



*All' Illustre Prof. Luigi Galassi
Rettore della R. Università degli Studi di Roma
in attestato di ricorrenza e d'altissima
firma —
L'U*

DOTT. PIETRO NERI

NOTE TEORICO-CLINICHE

SULL' URETROTOMIA ESTERNA

ED URETRO-PERINEORAFIA (Processo Durante)

TESI DI LAUREA

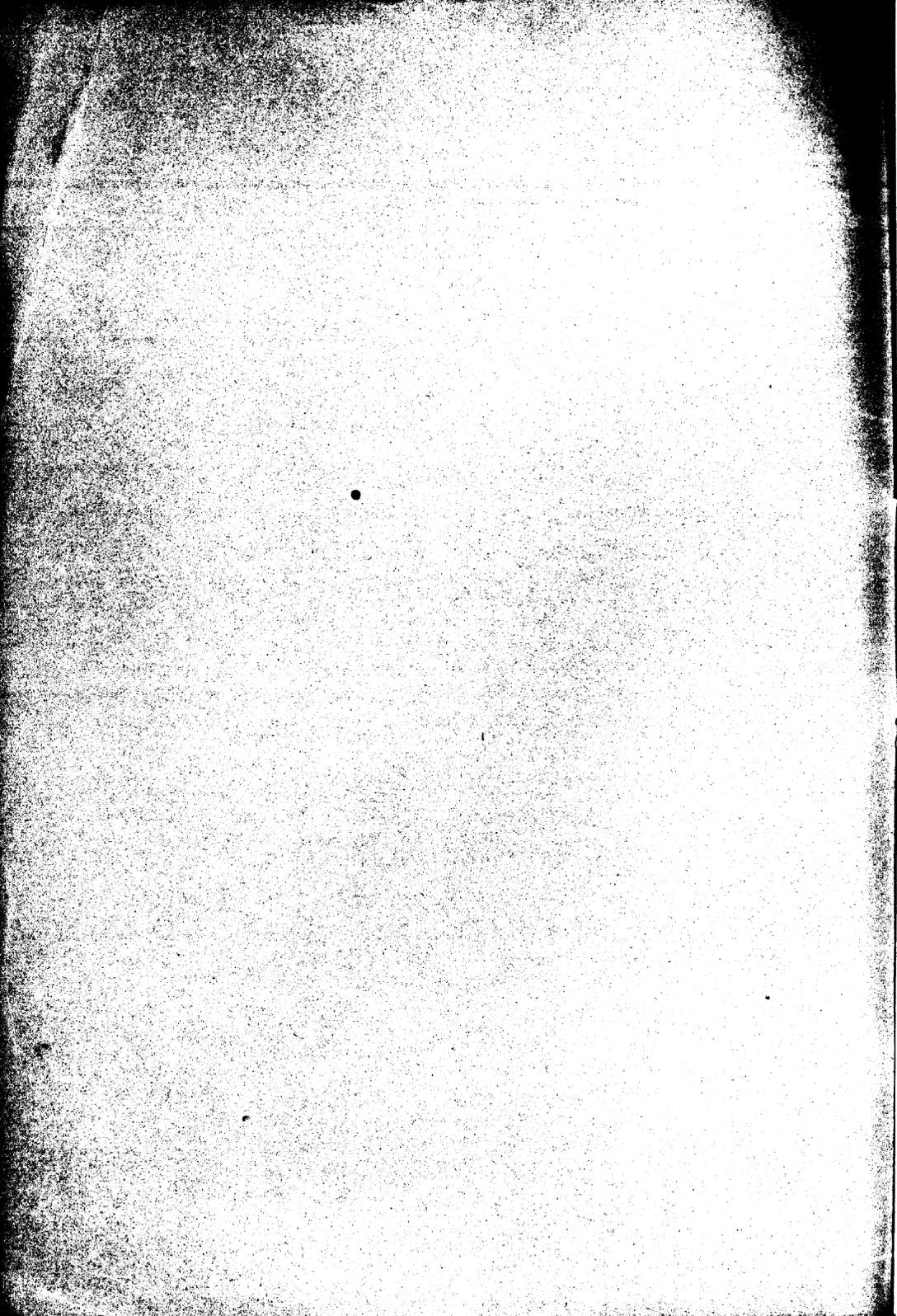
AUTORIZZATA PER LA STAMPA DALLA FACOLTÀ MEDICO-CHIRURGICA

DELLA R. UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA



ROMA
TIPOGRAFIA FRATELLI PALLOTTA
Via dell' Umiltà N. 85.

1887



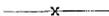
DOTT. PIETRO NERI



NOTE TEORICO-CLINICHE

SULL'URETROTOMIA ESTERNA

ED URETRO-PERINEORAFIA (Processo Durante)



TESI DI LAUREA

AUTORIZZATA PER LA STAMPA DALLA FACOLTÀ MEDICO-CHIRURGICA

DELLA R. UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA



ROMA

TIPOGRAFIA FRATELLI PALLOTTA

Via dell'Umiltà N. 85.

1887





R. UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI ROMA

N.º di $\left\{ \begin{array}{l} \text{Posizione 49 A} \\ \text{Protocollo} \\ \text{Parlenza 1095} \end{array} \right.$

OGGETTO
CONCORSO GIROLAMI

ROMA, addì 25 Marzo 1887.

Mi è grato significarle che in seguito alla deliberazione della Commissione incaricata di proporre alla Facoltà Medico-Chirurgica le dissertazioni di Laurea presentate al termine dell'anno scolastico 1885-86, per il conseguimento dei premi Girolami, quella della S. V. dal titolo: NOTE TEORICO-CLINICHE SULL' URETROTOMIA ESTERNA ED URETRO-PÉRINEORAFIA (processo Durante) » è stata dichiarata meritevole della stampa.

Nel congratularmi con la S. V. per la meritata distinzione, Le dichiaro la mia perfetta stima.

IL RETTORE

L. GALASSI

Illmo Signor
Dott. PIETRO NERI
ROMA.



Altamente onorato per la distinzione accordata alla mia tesi dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia della nostra Università, sono stato sino ad oggi titubante nel darla alle stampe; e di certo non lo avrei fatto, se qualche egregio Collega, che si degnò scorrere queste poche pagine, non me lo avesse consigliato, non fosse altro allo scopo di invitare i Colleghi a ripetere in ogni caso acconcio l'uretro-perineorafia raccomandata caldamente dal nostro illustre Maestro, il Prof. Durante.

Essendo già trascorso un anno dalla compilazione del lavoro, mi sarei trovato in grado di arricchirlo di parecchie altre storie cliniche, anche senza uscire dal nostro Istituto Chirurgico, ove, trovandomi oggi ad occupare la carica di Assistente, ho potuto apprendere ed apprezzare più da vicino gl'innumerevoli vantaggi che il descritto processo ha apportato all'arte chirurgica. A non accrescere però la mole del lavoro, e nell'intendimento di lasciarlo nella sua primitiva originalità, mi astengo dal riportare le nostre ulteriori osservazioni, (le quali ebbero costantemente il più brillante successo), molto più che le poche notate mi sem-

brano sufficienti a dimostrare la bontà del processo, e ad incoraggiare i Chirurghi a praticarlo in ogni caso.

Se i miei egregi Colleghi si degneranno approvare il modesto scopo, che mi ha indotto a pubblicare la mia tesi, profondamente onorato e riconoscente, lo avrò a carissimo premio.

Roma Giugno 1887.

NOTE TEORICO-CLINICHE

SULL' URETROTOMIA ESTERNA ED URETRO-PERINEORAFIA

(Processo DURANTE)

L'argomento che io introndo a trattare, da me prescelto come Tesi di Laurea, segna una bella pagina nel libro del progresso della Scienza, e dell'Arte Chirurgica nella nostra Italia, argomento che l'illustre Scuola Romana, ispirata sempre al concetto del vero e del bello, e alla pietà verso l'umanità sofferente, ha arricchito del più utile contributo.

Clinico di genio, operatore saggio e peritissimo nell'arte sua, l'illustre Prof. Durante, compreso dagli infiniti vantaggi apportati alla Chirurgia dalla medicatura asettica - che oggimai, a buon diritto, può ritenersi aver raggiunto la perfezione - tornando su antichi concetti, che a suo tempo esporremo, immaginò - e riuscì splendidamente - di suturare l'uretra e i tessuti perineali nell'Operazione della Bottoniera, praticata come cura radicale dei restringimenti organici insormontabili, o per estrazione di corpi estranei permanenti nell'uretra, o per altre infermità che richieggono un simile trattamento Chirurgico; e chiamò questo nuovo processo « Uretro-perineorafia ».

A quanto io sappia, questa elegante e fortunata aggiunta, che chiude a meraviglia lo studio sull'uretrotomia esterna, sino ad ora incompleto, non venne eseguita fin qui che in Roma, e in soli sei casi, che io sarò lieto riportare con tutte le particolarità concernenti l'atto operativo in generale, e la relativa cura consecutiva, la quale, come vedremo, ebbe sempre i più splendidi risultati.

E tanto più abbiamo il dovere di accettare come vero progresso dell'arte questo processo, e di tesoreggiarne in moltissime contingenze, quando si pensi che con questo si ovvia agli inconvenienti, tanto da tutti lamentati, che seguono per lo più all'operazione della bottoniera, cioè il tempo lunghissimo che si richiede per la completa cicatrizzazione del taglio, e la frequente formazione di una ostinatissima fistola urinosa uretro-perineale, per la cui guarigione si richiedono assai spesso mezzi difficili, penosi, di esito incerto.

Quattro fra questi casi clinici - e fui fortunato trovarmi presente all'esecuzione del processo - appartengono alla nostra Scuola, mentre gli altri due a questo Ospedale di S. Giacomo, e che io ho appreso da una mono-

grafia, riportata dalla Gazzetta Medica di Roma, (anno XII. fasc. I: 1886) redatta per cura del Prof. Paolo Postempki, che gentilmente me ne offrì l'estratto.

Una settima volta venne eseguita la stessa sutura uretro-perineale nella nostra Clinica, il 25 marzo 1886, in un giovane contadino affetto da grosso calcolo prostatico-uretrale, operato col taglio prerettale alla Nélaton combinato alla uretrotomia esterna, e di cui son dolente non poter riferire l'esito, giacchè l'infermo venne a mancare in 4^a giornata, per complicazioni affatto indipendenti dall'eseguita operazione.

Ma poichè sarebbe oggi per me opera di minor conto la nuda esposizione del processo corredata dai relativi casi Clinici (perchè, come ho detto, il Postempki mi avrebbe preceduto di qualche mese nel lavoro, quantunque io avessi già fin dal primo caso occorso nella nostra Clinica lo scorso anno, divisato di trattare per mia tesi di Laurea simile argomento), penso dare al lavoro un più ampio sviluppo, aggiungendo qualche considerazione sulla patogenesi dei restringimenti in genere, ed in ispecie degli insormontabili, giacchè quelli, in special modo, indicano l'operazione della Bottoniera, ossia l'uretrotomia esterna.

Fisserò quindi le indicazioni più comuni della operazione, secondo l'opinione dei Clinici più accreditati, e, senza passare in rassegna i tanti processi fin qui immaginati e modificati, darò un breve cenno storico sulla nostra operazione, per passar poi alla esposizione minuta della modificazione apportatavi dal Durante.

