



prostato-vescicolite blenorragica

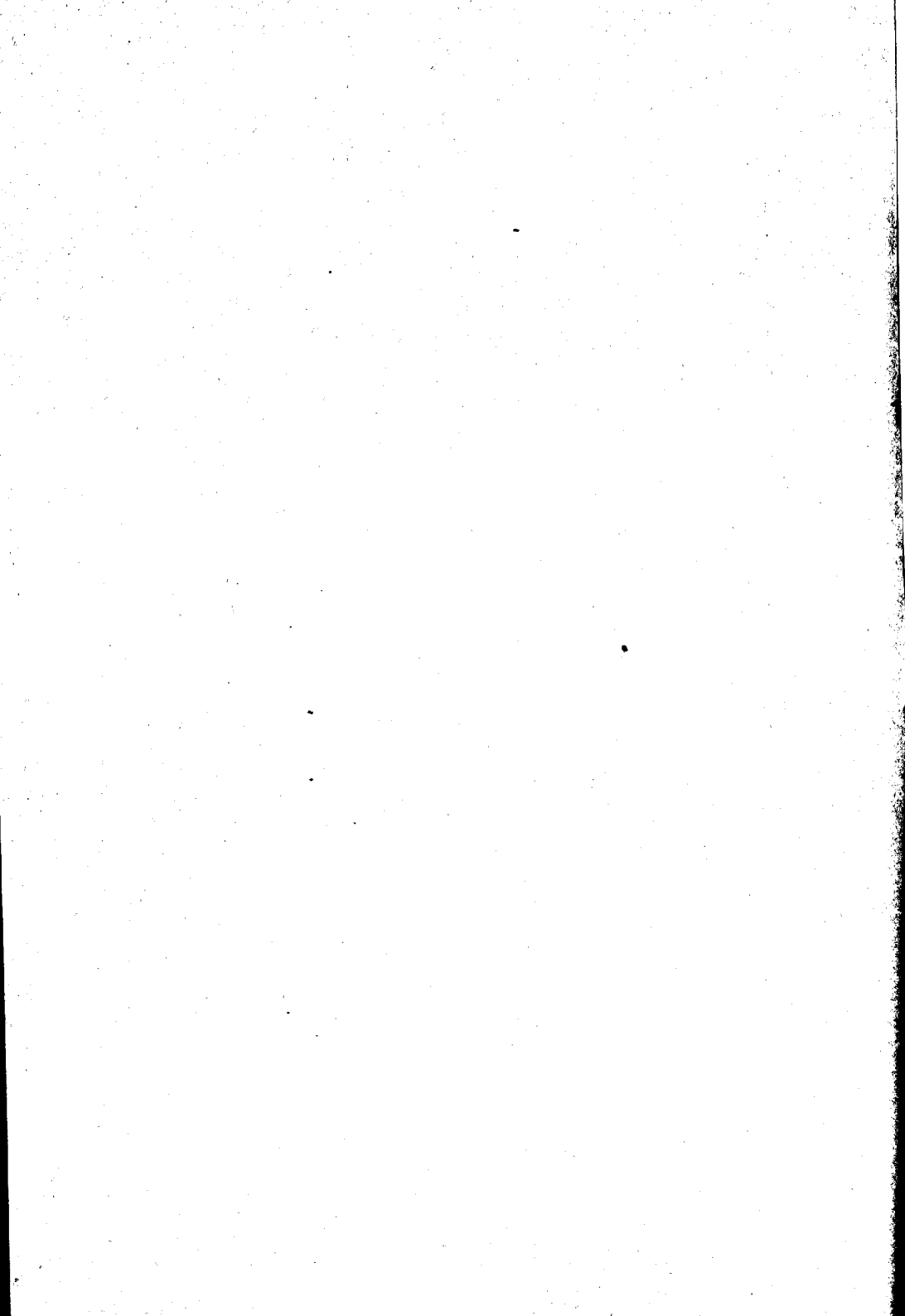
Osservazione clinica del Prof. CESARE ORTALI
Libero Docente nella R. Università di Roma



Estratto dalla *Gazzetta Medica di Roma*, 1915



FRASCATI
Stab. Tip. Tuscolano
1915



La prostatovescicolite blenorragica

Osservazione clinica del Prof. CESARE ORTALI
Libero Docente nella R. Università di Roma



Estratto dalla *Gazzetta Medica di Roma*, 1915



FRASCATI
Stab. Tip. Tuscolano
1915

Chi segue con assiduità sia sui libri sia nelle Cliniche il continuo svolgimento della scienza medica, non può a meno di rilevare che mentre certe parti del corpo umano sono oggetto di indagini numerose, sottili ed incessanti così da rasentare spesso l'esagerazione, altri organi invece pure di non minore importanza come sede di funzioni organiche e di processi morbosì, sono involti in una specie di oblio e solo raramente attirano l'attenzione di qualche autore.

Fra questi organi devono collocarsi le vescichette seminali. Non è affatto frequente leggere una monografia o udire una lezione sulle malattie di questi organi, e specialmente sulla forma morbosa più comune, l'infiammazione.

