

276
907
Istituto di Patologia Speciale Chirurgica e Propedeutica Clinica della R. Università di Napoli
Direttore Prof. L. DOMINICI

Contributo clinico allo studio delle cisti di echinococco della milza

Dott. EMANUELE REPETTO
Aiuto ordinario e Docente



81
B
40

Contributo clinico allo studio delle cisti di echinococco della milza

Dott. EMANUELE REPETTO

Aiuto ordinario e Docente

Fra le varie localizzazioni dell'echinococco quella della milza è una delle più rare. Secondo VEGAS e CRANWELL le cisti idatidee si localizzano nella milza nel 3,7% dei casi e nel 2,4% secondo DEVÈ. NEISSER su 986 cisti idatidee di vari organi ne trovò 28 della milza (2,83%); JOHN FINSEN in Islanda su 255 casi ne ebbe 2 della milza (0,78%); TRINKLER trovò la localizzazione splenica nel 2,3 % dei suoi casi; MADELUNG nell'1,5%. BRUN nel 4% e WARE nel 6%. Invece DAVINE su 383 e COBBOL su 327 casi di cisti di echinococco non ne osservarono nessun caso, e molti altri AA., che in questi ultimi tempi hanno studiato in ordine di frequenza le localizzazioni dell'echinococco, non hanno ricordato neppure tale sede. In Italia il BIONDI su 24 casi di echinococco ne trovò uno della milza e CIGNOZZI su 62 casi ne osservò 4 della milza (9%). PUTZU illustrò 17 casi di localizzazione splenica su 474 (4,25 per cento). Altri casi di cisti idatidea

della milza vennero illustrati da CAVINA, SOLIERI, LEOTTA, GRAZIANI, BONGIORNO, CAPECCHI, PARINI e CAMPANA.

In base alla media di tutte le cifre riportate nella letteratura, secondo DONATI e CAVINA, si potrebbe concludere che la localizzazione splenica dell'echinococco si riscontra in una proporzione non superiore al 3% circa.

MILLS ritiene che il filtro epatico tratti il 75% degli embrioni esacanti; quello polmonare il 10% e che solamente il 15% delle cisti si localizzi negli altri organi.

Mentre taluni AA. ritengono che raramente l'echinococco della milza si presenti solo in quest'organo, altri invece ammettono il contrario e cioè che l'echinococco della milza sia più frequente unico e che difficilmente esista l'echinococco della milza sia più di frequente unico e che difficilmente esistano e seguano localizzazioni in altri organi.

Nella massima parte dei casi la cisti idatidea della milza è uniloculare.

Raramente e casualmente all'autopsia si nota la produzione di piccole cisti, le quali in seguito alla morte del parassita hanno subito un processo di regressione e di calcificazione.

Il contenuto della cisti può essere costituito esclusivamente da liquido libero ed incolore, oppure da liquido torbido o puriforme o nettamente purulento, sebbene in quest'organo la suppurazione sia molto più rara che nel fegato, nel polmone e nel rene.

In un caso di ALESSANDRI il liquido purulento era misto a molto gas fetido, e la suppurazione era avvenuta in seguito a pregresse punture evacuative. In un discreto numero di casi il contenuto della cisti, oltre che dal liquido, era rappresentato da piccole vescicole figlie in numero variabile. In alcuni casi (COEN, PIRRI, TUSINI) la parete cistica era in parte calcificata.

L'echinococco della milza può assumere varie dimensioni come nel fegato e talvolta esso invade tutta la milza riducendola ad un sottile straterello. Ma nella maggior parte dei casi si nota che l'echinococco in quest'organo ha uno sviluppo supero-anteriore e che spesso la porzione inferiore del parenchima viene risparmiata.

Più di rado si sviluppano sotto la capsula splenica, per cui si hanno le cisti iuxtaspleniche (DIELAFOY), sessili (CRUVEILHIER), peduncolate (OLIVER), nelle quali il parenchima splenico non è interessato.

A seconda delle varie direzioni, in cui le cisti si estrinsecano, contraggono aderenze con i vari organi. Le cisti ascendenti prendono aderenze col lobo sinistro del fegato, con la cupola dia-

frammatica, alla quale può seguire pleurite reattiva ed anche svuotamento della cisti attraverso le vie respiratorie (GUERIN). Le forme discendenti hanno aderenze col tenue, col colon trasverso, col grande omento, con l'angolo splenico del colon (LEOTTA). Nelle altre forme le cisti possono prendere aderenze con lo stomaco, con l'epiploon gastro-epatico, con la coda del pancreas, col mesocolon, posteriormente col rene sinistro (GRAZIANI, CILIBRASI, BONGIORNO, FICHERA), oppure anteriormente con la parete addominale.

Sono stati descritti infatti casi in cui si ebbe l'apertura e lo svuotamento della cisti nello stomaco e nell'intestino (SILVESTRINI, CILIBRASI - BONGIORNO, CODE e BERGERET) ed altri in cui la rottura avvenne nel peritoneo (MAGDELAIN, SEVESTRE, CALLOSE), con secondaria echinococcosi peritoneale o peritonite diffusa nei casi in cui la cisti era suppurata.