Fissato in questo modo il piano da seguire, dirò prima d'ogni altro, qualche cosa intorno ai restringimenti organici ribelli spesso a qualunque specie di cateterismo, non tenendo parola nè dei calcoli, nè di altri corpi estranei fissati nelle diverse porzioni del canale uretrale, nè dei neoplasmii, i quali, benchè raramente, possono svolgersi nella mucosa uretrale (mixomi, angiomi, fibromi), giacchè non sono che eccezionalmente causa di vere e proprie coartazioni insuperabili, come lo sono invece, (e il compianto Prof. Mazzoni diceva una volta ogni cento casi) le cicatrici procedenti da uretriti croniche, siano esse di origine flogistica semplice o blenorragica, emorragica o traumatica.

La patogenesi dei restringimenti uretrali offre cognizioni importantissime a chi voglia attribuire il giusto valore clinico alla molteplicità dei casi, che a noi si offrono assai di frequente sotto le forme più svariate. E prima d'ogni altro diremo che alcune volte a lesioni anatomiche insignificanti tien dietro una ritenzione urinaria quasi completa.

I. — Ed infatti, facendo una sezione sulla parete uretrale, in quel punto in cui la sonda avvertiva l'ostacolo, si ritrova, per la lunghezza varia fra 2-10 mm., un notevole restringimento del lume; mentre l'interna super-

ficie, nel punto stenotico, mostra normale l'epitelio della mucosa. Osservando di profilo la parete incisa, questa non si rinviene ispessita, ma è impossibile riscontrare la linea segnata dal tessuto sottomucoso, che separa gli strati dell'uretra dalla mucosa fino al corpo spongioso: la mucosa si fonde a quest'ultimo tanto validamente, da renderne impossibile il distacco. Da ciò la minorata estensibilità ed elasticità, in corrispondenza del punto affetto, che si fanno talvolta causa di relevantissimi disturbi funzionali, mentre, come si vede, l'alterazione ha più importanza fisiologica che anatomica. In questa forma si ha la tendenza alla retrazione, or lenta, or rapida, delle pareti uretrali, tanto che gli anatomo-patologi - e pel primo Gosselin - l'hanno chiamata *atrofica* o *fibroide*, osservando in essa il tessuto spongioso sostituito in gran parte da tessuto fibroide, e la mucosa intatta. Questo tessuto di sostituzione non è estensibile come il vecchio, e, benchè sottilissimo, non ha i caratteri del vero tessuto fibroso: onde ne risulta che anatomicamente è poco differente dal tessuto uretrale, ma diversissimo fisiologicamente, perchè ben poco estensibile e progressivamente retrattile (Mercier e Guerin).

II. — Un'altra forma di restringimenti, che spesso divengono impermeabili, è data esclusivamente dalla mucosa, senza che la sostanza spugnosa prenda la minima parte al processo (Ducamp, Lallemand ecc.). Si ha allora che, mentre il canale uretrale si è reso inestensibile, la mucosa nel luogo affetto è scabra, di colorito roseo-rutilante, ecchimotica, ispessita di alquanti millimetri al di sopra del normale, di consistenza fibrosa. Che se la flogosi assale l'uretra membranosa - invece della vascolosa - si riscontrano le identiche note sulla mucosa che tappezza questa sezione del canale, e gli effetti che ne conseguono, credo io, dovranno essere anche più gravi, quando si pensi che l'uretra membranosa stessa fisiologicamente è costituita da tessuto assolutamente fibroso, e quindi pochissimo elastico ed estensibile. È naturale che la mucosa della porzione del canale presa da simile processo, sostituita da tessuto ipertrofico e fibroso, debba raddoppiarsi eccentricamente a tal segno, da rendere difficilissima o impossibile l'introduzione delle più sottili minugie.

III. — Nei casi di uretostenosi procedenti da infiammazioni uretrali idiopatiche, prive di soluzioni di continuo, la flogosi, diffondendosi dalla mucosa al connettivo sottoposto, vi produce un essudato plastico, con successiva neoplasia, al quale tiene dietro una retrazione e corrugamento della porzione affetta: e in questo caso si avrà o tessuto fibroso denso, ipertrofico, o esile ed atrofico, per semplici prodotti d'origine flogistica, senza l'intervento di un ltvorio di riparazione. Che se in un alla flogosi s'accompagni un processo d'ulcerazione - come Morgagni e Leroy d'Etiolles ammettono nella blenoeragia - allora, insieme alla suddetta neoplasia, si avrà la organizzazione di un nuovo tessuto che rimpiazza quello già distrutto,

diguisachè, avendo insieme iperplasia e neoformazione riparatrice, ne risulterà un tessuto fibroso più compatto e più spesso delle due forme sopradescritte.

IV. — Ma quando il tessuto spongioso dell'uretra è infiammato, e si rompe durante l'erezione dell'asta, ovvero quando ad iniezioni caustiche conseguono emorragie, o quando infine il canale stesso viene lacerato da traumi, allora il tessuto fibroso che si produce, è quasi tutto di nuova formazione, ed origina cicatrici a tutto spessore dell'uretra, lussureggianti, inestensibili, consistenti.

Riassumendo si dirà che le cause semplicemente flogistiche, siano o no accompagnate da soluzione di continuità, produrranno nei diversi casi ora tessuto atrofico, ora ipertrofico: mentre le uretriti emorragiche o traumatiche saranno seguite da restringimenti fatti di tessuto cicatriziale denso, ribelli tanto agli strumenti esploratori che dilatatori.

Passati così brevemente in rassegna i tipi più comuni dei processi patologici che possono apportare restringimenti, (e l'ho creduto necessario per trattare l'argomento nel modo meno incompleto), e visto a quali cause più comunemente corrispondono le differenti forme morbose, noteremo che di certo la blenorragia è la causa più frequente delle infiammazioni croniche ulcerative dell'uretra, (il 90 % dei casi). Siffatte flogosi finiscono per dare quasi sempre cicatrici che interessano ora la mucosa, ora la mucosa e la sottomucosa insieme, ora queste e i corpi cavernosi, nel qual caso può aversi totale strozzamento dell'uretra, rilevabile anche dall'esterno per mezzo della palpazione. Ma una totale oblitterazione dell'uretra può riscontrarsi dietro lesioni meccaniche, o per rottura del canale (p. e. per cadute sul perineo), avvenuta in modo che i margini dei due capi prendano differente direzione, e ne risulti così una cicatrice deforme, se non si è riusciti in primo tempo ad introdurre una sonda, ed a ben ravvicinare i capi dei due monconi.

I restringimenti fibrosi da blenorragia, nel 90 % dei casi (Durante) risiedono nel punto ove l'uretra bulbosa si continua colla membranosa ¹⁾ e ciò a causa della speciale disposizione anatomica del canale, per la quale si ha ivi il ristagno delle marcie, e la consecutiva ulcerazione e cicatrice. I restringimenti organici esistono così di rado al di là della accennata porzione, che Amussat confessa non averne mai riscontrati. È anche da notarsi

1) R. Jamin (Thèse di Paris - étude sur l'urétrite chronique blennorrhagique - 1885) dimostra che nella porzione membranosa dell'uretra vi ha uno sfintere, che divide il canale in due porzioni distinte: *uretra anteriore* (porzione spongiosa), ed *uretra posteriore* (porzione prostatica e membranosa). Questo sfintere si opporrebbe alla diffusione del processo nella vescica: ma però, sotto l'azione di cure nocive, o di condizioni organiche generali, o morbose speciali, averrebbe non di rado questa diffusione. Tali cagioni faciliterebbero del pari il passaggio della blenorragia dallo stato acuto allo stato cronico.

che l'uretra posta innanzi al restringimento trovasi quasi sempre allo stato fisiologico: mentre quella sita posteriormente è più o meno sfiancata - e talvolta allargata enormemente - secondo il grado al quale è giunto l'ostacolo, e gli sforzi più o meno violenti che l'ammalato deve fare per emettere le urine. Del resto restringimenti possono trovarsi in qualunque porzione dell'uretra; possono esser multipli, e possono presentare le forme più svariate, dalla lineare (diaframmatici e valvolari) alla anulare, alla diffusa, alla irregolare: le tre ultime forme sono quelle che più di frequente danno insuperabili coartazioni del canale.

Ci riserbiamo di parlare dei sintomi Clinici nelle singole Osservazioni.

Non terremo parola dei restringimenti spasmodici intermittenti, ¹⁾ nè di tutte le altre forme, che, senza essere di origine flogistica, o cicatriziali, possono apportare una ritenzione più o meno rimarchevole; giacchè, a non varcare i limiti dell'argomento, ci sono sembrate sufficienti le poche cose dette intorno ai restringimenti organici, e specialmente degli insormontabili.

È infatti lo studio di siffatte forme che ci servirà di guida alla diagnosi clinica, e alla indicazione terapeutica: sono quelli i tessuti che ritroveremo e che dovremo attaccare nel primo tempo dell'operazione che ci proponiamo di descrivere, dopo averne fissate le indicazioni precise, e premesso qualche nota storica in proposito.

Ma prima d'ogni altro faremo osservare che vi sono Chirurghi che asseriscono non esistere restringimenti affatto insuperabili, e che, colla pazienza e colla destrezza, si riesce sempre ad un cateterismo efficace, giacchè, dicono, fino a tanto che si ha un getto di urina filiforme, o a gocce, il lume uretrale offre tale apertura, da lasciarsi penetrare da un istrumento adatto. Ma l'esperienza dei più illustri Maestri dimostra il contrario (ed io stesso più volte ne sono stato spettatore): di più gli stessi studi anatomo-patologici c' insegnano che il lume uretrale può gradatamente ridursi a segno da rendere impossibile l'introduzione della più sottile minugia, al che non di rado si aggiunge una condizione irritativa - spesso provocata dallo stesso cateterismo - capace di produrre iperemia tanto ostruente, che, qualora duri lungamente, può porre in serio pericolo la vita dell'infermo, se non si ricorra d'urgenza al taglio perineale, o alla puntura classica della vescica. Ma nello stesso modo che esistono restringimenti insuperabili dalle più esili minugie, essi sono sempre permeabili dall'urina, benchè nel modo più penosamente stentato, il che dimostra che la permeabilità alle urine si verifica

1) È necessario non dimenticare che anche queste specie di restringimenti si riscontrano per lo più nel punto di unione della porzione spugnosa colla membranosa. Non si è ancora detta l'ultima parola su tali coartazioni transitorie, cioè se dipendano da un disturbo nervoso riflesso o centrale.

in qualunque grado di uretrogenosi, mancando solo dopo la formazione della fistola uretro-perineale consecutiva a restringimenti infiammatori; e dietro restringimenti traumatici - o cicatriziali - quando vi fu perdita di sostanza della mucosa e formazione di tessuto inodulare ¹⁾.

