

492

13

Dott. CARLO BERTONE - Assistente

Ospedale Civ. di Venezia - Divisione Chirurgica II - Primario Prof. D. Giordano

Meo per otturazione dell'intestino da calcoli biliari

Questa nota apparve nel N. 361 di Pathologica del 1 Dicembre 1923



GENOVA

Stabilimento Tipografico Tecnico Industriale
Piazza dell'Agnello 6-3 - Telefono 55-32



ILEO PER OTTURAZIONE DELL'INTESTINO DA CALCOLI BILIARI

Dott. CARLO BERTONE - Assistente

Ospedale Civile di Venezia - Divisione Chirurgica II - Primario Prof. D. Giordano

A cagione di un processo infettivo in corso, o per azione compressiva e traumatizzante di calcoli sulla parete della vescichetta biliare e dei visceri vicini, si stabiliscono talvolta breccie e tragitti abnormi, traverso i quali i concrementi possono emigrare dal luogo in cui si formavano sino in organi anche lontani, provocarvi alterazioni anatomiche cospicue, disturbandone od interrompendone totalmente la funzionalità. Così, traverso una fistola pleuropolmonare un concremento può giungere nell'apparato respiratorio, come pure per abnormi tragitti, sino dentro ai bacineti renali, negli ureteri, nella vescica. Come rarità si considerano le fistole colecistovaginali, (Frank), le migrazioni di calcoli nella vena portata (Deray, Roth), citate nel lavoro del Borghi.

I calcoli possono pervenire nel tubo intestinale, oltre che per via naturale dei canali biliari efferenti, anche traverso abnormi comunicazioni, stabilitesi tra cistifellea o coledoco di una parte, ed una porzione qualsiasi, alta o bassa, dell'intestino, dall'altra. Nei casi più benigni sono poi eliminati per l'ano senza dar luogo a gravi disturbi, ma possono anche totalmente occludere il lume intestinale, ostacolando in modo assoluto il passaggio dei prodotti della digestione, dando luogo alle manifestazioni dell'ileo.

Le occlusioni intestinali da calcoli biliari da molto tempo son conosciute. Vi accennarono: il Gross (1696), Van Swieten, Viq d'Azyr, nelle loro opere, Monro il Giovane, (seconda metà del 1700). Ma è solo nella seconda metà del 1800 che l'affezione fu oggetto di trattamento chirurgico, e dai chirurghi con precisione descritta e studiata. Leichtenstein (1876), Andry (1887) ci lasciarono pregevoli lavori sull'argomento; l'Andry, in una sua memoria comparsa nel Lyon Médical, riuniva 6 casi d'ileo biliare. In seguito le osservazioni si fecero sempre più frequenti; Holscher (1887, Friburgo), Korte (1889), Conwoisier (1890), Lobstein (1895), Gaillard (1895), portarono un contributo notevole di casi e di studi.

Nell'ultimo ventennio, le occlusioni per calcoli biliari, secondo quanto a noi risulta scorrendo le statistiche ed i resoconti di Congressi ed Accademie andarono diminuendo alquanto di frequenza. Nella interessante discussione che si tenne su questo argomento alla Società dei Chirurghi di Parigi (1921), alla quale parteciparono nume-

rosi e sperimentali operatori, se ne raccolse appena una trentina di casi. Noi troviamo la ragione di questo fatto notando che in questi ultimi anni i mezzi di ricerca e di diagnosi sono molto più precisi di quanto non fossero per il passato, così che le lesioni delle vie biliari sono più presto, e più frequentemente di prima curate dal chirurgo e dal medico. Ne viene la conseguenza che le complicanze tardive della colelitiasi, più raramente possono ancora svilupparsi. Citiamo tutte le colecistiti a sintomatologia prevalentemente, od esclusivamente gastrica, sino a pochi anni or sono quasi del tutto ignorate. E, scorrendo le raccolte di casi, pubblicate dagli autori, trenta o quaranta anni fa, si vede appunto che spesso, nell'anamnesi di un ileo da ostruzione calcolosa non v'eran che turbe gastriche, incerte e mal definite.

Come la calcolosi, così l'ileobiliare predilige il sesso femminile.

Naunyn nei suoi 127 casi trovò solo 37 uomini. L'Hermann su 153 femmine trova 62 uomini. In 102 osservazioni raccolte dal Courvoisier si trovarono 71 donne e 31 uomini.

Circa l'età in cui l'affezione più di frequente s'osserva lo Schläpfer dà i seguenti dati statistici:

	N.° dei casi
sotto i 30 anni	6
dai 31 ai 40	8
» 41 » 50	43
» 51 » 60	91
» 61 » 70	75
sopra i 70	28

Si ha dunque un massimo di frequenza tra i 50 ed i 70 anni di vita, ed un minimo sotto i 30 anni.

Per lo più si è un calcolo solo, od un unico conglomerato di piccoli concrementi a causar la occlusione. Sono rari i casi in cui si trovarono diversi calcoli in uno stesso punto, o due distinte occlusioni in due diversi tratti dell'intestino.

Il volume del concremento è variabilissimo. Uno dei più grossi calcoli fu nel 1889 presentato dallo Schmidt alla società medica di Lipsia e misurava 15 cm. per 10 di dimensioni. In un caso dell'Israel, il calcolo occludente nel suo maggior diametro misurava solo 2 centimetri. Ne viene la conseguenza che l'ileo biliare non è quasi mai un semplice ileo meccanico da ostruzione.

L'emigrazione del concremento dalle vie biliari all'intestino può avvenire in diversi modi:

81
B
18

anzitutto essa può effettuarsi attraverso i grandi canali biliari. Nannyn è dell'opinione che un calcolo, anche della grossezza di un'avellana può ancora passare attraverso il cistico ed il coledoco dilatati. Ma questo modo di passaggio costituisce, per le occlusioni da calcoli, quasi un'eccezione: più di frequente l'emigrazione avviene per tragitti abnormi. Courvoisier rilevò solo 7 casi di migrazione attraverso i canali normali su 39 osservazioni. Secondo il Le Roy, i calcoli, nella grande maggioranza dei casi (105:111) passano nell'intestino attraverso la fistola bilio-intestinale. Per lo più è la fistola colecistico-duodenale quella che si stabilisce, molto più rare sono le perforazioni colecisto-coliche, e più ancora le colecisto-gastriche. Courvoisier trovò: nove fistole tra vescichetta e pars pilorica dello stomaco, 10 tra coledoco e duodeno, 39 perforazioni nel colon traverso o nella fleura coli hepatica.

