

La Clinica

DIRETTORI:

PROF. ANTONIO GASBARRINI

PROF. RAFFAELE PAOLUCCI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA MEDICA
PADOVA

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA CHIRURGICA
ROMA

REDATTORE CAPO
MARIO TRINCAS

REDATTORI PER LA MEDICINA

REDATTORI PER LA CHIRURGIA

G. BASSI e G. SOTGIU

A. QUIRI e E. RUGGIERI

SEGRETARIO DI REDAZIONE

E. BERNABEO

ANNO SESTO

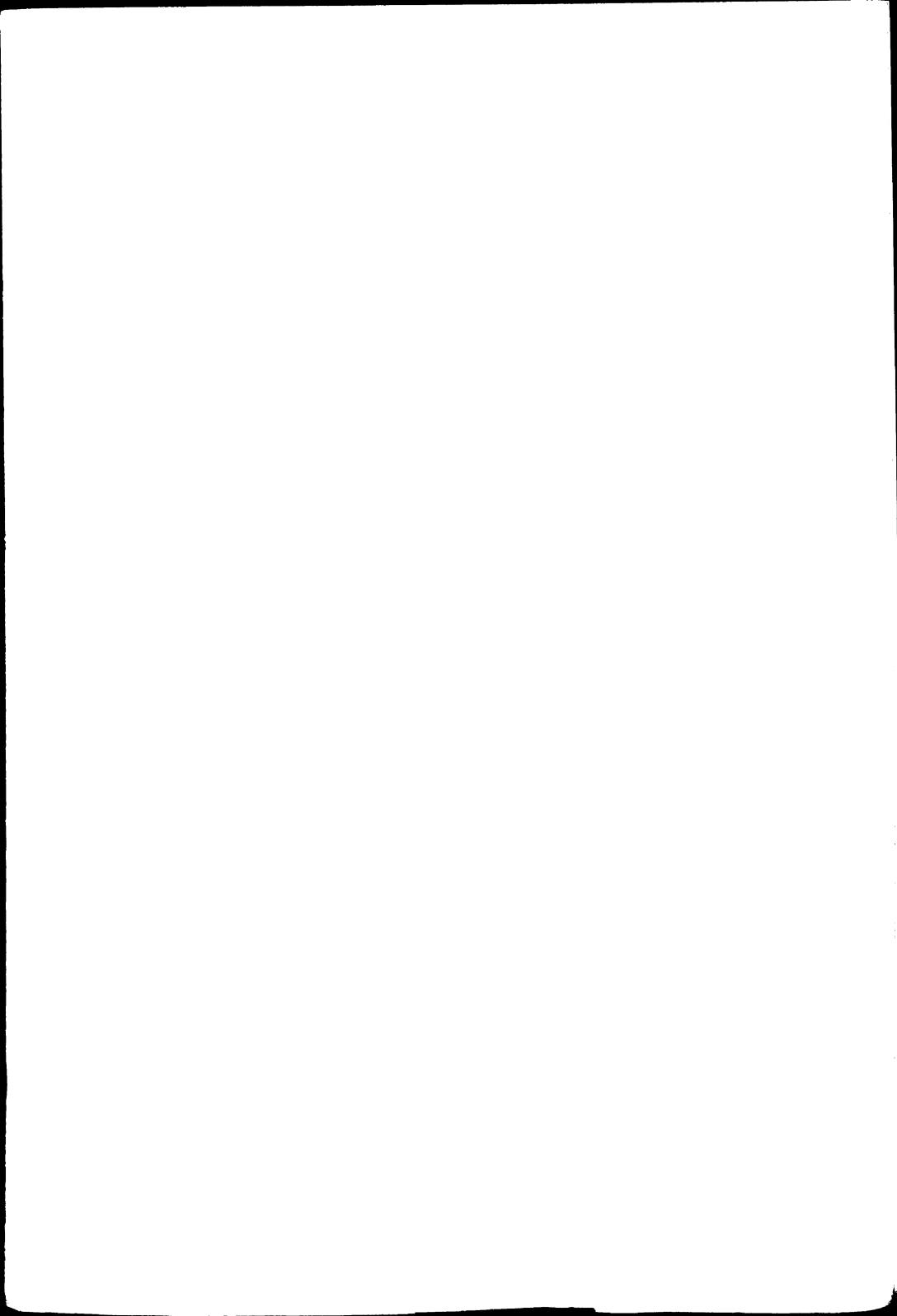
1939



Su cinque casi di ileo biliare.

Dot. LUIGI-GIROLAMO FACCINI

L. CAPPELLI — EDITORE — BOLOGNA



Su cinque casi di ileo biliare.

DOTT. LUIGI-GIROLAMO FACCINI



I casi di ileo biliare, poco numerosi ancora nella casistica di una cinquantina di anni fa, sono stati raccolti poi via via in maggior copia dai vari Autori a noi più vicini. Ciò ha permesso di approfondire lo studio di questo quadro nosologico e, da un lato, di interpretarne le note difficoltà diagnostiche, dall'altro di rendersi ragione della ancora piuttosto alta mortalità ad esso collegata.

Avendo avuto occasione di osservare e studiare nel primo piano del primo padiglione chirurgico dell'Ospedale Civile Costanzo Ciano di Livorno nell'anno 1938, due casi di occlusione intestinale da calcoli biliari con alcune particolarità che verò in seguito esponendo; e usufruendo di altri tre casi la cui storia e documentazione sono state messe cortesemente a mia disposizione dal chiarissimo Prof. QUINTO VIGNOLO, Primario Chirurgo dell'Ospedale Civile di Lucca che vivamente ringrazio; consigliato in proposito dall'eccellentissimo Prof. GUIDO FERRARINI cui qui rendo non meno vive grazie; ho voluto scorrere la bibliografia sull'argomento e mi sono proposto colla presente pubblicazione di portare un contributo alla migliore conoscenza di questo importante argomento: in particolare a ricercare le cause della difficoltà diagnostica e dell'alta mortalità, che i miei casi sembrano non confermare.

In questo studio ho potuto constatare infatti che, malgrado l'esistenza di non numerosi altri casi fortunati per precisa dia-

gnosi e per esito fausto, pure l'ileo biliare nel suo occorrere più frequente rappresenta sempre una entità morbosa che difficilmente si lascia identificare in tempo utile, e fa ancora perdere al chirurgo molti pazienti.

Ho pertanto cercato di mettere in evidenza quali possano essere gli elementi che, accuratamente rilevati e valutati, permettano una più tempestiva identificazione e un più fruttuoso trattamento.

Ciò detto espongo la storia dei miei cinque casi.

CASO I. - R. Giannina, nata a Livorno, coniugata. Entra nella Regia Clinica Chirurgica di Pisa l'8 ottobre 1911.

Anamnesi remota. - Ventiquattro anni or sono ebbe una crisi di dolori molto forti localizzati al lato destro dell'addome. Il medico curante fece diagnosi di colica renale. Dopo quella volta non ebbe più alcun disturbo.

Dodici anni or sono le fu riscontrato zucchero nelle urine e fu sottoposta a dieta antidiabetica. Poi stette bene fino al 1910. In quell'anno ebbe dei disturbi, dei dolori alla regione epatica. Fu fatta diagnosi di calcolosi biliare e il Prof. GROCCO ordinò la cura delle acque di Montecatini.

Anamnesi prossima. - Il 4 ottobre 1911 alle ore quattro del mattino fu colta da dolori fortissimi all'epigastrio irradiantisi anche alla spalla destra, con vomito e abbondante scarica diarroica. Da notarsi che quattro-cinque giorni prima di questo fatto ebbe per qualche giorno feci scolorate. Fu purgata con purgante oleoso, che vomitò dopo quattro ore insieme a contenuto gastrico. Gli accessi dolorosi si ripeterono, per cui furono praticate alcune iniezioni di morfina che

le procurarono uno stato di benessere fino alla sera. La sera, non avendo evacuato, fu praticato un clistere purgativo di senna e solfato di soda che fu emesso insieme a feci. La sera stessa fu praticata un'altra puntura di morfina e la notte passò tranquilla. Il 5 ottobre fu purgata e il purgante fu nuovamente vomitato insieme a contenuto gastrico. Altro accesso doloroso, altra morfina, altro periodo di benessere. Il vomito anche nella giornata si ripeté, sempre a contenuto gastrico. La sera sopravvenne anche un po' di singhiozzo. Praticato la sera altro clistere, fu emesso misto a piccole quantità di feci. Il Prof. QUEIROLO, chiamato a consulto, pensò anche lui a colica epatica. Notte agitata con dolori. Il giorno 6 giornata simile al giorno cinque; però dalla sera di questo giorno dall'intestino non si ebbe più emissione di gas. Il giorno 7 il singhiozzo fu più frequente; però il vomito aveva sempre i caratteri del contenuto gastrico. La sera del 7 si ripeté il vomito tre volte. Passò la notte agitata e la mattina del successivo 8 si ebbe vomito fecaloide. Il vomito si ripeteva ogni dodici ore circa. Tutte le mattine fu praticato un bagno caldo. L'addome fu sempre trattabile. Non si dette alcuna alimentazione tranne qualche cucchiaino di brodo.

Diagnosi. - Occlusione intestinale da calcolo biliare.

Intervento operatorio (Prof. VIGNOLO). - Gastrolusi-Cloronarcosi-Disinfezione del campo operatorio con tintura di jodio. Laparotomia pararettale destra dalla trasversa ombelicale in basso. Lo strato celluloso-adiposo sottocutaneo è dello spessore di 5 a 6 centimetri. L'incisione viene praticata a strati. Dell'adipe preperitoneale appena traccia. Il peritoneo è teso. Aperto il peritoneo se ne afferrano le labbra con delle pinze di Péan e si applica un dilatatore automatico. Prolassano dalla ferita anse del tenue meteoriche e iperemiche. Ridotte con compressione si identifica il cieco. L'ileo terminale è afflosciato e di aspetto normale.

Allora metodicamente si svolge l'ileo dal capo aborale in su e a circa un metro di distanza si arriva sulla parete meteorica da cui traspare un grosso calcolo dell'altezza di 5 cm., cilindroide, del diametro massimo di cm. 3,5, di un diametro minimo di cm. 2,5 e di circonferenza massima e minima rispettivamente di cm. 9 e 8. Su di esso è teso l'intestino.

Pervenuti così alla causa della occlusione si eviscera accuratamente l'ansa sede del calcolo isolandola esattamente dal restante intestino. E si pratica sul suo margine convesso una entero-

tomia di cm. 4; con la spremitura delicata dell'ansa il calcolo fuoriesce con pochissimo contenuto intestinale. Deterso questo, disinfettata l'ansa, si applicano due enterostati e si fa una sutura a doppio strato con punti continui in seta. Eseguita la toilette antisettica dell'ansa si riduce nel ventre. La sutura della ferita laparotomica è fatta a strati: del peritoneo, muscolo-aponeurotica a punto continuo rinforzata da una seconda a punto continuo con grosso catgut. Sutura della cute e sottocutaneo con punti staccati in seta. Durata dell'operazione 35'. Clorofornio somministrato gr. 30. Iperdermoalisi. (Dal registro delle operazioni. Ferie estivo-autunnali 1911). Dopo un periodo di un paio di settimane caratterizzate da qualche rialzo termico, scariche diarroiche emorragiche, urine piuttosto scarse con presenza in esse di tracce di indacano, albumina, talora comparsa di leggera quantità di pigmenti biliari e glucosio: le funzioni epato-renali andarono normalizzandosi mentre parimenti si andava normalizzando l'alvo.