Dimostrata l'esistenza di veri e propri restringimenti insormontabili, quale ne sarà l'indicazione terapeutica? Senza dubbio la uretrotomia esterna, quando siano riusciti inefficaci tutti gli altri mezzi di dilatazione che parte possiede in vastissima scala. Così, se fecero cattiva prova le candelette coniche di Desault e quelle spirali di Leroy d'Etiolles; se tornarono vane le iniezioni forzate ²⁾, la cauterizzazione, la introduzione contemporanea di parecchie minugie, il riposo di alquanti giorni, l'anestesia locale e generale, il contatto permanente della sonda contro il restringimento (dilatazione vitale di Dupuytren), la cura antiflogistica insistente ed energica, e tanti altri mezzi all'uopo adatti. Non bisogna però dimenticare che esistono ostacoli permeabili da una minugia elastica, ma che però, avendo perduto assolutamente la proprietà di dilatarsi, non lasciano passare, dietro la minugia, il conduttore d'un divulsore, sia esso quello di Holt, o quello di Voillemier o di Perréve, né i più comuni di Sédillot, di Bezzi, di Voillemier ³⁾. Contro tali ostacoli

1) Fra i diversi autori consultati in proposito, trovo solo un caso di atresia completa, come postumo di blenorragia (senza fistola perineale), osservato da Tilliux in un malato al quale Dupuytren aveva praticato molto tempo innanzi un'apertura dal perineo. Infatti è una rarissima eccezione (e contrariamente agli assiomi di patologia generale) il riscontrare una occlusione completa in canali fisiologicamente tappezzati da membrana mucosa (Palasciano). Ma di certo non mancano dei casi in cui i restringimenti sono molteplici, e disposti in senso tortuoso, da divenire insuperabili, e perciò incapaci di subire la più leggera dilatazione.

2) (Coze) una colonna di liquido che graviti sul restringimento.

3) Resa possibile l'introduzione di uno qualunque di questi istrumenti, il Prof. Durante preferisce sempre la divulsione alla uretrotomia interna, perchè, oltre a dare effetto immediato, è meno dannosa, non devia l'uretra, nè produce serie e talvolta fatali emorragie, come non raro si è avvertito per l'uretrotomia interna, quando si è inciso p. e. un angioma uretrale, credendo avere a fare con un restringimento cicatriziale. E ciò ci dimostra una volta di più, quale alto interesse abbia una diagnosi precisa di natura e di sede, e la esatta scelta del metodo curativo.

Il Prof. Mazzoni, nell'ultimo resoconto di Clinica Chirurgica (1884), dice di avere eseguito nella sua pratica privata, a tutto l'anno 1867, circa 190 uretrotomie interne alla Maisonneuve e alla Civile. Che dopo quest'epoca praticò poche uretrotomie interne alla Bezzi, e raramente l'uretrotomia esterna come operazione d'urgenza; mentre eseguì circa 300 divulsioni alla Holt coll'istrumento di Voillemier; e tante volte sentì ripetere da quell'illustre Clinico, fautore di questo ultimo processo: « Ho trovato questa operazione da preferirsi alla « uretrotomia interna, perchè molto semplice, e molto sollecita, specialmente per gli individui che vivono col lavoro. »

la divulsione e la uretrotomia interna sono controindicati, nè possono adoperarsi altri mezzi all'infuori dell'uretrotomia esterna (Loreta). Del pari si praticherà questa operazione nelle fistole inveterate, per le quali, non solo il restringimento, ma l'uretra stessa si coarta per modo da rendersi inaccessibile a qualsiasi cateterismo. E si praticherà eziandio quando la cicatrice consecutiva all'apertura dell'ascesso urinoso, quando le granulazioni che tappezzano i seni fistolosi, e gli essudati cronici, sono concause per cui il restringimento diventa inaccessibile, e l'uretra facilmente si sposti dalla sua direzione normale, onde la difficoltà minzione, i dolori vescicali e renali, e una morte straziante.

Non è raro il caso che la dilatazione graduale suscita alla più piccola prova di sondaggio gravi febbri uretrali, onde si sia costretti, in qualche caso a ricorrere alla nostra operazione, per non porre in serio pericolo la vita dell'infermo, causa i fenomeni gravissimi apportati da una ritenzione soverchiamente protratta.

Nélaton dice che questa operazione si dovrebbe eseguire più spesso di quello che non si faccia oggidì, malgrado che, a bene eseguirla, si richieda molto tempo, e tutte le qualità del vero Chirurgo: che del resto è di gran lunga preferibile all'uretrotomia interna nei casi complicati di restringimento: e lo stesso Civiale, sebbene poco fautore dell'uretrotomia esterna e molto della interna, ne ha dato le seguenti indicazioni:

a) quando esiste una oblitterazione più o meno completa del canale, con fistole e induramento del perineo.

b) quando, in caso di restringimento con ritenzione di urina, non vi sarebbe altro rimedio che pungere la vescica, o fare il cateterismo forzato; 1)

c) quando esistono false strade, fistole, o calcoli dietro una coartazione assai rimarchevole.

1) La *puntura classica della vescica* (sia essa sopra o sotto-pubica, o perineale o retale) praticata con apposito trequarti, si adopra quando si hanno tutti i fenomeni acuti di ritenzione urinaria; quando in caso di somma urgenza non fu possibile mandare a termine una bottoniera.

La *puntura capillare della vescica* è utilissima allorquando, sperando ancora di poter penetrare in vescica con un manderino del divulsore, per risparmiare, colla divulsione, l'uretrotomia esterna, - si pratica mediante un trequarti inglese capillare, oppure cogli aghi N. 1 e 2 dell'aspiratore di Dieulofoy, sulla regione soprapubica, (preferita dal Durante - ad 1-2 cent. al di sopra del pube nel tragitto della linea alba addominale) ogni qual volta la vescica si mostri ripiena di urina: la puntura riesce sempre innocua. Ne avemmo in Clinica, non a guari, uno splendido risultato in un infermo, al quale, praticata per ben quattro volte la puntura soprapubica, fu possibile, dopo 24 ore circa, introdurre il manderino e il conduttore metallico del divulsore di Perrève.

La *dilatazione violenta e forzata* è oggi un mezzo riprovevole, quantunque ai tempi del Civiale godesse moltissimo favore. Mayor sostiene che debbansi adoperare istrumenti

E lo stesso Nélaton soggiunge non doversi controindicare questa operazione (come vorrebbe Voillemier) quando è ancora possibile superare l'ostacolo con una minugia, sia pure di mezzo millimetro di diametro ¹⁾; e in questo proposito raccomanda di tener gran conto dello stato delle parti vicine al restringimento. Dice infine che praticando siffatta operazione unita alla escissione dei tessuti induriti, e allo sbrigliamento dei seni fistolosi, si cura non solo il restringimento, ma anche tutte le possibili complicazioni.

Anche il Syme vorrebbe che la bottoniera si praticasse per circostanze diverse come cura dei restringimenti fibrosi uretrali, cioè tanto per quelli che si possono ancora attraversare con una benchè sottilissima minugia, che per quelli insormontabili da ogni specie di cateterismo, onde ne risulterebbero due diversi processi, cioè, *incisione fatta sopra una guida* ²⁾, ed *incisione fatta senza guida* ³⁾.

tanto più voluminosi, quanto più stretto e più duro è il restringimento. Egli ha fatto costruire N. 6 cateteri con estremo conico, il più grande del diametro di 9 mm. Tali strumenti respingono indietro il restringimento tutto intero, e, se non lacerano l'uretra circolarmente, si fanno una falsa strada a lato del restringimento. E dato pure che se ne abbia qualche volta efficace effetto, questo non è che palliativo e di brevissima durata nei restringimenti elastici e diaframmatici. Né la stessa *cauterizzazione* (alla potassa caustica) dei gravi restringimenti può sostituirsi in tutti i casi all'operazione della bottoniera. Infatti al Prof. Mazzoni solo tre volte questo metodo dette felice risultato, giacchè troppe sono le condizioni che si esigono per praticarla, cioè che i malati non siano tormentati da dolori, da febbre, da tenesmo o da ritenzione di urina, e che infine il caso non reclami una cura d'urgenza!...

1) Il Prof. Mazzoni credo non dividesse sul riguardo l'opinione del Nélaton, preferendo sempre, quando fosse possibile l'introduzione di un manderino, la divisione alla Voillemier all'uretrotomia esterna, riservando quest'ultima ai soli casi di estrema urgenza, e quindi praticandola sempre senza l'aiuto del conduttore.

Per quanto si è detto nella nota che si riferisce alla puntura capillare della vescica, non è a porsi in dubbio come anche il Prof. Durante ritenga il taglio perineale indispensabile solo nei casi in cui ogni altro mezzo di dilatazione sia riuscito inefficace; e pratica siffatta operazione *sulla guida* solo quando venga indicata nei casi di presenza di corpi estranei incuneati nel lume dell'uretra: (come già facevano gli antichi per l'estrazione di calcoli fissi nella porzione bulbosa): nei restringimenti organici poi, quando sia possibile l'ingresso d'un manderino, eseguisce senza meno la divisione.

2) Syme di Edimburgo, nel 1844, rimette in onore la nostra operazione, caduta da parecchi anni quasi in dimenticanza, e ne è tanto invaghito, che costruisce un apposito conduttore, che porta il suo nome, affine di eseguire la sezione dell'uretra *sopra una guida*, nei casi in cui è ancora possibile il passaggio delle minugie attraverso restringimenti dotati di sì rapida retrazione, da rendere nulli gli effetti delle candelette, ed in quelli che furono ribelli a tutti i mezzi consigliati per superarli o per dilatarli, ed in questi casi mira allo scopo non tanto di combattere, quanto di prevenire i fenomeni di ritenzione.

3) Una esposizione esatta e completa di questo secondo processo ce la offre il Sédillot fem. sull'uretrot. Osserv. IV. - « Ristringimento della porzione membranosa dell'uretra

Incoraggiati dai sorprendenti risultati di quella operazione, quando venga seguita dall'uretro-perineorafia col processo del Prof. Durante, anche noi, col nostro debole consiglio, non ci peritiamo di raccomandarla vivamente; e lo facciamo tanto più di buon grado, inquantochè le osservazioni cliniche in proposito che faranno seguito a questo piccolo studio, mostreranno chiaramente come ormai una tale operazione, oltre all'estetica, offra pochissimo pericolo, breve degenza dell'infermo, pochi fastidi e cure consecutive al Chirurgo, ed una pronta e stabile guarigione.

Dovendo ora dire qualche cosa intorno alla storia della nostra operazione, e non trovandone sul riguardo gran dovizia negli scrittori di cose chirurgiche, e specialmente nei Francesi, che contrastano con noi la gloria di aver per i primi immaginato il processo, e fissate le indicazioni, riporterò in breve quanto ne scrisse sul proposito l'illustre Palasciano nelle sue « *memorie ed osservazioni di Chirurgia pratica* » e qualche altro imparziale scrittore; dopodichè esporrò dettagliatamente il processo immaginato dal Prof. Durante per suturare sì l'uretra che i tessuti perineali interessati nell'incisione, processo che chiude, colla più brillante ed utile pagine, il capitolo che riguarda il taglio uretrale esterno.

Secondo scrive il Civiale nella sua opera « *sull' uretrotomia* » il primo tentativo di aprire l'uretra dalla parte del perineo sarebbe dovuto al Rhazes: lo stesso Avicenna ne avrebbe pure scritto in proposito, come di pratica comune a' suoi tempi, nei casi di ritenzione per incuneamento di calcoli, od altri corpi estranei risidenti in vescica o nel lume uretrale ¹⁾.

Dopodichè il Civiale, volendo assolutamente attribuire alla Francia tale scoperta, asserisce che la storia dell'uretrotomia incomincia da Thévenin e da Colot; come prima dello stesso Civiale, aveva scritto il Bertrandi nel suo « *trattato delle operazioni di Chirurgia* » (Tom. II. Torino 1802, pag. 92).