La vescicolite o spermatoceistite è già di per sé una malattia rara. La grande maggioranza dei medici poi suole trascurarne completamente la ricerca clinica, e così si spiega come spesso certe supposte affezioni dell'uretra, della vescica, della prostata, resistano a tutte le cure e vengano giudicate incurabili, perchè per ignoranza di diagnosi non si è saputa rivolgere la cura al ricettacolo recondito del male.

Eppure non è difficile formarsi un concetto chiaro e sintetico di questa malattia, quando bene si fissino le cause che la possono produrre, il suo meccanismo di formazione e i segni clinici con cui suole presentarsi e differenziarsi da processi morbosì di organi finitimi.

Io mi propongo di studiare la spermatoceistite unitamente ad un'altra affezione più comune e che spesso l'accompagna, la prostatite, prendendo per base del mio studio una recente osservazione clinica.

Eziologia. — Le cause del processo infiammatorio di questi organi sono svariate. Talora la prostatite è prodotta da lesioni traumatiche o da un raffreddamento, ma come regola generale deve ritenersi che la prostatite e la spermaticite sono la conseguenza dell'azione diretta di microrganismi patogeni.

I germi possono esservi importati per la via del sangue. Le infiammazioni ematogene della prostata sono rare, qualche volta si sono riscontrate come conseguenza del tifo, della piemia ecc. È stata descritta la vescicolite susseguente alla scarlattina, al grippe, al tifo, alla tubercolosi. È conosciuta anche la spermaticite da meningococco, il quale nel decorso di una meningite cerebro-spinale può invadere gli organi della sfera genitale e specialmente le vescichette, determinando in queste infiammazione ed anche empiema (*Pick*¹).

Il trasporto dei germi può anche avvenire per propagazione di un processo infiammatorio interessante un organo vicino. La prostatite è frequente come complicazione della cistite purulenta, delle infiammazioni del retto e del tessuto cellulare del bacino. Nella tubercolosi della vescica si può sviluppare una perivescicolite, cui susseguia la vescicolite.

Per altro la causa di gran lunga più comune della malattia in parola è il gonococco, il quale una volta innestatosi nell'uretra tende a diffondersi agli organi vicini e per conseguenza attacca frequentemente la prostata e talora anche le vesciche spermatiche.

Patogenesi. — Per ben comprendere l'origine e lo sviluppo della malattia è bene riassumere i rapporti anatomici delle vescicole e della prostata con gli organi vicini.

La prostata, ghiandola di volume assai variabile, presenta normalmente nell'adulto una lunghezza di circa tre centimetri ed una larghezza di tre e mezzo o quattro centimetri. I

suoi due lobi laterali le danno l'aspetto di una mezzaluna a concavità anteriore. Talora presenta un terzo lobo, o mediano, che ipertrofizzandosi solleva la parete posteriore dell'uretra. Essa è infatti dalla base all'apice attraversata dall'uretra. L'estremità inferiore dei canali deferenti e delle vescicole seminali vi si approfonda, i canali eiaculatori l'attraversano. Nella parete inferiore della porzione prostatica dell'uretra si solleva il verumontanum, in corrispondenza del quale sboccano i canali eiaculatori e i condotti escretori delle ghiandole prostatiche. Dall'unione del secreto testicolare e prostatico si forma in uretra il liquido spermatico.

La prostata presenta una faccia anteriore o pubica, una faccia posteriore o rettale, appoggiata alla parete anteriore del retto; un apice che circonda l'uretra e che è in rapporto posteriormente coll'aponeurosi perineale media, una base la quale abbraccia il collo della vescica.

L'infezione acuta della prostata (prostatite follicolare) dà luogo alla formazione di essudato e produce un aumento di volume della ghiandola. Dai dotti escretori esce un secreto torbido biancastro (catarro della prostata).

Per lo più l'infezione guarisce col riassorbimento dell'essudato. Talora si ha formazione di ascessi che possono cicatrizzare oppure fondersi insieme e dar luogo ad un ascesso più vasto che finisce coll'aprirsi nell'uretra o nel tessuto connettivo circostante.

Nelle forme tubercolari a carico del parenchima si formano noduli dapprima duri, che poi si caseificano e possono aprirsi diffondendo i bacilli di Koch nei tessuti vicini.

Le due vesciche seminali, la cui superficie esterna si presenta bernoccoluta, sono di forma conoide ed hanno una lunghezza di 5-6 centimetri ed una larghezza di 1-2 centimetri. La loro direzione è obliqua in avanti, in dentro e in basso.

La faccia anteriore è in rapporto con la vescica, la posteriore col retto. Lungo il margine interno sono situati i due canali deferenti. L'estremità superiore è grossa e rotondeggiante, mentre l'estremità inferiore è sottile, essa si approfonda nella prostata, e termina con un breve canale che si unisce al vicino canale deferente per formare il condotto eiaculatore. I quali ultimi, lunghi circa due centimetri, terminano al verumontanum nella porzione prostatica dell'uretra.

