

Mbix 1372/

CLINICA DELLE MALATTIE TROPICALI E SUBTROPICALI DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI

Direttore: Prof. IRINO JACONO

G. SALUCCI NAVONE

Osservazioni cliniche sul fegato tropicale

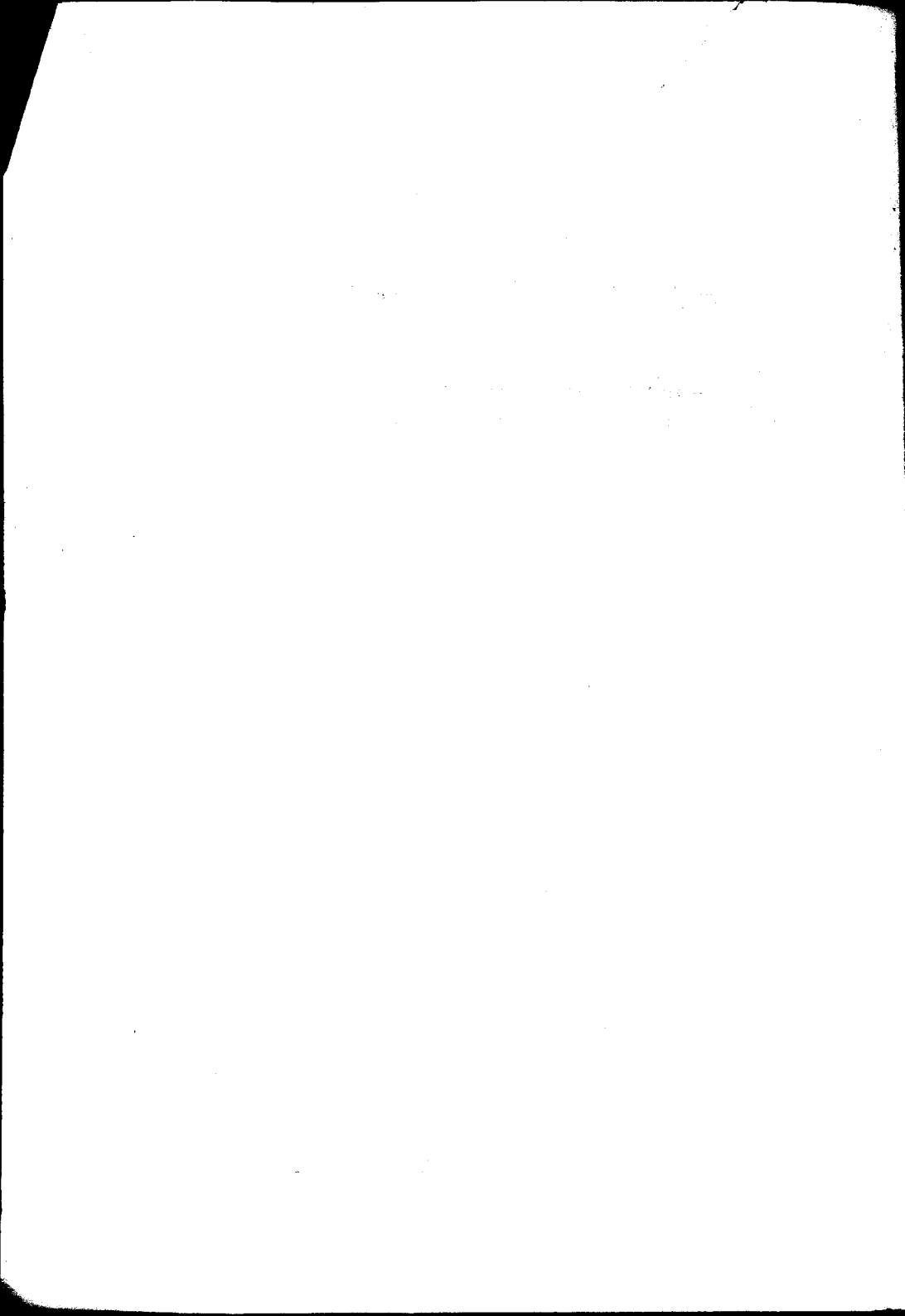
Estratto dall' « Archivio Italiano di Scienze Mediche Coloniali e di Parassitol. »

Vol. XXIV (IX della Nuova Serie) - 1943-XXI



« EDIZIONI UNIVERSITARIE »

VIA DEL QUIRINALE, 22 - ROMA



Osservazioni cliniche sul fegato tropicale

G. SALUCCI NAVONE

Ispettore Generale Sanitario Ministero Africa Italiana

In vari soldati provenienti dall'A.S. e trasferiti alla Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali della R. Università di Napoli con diagnosi di epatomegalia, si è rilevato all'esame clinico solo uno spiccato ingrandimento del fegato, notevolmente debordante dall'arcata costale di destra, di consistenza in alcuni casi elastica, e duro-elastica in altri, senza alcune irregolarità nella sua superficie e nel suo margine antero-inferiore, e per lo più alquanto dolente alla palpazione. L'aia splenica costantemente nei limiti. Nulla di apprezzabile all'esame delle urine. Assenza di parassiti e di qualsiasi elemento patologico all'esame microscopico delle feci, le quali all'esame macroscopico si presentano di consistenza e di colorito normale, con assenza di muco e di sangue.

