

VV661673 | 69.55

Dott. GUIDO BOTTARI, docente

85
330

36



Sul trattamento di un caso di peritonite coli-streptococcica

Estratto da «CLINICA NUOVA»

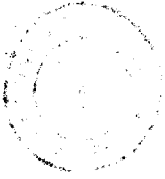
Gennaio-Febbraio 1947 A. III - N. 1-2

«CLINICA NUOVA»

RASSEGNA DEL PROGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE

ROMA - VIALE XXI APRILE, 13 - TEL. 82458



Mi sembra degno di segnalazione un caso che per il decorso clinico e per il trattamento terapeutico ritengo rivesta una certa importanza.

Si tratta di un soldato della classe 1921 Z. Giovanni, arruolato alle armi il 21-1-1941. Nulla di notevole nel gentilizio. A 2 anni soffrì di enterite. Il 12-3-1942 cominciò ad accusare dolori all'addome (prevalentemente all'ipocondrio D.) Tali dolori si accompagnavano a diarrea (3-5 scariche al giorno) non febbre, anoressia, spossatezza generale.

Visitato dal medico del corpo il 23 marzo fu inviato con diagnosi di colite spastica all'Ospedale Militare di Barletta, dove fu riconfermata la diagnosi e curato per tale malattia. Aveva febbre a carattere remittente con elevazioni pomeridiane e serali sino a 38-38,5, diarrea, dolori diffusi all'addome, ma specie in corrispondenza dell'angolo epatico e dell'angolo splenico del colon. Ai primi di aprile le condizioni generali del paziente andarono aggravandosi per cui fu trasferito all'Ospedale Militare principale di Bari (7-5-1942), dove oltre la forma addominale, gli fu riscontrata pleurite basale sinistra. Non gli venne praticata mai alcuna puntura esplorativa. Durante la degenza a Bari continuava ad avere sempre la diarrea e i dolori addominali. Il paziente non ha mai avuto nè tosse, nè espettorato, nè affanno, nè dolori al torace.

Il 21 giugno 1942, essendo un po' migliorato, venne dimesso dall'Ospedale Militare di Bari ed inviato a casa con 90 giorni di licenza di convalescenza.

Durante questi 90 giorni di licenza il paziente ebbe sempre febbre intermittente, apiressia al mattino ed elevazioni pomeridiane intorno a 38,5; 4-5 scariche diarroidiche al giorno, dolori diffusi all'addome, ma principalmente a D. Mai tosse, nè espettorato. Nella respirazione profonda accusava qualche dolore all'ipocondrio S.

Fu curato per esito di pleurite S. e colite.

Allo scadere della licenza, dall'Ospedale Militare di Udine, riconosciuto affetto da corticopleurite basale S. e peritonite di sospetta natura t.b.c. il 28-9-1942 venne inviato in licenza di convalescenza di giorni 90.

Perdurando la febbre intermittente con elevazione a 38-38,5 per tre, cinque ore alla sera, senza brivido, nè tosse, nè catarro persistendo sempre i dolori addominali e la diarrea, fu curato dai sanitari civili per peritonite essudativa ed esiti di pleurite S. (faceva pennellature di tintura di jodio al ventre, iniezioni jodo-jodurata del Durante, ricostituenti generali). Le condizioni generali andarono sempre più peggiorando. Il peso corporeo da 80 Kg. scese a 60.

Verso la metà di ottobre i disturbi si accentuarono e il 26 dello stesso mese, essendo la temperatura salita a 40°, aumentati i dolori addominali e improvvisamente aggravatesi le condizioni generali, i familiari condussero il paziente in questo Ospedale Militare per le cure del caso.

Data la diagnosi di esiti di pleurite S. e di peritonite specifica precedentemente fatte, il medico di guardia fece ricoverare il paziente nel reparto isolamento t.b.c.

All'ingresso il paziente presentava: stato generale molto abbattuto — facies abdominalis — stato di nutrizione e sanguificazione molto scadenti — lingua impaniata e arida. Polipnea. Non tosse, non espettorato — facili conati di vomito.

Al torace: diminuzione del F.V.T. modica ipofonesi e ipopnea alla base dell'emitorace sinistro — Base S. sollevata e fissa — Nulla a D. — Aia cardiaca in sede — Toni netti — Polso ipoteso, ritmico, frequenza 120 — addome globoso — Pareti addominali tese — Cicatrice ombelicale spianata — senso di resistenza e provocazione di dolore alla palpazione specie ai quadrati di D.

Colla percussione e coi cambiamenti di posizione si mette in evidenza la presenza di cospicua quantità di versamento libero nel cavo peritoneale.

Impossibile la palpazione del fegato e della milza.