Nell'estremità anteriore le due vesciche si avvicinano fra loro, lasciando un breve spazio in cui sono collocati i due canali deferenti, si allontanano l'una dall'altra posteriormente, onde in mezzo ad esse viene a formarsi uno spazio triangolare, nel quale il retto e la vescica si mettono in diretto contatto.

Nella spermatocistite le vescicole si riempiono di masse mucose o muco-purulente; se si tratta di tubercolosi, di masse caseose. Le vesciche soggette ad infiammazione aumentano di volume, le pareti per infiltrazione cellulare si ispessiscono ed acquistano una maggior consistenza.

Quale è l'origine della prostatovescicolite blenorragica?

Generalmente i gonococchi, introdotti in seguito a coito infetto nell'uretra, danno luogo ad uretrite dapprima anteriore, poi posteriore. In corrispondenza del verumontanum sboccano numerosi i condotti delle ghiandole prostatiche, nei quali il pus può facilmente penetrare, dando luogo alla prostatite acuta, che in seguito non di rado diventa cronica.

In corrispondenza del verumontanum sboccano anche i canali eiaculatori. Il pus blenorragico, una volta che li ha invasi, penetra con facilità nel breve condotto che unisce il canale eiaculatore alla corrispondente vescichetta, e quindi compie l'ultima sua tappa diffondendosi alla vescichetta stessa.

Può anche succedere che la vescichetta sia infettata secondariamente. Vale a dire che prima il pus dal canale eiaculatore si faccia strada nel canale deferente, dando una deferentite, donde è facile per forza di gravità la sua discesa nell'epididimo e nel testicolo. E poichè nell'epididimite e nell'orchite il pus per essere eliminato non ha altra via che quella del canale deferente e del canale eiaculatore, può avvenire che esso, trasportato dalla corrente del liquido spermatico (il quale dal canale deferente va a depositarsi nelle vescichette seminali), penetri in queste ultime. Con tale meccanismo possono spiegarsi i casi in cui si è manifestata prima un'orchite ed una epididimite e solo più tardi una spermatocistite. Tale è l'osservazione riferita nel Trattato di *Brouardel e Gilbert* ⁽²⁾, in cui nel corso di una intensa epididimite blenorragica si sviluppò un tumore formato da una vescichetta e dalla porzione ampollare del corrispondente dotto deferente, tumore che assunse vaste dimensioni, tanto da fare una considerevole sporgenza nel retto e fece credere ad un ematoma. Improvvisamente la raccolta vescicolare si svuotò nell'uretra.

Spesso è difficile nel corso di una infiammazione che interessi tanto le vescichette quanto i testicoli, stabilire quale organo si sia dapprima ammalato. È degna di menzione l'osservazione di *Brønnum* ⁽³⁾, il quale poté clinicamente constatare nel decorso di una spermatocistite ed orchite unilaterali la successiva tumefazione della vescichetta dell'altro lato cui tenne dietro la infiammazione del secondo testicolo. Ciò significa che il pus aveva invaso prima la vescichetta e poi in secondo tempo il corrispondente testicolo.

Sintomatologia. — La prostatovescicolite d'origine blenorragica che forma oggetto del nostro studio, deve, a seconda del quadro clinico che presenta, dividersi in *acuta* e *cronica*.

I. PROSTATO-VESCICOLITE ACUTA. — La prostatite acuta si può presentare sotto due forme diverse: prostatite follicolare ed ascesso della prostata.

La prostatite follicolare si manifesta con sintomi generali: brividi e febbre - e con sintomi locali: dolore nella regione vescicale e al perineo, irradiantesi alla regione lombare e al pene, disuria ed iscuria, sensazione di calore e di dolore nel retto (specialmente nel defecare e nell'urinare). L'introduzione di un catetere è molto dolorosa e dà spesso luogo ad emorragia. L'esame diretto della ghiandola si compie mediante l'esplorazione rettale. Si pone il malato in decubito dorsale. Il medico, collocatosi alla sua destra e introdotto il dito indice della mano destra nel retto, rivolge la superficie palmare del dito verso la ghiandola. Si riscontra dapprima l'apice della prostata, poi si mettono in rilievo i due lobi laterali e la depressione centrale. Si esaminano il volume, la consistenza, le ineguaglianze, la sensibilità. La faccia posteriore normalmente è liscia, regolare; la consistenza è quella del tessuto fibroso.

Nella prostatite follicolare la ghiandola è tumefatta, più o meno dura, dolente. Si nota talora aumento locale della temperatura e crampo dello sfintere anale. Dopo la compressione fuoriesce spesso dal meato urinario un liquido filante, torbido. L'ascesso generalmente si sviluppa in seguito ad una prostatite follicolare. Tutti i suddescritti sintomi si fanno più intensi. La palpazione mette in evidenza il rammollimento e la fluttuazione. Il pus tende a farsi strada verso l'esterno, svuotandosi per lo più nella vescica o nel retto, più di rado nel peritoneo colla gravissima conseguenza di una peritonite purulenta. Non sono rare le complicazioni e precisamente la periprostataite, la flebite dei plessi periprostatici, e la formazione di fistole verso l'uretra o il retto, di difficile guarigione.