La paziente è uscita guarita dalla Clinica il 29 novembre 1911.

CASO II. - N. A., di anni 59, da Lucca (Prof. Q. VIGNOLO, privata).

Anamnesi remota. - Nulla di notevole: madre morta per nefrite.

Anamnesi fisiologica. - Nata da parto eutocico, la paziente ha avuto sviluppo fisiologico. Le mestruazioni, iniziate a tredici anni, sono sempre state regolari fino verso i cinquant'anni; dai cinquanta ai cinquantotto anni ebbe ancora ogni quattro-cinque mesi delle menorragie tanto da far sospettare un fibroma uterino, risuato poi inesistente. Cessarono completamente a cinquantotto anni. E sempre stata bene. Ha avuto cinque gravidanze normali espletate con parti entocici.

Anamnesi patologica remota. - Non ha sofferto di malattie degne di nota tranne una leggera bronchite di cui non sa precisare l'epoca. Nel 1932 fu portatrice di taenia solium per cui subì un notevole dimagrimento e dalla quale si liberò poi nei primi mesi dell'anno successivo. Nel luglio 1933 incominciò ad avvertire vertigini e sensi di nausea interpretati come disturbi derivanti da pressione arteriosa alta e da climate-rio. Ma pochi giorni dopo comparvero forti dolori all'epigastrio, seguiti da vomito alimentare e poi biliare; quindi comparve anche ittero. Pare che in quel periodo vi sia stata anche febbre non molto alta (38°), preceduta da brivido. Non ricorda con precisione come si comportas-

sero l'alvo e la diuresi. Solamente la paziente afferma che le venivano praticati clisteri. Dopo circa tre mesi sia i dolori (che si erano presentati sempre intermittenti a tipo colico), sia l'ittero, scomparvero. Ma per circa un anno, e cioè durante tutto il 1934, ebbe ancora ad avvertire ogni tanto qualche lieve dolore all'epigastrio, senso di ripienezza gastrica e spesse volte nausea.

Anamnesi patologica prossima. - Il giorno 20 gennaio 1935 in modo alquanto brusco fu colta da nausea e vomito che, dapprima biliare, assunse presto i caratteri del vomito fecaloide. L'alvo si chiuse alle feci e ai gas. L'addome si fece meteorico e i dolori, che all'inizio erano situati all'epigastrio, si diffusero a tutto l'addome. Chiamato in consulto sul far della sera il Prof. VIGNOLO trovava la paziente in condizioni generali discrete per quanto prostrata dai vomiti frequenti: polso 100, respiro 32 al m', lingua piuttosto asciutta; addome voluminoso, uniformemente meteorico, teso, meno trattabile nella regione sottombelicale con segni apprezzabili di versamento addominale; fegato spinto in alto.

Diagnosi. - Occlusione intestinale acuta evidente: incerta la causa. Si decide l'intervento per il mattino successivo e si prescrivono come cura preparatoria lavande gastriche, iniezioni endovenose di soluzione ipertonica di NaCl: ipodermoclisi, enteroclisma oleoso. Nessun esito di feci o gas. Il mattino seguente, per quanto le condizioni addominali siano immutate, la paziente è riposata e in condizioni generali alquanto migliorate.

Intervento operatorio: 22 genn. 1935. (Prof. VIGNOLO). - Si pratica in anestesia eterea una laparotomia mediana sopra e sotto-ombelicale di 15 cm. circa nella regione dolorante. Poco liquido sieroso fuoriesce dalla cavità addominale. L'esplorazione dimostra le anse del tenue dilatate, meteoriche, congeste. Ma in basso e verso destra si identificano delle anse del tenue vuote, di calibro ridotto, contratte. È facile repertare l'ansa intestinale, sul limite delle due zone, occupata da un corpo solido del volume approssimativo di una noce, che è individuato come grosso calcolo. L'ansa contenente il calcolo dista dall'imboccatura dell'ileo nel cieco circa un metro.

Eviscerata l'ansa e ben sequestrata da compresse, si pratica, previa enterostasi, una enterotomia assiale sul calcolo, che viene estratto. Si tratta di un grosso calcolo di forma ovale, tozzo, di colorito nerastro, a superficie alquanto scabra. Enterorrafia trasversale. Affondamento

dell'ansa; ricostruzione plastica della ferita laparotomica in catgut. Il circolo intestinale si ripristina prontamente ai gas e alle feci. Decorso post-operatorio leggermente febbrile; suppurazione parziale della ferita da bacillum coli. Ipodermoclisi, siero antiperitonitico endovena, cardiotonico-eccitanti.

La guarigione avviene nello spazio di 25 giorni con pronto ristabilimento dell'ammalata, la quale si è sempre mantenuta fino al presente in buone condizioni di salute.

CASO III. - P. G., fu Giuseppe, di anni 70, massaia, da Camaione, residente a Lucca.

Entra nell'Ospedale Civile di Lucca, Sezione Medica, il 30 ottobre 1937.

Anamnesi familiare. - Padre morto per apoplessia cerebrale. Madre morta per parto distocico.

Anamnesi fisiologica. - Nascita e sviluppo somatico normali (tipo polisarcico). A dodici anni cominciarono le mestruazioni che continuarono fino a 52, sempre regolarmente.

Anamnesi patologica remota. - Nel 1925 ebbe polmonite molto grave che però guarì senza reliquiati. Durante il corso della vita, senza saperne precisamente l'epoca, la paziente racconta di aver sofferto parecchie volte dolori alla regione epigastrica, dolori che comparivano dopo i pasti, erano violenti, ma cessavano abbastanza presto specialmente dopo l'ingestione di bicarbonato di sodio; una volta però detti dolori furono più forti del solito e accompagnati da vomito biliare. Allora un sanitario chiamato d'urgenza fece diagnosi di colica epatica.

Anamnesi patologica prossima. - Da circa sette mesi i disturbi suddetti si sono fatti più frequenti e i dolori si irradiavano dalla regione epigastrica a tutto l'addome, ma specialmente alla regione periombelicale e alla regione posteriore del torace. I dolori erano sempre più forti dopo l'ingestione dei cibi. Da sabato 16 iniziò improvvisamente un vomito insistente preceduto da forti dolori, a carattere dapprima biliare, di poi nerastro e di odore fetido. La paziente non è più capace di ingerire neppure una piccola quantità di acqua: l'alvo, già precedentemente tendente alla stitichezza, si è chiuso completamente. La paziente non ha avuto febbre; non è stata itterica. Diuresi normale fino a prima di sabato scorso (la paziente è gravemente affetta da miocardite e insufficienza renale con oliguria ed edemi alle estremità inferiori). Viene praticato un esame radiografico il quale dimostra un grosso calcolo nel duodeno. L'ammalata rimane

in sezione medica dal 13 al 19 ottobre. Durante questi giorni vengono praticate ipodermoclisi; iniezioni endovenose di soluzioni ipertoniche di NaCl al 10 %; cardiocinetici ed eupaco per os. Vengono nello stesso tempo praticate lavande gastriche; il giorno 17, dopo la lavanda, viene somministrato olio di ricino che fa progredire il calcolo dell'ileo, come risulta da un secondo esame radiografico.

Temperatura sempre normale. Dopo queste cure la diuresi si ripristinò in modo sufficiente e l'azione cardiaca si regolarizzò tanto da consentire l'atto operatorio per il quale la paziente venne passata in turno chirurgico e che venne praticato il 19 ottobre.

Intervento operatorio (Prof. VIGNOLO). - Anestesia locale con pressocaina. Laparotomia transrettale destra. Il calcolo occludente viene reoperato nell'ultima porzione dell'ileo ed estratto attraverso enterotomia longitudinale sulla sede del calcolo ed enterorrafia trasversale. Sutura della parete addominale a strati in catgut e seta. Il calcolo estratto, del volume di una grossa noce, di forma ovoidale, pesa gr. 17,5, e presenta le seguenti dimensioni: diametro longitudinale cm. 4,3; diametro trasversale cm. 3,2; circonferenza massima cm. 12,4; minima 9,8. Il decorso post-operatorio, che in un primo momento appariva avviato ad esito fausto, fu poi turbato da segni di insufficienza cardiaca che assieme ad una sopraggiunta forma di bronchite diffusa, il giorno 24 portò a morte la paziente.

CASO IV. - F. Giuditta, di anni 61, da Livorno. Entra nell'Ospedale Costanzo Ciano di Livorno, turno chirurgico diretto dal Prof. FACCINI UGO, l'1 maggio 1938.

Anamnesi familiare. - Madre morta a tarda età di malattia imprecisata. Il padre, forte bevitore, decedette a circa 70 anni per probabile lesione gastrica. Negativa l'anamnesi nei collaterali.

Anamnesi fisiologica. - Nascita e sviluppo somatico-psichico normali. A 17 anni sposò uomo apparentemente sano, tutt'ora vivente. Ebbe tre gravidanze; nessun aborto. Dei tre figli due sono viventi e sani; uno all'età di 11 anni morì di scarlattina.

Anamnesi patologica remota. - Nella tenera età soffersse di rosolia. Un anno fa, in seguito a influenza e a conseguente bronchite, si sviluppò una sindrome asmatica che si protrasse per un anno circa; in seguito a cura medica scomparvero i disturbi totalmente, senza che mai più si ripresentasse il più piccolo accenno di essi.

Circa due anni or sono, dopo che già da qualche tempo aveva avvertito lieve dolenzia e parestesie varie alla regione epigastrica ed ipocondriaca destra, fu colta da un violento dolore che dal fianco-ipocondrio destro si irradiava al dorso ed alla spalla corrispondente. Non febbre, nè ittero. Detti dolori acuti durarono un paio di giorni fino a calmarsi lentamente. Visitata da vari sanitari e dopo che furono eseguiti esami radiografici, fu consigliato l'intervento chirurgico per calcolosi della colecisti, intervento che la paziente rifiutò adducendo motivi familiari. Da allora, pur non avendo avvertito dolori, accusò irregolarmente disturbi a carico della digestione, specialmente senso di acidità dopo i pasti e spesso una stipsi ostinata.

Anamnesi patologica prossima. - Il giorno 30 aprile verso le ore 10 improvvisamente ebbe dolori violenti in sede colecistico-piloro-duodenale accompagnati prima da vomito alimentare ripetuto, vomito che poi divenne ben presto — nelle prime ore pomeridiane — stercoraceo. L'alvo era chiuso alle feci ed ai gas (due clisteri rimasero negativi). I dolori, violentissimi, non si calmarono in seguito all'applicazione della borsa di ghiaccio nè dopo somministrazione di oppiacei. Sanitari chiamati al letto della paziente le consigliarono l'immediato ricovero in ospedale, che avvenne alle ore 0,15 del 1° maggio 1938.

