



1.40.3
ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ
DI GENOVA
DIRETTO DAL PROF. G. F. NOVARO

Dott. GIUSEPPE MORO

Assistente

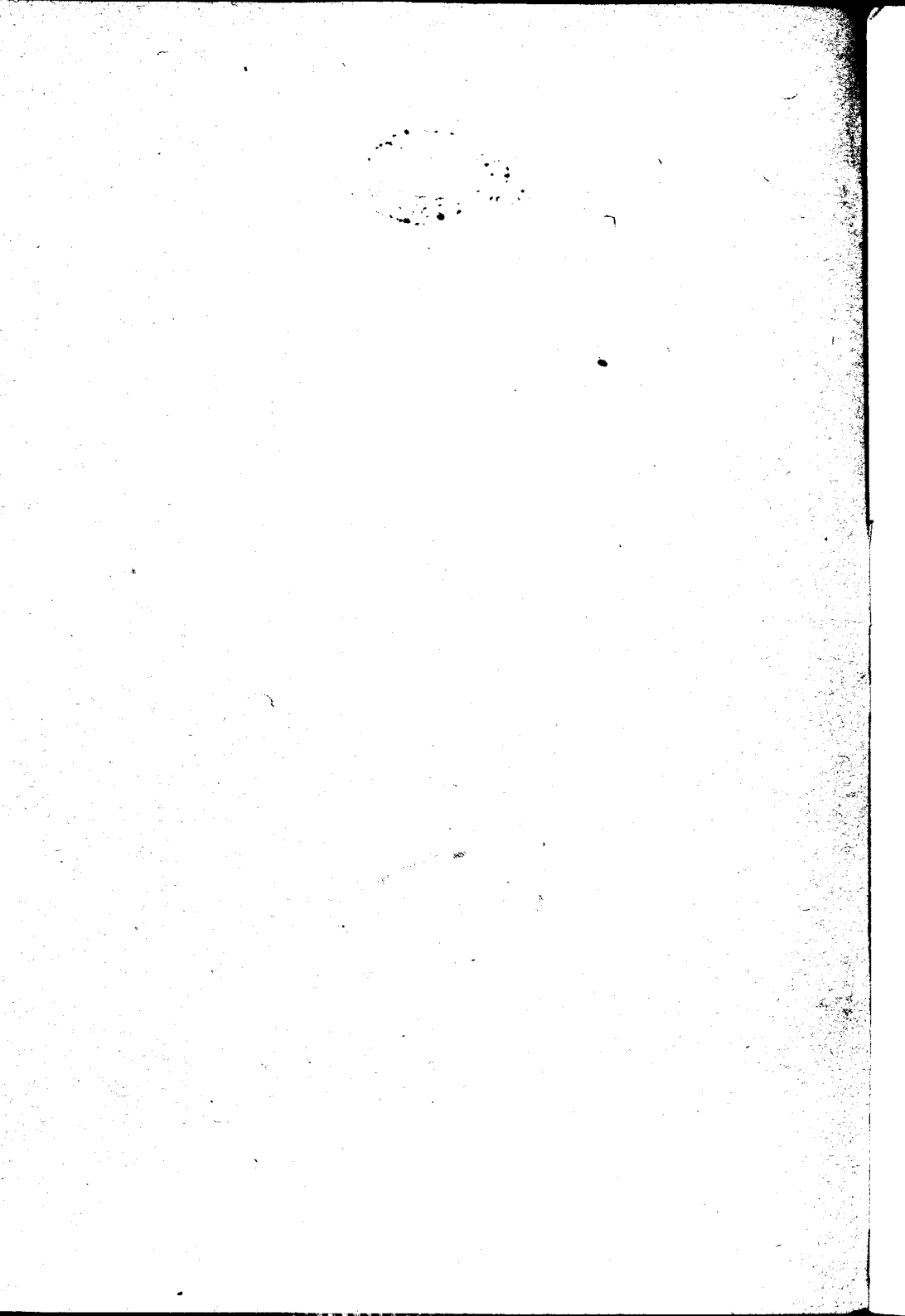
Tumore infiammatorio pseudoneoplastico del torace da *Baeterium coli*.

Estratto dal *Bollettino della R. Accademia Medica di Genova*
Anno XXII - N. 3 - 1907



SIENA
TIP. E LIT. SORDOMUTI DI L. LAZZERI

1907





ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ
DI GENOVA

DIRETTO DAL PROF. G. F. NOVARO

Tumore infiammatorio pseudoneoplastico del torace da *Bacterium coli*

Dott. **GIUSEPPE MORO** - Assistente

Vi sono dei processi infiammatorii a decorso cronico, che possono simulare l'esistenza di una neoplasia, ed il chirurgo può trovarsi dubbioso nella diagnosi, ed anche cadere facilmente in errore.