Ma il Barbarisi (1855), parlando della cura delle inveterate fistole urinarie, secondo il metodo Italiano, rivendica all'Italia il privilegio di siffatta scoperta, dimostrando con autentici documenti, che già Marco Aurelio Severino ²⁾, descrivendo il processo dell'uretrotomia, attribuiva a Girolamo Cardano e a Durante Scacchi l'onore di tale scoperta.

« esistente da 15 mesi, refrattaria alla dilatazione; cistite e nefrite; ritenzione di urina; puntura sopra-pubica della vescica; accidenti gravi, morte imminente: operazione dell'uretrotomia perineale, guarigione rapida, completa. »

1) « Et quando urinae fit difficultas, et retinetur causa lapidis vesicae, et non est semita ad scindendum propter aliquid quod prohibet, aut propter timorem, tunc de hominibus est aliquis, qui ingeniatur; et in eo, quod est inter anum et testiculos scissuram efficit parvam, et ponit in ea cannulam, ut egrediatur » (Avicenna Lib. III).

2) « Indita ductum in urinarium syringe, dumque haec impellitur, adverso notatoque

Ma di certo il Bertrandi non conobbe l'opera di M. A. Severino; ond'è che il Civiale non è poi del tutto colpevole se ha accettato di grato animo da un Italiano la seducente notizia che la nostra operazione nascesse per opera de'suoi connazionali. Del resto, per documentare tale asserzione, e porre così in rilievo l'errore cronologico del Bertrandi e del Civiale - che troppo volentieri si ispirò al di lui libro - basta far notare che M. A. Severino è anteriore al Thèvenin, le cui opere furono stampate la prima volta a Parigi nel 1658, cioè dopo la morte dello stesso Severino. - Anche l'opera del Colot ¹⁾ fu pubblicata la prima volta in Parigi l'anno 1727. È chiaro dunque che, dopo lo scritto del Barbarisi, non potrà più mai revocarsi in dubbio che il privilegio della prima esposizione del processo della uretrotomia esterna debba attribuirsi a due Italiani, al Cardano, e allo Scacchi.

Rettificate così le note storiche, si osserva come da oltre due secoli esistono due metodi di uretrotomia, la *bottoniera* od *occhiello arabe* (metodo già esposto col testo di Avicenna), e l'*uretrotomia italiana*. Il primo ha per solo scopo di vuotare la vescica: il secondo di ristabilire il corso delle urine per le vie naturali, mediante la distruzione dell'ostacolo ad esse frapposto: metodi diversissimi fra loro sì per il processo, che per lo scopo.

Ma il Palasciano asserisce che illustri Chirurghi hanno ritenuto come inesequibile, e quindi mai eseguita, l'operazione dell'occhiello arabo, forse per le loro limitatissime cognizioni anatomico-patologiche, ignorando perciò la presenza costante di una dilatazione uretrale più o meno rimarchevole esistente dietro il restringimento divenuto insormontabile, dilatazione che precede, per lo più, la formazione di seni uretro-perineali, e che i passati Chirurghi ritenevano come stato transitorio esclusivamente causato dalla paralisi della vescica, e causa della frequente rottura della stessa; meno il Cruvellhier, che vorrebbe negarne la probabilità ²⁾, mentre il Lieutaud, (obs: 1279), ne riporterebbe un caso incontestabile: e lo stesso Phillips ³⁾ dimostrerebbe persino la sede più frequente della rottura di quest'organo, cioè presso la inserzione degli ureteri.

« loco ubi repellitur, respondent, infra locum consecandum alte sic, ut in conspectu veniat
« caruncula, tum quo vitium existit, adurenda demoliendaque caro est inutilis, radicitus sic,
« ut repullulandi tollitur omnis suspicio. Ab his curata rite ustura coeterum aut circa acco-
« modatis medicamentis conflata candela, aut specillum ex plumbo cum aliqua hydrargyrii
« portione compositum, ad exactum usque coalitum ulceris in canali perpetuo detineatur »
(Marco Aurelio Severino - Medicina efficace - Cap. 83 « de caruncula in fistula vesicae »).

1) « Traité de l'opération de la taille, avec des observations sur la formation de la pierre, et la suppression d'urine. »

2) Honel - Anat. pat. - (Napoli 1858. pag. 290).

3) Enciclopedia di Todd.

Dimostrata l'esistenza quasi costante di una dilatazione uretrale dietro il restringimento, non diremo più col Desault, Chopart, Dechamps, Sabatier e Velveau che l'operazione araba è d'impossibile esecuzione; giacchè infine non consiste che nell'incidere un tumore, la cui palpazione fa spesso avvertire una specie di fluttuazione ¹⁾. Nè sembrami all'uopo oziosa la mia asserzione per assodare la relativa facilità di tal processo, la cui applicazione in certe circostanze, può recare straordinari vantaggi. Infatti, nell'eseguire l'operazione dell'uretrotomia esterna *senza la guida* può avvenire che si smarrisca la direzione dell'uretra, malgrado tutte le precauzioni prese, incidente assai spiacevole, ed al quale assistei tre anni or sono nella nostra Clinica, operatore l'illustre Prof. Mazzoni. In simili contingenze, incidendo il tumore situato dietro del restringimento, si è riusciti a far penetrare da dietro in avanti le sonda, superando l'ostacolo, e passando così in un sol tempo dal-Pocchiello arabo alla uretrotomia italiana, ottenendo con questo mezzo tutti i vantaggi che offre quest'ultima.

Non enumererò i tanti processi immaginati dai Chirurghi per eseguire l'uretrotomia esterna, che consiste nel taglio del restringimento fatto da fuori indentro. Essa, come si disse, può ridursi a due soli metodi, al taglio perineale eseguito *con o senza* l'aiuto del conduttore.

Se colle mire del Syme, come esponemmo in una precedente annotazione, si volesse incidere l'uretra sopra una guida, potremo servirci del suo conduttore, tagliando su questo la pelle esattamente sulla linea mediana a livello del restringimento, con una incisione lunga 4-5 cent. e proseguendo la sezione delle parti molli profondamente, finchè l'indice sinistro dell'operatore avverta nel fondo della ferita la scanalatura che trovasi sulla convessità della curva che costituisce l'estremità vescicale del catetere.

Che se la soverchia angustia del lume dell'uretra non permettesse l'introduzione del conduttore metallico di Syme, e fosse d'uopo contentarsi d'una semplice candeletta filiforme molle, allora si guiderà sino al principio del restringimento un catetere, sul quale si farà la puntura dell'uretra, e poi, con piccoli uncini, si divaricheranno i due labbri della incisione, e, a colpi di bistori, dati con lentezza, si inciderà tutta la porzione ristretta, senza perdere di vista la candeletta. - Sezionata l'uretra, dal meato urinario s'introduce in vescica una sonda per mantenervela a permanenza: si finirà infine colla sutura nel modo che fra poco descriveremo.

1) Ekström portò un catetere sino al restringimento, praticò nel perineo una incisione di un pollice e mezzo parallelamente al rafe, e quando il becco dell'istrumento comparve nella ferita, invitò l'infermo a sforzarsi ad urinare: allora l'uretra si gonfiò dietro il restringimento, ove fu aperta con un'incisione che cominciava dal becco del catetere, e si prolungava indietro per alcune linee. (Civiale - Urétrotomie pag. 9).

L'uretrotomia esterna *senza conduttore* è una operazione difficilissima, e richiede sangue freddo e speciale esperienza. - Questa operazione ha subito diverse modificazioni, delle quali io non terrò qui parola, limitandomi ad esporre fra poco il processo adoperato nella nostra Scuola.

Sino ad oggi - cioè prima che il Prof. Durante perfezionasse il metodo colla sua utilissima aggiunta - le conseguenze e i risultati del taglio perineale furono stigmatizzati assai diversamente dai diversi Clinici che l'eseguirono. - In generale oggi si ritiene che l'operazione sia poco grave, quando le lavande frequenti della ferita facciano godere dei vantaggi del metodo antisettico, il quale scongiura, per lo più, il pericolo dell'infezione purulenta ¹⁾. Grégory, escludendo i casi di morte per lesioni avanzate dei reni e della vescica, ci presenta una statistica del 3,03 per 100 di mortalità. - Scorrendo i resoconti di 10 anni di Clinica del Prof. Mazzoni, non vi riscontro che soli 5 casi, nei quali Egli eseguì l'operazione della bottoniera: i risultati furono tutti brillanti per l'esito finale, ma quasi in tutti però si ebbe a combattere, in secondo tempo, l'ostinatissima fistola uretro-perineale - inconveniente lamentato da tutti gli operatori - che arreca tanta molestia al paziente, richiede tanta pazienza da parte del Chirurgo, fa protrarre talvolta di mesi e mesi la completa guarigione, e costringe non di rado a ricorrere ad ulteriori manualità operatorie. In questa operazione del resto, quando sia eseguita a dovere, non si hanno a lamentare accidenti immediati, se si toglie quello piuttosto frequente dell'emorragia secondaria, che avviene 24-48 ore dopo il taglio, ma che si vince assai facilmente o col ghiaccio, o con una punta del termo-cauterio di Paquelin, o con una compressione praticata medicamente.

Certamente non esitiamo a credere come prima dell'uso degli antisettici questa operazione dovesse esser grave e spesso fatale, mentre oggi si spera assai di abbassare anche la cifra data dallo stesso Gregory, poichè, colla medicatura antisettica, vedemmo grado a grado diminuire l'infezione purulenta, l'eresipela, la gangrena: ed oggi, con somma nostra compiacenza, in grazia del nuovo processo del Durante, basato appunto sulla più rigorosa asepsis, siamo stati spettatori di risultati splendidissimi, di riunioni per prima intenzione riuscite a meraviglia in pochissimi giorni ²⁾.

1) . . . pericolo al quale si ovvia oggi con incontestabile riuscita, se, giusta le norme del Durante, si riunirà la ferita per 1.^a intenzione, invece di lasciarla granulare più o meno allo scoperto, come si era fatto sino ad ora.

2) Ecco come la nostra operazione può essere cronologicamente divisa in 3 periodi distintissimi, subendo successivamente il benefico influsso del progresso veramente ammirabile dell'arte nostra.

Il *processo del Durante*, l'uretro-perineorafia, se non è nuovissimo nel concetto, lo è di certo nella esecuzione. Molta parte della letteratura italiana e straniera da me consultata sull'argomento dell'uretrotomia esterna, non mi ha fatto rinvenire che, *hinc et inde*, dei tentativi - del resto più teorici che attuabili - di cucitura dell'uretra, e che, a quanto sembra, restarono sempre un pio desiderio per quei pochissimi, che, solo così di passaggio, ne tennero parola. Da quanto rilevo dalla memoria, già citata, del Postempski, il concetto del Durante si baserebbe su quello proposto da I. L. Petit ¹⁾, il quale, dopo aver descritto per intero il processo della uretrotomia esterna, insiste di dovere introdurre un catetere nell'uretra, e riunire la ferita mediante punti di sutura, aggiungendo poi che, qualora il coalito venisse a mancare, si ricorresse, come ultimo espediente, all'uretro-plastica.

Ma il grande Chirurgo sembra non lasciasse scritto in qual modo si dovesse eseguire la sutura, il che ci fa pensare la sua essere stata una veduta esclusivamente teoretica, o che, posta in effetto, abbia sempre dato degli insuccessi, il che è più probabile, quando si pensi che a'suoi tempi non si possedeva l'antiseptis, nè il modo di operare asetticamente, condizione *sine qua non* per ottenere un esito completo dell'operazione.