Esame obiettivo. - Condizioni generali gravissime, faccia scolpita, lingua arida, polso filiforme frequentissimo. Addome medicissimamente meteorico, abbastanza trattabile per quanto diffusamente dolente. Nella regione ombelicale si percepisce un budino particolarmente dolente. Dati i precedenti di calcolosi biliare, la sintomatologia attuale e i rilievi obiettivi, si fa diagnosi di occlusione intestinale alta da probabile calcolo biliare e si consiglia l'intervento che, accertato, viene subito praticato.

Intervento operatorio (operatore Prof. U. FACCINI). — Eteronarcosi. Laparotomia mediana in parte sopra e in parte sottombelicale. Aperta la cavità peritoneale, sollevati l'epiploon e il colon trasverso, si ispeziona e poi si svolge dal Treitz l'intestino tenue. Esteriorizzate le primissime anse del tenue, si arriva subito sopra un corpo di forma irregolarmente rotondeggiante di consistenza lapidea, che attraverso le pareti intestinali appare a superficie scabra ed è fisso. Le anse intestinali ad esso soprastanti sono alquanto dilatate, mentre l'intestino a valle appare floscio. Giudicato il corpo su descritto per un voluminoso calcolo biliare, si pratica su di esso una enterotomia in direzione dell'asse longitudinale dell'intestino,

che con precisione mette in luce la natura e la struttura del corpo estraneo. Questo è come incastonato dalla mucosa intestinale che intorno



Fig. 1.

ad esso appare edematosa, translucida. Con opportune manovre il calcolo viene liberato ed estratto. Quindi si pratica una enterorrafia in senso trasversale in duplice strato con punti staccati in seta. Chiusura a strati della parete senza drenaggio, previa ispezione della regione colecisto-piloro-duodenale: la cistifellea modicamente distesa, con pareti inspessite, lardacee, è rivestita da sierosa liscia, lucente: non presenta fatti aderenziali, pericolecistitici, nè col duodeno, nè coll'angolo destro del colon, nè con lo stomaco: ed è vuota di calcoli; i dotti biliari extra-epatici appaiono di calibro notevolmente superiore alla



Fig. 2.

norma e sono anche essi vuoti di calcoli. Il calcolo estratto, di forma ovoidale, pesa gr. 20,5. Il decorso post-operatorio non ha presentato note

degne di rilievo; in sesta giornata si è ristabilita spontaneamente la canalizzazione dell'alvo; in nona giornata, tolti i punti, si è constatata una guarigione per prima della ferita laparotomica. Prima di dimettere la paziente si pratica un esame radiografico dell'apparato digerente, che dimostra la perfetta canalizzazione del tubo gastro-enterico e una esatta iniezione in direzione retrograda delle vie biliari extra-epatiche. In ventesima giornata l'ammalata ha lasciato l'ospedale guarita.

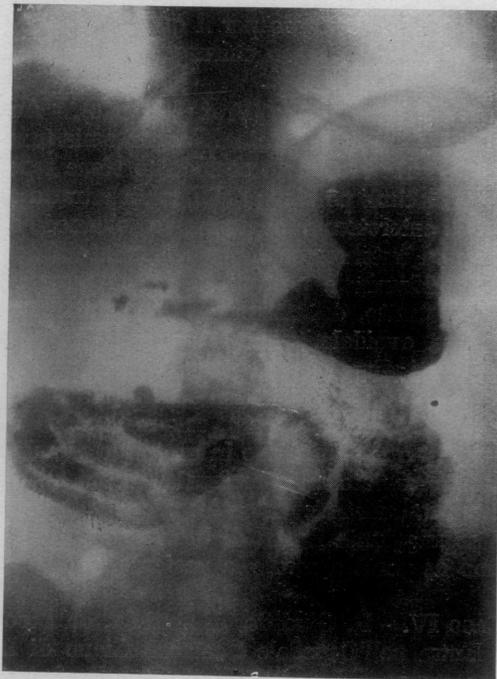


Fig. 3.

CASO V. - L. Maria, di anni 49, di Livorno. Entra nell'Ospedale Civile Costanzo Ciano (turno chirurgico diretto dal Prof. U. FACCINI) il 7 agosto 1938 con diagnosi d'ammissione: occlusione intestinale.

Anamnesi familiare. - Nulla dal lato ereditario. Il padre è tutt'ora vivo e sano; la madre è morta tre anni or sono per vizio di cuore non meglio precisato. È la quarta di cinque fratelli: due maschi e due femmine, tutti sposati con prole sana.

Anamnesi fisiologica. - Nascita e sviluppo normali. Mestruo a quattordici anni; ricorrenze mensili regolari per epoca di comparsa, normali per qualità e quantità. La paziente è nubile. Donna di casa, lavoratrice, parca nel mangiare e nel bere.

Anamnesi patologica remota. - Tosse convulsa

ed esantemi nella prima infanzia. Una bronco-polmonite confluyente a destra all'età di ventiquattro anni. Febbri infettive intestinali all'età di 32 anni. Cinque anni or sono coliche addominali non meglio precisate, seguite talvolta da vomiti di alimenti, tal'altra da vomiti dei succhi gastrici. Dette coliche non bene localizzate dalla paziente furono qualche volta accompagnate da febbre: sui caratteri ed entità di tale febbre non si poterono avere dati precisi; esse qualche volta furono seguite da ittero che si dileguava in pochi

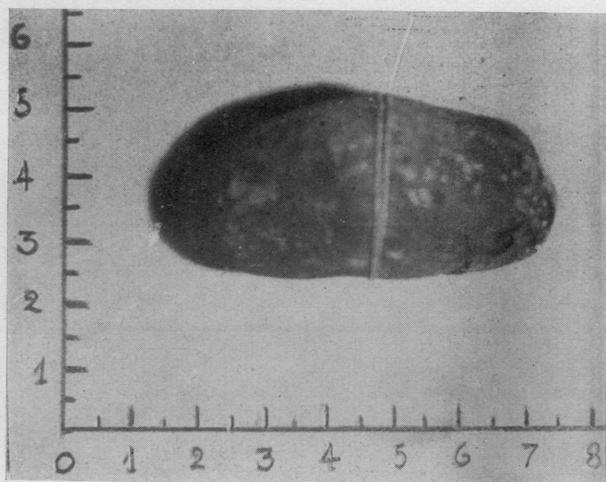


Fig. 4.

giorni col solo riposo a letto e dieta latte. Le suddette coliche durarono qualche mese; quindi silenzio di ogni sintoma fino a venti giorni prima dell'accidente che condusse l'ammalata in ospedale.

Anamnesi patologica prossima. - Venti giorni or sono sulle ore della sera in pieno benessere la paziente fu colta da violenti dolori alla regione dell'ipocondrio destro, irradiantisi, come nel passato non si era mai verificato, a cintura posteriormente alla base dell'emitorace destro e irradiantisi in alto alla regione sopra-claveare destra. I dolori si accompagnarono a vomito e furono seguiti da ittero e da febbre. Fu applicata sull'addome una borsa di ghiaccio da cui la paziente ebbe notevole sollievo. Ma l'ittero divenne più intenso e persistette, mentre la febbre si ridusse a poche linee vespertine. Intanto l'alvo andava facendosi stitico, così che le scariche erano ottenute solo per l'azione di purghe saline o di enteroclistmi glicerinati. Tre giorni prima di entrare in ospedale la paziente fu colta da una nuova colica violenta; ebbe vomito e febbre; l'addome si fece meteorico, l'alvo si chiuse com-

pletamente anche ai gas e le urine diventarono fortemente biliari.

Esame obiettivo. - La paziente viene portata in turno chirurgico nelle ore della notte e viene visitata nelle prime ore del mattino successivo. Appare in preda a sofferenze notevoli. Ha individualità arieggiante alla prima combinazione del DE GIOVANNI; estremamente denutrita, con sclere, mucose visibili e pelle intensamente colorate in giallo. Colpiscono innanzitutto i tratti della sua faccia, che sono quelli di un peritonitico.

Dopo un sommario esame degli organi toracici, a carico dei quali nulla emerge, si prende in considerazione l'addome, il quale è disteso, meteorico. Attraverso le sue pareti sottili si notano le anse del tenue distese, via via agitate da energici movimenti peristaltici che moltiplicano le sofferenze dell'ammalata, mentre il quadro colico non appare disteso. Si fa diagnosi di occlusione intestinale: e poichè la storia è tipica per una calcolosi biliare e poichè c'è ittero, si avanza l'ipotesi che l'occlusione sia da calcolo biliare comunque migrato nel tubo gastro-enterico, mentre si ritiene per certo che altro calcolo dia l'ittero da ritenzione occludendo la principale via extraepatica di scarico: ilcoledoco. Dopo siffatta diagnosi la paziente viene portata sul tavolo operatorio col seguente programma suggerito dalle

condizioni generali dell'operanda estremamente gravi: ano preternaturale nella fossa iliaca destra; colecistostomia in sede opportuna. Si pratica in leggera eteronarcosi una laparotomia pararettale destra inferiore. Aperta la cavità peritoneale appaiono subito anse del tenue molto distese; con caute manovre si pratica una ispezione alla ricerca del punto sede di occlusione e per situare l'ano preternaturale in un punto il più possibile aborale. Dopo breve ricerca si percepisce attraverso le pareti di una delle ultime anse dell'ileo un corpo rotondeggiante di consistenza lapidea, del volume approssimativo di una noce che si giudica calcolo biliare e che si ritiene causa dell'occlusione intestinale, apparendo floscie le anse del tenue situate a valle del suddetto corpo. Praticata *lege artis* una enterotomia longitudinale sul corpo estraneo si estrae infatti un calcolo biliare del volume suddetto. Enterorrafia trasversale in duplice strato con punti staccati in seta. Chiusura della breccia laparotomica a strati con punti staccati in catgut. Punti metallici sulla cute. Data la brevità dell'intervento, svoltosi senza il minimo incidente e

col trauma il più ridotto, messa la paziente in posizione opportuna, cioè col tronco deflesso, si passa ad intervenire sulle vie biliari. Taglio laparotomico Donati; fegato alquanto aumentato di volume per stasi. Colecisti di medio volume piena zeppa di calcoli senza fatti pericolecistitici, aderenziali, rivestita da peritoneo liscio lucente. Nessun calcolo nei dotti epatico e coledoco che appaiono enormemente dilatati. Il coledoco presenta le dimensioni di un grosso pollice di adulto: è floscio e scarica facilmente il contenuto biliare, mentre le spremiture della colecisti non modifica le sue dimensioni, ciò che fa pensare ad una occlusione del cistico. Si pratica una rapida colecistectomia sottosierosa retrograda ideale, si peritoneizza il letto epatico della cistifellea e si chiude senza alcun drenaggio anche questa seconda breccia laparotomica.

Cure e decorso postoperatorio. - Ipodermoclisi ipertonico-emostatiche più volte nelle 24 h; iniezioni cardiotonico-eccitanti; iniezioni endovenose di urotropina Schering. Dopo 48 h dall'intervento l'operata ha avuto spontanea emissione di gas intestinali. Dopo cinque giorni abbondanti scariche diarroidiche fortemente colorate; mentre simultaneamente le urine andavano chiarificandosi. In nona giornata si levano i punti: guarigione per prima di entrambe le ferite laparotomiche. In quindicesima giornata purga oleosa con notevole effetto, dato che da dieci giorni l'ammalata si nutre. In ventesima si fa alzare la paziente, che esce guarita in ventisettesima giornata delle due operazioni subite.

