



ALESSIO NAZARI



**Contributo allo studio anatomico-patologico  
delle cisti biliari del fegato**

*Estratto dal " Policlinico ", (Sezione Medica) anno 1910*



mi<sup>2</sup>.

B

6A

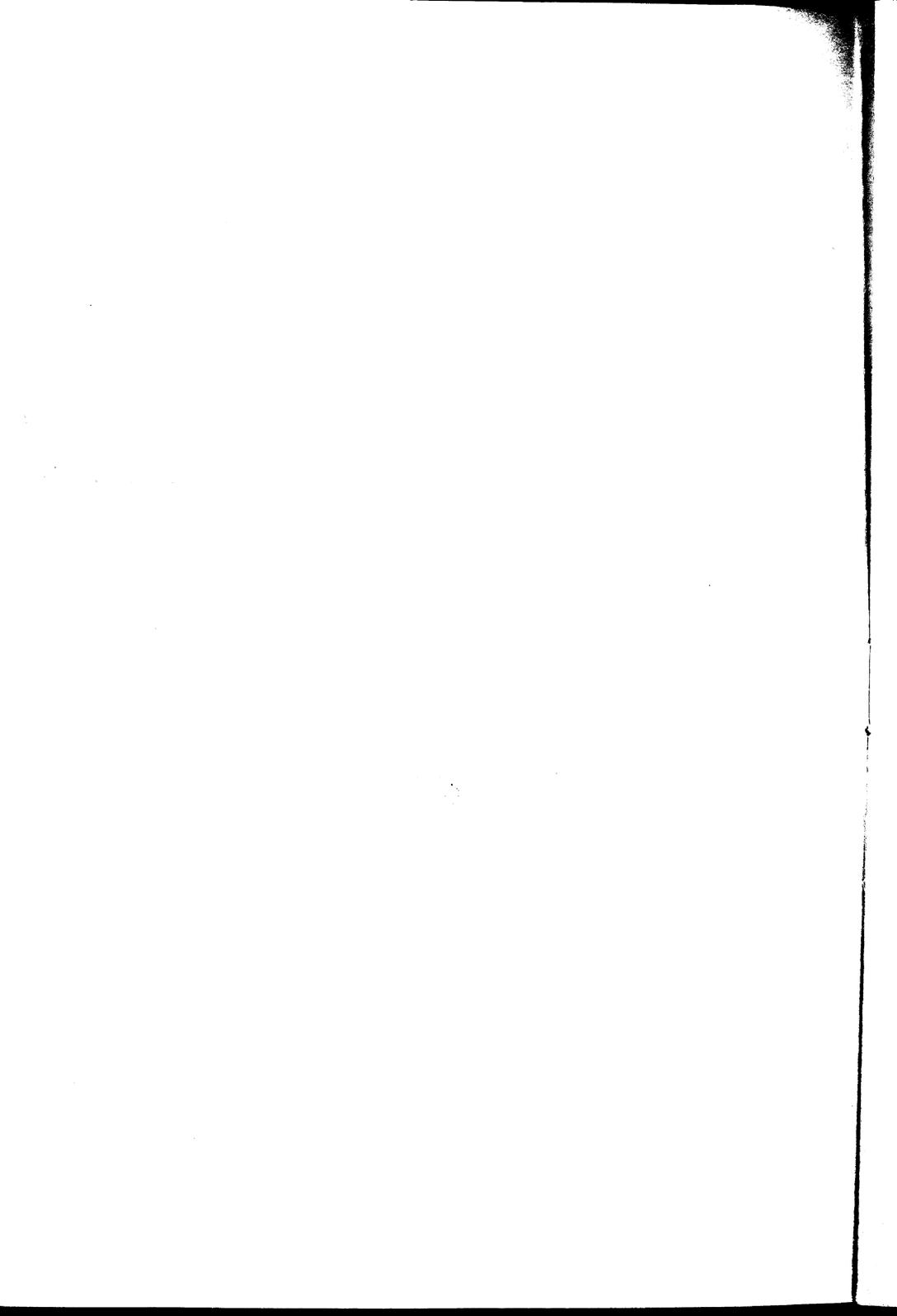
10

ROMA - 1910

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE

" IL POLICLINICO ", CORSO UM-

BERTO I, N. 219



DOTT. ALESSIO NAZARI

---



**Contributo allo studio anatomico-patologico**  
**delle cisti biliari del fegato** ♣ ♣ ♣ ♣ ♣ ♣

---

*Estratto dal " Policlinico ", (Sezione Medica), anno 1910* ♣ ♣ ♣ ♣

---



ROMA - 1910 ☞ ☞ ☞ ☞ ☞

---

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE

---

" IL POLICLINICO ", CORSO UM-

---

BERTO I, N. 219 ☞ ☞ ☞ ☞ ☞

---

---

PROPRIETÀ LETTERARIA

---

Roma, 1910 — Tipografia Nazionale di G. Bertero & C.

---

ISTITUTO D'ANATOMIA PATOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA  
diretto dal prof. ETTORE MARCHIAFAVA

## Contributo allo studio anatomo-patologico delle cisti biliari del fegato

per il dott. ALESSIO NAZARI.

Il caso di cui faccio seguire la descrizione costituisce per alcune sue particolarità un contributo abbastanza interessante allo studio delle cisti del fegato, la cui bibliografia è raccolta in modo completo da Hoppe-Seyler nel volume sulle malattie del fegato della *Specielle Pathologie und Therapie* di Nothnagel, nel capitolo delle neoformazioni.

Trattavasi di un individuo di circa 50 anni, del quale fu eseguita l'autopsia nell'ottobre 1908. Della storia clinica purtroppo non conosciamo altro che l'infermo, durante la sua degenza all'Ospedale durata pochi giorni, presentò i sintomi di una peritonite diffusa. L'autopsia non rilevò altre alterazioni degne di nota, oltre quella del fegato e una peritonite siero-fibrinosa acuta diffusa.

