



DIVISIONE CHIRURGICA DELL'OSPEDALE « G. B. MORGAGNI » IN FORLÌ

Direttore: PROF. SANTE SOLIERI

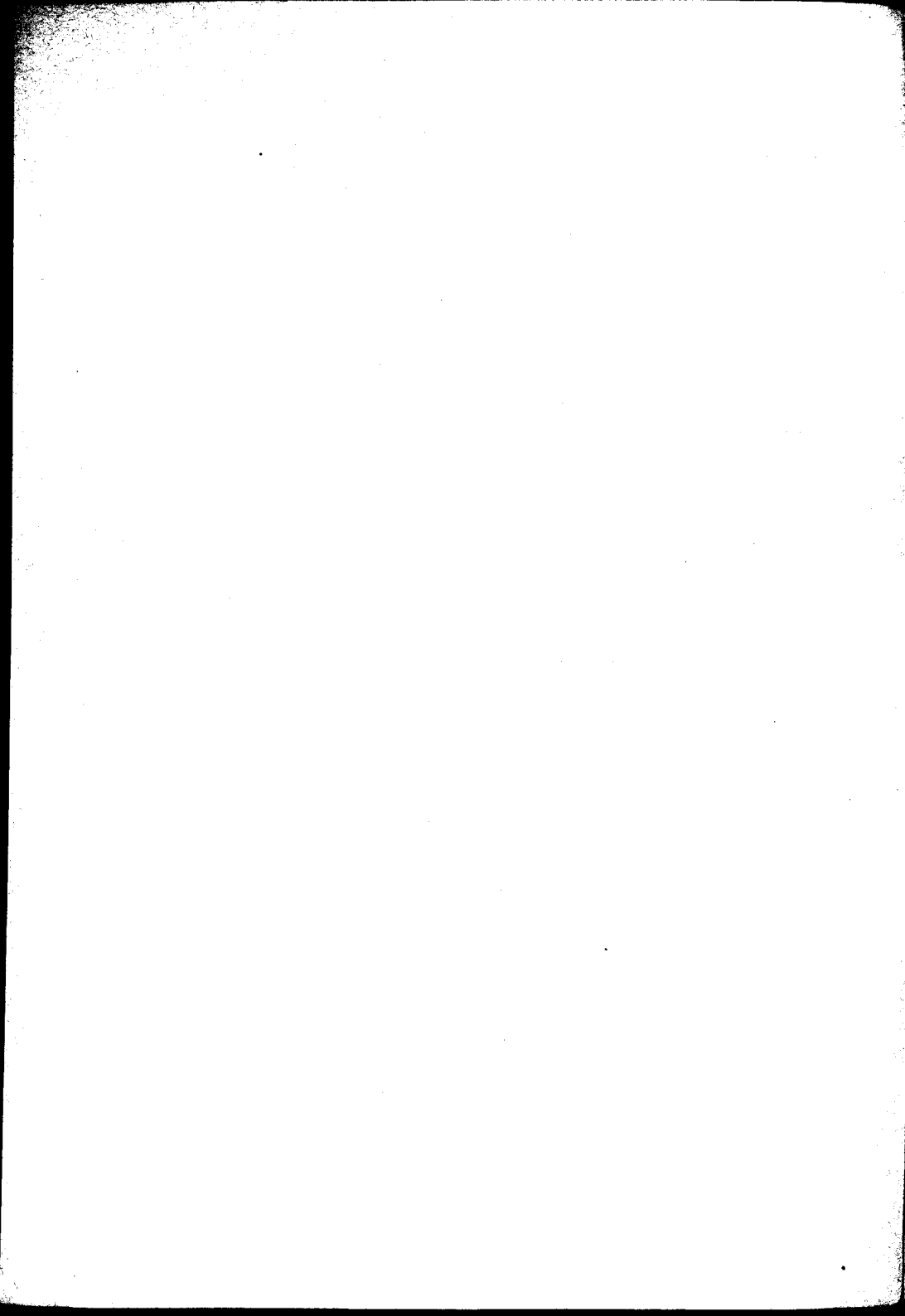
Prof. SANTE SOLIERI

Influenza addominale

Estratto da "Le Forze Sanitarie", - Anno VIII - N. 21, del 15 novembre 1939-XVIII



