

Altri casi di chirurgia renale / A. d'Antona.

Contributors

Antona, Antonino d'
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Roma : Dante Alighieri, 1894.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/ymcjc5x3>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

10.

DIRETTO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI

DIRETTORE DELLA R. CLINICA MEDICA
DI ROMA

FRANCESCO DURANTE

DIRETTORE DEL R. ISTITUTO CHIRURGICO
DI ROMA

A. D'ANTONA

PROF. DI CHIRURGIA NELLA REGIA UNIVERSITÀ DI NAPOLI

ALTRI CASI

DI

CHIRURGIA RENALE

(Estratto dal Vol. I-C, Fasc. 1)

ROMA

SOCIETÀ EDITRICE DANTE ALIGHIERI

—
1894

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

GUIDO BACCHELLI FRANCESCO DURANT

A. D'ANTONA

ALBERTI EASI

CHIRURGIA RIVALE

ROMA

Altri casi di chirurgia renale.

Comunicazione fatta alla Società italiana di chirurgia

da A. D'ANTONA

Prof. di Chirurgia nella Regia Università di Napoli.

Signori! — È sempre importante ogni contributo, quantunque piccolo, per arricchire la storia anatomica e clinica della chirurgia del rene.

Ecco perchè mi permetto dirvi in poche parole di tre mie ultime osservazioni, che ebbi occasione di fare nel corso dell'anno.

CASO I. — Nefrotomia-Nefrectomia-Guarigione.

STORIA CLINICA — *Anamnesi.* — C. Antonio, da Napoli, di anni 42, ammogliato, con due figli viventi e sani.

Da 18 anni coliche nefritiche a sinistra, ricorrenti prima ogni anno e poi più frequentemente. Dieci anni fa febbri malariche ripetutesi ancora quattro anni addietro. Tre anni fa uretrite blenorragica; altra uretrite blenorragica 5 mesi fa. Nonostante le ripetute coliche nefritiche, mai febbre nè modificazione della secrezione urinaria. Da 3 mesi, in seguito ad un più intenso accesso dolorifico nella regione renale sinistra, urina torbida emessa di frequente, poi febbre quotidiana preceduta da leggiero brivido, urina marciosa, dolori alla regione renale sinistra quasi continui, defedamento generale. Mai cateterismo, nè introduzione d'istrumenti nell'uretra.

Attualità. — Colorito pallido, sviluppo e conformazione scheletrica regolare ma non molto forte, masse muscolari flaccide, pannicolo adiposo sottocutaneo perfettamente scomparso, grande defedamento della nutrizione e delle forze, sistema ghiandolare normale.

Base del torace a sinistra più svasata dell'omonima; regione del fianco sinistro più piena e sporgente, ma non difformata. La palpazione rileva un tumore che riempie la loggia renale ed il fianco di sinistra, si avvanza sotto l'arcata costale, e non è possibile delimitarne sotto di questa il polo superiore. Si può delimitare bene il suo limite interno che si mantiene a qualche dito trasverso a sinistra della linea mediana; in giù scende fino alla parte media della linea che unisce la cicatrice ombelicale colla spina iliaca anteriore superiore, e poggia sulla parte più alta della fossa iliaca. Il tumore è a bozze, più lungo nel suo diametro longitudinale che nel trasversale; la sua configurazione generale è reniforme; non si sposta nella profonda inspirazione nè colle manovre dell'osservatore; è chiaramente fluttuante. Poggia direttamente sul quadrato dei lombi, ed è in contatto colla parete addominale al fianco. Nella metà interna della sua faccia anteriore è separato dalla parete addominale da anse intestinali, delle quali una in vicinanza del polo inferiore è addossata e pare connessa col margine interno del tumore. Il colon discendente è anteposto al tumore, come si rileva dai dati della percussione e dalla insufflazione di aria nel retto. Negativo l'esame obbiettivo dei testicoli e della prostata, negativa l'esplorazione strumentale della vescica, negativo l'esame obbiettivo degli altri organi.

Temperatura 36°, 7 — 37°, 5.