Il tragitto che fa comunicare l'un viscere con l'altro presenta variazioni interessanti da caso a caso. Più comune è la doppia fistola, con due sbocchi netti l'uno nella colecisti, l'altro nell'intestino.

Raramente trovasi una cavità ascessuale interposta tra i due orifici nei visceri. Talvolta il canale fistoloso presenta delle granulazioni ed anche vi sono dei concrementi. Può anche verificarsi la obliterazione completa della fistola o di parte di essa, così che ne residua un cul di sacco comunicante solo o con l'intestino o col serbatoio della bile. Sempre cospicue sono le aderenze tra le vie biliari da un lato e il duodeno, lo stomaco od il colon dall'altro. Esse cementano tra di loro questi visceri in un groviglio quasi inestricabile, e rendono malagevole od anche pericolosa l'esplorazione dello spazio sottopatico allorchè s'interviene per un ileo biliare.

Nell'intestino il calcolo avanza grandemente spinto dai movimenti peristaltici, sino ad essere eliminato per l'ano senza causare gravi disturbi; oppure esso s'arresta incuneandosi in una porzione qualsiasi del tubo digerente, e dà luogo allora ai fenomeni dell'occlusione.

E' raro il caso che il concremento subisca un aumento di volume per il sovrapporsi ad esso, di materiale intestinale.

Circa il punto d'arresto il calcolo, diedero l'Hermann ed il Leichtenstern i dati statistici seguenti:

Incuneamento nel	Casi di Hermann
duodeno	15 volte
digiuno	30 »
ileo superiore	25 »
ileo terminale	53 »
grasso	13 »
Incuneamento nel	Casi di Leichtenstern
duodeno	10 volte
digiuno	
ileo superiore e medio	5 volte
ileo inferiore	
	17 volte

Courvoisier, su 50 soggetti, trovò che in 7 calcoli si erano fermati all'altezza della valvola di Bauino.

La porzione terminale del tenue è adunque la parte in cui più di frequente compare l'occlusione. Secondo il Leichtenstern in questo tratto di intestino può anche verificarsi l'ileo meccanico da ostruzione semplice, cioè senza che intervengano altri fattori (spasmi, invaginamenti, ecc.) poichè ivi l'ampiezza del lume è di un terzo circa inferiore a quella del duodeno. Si riscontrò anche l'arrestarsi d'un calcolo nel retto. Il Leriche riferì un'osservazione del genere, in cui, la palpazione rettale iniziata per esplorare, riusciva prontamente efficace ad eliminare l'ostacolo.

Talvolta ancora i calcoli s'annidano in diverticoli dell'intestino, naturali (appendice), od anche patologici. Di questi ultimi se ne riscontrarono nel duodeno, nell'ileo, (Habershon).

Qual'è il meccanismo con cui si produce l'occlusione? Esso ebbe dagli Autori interpretazioni diverse. E' indubbio che l'ostruzione meccanica, pura e semplice, dovuta all'ingombro della massa del calcolo, assai di rado si verifica. Di regola entrano in giuoco altri fattori, e questi possono essere di diversa specie.

Hanno importanza: tutte le stenosi cicatriziali tubercolari sifilitiche, o neoplastiche dello intestino, che costituiscono un intoppo all'avanzare del concremento;

lo spasmo riflesso delle fibre muscolari lisce, disposte ad anello, dell'intestino, intorno al calcolo, di guisa che questo viene ad essere fissato nel tratto di parete ristretta. (Körte). Rehn ed Helferich dicono che lo spasmo è dovuto all'irritazione della mucosa intestinale provocata dalla presenza del calcolo, ma che in seguito contribuiscono all'occlusione anche altri elementi. Si formano cioè, nella mucosa intestinale che è immediatamente addossata al calcolo, delle minute ulcerazioni che s'infettano con facilità. Si verifica in seguito una tumefazione infiammatoria della mucosa e delle tonache più esterne che contribuisce ad un più forte serramento del calcolo stesso. Quenu insiste sull'importanza che può avere, nella produzione dello spasmo, lo stato di setticità del calcolo. Infatti, sarebbe assai frequente di trovare a monte di esso, delle vere tasche, ripiene di materiale settico. Secondo il Castner, la stasi all'inizio del serramento non è mai completa: mentre dapprima passano ancora liquidi e semiliquidi e si arrestano solo i materiali solidi, in seguito, per lo stivarsi degli alimenti, si ha la distensione cospicua delle pareti intestinali a monte dell'ostacolo.

Distalmente al calcolo, il lume si restringe per lo stiramento soprastante (analogamente a quanto si verifica con un tubo elastico) ed il concremento non può procedere oltre nel suo cammino. König sostiene che, la mucosa intestinale essendo sopra la muscolaris molto mobile, se il cal-

colo, viene ad occluderne il lume, in conseguenza della successiva peristaltica può aversi l'invaginamento di un breve tratto di mucosa nel punto che corrisponde all'ostacolo. (Ileo meccanico in primo tempo, meccanico e per invaginamento in secondo).

Qualunque sia la causa iniziale dell'occlusione, (ileo meccanico, meccanico spastico, o per invaginamento), succede poi con maggiore o minor rapidità, l'ileo paralitico, che coincide con un rapido aggravarsi delle condizioni generali dell'ammalato e con la comparsa dello stato di collasso.

