente, aveva dato il seguente risultato: meato ureterale destro arrossato, tumido, eiaculazioni di urina torbida; fatto il cateterismo dell'uretere sinistro non si riesci, dopo aver atteso un quarto d'ora, a raccogliere l'urina. Ripetuto questo esame nel luglio 1912, quindi dopo l'accidente e la puntura esplorativa, dal medesimo professore si ottenne questo risultato: Capacità vescicale ridottissima, vescica dolentissima alla distensione, facilmente sanguinante. Fatti di cistite prevalenti sul trigono e al collo. Ulcerazioni multiple sul trigono a margini rilevati, di forma irregolare, a fondo uniforme. Sbocco ureterale destro notevolmente arrossato e tumefatto fessuriforme, eiaculazione limpida con fiocchetti biancastri sospesi. A sinistra sbocco ureterale pure tumefatto, ma meno arrossato che a destra, per oltre un minuto di osservazione non si assistette ad alcuna eiaculazione, poi si vide fluire in piccola quantità e con scarsa forza un po' di liquido con fiocchi biancastri sospesi.

Dato il dolore provocato dall'esame non si poté prolungare l'osservazione.

Si venne alla conclusione che il caso era inoperabile, perchè i due reni erano ammalati.

Quando io vidi la paziente la trovai in condizioni veramente disastrose, i dolori, la febbre e l'insonnia dovuta al continuo bisogno di mangiare l'avevano ridotta a sembrare uno scheletro. Nel fianco destro si palpava il rene che pareva alquanto ingrandito, leggermente doloroso alla pressione; nel fianco sinistro si sentiva una resistenza, contrazione muscolare di difesa, e più giù e verso la linea mediana si palpava una tumefazione dolorosissima alla pressione.

Mentre dall'anamnesi, dalle sofferenze presentate dall'ammalata, e dal suo estremo deperimento, si avrebbe dovuto arguire una gravissima alterazione degli organi urinari, l'urina era quasi limpida e di colore normale. Questo contrasto mi colpì talmente che chiesi subito all'infermiera che assisteva l'ammalata se anche prima dell'accidente l'urina fosse stata così bella: essa mi rispose che prima del trauma l'urina era torbidissima e sanguigna, mentre poco dopo divenne limpida. Questo fatto era più che sufficiente per stabilire che il rene destro era normale e che il sinistro era ammalato, l'urina di questo non discendeva più in vescica, perchè in conseguenza della lesione dell'uretere o del bacinetto, essa si raccoglieva nella cavità idropionefrotica.

L'operazione, che praticai pochi giorni dopo dimostrò che realmente la mia diagnosi era giusta; la nefrectomia e l'ampia apertura dell'accesso peri-renale guarì la paziente che tuttora gode di perfetta salute.

La storia di questo caso dimostra anzitutto che il professore di chirurgia urologica credette poter vedere con il cistoscopio uscire dal meato ureterale destro l'urina che conteneva fiocchi di pus mentre questo non era il caso: l'urina che usciva dal meato era senza dubbio limpida ed i fiocchi in essa sospesi, erano certamente depositati nel fondo della vescica e sollevati dall'urina eiaculata dal meato. Questa falsa interpretazione dell'immagine cistoscopica fece commettere l'errore di credere ammalato un rene sano e giudicare inoperabile un caso operabilissimo, come lo dimostrò la nefrectomia. Il cambiamento poi dei caratteri dell'urina vescicale avvenuto dopo il trauma, era più che sufficiente per dimostrare che il rene destro era in buone condizioni, il non aver prestato la dovuta attenzione a questo mutamento fu pure un errore che mise in pericolo la vita della paziente, che se fu salvata lo deve in prima linea al professor Ficco, che non fidandosi del reperto cistoscopico, perchè incompleto ed inverosimile, e dando molta importanza alla tumefazione della regione iliaca intravvide la possibilità di un atto operativo.

