

Dott. MARIO PITTONI

**Considerazioni cliniche su alcuni casi di ittero
emolitico curati chirurgicamente.**

Estratto della *Rivista Ospedaliera*



ROMA
Tipografia Consorzio Nazionale
Via E. Q. Visconti, 2
1940-XVIII

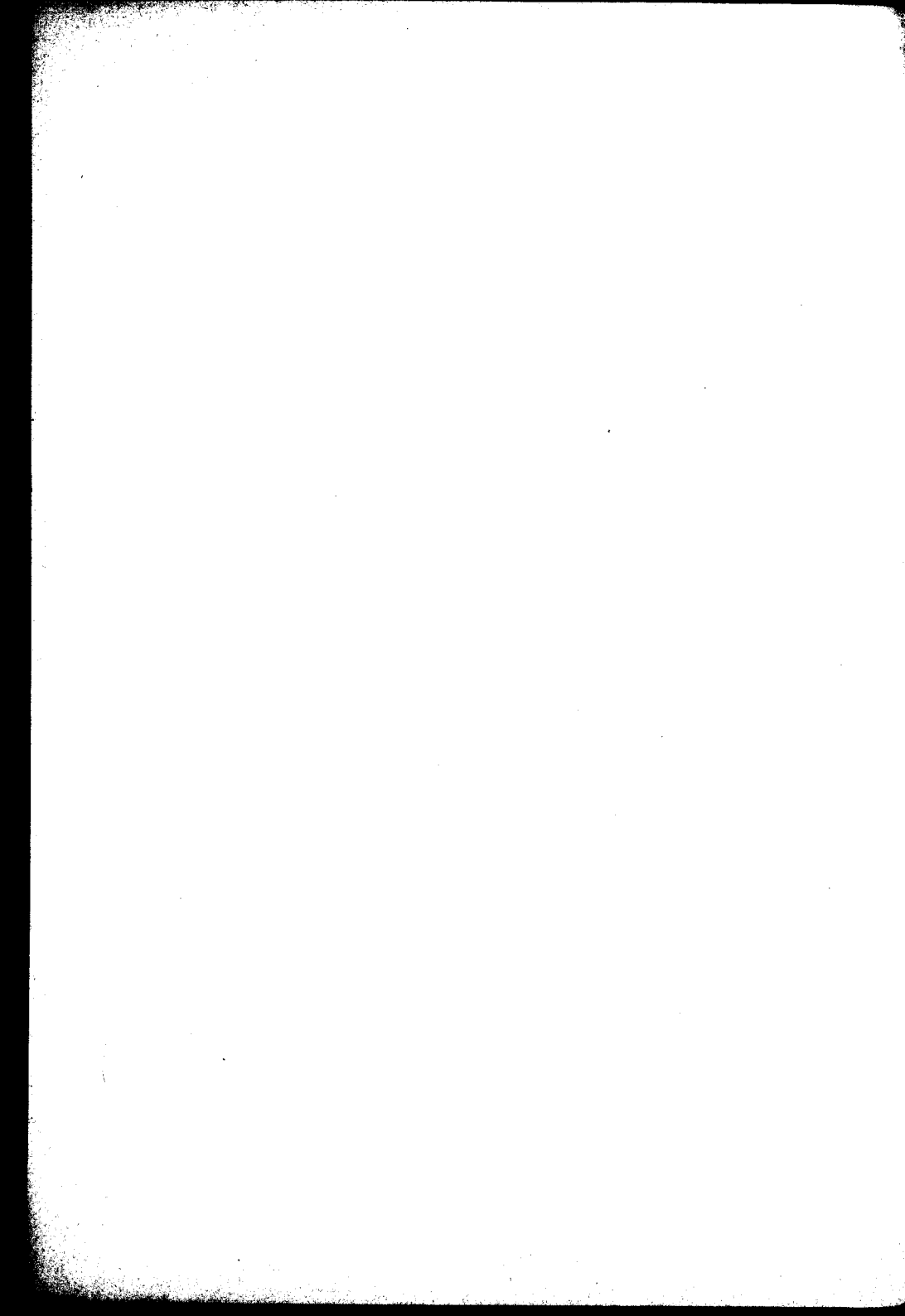


Dott. MARIO PITTONI

**Considerazioni cliniche su alcuni casi di ittero
emolitico curati chirurgicamente.**

Estratto della Rivista Ospedaliera

ROMA
Tipografia Consorzio Nazionale
Via E. Q. Visconti, 2
1940-XVIII



Considerazioni cliniche su alcuni casi di ittero emolitico curati chirurgicamente.

Dott. MARIO PITTONI

Il compito che mi sono prefisso è l'esame dei casi di ittero emolitico operati di splenectomia e di legatura dell'arteria splenica nella Clinica chirurgica di Roma dal Prof. Alessandri (dal 1926 al 1936), il che mi ha portato ad alcune considerazioni cliniche sulla malattia stessa e sull'importanza di dette operazioni. Detta malattia prima era di pura pertinenza medica mentre oggi nei casi in cui si può stabilire l'indicazione l'opera del chirurgo è veramente di grande utilità.

Non è quindi fuori luogo per il chirurgo l'intrattenersi un po' sulla parte clinica di una malattia che è divenuta di sua pertinenza. Riporto quindi in modo succinto la storia clinica di undici casi.

Per meglio prendere in esame i suddetti casi raccolgo in schemi i vari dati, che prendo in considerazione, dell'anamnesi familiare, fisiologica, patologica remota e prossima, dell'esame obiettivo, dell'intervento chirurgico, del decorso post-operatorio e dei risultati ottenuti con l'operazione; poi espongo le varie considerazioni che divengono più illustrative per la presenza di suddette tavole.

Caso I. — *G. Lolidea*.

Anamnesi a. 16. Il padre e una sorella hanno sofferto nell'infanzia di rachitide pur non avendo mai avuto crisi emolitiche, dimostrano agli esami adatti una spiccata fragilità dei globuli rossi.

Nell'infanzia la paziente presentò obesità infantile e notevole gracilità. A 11 anni tifo, successivamente disturbo nello sviluppo con spiccata sproporzione fra gli arti e l'addome, a questi disturbi si aggiunsero facilità all'epistassi, debolezza, incapacità al lavoro da essere costretta ad abbandonare la scuola.

A 13 a. prima crisi emolitica. A 14 a. due crisi. A 15 a. due-tre crisi al mese, in quest'anno accennò alla mestruazione, di poi sempre amenorrea.

Es. obb. — Note spiccate di infantilismo sia a carico dello sviluppo generale sia a carico dei genitali e dei caratteri sessuali secondari. Colorito itterico, milza a due dita dall'arco. Fegato un po' aumentato di volume.

Esami di laboratorio. — Urina con urobilina. Reaz. di Himans Van den Berge positiva.

Sangue: emazie: 2.900.000: anisocitosi, microciti, emazie granulo-filamentose. Resistenza globulare: fragilità notevole (emolisi graduali fra le concentrazioni di 0,60 e 0,32).

Operazione. — Transrettale sinistra: la milza non è aderente, splenectomia.

Decorso post-operatorio. — Nel 2° giorno compaiono fatti polmonari a destra e nel 3° giorno muore.

Caso II. — F. Alfredo.

Anamnesi: a. 22. Commerciante, celibe. Padre di anni 53 affetto da ittero emolitico e cosc' pure i tre fratelli e la sorella del paziente; la madre vivente e sana.

Nell'infanzia rosalia.

A 20 anni durante il servizio militare comparso in modo subdolo ittero che dura tuttora e fin da allora fu constatato epatosplenomegalia.

Es. obb. — Costituzione normale; cute itterica. Fegato deborda un dito dall'arcata. Milza a tre dita dall'arcata.

Esame di labor. — Sangue: emazie 4.800.000; globuli bianchi 8.000; Hb. 90 %; Valore globulare I; Hymans van den Berge indiretta positiva.

Resist. glob. minima 0,60, massima 0,48.

Operazione. — Laparatomia mediana soprambellicale. Scollamento colopiploico. Isolamento e legatura della arteria splenica.

Decorso post-operatorio: buono. Guarigione per prima intenzione.