Lo studio di questi infermi permette in linea di massima, di dividerli in due gruppi. Il primo gruppo comprende quelli che durante il loro soggiorno in Africa, tranne più o meno lievi disturbi dispeptici, non hanno mai avuto sofferenze degne di nota; nel secondo gruppo, molto più numeroso, sono inclusi coloro che durante la permanenza in Africa e nel periodo di permanenza in Clinica Tropicale hanno avuto episodi diarroici, in alcuni casi più lievi ed in altri più spiccati, che dopo un variabile periodo di tempo sono completamente cessati.

Riporto un solo caso tipico del primo gruppo, fra i tanti osservati.

Buscurini Gerlando di anni 35, Sala I, letto n. 107.

Nulla di notevole nel gentilizio e nell'anamnesi remota.

Nell'anamnesi prossima si rileva che chiamato alle armi ed inviato in A.S. ha prestato servizio militare in zona di operazione nel più completo benessere. Solo dopo vari mesi cominciò ad avvertire senso di peso e lieve dolentia all'ipocondrio destro. Visitato dall'Ufficiale medico del suo Reggimento fu inviato all'Ospedale Busetta di

Tripoli, dove (come risulta dalla sua cartella clinica militare) non fu rilevato all'esame fisico dei vari organi altro che l'esistenza di epatomegalia. Anche l'indagine radiologica pose in rilievo il solo ingrandimento del fegato, senza alcuna modificazione nella sua forma.

Stato attuale - Esame generale.

Normale costituzione scheletrica, discreta nutrizione generale.

Colorito roseo della cute e delle mucose apparenti. Assenza di ingorghi ghiandolari.

Nulla di apprezzabile all'esame dell'apparecchio respiratorio e dell'apparecchio cardio-vascolare.

Il fegato deborda di circa tre dita dall'arcata costale di destra, di consistenza elastica a superficie liscia, leggermente dolente alla palpazione; nessuna irregolarità nel suo margine antero-inferiore.

L'aia splenica è nei limiti. Aia gastrica nei limiti.

Nulla di apprezzabile alla palpazione dei vari segmenti dell'addome.

Esame delle feci: macroscopico: negativo; microscopico: solo qualche raro blastocista.

Esame delle urine: nulla di notevole.

Reazione di Wassermann: negativa.

Dalla descrizione di questo caso, come anche dai dati raccolti in molti altri ammalati osservati in Clinica, risulta che fra i bianchi che ritornano dopo un più o meno lungo soggiorno in regioni a clima tropicale si può talvolta rilevare all'esame semilogico uno spiccato ingrandimento del fegato, leggermente dolente alla palpazione, senza alcuna modificazione nella sua superficie e nel suo margine antero-inferiore.

Questa epatomegalia non si accompagna con alcun altro dato clinico, tranne dei disturbi dispeptici, talvolta senso di malessere, in qualche caso modico decadimento della nutrizione generale. Mai nulla di rilevabile sia nei dati erod-familiari, sia nell'anamnesi remota, e nell'anamnesi prossima. La funzionalità epatica di regola è conservata, talvolta lievemente alterata.

Sostanzialmente l'epatomegalia costituisce quasi sempre l'unica nota clinica dominante. All'aumento del volume del fegato, che suole non di rado osservarsi nei bianchi dopo un soggiorno più o meno lungo nelle zone torride dell'Africa, e su cui per primo, nel 1910, CASTELLANI richiamò l'attenzione dei medici coloniali, fu dato il nome generico di « fegato tropicale », del quale la caratteristica è l'ingrandimento d'ordinario alquanto doloroso di quest'organo, che non si accompagna ad alcun aumento nel volume della milza.

Da alcuni osservatori al « fegato tropicale » si volle dare il valore di una vera « entità clinica » facile a riscontrarsi nei tropici, su base congestizia, degenerativa, favorita nella sua insorgenza da condizioni ambientali, climatiche e tossiche, che sono facili a riunirsi nei tropici.

Dalla maggior parte degli autori, però, più che una forma morbosa ben definita viene considerata come una sindrome clinica nella quale l'epatomegalia può talvolta accompagnarsi a fenomeni tossici (irrequietezza, irritabilità, insonnia notturna, sonnolenza post-prandiale, cefalea gravativa), a segni di dispepsia gastro-enterica (anoressia, pesantezza gastrica, digestione difficile, meteorisma), a sintomi generali (deperimento organico, oligoemia).

La maggior parte degli autori, fra le eventuali cause determinanti di queste epatomegalie nelle regioni tropicali, danno il maggior valore all'azione nociva di un'abituale eccessiva alimentazione e all'abuso di bevande alcoliche.