CRONISTORIA

L'occlusione intestinale da calcoli biliari, malgrado l'aumento continuo di contributi apportati alla sua casistica, rimane sempre un'affezione piuttosto rara.

Dal 1876, anno in cui LEICHTENSTERN ne raccoglie 41 casi, al 1904 coi 249 casi raccolti da HERMANN, si giunge a 450-500 casi messi insieme da MONDOR nel 1930; ai quali aggiungendo i 47 apportati da VICK nel 1932 — per citare il contributo più considerevole —, gli 11 di WAKELEY WILLWAY nel 1936, e una cinquantina di casi apportati qua e là da vari Autori — tra i quali, fra noi: BAGOZZI (3 casi), PINARDI (3 casi), MARGARUCCI (2 casi), DONATI (2 casi), ANGELETTI e MONTI (2 casi), GIANNELLI (un

caso), POLACCO (un caso), BERTONE (un caso), OLPER (un caso), MONCALVI (un caso), LUNARDI (un caso) —, si può dire che siano seicento circa i casi esistenti attualmente nella letteratura.

Se si volesse ricercare la frequenza con la quale il calcolo o i calcoli biliari rappresentano la causa della occlusione intestinale, si troverebbero presso i vari Autori cifre piuttosto diverse, oscillanti da un 0,4 % di MEYER e SPIVACH, e 0,61 % di BAGOZZI a un 6,1 % di GIBSON e 7,8 % di OSLER. WAKELEY e WILLWAY hanno notato come queste percentuali si siano andate abbassando con gli anni e attribuiscono ciò ai più frequenti interventi sulle vie biliari per calcolosi.

ETIOPATOGENESI

L'ileo biliare è una forma di occlusione che si può dire propria della seconda metà della vita, colpendo nella grandissima maggioranza persone dai 40 ai 65-70 anni di età; ed è appannaggio maggiore del sesso femminile, data la maggior frequenza della litiasi nella donna (3:1 - KAUFMANN).

Indagando il meccanismo col quale i calcoli migrano dalla colecisti per giungere nell'intestino, troviamo che questo può avvenire in due modi diversi: l'uno per le vie naturali, l'altro attraverso una fistola. Ora già il volume dei calcoli che si sono trovati determinare un ileo, fa comprendere la notevolissima rarità del primo modo di migrazione, tanto da far chiedere ad alcuno (BERTONE) se sia possibile, e da farlo escludere da altri (A. HARTMANN).

Per quanto rari, si trovano però casi nella letteratura di calcoli occlusivi passati sicuramente per le vie naturali (ANGELETTI e MONTI, ABERCOMBIC, COURVOISIER, LESK, MOONS e GYS, PINARDI, B. ROSSI, THOMAS, WORTMANN e pochi altri [RUGGERI]) e chiarissimi sono i casi quarto e quinto della mia casistica.

Qui infatti dall'ispezione locale ope-

ratoria apparve in entrambi una colecisti libera da aderenze, con sierosa assolutamente integra e di contro un epatico e un coledoco di calibro notevolmente superiore alla norma. Ora il passaggio attraverso le due grosse vie biliari (cistico e coledoco) è di facile comprensione data la notevole loro distensibilità; l'ostacolo vero è invece rappresentato dalla papilla di Vater col relativo sfintere di Oddi. Qui sarebbero essenzialmente processi ulcerativi da decubito (MARGARUCCI e STOPPATO) e forse anche l'atonìa dello sfintere, consecutiva a prolungati fatti irritativi locali, a permettere il passaggio del grosso calcolo.

Scrissero BORMAN e RIEGLER: « Quando un calcolo forza lo sfintere di Oddi esso può non riprendere più il suo tono, e lo stato che ne risulta può essere paragonato ad una vera fistola biliare interna ». Le formazioni fistolose sono invero il modo di gran lunga più frequente per la migrazione del grosso calcolo. Fenomeni aderenziali pericolecistitici con gli organi vicini (stomaco, duodeno, colon ecc.), quindi il semplice decubito o un processo suppurativo all'interno o all'esterno della colecisti calcicola, ci spiegano il formarsi della fistola. Il non aver trovato però sia operatoria-mente sia al tavolo anatomico l'esistenza di una fistola non fa escludere che essa vi sia stata, giacchè sappiamo come dette fistole si possano chiudere non lasciando che una zona di aderenze (BORMAN e RIEGLER). La forma più frequente di fistole bilio-enteriche è la colecisto-duodenale, la coledoco-duodenale essendo più rara e verificandosi la prima complessivamente nel 90 % dei casi secondo NAUNYN; poi la colecisto-colica (flessura destra e colon trasverso), poi colecisto-gastrica, digiunale, ecc.

Giunto così il calcolo nell'intestino, diverse sono le evenienze che esso può determinare, come diversi e talora complessi sono i meccanismi di occlusione qualora questi intervengano.

Anzitutto vi sono delle sedi di elezione dell'arresto e quindi dell'occlusione. Tra queste con notevole maggior frequenza il tratto terminale dell'ileo. Di tale fatto ci rendono ragione sia la riduzione progressiva del calibro del lume intestinale (da cm. 5 dall'inizio del tenue a cm. 2,5 al suo termine), sia la fissità delle anse pure progressiva, per la brevità del meso. Si può avere però l'arresto sia al piloro, sia lungo il tenue, dal duodeno al digiuno. A notevole distanza per frequenza viene il grosso intestino (LUTTEROTTI due casi) (12,5 % in confronto dell'87,5 % del tenue: TURNER-GREY), e di questo prima il retto, poi le flessure destra e sinistra del colon, in ultimo il sigma. E nei pochi casi del genere esisteva per lo più una fistola colecisto-colica, via di passaggio del calcolo. Il calibro infatti notevole del crasso e la sua distensibilità ci rendono difficile il comprendere come possa fermarsi qui un calcolo biliare usufruendo dei comuni momenti di arresto che avvengono nel rimanente intestino. E di questi momenti vediamo gli abituali. Del calibro dell'intestino ho già detto dianzi; riguardo al calcolo ha certo maggior importanza la sua forma che la sua grandezza: infatti pur ammettendo la possibilità d'un arresto per semplice rapporto di contenente e di contenuto, bisogna convenire che questa evenienza puramente meccanica è piuttosto rara.

Molta maggior importanza ha infatti l'elemento spasmo, conseguenza di un fatto irritativo locale, e quindi la forma del calcolo, ovale od angolosa, ha qui molta parte. E per questa via dallo stato spastico, per esaurimento, si passa all'atonìa e quindi all'ileo paralitico. Al qual proposito ricorderò come un processo peritonitico circoscritto, con punto di partenza nella lesione della parete intestinale data dal calcolo, possa portare allo stesso risultato (REHN, WORTMANN). Molte volte un primo fenomeno spastico viene vinto dalla rin-

forzata peristalsi a monte dell'ostacolo ed è più sotto, dopo due o più di questi episodi occlusivi, che si ha col meccanismo su descritto l'arresto definitivo. Lasciato da parte il fattore funzionale, che si può affermare presente, sia pure in diversa misura, nella grandissima maggioranza dei casi, vari altri momenti intervengono. Ricorderò come l'occlusione possa essere completata dal formarsi a livello del calcolo di una plica valvolare della mucosa (HARTMANN); oppure dall'inginocchiamento dell'ansa trascinata dal peso del calcolo nel piccolo bacino (CZERNY); oppure da una invaginazione a livello del calcolo (KÖNIG) (turbe della peristalsi); oppure da un volvolo contenente il coledoco (PALASSE e REJAD; LUTTEROTTI) e determinato da fatti infiltrativi del mesentere provenienti da lesioni intestinali date dal calcolo; e infine dall'aumento di volume del calcolo per il deposito su di esso di materie fecali fino a diventare esso il nucleo di un grosso enterolita.

Passando ai fatti patologici pregressi, favorevoli all'arresto del calcolo, ricorderò la presenza di restringimenti intestinali da varie cause tra cui, ad es., fenomeni pericolecistici per il duodeno; inflessioni dell'intestino in genere per aderenze o briglie (caso WORTMANN); stenosi cicatriziali di origine infiammatoria; inflessioni in corrispondenza di una porta erniaria (caso BAGGOZZI) o in un sacco erniario (LUTTEROTTI), neoplasmi, ecc.

Trattandosi di un ileo in cui il fattore spastico è di così gran momento per la possibilità del transito del calcolo fino all'espulsione o all'arresto, oltre a tutti i fattori qui sopra ricordati deve avere una sua parte — come nell'ileo dinamico in genere — lo stato neurovegetativo del soggetto.

E a questo riguardo rammento anche l'esistenza di enterospasmi a distanza, per la presenza di corpi stranieri in genere, e di

calcoli biliari in particolare, nel lume intestinale.

Nella maggior parte dei casi è un calcolo unico, grosso, per lo più di forma ovalare, rappresentante lo stampo della cavità colecistica: grosso calcolo solitario, che determina l'occlusione. In un numero notevolmente minore di casi sono più calcoli e questi si rinvengono o alla stessa altezza nell'intestino (come in un caso di GARDINER in cui ne furono trovati 3; di DELRIO e OTTOLENGHI 2; di COGNIAUX e HOUSSA 2; di LUTTEROTTI 2, di cui uno fuoriuscito nella cavità peritoneale attraverso perforazione; di ROUX-BERGER 2; di AUVRAY 2), o ad altezza diversa (come in un caso di SANTY e in uno di GUEULLETTE), o infine più calcoli ma in tempi successivi.

Le recidive nell'ileo biliare sono rare: HILLE nel 1925 su 400 casi di occlusione da calcoli biliari raccolti nella letteratura noverava dodici recidive, quindi un rapporto del 3 %, avendo osservato egli stesso un caso con recidiva a tre giorni di distanza dal primo episodio occlusivo. Poi ricorderò un caso di DONATI a otto giorni di distanza (il secondo essendosi fermato alla stessa altezza); un caso di WIBERT e BERCOVICH (il secondo episodio occlusivo risolto con la espulsione spontanea); un caso di LEURET a cinque giorni di distanza; un caso di HAUTEFORT a sei mesi di distanza con esito in guarigione, e un caso di WOHLAUER a un anno di distanza.

La composizione, e quindi la consistenza dei calcoli, è quella nota dei calcoli biliari (colesterina, calce, pigmenti biliari), soltanto che nel lume intestinale possono ingrossarsi, come gli enteroliti, per deposito di fosfati.

La loro forma, quando sia un calcolo unico, è per lo più ovoidale; quando sono multipli invece varia, presentando per lo più una faccetta di reciproca modellazione: assai caratteristico il caso di HILLE in cui i due calcoli, che diedero rispettiva-

mente una prima ed una seconda occlusione, riaccostati davano esattamente lo stampo della cavità colecistica. Il peso di questi calcoli, come si comprende, è variabilissimo; ne ricordo uno, estratto da BOURDE, del peso di gr. 63, come il più pesante nei casi che ho scorso.

ANATOMIA PATOLOGICA

Dal punto di vista anatomopatologico le lesioni che furono riscontrate nell'ileo biliare, sia al tavolo operatorio, sia al tavolo autopsico, sono da una parte i segni della colecistite calcolosa e pericolecistite, dall'altra le lesioni determinate direttamente o indirettamente dal soggiornare del calcolo nel lume intestinale. Dei primi non è qui il caso di parlare se non per accennare all'interesse che può rappresentare — per la conoscenza di questa entità nosografica — l'esistenza o meno di una comunicazione della colecisti con gli organi cavi con i quali contrae aderenze.

