



CONTRIBUTO ALLO STUDIO CLINICO

DELLA

PERFORAZIONE INTESTINALE NELLA FEBBRE TIFOIDE

MEMORIA

DEL PROFESSORE GIOVANNI BRUGNOLI

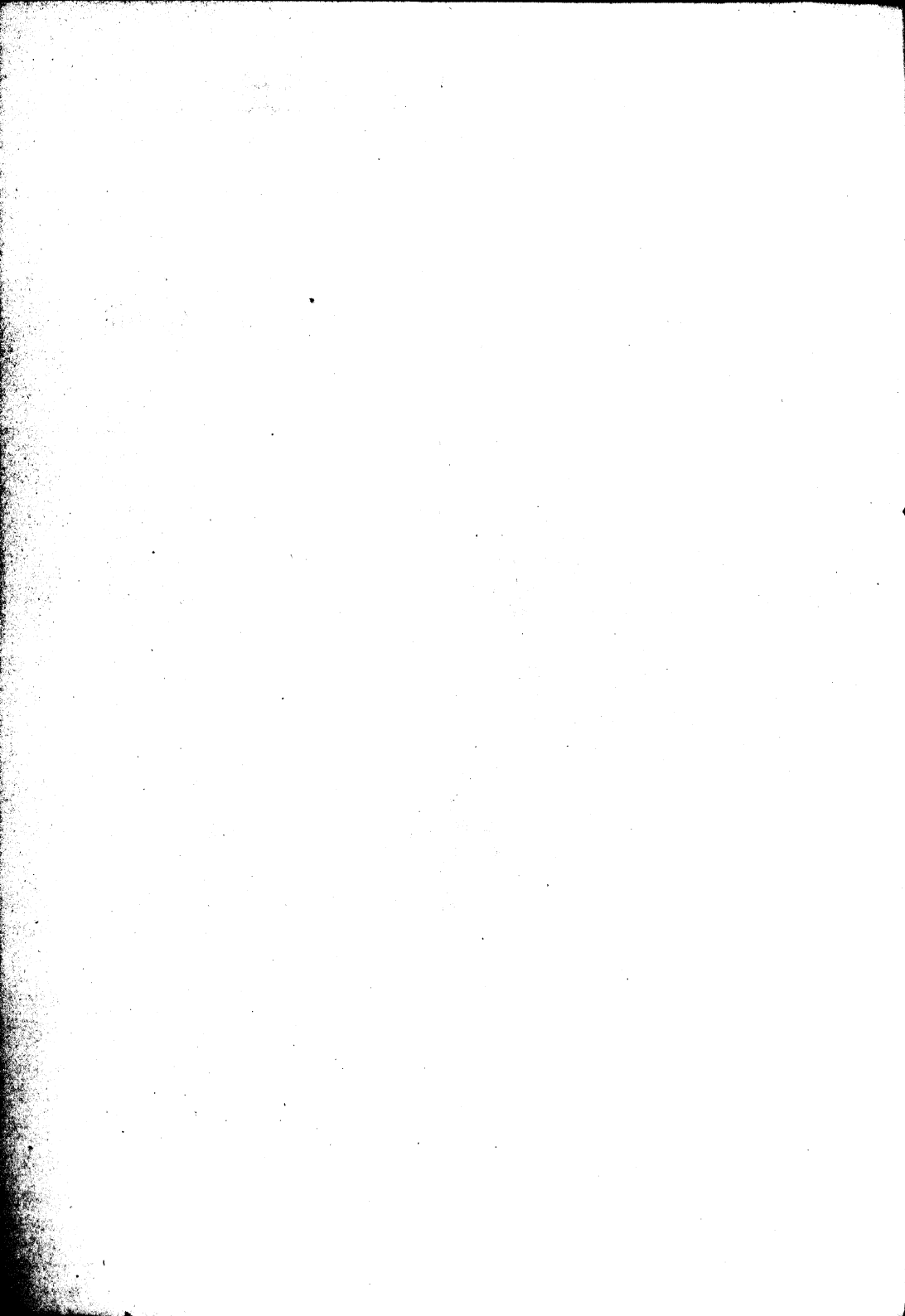


BOLOGNA

Tipografia Gamberini e Parmeggiani

1885





CONTRIBUTO ALLO STUDIO CLINICO

DELLA

PERFORAZIONE INTESTINALE NELLA FEBBRE TIFOIDE

MEMORIA

DEL PROFESSORE GIOVANNI BRUGNOLI



BOLOGNA

Tipografia Gamberini e Parmeggiani

1885

Estratta dalla Serie IV, Tomo VI,
delle Memorie della R. Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna
e letta nella Sessione del 22 Marzo 1885.