Questo si può verificare specialmente nella diagnostica dei tumori addominali, ove la presenza di lenti processi infiammatorii a carattere iperplastico può dar luogo alla produzione di masse di neoformazione, i cui caratteri, messi anche in rapporto colla sede e colle alterazioni della nutrizione generale, pei concomitanti disturbi gastroenterici, possono far pensare all'esistenza di un tumore di cattiva natura, e indurre in una diagnosi erronea. Questo fu ben messo in evidenza dal Lejars, il quale in una sua recente pubblicazione, sotto il titolo di *tumori infiammatorii pseudoneoplastici dell'addome*, illustrava diversi casi clinici, in cui si avevano difficoltà insormontabili per arrivare clinicamente alla diagnosi esatta della natura infiammatoria, mentre tutta l'apparenza stava per la natura neoplastica delle formazioni patologiche che si osservavano.

Ma all'infuori della diagnostica addominale, che certamente comprende i casi più difficili, anche in ogni altra parte dell'organismo si possono riscontrare di tali processi infiammatorii cronici, a carattere pseudoneoplastico, e sono specialmente le produzioni di natura tubercolare e sifilitica quelle che più facilmente possono simulare la presenza di un tumore di natura neoplastica. Così non è tanto difficile osservare una produzione che abbia tutta l'apparenza di un neoplasma, talora anche ulcerato, tanto da far sospettare la

esistenza di un sarcoma o di un carcinoma, e diminuisca invece rapidamente di volume, si cicatrizzi e scompaia, a seguito di alcune iniezioni di calomelano alla Scarenzio. Così pure talora viene diagnosticata l'esistenza di un linfoma maligno, da certe masse gangliari dure, iperplastiche delle regioni cervicali, con dimagrimento e oligoemia, e con meraviglia si vede poi che, malgrado la prognosi infausta, l'individuo si rimette in modo sorprendente dopo una cura ricostituente generale, e i linfomi regrediscono, fino a farsi quasi impalpabili. Se la curiosità del chirurgo lo spinge allora ad asportare uno di tali gangli così ridotti di volume, e a indagarne la natura al microscopio, egli vede che si trattava di un processo di natura tubercolare, e resta così spiegato il decorso benigno, insperato, della malattia. Non dico di altre formazioni tubercolari o sifilitiche delle ossa, delle articolazioni e di svariati altri organi che indussero in errore i clinici più valenti; tutte possibilità che il chirurgo coscienzioso deve avere presenti, e che gli impongono di ricorrere sempre e precocemente all'esame istologico di una piccola parte della neoformazione sospetta, affine di accertare la diagnosi di natura del processo morboso, e stabilire prontamente quelle indicazioni curative che la clinica offre nell'interesse della conservazione dell'individuo.

Dirò invece come si possano avere tumori di natura infiammatoria a tipo pseudoneoplastico non solamente per azione del bacillo di Koch e della lue celtica, ma anche per l'azione di germi piogeni attenuati. Questo pure deve essere tenuto presente, per ricordarsi dell'evenienza di questa possibilità, e procedere quindi alle indagini necessarie per accertare la diagnosi, poichè a seconda di questa, la cura e la prognosi è assai diversa.

Di quest'ultima categoria io riferisco un caso, occorso nella nostra Clinica sulla fine dello scorso anno 1905-1906, il quale non è privo di interesse non soltanto dal lato clinico, ma anche dal lato batteriologico, come contributo alla conoscenza della grande variabilità delle proprietà patogene del germe che lo ha originato.

Ecco brevemente la storia del paziente.

*
* * *

B. E. capitano marittimo, di anni 65, da Oneglia, ammogliato con figli, entrò in Clinica il 26 maggio 1906. Bevitore di vino e fumatore di pipa. Padre morto a 59 anni di polmonite acuta; madre morta a 67 anni di apoplezia cerebrale. Ebbe sei fratelli e cinque sorelle, di cui un fratello e due sorelle morti in gio-

vane età di malattie che il paziente non sa: gli altri sono tutti viventi e in buona salute.

