

698
DOTT. CARLO BERTONE

Ascaridiosi del fegato e delle vie biliari

Estratto dal POLICLINICO (Sez. Chirurgica), anno 1923

ROMA

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »

N. 14 — Via Sistina — N. 14

1923

DOTT. CARLO BERTONE

Ascaridiosi del fegato e delle vie biliari

Estratto dal POLICLINICO (Sez. Chirurgica), anno 1923

81
13
17

ROMA
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »
N. 14 — Via Sistina — N. 14

1923

—
PROPRIETÀ LETTERARIA
—

Roma, 1923 - Tip. Cartiere Centrali

OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA
II DIVISIONE CHIRURGICA, diretta dal Primario Prof. D. GIORDANO

Ascaridiosi del fegato e delle vie biliari

per il dott. CARLO BERTONE, assistente.

Tra i parassiti dell'umano intestino, l'*ascaride lumbricoide* è il più frequente a incontrarsi. Sede sua prediletta è il tenue, dove può anche abitare in colonie numerosissime. Nella frequenza della sua comparsa egli non dimostra alcuna predilezione per l'un sesso o per l'altro, mentre lo si riscontra più facilmente in bambini o in soggetti d'età avanzata che nelle età intermedie della vita, nei contadini, e più ancora nelle infime classi sociali, e nei men-tecati.

Con la sua presenza nell'intestino può destar turbe di vario genere, che a cause meccaniche e chimiche vennero riferite. L'ileo verminoso, i disturbi nutritivi dell'ospite, e anche minutissime emorragie della mucosa intestinale dovute alla bocca dentata del parassita, sono le conseguenze immediate e dirette della sua presenza, mentre aldeidi, acidi grassi leggeri, alcoli, eteri, prodotti dal suo ricambio materiale, entrando in circolo destan talora in tutto l'organismo gravi perturbazioni, tra le quali, in prima linea, stanno quelle a carico del sistema nervoso centrale.

In dati periodi della lor vita, seguendo l'impulso di cause, che ancora non ci è ben dato di conoscere, gli ascaridi possono abbandonare la dimora prediletta per cercar nuovi organi ed apparati, e specialmente: il cavo gastrico, l'esofago, l'albero respiratorio, il dotto Wirsungiano, il pancreas, le grandi cavità sierose, l'utero, l'urocisti, le vie biliari, provocandovi alterazioni anatomiche, che hanno talvolta una sintomatologia clinica pronunziatissima.

L'emigrazione degli ascaridi nelle vie biliari, che già da secoli era stata osservata dagli anatomici, prese ad interessare, nell'ultimo ventennio, anche i chirurghi, per i singolari reperti operatori ch'ebbero alcuni di essi, e per la gravità dei sintomi che li accompagnavano.

Nel 1913 già poteva il Rosenthal radunare cinque casi di rimozione, con atto operativo, d'ascaridi dalle vie biliari. Le osservazioni si moltiplicarono in seguito, i dati anatomici e clinici spesso diversi tra di loro, riuscirono in

ogni caso interessantissimi, e chiaro apparve che calcolosi ed ascaridiosi eran spesso fra di loro in stretti rapporti di causa ed effetto.

Vollero alcuni Autori riconoscere, nell'odierna relativa frequenza di questo parassitismo a carico delle vie biliari, quasi una vittoria del verme di fronte all'organismo umano moderno, debilitato dagli strapazzi del periodo bellico e del susseguente. Noi vediamo invece in questo fatto una vittoria della chirurgia, che con la sua tecnica perfezionata, pone oggi in evidenza ed esamina organi ed apparati, meglio di quanto non potesse fare nei secoli passati.

A scopo di tracciare, per l'affezione in oggetto, un quadro anatomopatologico e clinico il più possibile fedele, ne abbiamo raccolto dalla letteratura un buon numero di casi, ed a questi uno ne aggiungiamo, osservato dal Maestro nostro nel corso di 300 interventi sulle vie biliari.

1. NEUGEBAUER (1902), per la prima volta trovava, nel vivente, un verme nelle vie biliari: donna di 37 anni, sofferente da circa un anno d'ittero, dolori al basso ventre, brividi e vomiti. Non febbre. Reperto d'operazione: 1-III-1902: colecisti piena di calcoli; asportazione di questa, coledocotomia, estrazione dal coledoco di altri due concrementi e di un ascaride vivo, lungo 19 cm. Trattamento con santonina. Non si ebbe eliminazione di altri vermi con le feci. Guarigione.

2. SCHÄFER riferiva (1904) di una donna di 46 anni, la quale mai in precedenza aveva sofferto di disturbi a carico dell'apparato biliare, ed improvvisamente fu assalita da violente crisi dolorose in sede gastrica ed anche all'ipocondrio d. accompagnate ogni volta da vomiti. Comparve in breve ittero cospicuo. Gli attacchi si rinnovavano ogni secondo dì. Decadimento delle condizioni generali. Nessuna eliminazione di calcoli. Diagnosi: litiasi del coledoco. Con l'operazione, si estrassero tre calcoli delle dimensioni d'un'avelana dal coledoco, che era notevolmente dilatato, e per giunta l'estremità caudale di un ascaride morto, di cui il corpo e l'estremo cefalico si erano avanzati in un canale biliare del fegato.

3. Nel caso comunicato dal VIERORDT (1904), tenendo conto dell'abbondante eliminazione di vermi con i vomiti e con le feci, si fe' diagnosi d'ascaridiosi delle vie biliari prima dell'intervento: Bambino di due anni, in condizioni di grave deperimento, con febbri ed ittero. Nei vomiti 3 elminti. Dolorabilità alla pressione in sede epatica. Santonina. Durante questa cura, eliminazione giornaliera di 12-15 vermi nelle feci cretacee. Diagnosi: ascessi del fegato da ascaridi, ascaridiosi delle vie biliari. Con l'intervento, non si rinvenne nessun ascesso, nessun parassita nel fegato. La diagnosi venne però egualmente mantenuta. Più tardi, ricomparsa di ascaridi nelle feci ed anche una volta nei vomiti. Morte in 9ª giornata. Reperto d'autopsia: Elminti nell'intestino, nell'esofago, nelle fauci (penetrazione postmortale). Epatico e Coledoco entrambi enormemente dilatati ed occlusi da vermi.

4. Anche nel caso di FERTIG (1912), l'affezione venne diagnosticata in precedenza, per la presenza dei parassiti nei vomiti: Donna di 32 anni, da tempo sofferente di attacchi dolorosi in sede gastrica ed epatica, con vomiti che si ripetevano in inverno. Ittero non molto pronunciato. Sclere gialle. Nei vomiti un verme. Nessuno nelle feci. Talvolta febbre, non brividi. La p. fu per molto tempo curata per clorosi e gastralgia. Dopo un accesso doloroso acutissimo in sedi epatica e gastrica, dopo vomiti, comparsa di febbre alta con brividi. E. O. Manca l'ittero al momento dell'esame. Dolente la pressione in sede colecistica. Reperto d'operazione: La vescichetta liberata dimostra esternamente nessuna alterazione. Essa contiene due calcoli. Cistico privo di calcoli. Coledoco ed epatico della grossezza di un dito. Dal coledoco si tiran fuori 6 ascaridi vivi, ed altri due dall'epatico. Nessun altro calcolo nelle vie biliari. Cura santoninica. Non si ha l'eliminazione di ova nelle feci. Guarigione.

5. Nel 1913 ROSENTHAL comunicava il caso seguente: Donna di 65 anni, vedova. Non soffersse di alcuna malattia nell'infanzia. Essa era da giovane fortemente clorotica. Sposata a 30 anni. Non aborti, né bambini. Crede di aver contratto lue. A 55 anni primo attacco doloroso con vomiti e crisi dolorose al ventre. In seguito diarree e grave ittero. Ventre non disteso. Diagnosi: enterite. Dopo 14 giorni di letto e di massaggi al ventre, i dolori erano passati. Dopo un anno, nuovo attacco doloroso simile al precedente con grave ittero. Feci acoliche. Urine scure. Si fe' allora diagnosi di sifilide epatica. Questi fatti duraron 5 settimane. Terzo attacco dopo due anni ed uno ancora dopo altri due anni. Entrò in Ospedale alla fine del febbraio 1912, per forti dolori che l'assalivano al ventre nel muoversi. Nel frattempo, aveva avuto spesso crisi gastriche. Nessun ittero. Vivo dolore alla pressione in sede colecistica e sulla linea mediana sotto il xifosterno. T. = 39°, forti brividi. Nelle urine non bilirubina, ma urobilina. Diagnosi: litiasi del coledoco. Con l'intervento (16 marzo 1912), si trova una vescichetta raggrinzata, del volume di un pollice, e tutta fissata da aderenze. Liberata da queste, ed eseguita la colecistectomia, vien fuori un ascaride lungo 15 cm., attraverso l'apertura del coledoco. Lo si asporta, e si drena l'epatico. Cura santoninica, decorso postoperatorio buono. Nessun nuovo verme od ovo nelle feci.