La spermatocistite acuta blenorragica non si sviluppa primitivamente, ma suole essere secondaria ad uretrite, prostatite, cistite, epididimite, orchite. Può essere unilaterale, ma per lo più bilaterale. La malattia, come la prostatite, si manifesta con sintomi generali (febbre, agitazione, insonnia, dispepsia) e con sintomi locali (dolore al perineo, disuria, tenesmo rettale). Talora si verifica il fenomeno dell'eiaculazione sanguigna (ematospermia). Nelle forme acute anche la prostata partecipa quasi sempre all'infiammazione (*Reynès* ⁴).

Come la prostatite, la vescicolite può risolvere in pochi giorni coll'affievolirsi e scomparire di tutti i disturbi, oppure può esacerbarsi e dare origine ad un ascesso.

All'esame rettale, spingendo il polpastrello del dito al di là del margine superiore della prostata, da uno o da ambedue i lati si palpa un corpo dolente, di consistenza più o meno dura, la cui estremità anteriore viene a confondersi con la base della prostata. È la vescichetta seminale. La spremitura delle vescichette è spesso seguita da emissione di essudato fuori del meato urinario. Esso (sintoma importante per la diagnosi) contiene spermatozoi e perciò si contraddistingue dai prodotti infiammatori che provengono dall'uretra, dalla prostata, dalla vescica.

Ove l'ascesso sia in via di sviluppo, l'organo è ingrandito, rammollito e presenta spesso il fenomeno della fluttuazione. Secondo *Brünnum* ⁽³⁾ la tumefazione apparisce dal primo al quinto giorno della malattia; talora però può mancare e rende difficile la diagnosi.

Un mezzo diagnostico di notevole importanza è offerto dall'urologia col processo dell'urinazione frammentaria, che permette di apprezzare le condizioni dei vari tratti dell'apparecchio genito urinario *Colin* ⁽⁵⁾.

Secondo *Reynès* ⁽⁴⁾ nel caso speciale si deve applicare la

seguinte tecnica: Il malato non deve avere urinato da circa due ore, onde la vescica contenga una certa quantità d'urina. Si raccoglie l'urina successivamente in varii bicchieri:

1° *bicchiere*: appariscono in blocco tutti i prodotti anormali dei vari organi, accumulatisi nell'uretra che è il grande collettore.

2° *bicchiere*: se l'urina appare limpida, ciò significa che l'apparecchio urinario superiore è sano; è invece malato, se l'urina è torbida. In tal caso si fa un lavaggio della vescica, fino a che il liquido esce chiaro, lasciandone in vescica una certa quantità.

3° *bicchiere*: si applica il massaggio espressivo della verga e del perineo per far evacuare le secrezioni dell'uretra e delle ghiandole annesse (follicolite, littrite, cowperite). Se l'urina è chiara, significa che questi organi sono sani; se è torbida, che qualcuno di essi è malato.

4° *bicchiere*: si applica il massaggio espressivo della prostata; a seconda che l'urina è chiara o torbida, si conclude circa lo stato normale o patologico della ghiandola.

5° *bicchiere*: si fa il massaggio di una vescichetta, e si esamina l'urina.

6° *bicchiere*: si fa il massaggio dell'altra vescichetta e si fa urinare.

Come l'ascesso della prostata, anche la spermatocistite purulenta tende a svuotarsi nel retto o nell'uretra. Spesso l'ascesso interessa tanto la prostata quanto una od entrambe le vescichette.

II. PROSTATO-VESCICOLITE CRONICA. — La prostatite cronica è più frequente che non l'acuta ed è l'esito abbastanza comune di questa. Il sintoma principale è la prostatica, cioè l'emissione dall'uretra di un secreto chiaro o torbido o lattiginoso, a reazione neutra o leggermente acida, il quale tramanda un

odore caratteristico di sperma. Contiene cellule epiteliali cilindriche, cellule rotonde, corpi amiloidi stratificati. Sono caratteristici i cristalli spermatici aventi l'aspetto di doppia piramide, identici a quelli di *Charcot-Leyden* che si riscontrano nell'espettorato degli asmatici e che si ottengono trattando il preparato con una soluzione di fosfato d'ammoniaca. Si riscontrano quindi i noti cristalli a forma di coperchio di bara di fosfato ammonico-magnesiaco.

L'emissione di questo liquido (che a torto viene dai malati creduto sperma, ma non è, perchè non contiene spermatozoi) è per lo più accompagnata da un senso di solletico lungo l'uretra. Essa è spontanea, ha luogo durante la defecazione, talora anche nel tossire o negli sforzi in generale; spesso si ottiene col massaggio della prostata mercè il dito introdotto nel retto. Sono pure caratteristiche le irradiazioni dolorose della prostata alle regioni vicine, specialmente alle regioni sacrale, iliache, glutee. Questo dolore presenta i seguenti caratteri: è spontaneo, leggero, diffuso. Talora si ha un senso di peso all'ano. Per compressione della ghiandola, il sintoma « dolore » suole aumentare nella defecazione ed anche nella posizione seduta. L'urina è chiara. Talora si ha pollachiuria.