Complicanze non del tutto rare della presenza d'un calcolo nell'intestino, sono ancora: le perforazioni della parete con esiti di peritoniti circoscritte o diffuse, cui talvolta si accompagna la fuoriuscita del calcolo nel cavo peritoneale, lo stabilirsi di fistole che fan comunicare due tratti, anche lontani, dell'intestino, tra di loro. Anche senza che si verifichi perforazione, si osservano peritoniti plastiche ed adesive più o meno limitate al tratto d'ansa che riveste il calcolo, e capaci di condur con facilità ad inguinocchiature dell'intestino, ad accollamenti di segmenti intestinali a canne di fucile, che contribuiscono all'occlusione totale. Nei primi tempi dell'ostruzione, i sintomi dell'ileo, per una trasmigrazione del calcolo possono sparire e ricomparire: si ha allora quella forma di ileo che il Leriche chiamava «ileo a tappe». La durata del serramento del calcolo, dal momento dell'inizio a quello dell'exitus può essere molto diversa da un soggetto all'altro. Nell'ileo a tappe assai raro, che si traduce di regola coi segni dell'occlusione cronica il serramento ad intermittenze può durare anche assai a lungo, mentre nell'ileo acuto, secondo quanto risulta dalla letteratura si avrebbe una durata da 5 a 10 giorni. Rari sono i casi come quello citato dal Wilkinson in cui, i fatti di ostruzione duravano da 11 settimane. Un caso dell'Habs, decorso con i segni dell'occlusione cronica durava, sinò al momento dell'operazione da 79 dì.

La sintomatologia dell'affezione in oggetto è in genere quella di tutte le occlusioni intestinali. Si può dire che, per quanto gli Autori si sieno affaticati a mettere in evidenza questo o quel sintoma che vorrebbero caratteristico dell'ileo biliare, oggidì noi non abbiamo ancora un sicuro termine per la diagnosi differenziale, e, salvo casi d'eccezione si è il più delle volte con diagnosi di occlusione intestinale da causa imprecisata che il malato viene al tavolo operatorio. Già il momento in cui si stabilisce la fistola biliointestinale resta quasi sempre ignorato. Vi sono talora nell'anamnesi, turbe a carico dell'apparato digerente, dolori, vomiti che non ebbero esatta interpretazione e che in realtà coincidevano colla formazione dell'anastomosi bilio intestinale. Schuller segnala, in una delle sue osservazioni un'ematemesi comparsa quattro anni prima dell'inizio dell'ileo. Kör-

te cita le emorragie intestinali che precedono anche di gran lunga l'ileo e che, come le ematemesi succitate corrisponderebbero al momento in cui si stabilisce la fistola.

La comparsa, nel passato, di coliche biliari con eventualmente un ittero e febbri potrebbe anche indirizzarci alla giusta diagnosi. Ma come è noto la litiasi biliare resta in un buon numero di casi sconosciuta e secondo il Naunyn solo 26 su 40 dei soggetti con ileo calcoloso hanno in precedenza presentato dei sintomi di litiasi. Milner dà solo il 40 per cento.

Il modo d'insorgere ed il decorrere dell'occlusione sono in relazione col punto d'arresto dei calcoli. Se il concremento si ferma nelle porzioni alte del tenue, o nel duodeno, insorgono repentinamente dolori cospicui, meteorismo specialmente nelle parti centrali e superiori del ventre dolori colici nella stessa sede, ritenzione di feci e di gaz, vomito biliare precoce, che non è mai becaloide, e nelle occlusioni alte non diviene mai tale.

Risiedendo l'ostacolo sul crasso, o nelle porzioni più basse del tenue, i sintomi non sono mai così rapidi nel loro insorgere, compare dapprima la ritenzione delle feci, l'intestino si rigonfia gradatamente: i vomiti sono tanto più lenti ad apparire quanto più in basso si trova il calcolo. Comparsi, essi diventano rapidamente fecaloidi. I dolori si presentano ad accessi, vi sono intervalli liberi. Da principio v'è ancora eliminazione di gaz, il meteorismo è tardivo. Se tutto il crasso è occluso, in primo tempo si dilatano le parti laterali del ventre, che nell'ittero alto in genere non sono rigonfie.

Lobstein dà grande importanza al meteorismo, che nell'ileo biliare sarebbe meno accentuato di quanto non sia nelle altre varietà d'occlusione. Secondo il Diddens, i dolori al ventre non sarebbero mai così cospicui come lo sono nell'ileo da strozzamento, ed essi interverrebbero solo allorchè compaiono sintomi di collasso. Naunyn insiste sulla persistenza dell'emissione di gaz, allorchè è completo l'arresto delle materie fecali. Milner accenna alla possibilità che un'ansa contenente calcoli, per il peso di questi, si affondi nel piccolo bacino e possa venir palpata attraverso il retto, allorchè i calcoli hanno un certo volume. Mauclair crede che la radiografia può in certi casi rendere utili servizi. La temperatura è nell'occlusione calcolosa, di regola normale.

Secondo Lesk il numero dei leucociti non è alterato o vi è una debole leucocitosi (7000-9000). Schott giustamente invoca, trattandosi di sofferenti al fegato ed ai canali escretori di quello, la ricerca degli acidi biliari nelle urine.

Alcuni segnarono la possibilità che il calcolo possa seguirsi con la palpazione durante i suoi spostamenti nel tubo gastroenterico, ed ancora che i fatti obbiettivi più cospicui si spostino dall'una all'altra parte del ventre con l'emigra-

zione dei concrementi. Ciò assai di rado si verifica nella pratica. Tipico esempio è il caso di Milner che qui riassumiamo brevemente.

Uomo di 62 anni (Medico!). Esistevano da 15 anni cospicue coliche, con dolori in sede colecistica che comparivano ad intervalli. L'ileo comparve in poche ore, essendo il p. in piena salute, con vomiti e ritenzione di gaz. L'autore aveva una sensazione di «guasto» allo stomaco. In quarta giornata vomito fetido, ventre relativamente poco gonfiato e molle, ottusità sotto il bellico, con una resistenza dolorosa tra il bellico e l'area appendicolare, non febbre. L'ammalato, ed il suo medico curante, comunicano che all'inizio dell'attacco tutta la parte superiore del ventre era dolente alla pressione. L'ammalato, pensa «che il suo calcolo all'inizio deve essere stato più alto di dove è al momento della visita. Egli è impressionato dal cambiamento di posizione del punto di dolorabilità che solo nel quarto giorno si era spostato dalle parti più alte del ventre, sino quasi in sede appendicolare. Operazione in quinto giorno, estrazione da un calcolo pinzato nell'intestino.

La prognosi è diversa, a seconda della durata degli accidenti e della sede dell'occlusione. Essa s'aggrava quanto più prolungato è l'ileo.

Delbet attribuisce in linea generale una grande gravità agli accidenti dell'ileo biliare. Duval stima che bisogna tener conto della sede della ostruzione: quanto più essa è elevata, tanto più è grave il prognostico.