Uno dei più gravi incidenti, una delle più terribili successioni che avvengono nel corso della febbre tifoide è al certo la perforazione intestinale, quando cioè l'infiltramento della materia tifica nella chiazza del Payer essendosi di molto approfondato a comprendere nella mortificazione dei tessuti la tonaca peritoneale dell'intestino, o questa è stata toccata dallo estendersi ed approfondarsi dell'ulcera dotinenterica da formare un foro di comunicazione fra l'interno dell'intestino e la cavità peritoneale. Conseguenze di questo fatto, come è ben noto, sono il passaggio di materie intestinali nella cavità del peritoneo, lo sviluppo di una peritonite acutissima diffusa, la morte nello spazio di poche ore.

Il lungo ed esteso esercizio clinico che ho avuto campo di fare nell'Ospedale Maggiore di questa città, mi ha fatto incontrare non pochi casi di una tale perforazione; alquanti pure ne osservai nella pratica privata e specialmente nella qualifica di medico consulente; e richiamando alla mente, ed all'osservazione di confronto tutti questi fatti, mi è sembrato di riscontrare alcune particolarità meritevoli di essere notate, ed ora mi sono deciso di riassumere in breve la monografia di questo stato morboso, aggiungendovi quanto mi sembra utile ed opportuno ad illustrare ognor più le singole parti di questo gravissimo argomento.

Solamente dopo che le osservazioni di Petit e Serres, di Prost, e specialmente di Louis, di Andral, di Chomel ebbero fatto conoscere le relazioni della febbre tifoide colle alterazioni intestinali designate col nome di dotinenterite, dopo che venne bene studiato il corso, l'andamento, il modo di terminare di questa lesione, allora soltanto fu bene considerata la perforazione dello intestino come la circostanza più grave che possa sopravvenire nel corso della febbre tifoidea. Egli è ben vero che vi ha chi asserisce che in opere mediche antiche è fatta menzione di rottura e di perforazione intestinale e sono citate osservazioni di Riverio, di

Wepfer, di Galeazzi portate da Morgagni, e da Morgagni istesso in specie nella lettera 35. N. 14, (1) non che di Stoll (2); ma bene esaminate tutte queste osservazioni, si rimane convinti che sono rotture o perforazioni intestinali derivanti da ben altra lesione e da non potersi riferire all'ulcera dotinenterica, ad una febbre tifoidea. E se prima della pubblicazione dell'opera di Louis sulla febbre tifoidea nel 1829 alcuni scrittori di medicina pratica, come il Chirac, il Ballonio, il Baglivi, lo Spigelio, lo Stoll, avevano fatto annotazione di trovarsi lesioni intestinali nelle febbri gravi maligne anche costantemente, come il Chirac ed il Prost, soltanto allora venne accolta e confermata l'esistenza delle lesioni entero-mesenteriche nella febbre tifoide, anzi si arrivò perfino a sospettare che si trattasse di una nuova malattia, ed i medici di allora, fra quali sta il Chomel, maravigliavano come ciò non si sia quasi mai rilevato nelle dissezioni che avevano fatto durante in specie le epidemie del 1800 e 1817, ma certamente all'uso di non aprire l'intestino che quando all'esterno stavano segni ben manifesti, si deve tale ignoranza. Da questo è duopo concludere che soltanto dopo l'opera di Louis si è acquistata la conoscenza del processo ulceroso tifico intestinale, e con essa la successione della perforazione.

Molte ricerche sono state fatte per fissare in quale proporzione si verifica sui malati di febbre tifoide la perforazione intestinale. Fino il Louis fu portato ad ammettere che il fatto accadeva una volta su cinquanta, ma ulteriori statistiche danno risultati assai diversi. Bretonneau lo vide 8 volte in 80 casi, Chomel 2 in 42, Montault 5 in 49, Forget 2 in 44, Bouillaud 5 in 50, Hoffman 20 in 250, Griesinger 14 in 118, nell'Ospedale di Basilea dal 1865 al 1872 vi furono 23 casi su 2000 malati. Da queste cifre risulta che alcune statistiche portano il 10, il 12 per cento, altre danno poco più dell'uno per cento. Io non ho una raccolta di casi da poterne trarre giusta e severa conseguenza. È un fatto però che le epidemie, o dirò anche le influenze di febbri tifoidi che in ogni anno si veggono nell'autunno, variano pel numero e per la intensità dei casi non solamente d'anno in anno, ma eziandio per località; ora se in generale la perforazione intestinale suole più comunemente avvenire nei casi gravi, a seconda della gravezza dell'influenza varierà pure la proporzione di essa in rapporto al numero dei colpiti; ed inoltre ben rammento come presso di noi vi fossero in alcuni anni moltissimi casi di febbre tifoidea ed anche gravi senza che mi si presentasse alcun fatto di perforazione, mentre in altri, ove il numero dei tifi fu alquanto esiguo, se ne ebbero. Se si considerano i processi per li quali l'ulcera dotinenterica si approfonda e va a formarsi l'erosione della sierosa peritoncale, egli è da ritenere che se l'intensità del processo tifico locale vi ha parte, molta parte vi debbano avere circostanze accidentali e malaugurate combinazioni, quali p. e. la sottigliezza di un punto

(1) De sedibus et causis morborum ecc.