Esame di sangue al 3° giorno dopo l'operazione: Emazie 4.800.000; Hb. 90 %. Val. glob. I. Emazie granulo-filamentose. Resist. glob. abbassata (52).

Caso III. — D. A. Enrico.

Anamnesi. — A. 20, contadino, celibe. Padre morto prima della nascita del paziente, soffriva di ittero. Madre vivente e sana. Una sorella morta in tenera età per malattia imprecisata.

A 7 anni trauma al viso.

E' stato bene fino a 17 anni, epoca in cui fu colto da febbre intermittente e da lieve ittero. A 18 anni ha avuto malaria. Successivamente crisi di febbre e di ittero molto più intense e frequenti.

Es. obb. — Condizioni generali scadenti, costituzione: abito infantile con scarso sviluppo di peli al pube, assenza di peli alle guancie e alle ascelle, organi genitali di proporzioni infantili. Sviluppo psichico deficiente. Stato di nutrizione scadente. Colorito della cute giallo limone.

Fegato a due dita sotto l'arcata. Milza arriva a quattro dita al disotto della linea ombelicale trasversa.

Esami di laboratorio. — Sangue: Emazie 1.600.000. Hb. 30 %. Valore globulare 0,93. Leucociti 3.000; piastrine 85.000. Anisocitosi, poichilocitosi, policromatofilia, microciti ipercromici. Tempo di coagulaz. 8 minuti. Tempo di emorragia 1'30". Resist. glob.: emolisi iniziale a 0,60, totale a 0,45. Bili-rubinemia 6,40 mmg. per mille.

Operazione. — Si fa precedere una trasfusione. I globuli rossi arrivano a 2.900.000. Etero-narcosi. Laparatomia mediana soprambellicale. Milza voluminosa, cianotica, aderente. Isolamento e legatura dell'arteria splenica. Sutura a piani della parete.

Decorso post operatorio. — Dopo 5 giorni regione splenica non dolente, polo inferiore della milza all'ombelicale trasverso, colorito itterico meno intenso. Guarigione per prima intenzione.

Dopo 20 giorni il colorito subitterico è lievemente aumentato ma successivamente in parte si rischiarà.

Esame di laboratorio dopo l'operazione (legatura). — Dopo 3 giorni: emazie 4.000.000. leucociti 8.000; dopo 5 giorni: emazie 3.500.000, leucociti 8.000; dopo 7 giorni: emazie 3.200.000. leucociti 8.000; dopo 9 giorni:

emazie 3.500.000, leucociti 6.000; dopo 12 giorni: emazie 3.660.000, leucociti 7.000; dopo 16 giorni: emazie 3.660.000, leucociti 8.000; Resistenza globulare: mass. 0,45, min. 0,60; dopo 19 giorni: emazie 3.960.000, leucociti 8.500; dopo 24 giorni: emazie 3.600.000, leucociti 13.000.

Dimesso dalla clinica il 15 luglio 1929 il paziente stette bene per qualche tempo, poi riapparve la febbre intermittente a periodi, accompagnata da ittero, dolori addominali e sensi di astenia generale; per questi disturbi torna in clinica e si ricovera nel gennaio 1931.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali: discrete. Colorito itterico. Addome: cicatrice lineare mediana sopraombelicale. Milza a tre dita dall'arcata costale. Fegato: si palpa un dito sotto l'arcata costale.

Esame di laboratorio. — 26-I-931: Emazie 2.700.000, HHb. 52 %. Leucociti 6.000. Emazie granulo-lamentose 7 %. Emazie con corpo di Jolly; anisocitosi e poichilocitosi marcata. Resist. globulare: mass. 0,45 %, min. 0,55 % (notevole diminuzione). 14-II-931: Emazie 2.240.000. Hb. 42 %. V. G. 0,95. Leucociti 7.750. Emazie granulo-filamentose. Emazie con corpo di Jolly e microcitosi intensa. Anisocitosi e poichilocitosi poco marcata. Resist. globulare: mass. 0,48 %, min. 0,58 %.

Pneumoperitoneo: grossa milza aderente per breve tratto verso l'alto e all'esterno.

Operazione (2-4-931). — Incisione paramediana sinistra. Milza grossa, dura, con aderenze perispleniche verso il diaframma e posteriormente che vengono distaccate gradualmente. Ricco sviluppo del circolo collaterale specie dei vasi brevi, mentre l'arteria splenica appare quasi chiusa. Splenectomia. Controapertura declive nel fianco sinistro, ove viene fatto uscire uno zaffo di garza. Sutura della parete a strati.

Decorso post-operatorio. — Guarigione per prima intenzione. Dopo 20 giorni dall'operazione non più ittero che si era riaccentuato subito dopo l'intervento in seguito ad una trasfusione sanguigna.

Esame di laboratorio. — 21-IV-1931: Emazie 4.160.000. Hb. 80 %. Leucociti 16.000. Microcitosi con discreta anisocitosi. 1-V-1931: Emazie 4.400.000. Hb. 80 %. Leucociti 9.000. Microcitosi, poichilocitosi. Resist. globulare: mass. 40, min. 50.

CASO IV. — P. Maria.

Anamnesi. — Anni 16, nubile, ricamatrice. Genitori viventi e sani. Quattro fratelli di cui uno è affetto da ittero emolitico. Mestruazioni a 15 anni continuate regolari. A 5 anni morbilli.

A 15 anni prima crisi emolitica con febbre, da allora crisi ricorrenti ogni due o tre mesi.

Es. obb. — Colorito pallido itterico. Costituzione normale. Fegato lievemente aumentato di volume. Milza si palpa a tre dita dall'arcata.

Esame di labor. — Sangue: Emazie 3.350.000. Hb. 48 %. Valore glob. 0,70. Leucociti 16.200. Emazie granulo-filamentose, anisocitosi. Globuli rossi a palla iperemici. Resist. glob.: mass. 0,35, min. 0,45. Reaz. di Hjmans van den Berge: reazione indiretta positiva.

Operazioni. — Eteronarcosi. Laparatomia transrettale sinistra alta. La milza presenta segni notevoli di perisplenite tanto che la capsula è in alcuni tratti fortemente ispessita e di colorito giallo verdastro, essa aderisce largamente al peritoneo posteriore dal quale si deve isolare col tagliente. Splenectomia. Sutura a piani.

Decorso post-operatorio. — Guarigione per prima intenzione. Già dopo una settimana si nota che l'ittero è diminuito notevolmente e che il colorito è più rosso. Esce dalla clinica in ottime condizioni dopo 17 giorni dall'operazione.

Esame di labor. — Dopo 7 giorni: Emazie 4.000.000, Hb. 72 %. Valore globul. 0,90. Leucociti 6.000. Anisocitosi con numerosi microciti, rari normoblasti. Resist. glob. (dopo 15 giorni): mass. 0,31, min. 0,49. L'ittero dopo 15 giorni è quasi scomparso.

CASO V. — *P. Giovanni.*

Anamnesi. — Anni 25. Celibe. Falegname. Genitori viventi e sani. Una sorella è stata operata di splenectomia per ittero emolitico. A 15 anni osteoartrite tubercolare del ginocchio sinistro, guarita in anchilosi. A 22 anni tifo. A 23 anni blenorragia. Dall'età di 24 anni circa crisi emolitiche caratterizzate da ittero, astenia della durata di 5-6 giorni, più frequenti nel periodo estivo ricorrenti ogni 3-4 mesi. Mai febbre.

Esame obb. — Costituzione normale. colorito subitterico della cute e delle sclere. Fegato a 3 dita dall'arco costale, liscio, indolente. Milza a 3 dita al disotto dell'arco costale. Segni di anchilosi retta del ginocchio sinistro.

Esame di labor. — Sangue: Emazie 2.560.000, Hb. 52 %. Leucociti 3.600. Resist. glob.: mass. 0,42, min. 0,37. Pneumoperitoneo: Milza ingrandita, aderenze multiple specialmente in avanti lateralmente e in alto.