Il fegato, alquanto aumentato di volume, pesava grammi 1900, e conservava nelle linee generali la sua forma normale. L'organo aveva un diametro trasverso massimo di centimetri 23; il lobo destro misurava centimetri 18 di altezza e il lobo sinistro centimetri 16; i bordi inferiori apparivano regolari e taglienti, e la cistifellea debordava di due dita trasverse. Sulla superficie convessa del fegato, a destra del legamento falciforme, sporgeva una tumefazione irregolarmente sferoidale, con parti più prominenti e nettamente fluttuanti alla palpazione, che occupava tutta l'altezza dell'organo, dalla vena cava inferiore fino all'incisura della cistifellea. L'intera superficie della tumefazione e la porzione debordante della cistifellea erano rivestite da un abbondante essudato fibrino-purulento, che si trovava anche, in minore quantità, sulla sommità del lobo sinistro e sulla metà inferiore della superficie convessa del lobo destro. In quest'ultima regione la capsula del

Glisson presentava un fine raggrinzamento fibroso, mentre nelle altre parti era liscia come normalmente. Il parziale raggrinzamento notato sulla superficie convessa del fegato si continuava anche sulla superficie concava inferiore dello stesso lobo destro. In corrispondenza del lobo quadrato, che era anch'esso nettamente fluttuante alla palpazione, la capsula del Glisson era notevolmente ispessita. La cistifellea appariva aumentata di volume, piena di liquido, ma non tesa.

Il pancreas e il duodeno erano normali, solo sulla mucosa di quest'ultimo, aperto longitudinalmente, l'ampolla del Vater faceva una sporgenza alquanto maggiore del normale. Il duodeno conteneva bile leggermente colorata in giallo, ed esercitando una compressione sulla cistifellea fluiva dall'orificio dell'ampolla un liquido filante, torbido, appena colorato in giallo. Uno specillo, introdotto nell'orificio di ampiezza normale dell'ampolla del Vater, era arrestato dopo un tragitto di pochi millimetri da un corpo resistente che l'incisione del coledoco dimostrò essere un calcolo, il quale però non era incuneato, nè occludeva completamente il lume del condotto.