6. HINTERSTOISSER (1913), riferisce un caso di ascaridiosi dell'epatico. Donna di 36 anni, da 10 sofferente di dolori in sede gastrica ed epatica. Da 5 anni le indisposizioni s'eran fatte più frequenti, ed erano accompagnate da nausea e vomiti. 14 mesi prima del suo ingresso in Ospedale, fu anche itterica per una settimana. Al momento della visita è itterica da 10 dì. Da 4 settimane, secondo quanto essa riferisce, non ingerì che liquidi, ed ha sempre dolori al fegato e in sede gastrica. Operazione (23-X-1909). Vescichetta piccola, con pareti notevolmente inspessite, circondata d'aderenze, non contenente concrementi. I canali biliari principali sono fortemente ectasici, ed hanno l'ampiezza e l'aspetto d'un intestino tenue di neonato. S'incide il coledoco sopra un calcolo grosso e facettato. Si estrae dall'epatico un ascaride vivente. Drenaggio dell'epatico e del coledoco. Morte in 16ª giornata. Reperto d'autopsia: de generazione adiposa del cuore; nessun'altra alterazione viscerale. Nessun ascaride nell'intestino.

I sette casi di MIYAKE riescono assai interessanti per la varietà e l'importanza dei reperti. Questi sono i seguenti:

7. Contadino di 20 anni, sofferente dall'età di 8 anni di fortissimi dolori all'epigastrio, che si presentavano ad intervalli. Condizioni generali piuttosto cattive, paz. debolissimo. Con ogni comparsa di ittero, si aveva per lo più iperpiressia e brividi. Diagnosi: litiasi del coledoco. Con un primo intervento egli fu liberato di alcuni calcoli. Dopo un anno, ricomparsa degli attacchi dolorosi. Operazione: Superficie esterna della vescichetta in apparenza normale. Si palpa però nel suo interno un corpo rotondo, come una corda. Colecistotomia, estrazione di un verme lungo 25 centimetri che giungeva sin nel coledoco. Cura antielmintica. Non si ha eliminazione né di ova né di vermi con le feci, nei giorni seguenti.

8. Contadino di 36 anni, sofferente da 6 di attacchi dolorosi al ventre, numerosi e frequenti, da 4 fattisi più cospicui ed accompagnati da ittero e iperpiressie. L'ittero dura a lungo ed è assai pronunciato. Fegato non palpabile. In sede colecistica si palpa una resistenza dolente alla pressione. Diagnosi: colelitiasi. Reperto d'operazione: Colecisti ripiena, da una parte aderente al grande omento. Calcoli nel coledoco e porzioni di vermi macerate. Coledocotomia e drenaggio dell'epatico. Chiusura della ferita operatoria in 20ª giornata. Cultura della bile: b. coli.

9. Donna di 42 anni, che a 37 ebbe un primo attacco doloroso al ventre. Gli accessi si ripeterono in seguito, ad intervalli irregolari. L'ultimo, due mesi prima del suo ingresso in ospedale. Palpasi un tumore duro e dolentissimo.

simo in sede colestica. Diagnosi: colelitiasi. Reperto d'operazione: Vescichetta aumentata di volume, con pareti ispessite. Non vi sono aderenze. Il cistico è occluso da un calcolo. Nella vescichetta si trova un verme macerato. Colectectomia. Guarigione.

10. Uomo di 44 anni, che 20 anni prima ebbe il primo attacco doloroso al quadrante superiore d. del ventre. Egli vomitò più volte numerosi ascaridi. Accusa anche dolori all'epigastrio, febbri, brividi. Itterico da circa un mese. Reperto di operazione: colecisti ripiena, aderente con il suo fondo al duodeno. Nel coledoco un calcolo ed un verme macerato.

11. Uomo di 58 anni che presentava calcoli nella colecisti del volume di un grano di canapa, e calcoli nel coledoco grossi come piselli. Nel coledoco anche un ascaride lungo 29 cm. Il verme era morto, ma la sua forma esterna si era così ben conservata che esso appariva vivo.

12. Donna di 34 anni: nel coledoco un verme macerato, assieme ad un grosso calcolo.

13. Uomo di 35 anni: nel coledoco molti ascaridi macerati insieme con un grosso calcolo.

14. KONDO (citato da TSUJIMURA) riferiva (1909) di un uomo sofferente di accessi dolorosi al ventre, da 3 anni. Presentava diminuzione dell'appetito, ittero, dolori alla pressione in sede gastrica e grave deperimento. Diagnosi: litiasi del coledoco. Reperto d'operazione: fegato e colecisti ingrossati. Nel coledoco un verme macerato ed uno vivo assieme a 2 calcoli. Nella vescichetta un calcolo grosso come un ovo di colomba. Coledocotomia, colectectomia. Guarigione.

15. Caso di HÖRHAMMER. — Donna di 46 anni, la cui madre già soffriva d'affezioni delle vie biliari. Da 4 anni dolori in sede gastrica. Non si accorse di aver eliminato calcoli. Spesso i dolori hanno carattere di vere crisi e s'irradiano al dorso ed alla spalla d. Fegato alquanto ingrossato, duro, e dolente alla pressione. 16 ottobre 1918, operazione. Colecisti distesa. Con puntura la si svuota di bile torbida. Vi si trovano molti calcoli della grossezza di una ciliegia. Coledoco notevolmente dilatato. Lo si incide longitudinalmente. Dopo che si è ritirata una Nélaton dall'incisione, spunta fuori attraverso a questa l'estremo di un ascaride, che con la maggior parte del corpo giace nell'epatico. Asportazione. Drenaggio con tubo a T. Si restringe l'apertura del coledoco.

18 ottobre. Si somministrano fisostigmina, e 3 volte santonina. Eliminazione di 2 vermi per os.

19 ottobre. Feci acoliche. In queste altri 10 vermi e 2 per bocca. Continua nei giorni seguenti l'eliminazione dei parassiti con le feci. Guarigione il 29 novembre 1918.

16. PRIBAM comunicò due casi. — 1°: Uomo di 34 anni che da 3 settimane aveva dolori all'epigastrio. Lieve ittero. Stato di difesa dell'estremo superiore del m. retto di d. Sulla linea mediana, subito al disotto del xifosterno palpasi una tumefazione elastica del volume di un pugno d'un bambino. Diagnosi: ascesso epatico. Incisione sopra il tumore, apertura, svuotamento dell'ascesso. Due giorni dopo l'operazione, mentre si rimuoveva il drenaggio vi si rinvenne un verme vivo. Dopo l'incisione dell'ascesso la temperatura fu stazionaria a 38°. L'ittero crebbe, s'accentuarono i dolori in sede epatica, ove si palpava una colecisti ingrossata e dolente. Si fe' allora diagnosi di colecistite con ristagno di bile dovuto ad ascaridi. 2° intervento: fegato ingrossato, lobo sinistro aderente alla parete gastrica. Colecisti ingrossata, fortemente ripiena. Coledoco dilatato, ed in questo un ascaride grosso, e lungo 25 centimetri, che ne occlude completamente il lume, ed ha l'estremo caudale rivolto verso l'intestino. Un altro piccolo ascaride nell'epatico. Nessuna connessione delle grandi

vie biliari col cavo ascessuale. Cistectomia e drenaggio dell'epatico. Molti piccoli calcoli nella colecisti. Nei giorni seguenti il paz. vomitò ancora due volte vermi, ed altri ne emise con le feci. Cura santoninica. Decorso postoperatorio buono.

17. (Caso secondo di PRIBAM). — Uomo di 32 anni sofferente da 8 di dolori in sede colecistica a tipo colico. Itterico. Colecisti ingrossata e dolente alla pressione. Feci acoliche. Reperto d'operazione: vescichetta ingrossata, fortemente ripiena. Nel coledoco un verme lungo 16 cm. Un 2° nel cistico, un 3° nell'epatico. Nessun calcolo. Colecistectomia e drenaggio. Il giorno dopo l'operazione il paz. vomita un ascaride. Santonina. Eliminazione di altri elminti con le feci. Guarigione.

18. Il LANDGRAF riferì su di un caso che merita di essere riportato ampiamente, dato l'interessante e raro reperto d'operazione: M. B., domestica, di anni 42. Entra il 20 dicembre 1916 in ospedale. Soffre da 3 anni di coliche a tipo biliare, talvolta con ittero. Nel posto tipico si palpa un tumore che fa protrudere la parete, dolentissimo alla pressione. T. = 37° 3. Operazione (24 dicembre). Poco prima, la temperatura è salita con un brivido a 39° 9. Colecisti a subsicciotto alquanto dilatata. Alzato il lobo d. del fegato si trova, vicinissimo alla terminazione del cistico, la superficie del viscere per una larghezza d'un palmo di mano occupata da ectasie dei dotti biliari del diametro d'un piccolo lapis da notes che decorrono in vari sensi, tra il fegato e la sierosa peritoneale. Nel centro di detta zona vi sono due di questi canali perforati, ed attraverso l'apertura due ascaridi hanno l'estremo cefalico liberamente sporgente. Estrazione degli elminti, lunghi da 10 a 12 cm. Colecistectomia. Nella vescichetta numerosi calcoli di colesterina e 3 vermi vivi. Liberi l'epatico ed il coledoco. Papilla del Vater pervia. Nessuna aderenza. Manca qualsiasi traccia di essudato peritoneale. Decorso postoperatorio buono. Santonina. Eliminazione di altri vermi con le feci. Guarigione 15 gennaio 1917.