Per quanto riguarda il suo passato, il paziente non sa di avere sofferto malattie esantematiche nell'infanzia. A 23 anni contrasse una blenorragia, di cui guarì a quanto egli afferma nello spazio di circa un mese, senza complicanze. A 25 anni contrasse un'ulcera unica, poco dolente, pare a fondo duro, situata al lato destro del frenulo. Guarì in circa tre settimane, senza complicarsi con adeniti suppurative alle regioni inguinali. Non si sottopose mai ad alcuna cura anticeptica, non ricorda di avere mai osservato macchie sulla sua pelle, nè pare sia mai stato colpito da affezioni della cavità boccale o faringea, nè da dolori alle ossa o alle articolazioni, che possano richiamare all'infezione celtica. Prese moglie a 44 anni, e questa ebbe sette gravidanze, la prima delle quali fu seguita da parto normale, ma il neonato morì poco tempo dopo la nascita: un'altra fu seguita da aborto in 3.^o mese; le altre decorsero normalmente, e i cinque figli sono viventi e in apparente buona salute. All'età di 52 anni, nel compiere uno sforzo, avvertì alla regione inguinale destra un dolore che cessò spontaneamente dopo pochi minuti, senza cagionare ulteriori disturbi. Portata frattanto la sua attenzione su quella parte, notò ivi la presenza di una tumefazione del volume di un uovo di pollo, molle, elastica, indolente, completamente riducibile sotto la pressione, della quale non si era mai accorto precedentemente. Un sanitario che lo visitò gli disse trattarsi di un'ernia, e gli consigliò l'applicazione di un cinto, che il paziente portò sempre fino all'epoca attuale. Il paziente inoltre non accusa alcun disturbo speciale dell'urinazione, che si compie, a quanto egli afferma, senza difficoltà e senza irregolarità del getto; solamente ogni notte, e verso la mattinata specialmente, è obbligato a levarsi una o due volte per mingere.

L'affezione per cui il paziente è entrato in Clinica, rimonta a circa sei mesi addietro, epoca in cui, senza una causa determinata, ebbe a notare la comparsa di un dolore vago, di carattere gravativo, ma piuttosto leggero, in corrispondenza della regione precordiale, proprio al disotto della mammella sinistra. Siccome in quell'epoca il paziente aveva avuto un forte dispiacere domestico, credeva il suo dolore dipendente da un'affezione cardiaca; se non che portata dopo qualche tempo la sua attenzione sulla parte vagamente indolenzita, si accorse dell'esistenza di una piccola tumefazione, del volume di una mezza noce, al disotto della mammella sinistra; tumefazione quasi indolente, ricoperta da cute normale, mobile in parte sotto la cute. Per molto tempo il paziente non fece molto caso di questa tumefazione, perchè non gli causava che un lieve disturbo; ma avendo notato che essa andava lentamente e progressivamente aumentando di volume, per quanto i suoi disturbi non fossero di speciale entità, decise di venire al nostro ambulatorio, dove si presentava il 2 aprile 1906. Gli veniva in tale occasione riscontrato un tumore del volume di un mezzo uovo di pollo sotto la mammella sinistra, ricoperto da cute normale, il quale era mobile sul tumore, fisso a sua volta allo scheletro, indolente, di consistenza notevole, a limiti poco netti. Venne sottoposto all'esame radioscopico, il quale dimostrò che il tumore era abbastanza permeabile ai raggi X, e non aveva diretto rapporto collo scheletro. Indagata l'anamnesi personale remota, e venuto il sospetto che potesse trattarsi di una forma luetica terziaria, il paziente venne rimandato a casa, per sottoporsi ad una cura anti-celtica, a base di iniezioni ipodermiche di bichloruro di mercurio. Però malgrado

questa cura il tumore non solo non diminuì, ma aumentò alquanto, e contrasse diretto rapporto colla cute, che più non si poteva sollevare in pieghe; i suoi limiti si fecero meno netti, la pelle venne distesa, si fece rossa e sporgente, mentre profondamente il tumore si fece più fisso di prima allo scheletro. Tutte queste modificazioni avvennero senza che il paziente accusasse alcun dolore speciale. La consistenza del tumore si mantenne presso a poco uguale a quello di prima. Le condizioni generali dell' infermo in questo periodo di tempo erano alquanto depresse. Per questi fatti il paziente fu consigliato a sottoporsi ad un atto operativo, e ricorse quindi una seconda volta alla nostra Clinica, dove fu accolto.

*
**

Stato presente. Sviluppo scheletrico normale. Pannicolo adiposo piuttosto abbondante. Muscolatura flaccida. Il colorito della cute e delle mucose visibili è piuttosto pallido. Temperatura normale.

A carico dell' *apparato digerente* nulla si ha di notevole, all' infuori di una stitichezza abituale.