STABILIMENTO TIP. « EUROPA » - ROMA, VIA S. MARIA DELL'ANIMA, 45



DIVISIONE CHIRURGICA DELL'OSPEDALE « G. B. MORGAGNI » IN FORLÌ

Direttore: PROF. SANTE SOLIERI

Prof. SANTE SOLIERI

Influenza addominale

Estratto da "Le Forze Sanitarie", - Anno VIII - N. 21, del 15 novembre 1939-XVIII



STABILIMENTO TIP. «EUROPA» - ROMA, VIA S. MARIA DELL'ANIMA, 45



In una serie di mie antecedenti pubblicazioni, che saranno citate più avanti, ho illustrato la *Sierosite peritoneale primitiva influenzale*, che altri autori hanno chiamato *Peritonite influenzale* (Grippeperitonitis).

Ritorno sull'argomento, perchè su tale sierosite almeno riguardo alla etiologia, l'accordo fra gli osservatori non è ancora raggiunto e perchè ritengo necessaria una precisazione più chiara sui rapporti intercorrenti fra manifestazione clinica e substrato anatomo-fisiopatologico addominale.

Che vi sia una peritonite sierosa o sierofibrinosa, circoscritta o diffusa, nella quale non è possibile dimostrare una lesione patente di alcuno degli organi addominali, si da essere ritenuta responsabile di reazione secondaria del peritoneo, ormai quasi tutti ammettono. *Forma primitiva*: che tuttavia non è tubercolare, non è reumatica, nè pneumococcica, nè streptococcica. I caratteri, ed i segni clinici, i reperti batteriologici di queste sono ormai così noti, che non credo opportuno insistervi.

Alcuni autori tuttavia per negare la forma primitiva della flogosi sierosa peritoneale si rivolgono all'appendicite cronica ed alla colite come responsabili della sierosite. Troppe cose ormai si sono volute riferire od imputare all'appendicite cronica ed alla colite, tante che all'una ed all'altra è capitato come ai fantasmi. I quali, ritenuti colpevoli di strani fatti, hanno finito

per essere poco creduti, come irreali, inesistenti.

Oggi la controversia è a questo punto: La sierosite che ci interessa è innegabile, ma è veramente una manifestazione, una localizzazione dell'influenza?

Il BASTIANELLI ed il PAOLUCCI, discutendo tutto affatto di recente sopra una comunicazione dello ZERI, ritennero dovesse tale peritonite, piuttosto che influenzale, chiamarsi *peritonite nel decorso dell'influenza*. E' un passo avanti di fronte alle più decise opposizioni che altri, me compreso, incontrarono tempo addietro quando si occuparono di questo argomento.

Il Rossi C. in una sua recente pubblicazione scrive: «Il SOLIERI ha ripreso (1935) la concezione della Sierosite primitiva influenzale sostenendo, *in modo assai suggestivo*, che queste peritoniti sono di origine influenzale».

Ecco: veramente non è che sia *suggestivo* il mio modo di esporre. Suggestivi sono i fatti raccolti e descritti. I quali hanno due meriti essenziali:

1° di essere stati osservati per molti anni di seguito;

2° di essere abbastanza numerosi.

Si comprende che ogni discussione sarebbe finita se dall'essudato peritoneale si fosse potuto isolare il *germe specifico dell'influenza*, come si è isolato e si isola facilmente il pneumococco dall'essudato della peritonite pneu-

mococcica. Ma qui ci troviamo di fronte ad una malattia infettiva ed epidemica, il cui agente specifico non è ancora ben noto.