Secondo qualche osservatore anche le semplici abbondanti ingestioni di acqua in rapporto con le alte temperature possono concorrere al determinarsi di questo stato congestizio. Da studi recenti si ritiene difatti che il fegato è uno degli organi principalmente deputati al ricambio idrico, che indubbiamente si svolge in maniera molto diversa ed in condizioni dannose sotto l'azione di alta temperatura.

Anche l'aria, inalata in regioni a clima caldo e rarefatto dal calore, ha un minore contenuto in ossigeno e produce una ritenzione di acido carbonico nel sangue. MANSON ritiene che si determini un abbassamento del metabolismo basale per cui il fegato viene costretto ad un maggior lavoro; e quest'azione, quasi vicariante del fegato per la diminuita attività del polmone, si traduce in una iperemia fisiologica.

E da tenere infine presente che nei tropici si sogliono produrre sovente turbe dell'apparecchio gastro-enterico sotto forma di dispeptica e su base flogistica; queste alterazioni intestinali sono di frequente cause di assorbimento di prodotti tossici per il fegato, che si riflette sfavorevolmente sulla funzione epatica (POGGI).

Del « fegato tropicale » MANSON distingue un primo stadio di iperemia fisiologica, al quale seguirebbe congestione e stasi sanguigna, mentre in un terzo tempo si determinerebbe una vera epatite.

Per HEJMANS si tratterebbe di una ipertrofia epatica alla quale pochi europei sfuggirebbero nel loro soggiorno in regioni a clima tropicale.

La maggior parte degli autori però ritiene che nel fegato tropicale non si vada oltre lo stadio di iperemia e di congestione.

* * *

Di molto maggiore interesse sono gli infermi che appartengono al secondo gruppo, anche perchè essi di fronte a quelli del primo gruppo sono stati in molto maggior numero osservati in Clinica.

In questi infermi il quadro clinico, così come nei casi precedentemente descritti, è essenzialmente costituito da un sol dato importante: la esistenza di una spiccata epatomegalia, di consistenza ora più ora meno aumentata, a superficie liscia, a margine regolare, senza aumento nel volume della milza e senza alcun elemento chiarificatore nelle indagini da laboratorio (reazione di Wassermann: negativa; negativa la cutireazione di Von Pirquet; nulla di apprezzabile all'esame macroscopico e microscopico delle feci). Solo un'accurata indagine anamnestica rileva che in un periodo più o meno lontano di tempo gli infermi hanno avuto un episodio diarroico, già da tempo completamente scomparso. In qualche caso, anzi, l'episodio diarroico è stato così lieve e transitorio che l'infermo avrebbe trascurato di ricordarlo senza l'insistenza delle domande rivoltegli nel raccogliere l'anamnesi.

Di questo secondo gruppo riporto un primo caso molto interessante.

Lenzi Albano di anni 25, Sala I, letto n. 127.

Nulla di interessante nel gentilizio.

Anamnesi remota - A 17 anni contrasse la malaria nelle Paludi Pontine. Per tre anni ha sofferto di dispepsia intestinale.

Anamnesi prossima - Chiamato alle armi nel 1939, fu inviato in A.S. nel marzo del 1940. Nell'agosto dello stesso anno, quando trovavasi sul fronte di Tobruk, fu colpito da diarrea intensa, da cui non migliorò col trattamento di bismuto ed oppio in compresse; invece le scariche diarroiche non solo aumentavano ma si presentavano commiste a muco ed a sangue. Ricoverato in Ospedale migliorò sensibilmente. Trasferito in Patria, venne ricoverato nella Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali della R. Università degli Studi di Napoli.

Stato attuale - Esame generale.

Individuo di normale costituzione scheletrica : profondamente decaduto nella nutrizione generale, con masse muscolari assottigliate e flaccide, pannicolo adiposo quasi scomparso ; pallore spiccato della cute ed anche delle mucose apparenti. Ingorgi ghiandolari di modico grado si palpano nelle regioni inguinali.

Addome di forma e di volume normale. Notasi un ingrandimento del fegato, che sulla emiclaveare destra si palpa a oltre due dita trasverse al disotto dell'arcata costale. Il fegato si presenta di consistenza notevolmente aumentata, non si rileva irregolarità nella sua superficie e nel suo margine antero-inferiore.

All'esame dell'apparecchio cardio-vascolare, l'aia di ottusità cardiaca è nei limiti, all'ascoltazione si rileva che i toni di ritmo normale, sono un po' deboli su tutti i focolai. La pressione arteriale mx. è di mm. 100, la mm. di mm. 70.