La tensione endocistica è generalmente più elevata di quella che si ha nelle cisti del fegato ed è dovuta al fatto che il tessuto splenico è più sfiancabile e meno cirrogeno di quello epatico (CIGNOZZI). In seguito alle aderenze superiori subfreniche (che sono più frequenti, mentre sono più rare quelle inferiori con i visceri addominali), la milza diviene poco spostabile in basso ed anche quando raggiunge dimensioni notevoli non è quasi mai ectopica mentre la cisti tende ad evolversi verso la linea mediana. Quindi i rapporti topografici della milza con l'arcata costale sinistra si mantengono quasi inalterati a causa delle aderenze subfreniche e quindi la deformazione dell'organo si apprezza con maggiore facilità e spesso anche si apprezzano mol-

to chiaramente l'incisura, i margini e la parte inferiore della milza.

La sintomatologia della cisti di echinococco della milza è abbastanza chiara, essendo rappresentata da soggetti in condizioni generali buone, quasi sempre senza concomitanti gravi disturbi funzionali a carico degli organi addominali, con leggere sensazioni dolorose di stiramento all'ipocondrio sinistro e soprattutto per la presenza in corrispondenza dell'ipocondrio sinistro di una tumefazione a superficie liscia, di volume vario, di forma generalmente rotondeggiante ed un po' allungata, disposta parallelamente all'arcata costale dalla quale deborda. Al disotto della tumefazione molto spesso si apprezza l'incisura caratteristica della milza ed il suo margine anteriore, che è arrotondato e talvolta indurito.

Per la diagnosi oltre l'anamnesi e la sintomatologia subiettiva ed obiettiva hanno grande importanza anche gli esami di laboratorio (eosinofilia, intradermoreazione alla CASONI, ecc.) e l'esame radiologico. La puntura esplorativa che nella quasi totalità dei casi sarebbe un metodo d'indagine capace di allontanare qualsiasi dubbio diagnostico qualora dia esito positivo, può essere fonte di errori ma soprattutto di gravi pericoli per la vita del paziente.

Per le cisti di echinococco della milza sono stati proposti vari metodi di cura, dati i caratteri anatomici molto variabili nei riguardi del volume, del contenuto, della sede e della fissità o meno dell'organo.

Nel passato alcuni AA. hanno praticato la puntura evacuativa a pareti addominali integre, seguita da introduzione nell'interno della cisti di liquidi antisettici; procedimento che in seguito

venne abbandonato perchè molto pericoloso per gli accidenti sia immediati che tardivi, sebbene in alcuni casi (CONCETTI, PIAZZA, MARTINI, CERAULO, CARDARELLI) abbia dato buoni risultati ed anche guarigioni permanenti.

Per tali pericoli al metodo della puntura evacuativa venne sostituita quella più razionale ed efficace della marsupializzazione ed incisione della cisti o splenostomia, praticata in un solo tempo secondo la tecnica di LINDEMANN-LANDAU, od in due tempi secondo quella di VOLKMANN. Questo metodo è senza alcun dubbio indicato nelle cisti suppurate, nelle cisti nelle quali esistono numerose aderenze che rendono assolutamente impraticabile la splenectomia ed infine nelle cisti nelle quali le condizioni generali del paziente sono molto gravi.

Gli inconvenienti principali cui può dar luogo la marsupializzazione sono le suppurazioni prolungate, accompagnate spesso da febbre, da cachessia e da scadimento generale, le fistole secondarie che a volte persistono per mesi ed anche per anni (CIGNOZZI, FICHERA), gli sventramenti secondari postoperativi ed infine raramente la possibilità di recidive dipendenti dalla mancata evacuazione di altre cisti concomitanti nell'echinococco multiloculare. Ma la marsupializzazione rappresenta sempre un metodo che ha grandissimi pregi e molte indicazioni in un numero considerevole di casi, come attesta l'esperienza di parecchi AA. (LEOTTA, CIGNOZZI, ROSSI, PATEL, ALESSANDRI, PARINI, ecc.).

Il metodo della « riduzione senza drenaggio », che si segue nel trattamento dell'echinococco addominale in genere e che consiste nell'apertura ed evacua-

zione della cisti seguita da chiusura immediata della sacca e della cavità addominale, è stato applicato poche volte (STIRLING, VINCENT, MABIT, LAGOS GARCIA, ALESSANDRI) nella cura delle cisti della milza, ed infatti, secondo CAVINA, raramente in questa localizzazione si possono verificare quelle condizioni che sono necessarie per il buon esito di questo intervento. Oltre alla asetticità assoluta del contenuto cistico occorre che le pareti della sacca siano cedevoli e non calcificate, per cui secondo CAVINA solo le cisti iuxtaspleniche possono essere trattate con tale intervento, mentre è da sconsigliarsi in quelle intraparenchimatose per il grave pericolo di versamenti secondari purulenti nell'interno della sacca cucita ed abbandonata nell'addome.

L'estirpazione della cisti, che è una operazione semplice e ideale, si può eseguire solamente nelle forme peduncolate o juxtaspleniche e quindi molto raramente, dato che queste cisti sono le meno frequenti. Nelle cisti intraspleniche è stata tentata qualche volta con successo (FICHERA) l'enucleazione della cisti; intervento che però presenta gravi difficoltà tecniche ed inevitabili e gravissime emorragie per cui generalmente è sconsigliato.