All' *apparato respiratorio* si nota un abito enfisematoso, con torace a botte, piuttosto rigido, e lembi polmonari poco espansibili.

All' *apparato circolatorio* si notano i toni cardiaci ottusi alla punta; esiste accentuazione del 2.° tono sul focolaio aortico. Le arterie periferiche sono indurite e tortuose. Il polso presenta qualche aritmia.

Alla regione inguino scrotale destra si hanno i segni fisici di una voluminosa *ernia scrotale*, a contenuto intestinale e omentale, completamente riducibile. Il canale inguinale ha perduta la sua obliquità, e la porta erniaria è ampia.

L' attenzione nostra è richiamata all' emitorace sinistro, ove notasi a livello della linea papillare verticale, in corrispondenza del 5.° spazio intercostale e della 6.ª costa una tumefazione a limiti poco netti, del volume di un mezzo pugno, più sporgente lateralmente, dove il tumore meglio si delinea dalle parti vicine. La pelle che lo ricopre ha in parte un colorito rosso vinoso, ed appare lucida e tesa. Il tumore non subisce modificazioni di volume nè di forma sotto i colpi di tosse, nè durante le escursioni respiratorie del torace.

Passando alla palpazione, si avverte una massa di consistenza piuttosto dura, non esattamente delimitabile, la quale mentre da una parte fa corpo colla cute per un certo tratto, dall' altra è fissa alle parti profonde e quindi allo scheletro, in rapporto al quale gode solo di movimenti limitatissimi. La sua superficie è irregolare, quasi bernoccoluta; la sua compagine appare in parte carnosa in parte fibrosa. Non è dolente alla pressione.

La palpazione del cavo ascellare, nonchè delle fosse sopra e sottoclavicolare, sia a destra che a sinistra, non lascia apprezzare alcun ingrossamento dei gangli linfatici. Nessun dolore si desta colla compressione combinata anteroposteriore degli archi costali, in modo da esagerarne la curvatura.

Prostata. Lobi uniformemente aumentati di volume e di consistenza, a superficie liscia e regolare; a stento se ne delimita col dito il confine superiore.

Uretra. Pel meato passa l' oliva N. 23 Charrière, la quale, superato un leggero ostacolo valvoliforme alla parte posteriore della fossetta navicolare, arriva fino al bulbo, ove si arresta per un ostacolo, che viene superato dall' oliva N. 16, colla quale si arriva fino in vescica.

Esame delle urine. Quantità media nelle 24 ore: cc. 1400. Colore: giallo aranciato. Aspetto: limpido. Reazione: acida. Densità: 1028. Albumina: assente. Glucosio: assente. Urea: 20,9 0/100. Assenza di cilindri e di cristalli.

Diagnosi clinica: probabile sarcoma della parete toracica, originatasi o dalla aponefrosi o da una ghiandola linfatica intercostale.

Atto operativo. Il giorno 26 maggio 1906, previa cloronarcosi morfina, si procede all'asportazione del tumore, col quale viene asportata la cute pel tratto in cui è aderente ad esso. Si trova che il tumore ha invaso il margine inferiore del grande pettorale, il quale viene escisso in parte, e si riscontrano pure aderenze, sebbene non molto fitte, colla 5.^a e 6.^a costa, il peristio delle quali viene raschiato e asportato per il tratto corrispondente al tumore. Questo presentato sotto forma di una massa che sezionata ha nel suo interno un colorito biancastro, e una consistenza fibrosa alla periferia, molliccia verso il centro: ha un aspetto lardaceo, e lascia uscire sotto la pressione un succo biancastro sporco, simile a quello che geme dalla superficie di sezione dei tumori maligni in disfacimento. Non presenta odore speciale. La ferita operatoria viene suturata, lasciando all'angolo inferiore della ferita un drenaggio capillare, e si medica con garza idrofila asciutta sterile.

Esame istologico e batteriologico del tumore. Anzitutto vengono fatti esami a fresco e preparati colorati coll'umore raccolto dalla superficie di sezione del tumore, e si riscontra che esso contiene numerosi globuli bianchi in degenerazione purulenta. Facendo da questo materiale preparati per la ricerca dei batterii, si osservano qua e là rari bacilli isolati, piuttosto tozzi, che assumono facilmente le colorazioni comuni, ma si decolorano col Gram.