Ma, prescindendo dall'uretrorafia praticata nei casi di uretrotomia esterna, non troviamo uno scrittore solo che trattando un simile argomento (Malgaigne ed altri) in proposito delle fistole urinarie, siano esse uretro-perineali, od uretro-peniene, non se ne mostri scoraggiatissimo, quasi ch'è fosse destino che sull'uretra non si dovesse mai lavorare di ago! E valga il vero, se ci facciamo a scorrere i lavori tanto interessanti de' nostri più illustri contemporanei, non troveremo in uno solo di questi neppure sommariamente accennato il modo di cucire l'uretra, allo scopo di riparare a qualsiasi malattia fra le tante cui essa suole andar soggetta ²⁾.

Ora - e mi par tempo - eccomi a descrivere dettagliatamente il processo:

Si situa l'infermo nella stessa posizione della cistotomia perineale, colle gambe flesse sulle cosce, e le cosce sul bacino e largamente divaricate; il bacino in modo da oltrepassare il margine del tavolo, per bene dominare la regione. Si rade ben bene il perineo, e si disinfetta accuratamente colla

1) Bernard et Huette - Med. oper. - pag. 399.

2) Mi è caro rammentare di volo due casi di uretrorafia con riunione per prima, eseguiti nell'Ospedale della Consolazione dal Chiarissimo Prof. Filippo Scalzi, il quale me ne favorì gentilmente le storie cliniche. Il primo riguarda la uretrorafia eseguita in un giovanotto per ferita incisa circolare estesa circa 5 cm. situata sul dorso dell'asta in corrispondenza del solco balano-prepuziale con recisione dei corpi cavernosi, non restando intatta che piccola porzione della parte inferiore dell'uretra. Praticata la riunione al catgut con punti profondi e superficiali, il ferito usciva dall'Ospedale al 15° giorno completamente guarito. — L'altro caso riguarda l'uretrorafia per seno urinoso uretro-peniene, come residuo

soluzione di sublimato corrosivo (1 per 1000). La stessa disinfezione si pratica, per quanto è possibile, entro il lume uretrale. (I ferri occorrenti all'operazione verranno, insieme alla medicatura, sterilizzati nell'apposita stufa a 120°-140° C; e tanto l'operatore che gli assistenti, giusta le comuni norme, disinfetteranno accuratamente le loro mani). L'infermo verrà clorofornizzato, ovvero si praticheranno (V. Osserv. VI) le iniezioni di soluzione di cloridrato di cocaina (5 %), per ottenere una completa anestesia locale.

Si introduce un catetere di calibro medio, scanalato alla sua estremità vescicale, sino a livello del restringimento, e si pratica sul rafé mediano una incisione di 5-6 cent. cominciando dalla radice dello scroto, e terminando al margine dello sfintere anale, che comprenda lo spessore della pelle; poi, lentamente, si incidono i tessuti del piano perineale sino all'uretra, avendo cura di guidare la punta del bisturi coll'indice della mano sinistra. Avvertita col tatto la punta del catetere, questa si farà alquanto sporgere in avanti, e su la stessa si pungerà ed inciderà la parte inferiore della porzione anteriore del canale. Poi, giusta il consiglio del Prof. Mazzoni, si passano due fili, uno bianco, l'altro rosso attraverso la parete dell'uretra, formando così due anse, che si affidano ad un assistente, ed hanno il triplice vantaggio di far conservare all'operatore una buona direzione per giungere allo stringimento, di tener sollevata l'uretra in alto ed in avanti, e d'impedire la deviazione dell'asse uretrale ¹⁾. E questo è il primo tempo della operazione ²⁾, che si eseguirà sotto un getto continuo di soluzione antisettica.

di ferita incisa estesa parecchi centimetri nella regione inferiore dell'asta in corrispondenza della radice, con gangrena dei margini. Previa cruentazione e sutura al catgut, superficiale e profonda, non si ebbe in primo tempo che parziale coalito dei margini così riuniti: dopo 20 giorni si ripeté l'operazione, e questa volta riuscì completamente, tanto che l'infermo circa tre mesi dopo dal suo ingresso all'Ospedale, poté uscirne del tutto guarito.

Avrei volentieri annoverato questi due casi fra le osservazioni cliniche, se la sutura dell'uretra fosse stata praticata nella sua porzione perineale: li ho creduti del resto così degni di nota, per quanto riguarda l'uretrorafia in generale, che con piacere ho voluto accennarli.

1) A tal uopo, così si esprimeva l'illustre nostro Maestro: « . . . ogni altro punto di « ritrovo non ha valore pratico; e d'altronde non riesce all'operatore di mantenersi sempre « nella buona direzione; specialmente se vi fu infiammazione dell'uretra e della pelle sovra- « stante. Ho veduto mancata l'operazione da tre celebrità Chirurgiche del nostro secolo, « dal Baroni, dal Civiale, dal Nélaton » (e noi aggiungeremo dallo stesso Mazzoni). « Quan- « do questo insuccesso si verificasse, converrebbe allora imitare il Syme, il quale consiglia « di aprire l'uretra molto più in basso, cioè a livello del bordo anteriore - posteriore della « prostata ».

2) Horteloup (e lo stesso Nélaton accetta assai volentieri la modificazione) propone di fare due incisioni curve, che partendo dal rafé mediano nella radice dello scroto, si riuniscono al margine anteriore dello sfintere anale, e circoscrivono così una porzione della

L'emorragia capillare, per lo più insignificante, si frena facilmente con un semplice getto di acqua fredda, o con una modica compressione: coi tamponi si detergono i tessuti interessati nella sezione. In un secondo tempo, - che è il più delicato e difficile - si passa alla ricerca del capo posteriore del canale; ed a tal uopo, con un piccolo specillo metallico bottonato, senza esercitare violenza, si ricerca se nel fondo della ferita vi sia un punto sporgente, o una papilla, un pertugio, un induramento, o una valvola che costituiscano il tessuto di coartazione. Questa ricerca è lunga e minuziosa, talvolta facilissima, tal'altra assolutamente vana. Se si riesce a rinvenire il pertugio, vi si introduce con cautela lo specillo, e, traversatolo, s'incide d'avanti indietro il tessuto morboso, curando di seguire con esattezza e di scoprire, coi successivi tagli, il piccolo strumento. Operando così, con un ultimo taglio si giunge in un punto, dal quale sgorga con forza un getto d'urina, la qual cosa indica l'aver raggiunto la porzione posteriore dell'uretra: e così la parte più difficile dell'operazione sarebbe compiuta.

Si hanno però dei casi in cui lo specillo non riesce a rinvenire l'orificio anteriore della coartazione. Allora il processo può modificarsi in vari modi, a seconda delle condizioni anatomiche del restringimento; cosicchè v'ha chi consiglia il *caterismo forzato immediato*, chi l'*incisione* e l'*escissione del tessuto morboso* per l'estensione e la profondità di qualche millimetro, chi l'*incisione del canale al di là del restringimento*, e quindi superare l'ostacolo in una direzione retrograda, come già notammo. Di queste tre modificazioni diremo: *a)* che potrà in qualche caso giovare la compressione *prudente* praticata per mezzo della specillazione, quando si è in presenza di restringimenti cortissimi, membranosi o valvolari, tenendo conto della già nota dilatazione uretrale ad essi retrostante: *b)* che l'incisione del tessuto morboso (incerta e pericolosa - combattuta vivamente da Voillemier), può in qualche caso servire di guida, quando si smarrisca la direzione del canale, e ogni mezzo per rinvenirla sia riuscito inefficace: *c)* che nell'incisione dell'uretra al di là del restringimento (Syme, Coulson, Leroy d'Etiolles) il conduttore non deve mai ritirarsi, perchè serve per punto di ritrovo allo specillo, che per l'orificio posteriore è condotto da dietro innanzi.

Come già notammo, non è infrequente il caso in cui ad un restringimento uretrale impermeabile si complichino una o più fistole urinarie, i cui

pelle: da queste due incisioni partono, da fuori in dentro, due sezioni profonde, che si riuniscono quasi a livello del canale uretrale. Così viene asportata una parte di perineo, avente la forma di uno specchio di arancio, onde viene assai facilitata la ricerca dell'uretra attraverso un tessuto per lo più indurito e lardaceo. Scoperta l'estremità posteriore del canale, e rese così permeabili le due porzioni dell'uretra, escide le masse più o meno resistenti che fra esse si trovano, ottenendo così una ferita, che conduce al canale dell'uretra con pareti unite e non anfrattuose.

tramiti attraversino il perineo. In simili contingenze potremo talvolta servirci di questi seni per procedere alla ricerca del capo posteriore dell'uretra, o, quando ciò non sia necessario, interessarli possibilmente nella sezione perineale, e comprenderli nella sutura, per ottenere così la guarigione radicale in primo tempo.

Superato l'ostacolo con qualunque dei mezzi accennati, dalla ferita perineale si intrometterà in vescica prima uno specillo bottonato, e quindi una siringa elastica, che giudicheremo essere penetrata in vescica quando da essa sgorgherà un getto di urina. Si introduce poi dal meato urinario una lunga minugia di osso di balena, la quale, giunta alla ferita, si piega verso il capo posteriore dell'uretra, da dove si dirige in vescica sulla guida della sonda, che ivi già introducemmo, e che ora estraiamo. Quindi si fa scorrere sulla minugia una sonda di Maisoneuve o di Patamia, e, lasciata a permanenza in vescica, si ritira la candeletta di balena.

A questo punto non resta che eseguire il terzo tempo dell'operazione, la sutura dell'uretra e del perineo. A tal uopo si torna a disinfettare il taglio, l'uretra e la vescica, e, accertati di una scrupolosa emostasi, modellando sulla siringa la nuova uretra, si eseguisce il primo piano di sutura, mediante un sottilissimo ago ricurvo, infilato con seta sterilizzata o con filo di catgut N. 0, e montato in un porta-aghi. Si praticheranno così l'uno dopo l'altro tanti punti intercisi, sino a suturare in tutta la sua lunghezza il taglio uretrale, in modo che nell'estensione di circa un centimetro se ne contengano almeno tre, a ciò aiutandosi con una pinzetta da dissezione, che si terrà colla mano sinistra, mentre la destra impugna il porta-aghi. Si osserverà che la mucosa, quando vi sia, ed allo stato fisiologico, non venga interessata dall'ago, il quale si farà passare fra essa e la sottomucosa, a che la mucosa stessa non faccia ernia attraverso la linea di sutura, ed impedisca non solo la riunione per prima intenzione, ma favorisca la formazione della fistola urinosa uretro-perineale.

Eseguito colla massima precisione questo primo piano di sutura, si passa al secondo, che dovrà interessare a tutto spessore i tessuti del perineo sino all'uretra. I punti si faranno con un ago più grosso, e con filo di seta sterilizzata o di catgut N. 2; saranno pure intercisi, e distanti l'uno dall'altro di circa un centimetro. Quindi, nello spazio fra un punto profondo e l'altro, si intercaleranno uno o due punti cutanei superficiali, adoperando un ago sottile, e fili di seta N. 1: o meglio la cute verrà riunita mediante sutura a soprappiglio con catgut N. 0, osservando di non interessare al di là di 1-2 mm. i margini cutanei della linea d'incisione.

Si ripete la lavanda esterna ed interna alla solita soluzione di sublimato, e si applica una medicatura di garza e cotone idrofilo precedentemente sterilizzati; si cuopre tutto con beaudruche, e con adatto bendaggio di garza semplice e inamidata si eseguisce l'8 in cifra del perineo.

