

## **Di un caso di nefrectomia per rene tuberculoso / Antonino d'Antona.**

### **Contributors**

Antona, Antonino d'  
Royal College of Surgeons of England

### **Publication/Creation**

Napoli : Leonardo Vallardi, 1884.

### **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/at7rcd8t>

### **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](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

X 12  
**ANTONINO D' ANTONA**

---

DI UN CASO

DI

✓  
**NEFRECTOMIA**

PER

**RENE TUBERCOLOSO**

---

*(Estratto dall'Archivio e Atti della Società di Chirurgia Italiana)*

---

**Dottor LEONARDO VALLARDI, Editore**

**NAPOLI**

Corso Garibaldi — Piazza della Ferrovia

**MILANO**

Corso Vittorio Eman. 24

**ROMA**

Via del Corso, 269

**TORINO**

Via Finanze, 11

1884

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

1900

1901

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY



ANTONINO D'ANTONA

---

DI UN CASO

DI

# NEFRECTOMIA

PER

RENE TUBERCOLOSO

---

(Estratto dall'*Archivio e Atti della Società di Chirurgia Italiana*)

**Dottor LEONARDO VALLARDI, Editore**

**NAPOLI**

Corso Garibaldi — Piazza della Ferrovia

**MILANO**

Corso Vittorio Eman. 24

**ROMA**

Via del Corso, 269

**TORINO**

Via Finanze, 11

1884

INTRODUZIONE

DI UN CASO

NEFRECTOMIA

PER

RENE TUBERCOLOSO

Trattato del rene e dell'uretere di J. B. Blandin.

Donny LEONARD VALLAUX, Editore.

MILANO

CHIST

MONA

CHIST

---

Comm. G. de Angelis e figlio tipografi di S. M. il Re d'Italia



---

D'ANTONA. — Riferirò di un caso di nefrectomia e sarò breve per quanto l'argomento me lo permetta. Dirò anzitutto che se io avessi voluto semplicemente comunicare un caso di nefrectomia curata, non sarei venuto qui ad annoiarvi.

Le ragioni reali che mi hanno mosso a farvi questa comunicazione sono tali che credo Lor Signori vorranno approvare le mie considerazioni. Io credo di annunziare due cose nuove o per lo meno rare. L'osservazione mia se non è unica nella scienza, è immensamente rara. Una giovane signora ammalò al 21 di agosto 1882 con segni di suppurazione nel fianco sinistro; ai 21 dicembre è operata; dopo 40 giorni guarisce completamente; la signora s'impingua, riacquista la sua florida salute quale forse non ebbe mai in tempo di sua vita. All'esame il rene estirpato presenta la più tipica e bella forma di tubercolosi miliare. Ecco il primo punto importante. Il secondo è questo: nel caso in ispecie ho dovuto studiare e adottare un processo operatorio, che non è stato adoperato da nessuno. Le condizioni speciali della mia operata richiesero, che io trasportassi il campo operativo dai lombi al fianco, che avessi preliminarmente resecato l'undecima costa e che avessi fatta un'incisione curvilinea. Questi sono i tre punti importanti della nuova operazione che io voglio sottomettere al giudizio degli operatori.

Una giovane signora di 26 anni, piccola di statura, di costituzione linfatica, 5 anni or sono, il giorno della morte di Pio IX, accusa al fianco sinistro un piccolo dolore puntorio. Dopo mezz'ora questo dolore scomparve, ed ella ritornò perfettamente sana.

Da allora ogni 15 o 20 giorni, ed anche un mese, questo dolore tornava, durava mezz'ora, un'ora, compariva e scompariva, ma infine passava; e durò così, senza incomodar molto la paziente, fino al momento che ai 26 luglio 1882, passò a marito. Il 21 agosto 1882 faceva il suo viaggio di nozze; venne colta dallo stesso dolore, ma con tanta intensità e così fiero che fu obbligata a coricarsi in letto. Anzi la stessa sera improvvisamente fu colta da *brividi* prolungati, seguiti da febbre e risolti con sudore.