Vennero fatte anche numerose colture su agar e su gelatina a piatto da questo materiale purulento, e tutti gli innesti fatti diedero lo sviluppo abbondante in coltura pura di un bacillo, che accuratamente studiato nei suoi caratteri morfologici e biologici sui diversi mezzi nutritivi, si rivelò per il *bacterium coli commune*. Ne venne ricercata la virulenza prendendo due conigli del peso di gr. 1500 ciascuno, ed inoculando ad uno di essi 1 cc. di brodocoltura nella vena marginale nell'orecchio, e nell'altro un cc. della stessa brodocoltura pure nella vena marginale dell'orecchio, ben s'intende avendo prima accertato coll'esame microscopico l'identità e la purezza della coltura da inocularsi. Il primo coniglio ne risentì un danno transitorio, poichè rimase alcuni giorni rannicchiato, con poca vivacità e poca avidità per il cibo: ma poi si rimise e ritornò alle condizioni normali. Il secondo coniglio morì dopo 4 giorni dall'inoculazione, e dal sangue del cuore si poté cogliere innesti su agar a piatto isolare il *bacterium coli* in coltura pura.

Dal tumore stesso poi vennero presi numerosi pezzi, sia dalle parti periferiche che dalle centrali, i quali furono fissati in alcool assoluto ed inclusi in celloidina, quindi sezionati e colorati con ematossilina e col van Gieson. All'esame microscopico le parti periferiche si vedono costituite da tessuto connettivo piuttosto denso, ma giovane, ricco di elementi cellulari a forma allungata, con nuclei ovoidali ben evidenti e ben colorati. Fra questi elementi che sono dei *fibroblasti*, si vedono numerosi globuli bianchi, in prevalenza polinucleati, alcuni dei quali colpiscono, perchè sono dei veri globuli purulenti, con protoplasma degenerato, e nucleo in frammentazione. Man mano che ci si avvicina al centro del tumore, i fibroblasti

divengono sempre meno numerosi, mentre prende il sopravvento l'infiltrazione parvicellulare, e i globuli purulenti crescono straordinariamente di numero, fino a prendere il predominio assoluto nella zona centrale, che appare costituita da tanti noduli di globuli purulenti, nei quali il protoplasma è disgregato in massima parte e poco colorabile, mentre nel campo così poco colorato spiccavano delle granulazioni cromatiche, intensamente colorate dall'ematossilina, e che non sono altro che il residuo dei processi di cariolisi dei globuli bianchi degenerati e distrutti. Dalla parte della cute il processo di infiltrazione parvicellulare si avanza fino al derma, e l'infiltrazione è più abbondante all'intorno dei piccoli vasi, specialmente venosi, e qui pure si notano dei fibroblasti e dei globuli purulenti. Nessuna alterazione dell'epitelio.

Diagnosi istologica e batteriologica. Flenmone cronico da bacterium coli.

Decorso postoperatorio. Nessuna elevazione termica dopo l'atto operativo. Dopo il 3.^o giorno il paziente si alzava e mangiava con appetito. La ferita operativa cominciò a dare una secrezione piuttosto abbondante, sieromematica dopo il 1.^o giorno, e sieropurulenta nei successivi, per cui si dovette mantenere il drenaggio capillare per molti giorni. Il secreto della ferita venne ripetute volte esaminato batteriologicamente, e sempre vi si riscontrò il bacterium coli. Tuttavia il processo andò estinguendosi relativamente presto, e la ferita andò a guarigione per seconda intenzione in un tempo non eccessivamente lungo, tanto che il paziente usciva guarito e in buone condizioni generali verso la metà del mese di giugno.

Se non che poche settimane dopo, alla fine del mese di luglio 1906, il paziente ritornava a noi, perchè la ferita si era riaperta. Infatti all'angolo inferiore della cicatrice si riscontrava una piccola soluzione di continuo, da cui gemeva una lieve secrezione sierosa, scarsamente purulenta: e sondando l'apertura con uno specillo si trovava che essa metteva in un tragitto che si dirigeva in alto e all'interno, per una lunghezza di circa tre centimetri, in fondo al quale si sentiva un punto osseo scoperto, a carico del bordo inferiore della 5.^a costa. Evidentemente si trattava di un punto osteitico. Essendo ormai all'epoca della chiusura della clinica, si dovette rimandare a casa il paziente, consigliandogli di farsi opportunamente medicare, e raccomandandogli di ripresentarsi a noi nel Novembre prossimo, allorchè la Clinica si fosse riaperta. Il paziente però non si fece più vedere, e da mie informazioni assunte so che sta bene in salute, e che il suo seno fistoloso si chiuse spontaneamente dopo poco tempo.