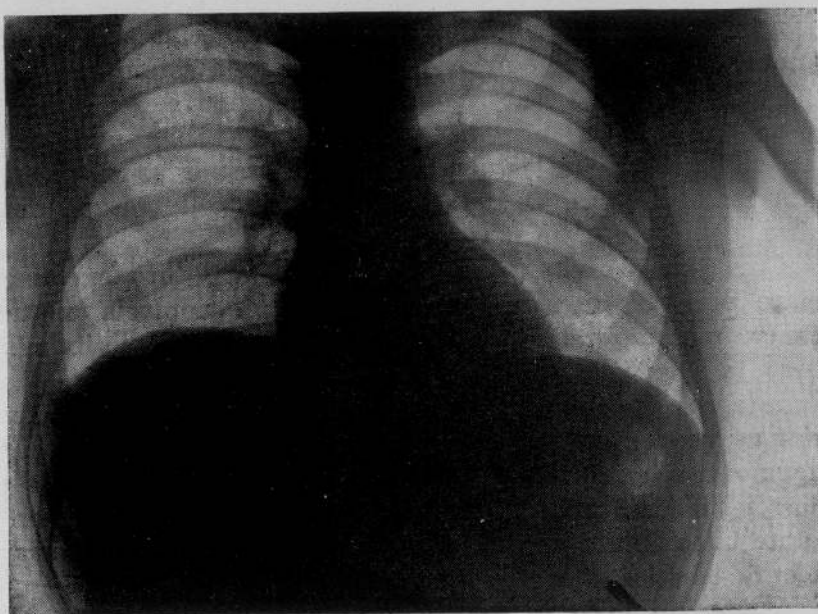


Figura 1.

L'esame radiologico del torace (vedi figura 1) fa rilevare che i campi polmonari sono di trasparenza normale senza immagini patologiche, tranne a destra dove si notano gli esiti di un complesso sottoapicoilare.

Nulla di apprezzabile all'esame clinico dell'apparecchio digerente.

L'aria splenica è nei limiti.

Cutircazione di Von Pirquet : negativa.

Reazione di Wassermann : negativa.

Funzionalità epatica :

Glicemia : 0,72 %.

Bilirubinemia: Reazione diretta: negativa.

Reazione indiretta: mm. 0,425 %.

Azotemia: urea: 0,26 %.

Reazione di Takata: positiva $++$.

Prova dell'acido ippurico: acido ippurico: gr. 0,6 (discreta insufficienza epatica).

Esame delle feci: nulla di notevole sia all'esame macroscopico che all'esame microscopico.

Esame delle urine: nulla di notevole.

In questo caso che ho descritto, il profondo decadimento della nutrizione generale, con assottigliamento e flaccidezza delle masse muscolari, il colorito pallido della cute, facevano assumere all'infermo un aspetto tendente a quello che si osserva negli stati cachettici, tanto più che si accompagnava a notevole ipotensione arteriale e a profonda astenia.

Oltre a questo stato di grave e progressivo deperimento l'esame clinico poneva in rilievo l'ingrandimento del fegato, che alla palpazione appariva di consistenza sensibilmente aumentata. Nessun aumento anche lieve, nel volume della milza.

Un primo esame superficiale avrebbe potuto anche lasciare porre il dubbio su una eventuale neoplasia epatica (cancro massivo del fegato), e guidare il medico alle indagini verso la possibilità di una tale diagnosi.

Ma per la provenienza dell'infermo dall'Africa Settentrionale venne prima posta in linea di massima la diagnosi di « fegato tropicale »; e per il rilievo anamnestico di episodi diarroici insorti durante la sua permanenza in Africa, nonostante la completa negatività dell'esame delle feci, fu iniziata la cura emetina.

Dopo un ciclo di questa cura non solo l'epatomegalia si ridusse quasi completamente, ma le condizioni generali dell'infermo si modificarono radicalmente, ed egli aumentò nel peso del corpo di Kg. 16,500, nel periodo di quattro mesi (dal 9 gennaio al 12 maggio di quest'anno). Riporto, perchè caratteristiche del profondo miglioramento ottenutosi nella nutrizione generale, delle fotografie dell'infermo, di cui due prese il 14 gennaio (vedi figure 2 e 3), le altre due il 12 maggio (vedi figure 4 e 5) di quest'anno.

Anche la crasi sanguigna subì un radicale miglioramento dopo la cura emetina come può rilevarsi dalla differenza

fra l'esame di sangue eseguito l'11 gennaio 1942 e quello eseguito il 12 maggio 1942.

Esame di sangue del giorno 11 gennaio 1942-XX:

Globuli rossi: 3.500.000 per mmc. di sangue.

Globuli bianchi: 4.960 per mmc. di sangue.

Emoglobina: 68 %.

Valore globulare: 0,96.

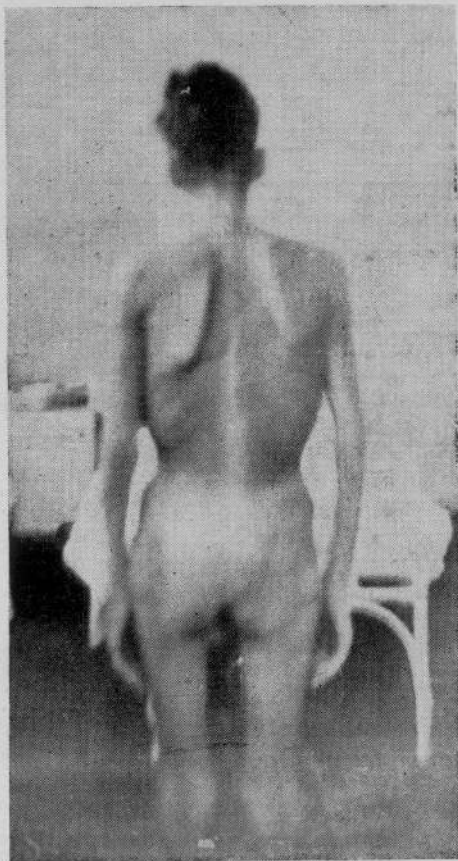


Figura 2.