(2) Ratio medendi p. 1. p. 3. Venetia 1795.

dell'intestino, materie fecali indurite, forte tensione data dai gas intestinali, presenza d'ascaridi, pressioni, sforzi ecc. Da uno sguardo retrospettivo sulle mie osservazioni sarei condotto a concludere che in addietro accadesse meno di rado che in questi ultimi anni la perforazione intestinale nella febbre tifoide.

Per fatti clinici e per argomenti di fisio-patologia, è già conosciuto che il perforamento intestinale nella febbre tifoidea avviene più di frequente tra la terza e la quinta settimana; e difatti la maggior parte dei casi da me osservati accadde pure in tale epoca della malattia; ma ne ho altri avvenuti o prima o dopo, e quando anche la diagnosi di febbre tifoide non era stata ancora stabilita, e solo per questo incidente veniva confermata. Alcuni di questi fatti clinici mi sembrano meritevoli di essere registrati.

OSSERVAZIONE 1^a — Una donna d'anni 35, maritata, e con figli, attente ai lavori domestici, venne accolta nell'Ospedale, perchè dicevasi colpita d'improvviso da intensissima colica; ci fu riferito che da oltre una settimana essa sentivasi indisposta in salute, assai spossata di forze, e di un malessere non bene definito; però non era mai stata obbligata al letto, e nella stessa giornata aveva atteso alle faccende domestiche ed a preparare il pranzo per la famiglia. L'indomani mattina erano assai palesi i sintomi di una peritonite diffusa acutissima che pel rapido svolgersi si dubitò che fosse secondaria di qualche lesione allora non diagnosticabile. La malattia ebbe un corso rapido assai, e dopo 36 ore la donna moriva. Alla necropsopia si rinvenne la causa della peritonite essere stata una perforazione intestinale avvenuta nell'ileo poco lontano dalla valvola ileo-cecale; si videro gli essudati fibrinosi, purulenti proprii della peritonite diffusa acutissima; nell'interno dell'intestino, circa otto o dieci chiazze del Peyer ulcerate in parte, in parte infiltrate di materia tifica; le glandole del mesenterio erano ingrossate e rammollite, in una parola vi erano assai manifeste le alterazioni proprie e caratteristiche della febbre tifoide, e quindi da doversi con certezza ritenere che si era trattato di una febbre tifoidea di forma ambulatoria o *typhus ambulatorius*, nella quale aveva avuto luogo la perforazione intestinale ch'era stata causa della peritonite e della morte.

OSSERVAZIONE 2^a — Fin da quando io era Medico Assistente in quest'Ospedale Maggiore, cioè nel 1838, accolsi una donna giovane di anni 25, con febbre alquanto ardita, che durava, ella diceva, da soli sei giorni; però dai sintomi concomitanti, la forte cefalalgia, il ronzio d'orecchi, il modo di decorrere, mi fecero emettere la diagnosi di sinoco, come allora dicevasi; diagnosi che non venne accettata dal Primario, l'Illustre e rinomato clinico il prof. Conelli, al quale sembrarono così pochi gl'indizi caratteristici della febbre tifoidea, da accogliere piuttosto il concetto di sinoca o di febbre reumatica; ma non passarono che poche ore che d'improvviso si manifestarono intensissimi dolori al ventre, alterazione marcata di fisionomia, un complesso di sintomi che dietro gl'insguamenti avuti

dalle opere di Louis e di Chomel, mi fece riconoscere una perforazione intestinale, che mi confermò nella diagnosi pronunziata. La malattia procedette come di regola generale e la necroscopia mi diede amplissima ragione, e rammento con compiacenza che ne ebbi dal buono ed affezionato maestro e dai colleghi lusinghieri complimenti come il primo caso di perforazione intestinale presso noi diagnosticato.