*
*
*

L'interesse del caso che ho riferito è duplice, per le considerazioni cliniche e per quelle patogeniche che ci suggerisce.

Dal lato clinico è anzitutto evidente la difficoltà grande, per non dire quasi la impossibilità, di una diagnosi esatta anatomicamente ed eziologicamente nel caso nostro. Il decorso cronico dell'affezione, il suo crescere progressivo, contraendo rapporti sempre più intimi colle parti vicine, la consistenza solida, l'indolenza, allontanavano dall'idea che si trattasse di un processo infiammatorio, e tanto meno da piogeni comuni.

Poteva bensì trattarsi di un' affezione tubercolare, per la formazione di una massa fungosa formatasi attorno ad un piccolo ascesso freddo da carie costale. Ma nessun segno vi era di una tale affezione dello scheletro: il tumore si era svolto sin dall' inizio indipendentemente dalle coste, e la radiografia aveva mostrata questa indipendenza. Solo secondariamente, crescendo il tumore, per l' infiltrazione delle parti vicine, aveva contratto un certo grado di fissità collo scheletro. D'altra parte sarebbe stato assai difficile che una massa tubercolare avesse in tanti mesi mantenuta una consistenza decisamente solida; ma facilmente si sarebbe fatta fluttuante in qualche punto, specialmente quando la pelle aveva preso il colorito rosso vinoso sulla parte più sporgente, e si sarebbe aperta anche spontaneamente, dando luogo ad un volgare seno fistoloso.

Ma in realtà in tale regione un processo di natura tubercolare si sarebbe potuto svolgere anche indipendentemente dallo scheletro, e ciò perchè negli spazii intercostali si possono trovare gangli linfatici, anche numerosi. Io li ho osservati molte volte in individui con lesioni tubercolari dei polmoni o della pleura, che presentavano anche una micropolilinfoadenia. Tali gangli situati esattamente negli spazii intercostali, sono pochissimo evidenti all' ispezione, e anche al palpamento è difficile apprezzarli, perchè sotto la pressione si portano in dentro e si nascondono fra le coste; perciò passano generalmente inosservati. Vi è un mezzo però di renderli evidenti, ed è quello di far tossire forte il paziente, osservando attentamente il torace. Questi gangli sotto i colpi di tosse subiscono una danza speciale, per cui si fanno evidentissimi all' ispezione, balzando essi all' esterno sotto l' urto dei colpi di tosse, e disegnandosi sotto la cute come tanti bernoccoli. In questo caso però non era logico pensare ad un linfoma bacillare, oltre che per le considerazioni sopradette, anche pel fatto che i linfomi bacillari sono quasi sempre multipli, mentre qui non si osservavano gangli in alcun' altra parte.

Dall' anamnesi risultava che il paziente aveva avuto in gioventù un' ulcera di natura sospetta, ed il sospetto era aumentato dagli aborti della moglie. La prima idea fu quindi quella di una gomma sifilitica; ma la nessuna efficacia della cura mercuriale fece rigettare una tale idea.

Così pure era da escludersi l' idea di una massa actinomicotica perchè qui non si aveva nessuno dei caratteri dell' actinomicosi, che nell' uomo sappiamo avere tendenza allo sfacelo rapido e progressivo, donde la formazione precoce di ascessi e di dutti fistolosi in tutte le direzioni dei noduli stessi.

Restava così l'idea di una produzione di natura neoplastica, a cui la mente era richiamata, sia pei caratteri fisici del tumore, come anche pel suo decorso. Ma non ad un carcinoma primitivo della parete toracica si poteva pensare, perchè gli epiteliomi compaiono in questa parte soltanto sotto forma di *cancroide cutaneo*, ed è ben raro che diventino grossi: piuttosto si ulcerano rapidamente (Bergmann); bensì era più facile ammettere un sarcoma, sviluppatosi primitivamente nelle parti molli. Sono forme rare, ma ne furono descritti da Waitz, Körte, Billroth, Riedel ed altri, ed in questo caso sembrava assai probabile trattarsi di una tale forma. Anche l'esame macroscopico del tumore, colla sua massa degenerata e molliccia al centro, colle sue aderenze alle parti vicine, confermava in questo concetto, poichè sappiamo che i sarcomi primitivi delle parti molli del torace producono facilmente infiltrazione della contiguità, ed hanno grande tendenza allo sfacelo (Bergmann).