Operazione. — Rachianestesia tutocainica. Incisione a V con un tratto xifo-ombelicale mediano e l'altro obliquo in alto verso l'arco costale sinistro che raggiunge l'11^a costola. Milza grossa con perisplenite diffusa, liberazione della milza abbastanza agevole. Legature dei vasi all'ilo splenico e dei vasi brevi. Splenectomia. Si ricopre con l'omento la coda del Pancreas contusa da una pinza di Kocher. La milza pesa gr. 1100.

Decorso post-operatorio. — Ascesso subfrenico sinistro che viene aperto per via transpleuro diaframmatica.

Esame di sangue dopo 15 giorni. Emazie 4.000.000, Hb. 70 %. Leucociti 6.000, normoblasti. Microciti. Non poichilocitosi. Resist. glob.: mass. 0,33, min. 0,48. L'ittero dopo 15 giorni è scomparso.

CASO VI. — *C. Enzo.*

Anamnesi. — Anni 24. Impiegato. Celibe. Genitori morti per trauma e così pure l'unica sorella: essi godevano buona salute. A 7 anni nefrite. A 21 anni dice che ebbe una ricaduta dopo qualche mese. All'età di 18 anni cadde da cavallo, il giorno successivo ebbe febbre e comparve itterizia che da allora non è più scomparsa, subendo delle variazioni accompagnate a dolore all'ipocondrio sinistro.

Esame obb. — Costituzione normale. Colorito subitterico. Fegato nei limiti normali. La milza sorpassa di tre dita l'arcata.

Esame di labor. — Sangue: Emazie 3.520.000, Hb. 93 %. Leucociti 7.700. Emazie nucleate in modico numero. Anisocitosi e poichilocitosi spiccata. Resist. glob.: mass. 0,45, min. 0,60. Pneumoperitoneo: milza fortemente ingrandita specialmente in corrispondenza del polo inferiore e verso la linea mediana. Emidiaframma di sinistra sollevata, non aderente alla milza (in posizione retta) lieve aderenze esistono lateralmente e nel polo superiore.

Operazione. — Rachianestesia con percaina. Incisione mediana sopra-ombelicale. La milza è ingrandita e avvolta dall'omento. Liberazione della milza dal peritoneo parietale e dall'omento ed asportazione di essa che riesce difficile. Chiusura a piani.

Decorso post-operatorio. — Si ha un ascesso subfrenico sinistro che viene aperto per via transpleuro diaframmatica 25 giorni dopo dell'operazione.

Esame di sangue dopo 15 giorni dall'operazione. Emazie 4.200.000, Hb. 88 %. Valore glob. 1,04. Leucociti 17.280. Mieloblasti 4. Normoblasti 3. Anisocitosi poco marcata. Resist. glob.: mass. 0,48, min. 0,58. L'ittero è diminuito.

CASO VII. — *V. Ottorino.*

Anamnesi. — A. 15, studente. Madre vivente e sana, padre morto per suicidio, una sorella morta per meningite.

Nei primi mesi di vita ittero che poi scomparve. Nell'infanzia rosalia e varicella. A 3 mesi tifo.

Dall'età di 5 anni ittero afebbrile che si accentuava di tanto in tanto ogni 1-2 mesi e poi rimetteva. Da un anno dolore all'ipocondrio destro.

Esame obiettivo. — Costituzione regolare, subittero delle sclero e della cute. Fegato, si palpa due dita dall'arco. Milza a due dita dall'arco.

Esame di laboratorio. — Sangue: Emazie 3.200.000. Hb. 55 %. V. G. 0,86. Leucociti 7.000. Scarse emazie granulo-filamentose. Anisocitosi e poichilocitosi di lieve grado. Resist. glob.: mass. 0,42, min. 0,50.

Operazione. — Anestesia etilenica. Taglio transrettale sinistro. Splenectomia. La milza è aumentata di volume e non è aderente.

Decorso post-operatorio. — Guarigione per prima intenzione.

Esame sangue: dopo 8 giorni: Emazie 3.800.000. Hb. 62 %. V. G. 0,81. Leucociti 20.000. Persistono rare emazie granulose, modica anisocitosi e poichilocitosi. Numerosi ammassi di piastrine. Resist. glob.: mass. 0,36 %, min. 0,46 %. Esame sangue: dopo 20 giorni: Emazie 4.200.000. Hb. 72, V. G. 0,85. Leucociti 12.000. Non si osservano emazie granulose e nemmeno anisocitosi e poichilocitosi. Numerosi e grossi ammassi di piastrine. Resist. glob.: mass. 0,38 %, min. 0,46 %.

CASO VIII. — *P. Cesira.*

Anamnesi. — A. 24, casalinga, nubile. Padre morto per arteriosclerosi a tarda età, madre vivente e sana. Quattro fratelli in buona salute. A 7 anni tifo, ripetutosi all'età di 9 anni.

Da allora la paziente ha sofferto di crisi d'ittero. Si è andata progressivamente anemizzando tanto che qualche mese fa le fu fatto una trasfusione.

Esame obiettivo. — Costituzione regolare, colorito intensamente pallido, subittero, stato di nutrizione scadente. Fegato: sorpassa di un dito l'arcata costale. Milza: in alto al 6° spazio, in basso oltrepassa di due dita l'ombelicale trasverso.

Esame di laboratorio. — Sangue: Emazie 2.880.000. Hb. 44. V. G. 0,76. Leucociti 8.200. Piastrine 102.000. Reticolociti 18 %. Anisocitosi e microcitosi a palla con ipercromia. Pneumoperitoneo: si mette in evidenza aderenza della milza nel suo polo superiore.

Operazione. — Eteronarcosi. Taglio paramediano sin. transrettale. Milza ingrandita con chiazze di perisplenite, aderenze con la parete costale. Liberazione delle aderenze. Splenectomia. Sutura della parete a strati.

Decorso post-operatorio. — Guarigione per prima intenzione della ferita. Dopo circa 6 giorni dall'operazione son comparsi i segni di un versamento al cavo pleurico sinistro che poi si è completamente riassorbito spontaneamente. La paziente esce in ventesima giornata perfettamente guarita.

Esame di laboratorio. — Dopo 15 giorni dall'operazione: Sangue: Emazie 3.200.000. Hb. 42. Resist. glob.: mass. 0,40, min. 0,60. Leucociti 12.700. Lieve anisocitosi con microciti in discreto numero.

CASO IX. — *M. Matilde.*

Anamnesi. — A. 21, cameriera, nubile. Genitori viventi e sani e così i 4 fratelli. Atti fisiologici normali. A 5 anni tifo, a 14 anni periodi febbrili di circa 20 giorni non diagnosticati.

Dall'età di 16 a. senso di astenia profonda e colorito giallastro della cute e delle sclere; questa sindrome non ha subito variazioni, anzi si è andato progressivamente accentuando, mai febbre.

Esame obb. — Note di infantilismo, colorito itterico. Milza oltrepassa di tre dita l'arco costale. Fegato: nei limiti normali.

Esame di laboratorio. — Sangue: Emazie 3.600.000, Hb. 62, v. G. 0,74. Leucociti 9.200. Anisocitosi; numerosi reticulociti. Resist. glob.: mass. 0,44, min. 0,64. Bilirubinemia: mmg. 0,75 per mille. Pneumoperitoneo: la milza è aumentata di volume, non presenta aderenze.

Operazione. — Eteronarcosi. Laparotomia transrettale sinistra. La milza è ingrossata, presenta aderenza con il peritoneo parietale che da qualche ancolta. Splenectomia.

Decorso post-operatorio. — Guarigione per prima intenzione. Viene dimessa in migliore stato di nutrizione e sanguificazione mentre persiste l'ittero in grado attenuato.

Esame di sangue dopo 15 giorni dall'operaz.: Emazie 4.460.000, Hb. 50. Leucociti 6.500.000. Resist. glob.: mass. 0,46, min. 0,58 Anisocitosi e poichilocitosi lieve.

Caso X. — B. Pescasia.

Anamnesi. — A. 42, casalinga. Genitori morti di vecchiaia. Non ha collaterali. Mestruazioni a 14 anni continuate regolari. Sposata a 26 anni: 4 gravidanze, 2 aborti ai primi mesi. Durante le gravidanze albuminuria.