Delle seconde ricordo brevemente che, sebbene talora nessuna lesione sia grossolanamente riscontrabile (al più si può notare una modica iperemia dell'ansa sede di occlusione), molto più di frequente si possono trovare lesioni della parete intestinale sia nella sede dell'occlusione, sia in parti soprastanti dell'intestino. Tra queste ultime riscontriamo i segni o dell'arresto temporaneo del calcolo o della distensione della parete intestinale che sopravviene più o meno rapidamente a monte di ogni ostacolo alla canalizzazione; segni rappresentati rispettivamente da ulcersi da decubito, di diversa gravità a seconda della estensione degli eventuali fatti flogistici, e da ulcersi da distensione. Così ad esempio BOSSER in un suo caso trovò tre placche di necrosi 50 cm. sopra la sede dell'occlusione, con un ascesso fetido intraparietale; e altre quattro placche parietali di necrosi con imminente perforazione furono trovate

all'autopsia. E il RAZEMON trovò sopra l'ostacolo un'ansa inspessita, incartapecorita, circondata da false membrane.

A livello dell'occlusione ritroviamo le manifestazioni da decubito di solito in forma più grave. Si può giungere infatti più facilmente alla perforazione o alla gangrena e quindi alla peritonite sia circoscritta che generalizzata.

Il reperto di anse conglutinate a pacchetto omentale conglobante è abbastanza frequente.

Tra gli altri processi fuori dell'ansa occlusa, oltre ad una certa maggior quantità di liquido libero nel cavo addominale (sieroso e sierosanguinolento), che si trova abbastanza frequentemente nei casi meno acuti, ricorderò l'infiltrazione purulenta del mesentere per ulcerazione dell'intestino a livello della sua inserzione osservata da QUÉNU.

Nei casi in cui l'otturazione da calcoli biliari si complica con una invaginazione, avremo naturalmente le lesioni anatomopatologiche dell'ansa proprie di questa affezione; e così negli eccezionali casi di volo.

Per terminare questa rapida corsa sul quadro anatomopatologico, ricorderò come talora, ad opera dei processi reattivi locali a carico della mucosa, il calcolo venga come incastonato nella parete intestinale, tanto da essere non solo non spostabile dall'esterno, ma da richiedere alcune manovre per la sua estrazione anche a parete incisa.

SINTOMATOLOGIA E DECORSO

La sintomatologia dell'ileo biliare è quella dell'ileo per otturazione con alcune note peculiari, che dal punto di vista clinico talvolta lo fanno stare come a cavaliere tra questo e l'ileo per strozzamento, tal'altra invece gli conferiscono una notevole falsa blandizia. Lungi da ogni schematicismo,

questa sintomatologia è infatti delle più varie, dipendendo essa essenzialmente dall'altezza dell'occlusione e poi anche dalla capacità di disintossicarsi che serba l'individuo, in particolare ad opera del suo fegato già in vario modo offeso. Quale importanza questo fatto abbia per tutto il decorso dell'affezione accennerò in seguito.

Anzitutto vi sono dei casi nei quali è una vera colica biliare, con tutti i suoi elementi sintomatologici di dolore, vomito, ittero e febbre, che trapassa senz'altro nel fatto occlusivo; questi casi sono però notevolmente rari. Ne ricorderò uno di DELRIO e OTTOLENGHI (in cui all'atto dell'occlusione permaneva anche un certo subittero), e due dei miei casi: il quarto, nel quale nel corso di poche ore si ebbe la colica biliare e quindi l'occlusione, e il quinto in cui pure l'ileo si collegò direttamente alla colica epatica.

Tolti questi casi che, ripeto, sono rari, l'occlusione compare per lo più in un individuo in buona salute, in un periodo, diciamo così, silente nel decorso della sua colecistite calcolosa. Il passaggio del calcolo nell'intestino attraverso fistola avviene infatti per lo più asintomaticamente, dato che sotto silenzio si forma di solito la fistola colecisto-enterica; e solo in un numero ristretto di casi si poterono mettere in evidenza sofferenze sorde in sede colecistica o epigastrica attribuibili ad essa.

Riguardo allo svolgersi della sindrome, da più Autori si son portate varie classificazioni, il che sta a dimostrarne la multiformità. Così, ad esempio, MONDOR ne considera tre forme: iperacuta, acuta a marcia progressiva, subacuta a crisi intermittenti. GASPARI: una forma acuta, una forma remittente, una forma latente. Altri ancora, come MARGARUCCI e STOPPATO, si basano più sulla sede dell'occlusione per dirne il diverso quadro clinico. E nei vari casi diverso è il comportamento di quelli che sono i sintomi basilari dell'occlusione.

Da un punto di vista generale però, questi hanno degli elementi propri e notevolmente costanti. Così il *dolore* a differenza delle altre forme di ostruzione qui è il più spesso violento e rappresenta il primo sintoma. Il suo carattere è per lo più colico. La sua sede è per lo più riferita all'ombelico (plesso solare - settimo, ottavo, nono segmento lombare), al fianco e alla fossa iliaca di destra (data la sede più frequente dell'arresto definitivo dei calcoli).

Molto spesso però all'inizio esso è epigastrico; poi si sposta in basso. Questo variare di sede del dolore, da taluni riguardato come dovuto all'arresto e alla successiva progressione del calcolo (sindrome di Barewski), da altri è spiegato semplicemente con la mobilità dell'ansa dove il calcolo si è arrestato (PAVIOT e MULINIER). In un numero molto ristretto di casi il dolore si presenta sordo e profondo, oppure sin dall'inizio uniformemente diffuso.

Il *vomito*, che pure apre la sindrome, si rende nel più dei casi da alimentare rapidamente biliare e fecaloide, data la sede alta usuale dell'occlusione; ed è abbondante. In casi eccezionali si ebbe emissione di calcoli biliari col vomito (caso ROBINAU); così pure eccezionalmente si ebbe la malena, che sarebbe segno di ulcerazioni intestinali per la presenza del calcolo.

Il *comportamento dell'alvo* risente maggiormente della diversa forma dell'ileo biliare: così, mentre nel numero maggiore di casi esso non si chiude completamente fin dall'inizio, potendosi avere in tal modo l'associazione di vomiti fecaloidei con emissione di feci e di gas (paradosso di Schnitzler), in un numero minore invece si ha la chiusura completa già con l'iniziarsi della sindrome occlusiva.

L'*esame fisico dell'addome* è caratterizzato da uno scarso meteorismo, il più delle volte limitato alla zona periombellicale, con assenza di distensione del quadro colico; dalla trattabilità della parete; dalla viva-

cità delle contrazioni peristaltiche visibili con a loro livello talora borborigmi. La palpazione del calcolo è reperto di somma importanza, però non frequente: ne dirò più oltre.

Lo stato generale, nel modo più frequente di decorrere della sindrome, si mantiene per lungo tempo relativamente buono, pur essendovi già presenti i vomiti fecaloidei. Talora è presente una piccola elevazione termica senza segni infiammatori franchi (GOLDSCHMIDT e LUWISCH). In pochissimi casi invece è quello immediato, grave, tossico dell'ileo per strozzamento.

Ed ora coordinando questi singoli sintomi nel modo sopra detto loro più frequente di presentarsi, possiamo tracciare il quadro dell'ileo biliare come è descritto dalla maggior parte degli Autori.

BRÉMONT, schematizzando l'affezione in tre fasi, parla di un periodo prodromico, di un periodo di subocclusione, di un periodo di occlusione confermata.

A proposito dei due ultimi dirò tra breve. Quanto al periodo prodromico, sebbene talora siano state descritte delle sofferenze sorde in sede colecistica ed epigastrica, attribuite alla formazione della fistola, devo qui dire che è questa una evenienza tutt'altro che frequente: nel più dei casi infatti la fistolizzazione della colecisti avviene del tutto asintomaticamente, come anche silenziosamente avviene il transito del calcolo attraverso l'intestino, finchè questo non si blocca.

È stata descritta una scarica diarroica violenta e cospicua (CHAUFFARD) come risposta dell'intestino all'arrivo del calcolo; sono state descritte pure talora delle scariche emorragiche (PAVIOT e MOULNIER; BAILLAT), e delle ematemesi in relazione con il formarsi della fistola; ma sono però evenienze del tutto eccezionali, e tali perdite sanguigne vanno distinte da quelle che si possono avere nel pieno svolgersi della

malattia, dovute a lesioni della parete intestinale provocate dal calcolo.

È un dolore addominale improvviso, violento, che nei più dei casi apre la scena. Il dolore si accompagna a vomito precoce-mente fecaloide e a chiusura per lo più completa dell'alvo. L'episodio dura un tempo variabile, da poche ore ad un paio di giorni; poi subentra una remissione parziale o completa dei sintomi — pure della durata da poche ore ad alcuni giorni — tanto da lasciar talora supporre avvenuta una definitiva risoluzione, per riprendere poi le manifestazioni iniziali. Tali alternative possono ripetersi una o più volte, fino a giungere ad uno stato di occlusione definitiva; e le crisi si presentano via via più gravi, mentre lo stato generale va scendendo ad ogni nuovo accesso.

Il succedersi di manifestazioni occlusive o subocclusive in uno stesso punto ad opera dello spasmo, o lo spostarsi, col calcolo dell'occlusione verso il basso, spiegano tale comportamento.

È questa la forma che i vari Autori chiamano remittente (GASPAR), ovvero subacuta a crisi intermittenti (MONDOR), ed è ritenuta la più frequente.

Non di minor frequenza mi sembra essere però anche una forma subacuta continua (acuta a marcia continua di MONDOR, il quale serba il termine di iperacuta per le forme a più rapido decorso; in realtà egli stabilisce anche una differenza di tempo tra le due forme, acuta progressiva e subacuta a crisi intermittenti); se pur qui le remissioni — legate alle cause che ho detto sopra — non siano così lievi da passare facilmente inosservate. In questa forma comprenderei il mio primo caso.

Molto più rare sono le forme veramente acute (iperacute di MONDOR); esse corrispondono per lo più alle occlusioni alte — prime anse digiunali —. Tipico in proposito è il mio quarto caso. Qui il quadro è quello ben noto dell'ileo per strozzamento:

stato rapidamente molto grave per intossicazione; ipotermia; polso piccolo e frequente; oliguria od anuria. Decorso complessivo da uno a tre giorni (trenta ore: NAUNYN).

Ma l'occlusione può essere anche più bassa (caso POLACCO), e allora il decorso, pur violento, è un po' più protratto.

Ricorderò qui anche le forme con sintomatologia di stenosi duodenale o piloro-duodenale, coi rispettivi segni differenziali consistenti essenzialmente nei caratteri del vomito.

In talune di esse la sintomatologia si mantiene quella dell'occlusione sottopilorica e sottovateriana (SANTY: in cui il calcolo era a cavaliere tra la vescichetta e la prima porzione duodenale; TIXIER; VILLARD); in un'altra invece la sintomatologia rappresenta solo un tempo della migrazione del calcolo (SANTY).