Il fatto stesso che alcuni autori, come lo ZERI, abbiano isolato il bacillo di Pfeiffer non è probativo, perchè su di esso, come elemento essenziale etiogenetico, non si converge unanime la persuasione dei batteriologi e dei clinici. Infezione da germe unico, infezione da germi consociati, compreso quello di Pfeiffer, azione preparatoria o predominante di un ultravirus? Non sta a noi chirurghi di decidere questione tanto dibattuta: noi possiamo dire che negli esami batteriologici che abbiamo fatto per lo più non abbiamo coltivato alcun germe. Io una volta sola ho coltivato uno stafilococco, ma ho ragione di credere che ci sia stato di mezzo un errore di tecnica.

Possiamo dunque affermare questo: che la sierosite peritoneale, di cui si discute, non è sostenuta da alcuno dei germi che si sogliono riscontrare nella infiammazione acuta del peritoneo originata da lesione di qualcuno degli organi contenuti. E ciò ha importanza indiscutibile.

Altro fatto di grande importanza è il seguente: Chi sia stato in grado di osservare opportunamente il fenomeno può affermare, come io lo posso, che la comparsa della sierosite si abbina alla insorgenza della epidemia influenzale invernale od estiva e che la fine dell'epidemia influenzale segna anche la fine del periodo di osservazione della sierosite peritoneale.

Io cominciai ad occuparmi di questo argomento dal 1920; per meglio dire sino da allora avevano colpito la mia attenzione alla biopsia casi di infiammazione sierosa del peritoneo, nei quali non era stato possibile mettere in evidenza alcuna lesione degli organi endoperitoneali.

Le idee in proposito non erano da principio chiare nella mia mente; tuttavia, per fissare la osservazione, feci pubblicare dal dott. PANSINI, allora mio aiuto, una nota col titolo *Sindrome addominale pseudo-peritonitica* nella quale, oltre la descrizione del quadro clinico, vollen scritto quanto segue in relazione al fattore etiopatogenetico: «Da tutto l'insieme dei sintomi,

per l'insorgenza brusca, per il decorso febbrile e per il decorso epidemiologico bisogna supporre la sindrome addominale, di cui trattiamo, in assoluta dipendenza di un fattore infettivo. Quale esso sia potrebbe essere difficile definire se non conoscessimo una malattia che per la diversità degli organi su cui manifesta le sue varie azioni appare atta anche a questa localizzazione. *Intendo riferirmi alla influenza*».

In quest'epoca comparvero diverse memorie (MELCHIOR, PALISSADOWA, ESAU, PAGANO) nelle quali era pure espressa la convinzione che l'influenza potesse avere un giuoco preponderante nella determinazione di peritoniti primitive a tipo sieroso. Dopo di allora, appassionato cultore della patologia e della clinica dell'addome, continuai sistematicamente a studiare i casi di Sierosite peritoneale primitiva. E così parecchi anni dopo, cioè nel 1933, ne scrissi nella memoria: *Addome destro e sindrome aderenziale peritoneale*, ancora nel 1933 a proposito della *Sierosite circoscritta sottojaqsoniana*, poi nel 1935 *Sierositi peritoneali primitive aspecifiche e addome acuto*. Sempre misi in evidenza che la ricorrenza epidemica della influenza era accompagnata dalla concomitante ricomparsa della sierosite peritoneale primitiva, mentre col cessare della influenza cessava anche l'osservazione della sierosite peritoneale. In ispecie furono dimostrative le epidemie influenzali estiva del 1935 ed invernale 1935-36, per cui, dopo quasi un ventennio di studio, mi decisi ad abbandonare il dubbio che doverosamente mi era rimasto nell'animo e parlai a Firenze della *Sierosite peritoneale influenzale*. Ritornai *Ancora sulla sierosite peritoneale influenzale* nel 1937 sul « Policlinico » dopo che l'UEBERMUTH della clinica di Lipsia ebbe pubblicato un articolo sull'argomento.