OSSERVAZIONE 3^a — Anche questo caso è avvenuto in una forma di febbre tifoidea larvata e non diagnosticata, quando il male stava per finire e la malata era in convalescenza. Sopracchiamato quale medico consulente per una giovane signorina di 18 anni, perchè presa improvvisamente da grave colica che da prima fu ritenuta essere un molimen mestruale dolorosissimo, al quale la giovane non di rado era soggetta, un attento esame mi portò a riconoscere i sintomi di una peritonite, che pel modo di presentarsi e per la violenza spiegata, ritenni dover essere secondaria. Dall'anamnesi risultava che da circa un mese la signorina non era in buona salute; da prima era stata colta da febbre, dopo un prodromo di alcuni giorni ben marcato, la febbre aveva la forma di una sinoca o di una febbre reumatica, la quale difatti dopo otto giorni era affatto svanita; il medico curante però aggiungeva che nei primi giorni di quella febbre, da alcuni sintomi aveva avuto timore di un tifo. Cessata la febbre, parve che la malata entrasse in convalescenza, però si trovava in uno stato alquanto valetudinario, e con istento si rimetteva in salute. Già fin dai primi giorni dopo che era apiretica aveva lasciato il letto e quasi per intero era tornata alle ordinarie occupazioni ed alle consuete abitudini, al metodo ordinario di alimentazione ritenendosi essa e da tutti guarita. Dietro questi dati io non esitai a ritenere che la peritonite fosse secondaria di una perforazione intestinale in seguito ad una febbre tifoidea. Dopo otto ore visitai di nuovo la malata e per un momento dubitai della diagnosi fatta, tanta la calma che era subentrata, cessati i dolori ed il vomito, essa sentivasi bene e contenta, per cui nella famiglia erano risorte le più lusinghiere speranze. Ma la fisionomia fortemente contratta dell'ammalata, l'abbattimento dei polsi, i sudori freddi, mi fecero persuaso che quella calma non era che l'effetto di una paralisi di sensibilità la quale specialmente nella peritonite precede di poco la morte; difatti dopo due ore questa già era accaduta. Si volle la necroscopia, e la mia diagnosi ebbe piena conferma, una sola ulcera perforata, altre otto erano in via di avanzata riparazione, altre erano già bene cicatrizzate.

OSSERVAZIONE 4^a — Farò pur cenno di una giovane infermiera, la quale dopo poche settimane da che era entrata al servizio nell'Ospedale, fu colta dalla febbre tifoidea; la quale fu gravissima e per lo stato tumultuario dei sintomi, per l'adynamia portò grave pericolo di vita. Superato il male, era entrata in convalescenza dopo 40 giorni di letto, quando d'improvviso fu colta da fortissimi dolori addo-

minali e da tutti i sintomi da riconoscere una perforazione intestinale, la quale in meno di 24 ore portò la morte; e la necroscopia confermò appieno il concetto diagnostico, mostrando oltre l'ulcera perforata, le alterazioni intestinali corrispondenti all'epoca della malattia.

A questi fatti clinici va aggiunto un altro assai interessante nel quale accadde la perforazione intestinale un anno dopo sofferta la febbre tifoidea. Un esteso sunto della storia clinica trovasi già inserito da me nel *Bullettino delle Scienze Mediche* Ser. 4^a V. 3 pag. 58, ed eccone un breve cenno.

OSSERVAZIONE 5^a — Un sensale da vino, uomo di 42 anni, soffrì di una malattia intestinale nel 24^o anno di età, la quale gli lasciò un ricordo di lievi dolorette intestinali a quando a quando in ispecie dopo disordini dietetici. Nel mese di luglio fu colto da febbre tifoidea, venne medicato nell'Ospedale Maggiore, ove rimase per oltre quaranta giorni, e dopo tornò allo stato di prima e tranne dei soliti dolori di ventre, null'altro ebbe da notare sulla sua salute. Soltanto dopo la metà dell'Ottobre dell'anno successivo aumentarono i dolori, fu preso da febbre, venne medicato e dopo 11 giorni persistendo la malattia entrò nella Clinica Medica. Ivi fu riscontrata la febbre con marcate remissioni, i dolori erano estesi a tutto l'addome, che era alquanto meteorizzato, le deiezioni alvine poche e un po' sciolte, niun sintomo caratteristico di tifoide. La notte del 3^o giorno d'ingresso in Clinica ebbe strazianti dolori al ventre, vomiti di materie scure, si vide la fisionomia scomposta con profonde occhiaie, il ventre teso, dolentissimo, intollerante del peso delle più leggiere coperture, respiro affannoso e breve; ben presto sopravvenne il massimo abbattimento, il freddo all'estremità, sudori glaciali e nella notte seguente morì. Alla necroscopia: marcatissime alterazioni di peritonite acutissima da perforazione intestinale; nell'ileo alla distanza di due palmi dalla valvola ileo-cecale un'ulcera di forma elittica, la cui maggiore lunghezza occupava però l'intestino trasversalmente, tendendo quasi alla forma annulare, perforante tutte le tonache, là vicino altre piccole ulcerette; più in basso infossature di forma irregolare, ricoperte dalla membrana mucosa ed ove sembra mancare il tessuto sottomucoso e coi caratteri di essere state ulcere pervenute a guarigione; fu pure trovata la milza aumentata di volume ed alquanto rammollita, e qualche glandola mesenterica ingrossata e rammollita; vi era pure indurimento della valvola del piloro il quale presentava lieve stenosi. La porzione d'ileo in cui sonovi le descritte lesioni, fu da me pure depositata nel Museo d'Anatomia Patologica di questa R. Università.