Mocquot insiste sulla gravità delle complicanze postoperatorie. Si possono incriminare, come fattori di gravità le disunioni facili delle suture intestinali in seguito al cattivo stato della parete, i riassorbimenti tossici, i fenomeni polmonari. Ne si può trascurare il fatto che questi ammalati sono vecchi litiasici con la funzionalità epatica in disordine, e quindi soccombono più facilmente degli altri ai traumi ed alle infezioni. Il Lenormant stabilisce la mortalità nel 66 per cento dei casi.

Cura. — Furono esperite le cure mediche di purganti clisteri medicamenti di vario genere atti a promuovere la peristasi intestinale.

Il Lacaille (1910) riferiva alla Società di medicina di Parigi su due casi d'occlusione intestinale provocata da calcoli biliari che furono eliminati con clisteri elettrici. Buoni successi con tutti i mezzi succitati assai di rado però si possono avere, se si pensa che il più delle volte il calcolo è solidamente impiantato in un'ansa intestinale contratta, tumefatta ed ispessita da processi flogistici.

Petit, insiste sulla necessità d'operare rapidamente, senza troppo contare sui successi del clistere elettrico. Bisogna intervenire precocemente allorché l'ileo è nel primo stadio, per prevenire la paralisi.

La cura consiste nell'enterotomia con estrazione del calcolo.

Alcuni consigliano di sezionare l'intestino a monte dell'ostacolo e di fare poi scivolare indietro il calcolo. Ciò a scopo di procedere poi ad una sutura nel sano. A parer nostro v'è interesse ad incidere sul calcolo, a scopo di verificare lo stato della parete intestinale resecandone occorrendo anche un tratto. La sutura longitudinale dopo l'incisione nello stesso senso restringe alquanto il lume dell'intestino, e ciò nelle parti più basse del tenue potrebbe anche in seguito ingenerare inconvenienti. Perciò il Mathieu ed il Neumann praticano l'enterotomia con sutura, entrambe in senso trasversale. Hermes incise l'intestino in senso longitudinale e suturò in seguito i bordi dell'incisione in senso trasversale.

Marion, in un caso in cui gli accidenti duravano da 5 dì, avendo trovato l'ansa contenente il calcolo in stato di imminente perforazione, si limitava ad esterofiorizzarla. Il p. guarì dopo aver portato per qualche tempo una fistola sterioracea. Queno nell'osservazione di Marion vede una conferma dell'importanza che hanno le tossine intestinali nel produrre i fenomeni generali concomitanti all'ostruzione, ed attribuisce la buona riuscita dell'intervento in parte al fatto che con l'estrinsecazione e l'apertura dell'ansa tali tossine si riversavano rapidamente all'esterno. Questa manovra adottata dal Marion, rapida e prontamente liberatrice è da applicarsi allorché ci si trova dinanzi ad un soggetto fortemente indebolito o già in stato di collasso. Salvo casi eccezionali, la maggioranza dei chirurghi non ritiene opportuno di prolungare l'intervento con l'esplorazione delle vie biliari quando queste sono in parte o completamente ricoperte da essudati o mascherate da aderenze fitte coi visceri vicini.

Invece, conviene di esaminare costantemente tutto l'intestino perché una doppia occlusione da due calcoli incuneati anche a notevole distanza l'uno dall'altro, può talora verificarsi.

Dopo l'intervento, allorché si procede all'enterotomia l'Ebenau consiglia di praticare iniezioni di Ormonal (Endosplenina), che ha proprietà di eccitare la peristalsi intestinale. Ma l'azione terapeutica del succo di milza non è sempre costante (Marfori). Nella divisione del Prof. D. Giordano si adopera da lungo tempo con buon esito nei casi di atomia intestinale la Paraganglina Vassale (estratto della parte midollare delle capsule surrenali) nella dose di 40-50 gocce nelle 24 ore. Il caso che noi riferiremo ora, non ci sembra scevro d'ammaestramenti perché se pure mancavano in modo assoluto i segni che potessero far pensare ad un calcolo biliare come fattore della occlusione, tuttavia, dal reperto d'autopsia balzano fuori alcuni momenti importanti per la conoscenza dell'affezione in oggetto.

10923 G. Ermelinda, d'anni 60, casalinga, entra in Divisione la sera dell'11 Giugno 1923.

Padre morto ad 80 anni, madre a 36 di malattia imprecisata.

Una sorella viva, un fratello morto a 26 anni tifico. Sposata, 2 figli vivi e sani. Nega aborti. Menopausa a 45 anni regolarmente. Nessun precedente morboso degno di nota, sino a 2 anni fa. Vi furono allora dei fatti d'occlusione durati 3 giorni con vomiti e febbre scomparsi con un purgante, e più non rinnovatisi sino a 6 giorni prima del suo ingresso in Ospedale. Comparve allora dapprima una vaga dolorabilità diffusa a tutto l'addome, con tensione delle pareti ognor crescente, vomiti e chiusura dell'alvo. Diuresi, pare regolare. Prese purganti vari, e tra gli altri olio di ricino. Dopo due giorni alcune scariche scarse. Da 4 giorni, malgrado altri purganti l'alvo è sempre rimasto chiuso, ed i fatti su accennati sono andati aggravandosi.

E. O. Soggetto fortemente obeso, Apirettica p. 80 debole, ritmico. Aspetto sofferente, condizioni generali molto depresse. Lingua secca, impa- niata, alito fetido. Polmoni poco espansibili: toni deboli, senza impurità. Addome enorme, cospicuo, pannicolo adiposo, pareti fortemente distese in tutti i quadranti. Modica dolenzia in ogni parte alla pressione. Non si riesce a delimitare con la percussione i dettagli dei visceri, nè a palparli dato lo stato d'adipe e la distensione delle pareti.

Con la percussione si ha suono uniformemente subottuso, tranne che a cavallo dei due quadranti inferiori ove si ha ottusità assoluta. Nulla all'esplorazione rettale e vaginale.

Crine giallo torbide, acide. D. 1016, glucosio ed albumina in tracce.

Date le gravi condizioni della p. obesa, e che dice essere già guarita da fenomenologia, simile, si giudica di soprassedere all'operazione che esso non sopporterebbe pel momento, cercando dapprima di sollevarne alquanto le condizioni generali.