Fu solo l'esame istologico e batteriologico che rivelò la natura del processo morboso, che non si sarebbe potuta altrimenti diagnosticare. Col semplice esame istologico noi avremmo veduto che si trattava di un semplice processo infiammatorio, ma saremmo rimasti dubbiosi sulla sua natura, che solamente l'esame batteriologico poteva spiegare. Istologicamente dunque un processo infiammatorio cronico delle parti molli, il cui accrescimento era favorito da due tendenze opposte; l'una che tendeva ad arrestare e a circoscrivere il processo stesso, colla produzione di tessuto di neoformazione ricco di connettivo, con tendenza all'iperplasia e alla sclerosi; l'altro con tendenza al rammollimento e allo sfacelo, con produzione di globuli purulenti che infiltravano gli spazii linfatici del tessuto di neoformazione. I due processi si fronteggiarono per lungo tempo, senza che l'uno o l'altro predominasse in modo assoluto; ma il decorso clinico era tale che il tumore aveva tendenza a crescere, la pelle era tesa e arrossata, al centro vi era un cospicuo nucleo di degenerazione purulenta, per cui il rammollimento sarebbe stato inevitabile, e quello che era un flemmone cronico si sarebbe presto o tardi trasformato in un ascesso, che si sarebbe anche aperto spontaneamente. Si sarà primitivamente trattato di un'adenite intercostale da *bacterium coli*? All'inizio il tumore era un nodulo piccolo, mobile sotto i tegumenti, per cui l'accennata ipotesi non si potrebbe in modo assoluto escludere. Ma oggi non possiamo sicuramente affermarlo, perchè le modificazioni avvenute sono tali, che non si riconosce traccia di tessuto adenoide linfogeno.

Comunque però l'indicazione curativa era sempre quella della asportazione del tumore, poichè un focolaio settico di queste dimensioni, quantunque cronico, costituiva sempre un pericolo per l'organismo, potendo per una cagione qualsiasi la virulenza dei germi aumentare, ed aversi la diffusione di essi ad altri organi, alla pleura per es., situata a poca distanza. Non avendo nozione esatta della natura infettiva del tumore, non si poté evitare la sepsi del campo operativo, donde il decorso della ferita per seconda intenzione, e la produzione di un piccolo punto osteitico sul bordo costale. Ma il decorso fu buono, e il paziente guarì completamente in un tempo non eccessivamente lungo; mentre lasciato a sè vi era sempre il pericolo di complicanze, nè si sarebbe potuto dire se, e quando il processo sarebbe andato a guarigione spontanea.

Il bacterium coli è stato dunque l'agente infettivo di questo processo morboso di diagnosi non facile. Conosciuto l'agente però noi non troviamo difficoltà a spiegarci il decorso cronico dell'affezione, perchè sappiamo che il bacterium coli, proteiforme nelle sue proprietà biologiche, come in quelle patogeniche, è capace di un grado di virulenza assai diverso, e a seconda della virulenza può dar luogo a processi morbosi acutissimi o cronicissimi. Questo ospite abituale del nostro tubo intestinale, per ragioni ancora ignote, può esaltarsi nella sua virulenza e dare sviluppo nell'intestino stesso di tossine estremamente venefiche (Gilbert, Roger ed altri), e può dare anche le flogosi più diverse non soltanto nell'intestino (enterite, dissenteria, appendicite) e nei tessuti circostanti (peritonite, ascesso epatico, endometrite, parametrite ecc.), ma anche negli organi più lontani (endocardio, corpo tiroide, polmoni, ossa, articolazioni), e alla superficie esterna del corpo (Tillmanns). Esso può anche dar luogo ad affezioni gravissime, a decorso straordinariamente rapido, quale per es., il flemmone settico o gassoso; così il Chiari in un caso di « *enfisema settico* » della Clinica di Gussembauer, finito mortalmente, trovò quale agente del male il *bacterium coli commune*, che inoculato negli animali non riproduceva il flemmone gassoso, ma portò rapida morte per setticoemia. Bunge ed altri confermarono in altri consimili casi queste osservazioni del Chiari. Accanto a queste forme a rapido decorso, altre ne abbiamo a evoluzione lentissima, a decorso subdolo e cronico, e ne furono descritti moltissimi casi, sia per localizzazioni alle ossa, sia per localizzazioni otitiche, salpingitiche, parametriche ecc. Nel nostro caso la virulenza del germe era debole, come dimostrò l'inoculazione nei conigli, e ci

spiega l'andamento cronico dell'affezione, pur essendo tuttavia tale il potere patogeno da non cedere ai poteri di resistenza dell'organismo, ma da mantenere in attività progressiva, per quanto lenta, il processo morboso, che avrebbe poi terminato in un ascesso.