A 27 anni, operata di nefrectomia per affezione dalla paziente non precsata.

All'età di 20 anni in seguito a forte emozioni la cute divenne giallastra e da allora è stata sempre tale. A 38 anni si aggiunse inoltre profonda astenia e febbre mentre l'ittero divenne più intenso. Una sindrome dello stesso tipo si ripeté a 41 anni nel qual tempo divenne anche anemica.

Esame obb. — Costituzione normale, cute di colorito giallastro verdognolo, tiroide aumentata lievemente di volume. Cicatrice lombotonica a destra. Fegato: a due dita dall'arcata costale. Milza oltrepassa di due dita l'ombelicale trasversa.

Esame di laboratorio. — Urine: Albumina 1 per mille. Sedimento: qualche leucocito. Azotemia 0,55. Press. mass. 115, min. 51. R. Wassermann positiva.

Sangue: Emazie 2.000.000. Leucociti 11.000. Anisocitosi, reticulociti, microciti a palla l'ipercromici. Resist. glob.: mass. 0,45, min. 0,52. Bilirubinemia 0,65 %.

Operazione. — Eteronarcosi, incisione mediana sopraombelicale, legatura della arteria splenica e sezioni.

Decorso post-operatorio. — Guarigione della ferita per prima intenzione. All'esame clinico dopo 5 giorni la milza appare diminuita di volume a carico specialmente del margine inferiore ed interno: il margine inferiore arriva all'ombelicale trasversa. Dopo 15 giorni, la milza raggiunge 3 dita al disotto dell'arco.

Esami di laboratorio. — Dopo 1 giorno: Emazie 2.320.000, Leucociti 12.000; dopo 5 giorni: Emazie 2.080.000, Leucociti 9.000; dopo 10 giorni: Emazie 2.300.000, Leucociti 14.000. La serie rossa non presenta alterazioni morfologiche.

Caso XI. — M. Giuseppe.

Anamnesi. — Anni 19, celibe, contadino. Genitori viventi e sani, non ha collaterali. L'anamnesi patologica remota è negativa. Cinque mesi fa dopo un periodo febbrile di qualche giorno insorse subittero ed astenia che persistono tuttora.

Esame obb. — Costituzione normale. Cute di colorito giallognolo. Fegato

a 4 dita al disotto dell'arcata costale. Milza, si palpa a tre dita al disotto dell'arcata.

Esame di laboratorio. — Urina: Urobilina, tracce minime, sali biliari presenti. Sangue: Emazie 3.900.000. Hb. 85, V. C. 0.91. Leucociti 9.000. Qualche microcito a palla. Reticolociti 4 %. Piastrine 115.000.

Resist. glob.: mass. 6,2, min. 4,2. Prova del laccio positiva, Tempo emorragia 25", di coagulazione 22". Reaz. di Himans van den Berge diretta negativa. Bilirubinemia mmg. 1,60 %.

Operazione. — Taglio trasversale. Milza grossa senza aderenze. Splenectomia. Sutura a strati della parete.

Decorso post-operatorio. — Guarigione per prima intenzione.

Esame di laboratorio. — Sangue, dopo 5 giorni: emazie 3.850.000, leucociti 9.400. Dopo 10 giorni: emazie 4.000.000, leucociti 8.500. Inoltre bilirubinemia normale. Resist. glob.: mass. 0,36, min. 0,40.

EPICRISI:

Per quanto riguarda l'anamnesi famigliare (ascendenti, collaterali, discendenti), abbiamo:

CASO I. — Padre e una sorella ebbero rachitide nell'infanzia e presentemente hanno spiccata fragilità globulare, non emolisi.

CASO II. — Il padre ha ittero emolitico. Tre fratelli hanno ittero litico.

CASO III. — Il padre è morto, ebbe ittero. Non ha collaterali.

CASO IV. — Ha quattro fratelli dei quali uno ha ittero emolitico.

CASO V. — Ha una sorella affetta da ittero emolitico. Tre fratelli sani.

CASO VI. — Ha una sorella sana.

CASO VII. — Ha una sorella sana.

CASO VIII. — Ha quattro fratelli sani.

CASO IX. — Ha quattro fratelli sani.

CASO X. — Non ha collaterali. I genitori sono sani.

CASO XI. — Non ha collaterali. I genitori sono sani.

Dall'osservazione degli undici casi di ittero emolitico risulta che la malattia si è dimostrata nettamente a tipo famigliare solo in tre casi (II. IV. V). Negli altri nove casi l'anamnesi famigliare tace per la malattia suddetta, solo in un caso figura che il padre già morto soffriva di ittero di cui però non ci viene precisata la natura. Se da questi dati si notesse desumere senz'altro la frequenza delle forme famigliari e delle forme acquisite dovremmo desumere la grandissima frequenza di queste ultime rispetto alle prime. Va considerato però la attendibilità delle notizie anamnestiche che vanno prese sempre con una certa riserva specie quando questi escludono un dato che non sempre è facile rilevare da un inesperto, come per esempio una lieve tinta subitterica

(talora il solo elemento ispettivo che richiami l'attenzione). Ma ciò non basta perchè per escludere la familiarità in questi casi che ci appaiono acquisiti sarebbe stato utile praticare un opportuno esame di sangue ai collaterali dei pazienti, difatti l'ittero emolitico pur non dando apparenti sintomi (quali l'ittero e i sintomi generali di astenia ecc.) può esistere direi quasi in potenza il che ci è dimostrato dalla anormale fragilità dei globuli rossi. Difatti in uno dei nostri casi (1) in cui si ebbe la possibilità di farlo fu riscontrato spiccata fragilità globulare e non emolisi nel padre ed in una sorella che entrambi avevano sofferto nell'infanzia di rachitide. Quest'ultimo dato potrebbe avere una certa importanza perchè rileva una certa tara familiare, perchè se è vero che la rachitide è in rapporto a molteplici fattori estrinseci non le manca certo i suoi rapporti con quelli intrinseci all'organismo, cioè costituzionale. Dall'esame dei nostri casi va poi considerato che dei 9 casi sugli 11 che si presentano apparentemente almeno come acquisito in 3 casi (III, X, XI) i pazienti sono figli unici il che ci toglie l'osservazione dei collaterali più diretti il che ha certo la sua importanza. Basta difatti ricordare le leggi che regolano la ereditarietà dei caratteri somatici che valgono oltre che per i normali anche per i patologici e costituzionali. Questi difatti presenti in una generazione non sono manifesti in una successiva che solo in potenza mentre ridiventano manifesti in una III generazione. Per stabilire quindi l'ereditarietà di un carattere non basta l'osservazione degli ascendenti più vicini ma anche dei più lontani e per controllo direi quasi l'osservazione dei collaterali più diretti. Anche queste osservazioni quindi vengono ad infirmare il concetto della grande frequenza delle forme acquisite di ittero emolitico che a prima vista potrebbe dedursi dall'osservazione dei nostri undici casi. E così anche dall'osservazione semplicemente clinica dei casi suddetti si può arrivare a concludere che le forme familiari costituzionali sono in realtà molto più frequenti delle acquisite che forse, se le osservazioni dei familiari fossero sempre possibili in modo accurato, verrebbero forse ad essere escluse come ammette il Micheli.

Dalle osservazioni poi delle notizie anamnestiche ereditarie dei nostri casi si esclude l'importanza di altre malattie croniche ereditarie quale la sifilide e la tubercolosi, e quelle altre malattie costituzionali per lo più discrasiche che nei nostri casi non figurano affatto.

L'anamnesi fisiologica ci dà:

- CASO I. — Anni 16 - sesso femminile, atti fisiologici normali.
- CASO II. — Anni 22 - sesso maschile, commerciante, celibe.
- CASO III. — Anni 20 - sesso maschile, contadino, celibe.
- CASO IV. — Anni 16 - sesso femminile, ricamatrice, atti fisiologici normali.
- CASO V. — Anni 25 - sesso maschile, falegname, celibe.