11-VI lavatura gastrica, fuoresce un liquido giallastro d'aspetto e d'odor fecaloide. Iniez. di pituitrina (infund.) ogni due ore. Iniez. eccitanti. Non si riprende. Continua a vomitare e muore il 12-VI-23, quando si era già ordinato di preparare un eventuale ano contronatura con anesiesia locale.

Reperto d'autopsia. Congestione della leptomeninge, più manifesta nei plessi della tela corioide. Congestione notevole anche della sostanza nervosa.

Cuore: miocardio torbido, grasso. Polmoni: sinfisipleuriche d'antica data.

Addome: Qualche cucchiata di liquido sieroso ematico in peritoneo. Stomaco fortemente dilatato. Esaminando l'intestino si constata che vi è un netto punto di ostacolo al passaggio a livello della metà circa del tenue. Ivi esiste, incuneato nell'intestino un calcolo del volume di una noce e di forma pure simile ad una noce, schiacciato a un polo, di color giallo divare.

Trattasi di un calcolo biliare. A monte, forte distensione del tenue e dello stomaco. A valle, restringimento di tutto il rimanente intestino.

Nell'asportare il colon trasverso si constata una tenace aderenza del tratto d'ansa corrispondente al fondo della cistifellea. Si sbriglia l'omento pure aderente in detta sede e si apre in sito il lume del colon trasverso onde conoscere se vi è fistola colecistica colica. Non vi è comunicazione, ma retrazione dell'intestino a quel livello.

Aperto il duodeno in sito, si rileva, a distanza di circa 2 dita dal piloro un'ulcera perforante a bordi anfrattuosi del diametro di una moneta da 5 centesimi, attraverso la quale si entra nel lume della cistifellea, ripiena di materiale d'aspetto fecale e ridotta alla capacità di una noce. La porzione retroduodenale del coledoco è sottile, la papilla è pervia e se ne sprema della bile densa.

Evidentemente il calcolo si era fatto strada dalla fistola saltando le vie epatiche naturali.

Reni un po' ingrossati, specie il destro.

Diagnosi anatomica: occlusione intestinale da incuneamento di un calcolo biliare ad un metro circa dalla valvola ileocecale. Colecistoduodenostomia spontanea, tumefazione torbida grassa del miocardio e del fegato. Obesità.

E' da notare che il decorso del caso nostro d'ileo fu sempre apirettico, e che, mancavano totalmente nell'anamnesi dei dati che potessero portare alla supposizione d'un ileo biliare.

Le gravi condizioni della p. non permisero un intervento immediato. Se essa si fosse alquanto ripresa, quale sarebbe stato il metodo di cura? Evidentemente procedere ad una resezione intestinale in simili condizioni sarebbe stato assai rischioso per il tempo che occorreva a compierla, forse si sarebbe praticata l'enterotomia con sutura successiva, od anche, se lo stato di depressione si fosse andato aggravando nei primi momenti dell'intervento, o l'ansa fosse stata alquanto compromessa, la formazione di un ano contro natura, estrinsecando una parte più o meno grande di ansa come fece il Marion, rapidissima ad eseguirsi, e pronta nei suoi effetti perchè i germi ed i veleni esistenti intorno al calcolo, fattori aggravanti dell'ileo biliare secondo il Queun, sarebbero stati prontamente riversati allo esterno, avrebbe trovato ragione d'applicazione.

Data la brevità del tempo ch'era a disposizione dell'operatore non sarebbe certamente stato opportuno d'esplorare la regione della cistifellea e delle vie biliari, manovra che d'altronde sarebbe riuscita difficile e pericolosa, per la quantità delle aderenze esistenti nell'ambiente pericolecistico, ed in un soggetto terribilmente obeso qual'era il nostro.

BIBLIOGRAFIA.

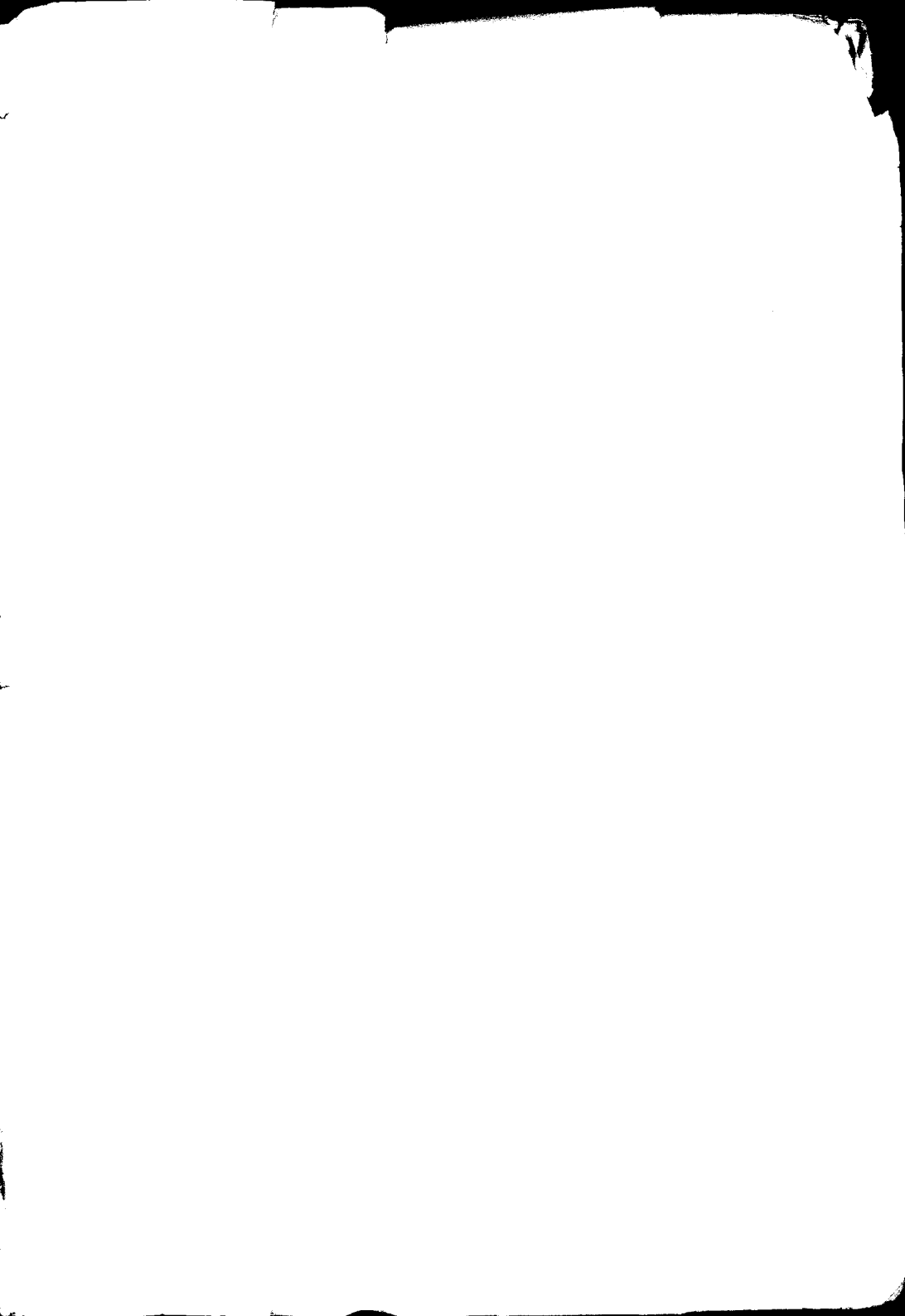
Borghi M., La litiasi biliare con speciale riguardo alla patogenesi e alla cura chirurgica. Milano, Tip. Sironi, 1921; *Bullettin e Mem de la Soc. des Chir. de Paris*, 1921; Davi, Occlusione intestinale da calcolo biliare, *Rivista Sanitaria Siciliana*, 1923, N. 7; Courvoisier, Contributo stati-