Figura 3.

Formula leucocitaria: Neutrofili: 58 % - Linfociti: 37 % - Monociti: 5 % - Eosinofili: 0 - Basofili: 0.

Esame di sangue del giorno 12 maggio 1942-XX:

Globuli rossi: 4.850.000 per mmc. di sangue.

Globuli bianchi: 6.510 per mmc. di sangue.

Emoglobina: 86 %.

Valore globulare: 0,94.

Formula leucocitaria : Neutrofili : 68 % - Linfociti : 22 % - Monociti : 10 % - Eosinofili : 0 - Basofili : 0.

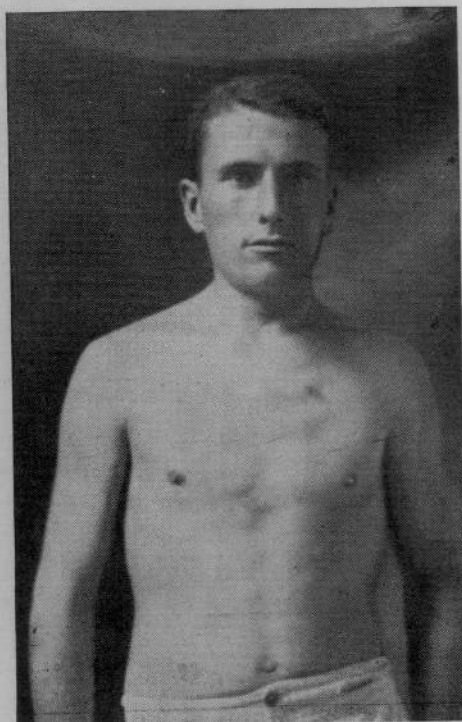


Figura 4.

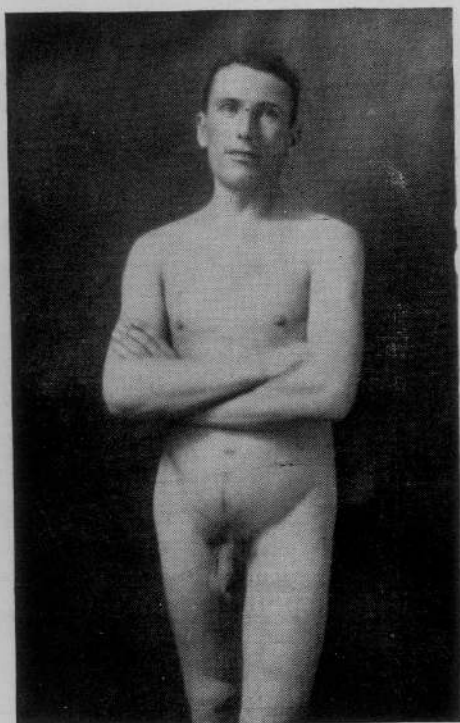


Figura 5.

Riporto un secondo caso anche molto interessante.

La Bruna Salvatore di anni 31, Sala I, letto n. 23.

Nulla di notevole nel gentilizio e nella sua anamnesi remota. Nella sua anamnesi prossima si rileva che, richiamato alle armi ed inviato in A.S., prestò per vari mesi il suo servizio militare nelle più floride condizioni di salute. Dopo questo periodo di tempo cominciò ad avvertire dolorabilità all'ipocondrio destro, da principio modica in modo da non impedirgli di continuare il suo consueto servizio, ma in seguito accentuandosi sempre più, fu dal suo Ufficiale medico inviato all'Ospedale Militare di Tripoli, e successivamente trasferito in Patria, e ricoverato nella R. Clinica Universitaria delle Malattie Tropicali e Subtropicali.

Stato attuale - Esame generale.

Individuo di normale costituzione scheletrica, masse muscolari toniche e trofiche, pannicolo adiposo discretamente conservato. Colorito roseo della cute e delle mucose visibili. Assenza di ingorghi ghiandolari.

Nulla di apprezzabile all'esame dell'apparecchio cardiovascolare e dell'apparato respiratorio.

Addome di forma e volume normale.

All'esame del fegato si rileva che quest'organo a livello dell'emicleaveare destra deborda di circa tre dita dall'arcata costale. Con la palpazione si rileva che la sua consistenza è aumentata, la superficie liscia, nessuna irregolarità nel suo margine antero-inferiore. Con la pressione si provoca una dolorabilità nel punto cistico, ma completamente assenti sono così il segno di Abrams come quello di Murphy; e la pressione sul punto sottotifoideo (punto di Castellani) provoca una dolorabilità di gran lunga più spiccata.

L'aia splenica è nei limiti.

Nulla di notevole all'esame delle urine.

Nulla di notevole all'esame macroscopico e microscopico delle feci.