Infine nella cura delle cisti da echinococco della milza vi è la splenectomia, che è giudicata dagli AA. in vario modo, perchè sebbene la milza non rappresenti un organo assolutamente indispensabile per la vita, tuttavia ha nell'organismo importantissime funzioni che non giustificano la sua soppressione se non in casi eccezionali.

La splenectomia è considerata come intervento di elezione da VANVERTS, JONNESCO, MARTIN ed altri, mentre è

combattuta e condannata da WAROT, VEGAS, CRANWELL, CERAULO, CIGNOZZI, ecc.

CAVINA ritiene che non esistano delle regole assiomatiche e che indubbiamente la splenectomia, pur non potendo essere considerata come trattamento abituale della cisti da echinococco della milza, tuttavia resta sempre un intervento che ha i suoi pregi e le sue indicazioni in un numero non affatto trascurabile di casi. Essa infatti, specialmente di fronte alla marsupializzazione, offre il grande vantaggio di permettere una guarigione rapida e completa, senza pericoli di sventramenti postoperatori, di fistole e senza possibilità di recidive locali, dato che porta con sé la soppressione di cisti concomitanti.

Un altro argomento, che però secondo CAVINA è più apparente che reale, in favore della splenectomia è quello della scarsa mortalità in rapporto soprattutto alla marsupializzazione.

Secondo PARLAVECCHIO infatti la media di mortalità per marsupializzazione sarebbe del 17,5% e quella per splenectomia del 14,5%, mentre secondo la statistica italiana raccolta dal CAVINA la mortalità sarebbe rispettivamente dell'1,2% e del 0,8%. Questo Autore ritiene che il maggior numero di insuccessi registrati con la marsupializzazione in confronto della splenectomia sia da attribuirsi al fatto che la splenostomia di solito viene praticata nei casi più gravi, nelle cisti suppurate e nei soggetti defedati e in gravi condizioni generali.

In conclusione secondo CAVINA le condizioni per la splenectomia si avrebbero: a) nelle cisti voluminose asettiche, con distruzione estesa dell'organo e tutte le volte che la milza sia poco o

nulla aderente; b) nelle cisti con incrozzazioni parietali calcaree; c) nelle cisti multiloculari, non complicate da suppurazioni; d) nelle cisti a sede molto profonda, a sviluppo ascendente, aderenti al diaframma in modo tale da rendere estremamente difficile, se non impossibile la splenostomia, nei quali casi anche se il parenchima splenico non è stato distrutto dallo sviluppo della cisti, è giustificato procedere all'asportazione totale dell'organo.

* *

Data la rarità della localizzazione splenica dell'echinococco ritengo interessante illustrare tre casi di tale affezione che sono capitati alla mia osservazione nella Clinica Chirurgica di Sassari, quando era Direttore il mio Maestro, Prof. DOMINICI.

CASO I.

Monti Giuseppa, di anni 55, cameriera da Sassari. Entrata in Clinica il 1-6-27; uscita il 19-7-27.

L'inferma non ha conosciuto gli avi paterni e materni e neppure nulla sa dire dei genitori, deceduti in tarda età per malattie imprecisabili. Ha perduto due fratelli: uno di vaiolo e l'altro di polmonite. Ha tre sorelle che godono buona salute. La paziente è nata da parto a termine ed ha avuto allattamento materno. Normali i primi atti fisiologici; non sa dire se ha avuto i comuni esantemi dell'infanzia. A 14 anni ebbe la malaria dalla quale guarì dopo un anno in seguito a cure di chinino, che ripeté circa dodici anni prima dell'ingresso in Clinica, perchè le venne riscontrata una splenomegalia. Le mestruazioni iniziarono a 15 anni e furono regolari fino a 30 anni epoca in cui scomparvero. Da una decina di anni circa la paziente dice di aver avvertito un senso di bruciore

in corrispondenza dell'arto inferiore sinistro ed un senso di peso in corrispondenza dell'ipocondrio sinistro.

In tale regione notò anche una tumefazione indolente che non le dava alcun disturbo, ad eccezione di un senso di peso.

Per tale sintomatologia la paziente entra in Clinica.

E. O. generale: Donna in condizioni generali un po' scadenti; pannicolo adiposo scarso; cute e mucose pallide. Nulla si riscontra a carico dell'apparato circolatorio e respiratorio. Fegato nei limiti.

E. O. locale: all'ispezione si nota una grossa tumefazione che si estende a tutta la regione ipocondriaca di sinistra. Alla palpazione si apprezza una tumefazione a superficie liscia, di consistenza duro-elastica, non fluttuante, indolente, che anteriormente raggiunge la linea mediana, inferiormente arriva a due dita trasverse al di sotto dell'ombelico indi risale in alto e posteriormente e va a perdersi nell'ipocondrio al di sotto dell'arcata costale. Non si apprezza l'incisura splenica. Non esiste fremito idatico. Vi è contatto lombare. Alla percussione si confermano i dati rilevati all'ispezione ed alla palpazione; si ha suono ottuso su tutta la tumefazione che si estende sino al settimo spazio intercostale sinistro sulla ascellare anteriore.

Esame urine: negativo.

Esame del sangue: globuli rossi 4.000.000; globuli bianchi 10.800. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 66 %; linfociti 16 %; mononucleati 10 %; forme di passaggio 6 %; eosinofili 2 %.