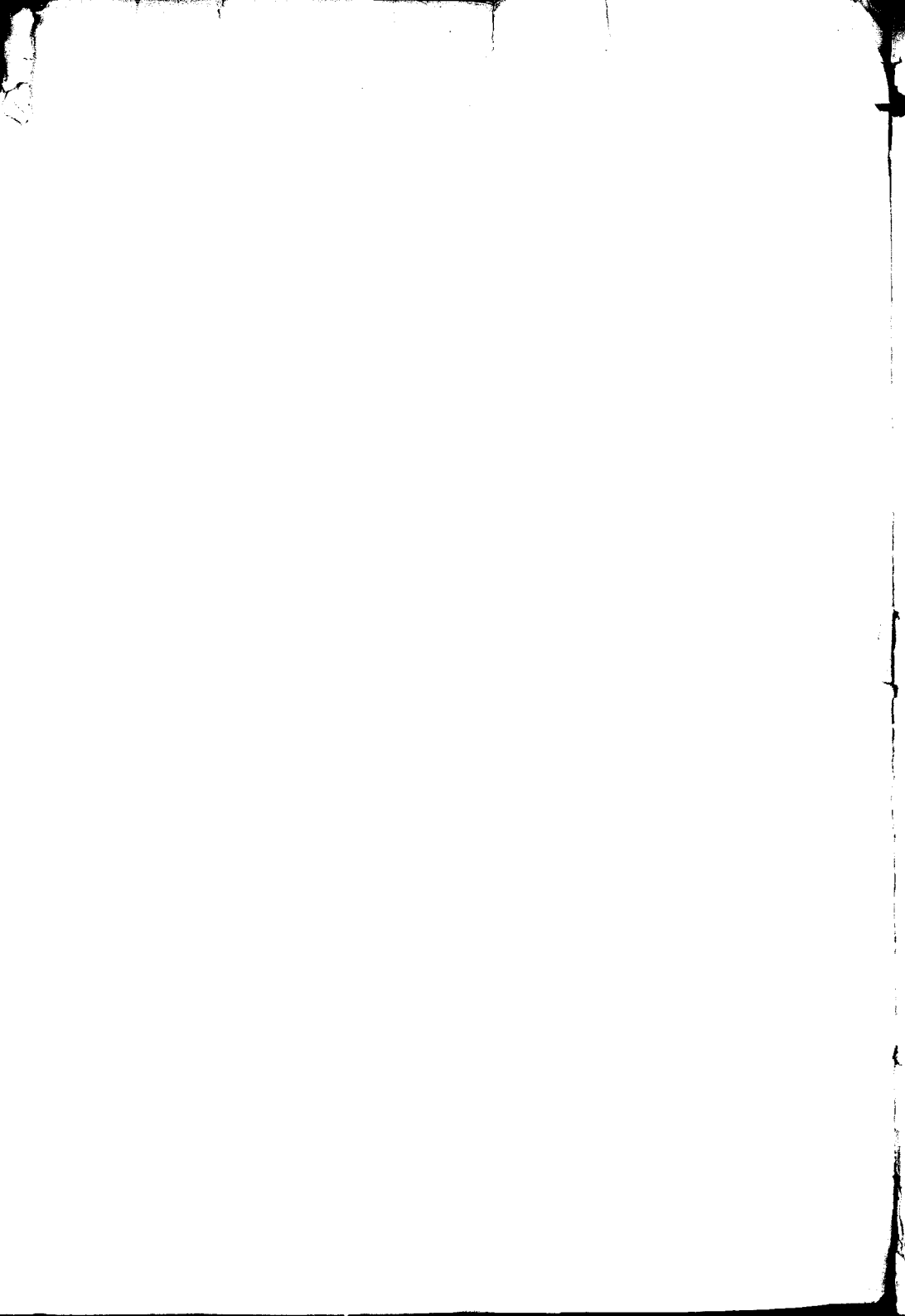
stico alla patologia e chirurgia delle vie biliari, Lipsia, 1890; **Cotte et Leriche**, De l'ileus biliaire, Gazz. des Hopitaux, 1908, p. 1707; **Davi**, Occlusione intestino da calcoli biliari, Rivista Sanitaria Siciliana; **Garin**, Contribution à l'étude des complications de la lithiasis biliaire (occlusion intestinale), Thèse, Paris, 1897; **Habs**, Ueber gallenstein ileus (Med. Ges. Magdeburg, 23-10-1913), Munch. Med. W., 1913, pag. 47; **König**, Congr. dei chirurghi tedeschi, 1899; **Korte W.**, Verhlg. d. deut. Ges. f. chir. 1889, pag. 106-110; **Leichtenstern**, Obturation des Darmcanals (Ziemssen Handb. d. spez. Path. v. Therap.), B. 7, 2 parag. 462; **Milner**,