La sera del 28-10-1942, date le gravi condizioni del paziente, ritenendo causa di questo stato generale il copioso versamento endoperitoneale, decido di praticare paracentesi.

Pungendo nel punto di elezione, cioè nel quadrante inferiore S., con profonda sorpresa trovo che l'essudato non è limpido, ma purulento, denso, di odore putrido, di colore grigio-verdastro.

Continuo l'estrazione, pensando di inviare poi il paziente al chirurgo per una laparatomia. Riesco ad estrarre solo 1.500 cc. per la presenza di frustoli che occludono l'ago e, data la qualità dell'essudato, servendomi dell'apparecchio Morelli da pneumotoracentesi e lavaggio e adoperando una soluzione molto diluita di steridrol, pratico lavaggio del cavo peritoneale. Il lavaggio non può essere completato sia per le condizioni generali del paziente, sia perchè l'ago facilmente si occlude per i frustoli. S'invia campione dell'essudato al laboratorio per le ricerche necessarie e si inizia somministrazione di sulfamidici. Tiazene 24.

Quando dopo alcune ore dal consulto col chirurgo si decide di portare il paziente in sala operatoria, noto che le condizioni generali sono molto migliorate. La temperatura da 40° che era al mattino è scesa a 38°. Il polso è sceso a 100. L'addome è meno dolente. Subbiettivismo migliorato.

Dato questo miglioramento, d'accordo con il chirurgo, decido di attendere il mattino e possibilmente praticare drenaggio e lavaggio del cavo peritoneale mediante sonda di gomma.

La mattina del 29 ottobre, previa anestesia novocainica in regione paraombellicale S, a due dita all'esterno e al di-sotto dell'ombellico, incido col bisturi la cute per circa 1 cm.; in modo da facilitare il passaggio del trequarti B.B. n. 4. Indi con movimento di pressione e rotazione penetro col trequarti nel cavo peritoneale ed ho fuoriuscita subito di abbondante pus, denso, putrido. Sfilato il mandrino immetto una sonda Malecot n. 26 assottigliata, distendendola con mandrino bottonuto. Quindi estraggo la cannula del trequarti lasciando in situ la sonda.

Si ha così un drenaggio a perfetta tenuta del cavo peritoneale. Attraverso la sonda pratico lo svuotamento del cavo in maniera completa, facendo decombero il paziente in posizione genupettorale, e poscia, il lavaggio, ricollocando il paziente in decubito supino. Quest'ultimo viene effettuato con soluzione diluita di steridrol, adoperando l'apparecchio Morelli da pneumotoracentesi con lavaggio e viene ripetuto fino ad avere liquido refluo limpido. Prima di chiudere la sonda si immettono nel cavo peritoneale 300 cc. di ossigeno.

Lo svuotamento e il lavaggio vengono ripetuti alla sera. La temperatura il giorno 29 ha un massimo di 37,6. Migliorano le condizioni generali. Cessano quasi del tutto i dolori all'addome. Scompare il vomito. Nei giorni successivi sino al 6 novembre si praticano i lavaggi due volte al giorno e si continua la somministrazione di sulfamidici.

Col 30 ottobre il paziente non ha più febbre, scompaiono i dolori, l'essudato va riducendosi a pochi cc. e da purulento e putrido si trasforma prima in puruloide e poi in siero ematico.

Gli esami di laboratorio eseguiti dal Prof. Mencarelli hanno dimostrato la presenza di b. coli e di streptococchi. Assenza di b. di Koch anche all'esame culturale e biologico.

Il 6-11-42, essendo l'essudato siero-ematico ridotto a 6 c.c., l'infermo sempre apiretico — l'addome trattabile e indolente, scomparso il vomito, ritornato l'appetito e normalizzati l'alvo, estraggo la sonda e lascio nel foro un sottile drenaggio di garza sterile.

Il 7-11-1942 tolgo anche il drenaggio di garza che è appena appena sporco e lascio chiudere il foro.

Il giorno dopo la ferita è già chiusa. Permane per alcuni giorni una crosticina cicatriziale che poi cade.

Tutto il trattamento è durato 10 giorni.

Ormai sono trascorsi due mesi dall'intervento e il paziente non ha più avuto alcun disturbo. E' aumentato già di 12 Kg. di peso.

In base al decorso clinico, ai reperti di laboratorio ed al trattamento terapeutico

con rapido conseguimento della guarigione in 10 giorni, si può ricostruire il quadro patogenetico nel seguente modo.

La sua malattia è iniziata con una semplice colite da bacterium Coli e si è protratta con alternative di miglioramento e di peggioramento (marzo-aprile 1942).