E ancora è da ricordare l'esistenza di forme croniche; sono qui da noverare i rari casi di occlusione biliare del colon (LUTTEROTTI): in essa il vomito compare tardi e quasi mai fecaloide; il meteorismo è più accentuato e minore la peristalsi; il quadro colico più o meno ampiamente disteso secondo la sede della ostruzione. A questi sintomi poi si aggiunge, nei rari casi di arresto del calcolo all'ampolla rettale, tenesmo e crampo dello sfintere (MARGARUCCI e STOPPATO).

Ora data la notevole diversità di decorso che presenta l'ileo biliare, non è sempre facile assegnare ogni caso all'una o all'altra delle varie forme (acuta, subacuta continua, subacuta intermittente, cronica), potendosi avere tutti i gradi di passaggio. A queste infine si possono aggiungere sotto il nome di forme iterative le già ricordate recidive.

DIAGNOSI

Tutta la letteratura sull'ileo biliare sta a dimostrare come lo scoglio di tale sindrome

sia rappresentato dalla diagnosi, la quale sarebbe oltremodo necessario che in tale affezione fosse fatta precocemente, perchè è su di essa che si può sperare di migliorarne il così nero prognostico. Sarà necessaria innanzi tutto una più estesa conoscenza presso i medici dell'esistenza anche di questa forma di ileo, perchè col porla tra i quesiti diagnostici essa possa essere identificata. Di somma importanza è poi una accurata storia delle sofferenze passate dell'ammalato. Dagli Autori infatti si portano varie percentuali di passato epatico conclamato nell'ileo biliare; così BRÉMONT lo dice reperibile in poco più della metà dei casi; BONNECASE e LE CHAUX in un terzo circa ecc.; ritengo invece con RUGGERI che questo passato epatico sia sempre o quasi sempre reperibile. Non che si voglia trovare, bene inteso, la colica biliare più o meno sintomatologicamente al completo; ma tutto quel complesso di sofferenze a carico dell'apparato della digestione, che è appannaggio dei colecistici (turbe gastriche, dispepsia, diarree postprandiali ecc.) e che con una minuziosa anamnesi può essere messo in evidenza, ha in simili casi un'importanza non minore del classico dramma sottopatico.

Se l'episodio occlusivo compare in un individuo che ha sofferto più coliche biliari, anche se da qualche tempo sembrava stare bene, ognuno comprende di quale aiuto sia tale dato anamnestic; massimamente poi se risulta che la sintomatologia dell'ileo si è innestata in quella di una colica epatica. E così veniamo all'anamnesi prossima.

Ho già detto della rarità delle manifestazioni prodromiche alle quali si vuole attribuire un carattere specifico per l'ileo biliare. A proposito della emorragia iniziale, da formazione della fistola e deiscenza del calcolo nell'intestino, aggiungerò come ROBINAU faccia notare che essa può essere dovuta anche alla semplice litiasi biliare.

In seguito, nello svolgimento della malattia, la diagnosi di occlusione di solito non offre difficoltà; e così della sua sede: vi si giungerà attraverso il rilievo e vaglio dei sintomi su esposti, con ciò che essi hanno di caratteristico (una indacaturia abbondante e precoce — sofferenza epato-renale — sintoma di CARTER e JAFFÈ — appoggerà questi per un'occlusione alta). Tranne casi eccezionali (come in uno di ROBINAU in cui la diagnosi fu posta per la presenza di calcoli nel vomito, o di altri nelle feci) per la diagnosi di natura, mentre il già ricordato modo di comportarsi dei sintomi fondamentali dell'occlusione intestinale nel caso dell'ileo biliare, può al più portarci ad una diagnosi di presunzione più o meno fondata, è soltanto la palpazione del calcolo (oppure, come dirò in seguito, l'esame radiologico) che ce ne darà la certezza.

SCHÜLLER su 159 casi presi in esame, trovò che venti volte era stato palpato il calcolo; reperto raro come si vede, ma non del tutto eccezionale.

MONDOR, data l'importanza di tale ricerca, consiglia di palpare diligentemente l'addome e in particolare la fossa iliaca destra; poi di fare l'esplorazione vaginale o rettale. In condizioni particolarmente favorevoli della parete addominale, si riesce a palpare o una massa dura (più dura di ogni altro tumore: QUÉNU), o una massa pastosa più ampia, costituita da un'insieme di anse agglomerate intorno a quella che è sede dell'occlusione — e talora in mezzo ad essa un corpo duro. Di questo secondo tipo è stato il reperto che si è avuto nel mio quarto caso sotto forma di budino pastoso nella regione ombelicale.

Nei casi da me scorsi ebbero pure un risultato palpatorio positivo: HILLE, PRAT, BOURDE. OKINCZYK percepì il calcolo colla esplorazione vaginale.

Un sussidio diagnostico che oggidì anche nel campo delle occlusioni intestinali va sempre più diffondendosi è l'esame ra-

diologico. Non entrero in particolari di tecnica, ricordando soltanto come MONDOR ad esempio segnali il danno dell'esame col bario nell'ileo da otturazione (dicendo in tale caso preferibile una laparotomia): come BORCHER usi l'iniezione di collotor ecc. Dirò come, coi progressi odierni della radiodiagnostica, questa sia applicabile, oltre che nelle occlusioni croniche, anche nelle acute. Già discretamente numerosi sono infatti gli Autori che riuscirono ad ottenere coll'esame radiografico una dimostrazione della sede e anche della natura dell'occlusione; non nascondendo però che difficoltà esistono, e tra queste la maggiore o minore trasparenza che talora presentano i calcoli biliari a seconda del loro contenuto in calcari, rendendosi essi molte volte meglio visibili dopo un certo tempo di soggiorno nel lume intestinale per deposito quivi di tali sali (MAUCLAIRE). Un caso singolare è quello di SÉNÈQUE et SICARD in cui invece l'esame radiografico aveva allontanato dalla diagnosi, avendo fatto esitare medici e malati per il mancato rilievo di calcoli: si vide poi che un voluminoso pacchetto epiloico ne aveva impedita la visibilità. Più volte l'esame radiologico permise di correggere una diagnosi clinica errata: così ricorderò un caso di SCHMUTZLER in cui detto esame rettificò la diagnosi di occlusione del colon in quella dell'ileo terminale, e nello stesso tempo mise in evidenza nella parte superiore destra dell'addome un campo chiaro boloso, allungato, nettamente delimitato, interpretabile come la colecisti ripiena di gas venuto dall'intestino attraverso la fistola biliare.

Da alcuni Autori (BORMAN e RIGLER) si consiglia di praticare sia l'esame radiologico del tubo digerente, sia quello delle vie biliari; come anche di prendere delle radiografie di ora in ora per poter eventualmente seguire la progressione del calcolo e dell'occlusione.

Non col seguire di ora in ora, ma sem-

plicemente con più radiografie fatte in periodo occlusivo, ad esempio MAC WORTHER riuscì a vedere prima un grosso calcolo nella colecisti, poi lo stesso calcolo a destra nell'angolo tra la cresta iliaca e la colonna lombare. A questo proposito un simile risultato si ebbe nel mio terzo caso, in cui una prima radiografia dimostrò il calcolo nel duodeno e una seconda, a quattro giorni di distanza, nell'ileo.

Concludendo stimo che, tranne nei casi acuti, in cui anche il minuto, si può dire, è prezioso per la precocità dell'intervento, l'esame radiologico eseguito con opportuna tecnica rappresenti un sussidio diagnostico di primissima importanza nell'ileo biliare; e penso che, come GABARROU diceva, debba essere praticato sistematicamente in ogni caso di ostruzione completa e incompleta. In appendice aggiungerò come anche un esame radiografico a distanza dall'intervento presenti un certo interesse, dimostrandoci la modalità della iniezione delle vie biliari (mio quarto caso): senza dire della ricostituita canalizzazione intestinale.

La varia sintomatologia con la quale si presenta l'ileo biliare rende talora necessaria una diagnosi differenziale con altre affezioni dell'addome. Così un addome acuto con sintomi prevalenti a carico dei quadranti superiori — quale si può avere nell'occlusione alta acuta da calcoli biliari — può indurre a pensare alla perforazione di un'ulcera gastrica o duodenale; alla perforazione della colecisti; ad affezioni acute del pancreas; ad embolia dei vasi mesenterici o a piletrombosi; a torsione di milza mobile; all'emoperitoneo spontaneo da rottura di milza (malaria, tifo), o di aneurismi; a sindromi pseudo peritonitiche (malaria, porpora); a colica saturnina, ecc.

Quelle ostruzioni da calcolo biliare altissime, a cui ho accennato, hanno fatto più volte pensare ad un neoplasma pilorico (VILLARD). La palpazione di una massa in

sede ileo-digiunale può far pensare o ad un pseudo tumore infiammatorio o a un neoplasma del tenue.

Il dolore in sede appendicolare, all'appendicite.

Sempre in sede ileocecale la palpazione di una massa può far pensare ad un carcinoma, ad una tubercolosi iperplastica del ceco, talora anche ad invaginazione cecocolica in un adulto.

L'occlusione incompleta del sigma con facilità ci porta al pensiero del cancro.

E una ostruzione rettale pone in discussione uno stercoroma.

In fine si potrebbe dover differenziare una ostruzione da calcoli biliari da quella data da vermi, da calcoli fecali, da corpi estranei (MARGARUCCI e STOPPATO).

Per terminare queste note sulla diagnosi dell'ileo biliare dirò come in conclusione essa si debba basare essenzialmente su una minuziosa anamnesi remota (alla ricerca dei precedenti epatici) e prossima, per cogliere ciò che nello svolgersi del fatto occlusivo può essere caratteristico di questa forma di ileo; su un sistematico esame obiettivo (alla ricerca palpatoria del calcolo); sull'esame radiografico (per identificare sede e natura dell'occlusione sia attraverso una visione diretta del calcolo; sia col rilievo di abnormi comunicazioni colecisto-enteriche).

E l'età e il sesso dell'occluso, per quanto ho detto in principio, hanno una importanza enorme, tanto che per taluno una occlusione alta sul tenue, in una donna soprattutto anziana, è molto vicina a voler significare occlusione da calcoli biliari.

ESITI

Sull'esito di questo ileo dirò che si ebbe talora, per quanto non frequentemente, una evoluzione spontanea con la espulsione del calcolo. Così ad esempio nel secondo episodio occlusivo di una forma iterativa di

ileo biliare di WIBERT e BERCOVICH — in un caso di COCHEZ (presentato da OKINCZYK) in cui si ebbe l'espulsione in nona giornata — in un caso di TOURNEAUX in cui erroneamente si pensava ad un'occlusione da tumore (adenoma pendulo) — in un caso di TENGWALL — in un caso di MONDOR — in un caso di BERTONE a tre giorni dall'inizio delle manifestazioni dolorose e occlusive — e in altri.

E anche dirò subito come alla speranza di questa evoluzione spontanea, con la conseguente tattica di attesa, sia stato in più casi imputabile l'esito finale infausto anche postoperatorio.