Appare dunque evidente che il mio giudizio non è stato precipitato, ma, come per tutti gli studi di cui mi sono occupato, ho reso di pubblica ragione i miei convincimenti solo quando in base ai fatti ed al raziocinio ogni perplessità dal mio spirito era bandita. Del resto occorre dire che anche in questi ultimi anni parecchi altri autori hanno preso posizione in favore dell'etiopatogenesi influenzale della sierosite peri-

tonale (CIMINATA, UEBERMUTH, HUDACSEK, ZERI ed altri).

Però tutti questi autori hanno al loro attivo un numero di osservazioni molto limitato — cioè 2, 3, 4 al massimo — mentre la mia casistica è ora sulla cinquantina di biopsie. Verrà spontanea a qualche lettore la domanda come io mi sia trovato in condizione di mettere assieme tanti casi. Diverse circostanze mi hanno favorito:

1° Il clima particolare di questa zona, la parte bassa cioè della pianura romagnola. Qui di inverno è freddo intenso con nebbia e di estate caldo umido ed afoso, sicchè l'influenza per lo più prende forma pandemica e presenta le più svariate localizzazioni, fra cui l'addominale è frequente.

2° Il fatto che a questa mia divisione chirurgica fanno capo infermi di una zona assai vasta, mentre tutti sanno in Romagna, dove io lavoro da trent'anni, che le malattie del ventre hanno sempre attirato la mia attenzione in modo particolare.

3° L'educazione dei medici e del popolo in confronto dell'addome acuto. Accade spesso che pazienti, anche per coliche banali, accorrono in Sezione chirurgica, pure se il sanitario sia stato poco propenso ad inviarli, per timore delle complicità dell'appendicite acuta. La lunga propaganda in proposito ha portato a risultati quanto mai benefici per le masse, anche se talvolta vi sia da rilevare un eccesso di zelo.

4° Il fatto che la Romagna tutta ha una grande fiducia nella chirurgia, in quanto da lunghissimo tempo ha una magnifica tradizione chirurgica: è terra, vivaio di chirurghi.

5° Il proposito deliberato che io ho tenuto da anni di operare tutti i casi, entrati con le diagnosi più disparate di addome acuto, in base alla diagnosi di ammissione, anche se mi sembrasse dubbia, appunto nell'intendimento di giungere, attraverso la biopsia, ad un risultato possibilmente concreto sulla conoscenza di questa particolare sierosite peritoneale. Come ho scritto già, sino dai primi anni la esperienza mi aveva edotto, non solo sulla innocuità della laparotomia in queste circostanze, ma sulla sua efficacia curativa.

Non sono mancati episodi a carattere epide-

mico veramente suggestivi. Così ho citato ancora il fatto, avvenuto durante l'epidemia d'influenza dell'inverno 1935-36, che al medico provinciale di Forlì venne fatta denuncia da parte di un ispettore sanitario che in una Colonia marina permanente si era avuta una serie di 12 appendiciti acute in forma epidemica.

Nessun caso era stato operato e tutti si erano risolti favorevolmente. Il medico del luogo aveva constatato che nel contempo inferiva per tutta la sua condotta l'influenza. Il medico provinciale, conoscendo questi miei studi, si dichiarò convinto che si trattasse là di sierosite peritoneale influenzale.

Di solito nel mio servizio chirurgico i casi di sierosite peritoneale, quando incomincia la manifestazione, non sono mai isolati, se ne trovano degenti nel contempo 5 o 6 per volta.

Al principio dell'aprile scorso entrarono in clinica nello spazio di due giorni tre militari del Presidio di Forlì tutti con diagnosi di appendicite acuta. Il primo fu operato dal mio aiuto, ma risultò evidentemente essere una sierosite peritoneale, gli altri due non furono operati per mia indicazione, convinto come fui che pure essi fossero sierositici. Il decorso della malattia che seguì (anche nell'operato) con caratteri patenti di influenza tolse ogni dubbio sul carattere della forma morbosa.