Urine fetide, marciose. P. S. 1025; albumina gr. 8 per litro, dovuta interamente ad una grande quantità di pus; nessun altro principio chimico patologico: al microscopio si sono osservati moltissimi corpuscoli purulenti, rare cellule epiteliali dei bacinietti e dei tubulini renali, assenza di cilindri, di cristalli, di bacilli tubercolari.

La diagnosi non presentava grandi difficoltà: la sede del tumore profonda nel lombo, i suoi rapporti colla parete lombare, i suoi rapporti col pacchetto intestinale, e specialmente la posizione anteposta del colon, dato preziosissimo, quando esiste, per la diagnosi dei tumori situati nella loggia renale da un canto; e dall'altro la forma allungata dall'alto in basso del tumore, la sua configurazione reniforme, il carattere marcioso delle urine erano dati sufficienti per considerare quel tumore come una dilatazione della pelvi e del rene sinistro ripiena di marcia.

L'infermo essendo straordinariamente sciupato, al punto da far prevedere che non avrebbe sopportato la nefrectomia in primo tempo, prescelsi la nefrotomia allo scopo di risollevarle le forze e la nutrizione dell'infermo, e rendere possibile con sufficienti probabilità di esito fortunato la nefrectomia in secondo tempo.

La nefrotomia fu eseguita alla mia presenza dal coadiutore prof. Lordi col termocauterio per risparmiar all'infermo la benchè menoma perdita di sangue.

Nel punto medio fra 12^a costola e cresta iliaca, a quattro dita trasverse dalla linea delle apofisi spinose, là dove la sacca fluttuante si sentiva più vicina alla parete lombare, si infisse un ordinario trequarti a rubinetto, dalla cui cannula, ritirato il punteruolo, venne fuori un pus fetidissimo.

Col bistori s'incide per due centimetri longitudinalmente in sopra ed in sotto del trequarti la cute, e col coltello del termocauterio, rasentando la cannula del trequarti, si allarga, procedendo sempre verso la profondità, il tragitto che accoglie la cannula del trequarti. Questa è poi sostituita con una lunga guida metallica introdotta rasente quella fin nella sacca renale. Allargato sufficientemente il tragitto, si introduce il dito: non si trova calcolo, si collocano due grossi tubi a drenaggio, e si irriga abbondantemente prima con soluzione di sublimato al 1/5 per mille e poi con acqua sterile.

Apiressia. — Buona nutrizione, china, ferro, olio di fegato di merluzzo. L'infermo ha talmente guadagnato nelle forze e nella nutrizione da essere irriconoscibile.

18 maggio - *Nefrectomia*. — Incisione che partendo dalla decima costola si prolunga in basso da passare a qualche centimetro avanti l'antico tragitto e giunge sin quasi alla cresta iliaca. S'asportano circa 3 centimetri dell'11^a costola. Con un taglio semiellittico si circonda in dietro il condotto fistoloso, di maniera che l'apertura di esso viene compresa tutta intorno dalle due incisioni. Introduzione di una pinza nel condotto da servire come guida, e col bistori e colle dita si isola come meglio è possibile. Un assistente fissa il tumore contro l'apertura praticata, ed io colla mano, dopo incisa l'aponevrosi di Cooper, cerco di isolare in basso il tumore. Per guadagnare spazio prolungo l'incisione in avanti della cresta iliaca per 2 o 3 centimetri. Opponendosi anche in dietro la dodicesima costola, questa viene fratturata e spostata. Si apre la capsula perirenale e fu agevole potere sgusciare completamente il tumore; ma per estrarlo fu mestieri ridurne il volume facendovi una incisione da aprire una sacca purulenta e rompere col dito diversi sepiamenti, da cui venne fuori abbondante raccolta di pus fetido.

I vasi in corrispondenza dell'ilo erano pochissimo sviluppati. Sopra una pinza si recide il tumore e si passano due lacci, uno da comprendere l'arteria e l'altro l'uretere e la vena.

I due fili della legatura furono lasciati lunghi e fatti uscire dal margine inferiore della ferita.

