



r UGO PISANI

msi A. 41.26



Su di un interessante calcolo ♣ ♣ ♣ ♣ ♣

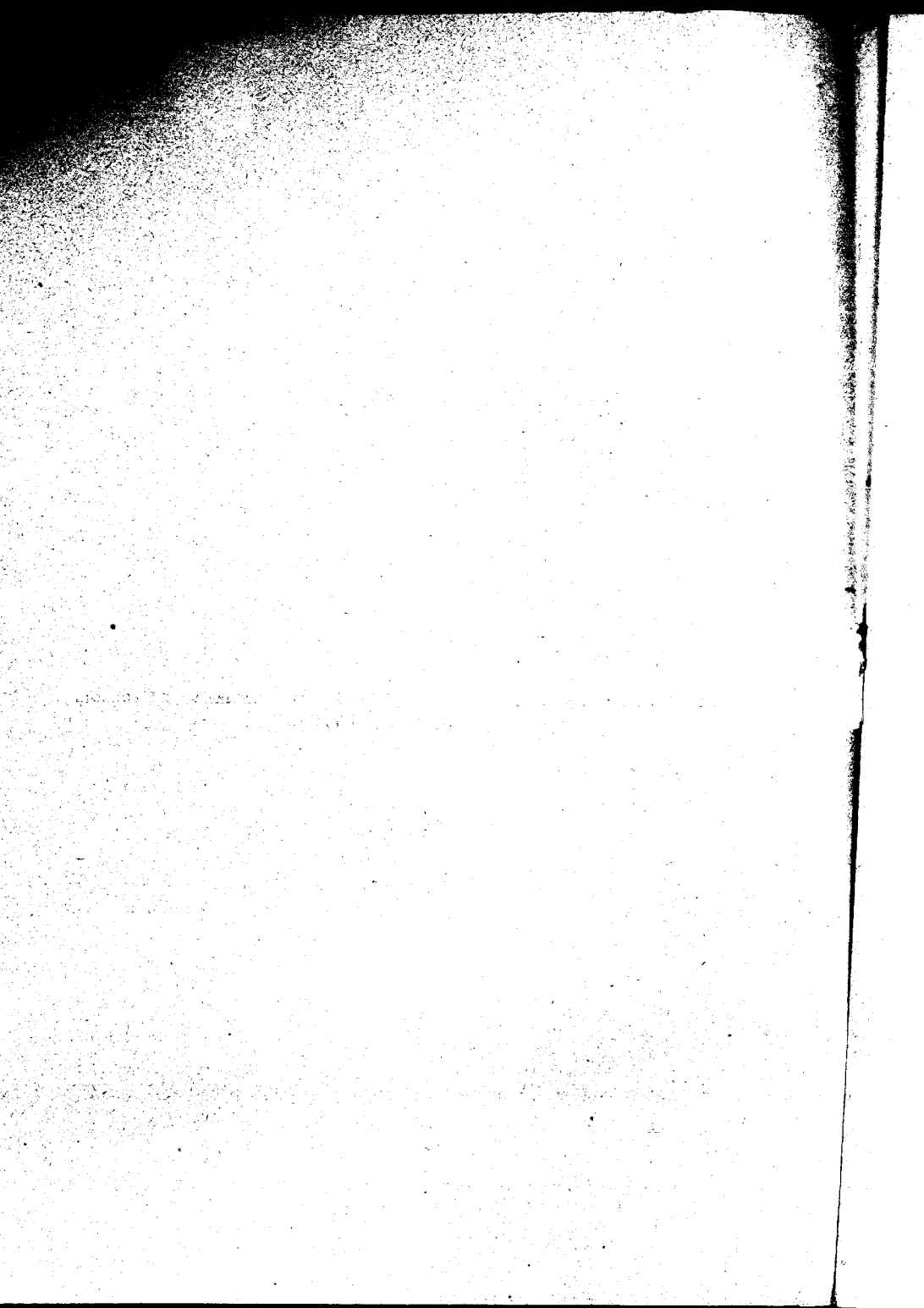
incastonato nella parete anteriore della vescica

Estratto dagli Atti della 1ª adunanza della SOCIETÀ ITALIANA DI UROLOGIA
(Roma, 14 aprile 1908)

ROMA, 1909 ♣ ♣ ♣ ♣ ♣

Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

Via Umbria, N. 27 ♣ ♣ ♣ ♣



Dottor UGO PISANI

Su di un interessante calcolo ♣ ♣ ♣ ♣ ♣
incastonato nella parete anteriore della vescica