Quando il liquido chiaro o lattiginoso che viene emesso dal meato urinario e che comunemente va sotto il nome di « goccetta » contenga in certa abbondanza gli spermatozoi, questo sintoma deve far nascere il sospetto che si tratti di spermatocistite cronica.

L'esplorazione rettale costituisce il miglior sussidio diagnostico tanto nella prostatite che nella vescicolite cronica. Esso può mettere in evidenza che questi organi sono aumentati di volume e di consistenza, e sono lievemente dolenti; mentre col massaggio espressivo si ottiene uscita dal meato

urinario di una sostanza liquida anormale, che all'esame microscopico ci svelerà la sua origine prostatica o seminale.

Fra le complicazioni della vescicolite cronica primeggia la spermatorrea, che deve attribuirsi al morbooso funzionamento dello strato muscolare della parete delle vescichette, sia per uno stato irritativo, sia per paralisi. Questo disturbo conduce facilmente all'impotenza ed a fenomeni generali morbosì, tra i quali è notevole la neurastenia.

Diagnosi. — I sintomi da me messi in rilievo sono in generale sufficienti per qualificare la malattia.

La prostatite e la vescicolite cronica possono riscontrarsi in individui in cui l'uretrite blenorragica sia già completamente guarita. Onde la prostato-vescicolite vale a mantenere quelle gocce croniche, che sono a torto attribuite alla persistenza dell'uretrite e contro cui molti medici che non approfondiscono le ricerche diagnostiche, lottano invano per mesi ed anni colla medicazione uretrale. La sede del male è altrove e la terapia è radicalmente errata.

Le ricadute improvvise ed inesplicabili dell'uretrite sono pure spesso da attribuirsi a questi focolai di pus che, come fuoco sotto la cenere, ristagna nella prostata o nelle vesciche. La sua eliminazione periodica è naturalmente seguita da una diffusione all'uretra del processo infiammatorio.

Altre lesioni della prostata e delle vescichette sono comuni, ma si differenziano con facilità dalla prostato vescicolite blenorragica.

La tubercolosi è caratterizzata anatomicamente dalla formazione di tubercoli e da ispessimento dei tessuti per infiltrazione cellulare. I tubercoli si ingrandiscono, si rammoliscono e finiscono per aprirsi nelle parti circostanti. Onde la tubercolosi tende a diffondersi a tutto l'avvarecchio urogenitale, per conseguenza all'esame obbiettivo si trovano offesi anche altri organi.

L'ipertrofia prostatica è propria della vecchiaia. L'esplorazione rettale ci rende subito conto del fenomeno più saliente che è l'aumento di volume dell'organo. L'anamnesi tace di pregressi fatti infiammatorii. Vi sono disturbi più o meno gravi a carico dell'urinazione.

Ed anche più difficile è lo scambio con tumori di questi organi.

Processi infiammatorii d'origine reumatica o traumatica possono interessare la prostata (più di raro le vescichette meglio protette dall'azione degli agenti esterni), ma l'anamnesi, il decorso della malattia, l'assenza di gonococchi negli essudati ci aiuteranno a stabilire l'esatta origine della malattia.

Prognosi. — La prostatovescicolite abbandonata a sè stessa, come purtroppo spesso avviene per mancanza di cure, difficilmente guarisce; il focolaio infiammatorio che si è annidato in questi organi profondi e poco accessibili, permane insidioso e pericoloso per possibili complicazioni. Le forme acute tendono a trasformarsi in croniche.

Quando si applichi una terapia razionale, dobbiamo come regola ritenere che la prostatovescicolite acuta guarisce con una certa rapidità. Anche la forma cronica tende alla guarigione, pure essendo, come è naturale, più lungo il periodo evolutivo della malattia.

Terapia. — Nella prostatovescicolite acuta io soglio ridurre al minimum le medicature endouretali: basta qualche iniezione calda e possibilmente laudanizzata. Faccio uso di suppositorii a base di sostanze antisettiche da applicarsi durante la notte; se i dolori sono intensi, sostituisco la belladonna. Frizioni di unguento mercuriale al perineo; e in casi di flogosi grave prescrivo anche il sanguisugio nella stessa ragione. Un semicupio caldo ogni giorno vale a combattere il dolore e l'irritabilità locale. Contro la febbre il chinino. Se non ostante que-

ste cure l'infiammazione non cede e si va formando l'ascesso, immediato intervento chirurgico.

Nella prostatovescicolite cronica, oltre ad una cura ricostituente generale, applico instillazioni nell'uretra posteriore di soluzioni lievemente astringenti, onde procurarne l'assorbimento negli sbocchi delle ghiandole prostatiche. Suppositorii risolventi (iodurati).

Il massaggio della prostata e delle vescicole deve sempre praticarsi nelle forme croniche, e anche nelle forme acute quando non lo vieta l'intensità dei sintomi locali.