Sutura di buona parte della ferita.

Medicatura con garza sterile ed ovatta.

Esame anatomico. — Il tumore asportato è un rene grosso da tre a quattro volte il volume normale. Al taglio il coltello incontra un calcolo. Aperto il tumore, si vede che la sostanza corticale è quasi scomparsa ed è occupata da tante sacche purulente, di cui alcune liberamente comunicanti colla pelvi renale occlusa in parte da un altro grosso calcolo a forma stellata. Altri piccoli calcoli si trovano in altre sacche riempite da pus fetido.

Decorso. — L'infermo soffrì un po' pel cloroformio e fu tormentato per le prime ventiquattr'ore da vomito ostinato; però il giorno appresso poté ricevere del brodo con cognac. Al terzo giorno si fece la prima medicatura. Andò sempre migliorando ed il 1° luglio lasciò l'ospedale e residuava ancora un piccolo tragitto in via di guarigione. Ora gode florida salute ed è tornato alle sue occupazioni.

CASO II. — Nefrolitotomia-Nefrectomia-Guarigione.

STORIA CLINICA — Anamnesi. — Q. P. da Tricase (Lecce), di 47 anni, ammogliato, con una figlia vivente e sana. Abita siti di malaria. Nessun dato gentilizio di tubercolosi. Trenta anni fa blenorragia; ventotto anni fa sifilide costituzionale opportunamente curata; diciotto anni fa altra blenorragia, e poi segni di leggiero restringimento uretrale. Dodici anni fa dolori accessionali intensi alla regione renale sinistra con irradiazione all'inguine ed al testicolo corrispondente e stentata emissione delle urine. Qualche giorno dopo febbre alta con brivido, durata per una settimana. Esplorazione strumentale dell'uretra e della vescica fatta da un chirurgo; dopo due mesi urine torbide. Dilatazione graduale dell'uretra colle candelette, irrigazioni vescicali con soluzione di acido borico.

Il contenuto purulento dell'urina non si corresse; anzi andò gradatamente e lentamente accentuandosi. Circa quattro anni fa ematuria senza emissione di calcoletti dalle vie naturali, accompagnata da colica nefritica, sempre a sinistra, e da febbri. Cessata la colica si residuò un dolore leggiero alla regione renale con irradiazione lungo l'uretere corrispondente. Osservato da medici e da chirurghi, fu constatato un aumento di volume del rene sinistro e diagnosticata la pielo-nefrite. Migliorò nelle condizioni generali con opportuno trattamento medico; ma da tre mesi dolore lombare più molesto, urine più marcatamente marciose, defedamento nutritivo, ricorrenti elevazioni termiche.

Attualità. — Colorito pallido, sviluppo e conformazione scheletrica regolare, pannicolo adiposo sottocutaneo discretamente abbondante, ghiandole linfatiche piccole e dure. Ventre voluminoso come in individuo obeso, fluttuante, slargato ai fianchi, ma simmetrico. La palpazione profonda al disotto dell'arcata costale sinistra rileva la presenza di un tumore quanto un grosso limone, il quale, situato profondamente nell'addome, a sinistra della colonna vertebrale, si avvanza in giù dal disotto dell'arcata costale poggiando sul quadrato dei lombi. In alto non si arriva a delimitarne il polo superiore, che s'infossa profondamente sotto l'arcata costale, in dentro raggiunge appena la sporgenza della colonna vertebrale, in giù il suo polo inferiore arriva a livello della parte più alta della cresta iliaca, in fuori si avvanza nella regione del fianco senza riempirla completamente. Il tumore ha forma allungata, il suo dia-

metro maggiore è il verticale; la sua superficie è liscia ed uniformemente convessa, leggermente assottigliato il suo polo inferiore. La sua configurazione generale ricorda quella di un rene tre a quattro volte più voluminoso del normale, specialmente aumentati sono il diametro longitudinale e quello di spessore.