Continuando ad incidere sulla guida di una sonda il coledoco si vide come, a questo primo calcolo, seguisse una serie di altri 30 calcoli irregolarmente disposti, di grandezza variabile tra quella di un chicco di granturco a quella di un grano di miglio, che riempivano il coledoco e l'epatico, notevolmente dilatati fino al loro ingresso nel fegato. Il coledoco, la cui parete aveva uno spessore notevolmente maggiore del normale, aveva una circonferenza massima di centimetri 3, e l'epatico aveva raggiunto dimensioni pressochè uguali. Anche il cistico, che non conteneva calcoli, era considerevolmente dilatato e ipertrofico, sebbene in grado minore del coledoco. Anche la cistifellea appariva dilatata con aumento di spessore delle sue pareti, non conteneva calcoli, ma solo un liquido mucoso filante, torbido, appena colorato in giallo. Il dotto pancreatico era normalmente pervio e d'ampiezza normale. La mucosa dei dotti biliari maggiori, della cistifellea e del dotto pancreatico non presentava alterazioni apprezzabili. Normali apparivano la vena porta e l'arteria epatica, e così gli sbocchi delle vene sopraepatiche nella cava inferiore, la quale lasciava conoscere sottili deposizioni trombotiche parietali recenti.

Aperto il fegato con taglio a tutto spessore lungo il suo maggiore diametro trasverso, si vide fluire dalla sezione abbondante liquido mucoso, torbido, poco filante, leggermente colorato in giallo e con esso alcuni calcoli. Il fegato si presentava da ambo i lati della sezione (Vedi le fig. 1-2) trasformato nella sua parte centrale in una serie di cavità irregolari, di grandezza variabile, fra quella di un piccolo arancio e quella di una nocciola, distinte fra loro da seppimenti di aspetto connettivale senza traccia di tessuto epatico interposto. Le superfici anfrattuose di queste cavità irregolari, comunicanti fra loro per mezzo di aperture di varia ampiezza, erano lisce, e sopra alcune di esse si notavano sporgenze a guisa di valvole semilunari e lacinie connettivali semplici o bifide che attraversavano le cavità.

Questo insieme di cavità intercomunicanti, che costituiva un vero sistema, era in ampia e diretta comunicazione col dotto epatico e per esso col cistico e col coledoco, e conteneva circa 70 calcoli, liberi, di forma irregolare e di grandezza varia fra quelle di una nocciola e quella di un chicco di miglio; più una discreta quantità di renella biliare piuttosto grossa.

I calcoli erano molli, friabili, a superfici irregolari e non lucide, intensamente colorati in bruno, splendenti al taglio, ed erano costituiti da colesterina e da pigmenti biliari. Non rimaneva di parenchima epatico che un terzo circa del lobo destro e una metà del lobo sinistro. Quindi due terzi del lobo destro e una metà

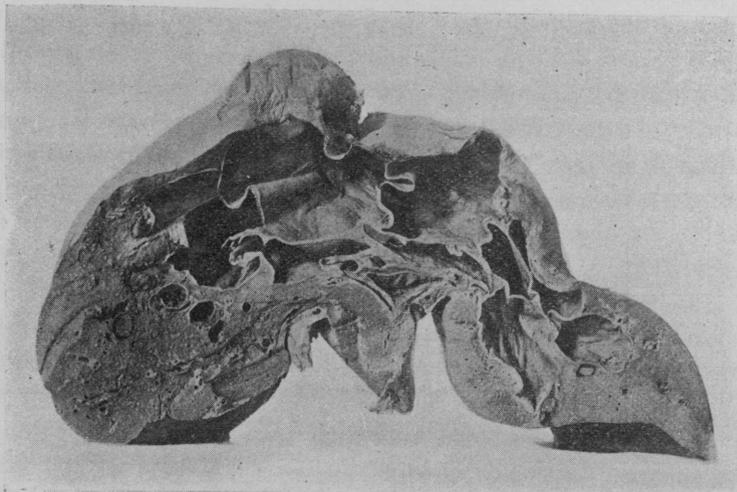


Fig. 1ª. — Sezione longitudinale del fegato  
(superficie di sezione posteriore).