Essendo il processo flogistico molto diffuso, in un secondo tempo ha determinato reazione peritoneale ed in terzo tempo (maggio 1942) il processo della sierosa peritoneale si è propagato alla sierosa pleurica.

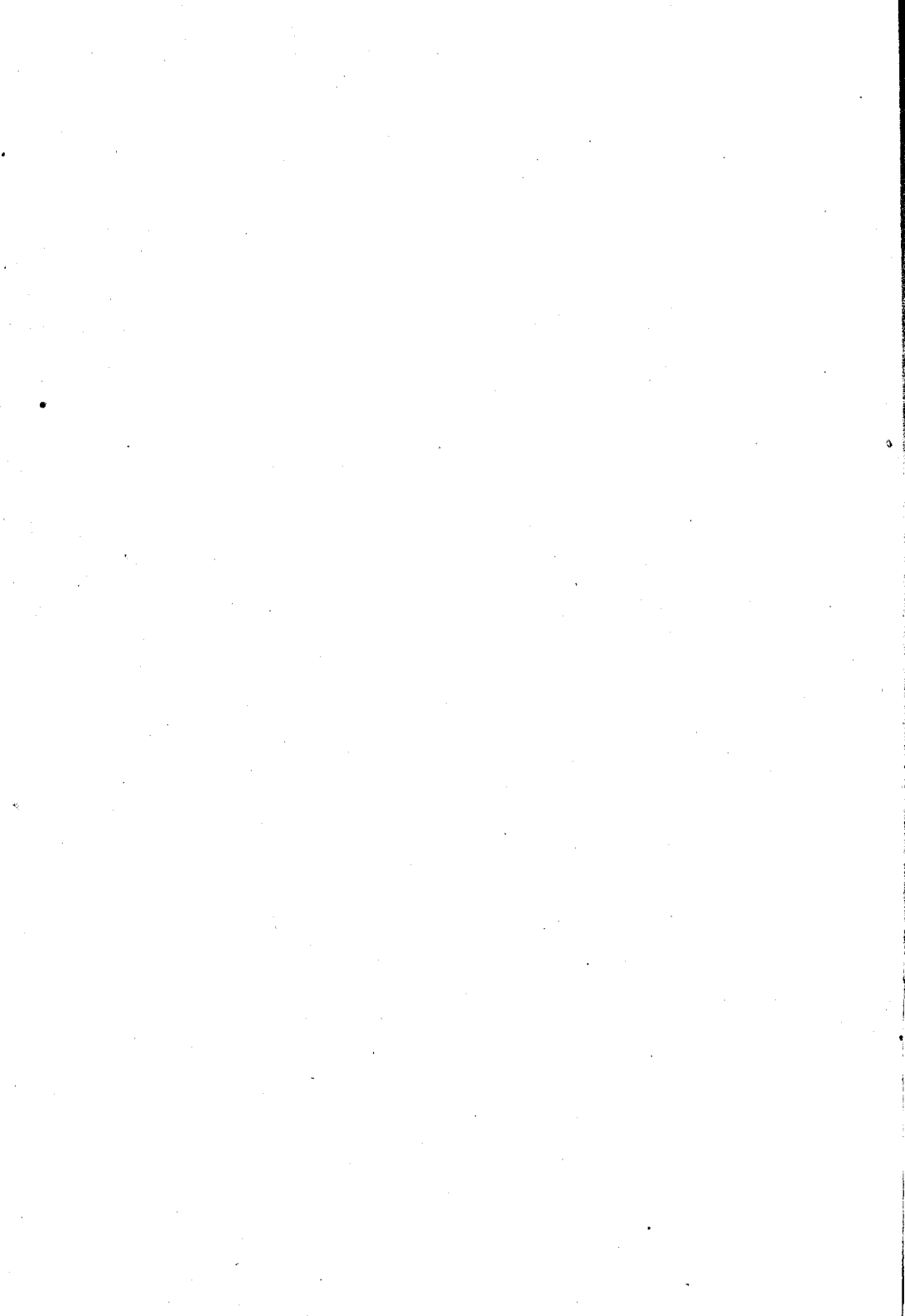
Facendo semplici cure generali e continuando le cure contro la colite, nel giugno è migliorato e il 21 luglio è stato dimesso dall'Ospedale e inviato in licenza di convalescenza di 90 giorni con diagnosi di cortipleurite basale S. e peritonite di sospetta natura specifica.