Posto il malato in posizione dorsale, il medico si colloca alla sua destra e, dopo aver spalmata di vasellina la regione anale, introduce nel retto l'indice della mano destra, difeso da un dito di guanto intriso in olio sterilizzato. Rivolta la superficie palmare dell'indice verso la prostata, si frizionano con una certa energia le varie parti della ghiandola. Indi si porta il polpastrello più in alto verso la base della prostata in corrispondenza delle vescicole, ed anche queste si frizionano accuratamente. La manovra che ha in media la durata di cinque minuti stanca presto il dito, specialmente per la resistenza che gli oppongono lo sfintere esterno a fibre striate e quello interno a fibre lisce, ma la pratica rende più facili e sicuri i movimenti.

Si ottiene così il versamento entro l'uretra dell'essudato contenuto nella prostata e nelle vescicole, la diminuzione di volume di questi organi e un miglioramento della circolazione sanguigna che facilita gli scambi nutritizi e insieme la guarigione della lesione. Il massaggio si può ripetere per lungo tempo ogni 24 o 48 ore. I risultati sono generalmente favorevoli e spesso conducono ad una rapida guarigione.

A schiarimento delle considerazioni testè fatte intorno a questa entità morbosa, riassumo la seguente osservazione clinica:

T. S. d'anni 35, celibe, contadino. — Circa dieci anni fa fu colpito da febbri malariche che si protrassero per qualche mese, e furono curate col chinino sia per ingestione, sia per iniezioni ipodermiche. Le febbri scomparvero, ma il tumore di milza permase, e il malato asserisce che spesso dopo qualche sforzo prova un senso di pesantezza all'ipocondrio sinistro.

Tre anni dopo andò soggetto a reumatismo articolare acuto che assunse carattere di una certa gravità. Si complicò con una temibile complicazione a carico del cuore, e a tal proposito il paziente afferma che già allora i medici curanti si accorsero che il colore del viso si era fatto più acceso con tendenza al bluastro.

Quattro anni fa contrasse un'ulcera sifilitica; furono subito praticate numerose iniezioni di sublimato e di calomelano, onde, all'infuori di qualche macchia cutanea, non sono comparsi altri disturbi.

Il 5 luglio 1914 insorse una nuova affezione morbosa, la blenorragia. Fino dal primo giorno la malattia esordì con sintomi gravi: essudato purulento molto abbondante e misto a sangue, dolori lungo l'uretra, rossore intenso della mucosa dell'uretra e del glande. La temperatura raggiungeva nelle ore vespertine in media i 37, 5°.

Avendo richiesta la mia assistenza, fu da me immediatamente sottoposto al regime curativo che soglio adottare in questi casi: cura interna dapprima a base di sali purgativi per sbarazzare il tubo digerente e risvegliarvi un'azione derivativa, poi ingestione quotidiana di sostanze balsamiche, e nel caso speciale prescrissi l'arheol.

Contemporaneamente iniziai la cura locale a base di iniezioni e di irrigazioni di sostanze antisettiche onde distruggere i gonococchi. Cercai che essa fosse sul principio blanda, per non produrre fatti irritativi, riservandomi di renderla gradatamente più intensa. Io sono contrario alle cure abortive che giudico pericolose, come pure alle applicazioni fino da principio troppo energiche, le quali sogliono es-

esser applicate da medici che mal conoscono la speciale sensibilità della mucosa uretrale e le sorprese che questa ci può riserbare. E parecchie migliaia di guarigioni da me ottenute, anche in casi ormai giudicati come disperati, mi affidano della bontà dei miei criterii terapeutici.

Dopo una settimana circa dall'inizio del male, il paziente cominciò a sentire un dolore sordo in corrispondenza del perineo specialmente in vicinanza dell'apertura anale; avvertiva pure dolore leggiero e vago, in corrispondenza dell'osso sacro. Un fatto poi di notevole importanza riguardava l'emissione dell'urina, perchè alcune volte dopo cessato il getto urinario, uscivano dall'uretra due o tre gocce di sangue. Questa nuova serie di fenomeni si andò aggravando, finchè la febbre si fece alta (39, 5") e dovette mettersi in letto. Il 25 luglio erano queste le risultanze dell'

Esame obiettivo. — Stato di nutrizione discreto. Sviluppo di ghiandole piccole, mobili, indolenti agli inguini e nei cavi ascellari. Il colorito della faccia alquanto congesto con leggiera tinta cianotica, specialmente in corrispondenza delle guance. Sudori profusi.

Apparecchio circolatorio. 1°) *Cuore.* — Il margine destro dell'aia relativa è spostato di circa un centimetro, oltre la sternale destra. Al focolaio della mitrale notasi un soffio sistolico poco intenso, ma abbastanza rude che accompagna il primo tono. Aumento del secondo tono sulla polmonare. 2°) *Vasi.* — Polso radiale debole, piccolo, ritmico; 120 pulsazioni. Turgore delle giugulari.

Apparecchio respiratorio. — Respirazione ritmica, 28-30 respiri al minuto.

Apparecchio digerente. — Lingua coperta di una patina biancastra. Tonsille alquanto ipertrofiche. Meteorismo intestinale. Cinque o sei volte al giorno evacuazioni di feci semiliquide.