Sebbene intorno alla genesi dell'ulcere perforante descritta si potessero dare diverse interpretazioni, la più probabile mi sembra quella che un'ulcera tifica si sia lentamente mutata in torpida, e cessato il processo tifico per speciali circostanze o dell'individuo o della località, si sia estesa, abbia perdurato tanto in superficie che in profondità, e così abbia portato la perforazione intestinale.

Un altro punto dell'argomento, sul quale richiamo l'attenzione degli onore-

voli collegli, è quello della sintomatologia; se molte volte la diagnosi di perforazione intestinale è assai facile e si fa con molta certezza, non poche volte vi sono soltanto dubbi, ed anche non di rado non è possibile, e questo grave incidente passa inosservato. Prendendo in considerazione la sintomatologia che mi hanno presentato i fatti di perforazione intestinale che mi si sono presentati, mi sembra che sotto tre forme si possa presentare la sintomatologia di essa.

Una prima forma, e la più frequente, è quella che si manifesta con un dolore intensissimo che si produce d'improvviso in un punto circoscritto dell'addome, e che più volte l'infermo mi indicò coll'espressione *un cane che morde*, dolore che presto si irradia per tutto il ventre, che colla pressione di molto esacerba; i lineamenti del volto d'un tratto si alterano profondamente, vi hanno vomiti, brividi, aumento di temperatura, polso frequentissimo ma piccolo e depresso, in una parola la sintomatologia di una peritonite diffusa, acutissima, la quale quasi sempre in 24, o 48 ore porta la morte, preceduta da uno stato di calma, di remissione da trarre in inganno.

Questa forma però deve portare una distinzione, poggjata sul fatto della qualità e quantità delle materie che escono dall'intestino nella cavità del peritoneo. Se poche le materie liquide, la sintomatologia è quale ho descritto superiormente, l'addome è piuttosto avvallato, o lievemente gonfio, i visceri addominali non si mostrano spostati, o lo sono di poco. Invece se è uscita dall'intestino molta quantità di gas, allora si produce pneumatosi peritoneale, il ventre si presenta gonfio, timpanitico, l'epigastrio prominente, il fegato respinto in alto nell'escavazione diaframmatica. Sarebbe questo il caso in cui qualche volta si potrebbe rilevare un rumore anforico sinerono colla respirazione avvertito da Tuschudnowsky (1), che lo fa derivare dall'uscita e dall'ingresso di gas attraverso la fistola.

Altra forma degna di rimarco è quella nella quale il dolore di subito sale a tanta violenza da portare l'infermo anche al delirio, ma va ben presto in uno stato di grande collasso, con raffreddamento delle estremità, sudori freddi, polsi piccoli e deboli, labbra paonazze, cianosi, profonda alterazione della fisionomia, vomiti, come l'effetto di uno Shock della forte scossa ricevuta, e da soccombere in questo stato in breve tempo.

Questa forma somiglia di molto al colera morbo, e durante l'epidemia di colera del 1855 mi occorre di osservarne un caso che per qualche po' mi lasciò nel dubbio, come può vedersi dal breve cenno che prendo da una Nota su questo fatto, pubblicata nel *Bullettino delle Scienze Mediche* (2).

(1) V. LIEBERMEISTER — Malattie degli intestini. — Nella Patologia e Terapia di Ziemssen. V. II, p. 1, pag. 133. Napoli 1876.

(2) Ser. 4. Vol. 4. pag. 429. Bologna 1855.

OSSERVAZIONE 6^a — Nel 9 Ottobre 1855, quando l'epidemia di colera morbo, quantunque in decrescenza, durava ancora e contavansi anche 5, o 6 casi ogni giorno, entrava nell'Ospedale Maggiore una giovane di 24 anni che si disse malata da sei giorni, nella quale era bene manifesto il quadro sintomatologico di una febbre tifoide. Dopo due giorni di degenza nell'Ospedale, improvvisamente fu colta da acutissimi dolori al basso ventre, da ansietà, smanìa ecc., da indurmi nel sospetto di una perforazione intestinale. Ben presto calmaronsi i dolori, ma il ventre rimase gonfio e dolentissimo al tatto; allora insorsero vomiti infrenabili di materie acquose con fiocchetti bianchi galleggianti, e se si dissero sospese le evacuazioni alvine, il letto però si trovò bagnato di liquido scolorato non avente odore di urina, da credersi fosse umore diarroico colerico; inoltre era sospesa la secrezione dell'urina, i polsi si fecero piccolissimi e mancanti, freddissime le estremità, affannoso il respiro, le labbra livide, gli occhi infossati, accerchiati di colore ceruleo da dare l'aspetto di cianosi, voce debole; calmata però la smanìa, la malata era d'animo alquanto tranquillo; in questo stato ella durò trentasei ore, dopo di che accadde la morte. Avuto riguardo alla malattia dominante, ognuno vede quanto gli accennati sintomi si accostassero al quadro fenomenologico del colera, e perciò quanto ne fosse ragionevole il dubbio. Però considerando che la voce, quantunque debole, non era così fioca ed estinta come nel colera, che mancavano il cingolo precordiale, i granchi, e quella sensazione speciale che si riceve colla mano toccando il coleroso, che si riscontrava il ventre tumido e dolentissimo, e vi era calma e tranquillità d'animo mi indussero a tener ferma la diagnosi di perforazione intestinale; ed alla necroscopia si riscontrarono le lesioni di peritonite acutissima, assai limitata e nel suo inizio la perforazione dell'ileo in una chiazza del Peyer, ed alcune altre chiazze ulcerate e le altre lesioni pure proprie della febbre tifoidea.