LANDGRAF ritiene che lo sbalzo repentino di temperatura a 39° 9 subito prima dell'intervento, sia dovuto alla fuoriuscita dei vermi nel cavo del ventre.

19. EBERLE recò, nel 1920, il contributo di due storie: 1°: Ragazzo di 9 anni, accolto per dolori al ventre, vomiti, in cattive condizioni generali, che in precedenza aveva emesso vermi nelle feci, ed anche una volta coi vomiti. T. rettale = 38°. Nulla di abnorme, all'infuori di una dolorabilità in sede gastrica ed epatica. La diagnosi era incerta tra appendicite ed elmintiasi. Fu licenziato dopo una settimana di degenza, migliorato. Dopo circa 3 mesi, il 3 ottobre 1916 fu di nuovo accolto in ospedale, ancora per dolori in sede gastrica e vomiti dopo i pasti. Il 4 novembre, improvvisamente, lo ripresero forti dolori al ventre, specie in sede colecistica, dove si palpava una intumescenza. Diagnosi di probabile infezione e parziale occlusione delle vie biliari da ascaridi. Con l'intervento, il 7 novembre si rinvenne una vescichetta fortemente ripiena ed aumentata di volume, aderente all'omento con la sua superficie anteriore. Nessun calcolo. Colecisti contenente un liquido putrido. Ectomia e coledocotomia. Estrazione di un verme vivo lungo 20 cm., con l'estremo cefalico rivolto verso il fegato. Dall'epatico si tirarono ancora fuori 3 ascaridi lunghi da 20 a 25 centim., vivi. Decorso postoperatorio buono. Il 18 vennero ancora estratti 2 vermi dalla ferita.

20. Caso secondo di EBERLE. — Donna di 45 anni che da 6 soffre di crisi gastriche improvvise e violente. Alla fine del 1918 essa, con gravi dolori allo stomaco divenne intensamente itterica. Il 12 dicembre 1919, ricomparsa di gravi dolori con vomiti, ittero e febbre. Fegato ingrossato, colecisti tumefatta, dolentissima alla pressione. Diagnosi: occlusione del coledoco da calcoli, forse da ascaridi, angiolite infettiva. 23 dicembre, operazione. Sulla superficie esterna della vescichetta numerosi nodi di varia dimensione che hanno l'aspetto di metastasi carcinomatose. Colecisti libera d'aderenze, ripiena di calcoli. Canali biliari dilatati, della grossezza d'un dito. Insieme a calcoli si palpano dei vermi. Pancreas ingrossato e duro. Colecistectomia, coledocotomia. La vesci-

chetta contiene un liquame putrido. Si levano dal coledoco 6 calcoli sfaccettati e 6 vermi vivi lunghi circa 20 cm. Nell'epatico 25 ascaridi vivi che si asportano pure. Drenaggio dell'epatico e del coledoco. Morte il giorno seguente. Reperto d'autopsia: Si trovano nel parenchima epatico 35 vermi in massima parte vivi. Nel dotto Wirsungiano 2 vermi vivi, 2 altri pure viventi nel pancreas. Numerosi piccoli ascessi pancreatici.

21. LIESCHER riferì d'una donna di 51 anni che soffriva di coliche biliari da circa 10. Con l'intervento si trovava nel dotto epatico un ascaride, insieme a numerosi calcoli.

TSUJIMURA, nel suo lavoro, riporta le storie di due pazienti osservati ed operati dal prof. AOYAMA:

22. Caso primo. — Donna di 58 anni, operaia. Nulla di gentilizio. Si lagna da 12-13 anni di bruciori di stomaco e dolori all'epigastro. Da 2 settimane ha vomiti dopo i pasti. Condizioni generali discrete. Non ittero. Dolore alla pressione tra il xifosterno e il bellico. Non acido cloridrico libero nel contenuto gastrico. Diagnosi: cancro dello stomaco. Operazione (13 dicembre 1920). Nulla allo stomaco. Vescichetta dilatata e ripiena, del volume di un ovo di gallina, contenente alcuni piccoli calcoli. Nel calcolo una trentina di calcoli sfaccettati della grossezza da un granello di mais sino a quella di una ciliegia. Con essi un verme vivo, lungo 13 centimetri. Coledocotomia, drenaggio dell'epatico. Decorso postoperatorio buono. Guarigione. Tre settimane dopo l'intervento, manca ancora l'acido cloridrico libero dal contenuto gastrico.

23. Caso secondo. — Donna di 56 anni, lavoratrice a giornata. 3 bambini dei quali 2 morti di tubercolosi polmonare. La paz. passò un'infanzia buona. A 18 anni vomitò una volta un verme. Da circa 3 anni soffre mensilmente di forti dolori all'ipocondrio d., complicati talvolta con vomiti indipendenti dai pasti. I dolori hanno irradiazioni al dorso. Non notò mai ittero. E. O. Nutrizione un po' scadente. Cute e congiuntive pallide. Lieve dolenzia all'epigastro. Null'altro. Nelle feci sono contenute numerose ova di ascaride. Diagnosi: Colelitiasi. Operazione (3 gennaio 1921). Si palpa un corpo nel coledoco, che, per la forma ricorda i vermi. Stomaco fortemente ptosico. Colecisti dilatata, libera d'aderenze. Colecistectomia. Coledocotomia. Estrazione di un elminto vivo, lungo 20 centimetri. Drenaggio dell'epatico. Cura antelmintica. Nessuna eliminazione di altri vermi. Ripetute ricerche non rivelarono altre ova di ascaride. Guarigione 1° febbraio 1921.

24. PELUGRAT, espone la storia di una donna di 67 anni che presentava sintomi clinici di colecistite con occlusione del coledoco e fu per questo operata. Colecistectomia. Non si trovò nessun calcolo. Nel secondo giorno dopo l'operazione si ebbe un attacco colico, con eliminazione di un verme lungo 17 centimetri, vivo, attraverso il tubo da drenaggio. Un altro lungo 27 se ne asportava. Scomparsa dell'ittero. Cura antelmintica con olio di chenopodio. Eliminazione di altri 6 vermi con le feci. Guarigione.

25. Segue ora il caso del MESSIG. — Donna di 49 anni, entra in Ospedale il 25 febbraio 1921. Nulla nell'anamnesi familiare. Soffersse una volta da bambina di forti dolori all'addome, che poi si presentarono più volte dopo i 20 anni: essi sono indipendenti dall'ingestione dei cibi, ed hanno irradiazioni al dorso ed alla spalla d. Con cure d'olio si ebbe eliminazione di calcoli e miglioramento transitorio. In seguito peggiorò nuovamente. E. O.: Icterica. Deperita, anemica. T. 37° 2, p. 81. Feci acoliche. Non si palpa la colecisti. Dolente alla pressione sulla linea mediana tra il xifosterno e il bellico. Nelle urine bilirubina, biliverdina, urobilogeno. Piccola quantità d'albume. Non si trovano ova di parassiti negli escrementi. Diagnosi: colelitiasi. Operazione: si trova spiccata ptosi del fegato, aderenze di questo con lo stomaco. Coledoco notevolmente dilatato. Isolamento della vescichetta dall'indietro all'avanti. Sondaggio dei canali. Si trova un calcolo in prossimità del duodeno: viene ri-

mosso. Nella superficie inferiore del lobo epatico sinistro si palpa una protrusione cistica del volume d'una piccola noce. Resezione di questa porzione di fegato. Quella che si presentava come una cisti è in realtà un canale biliare fortemente dilatato, nel quale si trova un grosso ascaride. Si tocca la superficie di resezione col termocauterio. Drenaggio. Cura dei vermi con olio di chenopodio. Guarigione (26 aprile).

26. Caso primo del REICH. -- Donna anziana, sofferente da 15 anni di coliche biliari senza ittero: con l'intervento si trova, assieme a calcoli vescicolari, un focolaio di vermi sulla faccia superiore del fegato, focolaio che a tutta prima si presentava come una metastasi di tumore. Si trattava di un canale intraepatico dilatato con dentro un verme. Intorno, reazione flogistica del parenchima epatico. Guarigione.

27. Caso secondo del REICH. -- Donna di 57 anni con anamnesi di elmintiasi da circa 30 anni. Diagnosi: colecistite e angiolite cronica recidiva, in rapporto di dipendenza con elmintiasi. E. O.: Pessime condizioni generali. Fegato tutto dolente alla pressione. Non tracce di peritonite. Non ittero. Modica febbre, senza brividi. Con l'operazione si trova il coledoco e tutti i canali più elevati, sin sotto al fegato, notevolmente alterati con numerosi ascaridi vivi, dei quali 46 si asportano, ed altri vengono lasciati. Nel fegato numerosi caratteristici focolai di vermi. Nessun vero ascesso. Colecistectomia. Un calcolo nella vescichetta. Drenaggio del coledoco. Morte in 12ª giornata.