- CASO VI. — Anni 24 - sesso maschile, impiegato, celibe.
CASO VII. — Anni 15 - sesso maschile, studente, celibe.
CASO VIII. — Anni 24 - sesso femminile, casalinga, nubile, atti fisiologici normali.
CASO IX. — Anni 21 - sesso femminile, cameriera, nubile, atti fisiologici normali.
CASO X. — Anni 42 - sesso femminile, casalinga (mestruazioni a 14 anni continuati regolari, sposata: 4 gravidanze a termine, due aborti ai primi mesi).
CASO XI. — Anni 19 - sesso maschile, contadino, celibe.

Per quanto riguarda l'anamnesi fisiologica nella quale oltre a prendere in esame i vari atti fisiologici del soggetto consideriamo anche l'età, il sesso e il mestiere possiamo fare i seguenti apprezzamenti.

L'età in cui i soggetti sono stati presi in considerazione, almeno in clinica o in ospedale, varia dai 16 ai 41 anni con una netta maggior frequenza dai 20 ai 25 anni. Difatti dei nostri casi 7 sono stati ricoverati in questa epoca di vita e degli altri 4 casi 2 a 16 anni, 1 a 19 anni ed uno solo all'età di 42 anni. Di solito l'epoca del ricovero dista di anni dall'epoca di insorgenza apparente della malattia, il che dipende sia dal fatto che la malattia non viene riconosciuta nella sua vera natura e sia anche perchè essendo all'inizio di solito poco molesta i pazienti indugiano a chiedere cure. Si deduce da ciò che nello studio successivo dell'epoca della vita di inizio della malattia vedremo che bisognerà stabilire un'altra età media di insorgenza.

Il sesso colpito nella nostra, per quanto breve, statistica non dimostra nessuna frequenza speciale si ha di fatti circa il 50% di maschi e di femmine il che potrebbe fare escludere che, sebbene si tratti di una malattia costituzionale, questa probabilmente non ripete la sua origine in differenze ormoniche almeno per quanto riguarda le ghiandole embrionali.

Il mestiere appare anche di nessuna influenza sulla etiologia della malattia sia perchè non risulta nelle varie statistiche una prevalenza di professioni che possono avere influenza e sia anche perchè la malattia di solito insorge ad un'età in cui non si ha un mestiere.

Così pure poca influenza viene notata per le condizioni igieniche ambientali che nei nostri casi, per quanto si può apprendere dall'anamnesi, erano tutti soddisfacenti.

La speciale costituzione del soggetto non si ripercuote sui primi atti fisiologici (deambulazione, dentizioni, mestruazioni) che in tutti i nostri casi sono stati normali.

Più difficile è escludere dalla nostra statistica se la malattia abbia influenza sulla gravidanza. Difatti all'osservazione capitano di solito soggetti giovani e quindi prevalentemente nubi come nel nostro caso e poi anche, date le condizioni patologiche del soggetto, che di solito

risalgono ad una epoca anteriore a quella a cui abitualmente si ha il matrimonio e più difficile che questo avvenga.

Delle nostre sei pazienti una sola sposata ha avuto quattro gravidanze a termine e due aborti ai primi mesi che sono stati successivi a traumi. Quindi potremmo concludere sia pure come un solo caso che la costituzione morbosa non ha avuta alcuna influenza.

L'anamnesi patologica remota ci dà:

- CASO I. — Nell'infanzia: obesità infantile e gracilità, a 11 anni tifo. Disturbo dello sviluppo (sproporzione fra arti e addome). Astenia profonda.
- CASO II. — Nell'infanzia: rosalia.
- CASO III. — A 7 anni trauma al viso. A 18 anni malaria (un anno dopo dell'apparente inizio dell'ittero emolitico).
- CASO IV. — A 5 anni morbillo.
- CASO V. — A 15 anni osteo-artrite tubercolare del ginocchio. A 23 anni blenorragia. A 22 anni tifo.
- CASO VI. — A 7 anni nefrite. A 21 anni tifo con ricaduta. A 18 anni caduta da cavallo cui segue subito ittero.
- CASO VII. — Itero dei neonati. Nell'infanzia: rosalia e varricella. A 8 mesi tifo.
- CASO VIII. — A 7 anni tifo. A 9 anni di nuovo tifo cui segue l'ittero.
- CASO IX. — A 5 anni tifo. A 14 anni febbre a periodi di una ventina di giorni di natura non precisata.
- CASO X. — Albuminuria gravidica. A 27 anni nefrectomia per nefropatia non precisata.
- CASO XI. — Negativo.

Dall'osservazione dell'anamnesi patologica remota risulta un'alta percentuale di tifo. Su 11 casi in 6 si ha nel passato patologico il tifo che in due casi è recidivato a distanza di qualche tempo. La frequenza è quindi stata superiore al 50%. Il periodo di tempo intercorso fra lo svolgersi di detta malattia e l'inizio apparente di ittero emolitico è stato più frequente in media da 2 a 4 anni mentre in un solo caso sono intercorsi 10 anni ed in un altro l'ittero emolitico era comparso 3 anni prima. Quale sia la relazione tra le due malattie è difficile stabilire, probabilmente non ve n'è nessuna. Difatti, se la malattia tifo fosse capitata ad una distanza di tempo più breve si sarebbe potuto fare l'ipotesi che fosse stata una causa predisponente dell'organismo ad insorgenza della malattia in esame. Difatti il tifo, come una malattia generale che colpisce con predilezione il sistema linfatico e quindi la milza in ispecie, potrebbe influire a modificare la funzione dell'apparato reticolo-endoteliale di cui la milza è ricchissimo ed essere quindi causa determinante o predisponente di quel turbamento che si viene ad avere

sulla emocateresi nell'ittero emolitico ad una cui accentuazione molti autori riconnettano la patogenesi della malattia.

Non è neanche esente da lesioni nel tifo il midollo osseo che se non altro subisce una inibizione nella leucopoiesi con successiva leucopenia. Si potrebbe pensare che potesse anche influire sulla eritropoiesi non tanto come numero quando sulla qualità degli eritrociti, con bassa resistenza globulare. In questo modo verrebbe anche ad essere convalidata la teoria che fa risalire la malattia solo alla fragilità globulare mentre il potere emocateretico resterebbe normale. Ma queste supposizioni non sono dimostrabili in quanto nel tifo non si ha offesa degli elementi rossi e poi anche perchè in un caso in cui il tifo comparso dopo l'ittero questo non ne ha subito nessun peggioramento.

I dati riguardanti l'ittero emolitico sono:

- CASO I. — Inizio a 13 anni in modo brusco, crisi febbrili prima distanziate ogni sei mesi poi mensili. Infantilismo. Emazie 2.900.000.
- CASO II. — Inizio a 20 anni in modo subdolo, crisi afebrili, malattia quasi continua con variazione. Costituzione normale. Emazie 4.800.000.
- CASO III. — Inizio a 17 anni in modo brusco, crisi febbrili ogni 2 o 3 mesi. Infantilismo somatico e psichico. Emazie 1.600.000.
- CASO IV. — Inizio a 15 anni in modo brusco, crisi febbrile ogni 3 o 4 mesi. Costituzione normale. Emazie 3.350.000.
- CASO V. — Inizio a 25 anni in modo brusco. Crisi afebrili, malattia quasi continua con lievi variazioni. Costituzione normale. Emazie 2.560.000.
- CASO VI. — Inizio a 18 anni in modo brusco (dopo un trauma), crisi febbrile, ogni 1-2 mesi. Costituzione normale. Emazie 3.520.000.
- CASO VII. — Inizio a 5 anni in modo subdolo, crisi afebrili. Malattia quasi continua con variazione. Costituzione regolare. Emazie 3.200.000.
- CASO VIII. — Inizio a 7 anni in modo subdolo, crisi febbrili, malattia quasi continua con variazione. Costituzione normale. Emazie 2.580.000.
- CASO IX. — Inizio a 16 anni in modo subdolo, crisi afebrili, malattia continua senza variazioni ma progressiva. Infantilismo. Emazie 4.460.000.
- CASO X. — Inizio a 20 anni in modo brusco (dopo emozione), crisi febbrili alla distanza di 6-7 anni. Costituzione normale. Emazie 2.050.000.
- CASO XI. — Inizio a 19 anni in modo brusco, crisi febbrili. non si

può osservare il decorso. Costituzione normale. Emazie 3.900.000.