La percussione è timpanitica con varie gradazioni di tonalità su tutto l'ambito addominale. Nella regione del fianco sinistro la percussione diventa ottusa fra la mammillare e l'ascellare anteriore, e così si mantiene non interrotta sino alla colonna vertebrale sulla linea orizzontale intermedia alla cresta iliaca ed alla dodicesima costola. Il tumore subisce uno spostamento in basso nella profonda inspirazione, e si può fare subire allo stesso un leggero spostamento nel senso laterale. Esso poggia direttamente sul lombo, come si rileva con evidenza alla palpazione combinata lombo-addominale, la quale risveglia dolori.

La palpazione lungo il decorso dell'uretere sinistro non dà alcun segno, come era a prevedere, per il volume del ventre e l'obesità.

Esame obbiettivo dei testicoli, epididimi, dotti deferenti, negativo; negativa la sondazione vescicale; negativa l'esplorazione digitale della prostata dalla via del retto.

L'aia d'ottusità del fegato diminuita nel senso verticale per discesa del limite inferiore della risonanza polmonare di destra. Aia di ottusità splenica normale. Ai polmoni risonanza più profonda alla percussione; affievolimento del mormorio vescicolare e scarsi rantoli catarrali a medie bolle, non localizzati agli apici, all'ascoltazione. Esame obbiettivo del cuore negativo.

Temperatura 37° — 37°, 5.

Emometro di Fleischl 65.

Urine marciose, fetide, P. S. 1020, albumina gr. 7 per litro per abbondante contenuto mucopurulento, nessun altro principio chimico patologico: al microscopio abbondanti corpuscoli di pus, rari cristalli di acido urico, cellule epiteliali di tutte le vie urinarie, compresi i canalicoli renali.

La sede ed i rapporti del tumore, il carattere marcioso dell'urina, esclusa ogni affezione primaria della vescica, le ricorrenti elevazioni termiche e le notizie anamnestiche confortavano la diagnosi di pionefrosi da calcolosi renale. L'infermo, prima che le urine acquistassero carattere purulento, era stato cateterizzato, e da quel momento si erano accentuate le sofferenze renali e lo sciupo generale della salute. Nonostante il volume del ventre, e l'abbondante adipe, la nefrectomia prevedevasi circondata da difficoltà non affatto rilevanti, ed essendo le condizioni generali dell'individuo non molto deperate, la cifra dell'emoglobina non molto bassa, giudicai opportuna la nefrectomia in primo tempo. In questo caso mancavano le gravi condizioni di deperimento nutritivo e delle forze, che avevano negli altri infermi imposto come operazione d'urgenza e di ripiego la nefrotomia in primo tempo.

Per la scelta del processo operatorio mi domandai se in questo caso dovessi alla via addomo-extraperitoneale preferire la lombare da me modificata colla preventiva resezione dell'11ª costola, in vista del volume poco rilevante del tumore, della sua mobilità, dello abbondante accumolo di adipe nello spessore delle pareti addominali. Però, anche tenuto conto dello spazio utile che sarebbe risultato dalla resezione costale, giudicai la distanza costo-iliaca insufficiente per le esigenze tecniche, e preselsi il procedimento addomo-extraperitoneale, avuto riguardo alla posizione anteposta del colon, non ostante che i dati forniti dall'esame obbiettivo avessero dato ragione di ritenere l'angolo di riflessione della pagina esterna del mesocolon discendente spostato in avanti ad un grado non rilevante.

Previa accurata toilette del campo operativo e dintorni, cloroformio. Incisione verticale dal margine costale in corrispondenza dell'8ª costola per 15 centimetri circa in giù fino a livello dell'unione del quarto esterno coi tre quarti interni del ponte di Poupart, mantenendomi coll'estremo inferiore dell'incisione ad un dito trasverso più in alto della spina iliaca anteriore superiore.

Incisi tutti gli strati fino alla fascia di Cooper compresa, incontrai uno strato abbondante di grasso sottoperitoneale che venne dissociato colle dita fino al peritoneo parietale, che fu inciso per due centimetri: viene subito fuori uno zaffo di epiploon.