Dovrei troppo dilungarmi se volessi citare tutti gli ammalati di tubercolosi renale che ho veduto curare lungo tempo per nefrite e per cistite, ricorderò soltanto un caso di tubercolosi del rene sinistro che un medico primario si ostinava a credere una tubercolosi della milza ed un caso di tubercolosi renale nel quale un chirurgo primario estirpò un lobo della prostata e non diede alcuna importanza alla tubercolosi del rene sinistro, che fu poi estirpato troppo tardi da un altro chirurgo. Molto probabilmente la nefrectomia praticata qualche mese prima avrebbe salvata la vita del paziente, senza bisogno di estirpare la prostata; io ho osservato due casi di tubercolosi del rene e della prostata guarire con la sola estirpazione del rene: la prostata guarì spontaneamente dopo qualche mese dalla nefrectomia.

Dopo avere ricordato gli errori degli altri devo confessare i miei, non saranno forse i soli, ma sono quelli che ho potuto constatare.

Un giovane sofferente da qualche tempo di cistite e di dolori al rene destro, fu da me creduto affetto da tubercolosi di questo rene, perchè aveva in pari tempo un catarro dell'apice del polmone destro e perchè con il cateterismo dell'uretere destro avevo ottenuto una urina purulenta. Praticai la nefrectomia e trovai un rene non tubercoloso, ma che conteneva un calcolo nel suo bacinetto: l'ammalato guarì, ma rimase con un solo rene, mentre la semplice pielotomia sarebbe stata sufficiente a guarirlo.

Se in questo caso avessi fatto radiografare il rene, cercato i bacilli di Koch o inoculato la cavia, non avrei fatto una operazione inutile e dannosa.

In un altro paziente che aveva un rene quasi distrutto dal processo tubercoloso e l'altro leggermente colpito ho estirpato questo ultimo perchè mi sono fidato di un esame incompleto.

Non potendo fare il cateterismo degli ureteri e non avendo ottenuto un risultato soddisfacente con il divisore del LUYS, ho creduto al risultato avuto con il massaggio renale e fui tratto in errore. Questo errore però è in parte scusabile, perchè pochi mesi prima il massaggio renale mi aveva fatto rimediare un altro errore di diagnosi, che poteva riescire letale. Una giovane signorina, sofferente da molti anni di cistite tubercolosa e di tubercolosi renale gravissime, era stata da me giudicata inoperabile, perchè non avendo potuto praticare il cateterismo degli ureteri, nè applicare il divisore del LUYS, non mi fu possibile conoscere se un solo rene fosse leso: questo fatto e le pessime condizioni dell'ammalata, mi fecero credere che il caso fosse disperato. Due mesi dopo la paziente ritornò in ospedale pregandomi di voler tentare qualunque mezzo per liberarla delle atroci sofferenze. Prima di fare la nefroscopia alla Tansini ho voluto provare il massaggio renale, che riesci in questo caso tanto bene da dimostrarmi che un rene era sano. La nefrectomia fu seguita da una rapida guarigione ed ora l'ammalata, che operai quasi *in extremis*, è completamente guarita anche della cistite.

Questa guarigione è una nuova prova di quanto asseriva già da molto tempo il GUYON, che non è mai troppo tardi per operare una tubercolosi renale.

#### Nefrolitiasi.

Se numerosi furono gli errori nella tubercolosi renale, non meno frequenti sono stati quelli commessi nella nefrolitiasi; per amore di brevità ne citerò alcuni dei più incredibili.

Un uomo di 48 anni venne portato a Trieste da uno stabilimento di bagni di mare (Grado) in stato comatoso. Nelle condizioni in cui si trovava il paziente era impossibile rilevare qualche dato anamnestico e nessuno di quelli, che lo avevano conosciuto a Grado, sapevano darmi qualche notizia sulla sua malattia. Egli non reagiva a nessun stimolo, soltanto la compressione del suo fianco destro, che pareva più gonfio del sinistro, faceva contrarre i muscoli addominali, la sua vescica conteneva circa 10 cc. di pus puzzolente. Pensai subito trattarsi di anuria e praticai immediatamente la nefrotomia a destra: dall'incisione uscì una grande quantità di urina purulenta fetida, frustoli di parenchima renale necrotico ed un grosso calcolo ossalico. Il giorno seguente l'ammalato era tanto migliorato da non parere più il moribondo che venne portato da Grado, la febbre da 40°.2 era discesa a 38°, il letto era inondato di urina che usciva dall'incisione renale e la secrezione dell'altro rene, che per influenza riflessa era abolita, divenne pure abbondantissima.