Intradermoreazione alla Casoni positiva.

Operazione 9-6-27 (I tempo).

Rachianestesia. Laparotomia para-rettale sinistra. Si scopre una grossa cisti di echinococco della milza. Marsubializzazione della milza.

II tempo (15-6-27).

Incisione del parenchima splenico col ter-

mocauterio ed apertura di una cisti uniloculare dando esito a numerose cisti figlie, scarso liquido e frammenti della membrana chitinoso degenerata. Tamponamento e drenaggio della cavità cistica.

Decorso postoperatorio normale.

CASO II.

Pinna Antonio, di anni 30, contadino, da Ploaghe. Entrato in Clinica il 10-12-28; morto il 25-12-28.

Non conobbe gli avi paterni, l'avo e l'ava materna morirono in tarda età. Il padre, di 67 anni, è malato di cuore, la madre morì all'età di 48 anni di spagnola. Ha tre sorelle viventi e sane. Il paziente è nato a termine da parto eutocico; ebbe allattamento materno; normali i primi atti fisiologici. Negati i comuni esantemi infantili. Fin dall'età di sei anni ogni anno nel periodo estivo soffrì di malaria. Gli accessi febbrili venivano troncati da una cura chininica; tuttavia nell'estate successiva ricomparivano. Durante l'inizio degli accessi febbrili talvolta aveva vomito ed accusava dolori alla regione ipocondriaca di sinistra. Il tumore di milza sviluppandosi e lo stato grave di anemia lo fecero scartare dal servizio militare. Da due anni andava soggetto ad un dolore all'arto inferiore sinistro che partendo dalla radice dell'arto si irradiava inferiormente ed anteriormente. Tale dolore era vivo nella deambulazione e nell'estensione dell'arto e andava incontro a ricrudescenze ad ogni cambiamento di temperatura. Circa cinque mesi prima del suo ingresso in clinica il paziente fu nuovamente colpito dagli accessi febbrili malarici che si presentavano a giorni alterni o quotidianamente; la febbre durò un mese e scomparve in seguito a cure chininiche.

E. O. generale: Condizioni generali abbastanza gravi. Niente a carico dell'apparato cardio-vascolare. L'esame radiologico del torace dava il seguente reperto: niente a ca-

rico dei due emitoraci, seni costali liberi; il diaframma di sinistra è rialzato di circa due dita trasverse ed è poco mobile.

E. O. locale: All'ispezione si nota una notevole tumefazione che interessa tutto l'ipocondrio di sinistra e si nota anche che la arcata costale sinistra è sollevata rispetto a quella del lato opposto. Alla palpazione si sente una tumefazione grossolanamente rottondeggiante che anteriormente arriva alla linea xifoombelicale, inferiormente alla linea bicrestoliaca, medialmente si perde nel fianco sinistro e superiormente sotto l'arcata costale. La superficie è liscia, la consistenza è duro-elastica, è indolente e pochissimo spostabile con i movimenti respiratori. Vi è contatto lombare e non ballottamento renale. Non si apprezza fluttuazione né fremito idattico. La percussione conferma i dati suddetti e dà suono ottuso su tutta la tumefazione.

L'esame urologico non mette in evidenza nessuna lesione.

Esame delle urine: albumina presente, zucchero assente; sedimento: abbondanti globuli bianchi, cellule di sfaldamento, cristalli di ossalato.

R. W. sul sangue: negativa.

Esame del sangue: globuli rossi 3.200.000 globuli bianchi 6.800. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 50 %; linfociti 31 %; mononucleati 5 %; forme di passaggio 9 %; eosinofili 9 %; basofili 2 %.

Intradermoreazione alla Casoni negativa.

Operazione: 11-2-28 (I tempo).

Rachianestesia. Laparotomia trans-rettale sinistra con un prolungamento trasversale in alto lungo l'ipocondrio ed uno in basso verso la spina iliaca antero-superiore sinistra. Constatato trattarsi di una voluminosa cisti di echinococco della milza che presenta numerose aderenze all'intestino, si pratica la marsupializzazione della milza e si satura parzialmente in alto l'incisione laparotomica.

Il tempo: (16-12-28).

Previa puntura esplorativa positiva, si apre una cisti uniloculare contenente circa un litro di pus denso e cremoso. La parete anteriore della cisti è parzialmente calcificata. Zaffamento e drenaggio della cavità.

Il paziente muore in ottava giornata.

All'autopsia si trovano altre cisti di echinococco nel fegato ed un'altra suppurata del polo superiore della milza.

CASO III.

Natale Maria, di anni 27, casalinga, da Sassari. Entrata in clinica l'11-5-29; uscita il 13-7-29.