Da allora il dolore si rese persistente, la forma febbrile con bri-



vidi ritornò, e così seguì per lo spazio di 3 mesi. La febbre fu riguardata come malarica, come febbre napoletana, fino a che un intelligentissimo medico venne invitato ad osservare il caso, il prof. Paolucci.

Egli chiamò in consulto il Cantani e il prof. Palasciano. I fenomeni che si presentarono allora a questi illustri e distinti maestri vennero a favorire l'idea di un tumore suppurante della milza. E dirò le ragioni per le quali si venne a questa conclusione.

Nel momento in cui venne osservata da quei signori il tumore era così grosso, che arrivava a pochi centimetri dalla linea mediana, scendeva sino alla fossa iliaca e risaliva in su continuandosi perfettamente con la milza.

Io fui chiamato più tardi ed osservai la signora in condizioni molto più favorevoli, in consulto coi prelodati maestri e professori.

Vale a dire che i fenomeni del tumore si erano ridotti, e la sig. pel suo dimagrimento presentava una più facile osservazione, che non nei primi giorni. Si era anzi allora presentata per la prima volta un po' di marcia nelle urine, e ciò per lo spazio di 15 giorni continui.

Era tale l'idea fissa di quei professori, che quando si osservarono le marce nelle urine, anziché pensare ad una lesione del rognone, credettero ad un'apertura di un ascesso della milza operatasi nel bacinetto e nell'uretere.

Vi diceva, che quando io venni ad osservare la signora, le condizioni erano cambiate; ed ecco come i fatti si presentavano.

La regione lombare ed addominale sinistra era occupata da un tumore ben preciso, ben delimitato, che si estendeva in su fin sotto l'arco costale, però quivi si potevano infossare le dita fino a raggiungere il suo limite superiore.

Nella fossa iliaca c'era una tumescenza sensibile, mentre la coscia era in *forzata* flessione sul bacino. Pel suo bordo posteriore il tumore arrivava fino in prossimità della colonna vertebrale.

Per la parte diagnostica si poté constatare lo spostamento totale degl'intestini, e specialmente del colon discendente alla parte anteriore del tumore: da questo punto, cioè un tre dita trasverse dalla linea mediana la percussione era vuota fino alla colonna vertebrale.

L'altra circostanza favorevole al diagnostico fu il modo facile con cui le dita s'infossavano sotto le costole. Bene osservato questo tumore si venne di comune accordo a ritenere che si trattava di un tumore risiedente dietro gl'intestini, o meglio sotto peritoneale, perché se si fosse trattato di un tumore della milza e quindi addossato alle pareti addominali, questo non avrebbe permesso l'infossamento delle



dita, nè si sarebbero trovati anteposti gl'intestini, come era nel caso nostro.

Di più vi erano altri due fatti nuovi, che erano sopraggiunti, la compartecipazione cioè dello psoas alla suppurazione, e la comparsa della marcia nelle urine: due fatti che naturalmente erano incomprendibili, ove mai la suppurazione avesse potuto venire dalla milza.

Fu per questi motivi che fattasi la diagnosi di pielonefrite suppurata proposi, e fu accettata, l'estirpazione del rene.

Io non mi fermo qui a dire perchè rifiutai in quel caso il processo addominale. Si scelse la via dei lombi. Ma qui prima che venga a descrivere l'operazione, mi sarà permesso di rispondere ad un'obiezione che amichevolmente mi fu fatta ieri. Perchè si estirpò il rognone e non si pensò ad aprire largamente una via a questo ascesso, mettendo un drenaggio che avesse permesso lo scolo della marcia? Eccomi subito a rispondere. Prima di tutto trattandosi di un rognone suppurato, e di una suppurazione nella quale noi avevamo tutte le ragioni per ammettere che l'intera sostanza renale vi doveva partecipare, perchè il tumore era ben grosso, era naturale l'ammettere che il rognone fosse convertito in un sacco purulento ma diviso in tante loculazioni. Il fatto poi lo ha dimostrato. Ed anche ad ammettere che il rene fosse convertito in un unico sacco, esso era a suporsi irregolare; per la qual cosa apertasi questa cavità così irregolare il fondo della quale era formato da un tessuto infiltrato non poteva venire buona granulazione e a facile guarigione. Ond'è che per la difficoltà nella quale noi avevamo ragione di supporre che fosse il rognone per una buona granulazione e guarigione, esso era destinato ad essere estirpato.