Estratto dagli Atti della 1ª adunanza della SOCIETÀ ITALIANA DI UROLOGIA
(Roma, 14 aprile 1908)



ROMA, 1909 ♣ ♣ ♣ ♣ ♣

Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

Via Umbria. N. 27 ♣ ♣ ♣ ♣





Su di un interessante calcolo incastonato nella parete anteriore della vescica

per il dott. UGO PISANI

Da una monografia del dott. MOREAU si rileva che dal 1743 al 1903 nella letteratura medica si riscontrano solo 115 osservazioni di calcoli incastonati, di cui la maggior parte furono trovati al tavolo anatomico, pochi dopo tentativi di litotrizia e mediante cistotomia perineale, pochissimi sospettati o diagnosticati all'esame dell'ammalato.

GUYON stesso, non avendone osservato alcun caso fino al 1894, non volle mai prima d'allora ammetterli, sostenendo che l'incastonamento del calcolo sarebbe determinato dalla contrazione parziale e momentanea della vescica, la quale, immobilizzando il calcolo in una data regione rende la presa di questo impossibile. TUFFIER dopo lui dichiarava che la presenza di un calcolo in una cella vescicale indipendente dalla cavità stessa o comunicante con essa è una disposizione eccezionale. Che io mi sappia, dopo il 1903 ben pochi furono i casi nuovi comunicati, fra i quali uno del dott. MOREAU nella seduta del 5 ottobre 1906 alla Società urologica francese, e l'altro del dott. FERRERO di Torino, pubblicato nel n. 19 degli *Annales des maladies des voies urinaires* del 1907.

La conoscenza quindi dei calcoli vescicali incastonati essendo ancora argomento della massima importanza dal lato diagnostico, terapeutico e prognostico, ho creduto non privo di interesse riferirne un caso da me diagnosticato prima del-

Fatto operativo, interessantissimo, oltre che pei sintomi lontani ed oscuri per la sua sede, ed ancor più per il suo modo di comportarsi nella produzione di altri calcoli mobili.

B. . L. ., di anni 70, benestante di Milano, che io fui chiamato a vedere dal collega dott. MARCHETTI il giorno 16 agosto 1906, mi racconta che ebbe due blenorragie in gioventù, mentre faceva le campagne dell'indipendenza, non si ricorda di aver avute altre malattie, nemmeno soffersse di coliche renali; circa 25 anni fa cominciò ad avvertire disturbi vescicali, che egli non sa ben definire e che furono dal defunto prof. LORETA di Bologna, attribuiti a restringimenti uretrali, tanto che gli fu da lui stesso praticata una cura dilatatoria. Pare che non abbia avuto alcun giovamento da questa cura perchè il senso di peso alla regione sovrapubica non lo lasciò mai, anzi andò man mano lentamente aumentando tanto che ricorse ad altri, finchè dodici anni dopo, da un medico di cui non ricordo il nome, gli fu ripetuta la cura dilatatoria, ma anche questa volta senza giovamento. Poco tempo dopo notò che le urine erano torbide e contemporaneamente aumentava lo stimolo alla minzione, la quale era accompagnata e seguita da un senso di molestia che si accentuava dopo strapazzi corporali. Stanco di queste sofferenze, cinque anni dopo si recò a consultare un distintissimo chirurgo di Milano, e questi, constatato trattarsi di calcolosi vescicale, praticò la cistotomia perineale. L'ammalato non seppe dirmi quanti calcoli furono estratti e nemmeno di che natura fossero. Il benessere relativo durò poco perchè un anno dopo, essendo ritornati i disturbi di prima, il paziente ricorse ancora al collega sopradetto, il quale, avendo forse riscontrati altri calcoli, credette di praticare una litotrizia, dando luogo colla successiva litolapassi alla asportazione di pochi frammenti di calcoli. Da allora il nostro ammalato non avendo più quiete, ricorse al collega dott. MARCHETTI, il quale lo curò per molto tempo e sempre inutilmente con lavature quotidiane della cavità vescicale, ma poi, constatando in vescica la presenza di calcoli, propose all'ammalato una seconda litotrizia e per persuaderlo della necessità di questo intervento e per praticarla seduta stante eventualmente fui chiamato io il giorno 6 maggio 1907. Interrogato mi dice che anche nella degenza a letto, che tiene da qualche tempo, ha bisogno diingere ogni 20 minuti o mezz'ora emettendo, fra atroci spasimi, piccole quantità di urine torbidissime, sanguinolenti e di odore fortemente ammoniacale:

ha sete intensa, lingua patinosa con bordi arrossati, brividi febbrili frequenti seguiti da sudori. Queste condizioni durano da qualche mese a detta del collega, malgrado le quotidiane lavature vescicali e l'ingestione di urotropina. Senza perdere altro tempo passo all'esame della vescica previa distensione di essa ottenuta a stento, con circa 100 gm. di soluzione di stovaina. L'esploratore metallico del Guyon passa facilmente lungo tutta l'uretra fino in corrispondenza della porzione prostatica, dove si avverte un discreto grado di stenosi; appena passato il collo vescicale il becco dell'esploratore, prima ancora di essere rivolto in basso, urta contro una superficie distintamente rugosa, dura ed abbastanza ampia; spinto sul bassofondo vescicale anche là si sente qualche corpo duro più mobile: ritorno ancora ripetutamente in tutti i sensi col becco alla parete anteriore ed anche invitando l'ammalato a cambiare posizione pure ho la sensazione che la superficie sentita prima non si sia per nulla spostata dalla sua sede. Faccio allora diagnosi di calcoli vescicali multipli di cui uno incastrato nella parete anteriore della vescica. Il collega presente ripete per suo conto l'esame ed approva la mia diagnosi o quanto meno sconsiglia con me la litotrizia: propongo invece la cistotomia soprapubica come l'unica operazione atta a liberare l'ammalato senza esporlo inutilmente ai pericoli di una litotrizia che potrebbe anche essergli fatale. Egli piange e si dispera e non vuole sentire a parlare nemmeno di una cistoscopia a scopo diagnostico. Dopo tre mesi, cioè il 13 agosto successivo, me lo vedo comparire nel mio studio alquanto deperito dall'ultima volta, disposto a qualunque operazione pur di liberarsi dalle sofferenze continue e che sono aumentate malgrado le abbondanti lavature quotidiane fatte da lui e dal medico curante; constato anch'io che le urine sono peggiorate, poichè oltre ad essere torbidissime e sanguinolenti, hanno l'odore caratteristico di tessuti in isfacelo; data la mia diagnosi, precedente per meglio rischiararla ed anche per maggiormente persuaderlo della necessità della cistotomia soprapubica propongo, prima dell'atto operativo, di fare un esame cistoscopico. Egli accetta ed entra nella Casa di salute del Policlinico il giorno 16 successivo; quivi metto subito una siringa del Pezzer a permanenza, che è benissimo tollerata, per lasciar riposare la vescica e per meglio drenarla, data la grande quantità di pus contenuto nelle urine, per due giorni ripeto abbondanti lavature vescicali con soluzione di nitrato d'argento all'1 ‰ e con soluzione di acido bórico al 3 ‰ ed il giorno 19 prima di togliere la siringa, lavata con solu-

zione di antipirina al 3 %. la cavità vescicale e distesala il più possibile colla stessa soluzione, pratico rapidamente un esame cistoscopico, che mi dà i seguenti risultati: ipertrofia del lobo destro della prostata; sulla parete antero-laterale di sinistra della cavità vescicale si vede una gran macchia oscura di forma ovoidale a superficie rugosa, circondata da un alone rosso intenso: urtando e strisciando rapidamente col becco del cistoscopio contro di essa, si ha la stessa sensazione, percepita da me tre mesi prima coll'esploratore metallico del Guyon, cioè di un corpo duro a superficie rugosa. Tutta la cavità vescicale presenta sviluppatissime colonne, la mucosa vescicale è fortemente congesta; sul bassofondo si vedono tre piccoli calcoli di forma irregolare allungata, a superficie liscia, uno grosso quanto una mandorla, gli altri un po' più piccoli. Ecco quindi confermata la mia diagnosi precedente di calcolo incastonato nella parete anteriore e di calcoli liberi sul bassofondo.

Il giorno 20 successivo, dopo abbondanti lavature vescicali e successiva distensione delle cavità con 120 gm. di soluzione di acido borico al 3 %, nella narcosi eterea, messo l'ammalato nella posizione del Trendelenburg, assistito dai dottori A. GERLI e L. SECCHI, pratico la cistotomia soprapubica. Arrivato sulla vescica, e fissatala con due anse di seta, faccio spingere verso la faccia anteriore il becco del catetere metallico, che avevo lasciato a permanenza, alla ricerca del calcolo incastonato per fissarlo in modo da poterlo possibilmente palpare attraverso alla parete; difatti si sente distintamente un indurimento circolare che ha margini ben netti.