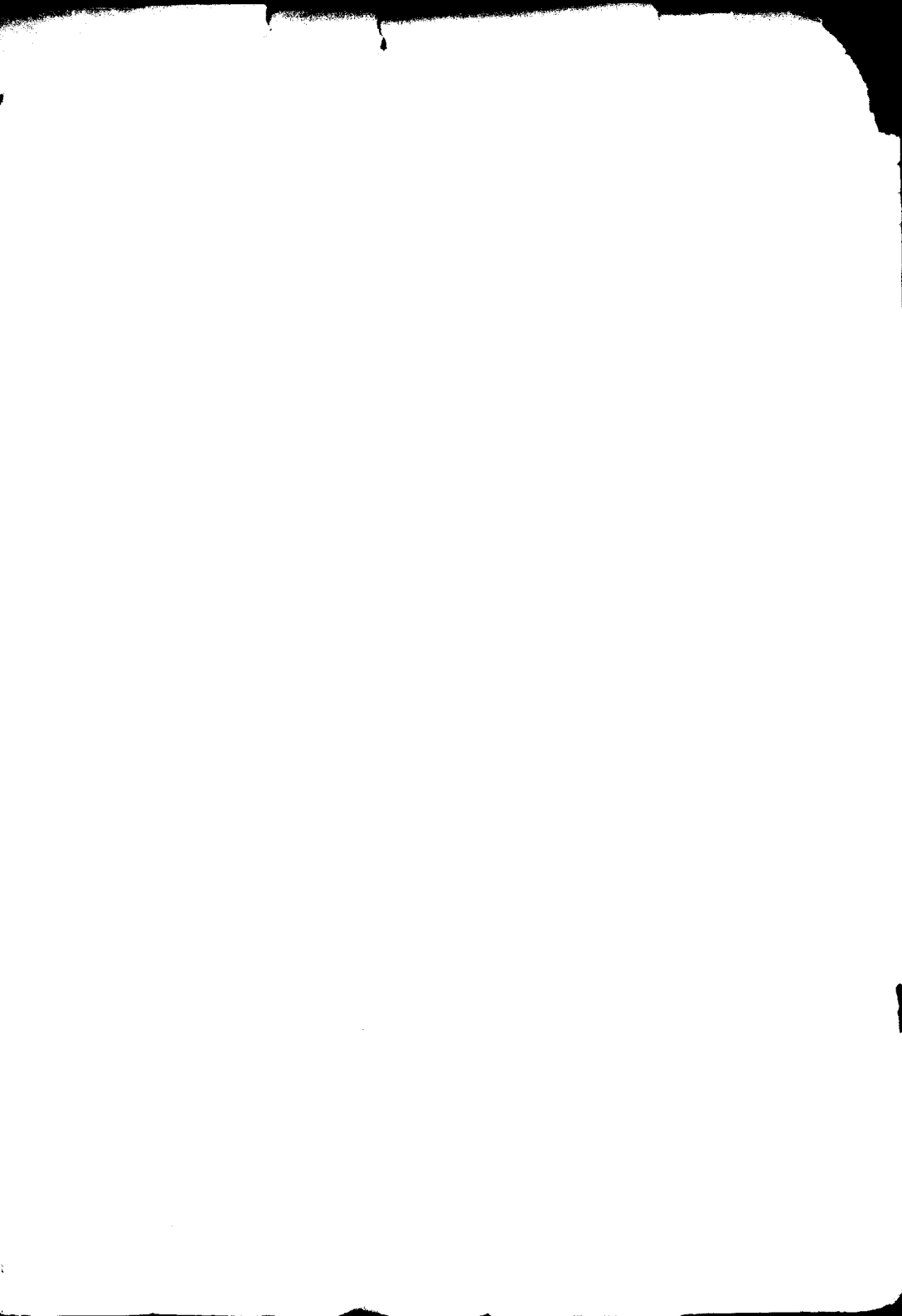
veber Gallensteinileus, Med. Gesell., Zu Leipzig Sitz 25-7-22 in Munch. Med. Woch. a. 1922, pagina 1322 numero 36; **Most**, Gallensteinileus, Berlin Klin. Woch., 1920, p. 398; **Propping V.**, Gallenst. il besonders seinen Mechan., Aesrzt. Verein 1921, 122, 1, p. 122; **Wohlauer**, Gallensteinileus, in Frankf. Sitz., 3-11-19 in Munch. med. Woch., 1920, pagina 27; **Schlapfer**, Ueber einen weit. Fall v. Gallensteinileus, Bruns' Beitr. z. Klin. Chir., 1921, 122, 1-p. 122; **Wochlaner**, Gallensteinileus, Berl. Kl. Woch., 1921, p. 1085; **Wortmann**, Ueber Gallensteinileus, Deut. med. Woch., 1920, p. 498.