C'era pure l'altro fatto che la lesione datava da molto tempo, il tumore era grosso per cui si era indotti a credere che la sostanza del rognone fosse perfettamente distrutta. Quindi era inutile la conservazione di un organo che avrebbe compromessa la guarigione. Anche volendo sostenere che questo rognone poteva servire ancora a qualche cosa e che era conveniente lasciarlo, posso assicurare che la Signora era così anemica, così deperita, che una suppurazione di una maggiore durata ne avrebbe compromessa l'esistenza. Ma dicevo che si aveva ragione di supporre distrutto il rognone. Infatti la marcia si presentò dopo tre mesi dalla data della malattia, e si presentò tardivamente, ciò voleva dire che l'uretere era poco o punto permeabile; e siccome non ostante l'impermeabilità dell'uretere, non ci erano mai stati fenomeni di ritenzione urinosa, laonde si dovette ragionevolmente ammettere, che la sostanza renale non funzionava, più non dava urine; e che la sostanza stessa per compressione e suppurazione era



completamente distrutta. C'era poi un'altra ragione che ci decideva a questa estirpazione, ragione che avrei potuto dirla prima, e che per se sola bastava ad indicare la operazione ed è questa; con un uretere, come ho detto, niente permeabile; con un ascesso che occupava tutta la sostanza del rognone; anche ad ammettere che tutta la sostanza renale fosse ben conservata, tutte le probabilità stavano perché dopo la guarigione, si sarebbe residuata una fistola lomborenale; fistola, per la quale dopo qualche tempo ci sarebbe stato bisogno dell'operazione, della nefrectomia che in un primo tempo voleva evitare. Cosicché per la distruzione completa del rognone, per la compartecipazione dei tessuti e anche per le difficoltà che si sarebbero incontrate per ottenere la guarigione, a causa della perenne suppurazione cui avrebbe dato luogo la fistola, che si sarebbe residuata, ci decidemmo alla estirpazione del rene.

Nei 3 o 4 giorni che precedettero quello dell'operazione io studiai nel caso in ispecie l'applicabilità di qualche metodo, di qualche processo da altri eseguito, e debbo dirvi che non mi riuscì apprendere sufficienti particolarità operative della moderna chirurgia, salvo quelle poche cose comunicate su per i giornali, che non mi persuadevano. L'incisione fra la 12<sup>a</sup> costa e cresta iliaca, io non poteva completamente accettarla, per ragioni che dirò ora. Sapeva della operazione Czerny ma non sapeva tutte le particolarità, che solo di poi mi fu dato conoscere.

Czerny così descrive in un caso di nefrectomia eseguito in una donna con fistola lombo-renale per suppurazione renale apertasi. La fistola stava in sotto della 12<sup>a</sup> costola egli vi introdusse il dito, sbrigliò sopra e sotto, e discese profondamente nella cavità, e toccando qualche cosa che somigliava la consistenza della milza riconobbe che era il rognone. Allora allargò ancora di più la ferita, e non riuscendo a tirar fuori il rognone, passa alla resezione parziale della 11<sup>a</sup> costa. La donna dopo lungo tempo guarì. In questa operazione lo Czerny fu portato alla resezione della costola non da un piano operativo prestabilito, sibbene dalla necessità nella quale egli si trovò d'allargare in tutti i sensi.

Io nello studiare un processo operativo, aveva le seguenti indicazioni: niuna perdita di sangue possibile, ed in questo caso diventava una condizione indispensabile che la donna non perdesse un'oncia di sangue, a causa del suo estremo debilitamento.