Dall'osservazione del modo come si è presentato l'ittero emolitico nei nostri casi possiamo dire che il suo inizio, sia pure apparente come abbiamo fatto notare precedentemente, è con maggiore frequenza dai 15 ai 20 anni. Difatti su 11 casi, 7 volte avvenuta a questa età e degli altri 4 casi, uno solo dopo (a 24 anni) mentre gli altri tutti prima. Possiamo quindi concludere per una frequenza dell'80% circa di inizio nel suddetto periodo di vita.

Il decorso della malattia è ad andamento cronico solo di tanto in tanto si notano crisi emolitiche in cui il quadro clinico prende l'aspetto della malattia a decorso acuto. Nei nostri casi solo in quattro (II, VII, VIII, IX) l'inizio della malattia si è presentato in modo subdolo, mentre in tutti gli altri, e quindi nel maggior numero, l'inizio è stato segnato da un episodio acuto di crisi emolitica. Questa è apparsa per lo più senza causa apprezzabile mentre in due soli casi figura in uno un forte trauma (caso VI) ed in un altro (caso X) una notevole emozione. Di solito a questi momenti etiologici i pazienti danno una grandissima importanza noi, pur non disconoscendola, diamo solo il valore di causa determinante come quella che fa perdere un equilibrio già instabile.

Riguardo a decorso prendendo in considerazione la successione delle crisi emolitiche possiamo dire che nei nostri casi è prevalso il succedersi di crisi alla distanza di qualche mese come si è verificato in cinque casi dei quali in uno solo la ricorrenza delle crisi emolitiche si è notata alla distanza di 6-7 anni (Caso X).

Degli altri 6 casi in uno (caso XI) non si può parlare di modalità di decorso dato il breve periodo di osservazione di qualche mese dall'epoca di insorgenza della malattia. Negli altri 5 casi invece si è notato un decorso quasi continuo della malattia con ittero costante soltanto con lieve variazione (il che è un carattere essenziale della malattia), e solo in un caso (IX) l'andamento progressivo. Possiamo concludere per due tipi fondamentali di decorso che sarebbero della stessa frequenza almeno per quanto si può dire dalla osservazione dei nostri casi: uno a tipo quasi continuo di malattia ed uno ad accessi ben netti nei quali durante i periodi intervallari le condizioni del paziente ritornano quasi alla norma.

Prendendo come espressione di gravità l'entità dell'emolisi che possiamo dedurre da molteplici elementi (entità dell'ittero, dell'eliminazione dei pigmenti biliari, grado di anemia, ecc.), noi possiamo distinguere i nostri casi in due gruppi: lievi e gravi. Prendiamo come criterio il grado di anemia e considerando come più gravi quelli che presentano un numero di emazie circa la metà del normale o meno, possiamo dire che i casi gravi sono stati in numero di 5 (I, III, V, VIII, X) di cui uno (III) con anemia veramente notevole (Emazie 1.600.000) per cui si trovò netta l'indicazione della legatura dell'ar-

teria splenica piuttosto della splenectomia come mezzo di cura. Nei suddetti casi considerati gravi le crisi emolitiche sono state sempre febbrili, fa eccezione un sol caso in cui vi è un apparente contrasto fra il grado di anemia e l'assenza di ogni elevazione termica. Difatti la febbre non è altro che l'espressione di uno stimolo dei centri termoregolatori da parte delle proteine provenienti dal disfacimento delle emazie. Il contrasto però è solo apparente perchè in questo caso si tratta di uno di quelli ad andamento quasi continuo come abbiamo osservato antecedentemente per cui la distruzione del sangue è stato continuo ma sempre di lieve grado per quanto accessionale sino a dare una grave anemia. Così da una parte possiamo considerare che i tossici prodotti si perchè in modo scarso non superano la soglia dello stimolo al quale si ha reazione febbrile e d'altra parte bisogna ammettere uno scarso potere eritropoietico da parte del midollo che mantiene lo stato di anemia.

Il grado di anemia inoltre è un criterio poco esatto per stabilire la gravità di un caso perchè essa è variabile, essa ci può parlare solo per giudicare del momento in esame quindi noi il grado di gravità stabilito in antecedenza lo riferiremmo solo al momento di osservazione. Altro contrasto fra grado di gravità di anemia e decorso l'abbiamo nel caso X, nel quale ad un grado di anemia notevole di circa 2 milioni di emazie fa contrasto il ripetersi delle crisi a lunghissima scadenza ogni 6-7 anni. Anche per questo caso dobbiamo fare le considerazioni ricordate dianzi, cioè che il grado di gravità è riferito al momento di osservazione della malattia più che al decorso generale della malattia stessa.

Ultimo dato che prendiamo in esame è la costituzione. Sappiamo che l'ittero emolitico è considerato costituzionale onde da Naegeli viene chiamata con questo appellativo e ci si vuol riferire alla abnorme costituzionale eritropoiesi per quanto riguarda specialmente la produzione di emazie già fragili con bassa resistenza globulare.

Una anormalità la vediamo di frequente anche nella costituzione somatica e difatti noi l'abbiamo osservato in tre casi (I, III, IX) ed è consistita specialmente in note di infantilismo somatico che in un caso si è accompagnato anche a scarso sviluppo psichico. La frequenza è stata quindi di circa il 30%, certamente rilevante, ma non così alta come in altre statistiche.

Passiamo ora a prendere in considerazione i rapporti che si possono osservare tra la malattia attuale ed il soggetto colpito. Per quanto riguarda la costituzione vediamo che i casi considerati più gravi coincidono con una costituzione abnorme e specialmente con note di infantilismo, così vediamo nel caso I e nel III. Nel IX caso pur trattandosi di un caso considerato lieve per il grado di anemia, si tratta di un soggetto con infantilismo, ma questo contrasto possiamo giustificarlo considerando il caso come grave per il decorso a tipo quasi continuo, il che dimostra la scarsa reattività da parte dell'organismo.

Riguardo poi ai rapporti fra malattia attuale e passato patologico del soggetto vediamo che i casi considerati più gravi hanno tutti nel passato qualche malattia grave o debilitante. Così nel I caso vi è un tifo, nel III malaria (insorta però dopo l'ittero), nel V tifo ed artrite tubercolare, nell'VIII tifo, nel X affezione renale per cui fu fatta nefrectomia. Questa osservazione non fa meraviglia per i casi in cui la malattia passata fu debilitante di cui le conseguenze si risentono a lungo; nei casi in cui il passato vi fu un tifo la relazione appare meno netta.

Considerando il sesso dei pazienti, appare nessuna relazione apprezzabile tra gravità e sesso; difatti dei 5 casi gravi abbiamo avuto tre femmine e due maschi.

Invece si può osservare qualche relazione fra gravità ed età di osservazione, difatti i casi più gravi sono quelli osservati dopo l'età di 20 anni, fa eccezione solo il I caso, ma ciò si può far dipendere dal maggior decorso di malattia e dal più lungo periodo di anemizzazione perchè come abbiamo visto in precedenza l'inizio della malattia è ad una età precoce.

Operazione:

- CASO I. — Splenectomia. Taglio transrettale sinistro paramediano. Nessuna aderenza.
- CASO II. — Legatura dell'arteria splenica.
- CASO III. — Legatura dell'arteria splenica. Splenectomia. Taglio trans-rettale sinistro paramediano. Aderenze in alto e posteriormente. Contro-apertura nel fianco sinistro (drenaggio).
- CASO IV. — Splenectomia. Taglio transrettale sinistro. Forte perisplenite ed aderenze tenaci che danno difficoltà operatorie.
- CASO V. — Splenectomie. Taglio di Mayo Robson a sinistra. Perisplenite diffusa, lasse aderenza (che non danno difficoltà). Ferita della coda del pancreas che si avvolge con omento.
- CASO VI. — Splenectomia. Taglio mediano soprombelicale. Milza avvolta all'omento non aderente. Difficoltà di isolamento.
- CASO VII. — Splenectomia. Taglio paramediano sinistro transrettale. Milza non aderente.
- CASO VIII. — Splenectomia. Taglio paramediano sinistro transrettale. Perisplenite, aderenze multiple con la parete costale posteriormente e lateralmente.
- CASO XI. — Splenectomia. Taglio paramediano sinistro transrettale. Milza con aderenze che presentano qualche difficoltà di isolamento.