In poco più di un mese l'ammalato abbandonò la casa di salute perfettamente guarito, senza fistola renale; e con urina quasi limpida. Ho avuto occasione di rivederlo quattro anni dopo l'operazione in ottimo stato e senza alcun disturbo.

La storia di questo paziente, per quanto interessante, non avrebbe una certa importanza, se non si conoscessero le peripezie passate dall'ammalato, che da persona colta ed intelligente come egli era, mi descrisse con tutti i dettagli ch'io per brevità ometterò in parte, li mitandomi a far cenno dei più importanti.

Sofferente più o meno durante quattordici anni, fu in cura di molti medici e di un professore che gode di una grande riputazione in urologia; i dolori talora intollerabili che l'ammalato aveva al fianco destro furono creduti coliche epatiche, fece varie cure dietetiche e per quattro anni consecutivi fu mandato a Carlsbad. L'urina che nei primi tempi della malattia era limpida, divenne a poco a poco torbida, la purulenza dell'urina fu attribuita ad un catarro vescicale e fu curata per molti mesi con lavacri vescicali, con balsamici ed urotropina. Non vedendo alcun miglioramento da tutte queste cure il paziente rimase molto tempo senza far nulla, tanto più che i dolori al fianco destro si erano alquanto calmati e ad intervalli cessavano del tutto, l'urina però era sempre più torbida. Poche settimane prima di andare a Grado ebbe vari accessi febbrili che l'indebolirono molto e fu per ristabilirlo che fu consigliato di andare a Grado, per fare una cura di bagni di mare e di sole. Nessuno dei tanti medici che lo videro gli fecero cenno di una possibile nefrolitiasi, o di un'altra malattia renale, mentre bastava una semplice cistoscopia per conoscere che il pus dell'urina era di origine renale e precisamente del rene destro e che le coliche epatiche erano renali.

Nel 1905 fui consultato da un signore di 34 anni che da molto tempo aveva l'urina purulenta, per molti mesi fu curato per cistite blenorragica con balsamici, lavacri ed istillazioni vescicali, un altro medico gli prescrisse la dieta lattea, perchè credeva fosse affetto da nefrite, un professore di venereologia consigliò la cura di Montecatini e lavacri vescicali. Quando io vidi il paziente constatai un forte ingrandimento del rene sinistro, il cateterismo dell'uretere destro dimostrò che il rene di questo lato era sano, la radiografia fece scoprire numerosi calcoli nel rene sinistro. Estirpai il rene ammalato, grande come la testa di un ragazzo, pieno di pus e di calcoli: ce n'erano sedici dei quali uno grande come un uovo di gallina.

Il paziente guarì e sta tuttora benissimo.

La storia di questo ammalato mi sembra non meriti alcun commento.

Un uomo di 28 anni fu a lungo curato per blenorragia, con lavacri uretrali alla JANET e poi con istillazioni di nitrato d'argento nell'uretra posteriore, perchè aveva l'urina torbida e qualche volta

sanguigna, non vedendo nessun miglioramento venne in ospedale. Dall'anamnesi risultava ch'egli aveva avuto realmente una blenorragia uretrale molti anni prima, ma risultava pure che questa era guarita e che l'ematuria si era manifestata la prima volta dopo una cavalcata e si ripeteva ogni qualvolta l'ammalato faceva una lunga passeggiata. Se si fosse data la dovuta importanza a questi sintomi e se fosse stata praticata una radiografia si avrebbe subito scoperto un grosso calcolo renale, ch'io operai con ottimo successo con la nefrotomia.

Un uomo di 29 anni, fratello di un collega, soffriva da molto tempo di dolori alle regioni lombare ed iliaca destra ed aveva l'orina torbida. Un professore di chirurgia di una grande città, guidato non so da quali criteri, l'operò di appendicectomia.

Due mesi dopo questa operazione l'ammalato venne a Trieste. Con la radiografia potei subito scoprire un grande calcolo nel rene destro e con la nefrectomia ottenni la guarigione.

Un caso molto interessante nel quale, prima un chirurgo, ed io poi, abbiamo commesso un errore è il seguente: B. A., d'anni 20, sofferente di dolori nel fianco destro viene operato di appendicectomia senza provare poi nessun miglioramento; qualche mese dopo chiede il mio consiglio perchè ha veduto del sangue nell'orina.