Quale la via per la localizzazione nella sede riscontrata? Evidentemente non si può ammetterne che una, cioè la via ematogena; e la porta di ingresso fu presumibilmente la mucosa intestinale, cosa non difficile a verificarsi, data l'abituale stitichezza dell'individuo. Perchè il germe si sia localizzato in questa sede non è possibile accertarlo, non essendovi stati traumi, né altre condizioni che possano spiegarcelo. Nel tubo intestinale, specialmente nelle ultime porzioni, per ristagno delle materie fecali che si induriscono ed esercitano un decubito sulla mucosa, si possono produrre delle alterazioni vasali, che possono andare fino alla trombosi di piccoli vasi; e dal piccolo trombo settico si può distaccare un embolo microscopico, che vada ad arrestarsi in un punto qualunque della rete capillare dell'organismo. Oppure possono i germi infettivi intestinali esaltare la loro virulenza a contatto della mucosa alterata, esercitare un potere chemiotattico positivo sui leucociti, essere da questi inglobati, ma non digeriti, ed essere così trasportati nel circolo, per andarsi a depositare in un ganglio linfatico o in un'altra parte qualunque di un organo, e là restare allo stato di obsolescenza per un tempo indefinito, e dare poi anche, presto o tardi, una manifestazione infettiva. Condizioni queste tutte probabili, ma di cui non sarebbe possibile dare una dimostrazione certa nel caso nostro, quantunque sia logico ammetterle a spiegazione della genesi del processo morboso.

LETTERATURA

1. BENGE — Zur Actiologie der Gasphegmone. (Fortschr. der Med. 15 luglio 1894).
2. CARNOT — Pathogénie des pancréatites (Presse méd., 1. 1898, p. 249); e: Thèse de Paris 1898.
3. DE KLECKI — Recherches sur la pathogénie de la peritonite d'origine intestinale; étude sur la virulence du colibacille. (Ann. de l'Inst. Pasteur, IX, 1895, p. 710).
4. DUNGERN — Ein Fall von Gasphegmone unter mittheilung des *Bacterium coli* (Münch. med. Wochenschr., 1893, N. 40).
5. ÉTIENNE — Les infections colibacillaires, Paris, Alcan 1899.

6. GILBERT — Des poisons produits par le B. intestinal d'Escherich. (Soc. de Biol., 25 février 1893).
7. KÖNIG — Lehrbuch der spec. Chir.
8. LANNELONGUE e ACHARD — Absès de la marge de l'anus par le colibacille. (Bull. méd., 1893, p. 751).
9. LEJARS — Les tumeurs inflammatoires pseudonéoplasiques de l'abdomen. (Semaine Médicale 1906, N. 50).
10. LERMOYEZ, HELME e BARBIER — Un cas d'amygdalite colibacillaire. (Sem. Méd., 1891, p. 297).
11. LESAGE e MACAIGNE — Contribution à l'étude de la virulence du *Bacterium coli commune*. (Arch. de méd. expér., IV, 1892, p. 350).
12. MACAIGNE — Le *Bacterium coli commune* son rôle dans la pathologie. Thèse de Paris, 1892.
13. ORLOWSKY — Beiträge zur Kenntniss der biologischen und pathologischen Eigenschaften des *Bacterium coli commune*. (Centralblatt, für Bakt., XXII, 1897).
14. PASSET — Ueber Mikroorganismen der eitrigen Zellgewebsentzündung des Menschen (Fortschr. der Med., 1885) et Untersuchungen über die Aetiologie der eitrigen Phlegmone des Menschen, etc. (ibid. 1885).
15. PÉRI — Contribution à la biologie du *Bacterium coli commune*. (Ann. de l'Inst. Pasteur, VI, 1892, p. 512).
16. RIEDINGER — Tumeur des Thymus. (ibid. et Chir.).
17. ROYER — Toxines du *Bacterium coli commune*. (Soc. de Biol., 6 mai 1893).
18. SCHMIDT — Zur Casuistik der Rippenabscess. (Verh. Deutsch. Berlin 1893).
19. STERN — Arch. of. otology, aprile 1896.
20. TILLMANN — Trattato di patologia generale e speciale chirurgica.
21. WERTZ e HUDELO — Issue des Bactéries colibacilles dans le péritoine et dans le sang pendant l'intoxication au cyanure alcali. (Soc. de Biol., 1895, pag. 513).
22. VERNER — Congrès des laryngologistes, etc. — Abouagie du Ind., 1895.

2715