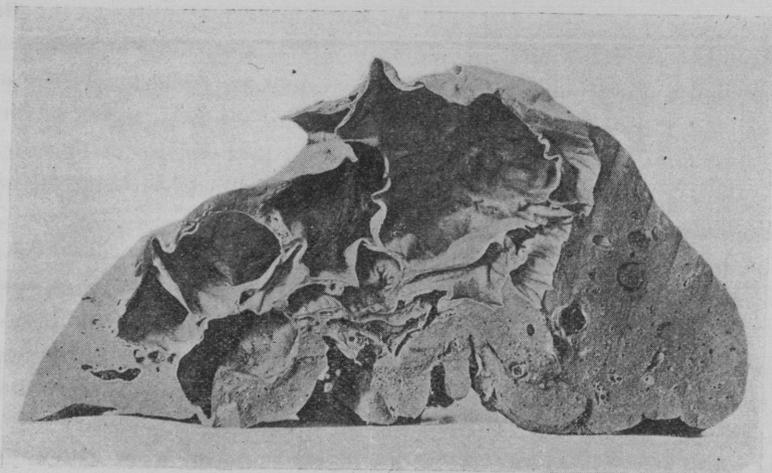


Fig. 2ª. — Sezione longitudinale del fegato  
(superficie di sezione anteriore).

del lobo sinistro erano occupati dalla formazione cistica. Il parenchima epatico conservato non era affatto itterico, ma presentava notevoli alterazioni, rilevabili già ad occhio nudo, e consistenti in una dilatazione dei vasi biliari limitata alle vicinanze

immediate della formazione cistica. Questi vasi biliari avevano raggiunto un diametro da mezzo ad un centimetro, e contenevano calcoli e sabbie biliari. Inoltre si notavano trombosi ocludenti recenti di alcuni dei rami maggiori intraepatici della vena porta.

*Esame microscopico.* — Da varie parti del fegato, e precisamente dalla parete superiore esterna di una delle cisti maggiori, dalle pareti e dai sepimenti che dividevano fra loro le varie concamerazioni, dal parenchima epatico confinante con la formazione cistica, dal parenchima epatico più lontano da questa, dal pancreas, dal dotto pancreatico, dalla cistifellea e dal coledoco, furono prelevati numerosi frammenti di varia grandezza che vennero fissati in alcool assoluto, inclusi in paraffina, sezionati al microtomo e colorati nelle sezioni con ematosilina ed eosina, col metodo di Van Gieson per il connettivo, e coi metodi di Weigert per la fibrina e per le fibre elastiche.

L'esame istopatologico diede il seguente risultato:

Nelle sezioni a tutto spessore della parete superiore di una delle cisti maggiori, in vicinanza del legamento sospensorio del fegato, che aveva uno spessore variabile da 4 a 7 mm, si notava come la superficie libera del peritoneo che ricopre la capsula del Glisson fosse rivestita da un essudato fibrinoso riccamente infiltrato di leucociti polinucleari. Le cellule endoteliali della sierosa apparivano in alcune parti bene conservate, d'aspetto normale e leggermente rigonfie, in un unico strato continuo al disotto dell'essudato, in altre parti erano invece più o meno profondamente alterate e necrotiche per la ricca infiltrazione leucocitaria. Lo strato sottostante, o mediano, della parete cistica, costituito da tessuto connettivo fibroso compatto, povero di elementi cellulari fissi con nucleo allungato, infiltrato da fibrina e da leucociti polinucleati nelle parti immediatamente al disotto della sierosa, conteneva nel suo spessore varie formazioni. Si vedevano anzitutto isolette allungate di tessuto epatico che già all'esame macroscopico si vedevano continuarsi col tessuto epatico conservato ai lati della formazione cistica. Da ambo i lati di questa, il tessuto epatico conservato appariva sulla superficie di taglio dell'intero organo con una figura triangolare ad angolo superiore acutissimo in corrispondenza della sommità della volta del fegato, dove era rappresentato soltanto dalle isolette comprese nello spessore della sezione microscopica. In questi ultimi residui di parenchima epatico le cellule ghiandolari, pure avendo perduto la disposizione raggiata caratteristica che hanno negli acini epatici normali, non presentavano notevoli alterazioni regressive, ed egualmente inalterati erano i canalicoli biliari col loro epitelio cilindrico bene conservato. Anche alcuni dotti biliari di calibro maggiore, che si trovavano nello spessore della parete cistica che sto descrivendo, lontano dalle isole di tessuto epatico, non presentavano altra alterazione all'infuori di un lieve grado di dilatazione. Anche i vasi sanguigni arteriosi e venosi di vario calibro, racchiusi nella parete cistica, apparivano normali. Negli strati più interni della parete cistica si vedevano sottilissime fenditure di forma irregolare ed irregolarmente distribuite, che rappresentavano capillari e piccole lacune linfatiche. Sempre nello spessore della parete cistica si vedevano scavate ampie fessure col loro asse maggiore parallelo alla superficie libera della cisti, prive di pareti distinte e di rivestimento epiteliale.

le quali avevano un discreto contenuto di pigmento biliare in forma granulare. Finissimi granuli di questo pigmento infiltravano lo strato più interno della parete delle fenditure, parete che mostrava un contorno finemente ondulato e appariva costituita da fibrille connettivali e da scarse cellule connettivali allungate.

In breve queste speciali fenditure allungate, scavate nello spessore della parete della cisti, ripetevano in piccolo la struttura delle grandi cavità cistiche. Infatti lo strato inferiore interno della parete cistica, avente un contorno leggermente ondulato, appariva anch'esso privo di rivestimento epiteliale, e costituito da fibre e da cellule connettivali infiltrate negli strati ultimi, limitanti la cavità cistica, da sottili granuli di pigmenti biliari.

Nelle sezioni microscopiche praticate nei punti più assottigliati della parete esterna superiore della stessa cisti maggiore, si notavano le stesse strutture e le stesse formazioni; solo facevano difetto le isolette di tessuto epatico. Nelle sezioni microscopiche delle pareti limitanti e dei setti divisorii delle varie cavità cistiche, si rilevava una struttura connettivale fibrosa riccamente vascolarizzata senza traccia di rivestimento epiteliale e con lieve infiltrazione di granuli di pigmento biliare negli strati costituenti la superficie della cisti.

Lo studio istologico di numerosi preparati del tessuto epatico non cistico, tanto del lobo destro che del lobo sinistro del fegato, dimostrò alterazioni regressive e necrotiche diffuse delle cellule epatiche, specialmente gravi in vicinanza delle pareti cistiche, senza che si notassero contemporaneamente alterazioni del connettivo intraepatico. Sempre in vicinanza della formazione cistica si notavano, nel tessuto epatico, alterazioni notevoli dei vasi sanguigni e dei dotti biliari, consistenti, le prime in trombosi recenti dei vasi venosi di calibro maggiore con trombi rossi recenti riccamente infiltrati di leucociti polinucleati; le seconde nella dilatazione ed ispessimento dei dotti biliari maggiori, che lasciavano riconoscere il loro epitelio cilindrico desquamato e commisto a concrezioni granulari di pigmenti biliari delle quali erano ripieni. Accanto a questi vasi biliari dilatati si vedevano sezioni di altre cavità di figura rotonda di aspetto analogo, ma prive dell'epitelio cilindrico desquamato, non contenenti pigmenti biliari e rivestite di uno strato di connettivo fibroso con infiltrazione di tenuissimi granuli pigmentari degli strati più interni, perfettamente analoghi a quelli delle pareti delle formazioni cistiche.