71047







Studii originali sui Tumori

Pubblicati in Pathologica

nei Volumi I-XV

- Anzillotti G., Un tumore polipoidale delle cavità nasali, III, 369.
- Barbacci O., Caso di sarcomatosi universalis, I, 3.
- Bertelli G., Intorno a tre casi di tumore primitivo del mediastino, VI, 709.
- Bolaffi A., Particolare forma di sarcomatosi, V, 635.
- Bonome A., Nuove osservazioni sulla struttura ed istogenesi dei gliomi, I, 159.
- Bruzzone C., Melanosarcoma della mucosa nasale, XIII, 161.
- Cagnetto G., Tumore del fegato ad epitelio vibratile, II, 325.
- Carisi G., Contributo anatomico patologico e clinico alla miglior conoscenza delle cisti congenite del collo, XV, 249.
- Carisi G., Sulla molteplicità tumorale « Generis diversi ». Contributo casistico anatomopatologico e clinico, XV, 548.
- Castelfranco, Amartomi del fegato, III, 9.
- Castellana A., La reazione meiotagmica di Maurizio Ascoli Izar nei tumori maligni con gli antigeni linoliricini, XIV, 606.
- Centanni E., Contributo alla conoscenza delle blastine, IV, 523.
- Cesaris Demel A., Su di un caso di fibrosploma, XII, 3.
- Cirio L., Sopra un tumore primitivo del fegato di probabile origine cortico surrenale, XIV, 107.
- Clivio C., Tumori tiroidei di origine endoteliale, XIV, 759.
- Crescenzi G., Sarcomatosi primitiva bilaterale del rene e dell'intestino, I, 319.
- D'Agata G., Sulla deviazione del complemento nei tumori maligni, IV, 612.
- D'Alessandro F., Su di un caso di tumore della mammella maschile, XIV, 138.
- Denti V., Sul riconoscimento di affinità biologiche fra organi normali di specie diversa e neoformazioni maligne dell'uomo, V, 469.
- Donati M., Della anafilassi passiva da tumore maligno, II, 413.
- Donati M., Esperienze sopra un sarcoma del ratto, IV, 608.
- Fabris A., Sopra un caso di sarcoma glioblastico del cervello di probabile origine neuro epiteliiale, II, 297.
- Fazio F., Ricerche sperimentali sul potere antitriptico dei tumori V, 147.
- Fichera G., Gli autolizzati di tessuti nella terapia dei tumori, III, 72.
- Foa P., Sul corio epitelioma, I, 76.
- Fornero A., Tumori delle ghiandole a secrezione interna dell'utero, XI, 299.
- Franco E., Leiomioma maligno primitivo dei gangli linfatici del collo con metastasi del cuore, VI, 652.
- Gaiffani P. J., Per la casistica dei tumori maligni nella vita intrauterina. Fibrosarcoma del collo, fibro sarcomi multipli disseminati in un neonato pneumaturato, VI, 812.
- Galassi C., Mixofibroma dendritico dell'endocardio, VII, 501.
- Gamna C., Le atipie epiteliali, III, 504.
- Gargano C., Sulla presenza di nidi cellulari epiteliali non influenzati dal radio nel cancro uterino, XIV, 693.
- Gargano C., Dei tumori spontanei nei mammiferi (sarcoma parvilocellulare iniziale nella pantera), V, 529.
- Gazzotti G. L., Contributo allo studio dei tumori delle meningi molli, II, 457.
- Giavotto G., Carcinosarcomi della tiroide, XIII, 95.
- Grosso G., Sull'azione agevolante l'attaccamento ed il più rigoglioso sviluppo dell'adenocarcinoma nel peritoneo dei topolini, X, 7.
- Grosso G., Sulla spirochete del topino albino portatore di tumore, XV, 106.
- Guerrini G., I neoplasmi negli animali, I, 126.
- Izar G., Azione del solfo colloidale sul sarcoma dei ratti, vol. IV, 225.
- Lombardo C., Carcinoma primitivo del polmone originatosi dalle ghiandole mucipare, V, 53.
- Lombardo C., Carcinoma primario del polmone originatosi dalle ghiandole mucipare della mucosa bronchiale, V, 346.
- Lunghetti B., Su di alcune particolarità istologiche nel mieloma multiplo, III, 620.
- Lunghetti B., Su di un endoteloma retroperitoneale con localizzazioni metastatiche poco comuni, VI, 800.
- Martelli C., Ricerche istografiche, istochimiche, patogenetiche nei lipomi nodulari simmetrici e sulla malattia di Dercum, X, 62.
- Micheli F. e F. Cattoretti, La sierodiagnosi meiotagmica dei tumori maligni, V, 385.
- Modena, Carcinoma del fegato sviluppato attorno a cisti da echinococco, VI, 833.
- Muggia A., Di un caso di sarcoma primitivo della milza, XV, pag. 91.
- Nasseti F., Di una metastasi cancerosa in un cavernoma epatico, III, 674.
- Nasseti F., L'uso di sacchetti di collodion nello studio dei tumori trapiantati, V, 46.
- Nasseti F., Sguardo comparativo fra i tumori delle piante e i tumori degli animali, VI, 14.
- Parodi A., Un caso di teratoma strusoso tiroideo dell'ovaio, XIV, 529, 572, 608, 727.
- Parodi U., Sulla produzione sperimentale di tumori epiteliali nel topo, XIV, 457.
- Parodi U., Sulla produzione sperimentale del carcinoma da catrame, XV, 254-569-604.
- Parodi U., Mancata inibizione di emolisi da bile da parte del siero di blastomatosi, XIV, 299.
- Pellegrini, Tumori primitivi del dotto cistico, VI, 764.
- Peperé A., Di un difangioma della milza, III, 591.
- Petronio G., Melanosarcoma polimorfo sottocongiuntivale, VIII, 17.
- Ravenna E., Contributo allo studio del cancro primitivo del polmone, I, 206.
- Poletini B., Sulla produzione sperimentale del cancro da catrame nel topo bianco, XV, 337.
- Poletini B., Sul cancro sperimentale da catrame, XV, 433.
- Ravenna E., Alcune considerazioni sui tumori endoteliali, I, 264.
- Ravenna F., Sulla coltivazione al cancro, II, 9.
- Ravenna F., Ricerche sull'anafilassi attiva e passiva dei tumori maligni, IV, 243.
- Roos, Neoformazioni del peritoneo simulanti neoplasie maligne, XIII, 484.
- Rocavilla A., Cloroma leucemico, III, 229.
- Sabbatani L., Tossicità del solfo colloidale per iniezione endovenosa, V, 7.
- Segale G. C., Azione dei raggi Roentgen e del radio sull'adenocarcinoma del topino, XIII, 36, 67, 116.
- Silvan C., Tumori ad epitelio ciliato dello stomaco, VI, 720.
- Sisto P., Sul reinnesto dei tumori dopo il riassorbimento provocato, XI, 137.
- Sotti G., Angioma cavernoso della vescica, XIII, 135, 164, 186.
- Uffreduzzi O., Sull'azione dell'autolisato fetale sui trapianti di tessuti adulti, III, 247.
- Uffreduzzi O., Innessi neoplastici e autolizzati fetali neoplastici, IV, 207.
- Vigi F., Contributo alla conoscenza degli amartomi della milza, XIV, 639.

La Collezione completa di Pathologica in 15 volumi Doll. 60.