Non ricorda niente degli avi paterni e materni. Il padre morì a 33 anni in seguito ad affezione polmonare. La madre è vivente ed ebbe sei gravidanze a termine. Dei figli uno morì a 2 anni per un'affezione che non sa precisare; una figlia soffrì di polmonite ed un'altra di pleurite; gli altri figli sono sani. La paziente è nata da parto a termine; ebbe allattamento materno. Normali i primi atti fisiologici. Ebbe i comuni esantemi infantili. Mestrualò a 14 anni e le mestruazioni seguenti furono normali per quantità, qualità e ciclo di ritorno. All'età di 10 anni fu colpita da una lesione cutanea che si estese a tutto il corpo, che guarì dopo tre mesi in seguito a cure appropriate, ma ne residuarono cicatrici al viso, alla coscia ed al ginocchio. A 13 anni ebbe per circa un anno malaria a tipo terziario, che scomparve in seguito a cure chininiche. Contemporaneamente notò la insorgenza di dolori in corrispondenza dell'epigastrio, con senso di pesantezza allo stomaco e qualche volta vomito a digiuno. Non ha mai notato vomito dopo i pasti. Questi dolori all'epigastrio ed i vomiti comparivano contemporaneamente agli attacchi malarici e scomparivano con essi. Notava allo stesso tempo forti cefalee. A 19 anni soffrì di una affezione polmonare, e, guarita da questa,

dopo breve intervallo, ebbe una polmonite a sinistra dalla quale guarì dopo parecchi mesi. A 23 anni nuovamente la malaria e la bronchite. Il processo bronchiale si riacutizzava specialmente nei mesi invernali, mentre nell'estate l'espettorazione cessava e restava solo un po' di tosse stizzosa. Circa un anno prima del ricovero in Clinica, in seguito ad una caduta, ebbe la lussazione della spalla sinistra e guarì dopo due mesi di cure appropriate. Un mese prima del ricovero la tosse e l'espettorazione aumentarono e comparvero anche rialzi termici per cui la paziente si dovette mettere a letto per otto giorni. Nei giorni seguenti comparve un forte dolore al fianco sinistro che le impediva la stazione eretta, dolori vaghi all'epigastrio e vomiti, per cui fu ricoverata in clinica.

E. O. generale: condizioni generali scadenti. Nulla a carico dell'apparato cardiovascolare. All'esame dell'apparato respiratorio si mette in evidenza una pleurite secca a sinistra. Nulla a carico dell'apparato digerente. Fegato nei limiti.

E. O. locale: L'ispezione fa notare una maggiore sporgenza dell'ipocondrio sinistro ed un sollevamento dell'arcata costale sinistra. Alla palpazione si sente il polo inferiore della milza che deborda per circa 15 cm. dall'arcata sinistra e che è aumentato di volume. Si apprezza anche il margine anteriore della milza, che è arrotondato, e la sua caratteristica incisura. Nei movimenti respiratori la milza si sposta dall'alto al basso. La percussione mette in evidenza un notevole aumento di tutta la milza. Non si riesce a mettere in evidenza senso di fluttuazione, nè si apprezza fremito idatico.

Esame delle urine: albumina e zucchero assenti; sedimento: cellule delle ultime vie, globuli bianchi, cristalli di fosfati.

Esame del sangue: globuli rossi. 3.000.000 globuli bianchi: 8.800. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili: 52 %; linfociti 34 %;

mononucleati 5 %; forme di passaggio 2 %; eosinofili 7 %.

Intradermoreazione alla Casoni positiva.

Operazione: 26-5-29 (I tempo).

Anestesia locale novocainica. Laparotomia pararettale sinistra immediatamente al di sotto dell'arcata costale. La milza è notevolmente aderente alla cupola diaframmatica ed in essa si nota una cisti di echinococco, per cui si pratica la marsupializzazione della milza.

II tempo (5-6-29).

Previa puntura esplorativa positiva si incide il parenchima splenico e si apre una cisti uniloculare. Svuotamento della cisti, estrazione della membrana chitinea e tamponamento del cavo.

Decorso postoperatorio normale fino alla guarigione.

In 39 casi di cisti di echinococco che sono stati operati nelle cliniche di Sassari, di Perugia e di Napoli dirette dal mio Maestro Prof. DOMINICI, tre erano della milza, cioè nella percentuale del 7,66%. Questa percentuale, notevolmente superiore a quella del 3% circa che è considerata (CAVINA, DONATI) la media normale, si potrebbe spiegare pensando al fatto che i tre pazienti avevano sofferto precedentemente ed anche ripetutamente per parecchio tempo di malaria, la quale probabilmente aveva provocato nel parenchima splenico alterazioni tali da trattenere nel filtro splenico un numero maggiore che di norma di embrioni cistici, sia ostacolandone il loro passaggio sia favorendone anche il loro sviluppo. E che la malaria abbia un certo valore nel favorire, se non lo sviluppo, per lo meno la localizzazione dell'echinococco nella milza, lo dimostra anche il fatto che tale localizzazione la ho ri-

scontrata solamente fra i casi di echinococco osservati nella Clinica Chirurgica di Sassari, in pazienti certamente affetti da malaria, mentre non l'ho mai osservata fra i casi, pur abbastanza numerosi, capitati alla osservazione nella Clinica Chirurgica di Perugia e nell'Istituto di Patologia Chirurgica di Napoli.

In due casi la localizzazione era solamente nella milza, mentre nel terzo caso esistevano anche altre cisti nel fegato.