Qualche volta ancora la perforazione intestinale è latente, o meglio dirò, passa inosservata; più volte ho riscontrato perforazione, anche doppia in un caso, senza averne avuti indizi, e ciò è avvenuto quando l'infermo era molto assopito ed erano assai accentuati i sintomi adinamici od atassici. Egli è vero che qualche volta l'intensissimo dolore della perforazione intestinale, probabilmente quale revulsivo, fa scomparire il sopore tifico, e lo stato di colosso fa abbassare ad un tratto anche di molto la temperatura, ma ciò mi è sembrato avvenire piuttosto di rado, tuttavia sono due fatti da tenersi a calcolo nella diagnosi. La forma latente sarebbe quindi un'altra delle forme che può assumere la perforazione intestinale.

Un'ultima parte, sulla quale chiamo l'attenzione dei colleghi rapporto all'argomento discusso, è la possibilità della guarigione. I primi medici che ne parlarono si mostrarono d'opinione che il grave incidente non avesse riparo, e che conseguenza inevitabile ne dovesse essere la morte; e quand'anche il Rokitsanski considerasse gli essudati apportare aderenze dell'intestino perforato con altro o con altra parte, quale sforzo della natura medicatrice per procurare la

guarigione, aggiunge però che per le sue osservazioni non ebbe giammai per conseguenza la guarigione radicale della perforazione tifosa dell'intestino (1).

Il primo fatto pubblicato, che a me sembra addimostrare la possibilità e la realtà della guarigione, fu presentato a questa Accademia in una Memoria del compianto illustre collega ed amico carissimo Dott. Ulisse Breventani, nella seduta del 31 Maggio 1848 e letta postuma nel 4 Gennaio 1849, ed il relativo preparato anatomico si trova nel Gabinetto di Anatomia Patologica della Società Medico-Chirurgica e le tavole che lo rappresentano nelle Memorie di questa Accademia (2).

OSSERVAZIONE 7^a — Una giovane servente trilucente fu accolta nell'Ospedale, malata da cinque giorni di febbre a forma sinocale che sembrava dover risolvere in breve, quando nell'undicesima giornata di male venne colta da sintomi tali da diagnosticare di una perforazione intestinale e di successiva acutissima peritonite. Medicata in ispecie con sottrazioni sanguigne locali, la giovane superò il pericolo, e dopo sette giorni era rimessa nello stato di prima. Allora i fenomeni tifici ripresero vigore e si appalesò una febbre tifoidea col suo più pronunciato corredo, e nella 21^a giornata di male l'inferma si trovava in gravissimo pericolo di vita, il quale si protrasse fino alla 37^a giornata, dopo di che si appalesò tale miglioramento, però assai lento, da condurla alla convalescenza. Nella 72^a giornata di malattia d'improvviso insorge di nuovo acutissima peritonite, la malata resiste per otto giorni poi soccombe. La necroscopia mostrò lesioni anatomiche, effetto di pregressa e di recente peritonite, molte aderenze delle parti fra loro; nell'interno dell'intestino ileo parecchie ulcere a vari gradi di cicatrizzazione, una su di una chiazza con rialzo indicante una cicatrizzazione profonda aderente, quale la sede della prima perforazione già cicatrizzata. Una perforazione aperta avvenuta di recente, essa pure su di una chiazza del Peyer, distante circa 12 centimetri dalla valvola ileo-cecale, era sulla superficie peritoneale coperta di essudati anche antichi da lasciar dubitare che l'aderenza si sia staccata dall'intestino perforato ed il foro tornato libero abbia prodotto di nuovo la peritonite che fu causa della morte.