Per questo stesso obbiettivo io voleva, per quanto era possibile, evitare la rottura del rene, prima che fosse raggiunto il picciuolo, perché la rottura del rene avrebbe dato sangue, e compromessa la vita dell'inferma. Ed inoltre c'era un'altra considerazione; il rognone noi



dovevamo supporlo grosso, ossia voluminoso, ed il fatto lo dimostra tale, quindi aveva bisogno di una larga ferita. Ed in ultimo c'era la difficoltà che nel caso in ispecie io avrei trovato nel raggiungere il picciuolo. Difatti il rognone era così grosso nelle sue parti convesse, che aveva occupato la regione del fianco, e procedeva nella sua superficie molto avanti nel cavo addominale. Procedendo dalla regione lombare tra la 12<sup>a</sup> costa e la cresta iliaca, io mi sarei trovato contro al grande margine rotondo del rognone, e quindi più prossimo alla superficie posteriore, anzichè all' anteriore; ond' è che avrei dovuto durare molta fatica per raggiungere la parte anteriore di esso ed il picciuolo di contro alla colonna vertebrale. Si fu per questo che io misi in pratica il seguente processo.

In corrispondenza della superficie esterna dell' undecima costola, partendo dal punto dove essa s' incontra colla linea ascellare posteriore, praticai da dietro in avanti una incisione lunga cinque centimetri circa, profonda sino al periostio ed un po' obliqua alla direzione della costola stessa, in guisa tale che l' incisione, cominciata quasi al suo margine superiore, andava a terminare verso l' inferiore. Non si ebbe una goccia di sangue. Incido il periostio e lo rovescio in due piccoli lembi rettangolari, superiore ed inferiore, e per un piccolo tratto distaccatolo delicatamente dalla superficie interna della costola, con una piccola forbice osteotoma la resecai nel mezzo; sollevo e distendo l' un dopo l' altro i due frammenti, e ne asporto poco più di due centimetri per parte.

La spostabilità dei comuni tegumenti fa sì che con una breve ferita io posso asportare quasi cinque centimetri di costola: quasi niente sangue. Nel fondo della ferita rimane intera e si vede la doccia perlacea del periostio. Allora partendo dall'angolo inferiore-anteriore di quella ferita, prolungo l' incisione seguendo la sua direzione obliqua e curva in basso ed in avanti sino alla metà dello spazio compreso tra l' undecima costola e la cresta iliaca, e dopo invertendo la direzione curvilinea indietro ed in basso, raggiunti la cresta iliaca là dov' essa s' incontra colla linea ascellare posteriore prolungata in basso. Così ne risulta un' incisione curva volta verso la colonna vertebrale e distante di qualche centimetro dall' estremo libero della dodicesima costola, ed i cui angoli superiore costale, ed inferiore iliaco corrispondono nella stessa linea ascellare posteriore. Il tratto della costola resecata corrisponde al tratto ed angolo superiore della curva.

Ligato un piccolo vaso cutaneo ed un altro muscolare al catgut, raggiungo, procedendo a strato a strato, nel fondo di quell' asciutta ed anemica superficie della ferita, il decorso del 12° nervo intercostale e primi lombari e le arterie corrispondenti, le quali sono prima



assicurate colla pinzetta e poi, ligate isolatamente, insieme al nervo vengono tagliate. Incisa l'aponevrosi profonda del quadrato dei lombi, è messo allo scoperto il rotondo e grosso margine libero del rene: il suo colore è bruno, il piccolo tratto scoperto non è difformato alla superficie e la consistenza non è molle, nè molto cedevole; mi provo ripetutamente a sentire la fluttuazione, lo tentano per alcuni minuti i Prof. Palasciano e Iennaco, e si conchiude non sentirsi affatto fluttuazione. Il momento è dei più imbarazzanti; rimossa ogni compressione sull'addome e attorno la regione, col dito introdotto profondamente nella ferita mi convinco che la sostanza renale è depressibile così sotto il mio polpastrello, che non è possibile ammettere l'integrità della sostanza medesima, la sua compatta tessitura non poteva dare quella mollezza. Allora fiducioso disseco col dito il polo superiore del rene, e procedendo all'inferiore trovo insolite aderenze, che con coraggio sempre crescente prendo a lacerare, e si rompe una sacca di pus, che vien fuori in quantità strabocchevole. Si fa un abbondante lavaggio fenicato. Aveva già dissecato il rene, ma non riusciva a cacciarlo fuori, non permettendolo il suo volume. Il picciuolo coi vasi ed uretere raccorciato, ingrossato, indurato ed aderente rendeva maggiori le difficoltà; ed era quest'ostacolo meccanico, che non mi permetteva di rivolgere un po' il rene in guisa da far procedere innanzi uno dei suoi poli. Intanto all'angolo superiore la doccia formata dal periostio mi restringe lo spazio; allora ligo l'arteria intercostale, e poi lacero a poco a poco colle unghie tutto il periostio, in guisa tale che l'angolo superiore della ferita poteva spingersi colla pressione sino al margine inferiore della 10.<sup>a</sup> costola. Fu solamente così che potei introdurre quattro dita innanzi e quattro dita indietro del tumore renale, e tirando con forza tirarlo fuori dalla ferita.