28. R. VERT porta il contributo seguente: Donna di 49 anni, sottoposta ad operazione per sintomatologia d'angiolite: coliche biliari, febbri, vomiti, ittero a periodi. Condizioni generali gravi. Dolori alla pressione sull'epigastro. T. = 39°5. 19 febbraio 1922, reperto d'intervento: vescichetta raggrinzata, sita profondamente, con numerose e fitte aderenze così che, tenendo conto delle condizioni generali si deve rinunciare all'estirpazione. Coledocotomia. Svuotamento dell'epatico e del coledoco, d'onde vengono estratti due ascaridi vivi, e sconvolti e numerosi concrementi simili a grani di sabbia. Morte il 27 febbraio 1922.

Autopsia. Fegato nella sua totalità ingrossato ed itterico. Innanzi alla parete anteriore dello stomaco, un ascesso grande quanto il palmo d'una mano, contenente pus itterico. Nello stomaco un ascaride vivo. Nel fegato numerosi piccoli ascessi. Pure dentro al fegato un lungo ascaride più volte avvolto su se stesso. Attorno all'ascaride grandi quantità di fini formazioni filiformi bianche. (Giovani ascaridi?).

29. KAISER J. riferisce d'una donna di 45 anni, la quale, benchè affetta da elmintiasi sin dall'infanzia, prese un vermifugo solo 6 mesi prima d'entrare in ospedale. D'allora il suo stato è peggiorato. I dolori, che abitualmente venivan periodicamente, ma scomparivan con facilità, si fecero più frequenti, non si calmarono con l'eliminazione dei vermi per via rettale e richiesero netto l'impiego della morfina.

Al suo ingresso in ospedale, la p. presenta febbre, polso rapido e dolori subiettivi molto violenti, contrastanti con la scarsa difesa muscolare e la scarsa sensibilità della regione colecistica. Non vi sono ivi tumori apprezzabili. Laparotomia sottombelicale mediana. Liberazione d'aderenze lasse allo stomaco, al duodeno e al colon trasverso. La vescichetta isolata è piccola, rattatta, a pareti ispessite. Canali biliari notevolmente dilatati. Le loro pareti sono pure ispessite. Colecistectomia. Coledocotomia. Dalla breccia fatta nel coledoco si ritirano 10 ascaridi vivi, e 5 altri da monte al coledoco. Epatico dilatato sino al fegato. Per la ferita del canale principale fuoriesce una bile densa, torbida, fetida. Non calcoli, nè nel coledoco nè nella vescichetta.

K. mette un drenaggio nel coledoco e vi versa parecchi cucchiaini d'olio di ricino destinati ad arrivare al duodeno. Si mantiene il drenaggio 24 di, sino a che la bile non abbia ripreso il colore e l'odore normali. Durante questo tempo il p. fa una cura d'olio di chenopodio e santonina ed elimina per via

rettale numerosi parassiti. Dal drenaggio epatico non emette più che resti di vermi già macerati.

Guarigione un mese dopo l'intervento.

Ed ora riferisco l'osservazione del Prof. D. GIORDANO:

30. 7786. V. Maria, d'a. 48, da Meolo. Entra il 26-VII-1915. Madre morta per cancro uterino a 55 anni. Padre a 68 per affezione che la p. non sa precisare. Pare che abbia sofferto di disturbi enterici ed epatici.

La p. fu mestrata a 12 anni, sempre regolarmente sino a pochi mesi prima della menopausa avvenuta a 45 anni. Ebbe una gravidanza regolare a 18 anni. Neonato morto poco dopo la nascita. Vaiolo a 4 anni, nel corso del quale essa perdé completamente la vista. A 6 anni riportò scottature all'avambraccio d. Fenomeni d'occlusione intestinale a 12, con vomiti, dolori al ventre, alvo chiuso. La forma risolve senza intervento. Polmonite a 20 anni. Dopo le crisi addominali dei 12 anni venne ancora, ad intervalli di 3, 5, 8 anni, ad essere colpita da dolori improvvisi cospicui in sede epicolica d. con irradiazioni all'epigastro ed all'area epatica. Questi dolori ordinariamente duravano 3, 4 di, con tregue ed esacerbazioni, talora con vomiti. Ordinariamente allevavano colla somministrazione di purganti. Da due anni a questa parte, le sofferenze per le quali la p. entra ora in ospedale sono più continuative. Nel 1914 esse durarono quasi ininterrotte, con oscillazioni nella loro intensità dal marzo al novembre, sempre localizzate alla regione epicolica D., anzi, dal settembre al novembre fu per essi degente all'ospedale di T..., donde fu dimessa, apparentemente guarita. Venne trattata solo con cure mediche. Quindici giorni prima del suo ingresso in ospedale ebbe una ripresa improvvisa delle sue sofferenze, con vomiti, irradiazioni dolorose alla spalla D. Pare abbia avuto anche una leggera itterizia. Si curò sino alla scomparsa dei dolori, durati 4 di, con iniezioni di morfina e purganti. La p. afferma che durante queste crisi dolorose ha sensazioni di bruciore all'ipocondrio d., e che in corrispondenza della regione iliaca D. ha l'impressione di avvertire una tumefazione tesa, grossa, dice lei, come un pugno, che si lascia però facilmente respingere in alto e in dentro. Mai febbre. Diuresi abbondante. E dimagrita. Non tosse.

E. O. Apirettica. Non vi è traccia di tinta itterica. Nutrizione scadente. Cervità completa d'ambo i lati. Lingua patinosa. Nulla al cuore ed ai polmoni. Addome: quadrante superiore d. un po' più ripieno che non il sinistro. La pressione è dolorosa in tutta la metà d., ma soprattutto in sede colecistica, dove suscita difesa muscolare vivissima. Però nulla ivi si palpa di abnorme. Fegato debordante di 2 dita dall'arcata costale, a superficie liscia, elastica. Non si palpa la milza. Nulla allo stomaco. Rene d. col polo inferiore all'altezza del bellico, mobile, un po' ingrossato, dolente. Urine: d. 1012, torbide, r. neutra; albume: tracce evidenti. Glucosio assente.

28-VII-1915. Scopolaminocetronarcosi. Incisione sul margine esterno del muscolo retto di d. Colecisti grande, tesa, aderente al margine epatico che per tutto il tratto che la ricopre è arrossato e cirrotico. Appendice assai lunga, libera d'aderenze. Non pericolite ascendente. Nulla al piloro. Nel coledoco si palpa un grosso calcolo, che viene cnucciato con coledocotomia. Nel lume del coledoco s'introduce uno zaffo di garza iodoformica disponendo al di sotto una diga di garza a protezione della grande cavità peritoneale. Si prepara quindi il cistico, isolandone l'arteria che viene legata. Si palpa nell'epatico un corpo di durezza come di calcolo, ed infatti, sbrigliando verso questo il cistico si arriva ad esporre un calcolo irregolare che viene asportato con una pinzetta. Dietro questo se ne estraggono altri tre, dopo i quali la pinzetta afferra un elminto (*ascaris lumbricoides*) estratto il quale esce un fiotto di bile viscida. Anche l'epatico viene fognato. Colecistectomia: con alcuni punti si restringe la parte inferiore dell'incisione, lasciando uscire gli zaffi per quella superiore.

Cura santonica nei di seguenti. Non elimina altri vermi. Decorso post operatorio buono. Guarigione 19-IX-1915.

La colecisti asportata offre il reperto della colecistite catarrale subacuta. La mucosa è arrossata, in alcuni punti d'aspetto cicatriziale. La mucosa e la sottomucosa, si presentano all'esame istologico infiltrate di leucociti. I noduli linfoidi si rendono eccezionalmente evidenti nella sottomucosa. L'infiltrazione si diffonde nella tonaca media tra i fasci muscolari. Nessun risentimento iperplastico dell'epitelio.

Considerando la frequenza del parassita rispetto al sesso, noi troviamo 20 storie di donne, 10 di uomini. Il sesso femminile sarebbe rappresentato nei riguardi del mascolino dal rapporto 2:1.

Per l'età, abbiamo la seguente ripartizione:

Casi prima dei 10 anni	2
» dai 10 ai 20 »	1
» » 20 » 30 »	—
» » 30 » 40 »	8
» » 40 » 50 »	10
» » 50 » 60 »	5
» oltre i 60 »	2

Se ne deduce che l'affezione è possibile nell'infanzia, e si riscontra con maggior frequenza dai 30 ai 60 anni.