Anche questo caso è molto importante perchè avrebbe potuto sembrare giustificata la diagnosi di colecistite, tanto più che oltre alla completa negatività dell'esame delle feci, nell'anamnesi non si rilevava nessun precedente di un sia pur lieve episodio diarroico.

Ma la provenienza dell'infermo dall'A.S., e il rilievo di una dolorabilità al punto di Castellani ancora più spiccato di quello sul punto cistico, guidò alla diagnosi di epatite amebica tenendo anche conto che, come rileva LA TERZA, anche nella epatite amebica può rilevarsi una notevole dolorabilità della regione cistica.

Per tali considerazioni l'infermo fu sottoposto ad un ciclo di iniezioni emetiniche, ed il fegato ritornò quasi completamente nei suoi limiti normali, debordando appena di mezzo dito trasverso dall'arcata costale a livello della linea emicleaveare destra, e contemporaneamente scomparve del tutto la dolorabilità della pressione, sia del punto cistico che del punto di Castellani.

* * *

Riporto un terzo caso anche di grande interesse nei riguardi della varietà di quadri clinici che può assumere il fegato tropicale secondario di origine amebica.

Redi Francesco di anni 20, Sala D, letto n. 83.

Nulla di notevole nel gentilizio e nella sua anamnesi remota.

Nell'anamnesi prossima si rileva che nel febbraio del 1941, mentre era già soldato, venne ricoverato nell'Ospedale Civile di Reggio Calabria per febbre tifoide e pleurite essudativa destra, rimanendo là degente per circa due mesi, durante i quali soffrì

anche di diarrea. Alla fine di aprile venne dimesso dall'Ospedale non completamente guarito perchè persistevano ancora lievi rialzi termici quotidiani e continuava la diarrea. Dopo un ciclo di cure eseguite nel suo paese natio, le condizioni migliorarono, persistendo però ancora saltuariamente le coliche addominali e lieve diarrea.

Terminata la licenza di convalescenza, si presentò alla visita di controllo dalla quale fu per due mesi non giudicato idoneo alle fatiche di guerra. Al termine di questo periodo di tempo, dichiarato idoneo al servizio incondizionato, nel febbraio del 1942 fu inviato in A.S., dove la sintomatologia intestinale si riacutizzò con acuti e frequenti dolori colici, maggior numero di scariche diarroiche con sangue e muco; e contemporaneamente fu colpito da dolori lancinanti specialmente localizzati all'emitorace destro, e da febbre, preceduti da brividi nelle ore della sera, e remittente poi nella notte con profusi sudori. In tali condizioni continuò il suo servizio militare, prima ad Homs e poi a Zavia, per un mese.

Dopo questo periodo di tempo fu inviato e ricoverato all'Ospedale Militare di Porta Azizia di Tripoli, dove fu fatta diagnosi di polisierosite, e curato con preparati di iodio e di calcio; ma non migliorando, dopo 37 giorni, venne trasferito in Patria e ricoverato in Napoli nella R. Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali.

Stato attuale - Esame generale.

Individuo di normale costituzione scheletrica. Cute mucose visibili leggermente pallide. Pannicolo adiposo scarso. Muscolatura ipotonica e ipotrofica. Micropoliadenopatia biinguinale.

Esame dell'apparecchio respiratorio.

Torace di forma normale con limitata mobilità delle basi. Alla percussione, a destra ottusità, dall'angolo della scapola, in basso; alla palpazione il fremito toracovocale tattile, normale a sinistra e rinforzato a destra sull'aia di ottusità descritta. All'ascoltazione nulla di notevole a sinistra; a destra in basso respiro leggermente aspro.

Esame dell'apparecchio cardio-vascolare.

Aia cardiaca nei limiti; toni su tutti i focolai di ascoltazione.

Addome di forma normale, leggermente meteorico; dolente alla palpazione profonda in tutti i suoi quadranti, più intensamente nei quadranti inferiori.

L'aia epatica è ingrandita in alto; in basso il fegato deborda a livello della emiclaveare destra di due dita trasverse dall'arcata costale, di consistenza sensibilmente aumentata, dolente alla palpazione.

L'aia splenica nei limiti.

Cutireazione di Von Pirquet: negativa.

Reazione di Wassermann: negativa.

Esame delle feci: macroscopico: assenza di sangue, scarso muco; microscopico: presenza di leucociti degenerati, di rari cristalli di Charcot-Leyden.

Esame radiologico: All'esame toracico si nota sopraelevazione del diaframma da aumentata tensione addominale; notevole accentuazione dell'ombra ilare destra, che risulta anormalmente massiccia e forte accentuazione dell'arco cardiaco medio di sinistra.

Non si può asserire la presenza di liquido endo-addominale (v. fig. 6),

In questo caso è da rilevare che mentre i medici dell'Ospedale Militare di Tripoli posero la diagnosi di polisierosite, in Clinica nè l'esame fisico, nè l'indagine radiologica lasciarono constatare presenza di liquido nella cavità peritoneale e nelle cavità pleuriche. Non si è rilevato invece che un ingrandimento notevole del fegato.

