

DOTT. A. TURRETTA

*Chirurgo primario nell'Ospedale S. Antonio di Trapani*

---

# Estirpazione totale della vescica

(CONTRIBUTO CLINICO)

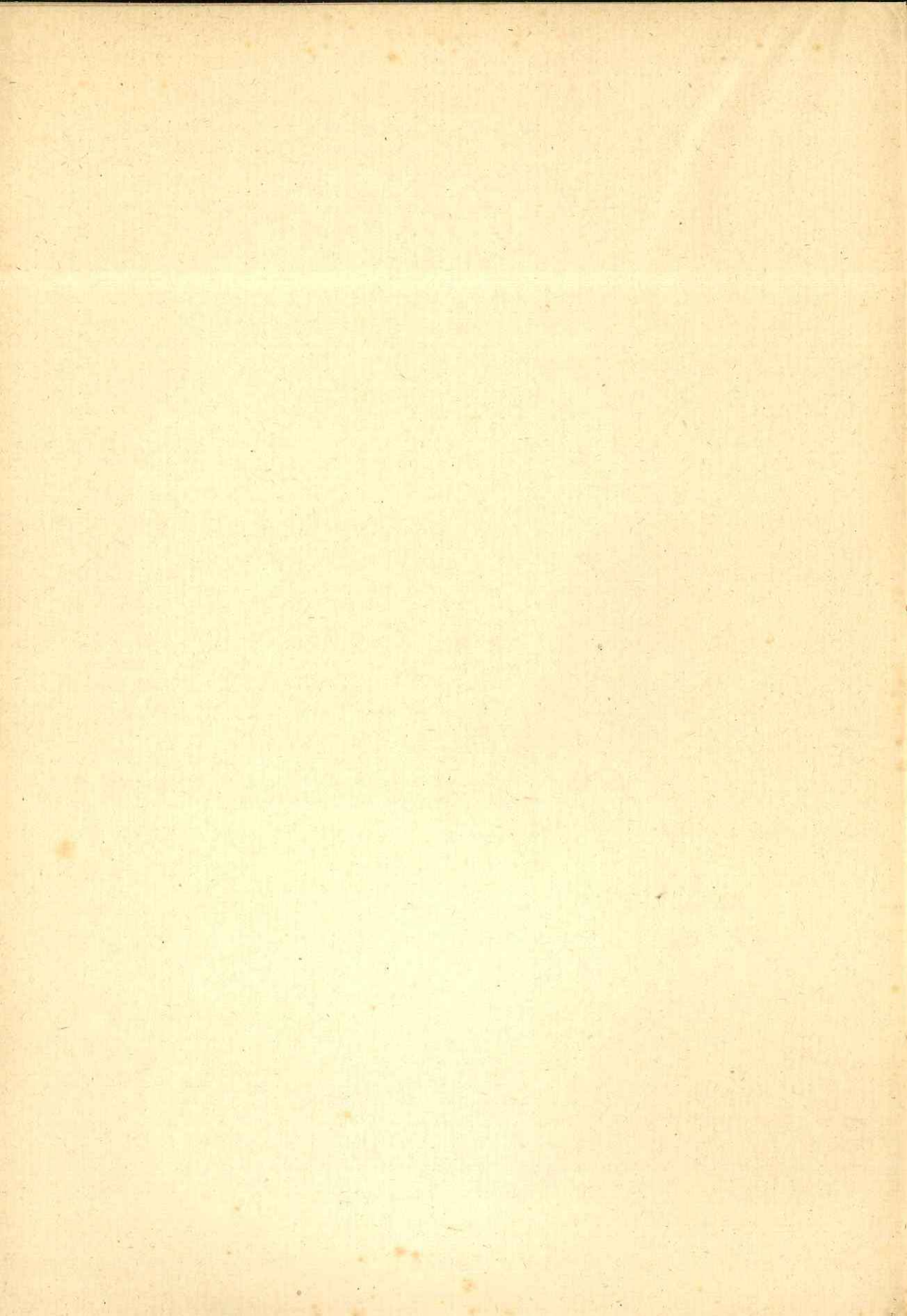
---

*(Estratto dagli Atti della Società Italiana di Chirurgia)*

---

ROMA  
TIPOGRAFIA INNOCENZO ARTERO  
Piazza Montecitorio, 124-125

1899





---

**Dott. A. TURRETTA. — Estirpazione totale della vescica.**  
— **Contributo clinico.**

La estirpazione totale della vescica ha una storia recente: è appena trascorso un decennio che Bordenheuer la praticò per la prima volta nell'uomo (1887); un anno dopo Pawlick ottenne un primo successo nella donna. Seguono le altre operazioni di Küster (nell'uomo), di KümmeI (nella donna), di Kossinski (nella donna), di Trendelemburg (nella donna), di Vassilief (nella donna), di Albarran (nella donna) e di Tuffier (nell'uomo). In tutto, tre osservazioni nell'uomo, delle quali una sola seguita da successo (Tuffier).

Non vi ha dubbio che la cistectomia totale, sia per la non poca frequenza delle affezioni che la renderebbero necessaria, come per le molte quistioni che ad essa si riattaccano, è tale atto operativo che richiede il contributo sincero di tutti gli osservatori, qualunque sia l'esito ottenuto; perchè solo dall'esperienza e, se vuolsi anche, dagli errori di coloro che vi si sono accinti per i primi possono scaturire quegli ammaestramenti che serviranno per l'avvenire a rendere l'operazione stessa meno disastrosa e più agevole.

Ecco intanto l'osservazione che mi riguarda:

Uomo di 33 anni, Carrato Giovanni da Castelvetrano, robusto e di condizioni generali buone. Entra nel mio comparto il 15 feb-



braio 1897, per fenomeni vescicali che datano da parecchi mesi e che sono stati ribelli alle cure suggerite dai medici del suo paese. Gli accidenti erano costituiti da sensazione molesta di peso al perineo e dal bisogno frequente di emettere l'urina, la quale conteneva spesso del sangue e lasciava col riposo un deposito mucoso.

Come precedente personale, non vi era stata che una blenorragia uretrale, contratta e guarita del tutto, otto anni addietro. Le notizie ereditarie risultavano negative.