Le cause che possono indurre gli ascaridi all'emigrazione dall'intestino, sono in gran parte sconosciute. Gli Autori emisero numerose opinioni, a dir vero, fondate più sulla fantasia che su dati positivi. Wiems G. dava la colpa dell'emigrazione alla «penuria alimenti». Vierordt pensava che in taluni casi i vermi sfuggano il contenuto acido dello stomaco e del duodeno ricercando la bile alcalina traverso la papilla del Vater. Borger sosteneva che la mancanza di posto, unitamente alle sostanze catarrali secrete dalla mucosa intestinale infiammata rendendo difficile il soggiorno dei vermi. Altri ancora distinguono per i vermi, movimenti attivi e passivi. Movimenti passivi sarebbero quelli provocati da energie peristalsi dell'intestino. I movimenti attivi subirebbero l'influenza di diversi fattori. Uno di questi sarebbe l'eccitamento dovuto alla comparsa della maturità sessuale (Borger). In questo senso agirebbero anche alcune sostanze chimiche, fisiologiche o medicamentose come veleni eterici, alcoolici, santonina, cloroformio, che oltre che stimolare i movimenti dei vermi, potrebbero anche crear loro un ambiente talmente incompatibile con la vita, da indurli a cercar altri luoghi per abitarvi. Il caso di Kaiser (29) è forse una conferma di ciò, perchè vediamo che i disturbi gravi della paz. cominciarono subito dopo una cura antielmintica. Hörhammer nota che si osservò spesso come i vermi, con mutamenti della temperatura del corpo umano (rialzi, raffreddamenti), inizino le loro emigrazioni. Essi avrebbero una predilezione per i diverticoli, le nicchie. Così si trovavano con facilità nell'appendice, ed il predetto Autore sostiene che vi si troverebbero con maggior frequenza se l'appendice fosse posta all'estremo superiore dell'intestino.

Il diametro del coledoco in corrispondenza della papilla di Vater è minore di quello dei vermi: nei sani esso misura mm. 2-3, mentre il diametro dei parassiti è in media di 3-4 mm. per i maschi, 5-6 mm. per le femmine. Il

coledoco però può dilatarsi con una certa facilità (Leuckart) in conseguenza dei movimenti attivi dei vermi, come pure, l'eliminazione di grossi calcoli avvenuta precedentemente all'invasione del parassita potrebbe aver causato delle dilatazioni permanenti (Poloud).

Fu anche prospettata l'eventualità che, con lo stabilirsi d'una fistola coledoco-duodenale, dovuta a precedenti attacchi di calcolosi, un nuovo e più comodo accesso trovino i parassiti. Ma questo fatto non è stato riscontrato nel vivo, pur non essendovi alcuna impossibilità a che esso si verifichi.

Anche sulla durata della vita dei vermi nelle vie biliari, le opinioni sono in disaccordo. Secondo il Davaine, gli ascaridi penetrati nelle vie biliari potrebbero viver solo pochi dì. Dunkel all'opposto, descrive un caso di ascesso epatico che durava da 4-5 mesi, in cui si trovò un verme vivente, prova questa, secondo il Dunkel, che la vita di questo è assai lunga.

Kaiser è dell'opinione che gli ascaridi possano vivere per molti anni. Al l'opposto Tsujimura, sostiene che questi parassiti hanno nelle vie biliari una vita breve. Egli pose, nella bile d'una fistola biliare raccolta asetticamente, un ascaride lungo 12 cm. e con la circonferenza di cm. 1.5, mantenendolo in termostato alla temperatura del corpo. In ottava giornata la bile si fece putrida ed i movimenti del verme erano assai lenti. Questo allora fu tolto dalla bile e posto in una soluzione fisiologica di cloruro di sodio: diviene subito più vispo e visse ancora 3 dì. Un secondo ascaride lo Tsujimura collocava in un liquido ascitico fortemente tinto da pigmenti biliari. Dopo 11 giorni moriva il verme, mentre il liquido imputridiva.

Queste esperienze, che certo non son prive di valore, non realizzano totalmente le condizioni di vita dei vermi nei canali biliari, ove la bile è soggetta a rinnovamento, e negli ascessi epatici. Le conclusioni vanno accettate con una certa riserva. Noi non possiamo trascurare i reperti di Pelizzari e Dunkel che coincidono con quello di Tonnelé. Tonnelé trovava, sezionando il cadavere d'una bambina, un grosso ascesso epatico, che non aveva alcuna comunicazione con le vie biliari, e nel centro di questo un verme arrotondato e vivente. Lo stesso reperto ebbe il Dunkel, come già si disse. Poichè questi ascessi si erano sviluppati assai lentamente, anche i vermi dovevano esservi vissuti a lungo.

Vierordt sostiene ancora che le femmine, raggiunta la maturità sessuale, possono entrare nel fegato e deporvi le uova, e queste, in via eccezionale, segmentarsi. In verità però un secondo sviluppo di ascaridi nel fegato o nelle vie biliari non è stato ancora osservato. È interessante il fatto che in generale vi si trovarono sempre solo esemplari di vermi che avevano finito di crescere. La lunghezza di essi oscillava tra i 15 ed i 25 cm. Solo R. Veit (28) osservava in un ascesso del fegato, durante un'autopsia, intorno ad un ascaride completamente sviluppato, grande quantità di fini formazioni bianche. Egli accenna alla possibilità che queste fossero vermi in via di svilupparsi, ma non è ben sicuro di ciò.

Ogni porzione dell'albero biliare, dal coledoco alle fini ramificazioni dei dotti intraepatici può essere ricettacolo dei parassiti. Nel coledoco e nell'epa-

tico i vermi sono disposti per lo più per il lungo, e possono anche farvi da tampone, ostruendoli del tutto. Più di rado li troviamo attorcigliati su loro stessi, ad anse, a nodi. Quando sono distesi, hanno sempre l'estremo caudale rivolto verso l'intestino. Ciò s'osservava anche con autopsie, o nei casi in cui il verme era morto, segno evidente che il verme era progredito con movimenti attivi.

Interessante a tal proposito è il caso di Mallius, nel quale l'ittero, dopo che era stato eliminato con le feci un ascaride, scompariva, mentre il verme aveva solo l'estremo cefalico tinto da bile. Evidentemente il parassita durante il suo soggiorno nell'ospite doveva essersi con la porzione cefalica conficcato nel coledoco, ostruendolo completamente. Analogo è il caso di Mertens, nel quale si eliminava un verme che poco dopo la metà del suo corpo presentava come un anello costrittore, segno evidente, secondo Ebstein, che esso era stato imprigionato nel coledoco e nella papilla del Vater.

I parassiti possono essere solitari o multipli, abitare una sola porzione o tutto l'albero biliare. Interessanti sono i casi di ascessi del fegato ad essi dovuti. Più raramente che nel coledoco e nell'epatico noi li troviamo nella colecisti. Ciò perchè le tortuosità e le angustie che presenta il cistico sarebbero di qualche impedimento al loro inoltrarsi (Rosenthal).

La questione, se, una volta entrati nelle vie biliari, gli elminti possano uscirne, pare a noi favorevolmente risolta dai dati clinici. Oltre i due casi sopracitati, ve ne sono altri in cui si vide un ittero grave, con sintomi tumultuosi di coliche epatiche, repentinamente svanire e più non rinnovarsi, dopo che i vermi furono eliminati. Schloss aveva visto in una donna di 76 anni sparire le turbe attribuite a litiasi biliare dopo che la p. aveva espulso un elminto. Così pure, in un caso di Vindervogel, la vescicola biliare distesa si afflosciava dopo l'espulsione di un pacchetto di vermi. Una donna di 36 anni, osservata dal Mertens, soffriva da lungo tempo di coliche senza ittero; i dolori si erano accentuati, eran sopravvenuti vomiti verdi, febbre, ittero ed ascite. Il fegato era aumentato di volume. Dopo 5 settimane la p. vomitava due ascaridi morti e tutti gli accidenti scomparivano definitivamente. Stessa evoluzione ebbero gli ammalati di Clemm e di Zirkelbach.

* *

Entrato nelle vie biliari il verme determina una serie di perturbazioni di varia indole, dovute:

- 1° alla sua azione meccanica di corpo estraneo;
- 2° all'infezione ch'esso porta costantemente con sé dall'intestino;
- 3° ai veleni elaborati dal suo tegumento, ed ai prodotti del suo ricambio materiale.

Le vie biliari e specialmente il coledoco e l'epatico si dilatano notevolmente. Nel caso di Hinterstoisser (6) essi avevano l'ampiezza e l'aspetto di un intestino tenue di neonato. Dal lato della mucosa s'osservano: catarro, desquamazione ed edemi. La continua pressione del corpo dell'elminto vi determina necrosi parziali (Rosenthal). A produrre quest'ultime, entrano in gioco

anche le sostanze chimiche velenose dovute agli elminti. L'ittero è conseguenza del ristagno di bile ad essi dovuto. La colecisti si presenta talvolta aumentata di volume, turgida ed ispessita, tal'altra impieciolata e retratta. Frequenti sono le aderenze della vescichetta coi visceri vicini. La bile che ristagna va spesso incontro ad alterazioni, a trasformazioni putride del genere di quelle osservate sperimentalmente dallo Tsujimura. L'infezione dei canali è dovuta a batteri e prevalentemente al *b. coli*, che il parassita trascina aderenti al suo corpo dopo la partenza dall'intestino.