Allontanandosi dalla parete cistica il tessuto epatico presentava nei preparati microscopici alterazioni infinitamente minori. Le cellule epatiche, d'aspetto normale, presentavano solo un'infiltrazione di pigmento giallognolo a minutissimi granuli e di pigmento bruno a granuli maggiori; granuli dello stesso pigmento bruno si vedevano liberi negli spazi tra le diverse travate cellulari o fagocitate da cellule endoteliali. Mentre era del tutto normale il connettivo intralobulare, il connettivo degli spazi triangolari era alquanto ispessito, e in esso si notavano focolai di infiltrazione parvicellulare attorno ai vasi biliari ed ai vasi sanguigni, del resto normali.

L'esame dei preparati microscopici del dotto coledoco e del dotto pancreatico non ha rivelato altra alterazione all'infuori della desquamazione cadaverica dell'epitelio cilindrico di entrambi e della dilatazione e ipertrofia delle loro pareti assai più manifesta nel primo che nel secondo.

Parimenti si trovò desquamazione dell'epitelio, ipertrofia della parete muscolare della cistifellea, la cui tonaca sierosa appariva anch'essa, al pari della superficie sierosa del fegato, rivestita di un abbondante essudato fibrino-purulento.

### Conclusioni.

Riassumendo, nel mio caso trattasi evidentemente di cisti multipli del fegato in intimi rapporti anatomici colle vie biliari. La mancanza di precise notizie anamnetiche mi rende disgraziatamente impossibile qualsiasi considerazione clinica intorno alla sintomatologia e allo svolgimento di questa rara alterazione anatomica, che rappresentò un reperto accidentale d'autopsia.

Il reperto anatomico-patologico consisteva sostanzialmente nella presenza di un numero considerevole di cisti di varia grandezza occupanti, a tutto spessore, la parte mediana del fegato, ampiamente comunicanti fra loro e col dotto dilatato. Esse ricordavano nel loro aspetto macroscopico assai da vicino i caratteri di un rene idronefrotico. Il dotto coledoco dilatato, pure essendo ripieno di calcoli biliari, era permeabile alla bile, la quale poteva fluire fra la parete del dotto ed i calcoli in essa contenuti, come l'acqua tra i ciottoli di un torrente. L'ipotesi più ovvia sulla genesi delle descritte dilatazioni cistiche, analogamente a quanto vale per le idronefrosi, sarebbe quella di farle derivare da una progressiva dilatazione delle vie biliari in seguito alla pressione esercitata dalla bile per una occlusione del coledoco. L'aver riscontrato all'autopsia il coledoco permeabile alla bile non potrebbe essere una seria obiezione per escludere una tale interpretazione, perchè l'occlusione del coledoco potrebbe essere esistita precedentemente. Un'obiezione molto più grave sorge da un altro carattere della dilatazione cistica delle vie biliari, cioè dall'essere questa nettamente circoscritta alla parte mediana dell'organo. Gli effetti dell'occlusione del coledoco, da qualunque causa sia essa prodotta, si manifestano sempre in modo uniforme in tutte le ramificazioni intraepatiche delle vie biliari.

Nel mio caso il parenchima epatico conservato con caratteri macroscopici e microscopici solo leggermente alterati, non lasciava riconoscere che una modica dilatazione delle vie biliari in massima vicinanza della porzione cistica, mentre nelle altre parti queste si presentavano, come è stato detto, completamente normali, così per il loro calibro che per i loro caratteri istologici. Va aggiunto che il parenchima epatico, pure presentando un certo grado di infiltrazione di pigmenti biliari, non aveva affatto i caratteri del fegato itterico. Si potrebbe dire a proposito di quest'ultimo fatto, che anche l'ittero fosse esistito e poi scomparso, dopo ristabilitasi la permeabilità del coledoco. Ma come spiegare la netta limitazione della degenerazione cistica alla parte centrale dell'organo? Si potrebbe pensare che questa dilatazione si fosse manifestata a carico di un gruppo di vasi biliari aberranti terminanti a fondo cieco e comunicanti col coledoco. Come abbiamo visto nella letteratura, la dilatazione di vasi biliari aberranti è stata invocata per la spiegazione della patogenesi delle cisti semplici del fegato. Però queste vie biliari aberranti che