In due casi (I e III) la cisti splenica era unica, mentre in uno (II) era doppia. In tutti e tre i casi le cisti erano uniloculari; tipo che infatti più comunemente si osserva nell'echinococco della milza. Il contenuto delle cisti nel terzo caso era costituito solo da liquido limpido ed incolore; nel primo da scarso liquido ed abbondanti cisti figlie e nel secondo da pus denso e cremoso. In un caso solo (II) la parete cistica era in parte calcificata. Dei tre casi solamente uno (II) aveva delle aderenze con altri organi addominali e precisamente con l'intestino.

In tutti e tre i casi che ho illustrato la sintomatologia era molto chiara e corrispondente nelle sue linee generali a quella che è considerata classica tanto che, anche in base ai risultati dell'esame del sangue e dell'intradermoreazione del CASONI, fu fatta sempre diagnosi preoperatoria di cisti di echinococco della milza. L'esame del sangue in due casi (II e III) mise in evidenza una netta eosinofilia, mentre in uno (I) era normale.

La intradermoreazione del CASONI fu nettamente positiva nei due casi (I e III) nei quali la cisti era viva, mentre risultò negativa nel caso (II) nel qua-

le cisti era suppurata. Tale reperto conferma il grande valore diagnostico di questa ricerca semplice, pratica e superiore a tutte le altre prove biologiche proposte e raccomandate per la diagnosi dell'echinococchi.

In tutti i casi non è stato possibile mettere in evidenza il fremito idatideo, neppure nel primo caso nel quale la cisti conteneva liquido e cisti figlie.

Come trattamento operatorio in tutti i casi fu praticata la marsupializzazione e l'incisione della cisti in due tempi, secondo la tecnica del VOLKMANN.

In due casi (I e III), nei quali le condizioni generali dell'ammalato non erano gravi e non vi era suppurazione della cisti, l'esito fu favorevole ed i pazienti guarirono completamente senza nessun postumo (sventramenti, fistole, recidive). Invece in un caso (II), nel quale le condizioni generali erano molto gravi e nel quale inoltre esisteva suppurazione della cisti, si ebbe esito letale. All'autopsia in questo caso si trovarono inoltre altre cisti nel fegato ed un'altra, anche questa suppurata, nella milza.

Da quanto ho esposto si può dunque concludere che le cisti di echinococco della milza rappresentano un'evenienza abbastanza rara; che la sintomatologia è generalmente chiara, sebbene non presenti dei sintomi patognomonicamente specifici; che la diagnosi preoperatoria è abbastanza facile e resa quasi certa dal reperto positivo degli esami di laboratorio e soprattutto dall'eosinofilia e dalla intradermoreazione del Casoni; che la marsupializzazione e apertura della cisti in due tempi, dato che la semplice estirpazione della cisti in un solo tempo si può eseguire solamente in rarissimi casi, è un

trattamento chirurgico che dà ottimi risultati ed in molti casi da preferirsi alla splenectomia, la quale però, sebbene non debba essere considerata come un trattamento « abituale » (CAVINA), è un intervento che ha i suoi pregi e le sue indicazioni in un numero non trascurabile di casi.

RIASSUNTO

L'A. su 39 casi di cisti di echinococco, operati nelle Cliniche di Sassari, di Perugia e di Napoli dirette dal suo Maestro Prof. DOMINICI, ne ha trovato tre della milza, cioè in una percentuale del 7,66% dei casi.

Tale percentuale notevolmente superiore a quella del 3% circa che è considerata la media normale, secondo l'A., si potrebbe spiegare pensando al fatto che i tre pazienti avevano sofferto precedentemente e ripetutamente di malaria la quale probabilmente aveva provocato nel parenchima splenico alterazioni tali da trattenere nel filtro splenico un numero maggiore che di norma di embrioni esacanti, sia ostacolandone il loro passaggio sia favorendone anche il loro sviluppo.

L'A. in base allo studio dei suoi casi conclude che le cisti di echinococco della milza rappresentano un'evenienza abbastanza rara; che la sintomatologia è generalmente chiara, sebbene non presenti dei sintomi patognomonicamente specifici; che la diagnosi preoperatoria è abbastanza facile e resa quasi certa dal reperto positivo degli esami di laboratorio e soprattutto dall'eosinofilia e dalla intradermoreazione del Casoni; che la marsupializzazione e apertura della cisti in due tempi, dato che la semplice estirpazione della cisti in un solo tempo si

può eseguire solamente in rarissimi casi, è un trattamento chirurgico che dà ottimi risultati ed in molti casi da preferirsi alla splenectomia la quale però è un intervento che ha i suoi pregi e le sue indicazioni in un numero non trascurabile di casi.