Discussa è la questione se il verme è con le sue labbra capace di forar le tuniche di un viscere sino a produrre una perforazione completa. Ciò, a parer nostro, non è possibile all'inizio, con un canale normale. Anche il Frangenhain conclude che il verme a ciò non è atto. Egli però può riuscirvi se già le tuniche sono in preda a processo ulceroso. Lo stesso si può verificare nelle vie biliari quando queste già sien compresse per l'infezione in atto, o comunque assottigliate o dilatate per la presenza dei parassiti. Nel caso di Landgraf (18) attraverso aperture nella parete di due canalicoli biliari ectasici sporgevano gli estremi cefalici di due elminti. È probabile che le perforazioni fossero ad essi dovute. In tali casi si ha un risentimento flogistico peritoneale.

Desumiamo ora dalle storie raccolte i dati per stabilire le alterazioni che si riscontrano dentro al fegato allorchè i vermi vengono ad abitarlo. Si verifica anzitutto la dilatazione del canalicolo biliare che fa da ricettacolo. Il caso di Müssig (25) insegna: nella superficie inferiore del lobo sinistro si palpava una sporgenza cistica del volume di una piccola noce, che aperta si addimostrava essere nient'altro che un dotto escretore della bile, notevolmente dilatato e contenente un elminto. Anche nel caso I del Reich (26) un simile focolaio di germi, si presentava a tutta prima come una metastasi neoplastica. Non tracce di processo flogistico, nè in cavità, nè nel parenchima circostante nel caso di Müssig, tracce che esistevano invece in quello del Reich.

Altre volte i dotti biliari ectasici, non hanno aspetto cistico, ma si presentano come cordoni che solcano in vario senso il parenchima epatico, mentre quelli più esterni imprimono alla sua superficie un aspetto che si può dire caratteristico: nel fegato del p. operato dal Landgraf (18) i canali biliari dilatati, della grossezza di un lapis da notes protrudevano sulla superficie esterna del fegato per un'area dell'ampiezza del palmo d'una mano, decorrendo trasversalmente e incrociandosi così che la superficie del fegato presentava dei rilievi, che il Landgraf stesso paragona a quelli che nella terra umida causan le talpe grufolandovi dentro. Nei canalicoli esistevano ascaridi.

Reich, accenna alla possibilità che i vermi possano determinare nel fegato una vera cirrosi, fondandosi su di un suo reperto operatorio (26). Questa è dovuta probabilmente ai veleni ed alle tossine, prodotti del ricambio materiale di questi elminti. Secondo quest'Autore l'ascesso schietto sarebbe assai raro. Esso è però possibile, e rappresenta, secondo le nostre vedute, l'ulteriore evo-

luzione del canalicolo già dilatato per la presenza del parassita, dopo che vi si stabiliva un'infezione. Esso si presenta in due forme, ben distinte dal lato chirurgico: l'ascesso solitario, tipico, per lo più del lobo sinistro, suscettibile di guarigione dopo l'intervento (Ronchetti) e la suppurazione disseminata per tutto il parenchima epatico — ascessi multipli — di prognosi assai più grave che non il precedente.

Il Degorce presentava nel 1912, alla Società medico-chirurgica dell'Indocina, il fegato di un ragazzo di 7 anni invaso da numerosi ascaridi che riempivano le vie biliari, enormemente dilatate. In più punti, s'eran fatti degli ascessi intorno ai canali occupati dai vermi. Uno di questi, aperto nel peritoneo, aveva determinato una peritonite suppurata. Per questo caso era chiara l'origine intestinale dell'infezione. Ma, tenendo conto delle ricerche del Füllerborn, il quale afferma che le più piccole larve d'ascaridi posson penetrare nei vasi linfatici e sanguigni, e seguire in taluni casi la via della V. porta — *porta malarum* — degli antichi, ne deriva la conseguenza, sino ad oggi teorica, che potrebbe anche aversi un'infezione da larve d'elminti disseminata in tutto il fegato, per via ematogena, analogamente a ciò che s'osserva per gli ascessi arcolari multipli del fegato d'origine enterica, descritti dal Dieulafoy. I parassiti forse possono vivere a lungo in seno all'ascesso, e può anche aversi la loro scomparsa totale dopo la morte per opera di fermenti proteolitici. Il fegato in toto reagisce all'infezione con tumefazione ed indurimento. Ciò specie in caso di stasi biliare.

* * *

In ventidue, su trenta casi da noi raccolti, l'ascaridiosi s'accompagnava a coelitiasi, vale a dire che si avrebbe la coincidenza delle due affezioni nel 73 % dei casi d'elmintiasi delle vie biliari. Tal fatto ebbe diverse interpretazioni. La prima e la più logica si è che i calcoli, specie se voluminosi, causando dilatazione dei canali biliari e lo sfiancamento della papilla del Vater quando si eliminano o vi restano per un certo tempo incuneati, preparino agli elminti una strada assai facile a percorrersi. Ma gli ascaridi potrebbero anche, in taluni casi, favorire la litiasi biliare. Ad una tale eventualità si era già in precedenza accennato da vari autori, ma non se ne avevan le prove di certezza sino a pochi anni or sono, e ciò per merito degli autori giapponesi e del Degorce.

Come è noto, la razza giapponese e gli Annamiti sono più predisposti all'ascaridiosi delle vie biliari di quanto non lo sien gli europei, e Miyake e Degorce, il primo nel Giappone, il secondo nell'Indocina, ebbero un ricco materiale per questi studi. Essi conclusero che gli elminti in questione favoriscono la formazione di calcoli, fornendo con il loro corpo il substrato organico entro il quale precipitano colesterina e sali di calcio. Ed infatti, Sick trovava, facendo l'autopsia di una donna, dei vermi morti ed incrostatati di sali nelle vie biliari. Degorce, in un uomo di 43 anni che da 7 soffriva di violente crisi coliche a ripetizione, asportava, dopo coledocotomia, parecchi calcoli biliari. Ottenne la guarigione chirurgica del suo paziente, che però

dopo 6 mesi moriva di tubercolosi polmonare. Con l'autopsia si trovarono nel coledoco, nell'epatico e nei dotti biliari dilatati, numerosi calcoli che, esaminati chimicamente, si dimostrarono composti di colesterina con sali di pigmenti biliari. Uno dei più grossi, conteneva nel suo centro un filamento lungo 4 centimetri ed avente 4 mm. di diametro, che altro non era se non il corpo d'un ascaride. Nel calcolo stesso, come anche in diversi altri esaminati al microscopio, numerose ova di questi vermi. Miyake è dell'opinione che gli ascaridi avrebbero una grande importanza nella formazione dei calcoli in soggetti di razza giapponese, mentre assai scarsa essi ne avrebbero in individui bianchi. Nelle sue 56 operazioni per litiasi, il predetto autore trovò 9 volte gli elminti nelle vie biliari, 7 volte formanti il nucleo di un concreimento. Egli cita Misoguchi, Nakayama, Fukushima, Iosida, che fecero analoghe constatazioni.

Noi prospettiamo ancora la possibilità che i parassiti favoriscano la litiasi, portando, mentre risalgono le vie biliari dall'intestino, germi aderenti al loro corpo, i quali potrebbero causare processi flogistici a carico di questi canali, aventi per esito catarri e desquamazioni d'epitelio. Così si avrebbe il nucleo organico iniziale, entro cui si raccolgono poi i componenti del calcolo (colesterina e sali di calcio). E poichè gli ascaridi posson retrocedere nell'intestino dopo un soggiorno più o meno lungo nell'apparato escretore della bile, potrebbe forse aversi una litiasi tardiva, in apparenza senza elminti e quindi comune, ma in realtà dovuta ad un'infezione da questi in precedenza portata. Tal fatto diventa possibile se noi teniamo conto dei relativamente frequenti, nei bambini e negli adulti, itteri fugaci, che comprendiamo con un termine generico «ittero catarrale», ma la cui vera causa, in molti casi, ci è sconosciuta.