Malgrado le sofferenze, l'ammalato aveva accudito ai lavori abituali di contadino sino a un mese prima della sua entrata all'ospedale. Però, qualche volta, le urine erano completamente sanguigne, e allora per consiglio dei medici restava alcuni giorni a letto. Nell'ultimo periodo, l'ematuria era divenuta molto frequente, e negli intervalli l'urina restava torbida. La minzione si ripeteva a pochi minuti d'intervallo. A nulla valsero i suppositori calmanti e le irrigazioni vescicali con sostanze antisettiche ed astringenti, anzi la introduzione del catetere lasciava uno spasimo dolorosissimo della vescica e provocava sovente emissioni copiose di sangue.

Quando ricoverò all'ospedale, l'individuo si presentava un po' pallido, ma in condizioni generali abbastanza buone. Le urine erano torbide e depositavano muco-pus. L'introduzione del catetere in vescica riesce molto dolorosa e incontra un ostacolo che devia leggermente la punta dello strumento verso sinistra, l'emorragia in tali casi è costante e copiosa. La palpazione addominale combinata alla esplorazione rettale lascia constatare la prostata non aumentata di volume, il globo vescicale con marcato indurimento pastoso, liscio, molto sensibile nel centro e verso destra.

Nulla da parte dei rognoni e degli altri organi addominali.

Su questi fatti e sopra altri criterî suggeriti dall'osservazione ripetuta, si fa diagnosi di *papillomi dell'urociste*. Solo non era possibile determinare i limiti della neoplasia in rapporto all'organo affetto; ma la mancanza di ingorghi delle vicinanze, constatata con la palpazione profonda delle fosse iliache e con la esplorazione rettale, l'età giovane, la robustezza non comune, lo stato della nutrizione soddisfacente, consigliavano un intervento chirurgico, sebbe-



ne non si potesse prevedere dentro quali limiti avrebbe potuto tenersi. Io confidavo che il mio intervento si potesse limitare ad una resezione dell'urociste. In ogni caso, era tutto preparato per una estirpazione totale.