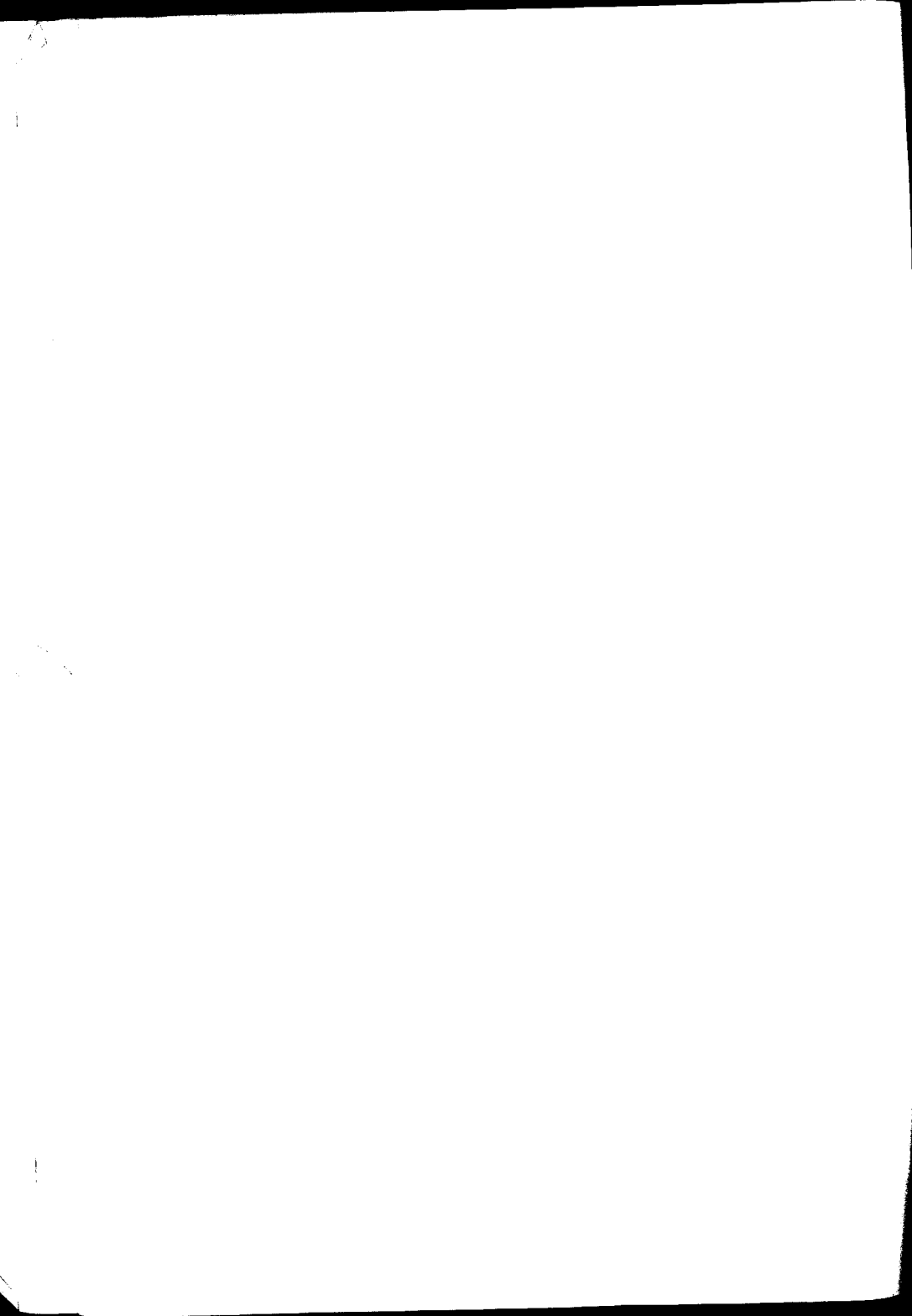
BIBLIOGRAFIA

- ALESSANDRI - *Echinococco della milza e polmone sinistro intercorrenti operati e guariti* - Raccogliatore Medico, p. 113, 1878.
- ALESSANDRI, LEOTTA, HENSHEN ed altri - Atti del Congr. Intern. di Chir. - Roma, 1926.
- ANGELESCU e TOVARA - *Etude thérapeutique sur les Kystes hydatiques de la rate* - Riv. di Chir., XXXI, n. 3, p. 133, 1932.
- BIONDI - *Su di un caso di echinococco della milza* - Riforma Medica, p. 365, 1911.
- BRUN - *A propos des Kystes hydatiques de la rate quelques reflexions cliniques, radiologiques et therapeutiques* - Presse Medicale, Vol. II, 1934.
- CAMPANA - *Le cisti idatidee solitarie della milza* - Giorn. Veneto di Sc. Med., n. 7, p. 457, 1932.
- CAPECCHI - *Cisti da echinococco della milza e loro trattamento* - Riforma Medica, pag. 878, 1930.
- CARDARELLI - *Cisti da echinococco della milza* - Riforma Medica, pag. 565, 1919.
- ID. - *Cisti da echinococco della milza* - Gazzetta Gazzetta degli Ospedali, 1893.
- CAVINA - *Splenectomia per cisti da echinococco, ecc.* - Arch. Ital. di Chir., p. I, 1925.
- CERAULO - *La cisti solitaria della milza* - Il Morgagni, p. 354 e 509, 1904.
- CIGNOZZI - *L'echinococco splenico* - Arch. Ital. di Chir., p. 258, 1922.
- CILIBRASI, BONGIORNI - *Cisti idatidea della milza* - Riforma Medica, n. 22, 1929.
- COEN - *L'echinococco della milza* - Bull. Scienze Med., p. 247, 1880.
- D'ANTONA - *Cisti da echinococco della milza* - Studium, p. 13, 1911.
- DE GAETANO - *La fissazione del complemento nella diagnosi della cisti da echinococco* - Riforma Medica, p. 971 e 1102, 1910.
- DOVAN-RICARDO - *Quiste idatidee del balzo* - Presse Médicale, n. 40, 1938.
- DUNER - *Echinococco endogeno della milza curata con la splenectomia* - Policlin. (sez. prat.), p. 319, 1924.
- FASOLA - *Echinococco endogeno della milza* - Ann. Ostetr. e Ginecol., p. 1, 1888.
- FEHLEISEN - *Zwei Fälle von Echinococcus der Milz* - Deut. Med. Woch., p. 1003, 1888.
- FICHERA - *Contributo alle splenopatie chirurgiche* - Policlin. (sez. chir.), p. 99, 1922.
- GALLOZZI - *Due osservazioni non comuni di cisti da echinococco della milza* - Atti Accad. Med. Chir., Napoli, p. 102, 1900.
- GIANNETTASIO - *Echinococco primitivo suppurato in milza malarica. Splenectomia. Guarigione* - Riforma Medica, p. 681, 1905.
- GOEREVETCH - *A propos du traitement de gros kistes hydatiques de la rate par la splenectomie* - Annales de Chir., 36, n. 103-104, p. 42, 1934.
- GUIDA - *Cisti da echinococco pulsante della milza: splenectomia* - Riforma Medica, II, p. 134, 1893.
- GUTIRRIEZ e LABAUDIVAR - *Quistes hydatiques del balzo* - Rev. de Chir., p. 451, 1932.
- LECENE e DENIKER - *Remarques sur certaines indications et sur la technique de la splenectomie* - Journ. de Chir., p. 451, 1932.
- LURIDIANA - *Valore clinico della intradermoreazione del Casoni per la diagnosi della echinococcosi* - Policlin. (sez. prat.), p. 499, 1920.