Grazie alla concavità del margine inferiore della ferita, alla sua posizione molto in avanti; ed alla sua depressibilità, potei raggiungere il cortissimo e resistente picciuolo. Il tessuto connettivo attorno il bacinetto era così ispessito ed indurato che non fu possibile distinguere vasi ed uretere. Deciso a ligare in due il picciuolo grosso quanto due dita riunite insieme, e non volendo conficcare un ago o specillo portafilo attraverso quel picciuolo per paura di ferire la vena o l'arteria, cerca co le dita disgregarlo nel mezzo, scavarmi per dissociazione un infossamento, e quando con questo paziente lavoro raggiunsi quasi la parte opposta allora passai un doppio filo di fortissima seta, ed annodai. Oltre a ciò posi altra fortissima ligatura in massa di qua della doppia ligatura, e recisi sempre in qua di quella, in guisa da lasciare un picciuolo quasi di tre centimetri.

Rimosso il tumore renale, potei scendere colle dita giù profonda-



mente nella fossa iliaca; una vasta escavazione ascessoide occupava tutta la fossa iliaca interna quasi sino al distretto superiore; e giù fin in sopra dell'arcata crurale; residui del muscolo psoas dividevano quella cavità dall'altra posta anteriormente.

La quantità di marcia venuta fuori durante l'operazione e dopo fu grandissima. Si pratica un lavaggio abbondantissimo coll'acqua fenicata al 5 0/0. Il picciuolo nettato ed asciugato viene imbibito ed infiltrato di percloruro di ferro cristallizzato; e poi coperto addirittura di iodoformio, fu lasciato ritirarsi fin contro la colonna vertebrale; se avessi avuto meco il termo cauterio, avrei forse preferito di carbonizzare il picciuolo. Venticinque grammi di iodoformio ottimo furono spolverati per tutta quell'ampia cavità ascessoide e ferita.

Due grossi tubi furono collocati e spinti profondamente per più di dieci centimetri giù nelle due cavità della fossa iliaca, ed altro tubo fu allogato nel seno superiore della ferita verso la milza. Per suggerimento del Prof. Palasciano io volli lasciare la ferita aperta ed imbottita di soffice garza iodoformica.

Ora si può giudicare, se col mio nuovo processo soddisfecì a tutte le imperiose esigenze richieste dal caso. Tutti i Prof. presenti convennero con me, che se io mi fossi tenuto al comune processo, non avrei potuto terminare l'operazione senza compromettere la vita dell'inferma.

Posso dire che non si perdettero in tutto due once di sangue.

La resezione preventiva della costola procedè così spedita e senza sangue, che si può dire non aver fatto parte dell'operazione nel suo insieme importante.

L'essermi portato colla mia incisione innanzi all'estremo libero della 12.<sup>a</sup> costola mi fece guadagare spazio per tutta quell'altezza occupata dalla larghezza della costola e dallo 11.<sup>o</sup> spazio intercostale — colla resezione della 11.<sup>a</sup> costola guadagnai fino al margine inferiore della 10.<sup>a</sup> costola

Colla forma curva della mia incisione mi feci più spazio, resi facile la resezione preventiva della costola in un punto più indietro che mi fu possibile, dove la pleura la cuovre completamente riuscendo poi a mettermi innanzi la 12.<sup>a</sup> costola.