I parassiti, con la loro presenza nelle vie biliari, danno luogo ad una coorte di sintomi clinici più o meno spiccati, e variabilissimi, simili a quelli dell'angiolite e dell'ascesso epatico. Per conseguenza, è un compito molto difficile quello di porre con sicurezza, in un adulto, la diagnosi d'ascaridiosi delle vie biliari o del fegato. La malattia può insorgere in modo acuto portando rapidamente il paziente al chirurgo, ma spesso decorre all'inizio in modo subdolo, durando ignorata nella sua vera essenza per mesi ed anni. Il p. deperisce, l'appetito manca, vi sono cefalee, vertigini, disturbi del sensorio, anemie, accompagnate da vomiti, ittero ad intervalli, più o meno cospicuo e duraturo. D'un tratto è l'attacco acuto di colangite od epatite che esplode in tutta la sua intensità: si fa diagnosi di calcolosi o d'ascesso epatico, e solo durante l'intervento si trova in un parassita la ragion vera dell'alterazione. Casi più fortunati son quelli in cui, tenendo conto della precedente eliminazione di vermi o di ova nelle feci o nei vomiti (Vierordt (3), Fertig (4)), si fece diagnosi di probabile ascaridiosi. Ma, in complesso, noi non abbiamo oggi un caratteristico segno differenziale della malattia. La presenza di ova nelle feci dà la presunzione non la certezza che gli ascaridi sieno nelle v. b. La ricerca della

eosinofilia sanguigna può segnalare tanto questi come altri parassiti, e non fornisce nemmeno essa la diagnosi di sede. Rosenthal descrive le turbe premonitorie precedenti la crisi: cefalee, anoressie, dispepsie, vomiti, ecc. Ma tutto ciò può anche verificarsi nel calcoloso. Vierordt afferma che la evoluzione degli accidenti è più acuta e brutale nell'ascaridiosi che nella litiasi. Ma anche questa regola incontra nella realtà molte eccezioni. Egli ritiene ancora che ogni ostruzione delle vie biliari che sopravviene prima dei venti anni può esser riferita all'*ascaris lumbricoides*. Ronchetti, accenna alla possibilità di diagnosticare con precisione l'ascaridiosi epatica con l'esame microscopico del pus degli ascessi conseguenti. Landgraf nota che se si ha quasi certezza della presenza del parassita nei dotti escretori della bile, un rialzo brusco e cospicuo di temperatura accompagnato a difesa muscolare della parete addominale, può indicare una perforazione realizzata d'un canale biliare in pieno peritoneo.

Prognosi: su ventiquattro dei trenta casi clinici da noi riferiti, 5 volte la malattia ebbe esito letale. Si deduce, per l'infezione verminosa dell'apparato biliare, una cifra di mortalità che oscilla tra il 26 e il 27 % di tutti i casi. Degli ammalati da noi citati morirono:

Un bambino di 2 anni (Vierordt), (3), con l'epatico ed il coledoco enormemente dilatati ed occlusi da vermi, diffusi per tutto il tubo digerente.

Una donna di 36 anni (Hinterstoisser), (6), per degenerazione grassa del cuore.

Una donna di 45 anni (Eberle), (20), per diffusione di elminti in tutto il parenchima epatico, nel dotto Wirsungiano, nel pancreas ove s'osservaron numerosi piccoli ascessi.

Una donna di 57 anni (Reich (27), con il coledoco e tutti i canali più elevati sin dentro al fegato ectasici. Più di 50 vermi dovunque disseminati. Nel fegato numerosi caratteristici focolai di vermi.

Donna di 49 anni (Veit R. (28), in cui, con l'autopsia, si trovò un fegato in totalità ingrossato ed itterico, contenente nella sua massa numerosi piccoli ascessi.

Sono dunque prevalentemente le complicanze epatiche (3:5), quelle che portano a morte il paziente, e tra queste, come già ebbe a dire il Ronchetti, son più temibili quelle che riveston i caratteri dell'epatite suppurata disseminata. Se ne deduce l'importante ammaestramento che «quando noi ci troviamo dinanzi ad un sofferente delle vie biliari, ed abbiamo delle buone ragioni per ritenere che la malattia sia dovuta ad elmintiasi, non dobbiamo insistere a lungo con le cure mediche, poichè solo un intervento chirurgico precoce riesce prontamente liberatore, e sconsiura il pericolo d'una suppurazione del fegato quasi sempre letale».

**

La chirurgia dell'ascaridiosi del fegato e delle vie biliari è analoga a quella dell'epatite suppurata da amebe o da b. coli e della colelitiasi. Quindi ci soffermeremo solo brevemente su di questa. Per il fegato: apertura, svuota-

mento dell'ascesso o degli ascessi se sono scarsi in numero e riuniti, e drenaggio consecutivo. Nulla si può contro l'epatite suppurata disseminata (Ronchetti). Apertura dei grandi dotti biliari, rimozione dei vermi e dei calcoli. Drenaggio. La vescichetta deve in ogni caso essere considerata come infetta e per conseguenza asportata, salvo che a ciò non s'oppongano le solite controindicazioni (stenosi, occlusioni del coledoco, ecc.).

Si potrebbe anche essere tentati, allorchè si ha il dubbio che esistano ancora nei dotti biliari delle ova del parassita, di praticare, analogamente a quanto consiglia W. Korte per i piccoli concrementi, ripetute irrigazioni di questi canali, attraverso ad un tubo di gomma piccolo e flessibile, a scopo di asportare le ova col fluire del liquido. Noi riteniamo, in complesso, questa pratica più pericolosa che utile per il paziente, poichè si corre il rischio di diffondere, col liquido di lavanda, un'infezione limitata alle vie biliari o in prossimità di queste, a tutto il peritoneo. Consigliamo ancora l'adozione di grossi tubi da drenaggio, per facilitare l'uscita dei parassiti o la rimozione di essi. Il drenaggio va mantenuto sino a che la bile sia ritornata normale, e non si trovino più ova nelle feci più volte esaminate.

Come adiuvante alla cura chirurgica può essere impiegata la santonina, per svuotare, nei primi giorni dopo l'operazione, l'intestino dai vermi che ancora vi si trovano. È incontestabile l'utilità di questo rimedio, che serve ad espellere, ma non ad uccidere gli ascaridi contenuti nel tubo digerente.

Alcuni sostennero che la santonina determina un'abbondante secrezione di bile, e che questa favorisce la fuoriuscita dei vermi. Questa è un'affermazione puramente teorica. La pretesa azione colagoga della santonina fu completamente esclusa dalle ricerche praticate nei cani con fistola biliare (Marfori, 1889). È invece raccomandabile anche l'urotropina, che è indicata in tutte le malattie delle vie biliari, a scopo disinfettante (Chauffard), specie se queste sono accompagnate da febbre.

BIBLIOGRAFIA.

- ATVOLI E. *L'ascaridiosi in chirurgia*. Riforma medica, a. 1922, p. 947.
 BIRCH HIRSCHFELD. *Krankheiten der Leber*. Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten, Bd. 4, S. 840.
 BORGER. *Dissertation*. München, 1891.
 BRUNNER. *Ascar. lumbr. im Duod. choledochus*. Schweiz. Korresp. Bl., 1911.
 CLEMM. *Ein Spulwurm im Gallenaustrittsgange unter dem Bild der Leberkolik*. Arch. f. Verdauungskreisl., S. II. 6.
 DAVAIN. *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*. Paris, 1877.
 DEBORCE A. *Bull. de la Soc. Méd. Chir. de l'Indoch.*, T. III, n. 8, oct. 1912.
 DEBORCE A. *Calculs des Conduits biliaires développés autour d'œufs et de débris d'ascaris*. *Bull. de la Soc. Méd. Chir. de l'Indochine*, 1919, T. X.
 DENKEL. *Ein Fall von Leberabscess durch Ascaris lumbricoides*. Diss. Greifswald, 1897.
 EBERLE. *Zur Askariden-Einwanderung in die Leber und die Bauchspeicheldrüse*. Schweiz. med. Woch., 1920, n. 43.