Il 1° marzo 1897, l'operazione viene praticata con l'aiuto de' miei assistenti Dr. Eugenio Scio, A. Cassisa, G. Giuffrida, F. Lombardo, A. Adamo, Salvo, S. Messina, e alla presenza dei primari Dr. I. Lampiasi e Andrea Isca.

Anestesia col cloroformio.

Incisione mediana di 11 centim. circa. Aperta la vescica, e introdotte due dita, constato che il tumore, costituito di grosse papille e friabile, parte dal trigono vescicale e dalla parete posteriore della vescica, ma che l'infiltrazione si estende a tutta la parete laterale destra e a porzione della sinistra; anche la mucosa della parete anteriore in basso non è risparmiata. La esplorazione delle regioni accessibili lateralmente non faceva notare alcuna presenza d'ingorghi ganglionari, e si poteva quindi pensare che la lesione non avesse oltrepassato le pareti vescicali.

Eliminata dunque la possibilità di una resezione, a me non rimanevano che due uscite: o tamponare provvisoriamente la vescica per poi applicare un sifone e portare in tal modo un sollievo momentaneo all'ammalato, ma con la certezza di accelerare il progresso del male; o accingermi alla estirpazione totale immediata, non parendomi conveniente di limitarmi in primo tempo alla cistostomia, e rimandare a un secondo tempo l'operazione radicale, la quale avrebbe incontrato l'inconveniente non lieve di aderenze già costituite e di un campo operativo infetto.

Mi attenni dunque al partito della cistectomia immediata; e con due incisioni rasente i pubi che incontrano da un lato e dall'altro l'estremo inferiore della prima, in modo da formare un J, aperi un largo campo operativo, e potei con lo sguardo constatare che più dei due terzi della vescica erano invasi dalla neoplasia.

Usando ora il bisturi, ora le dita, comincio dallo scollare la parete anteriore della vescica; ma, a causa dello sviluppo considerevole delle ossa pubiche, l'accesso nelle parti profonde riesce diffi-



cile, e non è possibile isolare bene la parte retropubica. Sono perciò costretto a praticare la resezione temporanea dei pubi. A tale scopo, continuando l'incisione verticale in basso con due incisioni oblique in vicinanza della radice dell'asta, servendomi ora della sega o-ra dello scalpello, riesco a distaccare e a rovesciare in basso ed in avanti la porzione delle due ossa che rasenta l'arcata pubica. In tal modo posso scollare e distaccare tutta la parte bassa della vescica sino al collo, e tagliare l'uretra al di sotto della prostata. L'orifizio uretrale reciso viene subito causticato col Paquelin. Afferrando con pinze a denti la parte della vescica già distaccata e tirandola in fuori ed in alto, si isola completamente il collo, si legano le arterie vescicali. Trovo che l'uretere destro è invaso dalla neoplasia per la estensione apparente di un centimetro circa; vien tagliato a distanza e preso fra le branche di un klemmer. Così vien reciso anche l'uretere sinistro, che è sano, e assicurato ad una pinza. Distacco allora per iscollamento la parte alta e peritoneale della vescica. Il peritoneo viene interessato per piccolo tratto; ma la ferita è subito riunita con punti di sutura, in modo da escludere qualsiasi pericolo d'infezione della cavità peritoneale. Il campo operativo resta largamente aperto, e praticata la emostasia più completa.

Volendo allora trapiantare gli ureteri nel retto, io mi servo dei bottoni anastomatici del dottor Boari, che ho a mia disposizione.

Tolto il klemmer che occludeva l'estremità recisa dell'uretere destro, e assicuratomi che era sano, lo invagino sulla cannula del bottone di grosso calibro, e ve lo fermo con due giri di seta sottile, seguendo le norme indicate dal medesimo professore. Pratico quindi nell'intestino retto una incisione in senso longitudinale a tutto spessore, v'introduco il bottone, a molla compressa per mezzo della pinza, e con un punto chiudo la parte esuberante di bottoniera, addossando la mucosa al tubo metallico. Ritirata quindi la pinza e lasciando scattare la molla, chiudo il foro da cui la pinza è uscita con due punti alla Lembert nello strato muscolare-sieroso dello intestino. L'innesto parve compiuto abbastanza bene. Lo stesso pratico per l'uretre sinistro senza incidente alcuno.