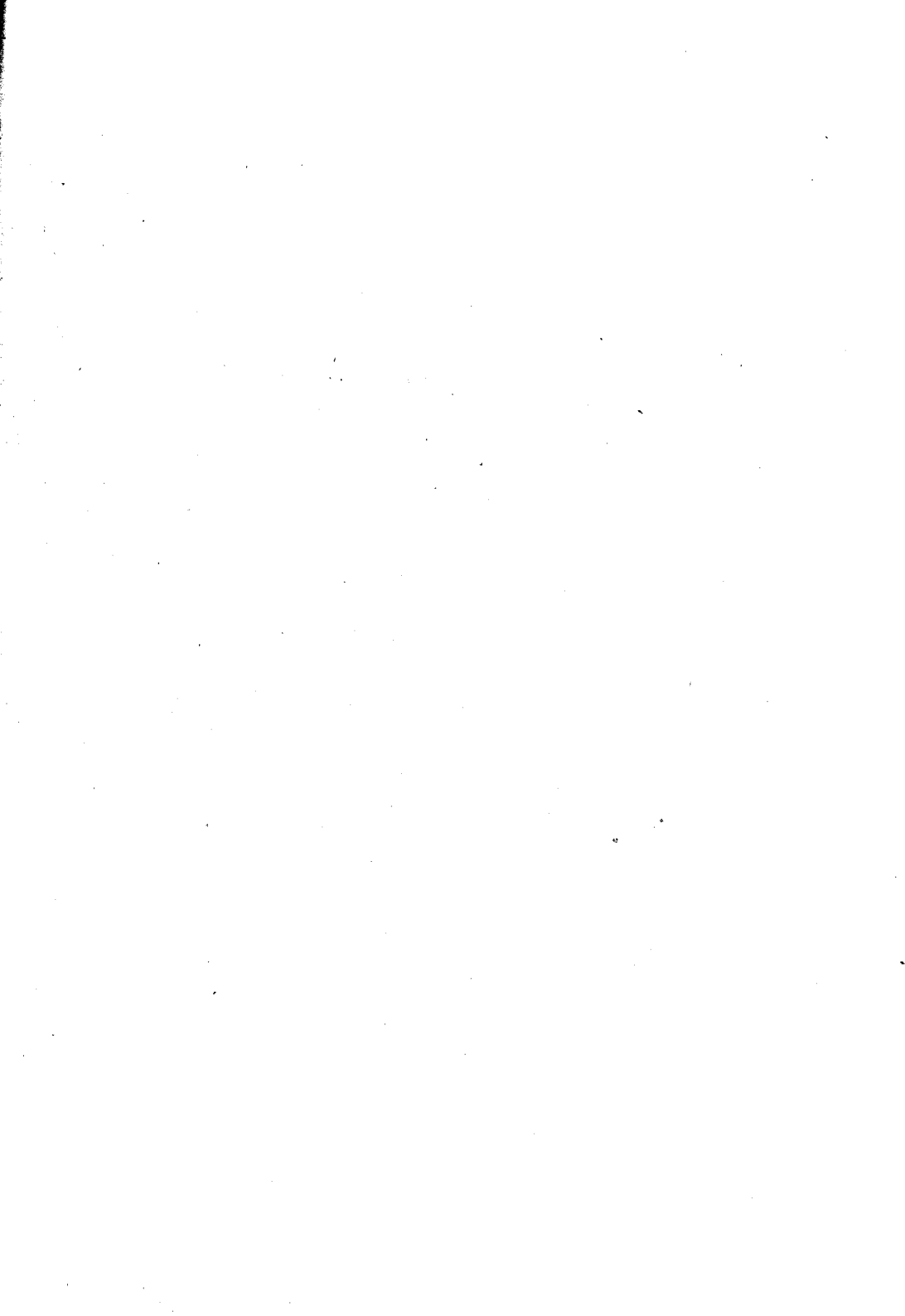
Purtroppo non è stata praticata nemmeno puntura esplorativa per vedere la qualità dell'essudato pleurico, altrimenti si sarebbe certamente trovato un essudato da pleurite da b. Coli che avrebbe meglio illuminato.

Durante il periodo di licenza a casa il paziente è stato sempre malato con febbre tra i 38-38,5, dolori addominali e alvo diarroico con andamento cronico finchè il processo era mantenuto solo dal b. Coli (da qui l'errore con un processo specifico).

Quando il 26 ottobre 1942 al b. Coli si è associato lo streptococco il quadro improvvisamente è divenuto acuto con tutte le caratteristiche di una peritonite acuta.

L'associazione dei sulfamidici col trattamento chirurgico ha influito benevolmente sia sul processo peritonitico che su quello colitico dando in appena 10 giorni la guarigione di quella malattia che durava da otto mesi. (*Clinica Tisiologica dell'Università di Roma. Dir.: Prof. Omodei-Zorini; Ospedale Militare di Udine; Dir.: Col. Med. Alberto Binaghi*).





354746

354746