Col manico del bisturi introdotto per la breccia peritoneale vado alla ricerca del seno peritoneale di riflessione della pagina esterna del mesocolon, che trovo ad un paio di centimetri in fuori del margine esterno della incisione. Suture a sopragitto con catgut la piccola breccia peritoneale, e procedo a scollare la pagina esterna del mesocolon dalle pareti addominali, mentre un assistente, attraverso la parete anteriore dell'addome, fissa il tumore spingendolo di contro il campo operatorio. L'atmosfera adiposa sottoperitoneale è abundantissima, ciononostante arrivo, dopo un lavoro paziente di scollamento colle dita, a sentire dalla breccia il tumore, ma a distanza, attraverso una ricca atmosfera adiposa perirenale. Lacerando colle dita introdotte nella profondità della ferita quest'atmosfera adiposa, arrivai a contatto del polo inferiore e del margine convesso dell'organo, il cui volume era in realtà alquanto minore di quello che si aveva avuto ragione di ritenere nelle ripetute osservazioni: in verità nel giorno che precedette l'operazione l'infermo aveva emesso abbondante urina marcia, e forse anche durante l'operazione, provocata dalle manovre per enucleare il tumore. Nelle consecutive manovre per isolare il tumore, isolamento che riesce stentato per la straordinaria ricchezza di zolle adipose in mezzo alle quali è affogato l'organo, si lacera la parete della sacca renale in corrispondenza del margine convesso, e discreta quantità di pus leggermente sanguinolento, fetido cola per la ferita operatoria. Dopo copiosa irrigazione, con soluzione di sublimato al quinto per mille, della ferita e del cavo renale, introduco il dito indice nella sacca renale e trovo un calcolo, che con apposite e pazienti manovre tiro fuori con una pinza. È un calcolo grosso quanto due fave riunite insieme, ed era incastrato in vicinanza dello sbocco dell'uretere dentro la pelvi distesa. La cavità derivante dalla distensione della pelvi e dei calici non essendo molto anfrattuosa, e non contenendo altri calcoli; dallo spessore delle pareti della sacca e dal volume del tumore giudicai esser conservato ancora un residuo di sostanza renale, ed asportato il calcolo, non apparendo impossibile la guarigione del processo renale con conservazione dell'organo, seduta stante giudicai corretto rinunciare alla nefrectomia arrestandomi alla nefrolitotomia. Contro-apertura nella parte più bassa del lombo, dalla quale immetto nel cavo renale due grossi tubi a drenaggio, uno intero, l'altro con finestre laterali, e sutura a diversi piani, dopo accurato lavaggio con soluzione di sublimato al quinto per mille, della ferita delle pareti addominali.

Il cateterismo della vescica dà esito ad urina marcia con fiocchi purulenti: lavaggio vescicale con soluzione di sublimato al quinto per mille.

Vi fu febbre ed infezione di questa ferita che si slegò quasi completamente presentando fondo a margini necrotici. In seguito a ripetuti colpi di tosse, che non si riuscì a calmare colla morfina, giacchè il catarro bronchiale cronico di cui soffriva l'infermo si era alquanto esacerbato, un giorno alla medicatura si trovò procidente dal fondo della stessa un pezzo del grande epiploon quanto due castagne: la necrosi

si era estesa ai margini della piccola breccia peritoneale, ed era mancata l'adesione. È notevole il fatto che al 7° giorno completo dall'operazione, quando si manifestò la procidenza dell'epiploon non doveano essersi determinate ancora adesioni peritoneali nell'ambito della incisione peritoneale suturata e dintorni, e l'epiploon fuoriuscito ricco di adipe era liscio e lucente e vascolare come un pezzo di grande epiploon che capita di vedere nelle laparotomie. In seguito la ferita si presentò detersa e bene granulante, lo zaffo di epiploon fuoriuscito un po' ridotto di volume, pur esso granulante, e l'infermo procedè verso la guarigione: dalla sacca renale scarso prodotto purulento; urina limpida.