Il Prof. Mazzoni raccomandava vivamente di somministrare subito - specialmente in questa Città - un grammo di solfato di chinina inglese, con 5 centigr. di oppio puro tebaico, a tutti quei malati che avessero sopportato qualsiasi traumatismo endouretrale; e ciò allo scopo di prevenire e scongiurare la febbre uretrale.

E qui tralascio di esporre in qual modo debba comportarsi il Chirurgo nella cura consecutiva della nostra operazione - che del resto è assai semplice - giacchè le indicazioni più salienti potranno riscontrarsi nei diari relativi alle singole storie cliniche, colle quali chiuderò il mio lavoro.

OSSERVAZIONE I.

Traversa Silvano d'anni 37 di Terracina, calzolaio. Tre anni or sono contrasse una blenorragia che curò mediante iniezioni di soluzione di nitrato d'argento nei primi giorni della contratta infezione. Tuttavia il processo passò allo stato cronico, che l'infermo non curò in nessun modo. Dopo qualche mese avvertì che il getto delle urine andava man mano assottigliandosi, in modo che ormai da un anno la minzione è talmente difficoltata da procurare all'infermo enormi sofferenze. Presentemente l'urinazione non si fa che a gocce. Il 18 Febbraio 1885 fa ricorso alla nostra Clinica, ove riesce infruttuoso ogni tentativo per introdurre nell'uretra le più sottili minugie di budello e di osso di balena.

L'esame obbiettivo generale fa rilevare che l'infermo è di nutrizione scaduta; ha scarso pannicolo adiposo e muscoli esili e flaccidi: normali però gli organi toracici e addominali. Presenta un'anchilosi vera angolare nell'articolazione del ginocchio sinistro consecutiva a sinovite acuta suppurativa sofferta all'età di 7 anni.

Portando l'ispezione sugli organi genitali esterni nulla si riscontra di anormale all'infuori di una discreta stenosi in corrispondenza dell'orificio esterno del meato urinario. Scorrendo col dito lungo il rafe mediano, cominciando in corrispondenza del bulbo, e venendo verso la parte libera dell'asta, si percepisce l'uretra in forma di cordone, alquanto più resistente del normale, ma priva di nodi di maggior consistenza. Una tale manovra fa uscire dal meato urinario un liquido muco-purulento piuttosto tenue di color bianco-giallastro.

Introducendo una sonda olivare N. 9, si giunge piuttosto facilmente sin quasi all'uretra bulbosa: al di là è impossibile penetrare; e lo stesso avviene variando il calibro e la qualità delle sonde, sino all'ultimo numero delle minugie di budello e d'osso di balena. Invitando l'infermo ad urinare,

nesso, dietro violenti sforzi muscolari, non riesce ad emettere che scarsissima quantità di urina, a gocce, e lentissimamente. Esplorando la prostata per la via del retto, nulla si osserva di anormale. L'esame del malato, come si vede, non ci mostra che l'impermeabilità, la consistenza, e il principio della sede del restringimento, del resto se ne ignora la forma, la direzione, la diffusione.

Si fa diagnosi di restringimento cicatriziale insormontabile, in corrispondenza della porzione bulbare dell'uretra.

Per circostanze estranee alla malattia dell'infermo, l'operazione fu protratta sino al 3 Marzo, nel qual giorno si dovè operare di urgenza, stante la completa ritenzione urinaria, per ovviare al pericolo imminente di intossicazione uremica o ammoniémica consecutiva alla decomposizione e al riassorbimento delle urine. Infatti l'infermo il giorno precedente all'operazione veniva assalito nelle ore pomeridiane da forte brivido con rimarchevole elevazione di temperatura ($39^{\circ} 5$ C) che dopo qualche ora cominciò ad abbassarsi insieme ad un profuso sudore.

Si eseguisce l'uretrotomia esterna senza guida, e la sutura uretro-perineale col processo del Durante - Medicatura asettica -.

Diario. 3 Marzo 1855: si eseguisce l'operazione, e si lascia a permanenza una sonda di gomma elastica. Nell'incisione perineale viene adattato un sottile drenaggio. Temp. Matt. $37^{\circ} 2$: Sera $38^{\circ} 4$.

» 5 idem. Si toglie la medicatura. L'incisione perineale procede ottimamente verso la cicatrizzazione. Temp. M. $37^{\circ} 2$: S. $37^{\circ} 4$.

(Nota che da oggi in poi le temperature tanto della mattina che della sera non oltrepassano mai i $37^{\circ} 5$ C, tranne qualche accesso di febbre uretrale che noteremo).

» 8 idem. Si cambia la prima siringa, perchè si è otturata e ricoperta di incrostazioni. Per introdurre la nuova occorrono ripetuti tentativi, il che disturba alquanto il processo di cicatrizzazione.

» 13 idem. Si cambia la siringa per la seconda volta, perchè incrostata ed otturata. Si praticano lavande vescicali.

» 20 idem. Si cambia di nuovo la siringa, e le lavande vescicali si proseguono quotidianamente.

» 22 idem. Medicatura di polizia. L'incisione perineale procede bene: ma si ha la riunione per seconda.

» 28 idem. Otturatasi la siringa introdotta il giorno precedente, si evacua la vescica con una sonda di Phillips, e si torna ad applicare una nuova siringa a permanenza.

» 2 Aprile idem.

» 6 idem. Insegue una leggera febbre uretrale. Si rinnova la siringa e si somministra gr. 1 Chinina in 4 carte.

» 7 idem. Si cominciano a passare tutti i giorni le sonde Beniqué.

- » 8 idem. Si introduce di nuovo la siringa a permanenza N. 10.
- » 6 idem. Si inizia una cura con ioduro di potassio.
- » 12 idem. Si comincia a toccare la ferita perineale con nitrato d'argento nelle medicature mattutine.

Sino al Maggio nulla di notevole.

» 2 Maggio idem. Insorto un nuovo accesso piuttosto grave di febbre uretrale, consecutivo alla introduzione delle sonde Beniqué, si somministra g. 1.50 di Chinina in 8 carte,

» 6 idem. Si constata che l'uretra è notevolmente deviata. Questa deviazione impedisce il facile passaggio delle comuni sonde di gomma. Si eseguisce perciò una modica dilatazione coll'istrumento di Holt modificato; quindi si pone a permanenza una siringa di gomma.

» 7 idem. Si passa una siringa conica dilatatrice.

» 8 idem.

» 15 idem. È inutile ogni sforzo che si fa per penetrare colle sonde Beniqué.

» 14 Si passa una siringa conica dilatatrice, ed una Mercier. È stato impossibile il passaggio d'una Beniqué. Verso mezzodi l'infermo viene assalito da forte brivido: la temp: ascende a 40° C. La febbre cade con profuso sudore. Si somministra gr. 1 di solfato di Chinina, con 5 Cgr. di oppio tebaico in 4 carte. Si noti che l'infermo accusa fortissimi dolori articolari.

» 15 idem. Apiressia e cessazione di ogni dolore articolare.

» 17 idem. Si eseguisce il sondaggio con sonde dilatatrici, ed è facile l'introduzione del N. 8 filiera Beniqué.

» 20 idem. Si passano con facilità i numeri 9 e 15 Beniqué.

Il 22 Maggio l'infermo abbandonò la Clinica perfettamente guarito. La cura si protrasse più a lungo degli altri casi che seguiranno, perchè, come si fece notare, la sostituzione alla prima sonda disturbò notevolmente il processo di cicatrizzazione, avendo fatto molti tentativi inutili prima di poterla introdurre.

L'infermo si presentò ancora per qualche tempo al dispensario, ove si poterono introdurre colla massima facilità i più grandi numeri della filiera Beniqué.

OSSERVAZIONE II.

Giorgio Roda di anni 40, di Roma, vetturino; assicura di aver sofferto da ragazzo di febbri malariche che durarono parecchi mesi, e di adenite suppurativa nelle glandole cervicali. — Dietro blenorragie ripetute, che durarono parecchi mesi, a 19 anni cominciò ad avvertire disturbi nella urina-

zione, la quale si faceva con una certa difficoltà. I disturbi andarono man mano aumentando; finchè, in 6 anni, tanto si accrebbe la difficoltà nella minzione, che il getto delle urine si fece quasi filiforme, e talvolta a gocce, malgrado i più violenti sforzi dei muscoli addominali. Non potendo più sopportare tali sofferenze, fece ricorso alla nostra Clinica il 13 Novembre 1885.

All'esame obbiettivo degli organi genitali esterni, si riscontra una stenosi notevole del meato urinario esterno. Nella regione perineale, lungo il rafe, a circa 2 cent. dall'orificio anale, si osserva una specie di tumore piriforme della grandezza di una noce avellana, che fa apparire convesso il piano perineale. La pelle che lo ricuopre è normalmente pigmentata. Nell'orificio anale nessun tubercolo emorroidario.

Il tumoretto è duro e si continua coll'uretra, la quale tanto al di sopra che al di sotto di esso è indurita, ed offre la sensazione di un cordone fibroso. Questo piccolo tumore che superiormente ha limiti netti, nella parte più interna si perde verso l'uretra, ed inferiormente, senza limiti, si spinge al di sotto dell'arcata pubica. Coll'esplorazione digitale del retto si sente che la prostata è leggermente ingrossata.

Introducendo nell'uretra una minugia olivare di osso di balena N. 1, si penetra, senza difficoltà, sino alla regione del bulbo - appunto in corrispondenza al tumoretto descritto - oltre il qual punto è impossibile corriedere, malgrado ripetuti tentativi. Imprimendo alla minugia dei movimenti di va e vieni, si prova una sensazione come se la piccola oliva strisciasse entro un corpo fibroso; e identico risultato (previa cloroformizzazione dell'infermo) dà l'esplorazione con una sottile sonda metallica. - L'esame chimico ed istologico delle urine mostra tracce di albumina: reazione neutra: qualche cellula epiteliale in via di disfacimento, corpuscoli di muco-pus.

Vien fatta diagnosi di periuretrite fibrosa e di restringimenti cicatriziali insuperabili nella porzione bulbo-membranosa.

Le enormi sofferenze, e lo stato generale dell'infermo reclamano d'urgenza un adatto trattamento curativo; cosicchè il 21 Novembre si eseguisce l'uretrotomia esterna introducendo un conduttore scanalato sino al principio del restringimento. La più accurata osservazione delle parti incise rilevò la esattezza della diagnosi, ma si ebbe molto a temere dell'esito, perchè nel punto stenotico per circa 3 cent. di estensione il canale uretrale era sostituito da tessuto cicatriziale fibroso, e perciò il 1° piano della sutura dovè interressare questo tessuto, e comprendervi anche l'involuppo aponevrotico dei corpi cavernosi, modellando così sulla sonda una nuova uretra.

Diario. 23 Novembre 1885. La presenza della siringa suscita leggera cistite catarrale, onde si praticano frequenti lavande vescicali prima con acqua tiepida e leggermente acidula, quindi con una soluzione acquosa di resorcina (3 % ogni 6 ore).

» 28 idem. La mattina si rinnova la prima medicatura: la sera si ha una leggera emorragia dall'uretra e dalla lesione di continuo. Si fa una leggera compressione sul perineo, e si cambia la siringa.

» 2 Dicembre idem. Si rinnova la medicatura, e si cambia la siringa. Tutto procede regolarmente.