Con la radiografia si vede un'ombra, che si crede prodotta da un calcolo del polo inferiore del rene sinistro o dell'uretere, a destra non si vede nulla e l'orina estratta dal rene destro è limpida. Pratico la nefrotomia a sinistra e non trovo alcun calcolo. Persistendo i dolori a destra faccio la nefrotomia da questo lato e trovo un calcolo di acido urico grande come un fagiuolo; dopo questa operazione il paziente guarisce completamente.

Come si spiegano questi errori? Il chirurgo credette trattarsi di appendicite, perchè la pressione sulla regione dell'appendice provocava dolori, che molto probabilmente dipendevano dalla pressione sull'uretere. È cosa nota che comprimendo in certi punti l'uretere di un rene ammalato, si provoca un dolore nel punto compresso. Io fidandomi dell'ombra radiografica veduta a sinistra, mi spiegavo il dolore a destra come un dolore riflesso reno-renale, che qualche volta osservai, non soltanto nella nefrolitiasi, ma anche nella tubercolosi renale e nella nefrite emorragica unilaterale. Io credevo che il calcolo fosse a sinistra, mentre non lo era e l'ombra radiografica era dovuta a tutt'altra causa; la radiografia del rene destro riesci negativa, perchè il calcolo era di acido urico e forse perchè in quell'epoca non si disponeva di un apparecchio RÖNTGEN perfezionato come oggi.

In qualche caso può avvenire, che non essendo molto cauti si commetta l'errore di credere calcoloso un rene tubercoloso e viceversa. Ci sono è vero dei casi, ed io ne osservai due, nei quali esistono contemporaneamente tubercoli e calcoli, ma sono molto rari. Credere tubercoloso un rene calcoloso ha per conseguenza l'estirpa-

zione di un organo importantissimo, che si deve assolutamente conservare quando non è del tutto o quasi distrutto; giudicare soltanto calcoloso un rene che è anche tubercoloso ha per conseguenza una operazione incompleta ed inutile, perchè con la nefrotomia o la pielotomia si leva il calcolo, ma si lascia in posto un rene, che deve essere estirpato se si vuole guarire l'ammalato.

Per fortuna questi casi sono molto rari, io direi anzi eccezionali ed il più delle volte facili ad essere riconosciuti. Se un paziente presenta sintomi di nefrolitiasi e la radiografia dimostra la presenza di calcoli, mentre in pari tempo esistono fenomeni di cistite, senza che in vescica ci sieno calcoli, bisogna fare un esame bacteriologico dell'orina o l'inoculazione nella cavia, prima di decidere l'operazione che si dovrà eseguire.

Quando si pratica l'esame bacteriologico di una orina bisogna sempre ricordare la possibilità di scambiare il bacillo dello smegma con quello della tubercolosi. Questo errore lo vidi commettere da un distinto medico, che per molto tempo credette affetta da tubercolosi renale una signora, perchè in ripetuti esami dell'orina trovò dei bacilli da lui creduti di Koch, io lo consigliai di esaminare l'orina estratta con la siringa e non li trovò più. In questo caso si trattava di nefrolitiasi come lo dimostrò la pielotomia da me eseguita con ottimo successo.

Potrei citare ancora molti errori di diagnosi nella nefrolitiasi, ma per non ripetere storie che si rassomigliano finirò col ricordare due casi disgraziati, ma molto istruttivi, nei quali furono commessi dei grandi errori.

Una robusta signora di 54 anni, gottosa, fu improvvisamente colpita da iscuria, perchè un calcolo si era incuneato nell'uretra: con un mordente si riesci ad estrarre il calcolo e tutto pareva finito. Poche settimane dopo questo accidente, l'ammalata cominciò a lagnarsi di sensazioni penose negl'organi genitali esterni, un ginecologo constatò una periuretrite ed un leggero catarro uterino. La paziente presentava una spiccata enteroptosi, i due reni, ma specialmente il destro erano mobili, esisteva pure un'ernia inguinale riducibile. Da molto tempo essa portava una cintura ipogastrica per sostenere il ventre, che dopo l'accidente dovette abbandonare perchè le dava più molestia che sollievo.

Il camminare le riesciva penoso e così pure il rimanere coricata su i due lati: si sentiva bene soltanto in posizione supina.