CASO X. — Legatura dell'arteria splenica.

CASO XI. — Splenectomia. Taglio paramediano sinistro transrettale. Nessuna aderenza.

La cura chirurgica dell'ittero emolitico consiste nella splenectomia o nella legatura dell'arteria splenica che è stata praticata la prima volta dal Prof. Alessandri in questa malattia. Lo scopo che si prefiggono i suddetti interventi è l'abolizione o una riduzione della funzione della milza. Il che riduce in modo diretto o indiretto il meccanismo patogenetico dell'ittero emolitico. Difatti le teorie sulla patogenesi di detta malattia sono disperate: una teoria fa dipendere la malattia da una disfunzione del midollo osseo che costituzionalmente produce emazie con bassa resistenza globulare su cui si esercita quindi con maggior intensità l'azione emocateretica della milza; un'altra teoria invece fa dipendere la malattia da ipersplenismo o displesismo che consiste in una maggiore attività patologica emocateretica da parte della milza stessa.

Stabilito così la patogenesi della malattia, si deduce il principio su cui si fonde la cura chirurgica. Passiamo ora a considerare l'indicazione dell'intervento. La malattia non va incontro a guarigione spontanea e si avvantaggia poco delle cure mediche nei casi ad andamento piuttosto grave, mentre l'operazione porta quasi la guarigione clinica della malattia. Da questa constatazione si deduce che bisogna largheggiare nell'indicazione dell'intervento tranne in quei casi ad andamento così mite e senza risentimento generale dell'organismo che della malattia non hanno altro che la tinta gialla. Prima vi era controindicazione per l'operazione nei casi molto gravi, essendo la splenectomia un intervento di una certa entità; oggi però che si son potuti vedere i benefici effetti della legatura della splenica, operazione molto più lieve e quindi sopportata, l'indicazione operatoria viene messa anche per i casi gravi.

Nei nostri casi in tre è stata praticata la legatura dell'arteria splenica. L'indicazione però netta a questa specie di intervento era specialmente per il III caso. Difatti in questo si avevano condizioni generali gravi ed una forte anemia, inoltre il pneumoperitoneo aveva messi in rilievo aderenze multiple ed una milza abbastanza grande il che faceva supporre la possibilità di una splenectomia indaginosa, operazione senz'altro relativamente molto grave, che sarebbe stata sopportata male dal paziente. Le cure mediche già tentate non erano riuscite neanche a migliorare le condizioni del paziente quindi la indicazione ad una legatura dell'arteria splenica era netta.

Negli altri 8 casi è stato in tutti praticata la splenectomia. Non è qui il caso di ricordare la tecnica dei suddetti interventi: le splenectomie sono state prevalentemente eseguite con il taglio paramediano sinistro transrettale che dà abbastanza adito all'intervento e solo in un

caso con taglio mediano soprombelicale ed in uno con il taglio di Mayo Robson a sinistra; le legature della splenica sono state praticate tutte con il taglio mediano soprombelicale.

Le difficoltà operatorie si sono dimostrate di una certa entità nei casi di perisplenite con aderenze tenaci che si son presentate in quattro casi (III, IV, VI, IX). In tre casi (I, VII, XI) non si aveva nessuna aderenza, mentre nei rimanenti casi le poche aderenze sono state lasse e tali da non presentare difficoltà. Possiamo concludere quindi che quasi nel 50% dei casi la milza è saldata alla parete della cavità addominale, ciò a differenza di altre malattie che si avvantaggiano della splenectomia come nel morbo di Werlof in cui la milza è di solito piccola e non aderente. In uno dei nostri casi (il VI) le aderenze non erano con il peritoneo parietale ma con l'omento che avvolgeva a capuccio l'intera milza, anche in questo caso si sono incontrate delle difficoltà operatorie.

A questo punto accenno alla utilità del pneumoperitoneo come si è dimostrato nei nostri casi:

- CASO I. — Non praticato.
- CASO II. — Non praticato.
- CASO III. — Grossa milza aderente in alto e all'esterno.
- CASO IV. — Non praticato.
- CASO V. — Grossa milza aderente in alto all'esterno e in avanti.
- CASO VI. — Grossa milza aderente in alto.
- CASO VII. — Non praticato.
- CASO VIII. — Grossa milza aderente in alto.
- CASO IX. — Grossa milza non aderente.
- CASO X. — Non praticato.
- CASO XI. — Non praticato.

Il pneumoperitoneo, come risulta dalla precedente tavola, fu fatto solo in 5 casi ed ha dimostrato in un caso nessuna aderenza mentre negli altri casi aderenze che il radiologo ha ben specificato anche nella loro sede e rispetto alla milza. Facciamo però adesso il confronto con il reperto radiologico ed il reperto anatomico al momento dell'operazione. Il dato che non è stato mai contraddittorio è stata la grandezza della milza. Riguardo invece alle aderenze vediamo che nel IX caso mentre il reperto radiologico dava semplicemente « grossa milza non aderente » all'operazione si son trovate non solo aderenze ma anche difficoltà operatorie di isolamento e così pure nell'8° caso mentre si aveva come reperto solo aderenze in alto si son riscontrate anche lateralmente e posteriormente. Negli altri tre casi vi è stato risponidenza tra i due reperti. Da ciò possiamo concludere che il pneumoperitoneo pur essendo un ottimo mezzo radiologico per stabilire le condizioni del perisplenio non è però sempre sicuro. Inoltre va notato che sapere

l'esistenza o meno di aderenze ci dà solo un criterio approssimativo sulle difficoltà operatorie perchè la radiologia indaga le aderenze ma non la tenacità delle aderenze stesse, così per es. vediamo nel 5° caso in cui si dimostravano aderenze radiologicamente da ogni parte (milza grossa aderente in alto, all'esterno, in avanti) all'operazione si son trovate delle lasse aderenze che non hanno dato alcuna difficoltà di isolamento. Questo dato vale anche ad escludere che vi possa essere un rapporto tra diffusione di aderenze e tenacità di esse. Nel caso VI invece possiamo osservare un contrasto in senso inverso; mentre la radiologia metteva in rilievo solo qualche aderenza in alto la milza è stata trovata fortemente aderente ad un cappuccio di omento che ha dato notevoli difficoltà operatorie. Questa condizione sfugge senz'altro alla indagine radiologica e bisogna tenerne conto per quei casi in cui non si dimostrano aderenze il che può dipendere che l'omento mentre è aderente alla milza per l'esistenza di un processo di perisplenite non lo è alla loggia splenica che non partecipa al processo.

Riguardo agli incidenti operatorii in cui si può incorrere bisogna ricordare la facilità con cui si può ledere la coda del pancreas nel momento della legatura dei vasi all'ilo della milza. Difatti in uno dei nostri casi fu schiacciata da una pinza di Kocher, ma, subito rimediato proteggendo il punto leso con un cappuccio di omento; il che si è dimostrato efficace.

Decorso post-operatorio (complicazioni):

- CASO I. — Splenectomia. Broncopolmonite destra nel 2° giorno, morte nel 3°.
- CASO II. — Legatura dell'arteria splenica. Guarigione per prima intenzione.
- CASO III. — Legatura dell'arteria splenica. Guarigione per prima intenzione. Splenectomia: guarigione per prima intenzione.
- CASO IV. — Splenectomia. Guarigione per prima intenzione.
- CASO V. — Splenectomia. Ascesso sub-frenico sinistro.
- CASO VI. — Splenectomia. Ascesso sub-frenico sinistro dopo 25 giorni.
- CASO VII. — Splenectomia. Guarigione per prima.
- CASO VIII. — Splenectomia. Guarigione per 1ª della ferita operatoria. Dopo 5 giorni: versamento nel cavo pleurico di sinistra che scompare spontaneamente. Guarigione in 20ª giornata.
- CASO IX. — Splenectomia. Guarigione per prima intenzione.
- CASO X. — Legatura dell'arteria splenica. Guarigione per 1ª intenzione.
- CASO XI. — Splenectomia. Guarigione per prima intenzione.