» 5 idem. Si tolgono i punti di sutura. Resta nel mezzo della incisione una piccola soluzione di continuo, dalla quale fuoresce qualche goccia di urina: se ne fa per tre volte la cauterizzazione al nitrato d'argento.

» 15 idem. La cicatrizzazione è completa. Si toglie la siringa tenuta a permanenza sino a questo giorno (la quale non fu cambiata che all'8° giorno dall'operazione, e, in seguito, di 4 in 4 giorni): si comincia a vuotare la vescica di 6 in 6 ore, e il passaggio ogni due giorni delle sonde elastiche olivari N. 10.

Il decorso fu apirettico; solo nel 6°, 7°, 8° giorno dall'operazione si ebbero nella sera temperature sopra i 38° C; e nel 10° e 11° giorno temperature mattutine inferiori alla normale (36° 5).

Il 21 Dicembre l'infermo veniva congedato perfettamente guarito. Il Roda continuò a venire all'ambulatorio della Clinica due volte alla settimana per sottoporsi al passaggio delle sonde Beniquè, di cui si introducevano, senza difficoltà, numeri progressivamente crescenti.

OSSERVAZIONE III.

Cesare Morlupi d'anni 50, di Fabriano, cameriere, contrasse a 22 anni una blenorragia che passò allo stato cronico. Il processo si riacutizzava ad ogni contatto sessuale. - Due anni dipoi - ed aveva già provato qualche disturbo nell'urinazione - dopo aver fatto una lunga cavalcata provò la prima volta l'impossibilità assoluta di urinare. Gli vennero prescritte da un medico le iniezioni con soluzione di nitrato d'argento e semicupi freddi, la quale cura non apportò grave giovamento, nè permanente relativo benessere: anzi, dopo qualche tempo, i fenomeni di ritenzione si accentuarono maggiormente, finchè fu costretto sottoporsi alla dilatazione graduale dell'uretra col passaggio delle sonde. Siffatta cura durò circa due anni; e fu dovuta abbandonare a causa delle frequenti febbri uretrali che insorgevano consecutivamente al cateterismo. Così un altro Medico lo sottopose alla cauterizzazione del restringimento, la quale, a detta dell'infermo, non apportò un apprezzabile vantaggio. Fu allora che un Chirurgo l'operò di uretrotomia interna, la quale venne eseguita da 20 anni fa.

D'allora in poi il corso delle urine divenne più facile, aiutando tale funzione col sondaggio quotidiano: ma circa 3 anni or sono, abbandonata

tale pratica, si riprodusse la difficoltà nel mingere, e tale disturbo si accennò a segno, da non potere emettere le urine che a gocce e con forti spasimi.

In questo tempo un Chirurgo da lui consultato non riuscì a passare che una minugia di osso di balena del diametro di $\frac{1}{3}$ mm. - Deciso di sottoporsi ad una cura radicale, ricorse alla nostra Clinica il 17 Novembre 1885.

Portando l'ispezione sugli organi genitali esterni si nota anzitutto, per fatto congenito, l'aderenza del prepuzio al glande nella sua porzione superiore. - Tentato il cateterismo uretrale con una sonda esploratrice di Bell di medio calibro, questa si arresta in corrispondenza della porzione membranosa, per un ostacolo insormontabile anche con una minugia di osso di balena di minimo diametro.

Scorrendo col dito lungo il rafe mediano del perineo, nulla si riscontra di anormale a carico dell'uretra. Coll'esplorazione digitale del retto si osserva che la prostata è aumentata di volume specialmente in corrispondenza del suo lobo destro.

L'emissione delle urine si compie a gocce.

La vescica urinaria è dilatata, ed allorché l'infermo urina più stentatamente del consueto giunge a due dita trasverse sotto l'ombellico: del resto non avviene mai che si trovi completamente vuota.

L'esame chimico ed istologico delle urine ci dà reazione neutra; tracce di albumina, cellule epiteliali in via di disfacimento, corpuscoli di muco-pus, nessun cristallo salino, nè sali amorfi.

Nei giorni che precedettero all'operazione vennero più volte fatti tentativi per superare l'ostacolo, ma sempre inutilmente. Il 19 Novembre si riuscì a passare una piccola minugia. Il 20 non si riuscì altrimenti a far passare la stessa minugia, e neppure il giorno successivo, che anzi si ebbe, verso il mezzogiorno, un forte accesso di febbre preceduto da brivido assai prolungato. Alle ore 6 pom. dello stesso giorno la febbre si manteneva ancora a 38° C, mentre l'infermo veniva preso da copiosissimo sudore.

Il 22 completa apiressia, ma la vescica è enormemente tesa dall'urina, e riesce inutile qualunque tentativo di sondaggio.

Si fa diagnosi di restringimenti cicatriziali nella porzione membranosa dell'uretra, e il 23 Novembre, dopo aver tentata di nuovo l'introduzione di un manderino, che non riuscì, (causa per la quale non si poté praticare la divulsione), si eseguì, sotto la narcosi cloroformica, l'operazione dell'uretrotomia italiana seguita da uretro-perincorafia con tutte le cautele ascritte, come per i due casi precedenti.

Diario. 28 Novembre 1885: Si toglie la 1^a medicatura. Il coalito dei margini suturati della praticata incisione esterna è quasi completo. Si cambia la siringa, perchè la prima si trova assai avariata.

» 1 Dicembre. Si rinnova la medicatura, togliendo i punti di sutura. Un solo punto di sutura cutanea ha suppurato, e geme una piccolissima

quantità di pus. Del rimanente la riunione è completa. Si torna a cambiare la siringa.

Nei successivi giorni 3-4-8 Dicembre si rinnova la medicatura.

» 15 idem. Si toglie la siringa mantenuta sino a questo giorno a permanenza, e si vuota la vescica di 6 in 6 ore.

Dal giorno dell'operazione la temperatura non offrì nulla di notevole.

Dal 15 in poi si passarono quotidianamente le sonde olivari n° 12; e il 21 l'infermo completamente guarito, veniva congedato, raccomandandogli di farsi passare nell'uretra due volte alla settimana, una sonda Beniqué n° 12.

N. B. - A non interrompere l'ordine cronologico mantenuto nell'esposizione di queste Osservazioni Cliniche, trascriverò subito le due osservazioni - già pubblicate dal Postempski nella Gazzetta Medica di Roma - ann. XII. fasc. I. - che annunciai in principio del lavoro, e che appartengono entrambe all'Ospedale di S. Giacomo.

OSSERVAZIONE IV.

Milanesi Luigi di anni 28 da Roma fu accolto all'Ospedale di S. Giacomo al servizio del Prof. Villetti, perchè affetto da restringimenti fibrosi nell'uretra membranosa e da accesso urinoso alla natica destra verso la tuberosità ischiatica.

Fu eseguita dal Sostituto del Prof. Villetti, Dott. Gaetano Mazzoni l'uretrotomia esterna con la susseguente sutura dell'uretra e del perineo il 1.° Dicembre 1885.

La ferita cicatrizzò in 20 giorni, dopodichè si cominciò a praticare il sondaggio, nei giorni alterni, con sonda n° 9. La minzione è normalissima.

Questo caso è interessante non solo per la sutura uretrale, ma anche per l'accesso urinoso, che venne aperto il più lontano possibile dalla bottoniera, e drenato, dopo avere eseguito l'uretrotomia nella stessa seduta, per tema di infettare la superficie della ferita.

OSSERVAZIONE V.

Arnaldi Agostino di anni 65 da Perugia viene ricevuto all'Ospedale di S. Giacomo, e posto nel quartiere del Prof. Savignoni, il 28 Novembre 1885.

Il Dott. Braggio Giacomo, Sostituto del Savignoni fa diagnosi di restringimento traumatico dell'uretra bulbo-membranosa, e di accesso urinoso al lato destro del perineo.

Difatti la difficoltà insormontabile nel passaggio dell'urina datava dal giorno in cui l'Arnaldi riportò nel perineo un calcio di cavallo.

Si fa l'uretrotomia esterna, e la sutura a due piani: incisione, raschiamento e drenaggio dell'ascesso.

L'uretrotomia fu eseguita il 16 Dicembre; e il 29 si tolsero i punti, perchè la ferita era cicatrizzata. Per qualche tempo ancora si mantenne la sonda in permanenza, che si cambiò di 8 in 8 giorni senza la menoma difficoltà.

OSSERVAZIONE VI.

Giovanni Fiorito, di anni 37 di Roma, cameriere, contrasse a 14 anni la prima blenorragia, che guarì dopo 3 mesi. A 17 anni ebbe la sifilide, che, con 18 mesi di cura conveniente e assidua, si poté credere essere completamente guarita. A 23 anni contrasse una seconda blenorragia, che si manifestò con sintomi assai più intensi della prima. L'infermo trascurò sul principio tal malattia, contentandosi di curarsi con qualche oncia di bitartrato di potassa, e qualche infuso di gramigna. Un mese di poi, sgomentato dall'aggravarsi dei sintomi, dietro consiglio di un profano, ricorse a certe iniezioni uretrali che, a detta dell'infermo, sembra consistessero in una soluzione di solfato di rame, e gli riuscivano dolorosissime. Lo scolo passò allo stato cronico, e dopo quattro anni dalla contratta infezione si manifestarono i primi disturbi nell'urinazione. — Una sera l'infermo, dopo avere assai abusato di vino e di birra, stimolato ad urinare, non vi riuscì menomamente, malgrado tutti gli sforzi possibili. Da quel giorno il getto delle urine si fece filiforme, stentato e con discreto dolore. Trascorsi così 7 anni, un Chirurgo lo sottopose alla dilatazione graduale delle candelette che gli riuscì vantaggiosa, poichè, dopo un mese, l'infermo poté urinare abbastanza bene.

In seguito passò egli stesso di quando in quando candelette di medio calibro; ma dieci mesi or sono, mal soffrendo la molestia e il dolore, e le frequenti febbri che gli procurava simile manovra, si decise ad abbandonarla. D'allora in poi il getto delle urine si fece sempre più sottile e stentato, a segno da non potere urinare che a gocce. Non potendo più a lungo sopportare tante sofferenze, malgrado la sua singolare eccitabilità, fu costretto a chiedere soccorso nella nostra Clinica, ove fu accettato il 14 Marzo 1886.

L'infermo è di costituzione scheletrica regolare: ha i muscoli ben sviluppati, ed è sufficientemente nutrito. Gli organi toracici e addominali sani, all'infuori della milza che sorpassa di 5 dita trasverse il margine costale.

L'esame delle ossa e di alcuni gangli linfatici ci fanno rilevare le tracce d'una pregressa sifilide costituzionale.

L'ispezione degli organi genitali esterni è negativa: però con una modica compressione lungo il tragitto del canale uretrale, si vede gemere dal meato urinario esterno un liquido muco-purulento. Palpando la regione perineale anteriore si avverte un induramento profondo in corrispondenza del bulbo dell'uretra, che si diffonde anche nella porzione membranosa. Tentando d'introdurre una sonda N. o nell'uretra, questa vi penetra liberamente sino al bulbo, ove si comincia ad avvertire un ostacolo costituito da una superficie scabra e dura. Nondimeno spingendo innanzi con accuratezza la sottile sonda, si penetra ancora per circa un centimetro; ma ulteriori manovre, ci fanno avvertiti che, nel punto ove l'istrumento si arresta, esistono tessuti fibrosi insormontabili.