danno luogo alla formazione delle cisti semplici non sono in comunicazione col tessuto epatico secernente, mentre nel nostro caso la presenza di numerosissimi calcoli liberi contenuti nelle varie concamerazioni cistiche, sono prova evidente della esistenza di tale comunicazione. Nè si può ammettere, come fa Sabourin per le cisti riscontrate nelle cirrosi interlobulari, che si originino dalla dilatazione angiomatica dei canali neoformati negli spazi triangolari per occlusione dei dotti corrispondenti. Nel mio caso il lieve aumento del connettivo interlobulare non può in alcun modo essere interpretato come un processo cirrotico. E nemmeno può trattarsi nel mio caso di un cisto-adenoma poichè l'esame istologico accurato delle pareti limitanti le cisti, non ha rivelato alcun carattere neoplasico.

E così che per esclusione e per alcuni dei caratteri anatomici della alterazione, quali, la limitazione di essa alla parte mediana del fegato, le dimensioni assai considerevoli delle dilatazioni e le particolarità anatomiche delle cisti, che, se sono comuni nella idronefrosi, sarebbero nel fegato un reperto veramente singolare e di difficile interpretazione, mi fanno ritenere come più soddisfacente l'ipotesi che si tratti di un'alterazione congenita di un determinato gruppo di vie biliari.

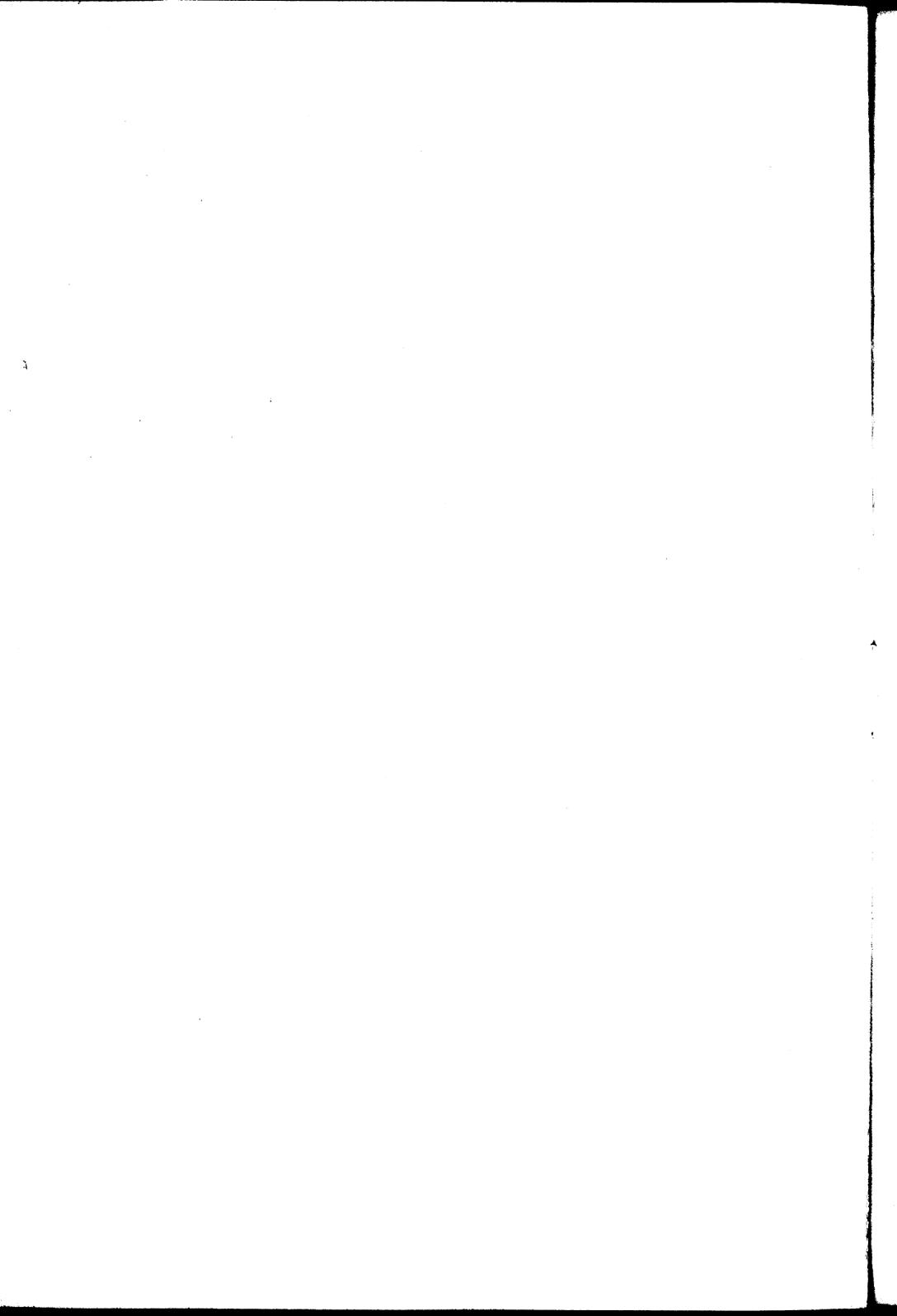
Dal punto di vista istopatologico la mancanza assoluta di un rivestimento epiteliale delle cavità cistiche non può essere altrimenti spiegato che coll'atrofia e colla desquamazione dello stesso.