- ERSTEIN, *Die Strangulationsmarken beim Spulwurm in ihrer diagnostischen Bedeutung*. D. Arch. f. Klin., M. 81, 1904.
- FEITIG, *Choledochotomie wegen Spulwürmer*. D. Zschr. f. Chir., 114, H. 4, S. 410.
- FISCHER, *Askariadiazis der Gallenwege*. Sitz. der Mittelh. Chir., 27 nov. 1920.
- FLÜGEL, *Med. Jahrb. d. Österreich staats*, 1855.
- FRANZENHEIM, *Volkmarth's Samml. Klin. Vortr.*, N. P., 424. Chir. 118, Leipzig 1906, S. 773.
- GOLDSCHMIDT R., *Askariisvergiftung*. Münch. med. Woch., 1910.
- HINTERSTOISSER, *Ein Askaris im Duct. hepaticus. Operationsbefund*. W. Kl. Woch., 1913, n. 12.
- HOEFMEISTER-HOEFMEYER, SCHLÖSSMANN, *Tagung d. mittelh. Chir. Verein*, 7. g. g. 1913.
- HÖRIGMAYER C., *Zur Askariidenerkrankung der Gallenwege*. Münch. Med. Woch., 1919, n. 12, p. 319.
- HUBER I., *Bibliographie d. Clinisch. Helminthologie*. München. Lehmann.
- KAISER FR., *Askariiden in den Gallenwegen*. Berl. Klin. Woch., 1921, n. 35.
- KAUERT W., *Choledochusverschluss durch Ascariden*. Bruns Beitr. z. Kl. Chir., 1922, B. 126, p. 387.
- KARTULIS, *Zentralbl. f. Bact. u. Parasitenkunde*, Bd. I, n. 3.
- KEHR, *Die Chirurgische Behandlung der Gallenstein Krankheit*, 1901, S. 38.
- KEHR, *Chir. der Gallenwege*. Neue deutsch. Chir., 8, S. 582.
- KONDO, *Scritti medici settimanali di Tokio*, 1909, n. 1617. Citato da TSUJIMURA, op. cit.
- KUDO, *Chugaiji shinshu*, 1909, n. 550, in TSUJIMURA, op. cit.
- LANDGRAF HEIN., *Noch ein Beitrag zur Askariidenerkrank. der Gallenwege*. Münch. med. Woch., 1918, p. 907.
- LANGENBUCH, *Chir. der Leber und Gallenblase*, Bd. 2, 1897, S. 167.
- LEICK, *Leberabszesse durch. Asc. Lumbr.* D. m. Woch., 1898, S. 313.
- LENORMANT CH., *L'ascaridiose des voies biliaires*. Presse Méd., 1913, n. 49, p. 489.
- LÉO et LEFFERVIE, *Les manifestations chirurgicales de l'ascaridiose*. Société des Chirurgiens de Paris, S. 2 déc. 1922; Presse médicale, n. 98, p. 1069.
- LEUKART, *Die Menschlichen parasiten*, 1877.
- LIERSCHER, *Ask. der Gallenw. mit Beschreibung eines eig. Fall*. Inaug. diss., Lipsia, 1919.
- LOEBSTEIN, *Catalogue du musée anatomique de Strassbourg*, n. 1986.
- MAJOCCHI A., *Affezioni chir. da asc.* Soc. Lomb. di Sc. med., seduta 2 dicembre 1921, in «Rif. Med.», 1922, p. 93.
- MAKAI E., *Ueber Spulwürmerabszesse der Leber*. Deutsch. Zeitsch. f. Chir., 1922, B. 169, p. 297.
- MERTENS, *Zwei Fälle von Entzündung von Spulwürm. in das Gallengangs system*. D. med. Woch., 1898, n. 23.
- MIYAKE H., *Ueber die Ascaridenerkrank.* in d. Chir. Arch. f. Clin. Chir., 1908, 85, 1.
- MIYAKE, *Statistische, Klinische und chemische studien zur aetiol. der Gallensteine mit besonder Berücksichtigung der japanischen und deutschen Verhältnisse*. Ark. f. Klin. Chir., 1913, Bd. CI, H. 1.
- MIYAKE, *Scritti medici settimanali di Tokio*, 1915, n. 1925; citato da TSUJIMURA, op. cit.
- MÜLLER L., *Askar. und ihre Bedeut. für die Chirurgie*. Centralbl. f. Grenzgeb. der Med. Chir., 1909, T. XII.
- MÜSSIG R., *Schwere Formen von Askariadiazis*. Münch. med. Woch., 1921, p. 1395.
- NEUDÖRFER A., *Ueber Ask. d. Gallenw.* W. Klin. Woch., 1922, n. 7.
- NEUGERAUER, *Ask. im Duct. chol.* Ark. f. Klin. Chir., 70, 1903.
- NOGUCHI e TAKAGISHI, *Chugaiji Shinshi*, 1916, n. 837-874, in TSUJIMURA, op. cit.
- OKS, *Petersburg. med. Woch.*, 1883.
- PELLIZZARI, *Lo Sperimentale*, 1866.
- PELUGRADI, *Ask. in d. Gallenw.* Deut. med. Woch., 1914, n. 5.
- POND A., *Ascarides in the bileducts, stimulating gallstones seizures*. American Journ. of med. Science, 1904, sept., vol. 128.
- PRHAM, *Ein Beitr. zur Erk. der Gallenw. durch Askar.* Deutsch. med. Woch., 1919, 23-24.
- REDWITZ, *Askariiden in den Gallenwege*. Naturhistorisch. mediz. verein. zu Heidelberg. Sitz., 24. genn. 1922, riferito in «Münch. med. Woch.», 1922, n. 11, p. 414.
- REICH, *Ueber chirurgisch. wichtige Erkrank. der speiseröhre und Gallenwege durch. Askar.* Münch. med. Woch., 1921, p. 1571.
- REISINGER, *Ask. in den Gallenw.* Aerztl. Kreisv. Mainz. Sitz., 29 nov. 1921, rip. in «Münch. med. Woch.», 1922, p. 180.

- RONCHETTI. *Ascaridiosi epatica*. Società Lombarda di Scienze med. e biolog. Milano, Seduta 19 dicembre 1919, rif. in «Rif. Med.», 1920, p. 194.
- ROSENTHAL. *Ueber Ask. d. Gallie. mit Berücksichtigung eines selbstbeobacht. Falles*. Deutsch. Zschr. f. Chir., 1913.
- SCHÄFER. Dissertation. Rostock, 1904.
- SCHMIDT E. F. Zbl. f. Chir., 40, 1913.
- SICK. Inaug. Diss. Tübingen, 1901.
- SCHLÖSSMANN. *Ueber Chir. Erkr. durch. Ask.* Bruns' Beitr. z. Klin. Chir., 90, 1914, p. 531.
- SCHLÖSSMANN. Grenzgeb. Med. Chir., 1921, 33.
- TSUJIMURA. *Ueber die Ascaridiasis der Gallenwege*. Deutsch. Zeitschr. für Chir., 1922, B. 171, p. 398.
- VEIT R. *Ein Fall v. Ask. der Leber*. Münch. med. Woch., 1922, n. 33, p. 1912.
- VIERORDT. *Die Askaridenerkrank. der Leber und der Bauchspeicheldrüse*. V. Volkmann's Samml. Klin. Vortr. N. F., 1904.
- VIOLA G. Riforma Medica, 1896.
- ZIRKELBACH A. Budapesti orvosok ujjag, 1904.



71053

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

PONDATAI DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI - FRANCESCO DURANTE

Collaboratori: Clinici, Professori e Dottori italiani e stranieri

Si pubblica a ROMA in tre sezioni distinte:

Medica - Chirurgica - Pratica

IL POLICLINICO nella sua parte originale (Archivi) pubblica i lavori dei più distinti clinici e cultori delle scienze mediche, riccamente illustrati, sicchè i lettori vi troveranno il riflesso di tutta l'attività italiana nel campo della medicina, della chirurgia e dell'igiene.

LA SEZIONE PRATICA che per sé stessa costituisce un periodico completo, contiene lavori originali d'indole pratica, note di medicina scientifica, note preventive, e tiene i lettori al corrente di tutto il movimento delle discipline mediche in Italia e all'estero. Pubblica perciò numerose e accurate riviste in ogni ramo delle discipline suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono fatte da valenti specialisti.

Pubblica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di Medicina, e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici.

Non trascura di tenere informati i lettori delle scoperte ed applicazioni nuove, dei rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, dei nuovi strumenti, ecc., ecc. Contiene anche un ricettario con le migliori e più recenti formule.

Pubblica articoli e quadri statistici intorno alla mortalità e alle malattie contagiose nelle principali città d'Italia, e dà notizie esatte sulle condizioni e sull'andamento dei principali ospedali.

Pubblica le disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, potendo esserne informato immediatamente, nonché una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Reca tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Condotte vacanti, ecc.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgono al *Policlinico* per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica due rubriche speciali e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli vengono richieste.

IL POLICLINICO contiene ogni volta accurate recensioni bibliografiche, e un indice di bibliografia medica, col titolo dei libri editi recentemente in Italia e fuori, e delle monografie contenute nei Bollettini delle Accademie e nei più accreditati periodici italiani ed esteri.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO adunque, per gli importanti lavori originali, per le copiose e svariate riviste, per le numerose rubriche d'interesse pratico e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia più completi e meglio rispondenti alle esigenze dei tempi moderni.

ABBONAMENTI ANNUI		Italia	Estero	Il <i>Policlinico</i> si pubblica nel volte il mese.
Singoli:		—	—	
1.) Alla sola sezione pratica (settimanale)	• • L. 50	L. 75	L. 45	La sezione medica e la sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli mensili illustrati di 48-64 pagine, che in fine d'anno formano due distinti volumi.
1.a) Alla sola sezione medica (mensile)	• • L. 35	L. 45		
1.b) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	• • L. 35	L. 45		
Cumulativi:				La sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32 pagine oltre la copertina.
2.) Alle due sezioni pratica e medica	• • L. 75	L. 110	L. 110	
3.) Alle due sezioni pratica e chirurgica	• • L. 75	L. 110		
4.) Alle tre sezioni pratica, medica e chirurgica	L. 95	L. 130		
Un numero della sezione medica o chirurgica L. 5; della pratica L. 3.				

Un numero della sezione medica o chirurgia L. 5; della pratica L. 3.

Gli abbonamenti hanno unica decorrenza dal primo di gennaio di ogni anno.

L'abbonamento è impegnativo per tutto l'anno, ma può essere pagato in due rate semestrali all'anticipo.

Indirizzare Cartoline-Vaglia, Chèques e Vaglia Bancari all'Editore del *"Policlinico"*, Cav. LUIGI POZZI

UFFICI DI REAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Salaria, 14 - ROMA (Telefono 23-09)