Il margine anteriore di detto indurimento arrivando ad un centimetro circa della linea mediana, decido di praticare l'incisione lungo di esso margine prolungandola in alto ed in basso il più possibile per snuolare più facilmente il calcolo, il che avviene infatti, e con lui esce dall'incisione, insieme ad una discreta quantità di liquido iniettato, del pus denso. Aperta così nella sua lunghezza la cavità ove era contenuto il calcolo, constato che questa comunica ampiamente colla cavità vescicale, e solo un sottile orlo a mo' di castone di un anello, che pare costituito di un foglietto di mucosa, lo limita tutt'attorno. Colle dita esploro la cavità vescicale e sul basso fondo sento distintamente altri tre piccoli calcoli mobili che estraggo subito colle dita stesse. Termino l'operazione asportando colla pinza e colla forbice curva il più possibile di quel cerine di mucosa sopra detto: suture tutt'attorno, dopo aver fatto un po' di toilette, la breccia vescicale alle pareti addominali, e dreno con tubo di Guyon-Perrier.

Il decorso fu dei più normali; dopo quattro giorni tolgo il drenaggio soprapubico medicando a piatto e metto una sonda del Pezzer a permanenza, che è cambiata per due volte e tolta definitivamente il 4 settembre, cioè 14 giorni dopo la operazione. L'ammalato minga spontaneamente urine limpide senza alcun disturbo nè difficoltà: il giorno 18 la vescica era completamente chiusa ed il 30 l'operato usciva dalla casa di salute completamente ristabilito dall'operazione. Persistendo però un residuo vescicale di circa 20 grammi di urina, imputabile alla ipertrofia prostatica, che mi pento di non aver

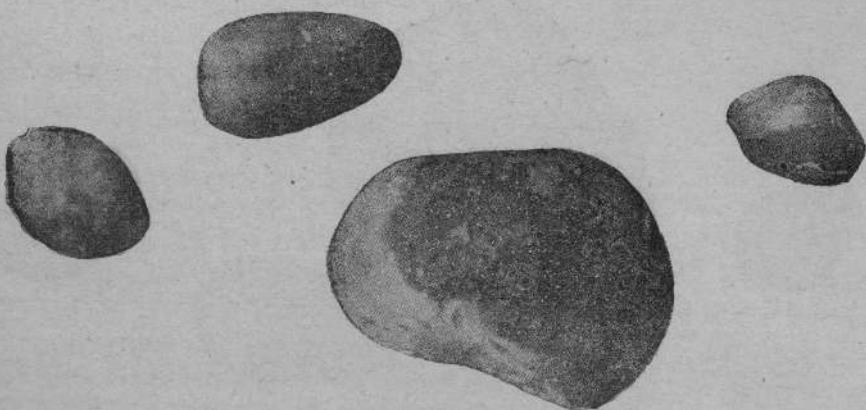


Fig. 1.

asportata, consiglio all'ammalato di praticarsi quotidiane lavature. Un anno dopo l'ammalato era in floride condizioni di salute: solo di quando in quando constatava intorbidamento delle urine, che scompariva con qualche lavatura di soluzione di nitrato d'argento all'1 %.

I quattro calcoli estratti erano tutti della stessa natura cioè di acido urico, discretamente duri; pesavano complessivamente gr. 67; come si vede dalle due fotografie, i tre piccoli di forma allungata, a superficie liscia, faccettata, di color rosso giallognolo; il più grosso di forma ovoidale col massimo diametro lungo cm. 4.5, si presenta con due faccie ben distinte una dall'altra cioè quella contenuta nella piccola cavità descritta, era perfettamente liscia e convessa come si vede dalla figura n. 1; l'altra cioè quella che guardava la cavità

vescicale, rugosa, friabile, spiccatamente concava (vedi figura n. 2). Ed ora poche considerazioni:

Ho detto più sopra come il caso riferito sia interessante dal punto di vista dei sintomi, che insorti subdolamente ben 25 anni prima furono riferiti a restringimenti uretrali, mentre, a detta del paziente, egli non aveva mai notato diminuzione o modificazioni gravi nel mitto, tanto è vero che non ebbe mai alcun giovamento dalle cure dilatatorie, anzi le sue con-