Le ossa pubiche distaccate vengono rimesse in sito ed affermate con sutura metallica.

Il cavo viene quindi zaffato leggermente con poca garza allo iodoformio, e la ferita suturata, ad eccezione di un piccolo tratto in basso. Si applica la medicatura asettica.

L'ammalato ha sopportato bene il grave atto operatorio, e viene trasportato nel proprio letto in uno stato soddisfacente.

*Esame anatomo-patologico e microscopico.* — La cavità vescicale è relativamente diminuita. Il trigono, tutta la porzione bassa e laterale destra sono sede di un tumore villosa che presenta gran numero di prolungamenti vascolari, caratteristici del *cancro villosa*. La mucosa di tutto il resto della vescica ne è invasa e infiltrata, anche l'uretere destro, nel punto di sbocco, è invaso dalla neoplasia, la cui infiltrazione, da questo lato, non si limita alla mucosa, ma si estende indubbiamente alla tunica muscolare della vescica e al tessuto che la circonda.

L'esame microscopico del tumore, fatto dal dottor Piazza, dimostra tutti i caratteri di un epiteloma alveolare. Quasi tutta la parete vescicale è invasa dagli elementi neoplastici in periodo più o meno avanzato. In mezzo ad una trama congiuntivale e fibrosa, varie cavità di ampiezza diversa sparse di cellule ora oblunghe, ora rotonde, contenenti alla loro volta una quantità di elementi paliformi di natura epiteliale con scarso protoplasma e nuclei voluminosi. In mezzo ai fasci congiuntivali della parete vescicale e ai linfatici dilatati, molte infiltrazioni di cellule epiteliali. I vasi sanguigni formano una fitta rete, sono enormemente sviluppati, qualche volta con delle lacune; la loro parete è ispessita, specialmente quella delle vene. Il tutto tappezzato di epitelio pavimentoso nella superficie che corrisponde alla mucosa.

*Seguiti dell'operazione.* — La sera del primo giorno, l'operato è in buone condizioni; temperatura 37<sup>o</sup>,5. Polso 102. Non vomita. Per facilitare l'uscita dell'urina e impedirne il ristagno nel retto, s'introduce, di tanto in tanto, sino ad oltrepassare appena lo



sfintere, una grossa cannula esofagea. In questo modo l'urina vien fuori qualche volta limpida e in discreta quantità ; però spesso viene emessa spontaneamente mista a materiale fecale, perciò non è facile valutarne la quantità. La medicatura è intatta. Il giorno seguente, 2 marzo, tutto si mantiene immutato. Continua l'emissione dell'urina per l'ano e spesso senza essere avvertita ; vi è tenesmo rettale ; la quantità che se ne può raccogliere è di grammi 1000 circa. Però la sera la medicatura si trova alquanto inzuppata. La temperatura 37<sup>o</sup>,8, il polso 98.

La mattina del 3<sup>o</sup> giorno, si toglie la medicatura : il cavo è pieno di urina : si applica un tubo a sifone. Nessun materiale urinoso viene emesso per l'ano.

Nei giorni seguenti, l'urina viene in parte raccolta col sifone, in parte cola attraverso la medicatura e inzuppa le traverse. Per ciò la medicatura viene rinnovata tre volte in 24 ore.

La mattina del 5<sup>o</sup> giorno, poichè non correva dubbio che gli ureteri si fossero staccati dai bottoni anastomotici o che questi avessero lasciato la presa dell'intestino, si riapre la ferita ipogastrica, nell'intento di rintracciare, se fosse possibile, gli ureteri, cateeterizzarli e portarli fuori dell'addome. Ma non si riesce ; e si deve rinunciare ad ulteriori manovre per non danneggiare l'ammalato, la cui fibra robusta comincia ad affievolirsi.

Il giorno seguente, la temperatura, che si era mantenuta poco al di sopra del normale, oscilla tra 38<sup>o</sup> e 39-. L'appetito diminuisce, la notte passa agitata.

L'ulteriore decorso si riassume in un progressivo peggioramento, sebbene lento, delle condizioni generali dell'ammalato. Orripilazioni ripetute, poi vero freddo, che qualche volta si ripete nella giornata, la temperatura raggiunge la sera i 40<sup>o</sup>. E' avvertita qualche fitta dolorosa nella regione del rene destro. La quantità dell'urina diminuisce. La morte avviene in 16<sup>a</sup> giornata (16 marzo 1897).