Milza. — Fa protuberanza di circa due dita trasverse al di sotto dell'arcata costale.

Sistema nervoso. — Abbattimento generale. Leggiera cefalea. Insonnia.

Apparecchio genito-urinario. — L'uretra alla palpazione presenta aumento di resistenza, ed è alquanto dolente. La compressione eser-

citata colle dita sul perineo e proseguita fino al meato produce la fuoriuscita di qualche goccia di pus giallo - verdastro che da me esaminato, previa colorazione, al microscopio presenta i caratteristici gonococchi. È da notarsi che il pus esce ora meno abbondante che non nei primi giorni di malattia, quando le condizioni generali e locali del paziente erano migliori. L'introduzione in uretra di qualsiasi liquido provoca dolore, onde si deve sospendere ogni cura locale. La palpazione del perineo non dimostra nulla a carico delle ghiandole del Cowper. Approfondendo però il dito nelle parti molli perineali, specialmente in vicinanza dell'apertura anale, si risveglia un dolore lieve e profondo. Presso l'apertura anale fanno protuberanza due piccoli noduli emorroidali.

L'esplorazione rettale dà i seguenti risultati: ambedue i lobi della prostata sono aumentati di volume ed hanno circa le stesse dimensioni. Sono uniformemente induriti, sono dolenti. Non presentano rammollimento in alcun tratto. Il lobo mediano non esiste. Spingendo l'esplorazione oltre la base della ghiandola, lungo e al di là dei corni della mezzaluna prostatica, si percepiscono due corpi duri, bernoccoluti, molto dolenti, al punto che prolungando alquanto la palpazione, il malato si lamenta forte e si agita; questi due corpi vengono a terminare in basso fra i due lobi della prostata. Sono evidentemente le vescicole spermatiche.

Esame dell'urina. — Raccolta in vari bicchieri, è costantemente torbida. Non è possibile applicare esattamente il processo dell'urinazione frazionata, perchè il massaggio della prostata e delle vescicole risveglia dolore. Albuminuria 1 0/00. Abbondanti cellule purulente. Cellule dell'epitelio delle vie urinarie. Qualche cilindro ialino.

Temperatura: da 38, 5°, nella mattinata, sale la sera a 39, 5°.

Decorso della malattia. — Posto il paziente a dieta liquida, faccio le seguenti prescrizioni. Per bocca chinino e strofanto. Nella regione perineale frizioni di unguento mercuriale misto alla belladonna. Applicazione quotidiana di un suppositoio di xeroformio.

Dopo tre giorni la febbre diminuisce (maximum 38, 5°). Rimangono immutate le condizioni dell'apparecchio genito-urinario. Sosti-

tuisco allora al chinino e allo strofanto un antisettico delle vie urinarie: l'elmitolo; faccio praticare ogni giorno un semicupio caldo.

Dopo dieci giorni l'esplorazione rettale dimostra una diminuzione del volume, della durezza e della dolorabilità della prostata e delle vescichette seminali. E' invece in aumento l'essudato gonorroico che esce dall'uretra. La febbre è discesa a 37, 6°.

Riprendo allora gradatamente la cura locale antisettica dell'uretra, cominciando coll'applicazione di una soluzione di albargina, che è tollerata. Ciò ha per effetto di far diminuire il pus.

Alla fine di agosto è cessato lo scolo purulento. La palpazione delle vescichette seminali non risveglia più dolore e non presenta nulla di rilevante. La prostata è rimasta alquanto tumefatta. Sospendo ogni cura, perchè ritengo che colla guarigione dell'uretrite anche la prostata ritornerà gradatamente nelle sue condizioni normali.

Durante la malattia non è mai insorta orchite. Anche i cordoni spermatici non hanno mai presentato i sintomi (tumefazione, dolore, calore) della funicolite.

L'anamnesi ci dimostra nettamente il rapporto di causa ad effetto fra la preesistente blenorragia (che è il fattore eziologico più comune della malattia che stiamo studiando) e la prostatovescicolite.

Nessun'altra causa potrebbe infatti invocarsi e nemmeno la pregressa sifilide. Nel periodo terziario si possono veramente riscontrare lesioni della prostata e delle vescichette seminali, come pure di altre parti degli organi genitali: i dotti deferenti, i corpi cavernosi del pene e specialmente i testicoli. Ma è raro che le lesioni restino limitate solamente alla prostata e alle vescichette, senza invadere altre parti vicine, e anzi tutto il testicolo, che nella sifilide degli organi sessuali suole essere la sede di predilezione. E poi in queste lesioni specifiche esse assumono sempre l'andamento di una forma cronica; nel nostro caso trattasi evidentemente di una complicazione acuta.

Spesso la prostatovescicolite acuta termina colla formazione di un ascesso. Nel caso in parola, per virtù sia delle cure praticate sia di altre cause che sfuggono, il processo infiammatorio dopo un periodo di massima intensità è andato gradatamente declinando.