Sempre nell'ultima primavera si è fatta questa osservazione. Dopo la prima decade di aprile, mossosi il tempo al buono ed asciutto, l'influenza cessò come di incanto e cessarono anche le sierositi. Ma poi nel giugno ci fu qui nella bassa Romagna (Forlì e Ravenna) quel periodo di piogge insistenti che condusse alla disastrosa alluvione, che ognuno conosce. E riprese l'influenza e con essa riapparvero in Sezione i casi di sierosite; cinque in pochi giorni: tre entrati con diagnosi di peritonite acuta diffusa, uno con diagnosi di appendicite acuta, l'altro di grave colica addominale. I primi tre furono operati, e la biopsia mostrò che si trattava di sierosite, gli altri due non furono operati. In tutti il seguito caratteristico influenzale non mancò.

Durante l'epidemia invernale dicembre 1938-maggio 1939 ben 22 casi abbiamo avuto in cura. Di essi, tutti entrati con diagnosi di male acuto del ventre richiedente un intervento di urgenza,

nove sono stati operati ed hanno così avuto il controllo della biopsia. Le diagnosi degli altri, in cui mi astenni dall'intervento, si basò sui dati anamnestici e clinici e sul decorso, che presentò il corredo delle ordinarie localizzazioni influenzali.

Dalla osservazione dunque fatta alla biopsia in un numero di casi abbastanza forte (circa cinquanta), suddivisi in periodo di oltre 15 anni, è risultato: che una manifestazione clinica di addome acuto abbastanza definita, a decorso epidemico, simultanea all'influenza, ha suo substrato in una condizione anatomo-patologica flogistica costante della sierosa peritoneale.

Il *quadro clinico* ha i segni di una peritonite circoscritta o diffusa. Di solito la malattia evolve così: Vi è quasi sempre un periodo prodromico di un paio di giorni con malessere generale, cefalea, rachialgia, talora tonsillite; altre volte non vi è prodromo alcuno. Scoppia con rapida acutizzazione la crisi addominale: dolore violento colico, non di rado localizzato alla fossa iliaca destra, più raramente a quella sinistra, spesso diffuso a tutto il ventre. Qualche sforzo di vomito, talora singhiozzo, meteorismo, alvo chiuso. Alcuni autori denunciano presenti fatti di enterite con diarrea. Io questo fenomeno ho sempre visto non iniziale, ma tardivo, cioè nel periodo di risoluzione, come del resto accade di vedere nei giorni di regressione di altre forme di peritonite. Stato di agitazione, di smania, temperatura fra 38° e 39° gradi, polso frequente. Quasi mai vi è faccia ippocratica. La sintomatologia ne risulta così imponente da impressionare, oltre che il malato, i parenti ed il medico. Questi formula diagnosi di colica appendicolare, di appendicite acuta, di peritonite circoscritta o diffusa da cause svariate, di annesse acute, di occlusione intestinale, di volvulo, e perfino di perforazione di ulcera gastrica o duodenale. Ammissione di urgenza, indicazione già posta dal curante al malato ed ai famigliari per un intervento chirurgico immediato: responsabilità grave che viene accollata al chirurgo, più non operando che operando.

L'esame delle urine per lo più è negativo o dà leggera albuminuria, quasi mai nefrite. L'UEBERMUTH insiste sopra la presenza di leucopenia nel sangue. Io posso ora affermare che

questa vi è all'inizio della malattia, dopo la forma ritorna alla norma ed accenna a lieve leucocitosi. Mai per certo vi è leucocitosi spiccata.