Invitando l'infermo ad urinare, esso non lo fa che a getto filiforme o a gocce, provando uno spasimo atrocissimo.

A prevenire la possibilità di un infiltramento urinoso, o di una forma qualunque di prostatite sia catarrale, ipertrofica, o suppurativa, ovvero di una iscuria paradossa in seguito a indebolimento della muscolare della vescica, onde degenerazione e paralisi consecutive alla grande dilatazione della stessa, è nostro compito decidere subito sull'indicazione terapeutica sopra una forma morbosa, che ci offre oggi sintomi gravissimi.

Nel nostro infermo il più leggero tentativo di sondaggio suscita fortissime febbri uretrali.

Nei due giorni che precedettero l'operazione non fu possibile introdurre neppure le minugie di $\frac{1}{2}$ mm. di diametro, e si ebbero febbri altissime.

Fatta diagnosi di restringimenti cicatriziali multipli insormontabili nella porzione bulbo-membranosa dell'uretra, e attesa la straordinaria irritabilità dell'infermo al più piccolo tentativo di sondaggio (che ormai riesce assolutamente infruttuoso), si è costretti di rinunciare alla divulsione, o alla dilatazione forzata alla Mayor, (che talvolta riuscì nei restringimenti elastici e diaframmatici), e a ricorrere invece alla uretrotomia esterna, che venne eseguita d'urgenza, e col metodo della nostra Scuola, il 17 Marzo.

Diario. L'infermo dal giorno dell'operazione non ha più febbricitato, e non si è lamentato del più piccolo disturbo. Avendo la permanenza della siringa suscitato un leggero catarro vescicale, si fanno mattina e sera delle lavande in vescica con una soluzione di resorcina (3 %).

» 22 Marzo idem. Si toglie la 1^a medicatura. Condizioni locali e generali lodevolissime: coalito completissimo della ferita perineale (in 5 giorni!)

» 26 idem. Si tolgono i punti di sutura.

» 28 idem. Si cambia per la 1^a volta la siringa. La nuova introdotta suscita un forte prurito in corrispondenza del meato urinario, che vien calmato ben presto con la semplice applicazione di poche gocce di soluzione di cocaina. In corrispondenza del 2° punto di sutura si è formato un piccolo ascesso.

» 30 idem. L'ascessolino si è vuotato, e la cicatrizzazione di questo si è di già iniziata. Si continuano le lavande vescicali mattina e sera con la soluzione al 3% di resorcina, come si è fatto dai primi giorni dell'operazione.

» 2 Aprile. Nella sera si toglie del tutto la siringa tenuta a permanenza sino a questo giorno.

Manifestatosi un edema semplice nella regione tibio-tarsica sinistra, di cui ignorasi la causa, la temperatura ascende a 38° C. Si proseguono le iniezioni vescicali che sopra, mediante una sonda di gomma elastica. Si cominciano a passare nell'uretra le sonde N. 22 filiera Charriere.

Nei giorni successivi, il sopranotato edema scompare totalmente.

» 6 idem. Essendosi resa difficile l'introduzione di una sonda Beniqué N. 12, mentre il giorno precedente, la stessa era passata assai facilmente, il traumatismo, benchè lieve, portò una febbre uretrale discreta, che durò circa 12 ore, per ripetersi, assai più blanda, il giorno successivo.

Del rimanente, nessunissima complicazione.

Dal giorno 2 Aprile si è sempre evacuata la vescica di 6 in 6 ore.

» 7 idem. Si sospendono le lavande vescicali, perchè il catarro è del tutto cessato, e le urine sono limpide e chiare e di peso e densità normale.

» 11 idem. Il Fiorito abbandona la Clinica perfettamente guarito. Urina benissimo, senza alcuno sforzo nè fastidio, e il calibro del getto è anche superiore al normale. Viene consigliato di recarsi tre volte alla settimana all'ambulatorio della Clinica per qualche tempo, a passare le sonde Beniqué N. 12.

N. B. Dopo circa un mese dalla sua uscita dalla Clinica incontrai per istrada il Fiorito, il quale mi assicurò che, malgrado non si fosse mai recato in Clinica per subire il consigliato sondaggio, a causa di una nuova tumefazione nella regione tibio-tarsica destra, tuttavia ha sempre urinato benissimo, a grosso getto, senza risentirne il minimo fastidio. Anche le condizioni generali sono migliorate in modo soddisfacentissimo¹⁾.

1) Questa osservazione mi offre argomento acconcio per dimostrare anche una volta come la cocaina per uso ipodermico, iniettata nei tessuti secondo le norme fissate dal Prof. Durante, sia capace di portare un'anestesia locale completa e duratura, anche in operazioni che interessino abbastanza profondamente i tessuti. E difatti, nel nostro infermo furono iniettati cgr. 30 di Cloridrato di Cocaina in soluzione acquosa al 4% (dose, credo io, mai tentata sino ad oggi). Nel perineo ne furono iniettate tre siringhe di Pravaz (cgr. 15 di preparato), una nella linea mediana, una a destra, e l'altra a sinistra della regione, penetrando coll'ago anche a rimarchevole profondità. Ciascuna siringa servì per tre iniezioni praticate a 2-3 cm. di distanza l'una dall'altra, e facendo ad ognuna di esse, girare l'ago pel raggio di circa 1-2 cm. Altre due siringhe si iniettarono entro l'uretra, ma, di queste, 2 si possono calcolare come perdute. Dopo circa 10 minuti si dette principio alla operazione. Malgrado la pusillanimità dell'infermo, tutta l'operazione, comprese le suture, che durò circa un'ora, fu

Ed ora che sono al termine del lavoro, dovrei esporre tutte le considerazioni inerenti massimamente ai vantaggi che ci offre il processo perfezionato dalla nostra Scuola, giacchè, riguardo agli esiti dell'uretrotomia esterna in generale, feci già le debite riflessioni nel corso del lavoro, specialmente in ordine ai grandi vantaggi apportati dall'odierna medicatura asettica, uno dei più grandi e preziosi acquisti della scienza nel nostro secolo.

Ma, poichè nell'esposizione dettagliata del processo, e nella redazione delle storie cliniche non tralasciai di dedurre molte delle considerazioni che mi parvero più degne di nota, stimo non dovere aggiungere altro su quanto riguarda la diagnosi, la indicazione terapeutica e la cura consecutiva all'operazione, fino alla guarigione completa; anche per non accrescere inutilmente la mole del lavoro.

Nè ho la velleità che questo scritto, reso anche più meschino pel tempo limitato concessoci dallo studio delle molte altre discipline del Corso, offra un'impronta originale, e sia uno studio completo sull'argomento, — chè di ciò mi scuso col titolo che gli ho dato —, mentre so di non aver fatto altro che stralciare qua e là dai parecchi autori, che vi hanno scritto con tanta maestria, le note più salienti; e riportare quello che ho appreso da' miei insigni Maestri durante il triennio del Corso Clinico.

Ed invero, quantunque appassionatissimo di quest'arte sublime, e pago di averne seguito sempre con coscienza i più utili ammaestramenti, tuttavia il completo difetto di pratica esperienza non mi avrebbe consentito di aggiungere alcunchè di mio.

sopportata senza alcuna molestia dall'infermo, straordinariamente sensibile ed eccitabile, che dovè confessare « ben poco » essere stato il dolore sofferto.

Questa osservazione, oltre a dimostrare l'incontestabile azione anestetica locale della cocaina, anche in operazioni di una certa estensione, ci dimostra quanto sia falsa l'accusa di certuni, che asseriscono avere tal preparato proprietà venefiche, se adoperate oltre una certa dose (10-15 Cgr.); mentre la cospicua dose da noi usata fu scevra dal più piccolo inconveniente, se non si voglia appropriare il nome di sintomi di beneficio ad un leggerissimo madore freddo, a qualche fugace conato al vomito, a leggera cefalea, e ad una transitoria iperestesia psichica a fondo melanconico; fenomeni tutti fugacissimi, che scomparvero totalmente dopo qualche minuto, senza ripetersi più mai. E qui tralascio di notare altri fenomeni notati da altri sperimentatori, e che noi nè in queste, nè in altre parecchie osservazioni abbiamo mai potuto riscontrare.

Gl'è per questo adunque che, per le molteplici esperienze da noi istituite sino ad oggi, siamo tenuti a proclamare questo preparato come il più prezioso fra gli anestetici locali che oggi possediamo, ed a raccomandarlo ai pratici in più vasta scala di quello che sino ad ora non si faccia, chè, se il prezzo ancora piuttosto elevato ne dissuadesse, giova por mente ai tanti vantaggi che esso ci offre, cominciando dalla facilissima applicazione, fino alla sua assoluta innocuità, oviando, quando si possa, alla difficoltà nella somministrazione, ai disturbi immediati e consecutivi, e ai pericoli ai quali espongono talvolta la narcosi cloroformica, la eterea, e quante altre usate fin qui.

Quello però che io posso asserire, per aver sempre assistito alla esecuzione del nostro processo, e seguito quotidianamente il decorso ulteriore della cura nei singoli casi clinici da me riportati, si è che sono stato compreso dalla più profonda ammirazione circa gli esiti finali, che furono sempre soddisfacentissimi sia per la guarigione radicale, che non è mancata mai, anche nei casi i più complicati, difficili, e ribelli ad ogni altro trattamento, sia per la sollecitudine colla quale gl'infermi si liberano del tutto dalle enormi sofferenze.

Infatti non è di poco interesse Posservare che, mentre per l'innanzi la ferita residuale nell'uretrotomia esterna per cicatrizzare impiegava dai 2 ai 3 mesi (quando non si avesse a combattere la non infrequente ostinata fistola uretro-perineale), oggi se ne ottiene il completo coalito in un tempo di gran lunga minore, che non superò mai i 15 - 30 giorni, tranne casi eccezionali, e per complicazioni sempre affatto indipendenti dall'eseguita operazione.

E, per tacere di altri vantaggi, quello che ho esposto è già grandissimo e sufficiente per raccomandare sempre una simile operazione, la quale risparmia tante pene e tanto tempo al paziente - massime se le sue condizioni sociali lo costringono a vivere del lavoro - tante fatiche e tante noie al Chirurgo, che, se avrà eseguito il processo giusta le dettate norme, sarà sempre al caso di prognosticare una pronta e radicale guarigione.

L'uretro-perineorafia è inoltre applicabile non solo nell'uretrotomia esterna praticata come cura radicale dei restringimenti organici insormontabili, ma eziandio quando si sia costretti ad eseguire una simile operazione per corpi estranei permanenti nell'uretra, per curare le fistole urinarie inveterate, le lacerazioni dell'uretra ecc. infine si dovrà sempre tentare - quando vi sia qualche probabilità di riuscita - in parecchie lesioni di continuo dell'uretra, siano o no traumatiche, con o senza perdita di sostanza, come nei casi che talvolta si verificano, senza colpa dell'operatore, in seguito a grandi operazioni praticate nelle regioni limitrofe.

L'anestesia locale cocainica (Osserv. VI.) faciliterà e renderà, in certi casi, meno grave la nostra operazione.

Lungi dall'idea che la prima parte del mio scritto abbia a rischiarare un argomento già tanto studiato e discusso, son pago che l'altra parte suoni novello encomio per un Nome illustre della Scuola Romana, ispirata sempre alla tradizione, colla speciale impronta di un infrangibile dovere - la verità nella scienza, l'onestà nell'arte. -

Roma 30 Maggio 1886.

39619