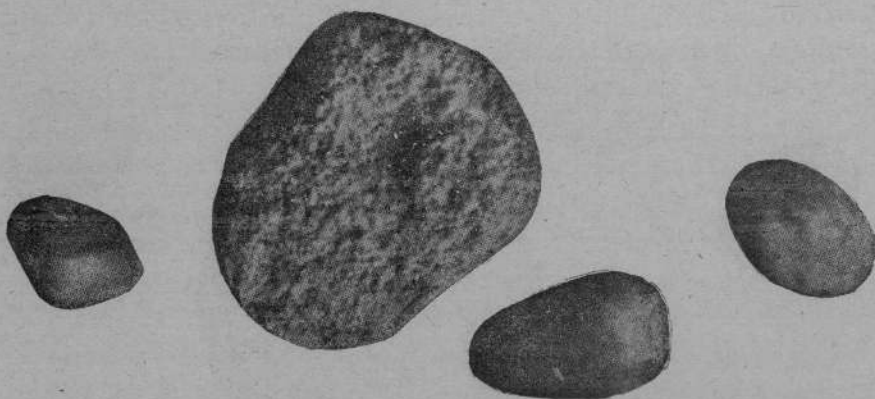


Fig. 2.

dizioni andarono sempre peggiorando in relazione all'aumento di volume ed al comportarsi del calcolo incastonato, il quale; dapprima di piccolo volume, man mano che ingrossava distendendo la cavità in cui si era annidato veniva così ad influire sulla contrattilità di quel tratto di parete vescicale: di più colla sua compressione e coll'evidente stiramento in basso della parete vescicale anteriore, dovuto al suo peso stesso, poteva benissimo aver dato luogo a quei dolori caratteristici irradiantisi dal pube che si osservano in molti casi di restringimenti larghi, e così ben descritti dal Pousson.

Riguardo alla sede, devo dire che è eccezionalissima, perchè tutti o quasi i calcoli incastonati descritti furono trovati avere

la loro sede sul basso fondo vescicale, uno solo che io mi sappia avrebbe analogia con quello da me sopra descritto e sarebbe quello comunicato dal MORAN che lo avrebbe appunto trovato annidato in un diverticolo della parete anteriore della vescica, il quale comunicava con questa mediante una piccola apertura.

Il fatto però che rende maggiormente interessante il caso da me operato, è a mio avviso il modo di comportarsi del calcolo incastonato rispetto agli altri calcoli mobili, cioè il riprodursi di questi dopo un anno dalla cistotomia perineale e quasi subito dopo la litotrizia.

Bisogna necessariamente pensare che un bel giorno, o spontaneamente sotto qualche contrazione vescicale, od in seguito alle manovre dilatatorie, qualche frammento si sia staccato dalla faccia vescicale del calcolo incastonato e caduto e fermatosi sul basso fondo di esso ingrossando a poco a poco, abbia dato luogo ai primi calcoli. Solo allora sarebbero venuti in scena i comuni sintomi della calcolosi vescicale che cinque anni prima del mio intervento legittimarono la cistotomia; che ebbe il torto di essere perineale, perchè trovandosi il calcolo incastonato sulla parete anteriore, cioè in un punto diametralmente opposto all'apertura vescicale, era materialmente impossibile che fosse avvertito dalle dita del collega, tanto più avendone egli trovati sul basso fondo, non poteva pensare ad una simile rarissima associazione. Diversamente non si potrebbe spiegare come il prof. LORETA, clinico d'intintissimo, ed il secondo chirurgo non li abbiano nè sospettati nè rilevati durante le lunghe cure dilatatorie da loro praticate a 12 anni di distanza. E neppure è lecito pensare che un calcolo mobile così grosso abbia potuto momentaneamente occultarsi in qualche cella vescicale ed essere dimenticato in vescica dopo la cistotomia perineale; anzi è da escludere affatto tale ipotesi conoscendosi la perizia dell'operatore.

Concludendo quindi, ed è qui appunto la singolarità del modo di comportarsi del calcolo incastonato rispetto agli altri calcoli mobili, tutti i calcoli che furono estratti prima colla cistotomia perineale e poi coi colla litotrizia ed i tre diagno-

sticati da me prima dell'atto operativo e poi asportati colla cistotomia soprapubica, ebbero tutti il loro primo nucleo da qualche frammento staccatesi, prima in seguito alle manovre endovescicali della dilatazione uretrale, poi dalle lavature ripetute e forse anche dalla litotrizia, dalla faccia vescicale del calcolo incastonato, alla stessa guisa che il gelo, le piogge, od altre cause contundenti sgretolando la roccia di un monte ne fanno da essa staccare e rotolare continuamente a valle detriti più o meno grossi.