Uno specialista neurologo attribui i disturbi ad una eccitazione provocata dalla periuretrite; dopo molte cure inutili fu mandata in un sanatorio per malattie nervose, da dove ritornò senza avere ottenuto un miglioramento. Nell'ottobre 1906 consigliai di fare una radiografia del rene destro: con essa si poté vedere nel rene molto discosto un'ombra di un piccolo calcolo, in corrispondenza della punta

della dodicesima costa che era molto corta. Dopo questo risultato io credevo indicata la nefrolitotomia e la nefropessi; la paziente prima di decidersi all'operazione volle consultare un illustre professore di clinica medica che fece la diagnosi di nevrastenia e prescrisse una cura di massaggio, di elettricità e di riposo in letto. Alle mie osservazioni che il calcolo renale e la grande mobilità del rene potevano essere la causa di tutte le sofferenze, fu risposto che molte donne hanno il rene mobile e calcoli renali, senza avere le sofferenze di questa ammalata, e che il calcolo era tanto piccolo che poteva essere espulso spontaneamente. Per vari mesi la paziente fu curata con il massaggio e l'elettricità e nel luglio 1907 fu mandata a Carlsbad, quindi in un sanatorio per malattie nervose. Dopo quattro settimane di soggiorno in questo sanatorio essa si sentiva tanto male che decise di andare in una grande città per farsi operare da un professore specialista in urologia.

Prima dell'operazione si fece un'altra radiografia, che riesci negativa e non si diede alcun valore a quella fatta a Trieste.

L'operazione praticata in agosto fu la semplice decapsulazione e nefropessi: il professore non credette necessaria la nefrotomia, perchè con la palpazione del rene non senti il calcolo.

Dopo l'operazione l'ammalata aveva il rene fissato, ma soffriva come prima. Un neurologo le prescrisse l'elettricità ed il massaggio vibratorio. Ritornata a Trieste essa si lagnava sempre malgrado la cura elettrica, che fu continuata per più di tre mesi. Una nuova radiografia fece vedere il calcolo, non più in corrispondenza della punta della dodicesima costa, ma più in alto sotto il margine dell'undicesima, perchè il rene era stato sollevato e fissato in alto. Prevedendo le gravi difficoltà di una seconda operazione io non volevo operare la paziente, ma pregato con molta insistenza mi sono deciso a levare il calcolo che fu lasciato nel rene dal chirurgo, che avendo troppa fiducia nel suo senso tattile, dimenticò che bisogna incidere il rene quando si ha il dubbio dell'esistenza di un calcolo. L'operazione fu molto laboriosa, non esisteva più il grasso perirenaie, ma un tessuto fibroso molto duro aderente al peritoneo: il rene era quasi del tutto nascosto, si vedeva soltanto il suo polo inferiore sotto il margine dell'undicesima costa, che ho dovuto resecare per lussare il rene e inciderlo nel suo margine convesso per estrarre il calcolo. Quattro giorni dopo l'operazione la paziente morì probabilmente di sepsis; non ho potuto praticare l'autopsia.

Dopo questo risultato si potrebbe chiedere, se io avessi avuta ragione di consigliare l'operazione nell'ottobre 1906 e se la seconda operazione fosse indicata. In ottobre 1906 era il solo mezzo che poteva guarire la paziente, la mia insistenza sulla sua indicazione era basata sull'osservazione di un caso simile, che io aveva con ottimo successo operato un anno prima. Se non si avesse perduto tanto

tempo in cure inutili e se la prima operazione fosse stata quella che doveva essere, cioè la nefrotomia, la guarigione era quasi certa.

La seconda operazione era indicata dalle gravi sofferenze della malata, io ho avuto però il grave torto di cedere alle preghiere della paziente e avrei dovuto insistere nel mio rifiuto di operare, lasciando al chirurgo che aveva lasciato il calcolo nel rene, la responsabilità della seconda operazione.

Un uomo cinquantenne soffriva da qualche tempo coliche renali a sinistra ed ematuria se camminava un po' a lungo, la radiografia ripetuta tre volte fu sempre negativa, il cateterismo degli ureteri dimostrò che il sangue veniva dal rene sinistro e che il destro era normale. Tutti i sintomi erano quelli della nefrolitiasi, ma il risultato negativo della radiografia mi faceva mettere in dubbio l'esistenza del calcolo, tanto più che abbastanza spesso avevo avuto occasione di osservare coliche ed ematuria, dopo i movimenti anche in altre malattie renali; rene mobile, rene policistico, tumore renale, nefrite ematurica unilaterale.