Anche in questo caso il rilievo di una epatomegalia solitaria fece porre la diagnosi di « fegato tropicale », ed il rilievo

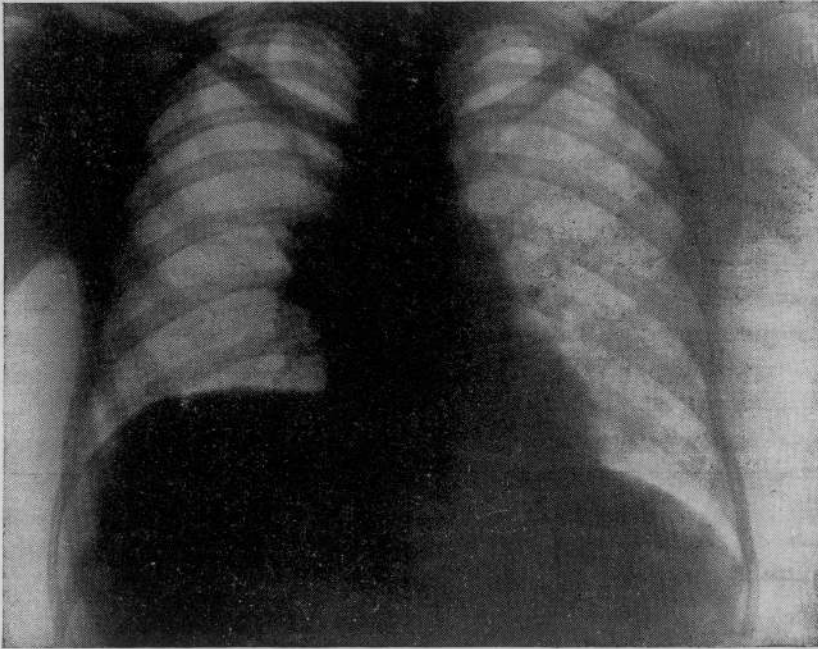


Figura 6

anamnestico di precedenti episodi diarroici ed anche dissenterici, condussero ad ammettere l'origine amebica della epatomegalia.

La precedente presenza di liquido nella cavità peritoneale e nella cavità pleurica di destra, constatata nell'Ospedale Militare di Tripoli che condusse alla diagnosi di polisierosite, si può spiegare col ritenere che la metastasi amebica nel fegato sia avvenuta oltre che per la via sanguigna anche per la via linfatica. In tal guisa si sarebbe determinata insieme alla epatite anche una periepatite con consecutiva comparteci-

pazione reattiva flogistica della pleura e del peritoneo e formazione di essudato nella cavità pleurica di destra e nella cavità peritoneale.

La cura emetina, già iniziata dai medici sulla Nave Ospedale durante il trasferimento in Patria, ed il facile riassorbimento degli essudati di origine reattiva, possono spiegare come in Clinica si sia constatata presenza alcuna di liquido nel cavo pleurico di destra e nella cavità peritoneale, pur persistendo ancora dolorabilità alla palpazione dell'addome specie nei suoi quadranti inferiori.

* * *

Dei vari casi del secondo gruppo, osservati in Clinica, ho creduto opportuno di riportare i tre su descritti, perchè essi chiaramente dimostrano come il « fegato tropicale » secondario ad amebiasi, si può presentare con quadri clinici assai vari. Ed infatti, nel primo caso il quadro clinico poteva guidare anche alla diagnosi di cancro massivo del fegato; il secondo caso simulava una colecistite, tanto più che nessun dato di precedente colite si rilevava nell'anamnesi; il terzo caso, infine, si presentò per un periodo di tempo col corteo sintomatico della polisierosite.

* * *

Dallo studio accurato dei vari casi di epatomegalia osservati in infermi provenienti dall'A.S., si può concludere che, sebbene il quadro clinico (inteso nel senso che l'unico dato rilevabile è l'aumento del volume del fegato) sia nelle linee generali identico, del « fegato tropicale » si debbono distinguere due forme: una forma primaria ed una forma secondaria.

Il « fegato tropicale » primario (col suo lieve, incostante corteo di sintomi), di cui se sfugge la vera, precisa, sicura causa determinante, lo si può mettere certamente in rapporto con le speciali condizioni climatiche, ambientali, delle regioni dei tropici. Potrebbe, quindi, nelle sue linee generali paragonarsi al così detto « fegato artritico » che non di rado si os-

serva soprattutto nelle regioni meridionali di Europa, ed anche esso in rapporto con le condizioni climatiche e ambientali di queste regioni.

Il «fegato tropicale» secondario, invece, ha una etiopatogenesi precisa, sicura, che il medico coloniale dovrà diligentemente ricercare per stabilire il metodo opportuno di cura.

È da tener presente però che anche nelle regioni dei tropici si osservano casi nei quali la epatomegalia è una manifestazione terziaria della infezione luetica, o è dovuta a malaria in cui qualche volta come ha rilevato LA TERZA, non si nota una splenomegalia dimostrabile; o infine l'aumento di volume del fegato può essere l'espressione di un processo neoplastico (carcinoma).