Nelle mie osservazioni trovo che due volte ho veduto nel corso di febbre tifoide insorgere d'improvviso dolore intensissimo in un punto dell'addome, diffondersi, essere seguito da tutto il quadro fenomenologico della peritonite e da ritenere avvenuta la perforazione intestinale, e ciononostante ammansarsi i sintomi ed ottenersi stabile guarigione; ed uno di questi, che di spesso ho occasione di

(1) Trattato completo di Anatomia Patologica. 1^a Traduzione italiana, V. 3, p. 283. Venezia 1834.

(2) Di un caso notevole di Febbre Tifoidea, con alcune considerazioni sul valore che attribuire si debba agli alteramenti che ne' morti per essa d'ordinario si osservano nei follicoli intestinali. T. I, p. 521, anno 1850.

incontrare, ha sempre goduto e gode tuttora, e sono già passati alcuni anni, di ottima salute.

Alle cose esposte aggiungendo che alcuni scrittori hanno asserito di avere ottenuto qualche raro caso di guarigione in infermi nei quali avevano ravvisati i sintomi di peritonite da perforazione, ed il Liebermeister ne cita 3 casi in 16, bisogna concludere che non solo la perforazione intestinale può guarire, ma che realmente qualche volta guarisce.

Ed a maggiore prova aggiungerò un altro fatto che torna assai particolare per la nuova malattia letale alla quale diede origine, e che mi sembra meritevole di considerazione e col quale pongo fine a questo mio qualsiasi lavoro.

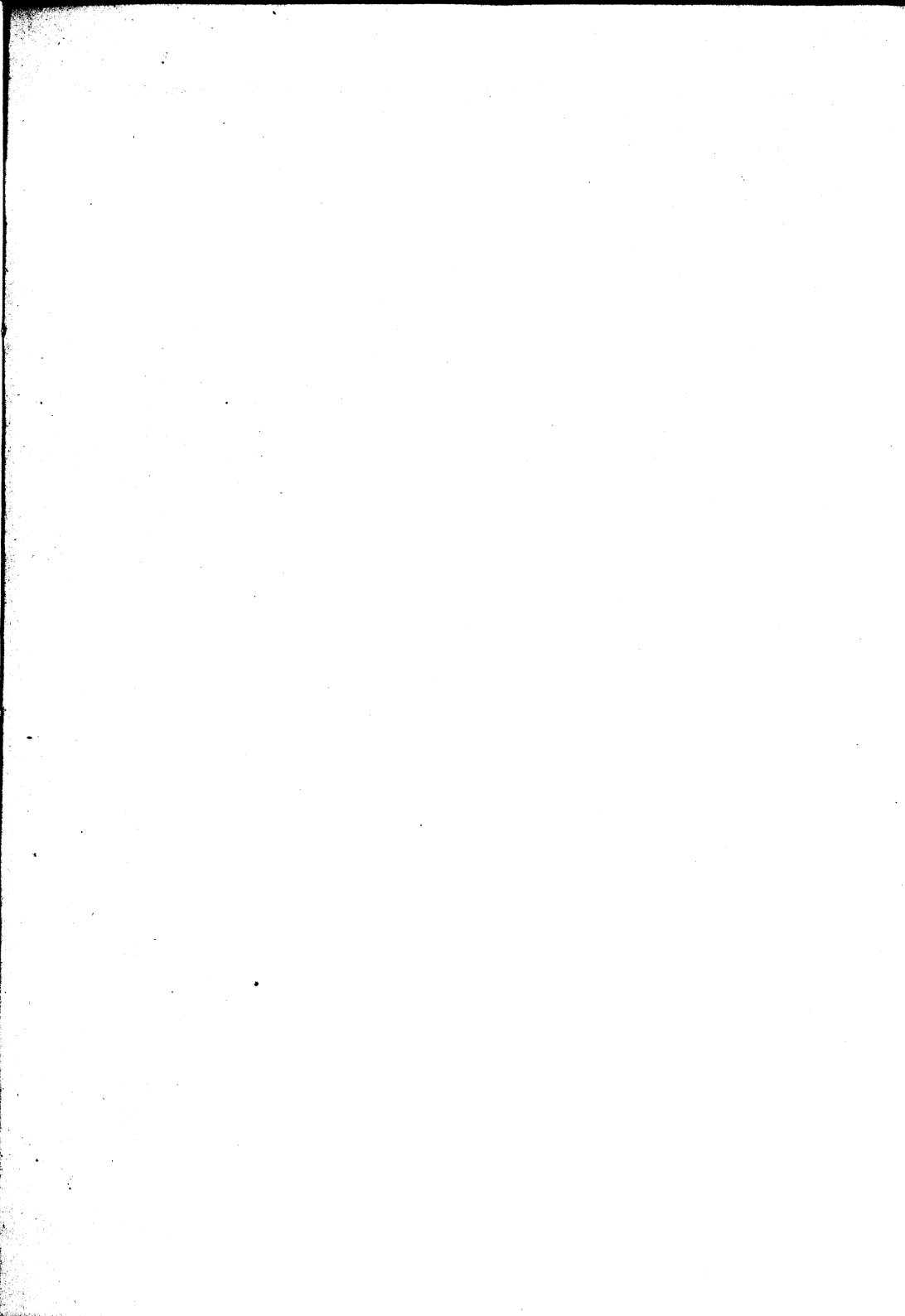
OSSERVAZIONE 8ª — Un garzone contadino di circa 22 anni ammalò di febbre, giacque nella stalla per molti giorni fino a che aggravatosi di molto si cercò di inviarlo all'Ospedale Maggiore. Quando vi fu ricevuto lo si vide a primo slancio che si trovava nel colmo di una febbre tifoide. Era soporoso ed in istato adinamico, aveva il ventre assai dolente per ritenzione d'urina, la vescica piena e dilatata giungeva poco distante dall'ombellico. Provveduto a tale inconveniente colla siringatura che per alquanti giorni si ripeté, avvenne che dopo pochi dì il malato incominciò a svegliarsi, a riprender lena, le sue facoltà e le sue funzioni gradatamente si riordinarono, urinava spontaneamente, però urinando accusava un dolore, una molestia, le urine erano normali. Ma quando sembrava giunto alla convalescenza incominciarono disturbi intestinali: dolori, borborismi, contrazioni intestinali da formare tumori di forma variabile e moventisi da sè, vomiti, stitichezza da dare il sospetto di una occlusione intestinale, od almeno di una stenosi, la quale di tratto in tratto portasse occlusione, essendochè per alcune ore, ed anche per un giorno e più, si calmavano, cessavano, si ottenevano evacuazioni alvine. Questi periodi di calma si fecero più rari, il meteorismo crebbe, furonvi segni di peritonite, e dopo quasi due mesi di dimora nell'Ospedale il malato se ne morì, e la necroscopia venne a darci una spiegazione del fatto morboso, alla quale certamente niuno avrebbe pensato. Per una solida e tenace aderenza trovavasi unito un punto dell'intestino-ileo alla vescica urinaria nella sua parte anteriore e superiore, e tale aderenza stirava in basso l'intestino talmente, che la parte che si univa al cieco rimaneva accasciata e così veniva occluso il lume intestinale; difatti l'ileo al di sopra di questo punto era assai dilatato e pieno di materie intestinali e di gas, la parte inferiore ed il colon ristretti e vuoti; era quindi manifesto che l'occlusione intestinale dipendeva dallo stiramento in basso occasionato dall'aderenza dell'ileo alla vescica urinaria; pochi essudati di non recente formazione esistevano all'intorno ad attestare esservi stata una peritonite non recente, però circoscritta e con centro assai prevalente ove esisteva la descritta aderenza fra la vescica e l'ileo. Esaminato l'intestino internamente nel punto corrispondente all'aderenza notata, si rilevava in una chiazza del Peyer un'ulcera in gran parte cicatrizzata con