Le dilatazioni dei dotti biliari maggiori e di medio calibro che ho riscontrato in immediata vicinanza della formazione cistica e la trombosi recente di alcuni rami venosi nelle stesse regioni, vanno considerati come fatti secondari.

Con questa concezione del processo anatomo-patologico è probabile che esso non si sia manifestato clinicamente col quadro imponente della occlusione completa del coledoco ma che abbia piuttosto dato luogo alla sintomatologia di una comune calcolosi epatica senza tale grave conseguenza.

La peritonite, che fu l'avvenimento terminale, e che sola troviamo ricordata nella deficiente storia clinica del paziente non ha trovato all'autopsia altra possibile interpretazione all'infuori di questa: che si trattasse di una infezione acuta, probabilmente enterogena delle vie biliari, con diffusione al peritoneo.











# IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

DIRETTO DAI PROFESSORI

**GUIDO BACCELLI | FRANCESCO DURANTE**

DIRETTORE DELLA R. CLINICA MEDICA  
DI ROMA

DIRETTORE DEL R. ISTITUTO CHIRURGICO  
DI ROMA

con la collaborazione di altri Clinici, Professori e Dottori italiani e stranieri

si pubblica in tre Sezioni distinte:

**Medica — Chirurgica — Pratica**

## IL POLICLINICO

chirurgia e dell'igiene.

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

## LA SEZIONE PRATICA

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

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

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

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

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

Pubblica in una parte speciale tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Condotte vacanti, ecc.

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

A questo scopo dedica una rubrica speciale e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli verranno richieste.

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

A questo proposito si invitano gli autori a mandare copia delle opere e delle monografie da loro pubblicate.

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

### ABBONAMENTI ANNUI:

|   | Italia | Unione postale |
|---|--------|----------------|
| 1. Alla sezione medica e alla sezione pratica . . . . . | 15     | 23             |
| 2. Alla sezione chirurgica e alla sezione pratica »     | 15     | 23             |
| 3. Alle tre sezioni insieme . . . . .                   | 20     | 30             |
| 4. Alla sola sezione pratica . . . . .                  | 10     | 15             |

Un ann. separato della sezione medica o chirurgica Lire UNA

Un num. separato della sezione pratica cent. 50.



Gli abbonamenti cominciano a decorrere dal primo di gennaio di ogni anno.

Il *Policlinico* si pubblica sei volte il mese.

La sezione medica e la sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli illustrati di 48 pagine, che in fine di anno formeranno due distinti volumi.

La sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32 pagine.