È agevole spiegare come dall'uretrite gonococcica possa essere insorta la prostatovescicolite. I gonococchi, invasa prima l'uretra anteriore e poi la posteriore e raggiunto il verumontanum, hanno potuto penetrare facilmente nei condotti escretori delle ghiandole prostatiche.

In corrispondenza del verumontanum poi sboccano anche i due canali eiaculatori. Una volta che i gonococchi si sono insinuati in questi canali, hanno trovata aperta una duplice via: o il breve condotto che termina all' corrispondente vescica seminale o il canale deferente che trasporta i gonococchi al testicolo.

E quest'ultima è la via che suole essere seguita: è più lunga, ma è favorita dalla forza di gravità e dalla costituzione anatomica dei canali deferenti, che si allargano alla loro estremità in una dilatazione fusiforme detta *ampolla*, la quale diviene facilmente ricettacolo di prodotti morbosi. Dopo l'ampolla poi, i canali presentano una serie di fondi ciechi, onde i germi possono annidarvisi senza essere risospinti indietro dalla corrente liquida, la quale dai testicoli si dirige alle vescichette e al verumontanum.

È notorio come l'epididimite e l'orchite siano fra le più frequenti complicazioni della blenorragia. Non solo, ma spesso i gonococchi compiono un cammino retrogrado e, (come già si disse), dopo aver prodotta l'orchite per la via del canale deferente, si trasportano entro la vescichetta seminale. E ciò appare chiaro se si considera che i germi vengono trascinati dal liquido spermatico, il quale percorre il canale de-

ferente, spinto dallo strato di fibre muscolari lisce (longitudinali e circolari) che ne-compongono la parete, dirigendosi alla rispettiva vescichetta che è il serbatoio dello sperma.

In altri casi invece — e il nostro ne è esempio — la via ordinaria (canal deferente-testicolo) è stata risparmiata, come lo dimostra l'assenza dei sintomi di deferentite, epididimite ed orchite, e i germi patogeni, penetrati nei canali eiaculatori, si sono insinuati nei piccoli condotti che fanno capo alle vescicole seminali.

Coll'invasione della prostata e delle vescichette seminali è terminato nel nostro malato il cammino ascendente dei gonococchi. Non era difficile al processo infiammatorio, oltre alla già accennata via del canale deferente e del testicolo, percorrere la restante uretra prostatica e penetrare in vescica.

L'uretra prostatica presenta normalmente tre centimetri di lunghezza ed è tutta quanta accolta nella spessorezza della prostrata, nella quale si approfonda subito appena staccatasi dalla vescica. Ed intimi sono i rapporti della prostata col collo della vescica che essa circonda. Il verumontanum occupa la parte inferiore della porzione prostatica dell'uretra: e da esso al collo della vescica distano circa due centimetri. E questa breve distanza ci dimostra quanto sia grande la probabilità che i germi, quando hanno raggiunto il verumontanum, ascendano alla vescica. Nè della mancata complicazione è facile intendere se siano responsabili o la speciale resistenza di questi tessuti o la diminuzione della virulenza dei germi o la cura antisettica che ha creato un ambiente deleterio alla vita dei bacterii.

E nemmeno è avvenuta la diffusione del processo infiammatorio ai tessuti vicini, sotto forma di periprostatite e di perivescicolite. La prostata è circondata da una specie di capsula, la quale è formata dall'impalcatura fibro-muscolare

dell'organo e forma una barriera al diffondersi del processo infiammatorio. E le vescichette presentano la parete difesa da un duplice strato di fibre muscolari lisce che, contraendosi durante l'ejaculazione, compiono l'ufficio di immettere lo sperma nel canale uretrale. Per aversi la periprostite e la perivescicolite è in genere necessaria una maggiore intensità del processo infiammatorio colla conseguente produzione di ascesso.

Le complicazioni che possono trarre origine da una infezione blenorragica sono moltissime; la prostrato-vescicolite acuta non è frequente e merita di essere segnalata. Perché i batteri hanno preferito di assalire la prostata e le vescichette ed hanno risparmiato altri organi (ghiandole del Cowper, testicolo, vescica urinaria ecc.) ugualmente esposti alla loro invasione? È assai difficile darne una ragione plausibile, se non si vuole ricorrere al vacuo e vieto concetto del *locus minoris resistentiae*, concetto che si suole invocare per non confessare la nostra ignoranza intorno alle intime condizioni anatomiche e funzionali dei tessuti viventi.

LETTERATURA

1) *Pick*. — Spermatocistite da meningococco. Berl. Klin. Woch. 1907, n. 31.

2) *Brouardel-Gilbert*. — Nuovo Trattato di Medicina e Terapia. Vol. XXII. Malattie degli organi genito-urinarii per *Le Fur* e *Siredey*.

3) *Brønnum*. — La spermatocistite nell'epididimite gonorrhoica. Hospitalstidende, 12 e 19 dicembre 1906.

4) *Reynès*. — Des vésiculites. Revue Clinique d'Urologie, janvier 1912.

5) *Colin*. — Examen et massage de la prostate et des vésicules. Rev. internat. de méd. et de chir., 10 août 1900.



3747