Ma a parte questa evenienza tutt'altro che frequente, il decorso dell'occlusione da calcoli biliari lasciata a sè è quella verso la morte, o in breve ora attraverso manifestazioni tossiche alla pari che in certe forme di ileo per strozzamento; o entro un numero vario di giorni per peritonite così facile ad aversi per quel complesso di lesioni sulla parete intestinale che abbiamo visto trattando dell'anatomia patologica dell'ileo biliare. Talora malgrado l'intervento operatorio l'esito è pur sempre letale. E qui entriamo in un altro discusso campo di questa forma di ileo, cioè nella sua prognosi.

PROGNOSI

La mortalità per ileo biliare quale è riportata dai vari Autori oscilla tra cifre molto diverse: così DUSCHL la dà del 43 %; BREMONT del 66 %; nel 1921 una statistica fatta dalla Società di Chirurgia francese la dava del 68 %; GOLDSCHMIDT e LUWISCH del 75 %; e una statistica dell'Ospedale di Saint Thomas perfino del 80 %.

Dalle storie dei miei cinque casi risulta come ci sia stato un unico decesso (terzo caso: che avvenne in quinta giornata dall'intervento per insufficienza cardiaca, essendo già la paziente ammalata di cuore):

cioè un 20 % di mortalità. Altri chirurghi, in un numero limitato di casi personali, portano pure statistiche così favorevoli, finanche del 100 % di guarigioni (HAUTEFORT su tre casi; LAMPE su cinque casi): ma questi dati non vengono ad infirmare la gravità della prognosi che serba l'ileo biliare.

Quali le cause di questa malignità? Vari fattori intervengono nel renderla tale: ma certamente uno fondamentale, che distingue ancora qui l'ileo biliare da ogni altra forma di occlusione intestinale, è la pregressa lesione epatica.

Cominciamo col dire che trattasi di pazienti in età avanzata, e talora molto avanzata, nei quali insorge una occlusione per lo più alta, e nei quali questa occlusione è determinata da un corpo duro, talora scabroso, quale è un calcolo biliare.

L'età avanzata rappresenta subito un elemento negativo nel giudizio prognostico. Notissima è poi la gravità della occlusione alta e numerosi gli studi per spiegarla; io non voglio ora addentrarmi in questo problema: ricorderò solo per quel che ha importanza nel mio argomento, la parte che in tale gravità spetta oltre che alla declorurazione, disidratazione, ecc., alla intossicazione da prodotti di scissione delle molecole albuminoidee (proteosi, peptoni, istamina, ecc.) alla cui formazione intervengono sia una probabile perversione della funzione secretrice della mucosa duodeno-digiunale, sia verosimilmente l'azione dei succhi digestivi (pancreatici in ispecie) e l'azione dei batteri intestinali proteolitici (MARGARUCCI e STOPPATO).

Quindi il liquido che sta a monte del punto di occlusione è per l'individuo altamente tossico. Dicevo sopra del calcolo biliare come corpo duro e talora scabroso, intendendolo quale agente di numerose, gravi e precoci lesioni a carico della parete intestinale, le quali rappresentano altrettante vie d'ingresso di queste sostanze

tossiche: lesioni presenti anche senza lasciarsi menomamente sospettare dall'esterno dell'ansa. Assorbimento che sarà quindi massimo quando dopo l'intervento, estratto il calcolo, si è messa allo scoperto la lesione, di solito più grave, fatta dal calcolo stesso a livello della occlusione.

Ricordando come: « ...per ora si possa dire che poichè la mucosa intestinale sana e il fegato sembrano rappresentare i primi mezzi di difesa più efficace dell'organismo contro le intossicazioni di origine intestinale, essi devono avere un compito importante anche nella protezione contro i danni dell'occlusione intestinale acuta (MARGARUCCI e STOPPATO) »: si può intendere come a parità di condizioni (età, altezza dell'occlusione, ecc.) l'ileo biliare rappresenti una forma di maggiore gravità nei confronti di altre occlusioni intestinali.

Sappiamo infatti che nella litiasi biliare esistono delle deficienze nella funzione epatica, e i pazienti di cui tratto sono dei colecistitici per lo più di vecchia data, in cui spesso sono tuttora in atto processi suppurativi delle vie biliari. Ed è tale fragilità epatica che riceve l'urto, oltre che di quella grave intossicazione, anche dell'intervento chirurgico come tale, ed eventualmente della narcosi. Inoltre è da considerare per tale prognosi il pericolo che rappresenta l'aprire, con l'enterotomia per l'estrazione del calcolo, un tale serbatoio di sostanze tossiche; e l'altro pericolo del cedimento della sutura su di una parete come dissi sempre alterata. Se poi tali lesioni della parete oltrepassano un determinato limite (gangrena, perforazione, peritonite) esse rappresentano di per sè un fatto gravissimo. E un altro pericolo infine è rappresentato dal mancato ripristino della peristalsi intestinale postoperatoriamente, essendosi esaurita in precedenza la muscolatura per vincere l'ostacolo. Quindi vediamo che fondamentalmente è soltanto riducendo al minimo il nuovo trauma epatico che pos-

siamo sperare di migliorare la prognosi. Ridurre al minimo l'intossicazione attraverso una diagnosi precoce; ridurre al minimo il trauma chirurgico e fare una opportuna anestesia; non far giungere all'esaurimento la muscolatura intestinale unitamente ad alcuni accorgimenti di terapia suggeriti a seconda dei casi: credo che questi rappresentino i capisaldi per tale miglioramento.

La diagnosi precoce è quella però che più difetta nell'ileo biliare e ad essa in generale è imputabile la così alta percentuale di decessi. Ho già detto sopra quali siano gli elementi che possono portare alla diagnosi; però più fattori ostacolano in realtà il precoce riconoscimento di questa affezione. Così in primo il non pensare, non conoscendolo, all'ileo biliare; quindi il venire a mancare in una percentuale variabile, ma sempre alta secondo gli Autori, l'aiuto dei dati anamnestici remoti epatici, per una raccolta di essi non fatta sufficientemente o per una mancata valutazione dei segni minori, e, tra i prossimi, di quelli che potrebbero far pensare a qualcosa di biliare, come eventuali segni di fistolizzazione della colecisti; dell'esame obiettivo la così rara palpabilità del calcolo; e il non presentare infine moltissime volte il quadro sintomatologico nulla di caratteristico per far pensare a un ileo biliare. Si ha così che, tranne ancora ben pochi casi, non si giunge ad una diagnosi etiologica dell'occlusione e si opera troppo tardi attendendo — ingannati anche o illusi dalle remissioni intercalate nel decorso —; ovvero l'ostruzione da calcoli biliari è un reperto di sorpresa in un intervento per occlusione acuta.

Ma questa sarebbe già una soluzione desiderabile, per cui si può vedere che le forme acute, quelle che si presentano con sintomatologia grave, tossica fin dall'inizio, sono per lo più operate d'urgenza e molte volte salvate (come nel mio quarto caso), giungendo così a questo fatto che sembra

paradossale, che il prognostico cioè è migliore per le forme più gravi.

In taluni dei casi poi, in sui si giunse alla diagnosi etiologica dell'occlusione della speranza della eliminazione spontanea del calcolo peggiorò nell'attesa ancora il prognostico. Riporterò quanto disse JEAN QUÉNU: «...C'è meno rischio ad operare che ad attendere, e l'indicazione è fornita meno da una diagnosi precisa di ileo biliare che da un insieme di sintomi di occlusione alta in una donna soprattutto e anziana »; e questo, aggiungo, dopo che ogni più piccolo sussidio diagnostico è stato minuziosamente sfruttato.

TERAPIA

La terapia dell'ileo biliare si può dire senz'altro che è esclusivamente chirurgica. Si è parlato di una terapia medica (antispastici, sottocute: atropina, belladonna, papaverina, ecc.; enteroclimi purgativi, elettrici, glicerinati, saponati, ecc.; niente preparati per via orale o al più dare dell'olio di paraffina — DUBOUCHER —); ma data la sua limitata indicazione: « diagnosi fatta con quasi certezza, qualora i fenomeni occlusivi datino da poco tempo e lo stato generale del paziente sia sufficientemente buono (MARGARUCCI e STOPPATO) »; e per quanto è stato detto sopra circa i mezzi di difesa di tali ammalati, si comprende come essa meriti scarsa considerazione. Sono state però portate anche delle statistiche che davano una più alta mortalità tra i pazienti curati chirurgicamente che non tra quelli curati medicalmente; ma i casi fausti medici si possono interpretare per lo più come appartenenti a fatti subocclusivi; gli insuccessi chirurgici per lo più come dovuti al ritardo dell'intervento; e in ogni modo al disopra di quei dati, lo studio di tutta la sindrome e in particolare del suo terreno organico non ci pone dubbi di sorta.

Stabilito l'intervento, sorge per primo il problema dell'anestesia. Qui credo che non sia opportuno generalizzare dando senz'altro la preferenza a una o l'altra forma, ciascuna avendo le sue indicazioni. Così ad esempio l'anestesia locale è certo la meglio indicata nei casi gravi, in cui sia pericoloso aggravare la già notevole intossicazione del paziente (e taluni Autori si dichiarano invece senz'altro per la locale: AUVRAY). L'anestesia rachidea ha avuto dei sostenitori (QUÉNU, AUVRAY) anche per la sua influenza sulla peristalsi intestinale. E l'anestesia generale rimane indicatissima in un gran numero di casi.

Circa l'incisione sulla parete da preferire, tranne in casi di localizzazione esatta del calcolo e sua sede molto eccentrica, è la mediana sovra o sottombellicale (DUBOUCHER): talora ambedue, talora più questa ultima, dato l'arresto più frequente del calcolo nell'ileo terminale.

Aperto l'addome si farà una metodica ricerca del punto d'occlusione tenendo presenti, oltre il quadro clinico presentato dal paziente, anche le sedi più frequenti d'arresto del calcolo. Nella ricerca sarà dato fondamentale il riscontro della differenza tra le anse dilatate e le anse afflosciate rispettivamente sopra e sotto l'ostacolo. Raggiunta la sede dell'occlusione il contegno sarà diverso a seconda delle condizioni che si trovano. Così in fasi precoci con ansa in buono stato si può praticare senz'altro — previa abituale applicazione di enterostati —, una enterotomia per raggiungere il calcolo. Il metodo classico per tale incisione è il taglio longitudinale secondo l'asse dell'intestino; più Autori (BRAUN, WORTHMANN) basandosi soprattutto sulla possibilità che ne risultino delle deformazioni della parete e successive dannose trazioni sul punto centrale della sutura, praticano l'incisione trasversale.

Circa la sede, qualora l'assoluta non spostabilità del calcolo non dia adito a scelta —

nel qual caso si inciderà senz'altro sul calcolo stesso —, i vari Autori consigliano diversamente, sempre però cercando una zona della parete intestinale più integra che dia maggior affidamento per la tenuta della sutura. Così mentre PAUCHET consiglia di spingere il calcolo in alto verso la parte dilatata (mentre sotto vi è una zona di spasmo) e qui incidere e suturare; altri pensando che la parete intestinale sia più integra a valle, consigliano di spingere il calcolo in basso (CHENUT ad esempio incide 20 cm. sotto la sede d'occlusione e quivi sprema dolcemente il calcolo). In tali buone condizioni dell'ansa si può chiudere senz'altro l'intestino (la enterorafia va sempre fatta in direzione contraria alla incisione), e quindi anche il peritoneo e la parete addominale, salvo a lasciare nella cavità un drenaggio qualora per le condizioni del peritoneo ciò sembri opportuno. E si può anche secondo il consiglio di BASSET, quando lo stato del paziente lo permetta, esplorare prima di chiudere per un certo tratto il tenue a monte per scoprirvi eventuali lesioni o altri calcoli.