*Reperto anatomico-patologico.* — Il cavo fistoloso è molto ristretto per processo sclerotico dei tessuti circostanti. I bottoni ana-



stomatocici sono tuttora aderenti all'intestino retto, ma in modo incompleto, e si distaccano facilmente. Lo sbocco degli ureteri si rintraccia con qualche difficoltà, perchè gli organi sono retratti e impigliati nella sclerosi dei tessuti vicini. Il rene destro è sede di una infiammazione interstiziale suppurativa. Dilatati e infiammati il bacinetto e i calici; le piramidi seminate di una quantità di ascessi piccoli, dal volume di un grano di miglio a quello di un pisello. Eguali alterazioni, ma in proporzioni più limitate, si riscontrano nel rene sinistro. Nulla di speciale in altri organi.

Questa in breve la storia del caso clinico. Ora non ho da fare che poche osservazioni:

Anzitutto, a giustificazione del mio intervento, non credo inutile ripetere che l'individuo si presentava nelle condizioni le più favorevoli per subire l'atto operativo: robustezza e resistenza organica massima, età giovane, integrità dei tessuti circostanti, integrità di tutti gli altri organi. E, d'altro canto, dal punto di vista del tumore, estensione della neoplasia a quasi tutta la vescica, in maniera da mettere fuori discussione ogni tentativo di estirpazione parziale. L'atto operativo fu condotto nelle condizioni migliori, e la protezione del cavo peritoneale non avrebbe potuto essere più perfetta, come del resto fu dimostrato dal lungo decorso post-operativo, che non lasciò alcun dubbio sulla integrità funzionale del peritoneo e di tutti gli organi che esso racchiude.

E' questo uno dei punti non trascurabili nella cistectomia totale, evitare la infezione del peritoneo. Il caso che ho narrato dimostra che, anche quando non sia possibile ottenere il decorticamento del peritoneo e il suo completo distacco, cosa che può talvolta non essere prudente, nei casi di diffusione alta della neoplasia, la preservazione da qualsiasi infezione del cavo peritoneale, con la resezione di un tratto di membrana, non presenta difficoltà rimarchevoli.

La questione più importante, dirò anzi, la questione unica dalla quale dipende l'avvenire della estirpazione totale della vescica, consiste nello assicurare uno sbocco sicuro e costante all'urina,



senza che venga danneggiata la funzione renale, e con la minore molestia da parte dell'individuo operato.

Nella donna la soluzione del problema si presenta meno difficile, perchè la vagina può ben prestarsi a sostituire la vescica, e il caso felice di Pawlick ne fornisce una prova. Nell'uomo, tolto il caso raro in cui si può conservare un piccolo lembo di vescica e innestare gli ureteri nell'uretra, come è stato sperimentalmente dimostrato possibile dal Dr. Schwartz (1), e clinicamente da Albaran (2), e anche da Sonnemburg (3), e da Nichaus (4) in casi di estrofia della vescica, si è tentato d'innestare, sperimentalmente e con successo non costante, gli ureteri alla parete addominale (Glüch, Zeller, Poggi, Tuffier) o nel fianco (Treckocki). Clinicamente fecero anche analoghi tentativi Poggi e Le Dentu. Non vi ha dubbio però che i migliori risultati sinora conseguiti si riferiscono all'innesto degli ureteri nel retto o nel crasso intestino. Non è il caso di discutere le obbiezioni che si fanno a questo metodo, specialmente dal punto di vista delle alterazioni che possono seguirne nei reni per infezione ascendente da microrganismi venuti dall'intestino. I risultati sperimentali eccellenti sulla quasi incolumità dei reni, ottenuti da Novaro (5) e poi da Tuffier (6), da Reed (7) e da Boari (8) hanno avuto la più completa consacrazione clinica coi casi di Chaput (9) (innesto nel colon discendente), di Frendelem.

---

(1) *Riforma Medica*, 1894.

(2) Tuffier — *Revue de chirurgie*, anno 18<sup>o</sup>, N. 4, Aprile 1898.