- MANASSEI - *Sul comportamento della formula leucocitaria in rapporto alla intradermoreazione del Casoni ed alla sottocutaneo-reazione del Pontano nei portatori di cisti da echinococco* - Riforma Medica, p. 361, 1923.
- MARTIN - *Les kistes hydatiques de la rate* - Thèse de Paris, 1908.
- MATTIOLI - *Sopra un caso di cisti da echinococco della milza che si fa strada all'esterno con la suppurazione* - Gazz. degli Osped., II, p. 159, 1897.
- MILLS - *Hydatid Cysts of the Spleen, with Report four Case* - Surger. Gyn. and Obst., pap. 491, 1924.
- MIRIZZI - *Kystes Hydatiques de la rate. Splenectomie* - La Presse Médicale, 45, n. 36, p. 648, 1937.
- NIGRISOLI - *Contributi alla chirurgia dell'echinococco* - Bologna - Zanichelli, 1893.
- OULIE - *Sur le traitement chirurgical des kistes hydatiques de la rate* - Bull. et Mém. Soc. Chirurgie de Paris, p. 886, 1930.
- PACI - *Nota sopra un caso di voluminosa cisti da echinococco della milza. Laparotomia. Guarigione* - Boll. Soc. Med. Pisana, I, fasc. I, 1894.
- PARLAVECCHIO - *Nuovo contributo alla casistica*

- dell'echinococco splenico. Voluminosa cisti suppurata. Operazione. Guarigione - Pensiero Medico, p. 433, 1913.
- PARINI - Sulle cisti idatidiche della milza - Riforma Medica, n. 44, p. 1689, 1934.
- PATEL - Kystes hydatiques de la rate; guérison par incision simple; greffe péritonéale secondaire - Soc. de Chir. de Lyon, 26, n. 1, pag. 79, 1929.
- PIAZZA-MARTINI - Sugli echinococchi primitivi della milza - Riv. Clinica, pag. 240, 1892.
- PINELLI - La diagnosi biologica dell'echinococco - Tipog. Gallizzi, 1932.
- PIRRI - Splenectomia per cisti da echinococco della milza - Bull. Soc. Med., p. 502, 1892.
- SCHENA - Quistes hydatiques del bazo - Prese Med., n. 40, 1938.
- SENNI - Su di un caso di cisti da echinococco del fegato e della milza - Comun. Soc. Lancisiana. Osped. di Roma, 1905.
- SILVESTRINI - Un caso speciale di cisti di echinococco della milza - Gazz. Int. Med. e Chir., 1921.
- SPADARO - Splenectomia per cisti da echinococco con ipertrofia malarica - Policlinico (sez. chir.), p. 148, 1899.
- TADDEI - La cura delle cisti da echinococco - Riforma Medica, p. 169, 1922.
- TRICOMI - Cisti idatidica della milza; splenectomia guarigione - Riforma Medica, II, p. 212, 1902.
- TRINKLER - Kystes hydatiques solitaire de la rate - Revue de Chir., p. 107, 1894.
- TUSINI - Sopra alcuni casi di echinococco del fegato e della milza - Pisa, Tipog. Mariotti, 1900.
- VEGAS et CRANWELL - Les kystes hydatiques et leur traitement dans la République Argentine - Revue de Chir., XXIII, p. 471, 1901.
- VIVENZA - Contributo alla diagnostica delle cisti da echinococco della milza - Lo Sperimentale, n. 13, p. 248, 1895.
- WAROT - Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la rate - Thèse de Lyon, 1905.

70831





I. T. E. A.

NAPOLI - Piazza Carlo III, 12

1940 - XVIII

Finito di stampare il 24-4-1940 XVIII