La complicazione post-operatoria che è stata più frequente è stata l'ascesso sub-frenico che si è presentato in due casi (V e VI), poi in un caso si è notato un versamento pleurico a sinistra non purulento ed in un altro una broncopolmonite che è stata la causa dell'esito letale. Negli altri casi la guarigione è stata per prima intenzione. Possiamo mettere in relazione questa complicazione post-operatoria (ascesso sub-frenico, tranne la broncopolmonite con le difficoltà operatorie incontrate. E difatti vediamo che nel caso VI le difficoltà consistettero nella liberazione della milza perchè avvolta dall'omento e nell'8° per multiple e tenaci aderenze alla loggia splenica. Nel 5° caso invece l'operazione di isolamento è stato facile per la lassità delle aderenze ma avrà certamente contribuito per l'ascesso sub-frenico l'incidente capitato per la ferita della coda del pancreas. E' da notare che in un caso (III) in cui l'operazione è stata indaginoso per aderenza una controapertura nel fianco con drenaggio è valsa a stornare la complicazione surricordata. Nei tre casi di legatura dell'arteria splenica non si è avuta nessuna complicazione. La mortalità si è dimostrata del 9% circa essendosi avuto esito infausto in un solo caso ma ciò è dipeso da una complicazione broncopolmonare di cui non si può far colpa alla tecnica, ma che ricorre relativamente stessa nelle operazioni dell'addome alto.

Risultati.

Caso I. — Morte.

Caso II. — Legatura arteria splenica. Prima dell'operazione: Emazie 4.800.000. HB. 90. Resist. glob. Mas. 0,48 Min. 0,60. Ittero.

Dopo 3 giorni: Emazie 4.800.000. HB. 90. Mas. 0,60 Min. 0,52. Ittero scomparso.

Caso III. — Legatura arteria splenica. Prima operazione. Emazie 1.600.000. HB. 9. Resist. Glob. Mas. 0,45 Min. 0,60. Dopo 24 giorni: Emazie 3.600.000. HB. 90. Mas. 0,45 Min. 0,60.

Miglioramento per qualche tempo ma poi ricomparvero crisi emolitiche ed astenia per cui dopo un anno viene fatta la splenectomia.

Prima dell'operazione: Emazie 2.700.000. HB. 52. Resist. Glob. Mas. 0,45 Min. 0,55. Ittero.

Dopo 2 mesi: 4.400.000. HB. 80. Mas. 0,40 Min. 0,50. Ittero scomparso.

Caso IV. — Splenectomia. Prima della operazione: Emazie 3.350.000. HB. 48. Resist. Glob. Mas. 0,35 Min. 0,45. Ittero.

Dopo 20 giorni: Emazie 4.000.000. HB. 72. Mas. 0,31 Min. 0,49. Ittero scomparso.

Caso V. — Splenectomia. Prima della operazione: Emazie 2.560.000. HB. 52. Resist. Glob. Mas. 0,37 Min. 0,42. Ittero.

- Dopo 15 giorni: Emazie 4.000.000. HB. 70. Mas. 0,33 Min. 0,48. Ittero scomparso.
- CASO VI. — Splenectomia. Prima della operazione: Emazie 3.500.000. HB. 93. Resist. Glob. Mas. 0,45 Min. 0,60. Ittero.
Dopo 15 giorni: Emazie 4.200.000. HB. 90. Mas. 0,40 Min. 0,58. Ittero diminuito.
- CASO VII. — Splenectomia. Prima della operazione: Emazie 3.200.000. HB. 55. Resist. Glob. Mas. 0,42 Min. 0,50. Ittero.
Dopo 20 giorni: Emazie 4.200.000. HB. 72. Mas. 0,38 Min. 0,46. Ittero scomparso.
- CASO VIII. — Splenectomia. Prima dell'operazione: Emazie 2.880.000. HB. 44. Resist. Glob. Mas. 0,42 Min. 0,62.
Dopo 15 giorni: Emazie 3.200.000. HB. 42. Mas. 0,40 Min. 0,60.
- CASO IX. — Splenectomia. Prima dell'operazione: Emazie 4.460.000. HB. 62. Resist. Glo. Mas. 0,44 Min. 0,64. Ittero.
Dopo 15 giorni: 3.600.000. HB. 70. Mas. 0,46 Min. 0,58. Ittero diminuito.
- CASO X. — Legatura arteria spenica. Prima della operazione: Emazie 2.000.000. HB. 70. Resist. Glob. Mas. 0,45 Min. 0,52. Milza.
Dopo 10 giorni: Emazie 2.300.000. HB. 75. Mas. 0,48 Min. 0,50. Diminuzione di volume.
- CASO XI. — Splenectomia. Prima dell'operazione: Emazie 3.900.000. HB. 85. Resist. Glob. Mas. 0,40 Min. 0,46. Ittero.
Dopo 10 giorni: Emazie 4.000.000. HB. 85. Mas. 0,36 Min. 0,48. Ittero diminuito.

Possiamo considerare solo i risultati più immediati dopo l'operazione, essendo rimasti i malati in osservazione solo per un breve periodo di tempo nel quale, sistematicamente oltre a osservare le condizioni generali e l'ittero si son ripetuti gli esami di laboratorio riguardanti il sangue. Sarebbe stato senza dubbio più utile la considerazione dei risultati a distanza, ma ciò è stato impossibile per la difficile reperibilità dei pazienti.

Possiamo concludere per un efficace miglioramento in tutti i casi (tranne il primo che è morto) sia in seguito a splenectomia che a legatura dell'arteria splenica. Possiamo inoltre considerare che mentre nei casi di splenectomia i risultati son duraturi, tranne che per rari casi di recidiva; nei casi di legatura il ritorno delle crisi emolitiche è più facile: uno su tre; come abbiamo potuto vedere nel III caso. Ma ciò non vale ad infirmare l'utilità del suddetto metodo operatorio perchè in quel caso è valso a migliorare il paziente della sua grave anemia ed a prepararlo per una successiva splenectomia da cui ha avuto definitivo miglioramento.

I risultati favorevoli sul grado di anemia sono stati abbastanza netti. Già dopo 15 giorni, epoca in cui in media si son ripetuti gli esami, si è notato un aumento del numero dei globuli rossi. Si è notato un aumento di emazie che va da 100.000 fino ad 1.500.000 negli operati di splenectomia e precisamente nel III caso aumento di 1.400.000, nel V 1.500.000, nel VI 700.000, nel VII 1.000.000, nell'VIII 300.000, nel IX 860.000, nell'XI 100.000. Questi diversi aumenti si possono mettere in rapporto con la diversa reattività dell'organismo, in quanto l'operazione ha soppresso il maggior focolaio emocateretico e non ha quindi stimolato l'eritropoiesi. Nei casi di legatura della splenica abbiamo notato un netto aumento dell'emazie dopo 15 giorni, nel III caso in cui da un intenso grado di anemia di 1.600.000 si è arrivati a 3.600.000 con un aumento quindi di 2.000.000 di emazie; meno intenso è stato il miglioramento della legatura caso X in cui si è avuto 300.000 emazie di aumento. Nel caso II (legatura) i risultati non possono considerarsi avendosi avuto solo 3 giorni di osservazione.

L'indice emoglobinico ed il valore globulare sono aumentati di pari passo con l'aumento delle emazie. Non così si può dire della resistenza globulare che ha subito solo delle modicissime variazioni rimanendo sempre al disotto della norma, il che non ci fa meraviglia sapendo che il midollo elabora emazie congenitamente fragili secondo il gran numero degli autori e così pure non ci meraviglia che la morfologia del sangue non si sia nettamente modificata.

Il sintoma ittero in tutti casi si è nettamente modificato ed in quei casi in cui l'osservazione si è eseguita per almeno una quindicina di giorni si è potuto notare la scomparsa di esso.

70818



10-1