cicatrice alquanto prominente, con tessuto fibroso da potersi argomentare con sicurezza che un essudato peritoneale si era insinuato entro il fondo dell'ulcera intestinale, e che per conseguenza vi era stata una perforazione chiusa dall'aderenza fattasi colla vescica urinaria. Nell'ileo vi erano altre ulcere tifose a vari gradi di cicatrizzazione.

Da questi fatti anatomici, messi in relazione coi dati clinici, mi sembra si possa ricostruire il fatto morboso nel modo seguente:

Quando il malato entrò nell'Ospedale, probabilmente era già avvenuta la perforazione, e la perforazione deve essere accaduta quando la vescica urinaria, per la ritenzione dell'urina, si era insinuata in alto e fra le anse intestinali, la perforazione deve essere accaduta in una porzione dell'ileo che poggiasse sulla distesa vescica urinaria e che ben presto essudati flogistici abbiano saldato il contatto di questa con quello nelle anormali relazioni in cui allora si trovavano. Ma quando la vescica venne a svuotarsi, quando riprese la sua contrattilità, quando tornò alle sue normali dimensioni a nascondersi sotto al pube, trasse seco l'intestino, il quale tenuto fermo dall'altro capo dalla immobilità del cieco, dovette soffrire quello stiramento che trovammo essere causa dell'occlusione intestinale. Natura medicatrice si mostrò propizia nella prima fase, avvenendo la circostanza che i dintorni del foro si saldassero sulla parte su cui poggiavano, e così si confermasse la possibilità della guarigione della perforazione intestinale; ma per altra parte sbagliò, e non fu previdente dando luogo ad una alterazione organico-strumentale incompatibile col regolare funzionamento dell'intestino e quindi colla vita.





1877