Dopo molte suppurazioni, e fra le altre una nello spessore delle pareti addominali del fianco dritto, finalmente cicatrizzato, restava una larga fistola lombare, dalla quale veniva pus in quantità. Anche nelle urine non mancava la marcia. Un bel giorno furono emesse urine limpidissime. La quale cosa mi assicurò che l'altro rene era sano. Allora per non lasciare l'infermo ad una vita impossibile, e colla minaccia grave di possibili guai, mi decisi alla nefrectomia.

Il 25 giugno si procede alla operazione.

Incisione longitudinale lungo la linea ascellare posteriore, prolungata dalla decima costola ad un dito trasverso in sopra della cresta iliaca. Questa incisione rasenta in avanti il dotto fistoloso della praticata nefrotomia. Con una incisione curvilinea si circonda anche in dietro il rimanente dell'apertura fistolosa. Resezione per circa 5 centimetri dell'11ª costola. Una lunga pinza nel tragitto fistoloso serviva di guida, due pinze americane attaccate all'apertura cutanea del tragitto servivano come punto di presa per le ulteriori manovre.

Giunto nella fascia di Cooper, si scolla questa dal peritoneo per poter circoscrivere il polo inferiore del tumore. In queste manovre si ruppe una sacca purulenta imbrattando la ferita di pus denso e di cattivo odore.

Irrigazione prolungata. Apertura della capsula perirenale e isolamento agevole di tutto il tumore.

Il rene era due volte il volume normale, fluttuante e a bozze come un colon disteso, di colorito bianco sporco, fluttuante.

Furono aperte alcune di queste sacche e ridotto il tumore che così poté essere tirato fuori la ferita; passato un laccio al picciuolo, si tagliò al disopra di esso. Nella superficie di sezione del picciuolo un grande accumulo di grasso, certamente periepiploico. Zaffamento con garza per buoni cinque minuti. Tolti questi zaffi si vide comparire nel campo operativo il polo inferiore della milza e si dovè fare la sutura della breccia peritoneale da cui fuoriusciva quest'organo. Seconda legatura del picciuolo. Venne un po' di sangue da un vaso profondo, sicchè fu necessario lasciare in sito due pinze emostatiche. Al margine superiore ed inferiore della ferita furono passati quattro punti di sutura da comprendere muscoli e cute, e zaffamento con garza della parte mediana della breccia attorno alle pinze.

Medicature successive sempre con zaffi alla garza.

Dopo 50 giorni era perfettamente guarito; ma ha dovuto subire parecchie incisioni per ascessolini che si formavano nei dintorni della ferita. I lacci furono emessi dopo 10 giorni e le pinze tolte dopo 48 ore.

Esame anatomico. — Il pezzo è costituito da un rene suppurato grosso due volte il volume normale. È a superficie irregolare di colorito bianco sporco. Al taglio si notano delle sacche piene di pus nello spessore della sostanza corticale, non più riconoscibile. Gran parte del tessuto midollare è sostituito da ammassi di tessuto adiposo.

Nel pezzo non sono microscopicamente dimostrabili nè l'arteria nè la vena renale, tanta è la trasformazione fibro-adiposa della regione della pelvi.

Anche nella sostanza renale vi sono scarsi vasi, stretti ed affogati dall'infiltrazione purulenta e dalla degenerazione grassa.

CASO III. — Cisti del rene destro — Resezione della parete cistica — Guarigione.

STORIA CLINICA - Anamnesi. — Nenna Vincenza, da Trani, di anni 56, maritata con figli, entrata in clinica il 15 giugno 1893 e operata il 21 giugno.

Ha avuto nove gravidanze a termine, ma vivono solamente tre figli; ebbe anche un aborto e parecchi parti prematuri attribuiti ad infezione sifilitica del marito. L'ultima sua gravidanza data da 18 anni. Da 7 anni ha perduto le mestruazioni.

La presente malattia data da circa 2 anni, quando s'accorse di un piccolo tumore al disotto dell'ipocondrio destro, duro ed indolente, poco mobile. Parve al medico trattarsi d'ingrossamento del fegato.

Il tumore è andato mano mano crescendo, occupando il lombo e parte della fossa iliaca corrispondente. Col tumore crescevano anche le sofferenze, perchè spesso aveva dei dolori trafittivi alla regione del tumore, dolori che s'irradiavano alla spina. Questi dolori spesso s'accompagnavano a vomito.