Intanto per la posizione del campo della ferita portata molto innanzi, specialmente nel mezzo della sua curva, e per la depressibilità delle pareti addominali, giusto in quel punto io potei raggiungere con facilità il cortissimo e rigido picciuolo e portarlo insieme al rognone a fior di ferita.

Il decorso consecutivo della lesione però riassume in poche parole.

Nella sera cade la febbre a 38°. I primi giorni decorrono quasi



apirettici, il prodotto è abbondante ma buono. All' 8.<sup>o</sup> giorno si riaccende forte la febbre e dura per due giorni. Divarico con grosso specillo tutta la ferita fino alla profondità e scuopro il picciuolo rammolito, disfatto, puzzolente, ne rimuovo una buona parte, e sul rimanente vi passo del percloruro e covro di iodoformio. Cade la febbre ma si riaccende dopo tre giorni.

Ritorno alle mie ricerche sul sito del picciuolo che, in via di disfacimento viene tutto cacciato fuori. La signora dal 14.<sup>o</sup> giorno comincia a sentirsi bene, il prodotto della ferita si riduce a poco, essa comincia a granulare splendidamente, cessa il dolore alla regione iliaca e la coscia comincia a distendersi senza molestia.

Al 20.<sup>o</sup> giorno nuova febbre, un po' di meteorismo, perdita di appetito, si guasta l'aspetto delle granulazioni. Le si amministra un purgante essendo da molti giorni stitica. Cade di nuovo la febbre, la signora comincia a riacquistare assai in salute, e ai 24 gennaio comincia a levarsi da letto. La ferita procede rapida nella sua riparazione; Al 45.<sup>o</sup> giorno nel campo dell'operazione non rimane che una raccorciata ed infessata cicatrice.

La signora è così rifatta nella nutrizione che ai 28 febbraio ha la sua regolare mestruazione, perduta da molti mesi;

Il rene era forse quattro volte più grosso del normale, e la sua superficie esterna è a bozze più o meno piccole. Al polo inferiore tutta la sostanza renale è distrutta e l'escavazioni suppurative renali di questa sezione sono in libera comunicazione con l'escavazione ascessoide perirenale.

Lo spaccato del rene mostra un grande numero di escavazioni e caverne, alcune comunicanti tra loro, altre separate e sequestrate. Il contenuto è costituito da una massa piuttosto caseosa che purulenta; il fondo di ciascuna escavazione è bianco, polposo, irregolare, addirittura come superficie ulcerosa.

I vasi sono ridotti grandemente nel loro calibro, appena riconoscibile è l'arteria e la vena renale; tutti e due questi elementi insieme all'uretere poi sono circondati e ridotti in una massa da un tessuto cicatriziale spesso e duro.

All'esame microscopico in alcuni punti è perfettamente riconoscibile e conservata parte della sostanza corticale; i tubulini contorti sono compressi, ridotti, ma ben riconoscibili; piccoli anch'essi i corpuscoli malpighiani. Il fondo di quelle ulcere cavernose è formato da una zona irregolare d'infiltrazione grassa e ridotta verso la superficie in detrito; un po' più profondamente si notano numerose le cellule giganti con degenerazione speciale nel loro centro, e circondate dapprima da una zona di cellule endoteliali grasse e sparse in mezzo



a larghe maglie fibrillari, e poi da una zona più eccentrica, nella quale notasi quell'enorme infiltrazione di elementi piccoli, numerosi, di forma rotonda, impigliati in un finissimo reticolo.