Alla *biopsia* si ha questo reperto: Iperemia molto accentuata della sierosa peritoneale tanto parietale che viscerale, presenza nel ventre di sierosità citrina con fiocchi o depositi di fibrina in quantità assai moderata. Una caratteristica della essudazione ho potuto rilevare attraverso le osservazioni ripetute. L'essudato cioè spalma gli intestini come una vernice lubrica, viscida in modo particolare, tanto che le sue anse sfuggono di mano, quantunque questa abbia sopra il guanto di gomma, un guanto di filo a maglia piuttosto grossolana. Ciò deve essere in rapporto con una speciale reazione che il processo infettivo provoca dalla sierosa. Per certo in nessun altro tipo di peritonite si ha, manovrando le anse intestinali, la sensazione speciale che ora ho descritto.

Si vedono assai di frequente emorragie puntiformi sotto la sierosa, in ispecie dell'ultima o delle ultime anse del tenue. Non ho osservato emorragie a focolaio, come riferisce l'UEBERMUTH. Spesso i fatti reattivi sono più accentuati a carico delle regioni coliche, più spesso a destra che a sinistra; a destra talora la essudazione è limitata dalle membrane di JAKSON (*Sierosite circoscritta sottojaksoniana*, come la chiamai in altro mio scritto); a sinistra si presenta con una perisigmoidite sierosa o sierofibrinosa. In tutti i casi il più diligente esame a ventre aperto ha permesso di escludere lesioni in atto degli organi addominali, compresa l'appendice. La sierosa di questa è di solito più pallida di quella del restante intestino. Tuttavia l'appendice viene sistematicamente da me estirpata per l'esame istologico. Questo ha dimostrato quasi sempre l'appendice indenne o con alterazioni anatomiche presso che trascurabili.

Dal confronto fra la crisi addominale acuta, che ha condotto il malato in ospedale, ed il reperto della biopsia io ho ricevuto in ogni caso l'impressione che vi sia una sproporzione enorme, nel senso che lo stato generale del paziente e le condizioni del ventre farebbero prevedere un reperto di biopsia molto, ma molto più grave. E ne sono prova le diagnosi con cui gli in-

fermi sono inviati ed il decorso ulteriore della malattia. A proposito di che voglio narrare il fatto seguente:

Uno dei medici più quotati della città, che fu già mio aiuto per cinque anni al tempo della grande guerra, mi inviò nell'inverno scorso una giovane donna con diagnosi di peritonite diffusa da appendice perforata. Il quadro clinico era così grave e probativo per la diagnosi del curante che io operai tosto. Il medico assistette all'operazione e grande fu il suo sgomento quando si trovò che l'appendice non era perforata, ma sana, e che sani erano gli annessi e gli altri organi che si poterono esplorare. Era una sierosite peritoneale tipica ad essudato sierofibrinoso, quale avevamo in circostanze analoghe osservato tante altre volte. Io illustrai al collega l'argomento, ma anch'egli si meravigliava che una lesione anatomo-patologica relativamente lieve avesse potuto dare una sintomatologia così tumultuosa, da indurre lui e me in errore e la paziente di urgenza sul tavolo operatorio.

Quale spiegazione si può dare di tale fenomeno?

E' logico ammettere che la causa risieda nella peculiarità dell'infezione e più precisamente, io credo, nella attitudine del virus batterico a provocare una sindrome riflessa dolorifica e nervosa di particolare entità ed estensione. E' nota, nè io voglio insistervi a lungo, la speciale affinità tossi-infettiva della influenza per il sistema nervoso centrale e periferico. Cefalea, dolori nevralgici, astenia generale, manifestazioni bulbari, vagoparalitiche con disordini cardiaci secondari, emiplegie sono nel decorso della influenza fatti nervosi comuni o non rari. Alcuni autori hanno scritto che l'affinità della tossina influenzale per il sistema nervoso superi finanche quella del tetano. Ora io penso che *nella Sierosite peritoneale influenzale sia sempre associata una crisi tossi-infettiva del plesso solare*, da che la impressionante manifestazione di male acuto del ventre ed il corredo tumultuoso dei sintomi che l'accompagnano. Il che spiega, oltre la sproporzione notata fra i segni clinici e l'alterazione anatomo-patologica, anche la retrocessione rapida di tutta la fenomenologia addominale in tre o quattro giorni dopo la laparotomia, od anche senza di essa.