Praticai la nefrotomia esplorativa aprendo largamente il bacinetto e non vidi, nè toccai il calcolo. Non ho potuto fare il cateterismo retrogrado dell'uretere: questo fatto avrebbe dovuto farmi sospettare che fosse il calcolo e non una piegatura dell'uretere prodotta dalla lussazione del rene, che impedisse il passaggio del catetere. Le radiografie negative mi avevano talmente impressionato che non pensai all'esistenza del calcolo e credetti trattarsi di nefrite ematurica.

Tre giorni dopo l'operazione il paziente viene colpito da una pneumonite e dopo 10 giorni muore. All'autopsia si trovò un piccolo calcolo incuneato nell'estremità superiore dell'uretere, ed una pneumonite fibrinosa bilaterale.

Questo caso dimostra quanto bisogna talora andare in cerca del calcolo per poterlo ritrovare; prima d'incidere il rene l'ho palpato in tutte le direzioni, senza sentir nulla ed anche dopo l'incisione non l'ho veduto. È certo però che se non fossi stato suggestionato dal risultato della radiografia, avrei dato maggiore importanza all'ostacolo al passaggio del catetere e avrei trovato la pietra.

L'osservazione di questi due casi insegna che quando esistono i sintomi classici della nefrolitiasi, non bisogna fidarsi della prova radiografica e del senso tattile per escludere la presenza del calcolo, ma che bisogna incidere il rene e fare il cateterismo retrogrado dell'uretere fino alla vescica.

### Tumori renali.

L'ematuria molte volte è l'unico sintomo dei tumori renali: essa può essere tanto abbondante da produrre iscuria per raccolta di coaguli in vescica e provocare fenomeni di cistite, se i coaguli si de-

compongono. Quando si può evacuare la vescica dai coaguli, ciò che è quasi sempre possibile, è indispensabile praticare la cistoscopia per conoscere se l'ematuria è renale o vescicale. Per non aver seguito questa regola, un distinto chirurgo di una città vicina fece una cistotomia ad un paziente credendo trovare un tumore vescicale, mentre si trattava di un ipernefroma. In questo caso, a dire il vero, si poteva palpare il rene ingrandito e ciò avrebbe dovuto far pensare alla origine renale dell'ematuria. Vi sono però dei casi di carcinoma del rene e di papillomi del bacinetto, nei quali il rene non è molto aumentato di volume, nè doloroso alla pressione, il solo sintomo è l'ematuria più o meno abbondante. In questi casi, se l'ematuria persiste, bisogna prima praticare la cistoscopia e poi il cateterismo dell'uretere dell'altro rene, per sapere se questo esiste e come funziona, onde potere con sicurezza estirpare il rene ammalato. Sei anni or sono un illustre professore di clinica medica mi mandò un paziente che aveva un aspetto sanissimo, ma che da qualche mese soffriva di ematuria intermittente, non accompagnata da nessun altro sintomo. Il paziente non volle assolutamente sottoporsi ad un esame cistoscopico, mi permise soltanto la siringazione con un Nélaton. L'orina estratta era limpida, nel segmento centrifugato si vedevano molti eritrociti; dopo aver ben lavata e vuotata la vescica, praticai un leggero massaggio del rene destro e raccolsi l'orina che usciva dal catetere: il sedimento di questa orina conteneva rarissimi corpuscoli rossi, mentre quella ottenuta dopo il massaggio del rene sinistro ne conteneva moltissimi. Consigliai il cateterismo dell'uretere destro per potere al caso estirpare il rene sinistro, se la nefrotomia esplorativa di questo indicasse la nefrectomia. Il professore non fu di questo avviso, perchè temeva che la cistoscopia ed il cateterismo dell'uretere potessero essere causa di infezione. Un anno dopo il mio esame questo ammalato fu operato e si trovò un carcinoma del rene sinistro e delle glandole retro-renali: l'operazione fu incompleta, e probabilmente non sarebbe stato così se l'operazione fosse stata eseguita un anno prima.