In una sezione più profonda tutta la sostanza del tessuto è con infiltrazione di numerosi noduli, ciascuno con disposizione circolare e concentrica dei suoi elementi. Nel centro di ciascuno di questi noduli si riscontra qua e là una formazione da accennare a quella della cellula gigante; ma questa non è così netta e circondata da quella zona endoteliale, come si trova in prossimità del fondo dell'ulcera. Pare che quest'apparenza netta della cellula gigante appartenga ad un periodo più avanzato e forse regressivo della formazione cellulare sottostante. Difatti, è quella degenerazione speciale, e forse grassa del centro della cellula, che spingendo i nuclei alla periferia, la rende di forma netta e precisa, e che forse costituisce la singolarità della cellula gigante tubercolare a distinzione di altra cellula in altri processi (sarcomi). Il fatto che esse cellule così ben formate si trovano più in vicinanza del fondo delle ulcere avvalora quel giudizio.

Nel primo tempo non furono fatte ricerche per rintracciare l'esistenza del *bacillus tubercularis*, perchè il sospetto della natura tubercolare del processo non venne che troppo tardi, quando le ricerche sul pezzo indurito non potevano che dare risultati negativi; e infatti tutti i tentativi eseguiti coi diversi processi non condussero ad alcun risultato. Nulladimeno sulla natura tubercolare del processo non può esservi alcun dubbio. L'esame del pezzo e dei preparati istologici relativi furono mostrati a quanti erano intelligenti di queste cose in Napoli.

Questo singolare fatto prova, che la tubercolosi del rene può essere unilaterale e principalmente che un focolaio tubercolare, esteso da comprendere un intero organo e progredito al grado da dare distruzioni complete per ulcerazione e suppurazione dello stesso organo, può essere distrutto ed asportato senza che conseguenze di recidiva e di ripetizione di processo abbiano luogo in organo omonimo o in altri.

La tubercolosi adunque in certe sedi può restare localizzata anche a periodo avanzatissimo del suo procedimento.

Non posso terminare questa comunicazione senza esprimere una mia idea sul proposito. C'è un po' di tendenza oggi in anatomia patologica, ad estendere il significato sul processo tubercolare. Per poco che si veda un aggruppamento di elementi a focolai disseminati; basta che si scovra attorno una forma di tessitura endoteliale, perchè quei focolai si caratterizzino per tubercoli. Io non voglio fare alcuna osservazione in contrario, la scienza deciderà; ma dirò semplicemente



che io non vorrei che questo giudizio anatomico fosse il solo per decidere un processo tubercolare. Desidererei che anche la biologia degli elementi di questi tumori, e anche la forma clinica contribuissero a questo giudizio. Che volete che vi dica? Sentire che una tubercolosi in una sinoviale, in un osso, in un organo qualsiasi dura per 4 o 5 anni, senza che si notino affatto dei rammollimenti o suppurazioni, o prodotti degenerativi e fatti infettivi, non mi sembra castigato scientificamente. E di fatti così non si ha il concetto nè del tubercolo, nè della tubercolosi.

Il concetto chimico è incompatibile con questo intendimento anatomico. Quindi io vorrei che si desse un po' più di valore all'insieme del processo. Nella biologia del processo ha un valore anche la storia clinica. Se nel caso del rognone, io avessi osservato semplicemente quegli elementi, con quella speciale tessitura, sebbene essi sieno della forma più tipica che mi conosca (non ne ho visto di simili che nel polmone e nella pia madre); e se non avessi veduto quella speciale fusione e rammollimento, quel vasto focolaio di distruzione, mi sarebbe mancato davvero il fondamento del giudizio clinico per ammettere una tubercolosi. Questo è interessante perchè il concetto clinico che si annette a quella lesione è qualche cosa di più che non sia il concetto anatomico.

Io, signor Presidente, ho terminato. Questo caso mi pare che possa servire ad una applicazione più estesa, di quella che a prima giunta possa sembrare; perchè dimostra scientificamente la possibilità di tubercoli primitivi del rognone, non solo, ma anche la possibilità di estirpare questo rognone ed avere una radicale guarigione. Dunque tubercolosi vera, localizzata, caratteristica clinicamente ed anatomicamente, con guarigione reale e definitiva dopo la remozione del focolaio primitivo, sebbene esteso in avanzatissimo grado di evoluzione, ecco le deduzioni pratiche della mia comunicazione.