Or non è molto vidi in consulto nella pratica privata una signorina di 18 anni, figlia di un farmacista, la quale da due giorni era in preda a dolori violenti addominali con meteorismo, singhiozzo e vomito così insistenti che nessun alimento, anche liquido, era tollerato. Temperatura 37,5°, 38,5°, polso tra 80 e 90; urine normali; azotemia normale. Vi era stato come prodromo cefalea e rachialgia. Il medico temeva una peritonite da causa non precisabile. Io fui colpito da queste circostanze: che, pure essendo continui il vomito ed il singhiozzo, il meteorismo ed il dolore al ventre (su cui nessun punto localizzato di maggiore sensibilità era determinabile) avevano dei periodi di tregua spontanea, cioè non ottenuta con somministrazione di oppiacei. Anche mi colpì il polso piuttosto raro in tanta tempesta. Ritenni perciò si trattasse di parossismo del plesso solare in decorso di influenza. Tre iniezioni di mezzo milligrammo di atropina fatte ogni 12 ore fecero scomparire ogni fenomeno. Continuò un leggero stato influenzale.

L'infermità di cui ci occupiamo dovrebbe con termine più comprensivo definirsi *influenza addominale*, risultando di un fattore flogistico della sierosa peritoneale e di un fattore irritativo tossico del plesso solare. Malattia di indole medica, la quale si trova ad essere illustrata dai chirurghi, appunto perchè la sintomatologia risultante dall'associazione dell'elemento flogistico con quello nervoso simula un quadro clinico per il quale si è indotti spesso a ritenere necessario un intervento chirurgico immediato. La biopsia, come sempre, riesce controllo ed insegnamento prezioso.

L'intervento operatorio è molto semplice: laparotomia paramediana sottombellicale destra, assorbimento di ogni sierosità con garza idrofila, esplorazione della cavità e dei visceri contenuti, appendicectomia, immissione di 25-30 c. c. di argento colloidale, sutura a strati della parete senza drenaggio.

Il decorso postoperatorio di solito è favorevole e breve, perchè la febbre cade per lisi in pochi giorni, i dolori addominali cessano (non trascurò mai l'uso dell'atropina), mentre l'alvo si svuota fra la 3^a e 4^a giornata quasi sempre spontaneamente, se pur non subentra tendenza alla

diarrea. Penso che l'argento colloidale esplichino anche qui un'azione medicatrice di primo ordine; infatti il miglioramento del malato è così rapido e deciso che non saprei riferirlo esclusivamente alla laparotomia.

Questa pubblicazione scritta con intendimento pratico, oltre che scientifico, tende a porre in giusta luce un'affezione singolare del ventre, che aggiunge nuove difficoltà e responsabilità a quelle che sempre suscita l'addome acuto.

L'*influenza addominale* deriva la sua fisionomia clinica dall'associazione di un fatto anatomo-patologico di entità non grave (*Sierosite peritoneale*) con una turba funzionale imponente (*crisi solare*), onde assai spesso ne deriva un qua-

dro così allarmante da condurre alla diagnosi di infermità richiedente intervento chirurgico di urgenza.

Qualora il medico pratico abbia elementi sufficienti che gli concedano di escludere una peritonite secondaria o primitiva specifica, potrà seguire la cura conservativa, ma se il minimo dubbio gli rimanga, affidi il malato al chirurgo per i provvedimenti che riterrà opportuni.

Meglio dieci operati per un dubbio assillante (molto più che la laparotomia, oltre essere innocua, ha, come risulta dalla mia esperienza, un deciso valore curativo) che uno non operato a diagnosi errata. Perchè il non operare od operare tardi in fatto di peritonite secondaria vuol dire quasi sempre sacrificare la vita del paziente.



57809

~~334269~~