L'esame delle urine, del resto normali, faceva rilevare qualche corpuscolo rosso nel sedimento.

Esame dell'addome. — Addome alquanto tumido, più a destra che a sinistra; più appariscente a destra il reticolo venoso sottocutaneo.

Colla palpazione si nota la presenza di un tumore che occupa buona parte della metà destra dell'addome, a superficie liscia, di consistenza molle elastica chiaramente fluttuante. Il suo limite interno confina colla linea alba, il superiore s'affonda un poco, per circa un centimetro sotto l'arco costale; il limite inferiore scende a due dita in sopra della spina iliaca ant. super.; il limite esterno, lungo la linea ascellare posteriore prolungata.

La pressione d'avanti in dietro nel tumore si percepisce al lombo corrispondente. Facendo alzare in piedi la donna, il tumore scende in giù ed allora è possibile limitarlo bene in basso. La percussione rileva i dati plessimetrici di un tumore che ha spostato il colon in avanti e in dentro, cosa confermata maggiormente dall'insufflazione di aria pel retto.

Diagnosi. — Tumore del rene, probabilmente idronefritico.

Risultato negativo l'esame degli altri apparecchi, si procede all'operazione.

21 giugno. — Incisione longitudinale dall'arco costale in giù, un po' indentro della linea ascellare anteriore, per circa 25 centimetri. Taglio a man sospesa dei muscoli e colla guida dell'aponevrosi del Cooper. Occhiello nel peritoneo, dove si penetra col dito per controllare il seno di riflessione del mesocolon. Cucitura con catgut di questa apertura peritoneale. Scollamento colle dita del peritoneo dalla fascia di Cooper, da sinistra verso destra e d'avanti in dietro.

S'arriva sul tumore circondato da spessa atmosfera grassosa. Dissociato quest'adipe, si poté vedere il tumore di colorito bluastrò, fluttuante. Puntura col grosso trequarti e fuoriuscita di circa tre litri di liquido cedrina limpido. La parete cistica, assicurata a robuste pinze di Nélaton, era tirata all'esterno ed isolata dai tessuti attorno. In queste manovre si scoprì il rene, la cui sostanza circondava il fondo della parete cistica, alla quale intimamente aderiva.

Il polo superiore del rene era quasi scomparso, occupato dalla cavità cistica. Nelle manovre fu lacerata per un piccolo tratto la capsula fibrosa del rene, e venne fuori del sangue arterioso ed occorre la cucitura della capsula per frenare questa emorragia. Resezione della parete cistica a livello della sostanza renale.

Apertura di un'altra piccola cisti che si vedeva nel fondo della grande cavità, e cucitura dei margini del tessuto resecato in modo da chiudere perfettamente il fondo della cisti. Sutura delle pareti a strati nella solita maniera.

Esame anatomico. — Il pezzo consta di una sottile parete cistica, trasparente, solcata all'esterno da grossi vasi venosi. All'interno è di colorito roseo, liscia splendente.

Avvenne un po' di suppurazione della ferita, e furono aperti due punti e posto un drenaggio.

Il 23 luglio lascia la clinica perfettamente guarita.

I due metodi adoperati nei tre casi precedenti mi appartengono. Quello lombare, con l'incisione curva, con previa resezione dell'11^a costola e frattura dell'estremo anteriore della 12^a costola, fu eseguito la prima volta nel 1882. L'altro, addomo-extraperitoneale, fu ideato ed eseguito nel luglio del 1885, e nel susseguente mese di agosto fu pubblicato dal dottor Rosi nella *Riforma medica*, che fin da allora era diffusa sino alle cliniche di Berlino. Intanto alla fine di ottobre dello stesso anno, quattro mesi dopo circa dalla mia operazione eseguita e pubblicata, Bergmann propose all'Accademia dei chirurghi di Berlino il mio processo. E gli autori tedeschi continuano ad attribuirne il merito a Bergmann.