Ma in tutti questi casi il corteo dei sintomi propri di ciascuna di queste forme morbose, le prove di laboratorio, e le indagini anamnestiche, permettono di giungere alla diagnosi.

Il «fegato tropicale» secondario è invece legato a cause patogenetiche, le quali o si determinano solo, esclusivamente, nelle regioni dei tropici, oppure potendosi determinare anche in Europa, sono di gran lunga più comuni nelle regioni a clima tropicale.

Nel primo gruppo si comprende la bilharziosi intestinale, in cui oltre a diarrea e talvolta a dissenteria, contemporaneamente o successivamente si manifesta un ingrandimento del fegato. La presenza all'esame microscopico delle feci delle caratteristiche uova, dello schisto soma mansonii, a sperone laterale, guida alla diagnosi.

Anche altre infestazioni da vermi nelle regioni dei tropici, possono produrre ingrandimenti del fegato. Tra questi vermi ricordo il *Porocephalus armillatus*, il *Porocephalus moniliformis*, le cui larve abitualmente si incistano nel fegato, determinando un ingrandimento dell'organo.

Anche la infestazione da *Clonorduis sinensis*, da *Opisthorchis felinus*, da *Fasciola hepatica*, da *Dicrocoelium lanceolatum*, producono un aumento nel volume del fegato.

Nel maggior numero dei casi, però, il «fegato tropicale» secondario è di origine amebica.

L'amebiasi, se si osserva anche nel nostro continente, ed in special modo nelle regioni mediterranee dell'Europa, è di gran lunga assai più diffusa nelle regioni tropicali.

Come è noto l'*Entamoeba histolytica* ha quale localizzazione primitiva la sottomucosa del colon, determinando una sindrome morbosa denominata colite amebica. Se non riconosciuta o non ben curata in un buon numero di casi, si stabilisce anche una localizzazione epatica del parassita (metastasi epatica).

La localizzazione epatica dell'*Entamoeba histolytica* determina un ingrandimento dell'organo, dovuto dapprima ad una semplice iperemia. Dalla iperemia, se l'infezione non è specificamente curata, si passa ad un'epatite vera e propria, che in un certo numero di casi va incontro ad un processo colliquativo.

CONCLUSIONI

Dallo studio e dalle osservazioni cliniche eseguite su questo interessante argomento, si può giungere alle seguenti conclusioni:

1) Con frequenza nei bianchi che hanno soggiornato per qualche tempo nelle regioni dei tropici si può osservare un notevole ingrandimento del fegato senza un contemporaneo aumento del volume della milza e senza il corteo di sintomi che sogliono osservarsi nelle consuete forme morbose che presentano come dato clinico predominante l'epatomegalia.

2) A questa epatomegalia solitaria è stato dato il nome generico di « fegato tropicale ».

3) Del « fegato tropicale » bisogna però distinguere due forme: una forma primaria e una forma secondaria.

4) La forma primaria, con un corteo di sintomi lievi, soprattutto dispeptici, non ha una etiopatogenesi sicura, precisa, ma si ritiene legata a condizioni climatiche, ambientali, le quali agiscono dannosamente sul fegato.

5) La forma secondaria, invece, ha una sicura etiopatogenesi che il medico coloniale deve ricercare e riconoscere per iniziare il metodo opportuno di cura.

6) Il « fegato tropicale » secondario, tranne rari casi in cui la epatomegalia è prodotta da infestazioni di vermi propri delle regioni dei tropici, è quasi sempre dovuto ad amebiasi.

7) Nel maggior numero dei casi di questa epatite amebica, l'esame delle feci, non lascia rilevare presenza di *Entamoeba histolytica* neanche nella forma cistica; ma quasi sempre l'indagine anamnestica pone in rilievo un episodio diarroico, talvolta lieve e transitorio, verificatosi alcuni mesi prima. Non mancano però casi nei quali è assente anche questo dato anamnestico.

8) Da tutto il complesso di queste constatazioni si deve concludere che il medico coloniale in ogni caso di « fegato tropicale » deve dapprima a scopo diagnostico, e successivamente a scopo curativo, iniziare la cura emetina.

BIBLIOGRAFIA

- BALTIAJ. — Citato da MEUX, Trattato delle malattie tropicali.
 COLONNELLO. — Considerazioni e rilievi sul « fegato tropicale ». « Atti e Memorie della Società Lombarda di Medicina ».
 D'IGNAZIO. — Il fegato tropicale con particolare riferimento al fegato d'altopiano.
 GIUGNI e TASSI. — I disturbi funzionali del fegato delle regioni tropicali. « Policlinico », 1936.
 GRAFFE. — « Presse Medicale », 1937.
 IZAR. — « Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche », 1932.
 LA TERZA. — Osservazioni sul fegato tropicale. « Medicina Trop. e Subtrop. », 1941, n. 12.
 MANSON. — Malattie dei paesi caldi. Masson e C., 1906.
 POGGI e RONCORONI. — « Giorn. Med. Milit. », 1937.

330130