In ogni caso di ematuria renale unilaterale di origine oscura e ribelle a tutte le cure mediche, si deve praticare il cateterismo dell'uretere del rene che sanguina e la nefrotomia esplorativa dell'altro per riconoscere la causa dell'emorragia.

In tale maniera si riuscirà quasi sempre a fare una giusta diagnosi ed applicare la cura più conveniente. La storia dell'ammalato, che in breve descriverò, è una prova degli errori che si possono commettere facendo altrimenti e non osservando diligentemente gli ammalati.

Un signore di circa cinquant'anni orinava sangue ad intervalli più o meno lunghi da parecchi mesi, senza aver nessun altro disturbo: il medico curante, dopo avere inutilmente messi in opera tutti i soliti

soccorsi terapeutici, m'invitò ad esaminare il paziente. Con il cistoscopio vidi il sangue uscire dal meato dell'uretere sinistro, la vescica era normale e normale pure la prostata: non si poteva palpare il rene e la radiografia diede un risultato negativo, Consigliai di praticare una nefrotomia esplorativa nel caso che l'ematuria dovesse continuare perchè avevo il dubbio che si potesse trattare di neoplasma del rene sinistro. L'ematuria continuò ancora per circa un anno, ma io non vidi più l'ammalato, perchè un professore urologo di una grande città, che fu consultato dopo di me, assicurò il medico curante che l'ematuria era di origine prostatica e di nessuna importanza.

Io fui chiamato di nuovo pochi giorni prima della morte dell'ammalato, quando non c'era più nulla da fare. Nel tempo trascorso, fra la mia prima e la seconda visita, tanto l'ammalato quanto i suoi parenti ed il medico curante non si diedero alcun pensiero per l'ematuria, che non cessò quasi mai, chiamarono soltanto uno specialista per la cura della sciatica, perchè applicasse il suo rimedio segreto per combattere un dolore all'arto inferiore sinistro, che si era sviluppato tre mesi prima della morte del paziente e che era dovuto alla propagazione del tumore renale alle vertebre lombari, come lo dimostrò più tardi la radioscopia.

Chi è senza peccato scagli la prima pietra, avrà detto qualcuno leggendo l'esordio del mio lavoro; ora come epilogo dirò che la prima pietra la ho scagliata su me stesso, quando mi accorsi di avere errato e se scagliai pietre su gli altri peccatori non fu già per volerne la morte, ma per dimostrare, specialmente ai giovani colleghi, quanto cauti dobbiamo essere nel definire i morbi degli organi urinari, la cui diagnosi molte volte è fallace come lo affermava il nostro MORGAGNI.

Fare un riassunto di questi miei ricordi è impossibile, dirò soltanto come conclusione che in quasi quarant'anni di pratica ho avuto occasione di osservare, che non soltanto nell'epoca in cui viveva MORGAGNI la diagnosi dei morbi degli organi urinari *non rarissime fallax erat*. I più valenti e grandi chirurghi possono ingannarsi, perché si fidano troppo del loro sapere e del loro colpo d'occhio diagnostico.

Ho narrato degli errori che sembrano incredibili e che io stesso non avrei creduto se, alcuni non fossero stati commessi da mestesso e se non avessi veduto commetterli da esperti e rinomati chirurghi.

Scopo del mio lavoro fu quello di dimostrare specialmente ai giovani colleghi quanto cauti dobbiamo essere nel definire i morbi degli organi urinari, la cui diagnosi molte volte è fallace come lo affermava l'immortale MORGAGNI.

Ce n'est pas possible de faire un résumé de ce que je viens d'exposer: je dirai seulement comme conclusions que dans presque quarante ans de pratique j'ai observé que ce n'était pas seulement au temps de MORGAGNI que le diagnostic des maladies des voies urinaires *non rarissime fallax erat*. Les plus grands chirurgiens peuvent se tromper parce-qu'ils ont trop de confiance dans leur savoir et dans leur coup d'oeil diagnostique.

J'ai exposé des erreurs que je n'aurais pas cru possibles s'ils n'avaient pas été commis par moi même et si je ne les avais pas vu commettre par des chirurgiens de grande renommée.

J'ai écrit ce travail pour démontrer aux jeunes collègues, comme on doit être attentifs dans le diagnostic des maladies des organes urinaires qui bien souvent est *fallax* comme l'affirmait l'immortel MORGAGNI.