Nei casi invece in cui troviamo lesioni preoccupanti della parete intestinale (e il suo aspetto e il reperto di anse conglutinate ci sarà di guida) si potrà o esteriorizzare l'ansa o lasciarla in garze uno o due giorni vedendo poi se è il caso di riparla nella cavità o, se sopraggiunto lo sfacelo, di reseccarla (CHÉNUT); oppure procedere senza altro alla resezione. Ricordo in proposito oltre al metodo comune, la resezione a freddo proposta da GUILLEMINET (esteriorizzazione, bottone anastomotico tra i piedi dell'ansa, enterotomia per togliere il calcolo; e solo in un secondo tempo resezione).

Molte volte è stata fatta una stomia dell'intestino alla parete, e questo in caso di condizioni gravi del paziente per impedire una ulteriore intossicazione: tale abboccamento potendo essere fatto sia a monte, sia

a livello dell'occlusione usufruendo della stessa incisione enterotomica (MARGARUCI e STOPPATO).

Sullo svuotamento dell'intestino a monte altri metodi ancora sono stati attuati: fatta l'enterotomia svuotamento con tubo di Paul (ROBINAU); puntura con trequarti (MONOD); digiunostomia alta di scarico con sifonaggio al siero uroformizzato (BOURDE); catetere di Nélaton n. 18 lasciato attraverso una breccia intestinale e fissato il tutto al peritoneo parietale (PRAT); ecc.

In caso di peritonite generalizzata l'ansa sarà lasciata all'esterno e posto un ampio drenaggio fino al Douglas.

Si potrà aver anche l'evenienza che l'ansa non sia esteriorizzabile, nel qual caso si procede alla enterotomia, si applica un Mikulicz; dopo alcuni giorni si stabilirà una fistola che poi verrà trattata (DUBOUCHER).

Se i calcoli sono nel crasso si potrà tentare di spingerli nel retto; non riuscendovi: colontomia e colonrafia.

Se i calcoli sono nel retto verranno estratti attraverso l'orifizio anale.

Sconsigliati i tentativi di far varcare a un calcolo che è nell'ileo la valvola ileocecale.

Se il calcolo è al piloro si potrà tentare di spingerlo nello stomaco (e poi gastrotomia); non riuscendovi pilorotomia.

Discussa è l'opportunità dell'esplorazione e dell'intervento sulle vie biliari. Così alcuni (WIBERT e GARRÈ) consigliano di verificare sistematicamente le vie biliari per assicurarsi se non esistano altri calcoli; altri di intervenire anche sulla colecisti; altri ancora (DUBOUCHER) controindicano invece senz'altro ogni esplorazione e intervento sulle vie biliari.

Al qual proposito credo che per quanto riguarda l'esplorazione — tranne in casi di notevole gravità — essa sia sempre opportuna, non fosse altro per indicarci un eventuale comportamento per l'avvenire; per quanto riguarda un intervento sulle vie

biliari, avendovi trovati dei calcoli, penso si debba lasciare al momento (condizioni generali del paziente, stato locale dell'ansa occlusa e quindi stato del peritoneo) la scelta se intervenire o meno.

Condizioni favorevoli per praticare pure la colecistectomia si riscontrarono nel mio quinto caso.

In fine l'uso delle soluzioni ipertoniche saline trova quivi una delle sue più importanti indicazioni.

I miei cinque casi offrono agio ad alcune utili indicazioni: in primo luogo è da ritenersi fatto di notevole eccezione l'esser avvenuto in due casi su cinque il passaggio del calcolo per l'ampolla di Vater. Abbiamo visto che in questi due stessi casi l'episodio occlusivo si è ricollegato direttamente alla colica epatica, che è stata provocata

quindi dal passaggio di cui sopra. Eccezionalità del transito per le vie naturali ed eccezionalità quindi anche delle coliche che trapassano nella sintomatologia occlusiva.

In secondo luogo ci è confermata la multiformalità di decorso di questa affezione.

Interessante l'esser riusciti a palpate nel quarto caso un budino pastoso in sede ombelicale che, con l'anamnesi e l'esame obiettivo, ha permesso di porre la diagnosi di occlusione acuta da calcolo biliare.

Interessante poi l'esser riusciti a mettere in evidenza nel terzo caso il calcolo occlusivo coll'esame radiografico e l'averne seguita anche la migrazione.

Interessante in fine l'esito così fausto ottenuto, che si può senz'altro attribuire all'intervento precoce: da poche ore ad un massimo di cinque giorni.

RIASSUNTO

Illustrazione clinico-operatoria di cinque casi di ileo da ostruzione da calcolo biliare: il contributo casistico segue una rivista sintetica sulla patogenesi, anatomia patologica, sintomatologia e decorso, diagnosi, esiti, prognosi, terapia dell'affezione in studio.

BIBLIOGRAFIA

- ANGELETTI e MONTI - *Bollettino di Scienze Mediche*, dicembre 1925.
 AUVRAY - *Presse médicale*, 1929, pag. 1516.
 — — *Presse médicale*, 1930, pag. 10.
 — — *Presse médicale*, 1930, pag. 255.
 BASSET - *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, vol. 63, n. 2, pag. 72-77, 1937.
 BERTONE - *Thèse de doctorat*. Paris, 1929.
 BERTONE - Società piemontese di chirurgia in Torino. Seduta del 7 marzo 1931.
 BORMAN e RIGLER - *Surgery*, vol. 1, n. 3, marzo 1937, pag. 347-375.
 BOURDE - *Presse médicale*, 1926, pag. 153.
 BRÉMONT - *Thèse de doctorat*. Paris, 1929.
 CHENUT - *Revue de chirurgie*, 1927, pag. 319.
 COGNIAUX e HOUSSA - *Presse médicale*, 1931, pag. 498.
 DELRIO e OTTOLENGHI - *Boletines y trabajos de la soc. de cirugía de Buenos Aires*, vol. 18, n. 27, ottobre 1934, pag. 1095-1113.
 DONATI - *Chirurgia dell'addome*. U.T.E.T. Torino, 1914.
 — — *Atti e memorie della Soc. Lombarda di Chirurgia*, vol. 2, n. 10, pag. 749-759, 1934.
 DUBOUCHER - *Revue médico-chirurgicale de maladies du foies etc.*, vol. 6, 4, 1931.
 GABARROU - *Archivos argentinos de enferm. del ap. dig. y de la nutr.*, vol. 12, n. 2, dic. 1936, pag. 193-231.
 GARDINER - *The Lancet*, n. 5737, vol. CCXXV, 12-8-1933, pag. 354.
 GASPAR - *Beiträge zur klinische Chirurgie*, vol. 167, n. 2, marzo 1938.
 GENTILE - *Il Baglivi*, anno IV, n. 4, 1938.
 GIANNELLI - *Il Morgagni*, anno LXVII, n. 41, ottobre 1925, pag. 1281-1292.
 GOLDSCHMIDT e LUWISCH - *Wiener Med. Woch.*, anno 87, n. 47, 20 nov. 1937, pag. 1216-1219.
 GUILLEMINET - *Lyon Chirurgical*, vol. 27, 1930.

- GUEULLETTE - *Presse médicale*, 1929, pag. 1501.
 HARTMANN - *Journal de méd. et de chir. pratiques*, 10, 5, 1928.
 — — *Presse médicale*, 1930, pag. 255.
 HAUTEFORT - *Presse médicale*, 1933, pag. 1947.
 HILLE - *Munch. Med. Woch.*, vol. 72, n. 15, 10 aprile 1925.
 HUIET, DELAFONTAINE e PORCHER - *Mém. de l'Académie de Chirurgie*, vol. 63, n. 15, pag. 630, 1937.
 LEURET - *Presse médicale*, 1926, pag. 887.
 LUNARDI - *Il Policlinico - Sezione pratica*, XLVI, n. 14, 3 aprile 1939.
 LUTTEROTTI - *Wien. Klin. Woch.*, anno XLIII, n. 46, 13 novembre 1930, pag. 1399-1403.
 KAUFMANN - Trattato di anatomia patologica speciale. Vallardi, Milano, 1928.
 MAC WORTHER - *Archives of Surgery*, vol. XIX, n. 5, nov. 1929, pag. 915-922.
 MARGARUCCI e STOPPATO - *Archivio ed Atti della Soc. Ital. di Chirurgia*, 1926.
 MAUCLAIRE - Citato da RUGGERI.
 MONCALVI - *Atti e mem. della Soc. Lombarda di Chir.*, vol. 2, n. 10, pag. 749-759, 1934.
 MONDOR - *Diagnostics urgents Abdomen*. Masson, Paris, 1930.
 — — *Presse médicale*, 1928, pag. 1550.
 OLPER - *Società Medico-Chirurgica di Padova*, seduta 29-I-1937.
 OKINCZYC - *Presse médicale*, 1926, pag. 1511.
 PALLASSE e REYADE - *Presse médicale*, 1928, pag. 874.
 PAUCHET - *Presse médicale*, 1926, pag. 697.
 PAVIOT e MOULINIER - *Le Journal de médecine de Lyon*, vol. XII, n. 265, pag. 33-41, 1931.
 POLACCO - *Giornale medico dell'Alto Adige*, vol. VII, fasc. 1-2, 1935, pag. 38.
 PRAT - *Bulletins et mémoires de la soc. de méd. et de climat. de Nice*, anno XLIX, n. 5, sett.-ott. 1928, pag. 48-52.
 QUÉNU - *Presse médicale*, 1930, pag. 136.
 RAZEMON - *Société de médecine du nord*, dicembre 1936.
 ROBINAU - *Presse médicale*, 1928, pag. 1550.
 — — *Société de Chirurgie*, 27 febbraio 1929, Paris.
 ROUX et BERGER - *Société de Chirurgie*, 6 novembre 1929, Paris.
 RUGGERI - *Athaena*, anno I, n. 9, 1932.
 SANTY - *Société de Chirurgie de Lyon*, in *Lyon Chirurgical*, vol. XXVI, n. 1, gennaio-febbraio 1929, pag. 84.
 SÉNÈQUE et SICARD - *Presse médicale*, 1934, pag. 1177.
 SCHMUTZLER - *Zentral. für Chir.*, Bd. 65, n. 21, 21 maggio 1938, pag. 1195-1198.
 TENGWALL - *Acta scandinavica*, 1924.
 TIXIER - *Lyon chirurgical*, vol. XXVI, n. 1, gen.-febr. 1929, pag. 84.
 VILLARD - *Lyon chirurgical*, vol. XXVI, n. 1, gen.-febr. 1929, pag. 84.
 WIBERT e BERCOVICH - *Archivos argentinos de enferm. del ap. dig. y de la nutr.*, vol. II, n. 3, febr.-marzo 1936, pag. 235-243.
 WIBERT e GARRÉ - *Archivos argentinos de enferm. del ap. dig. y de la nutr.*, vol. II, n. 3, pag. 316-323, 1936.
 WOHLAUER - *Journal de Chirurgie*, 1925, p. 349.



60682