(3) *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1881, N. 138.

(4) *Centralblatt für chirurgie*, 1887.

(5) *Bollettino della Società tra i cultori delle scienze med.*, (Siena, anno V, 1887.)

(6) *Annales des mal. génit. urin.* 1888.

(7) *Annales of Surgery*, 1892.

(8) *Atti della Accademia delle Scienze Mediche e naturali in Ferrara.* 1895.

(9) *Archives générales de Médecine*, Sept, 1892.



burg (1) (innesto di un uretere nell'S iliaca, con guarigione della ammalata), di Boari stesso (2) (innesto nel colon discendente), di Chalot (3), che innestò i due ureteri nel retto a mezzo di un suo bottone anastomotico, ed in quello recentissimo di Tuffier (4), che, in seguito ad estirpazione della vescica, innestò gli ureteri nel retto suturandoveli e assicurando lo scolo fuori dell'ano nei primi giorni a mezzo di sonde ureterali. E finalmente per analogia vanno citati i casi di Maydl (5), di Rosegotti (6), di Ewald (7), di Krynschi (8), di Trombetta (9), i quali, in casi di estrofia della vescica riescirono ad impiantare con successo il trigono nell'S iliaca, senza che sieno state denunziate alterazioni consecutive nei reni.

Si può quindi concludere, alla base di questi risultati, che nei casi di estirpazione totale della vescica, specialmente nell'uomo, l'innesto degli ureteri nello intestino è l'operazione di scelta indiscutibile.

A quali cause debbo io attribuire il mio insuccesso ?

Non vi ha dubbio che l'infezione renale avvenne per la mancata anastomosi degli ureteri con l'intestino. Il fatto che l'ammalato potè vivere sedici giorni dopo l'atto operativo, l'assenza di alterazioni in altri organi, l'incolumità del peritoneo dimostrarono che a nessun'altra causa può essere imputata la morte. Ora io non esito a dichiarare che il bottone anastomotico Boari mi sembra un mezzo d'innesto ingegnoso e pratico, perchè assicura sin dal primo momento il deflusso dell'urina ; e gli riconosco gli altri requisiti

---

(1) *Comptes rendus du Congrès Allemand de Chirurgie*, 1895.

(2) Tuffier, l. c.

(3) *Indépendance Médicale*, 1896 p. 297.

(4) Loco citato.

(5) *Wien Med. Woch.* 4 July 1896.

(6) *Journal de l'Acad. de Méd. de Turin*, 1896, p. 372-376.

(7) *Journaux Médicaux*, 1896.

(8) *Bulletin Médical*, janvier 1896, p. 70.

(9) *Archivio ed Atti della Società italiana di Chirurgia*. Anno XII.



che l'egregio inventore gli attribuisce. Io non esitai a dare la preferenza a questo bottone nel caso mio; e lo trovo preferibile a quello di Chalot, perchè è di più spedita applicazione e riesce come quello a mantenere disteso l'uretere, mentre ha il vantaggio di tenere adesa mucosa e mucosa senza suture.

Ma uno dei punti più importanti della quistione mi sembra quello che riguarda la scelta del tratto intestinale nel quale l'innesto deve essere praticato. A mio avviso, il retto è troppo basso, troppo profondo e fisso alla escavazione sacrale, perchè lo si possa portare in fuori e maneggiarlo liberamente, come il Boari asserisce nella citata memoria; è troppo basso anche per garantire da un distacco forzato degli ureteri per retrazione in alto, specialmente nel caso in cui questi sono stati recisi qualche centimetro più in sopra dall'orificio di sbocco allo scopo di tenerli, quanto più sia possibile, immuni della neoplasia della vescica. E dichiaro che, se mi si presentasse un'altra volta l'occasione di praticare l'anastomosi degli ureteri dell'intestino, non sceglierei il retto. L'S iliaca ed il colon possono, a mezzo di una breve incisione peritoneale, essere attirati agevolmente verso la ferita addominale; e il trapianto in questi organi non solo offrirà il vantaggio di una più facile esecuzione, ma, quel che più importa, garantirà anche, a mio avviso, dall'inconveniente che fu, nel caso mio, la causa non dubbia della morte dell'operato.

---