It is not possible to resume what I have exposed, I will only say as a conclusion that during almost forty years of practice I have observed it was not only at MORGAGNI's time that the diagnosis of the urinary diseases *non rarissime fallax erat*. The greatest surgeon can make a mistake because they have too much confidence in their knowledge and in their diagnostic coup d'oeil.

I have exposed many mistakes I should never have believed possible if I had not committed them myself and seen them committed by surgeons of great renown. I have written that work to demonstrate to the young surgeons how careful one must be in the diagnosis of the urinary diseases that very often *fallax est* as it has been said by the immortal MORGAGNI.

Es ist unmöglich kurz zu wiederholen was ich erörtert habe, ich will nur als Schluss sagen, dass ich während meiner vierzigjährigen Praxis viel Gelegenheit gehabt habe zu beobachten wie nicht nur in MORGAGNI'S Zeit die Diagnose *non rarissime fallax erat*.

Die tüchtigsten Chirurgen können sich oft irren weil sie zu viel Vertrauen in ihrem Wissen haben.

Ich habe Fehler erzählt die mir unglaublich erscheinen könnten wenn ich sie nicht selbst gemacht hätte und wenn ich nicht wüsste dass sie auch berühmte Chirurgen begangen haben.

Ich habe in diesem Werke den jungen Kollegen zeigen wollen, dass man bei der Diagnose der urologischen Krankheiten stets sehr vorsichtig sein muss, denn, wie der unsterbliche MORGAGNI es auch behauptet sehr leicht Irrtümer vorkommen können.

Clinica Chirurgica dell'Università di Camerino.

Tumore misto (fibro-mio-adenocarcinoma) a sede parametrale

PER IL

Prof. GIOVANNI RAZZABONI

Direttore

Storia Clinica.

R. G., di anni 56 di Pievetorina, donna di casa. Entra in Clinica la sera del 10 febbraio 1913.

*Anamnesi.* — Nulla degno di nota a carico del gentilizio e dei collaterali. L'inferma, nata a termine e di parto fisiologico, ha avuto allattamento materno e non ricorda, all'infuori della presente, di aver mai sofferto di malattia alcuna. Mestruada a 16 anni le mestruazioni si sono sempre mantenute regolari per quantità e periodo di ritorno, senza mai aver recato alcun apprezzabile disturbo alla paziente.

All'età di circa 20 anni si è unita in matrimonio con un uomo sano e robusto e dall'unione sono nati nove figli, dei quali soltanto due sono viventi e in buona salute, essendo gli altri morti tutti in tenerissima età per malattie a decorso acuto, sulle quali però l'inferma non rammenta particolari esatti. I parti si sono svolti tutti regolarmente all'infuori del primo nel quale fu dovuto intervenire col forcipe: comunque i puerperi sembra abbiano avuto decorso normalissimo.

L'infermità presente rimonterebbe, a quanto racconta l'ammalata, al principio del luglio del 1912, epoca in cui la paziente cominciò ad avvertire una persistente stitichezza associata a notevole difficoltà nella defecazione. Questi disturbi si andarono, con una certa rapidità, accentuando, e tosto si associarono anche a difficoltà e disturbi della minzione, e a dolori, talora assai violenti, che originatisi al basso ventre, si irradiavano poi a tutto l'addome e talvolta al dorso e alle spalle. Ad onta del ripetersi sempre più frequente di questi fenomeni, l'inferma non ha mai notato perdite sanguigne, neppure lievi, dalla vagina, e dall'epoca della menopausa, rimontante a circa otto anni prima, non ha più constatato il più lieve accenno di flusso sanguigno.

Dal principio del gennaio 1913 i disturbi suaccennati si sono andati rapidamente intensificando, tanto da rendere oltremodo difficili e dolorose la defecazione e la minzione, specialmente quest'ultima per il ripetersi frequente di accessi di tenesmo vescicale. Dice di non aver mai avuto vomito, e di non essere quasi per nulla deperita nelle sue condizioni generali. Non avendo constatato alcun miglioramento dalle diverse cure proposte, si è decisa ad entrare in Clinica.

È stata sempre moderatissima mangiatrice e bevitrice, nè risulta abbia mai sofferto di malattie veneree o sifilitiche.