

Vol. 371/57 57
PROF. CORRADINO GIACOBBE

COLONNELLO MEDICO - CAPOREPARTO DI CHIRURGIA - DOCENTE DI PATOLOGIA CHIRURGICA



Ascaridiosi di importanza chirurgica

ESTRATTO DA "MEDICINA E BIOLOGIA", - VOL. VI, 1943

Esemplare fuori commercio per
la distribuzione agli effetti di
legge.

PROF. CORRADINO GIACOBBE

COLONNELLO MEDICO — CAPOREPARTO DI CHIRURGIA — ECCELENTE DI PATOLOGIA CHIRURGICA

Ascaridiosi di importanza chirurgica

ESTRATTO DA "MEDICINA E BIOLOGIA", - VOL. VI, 1943

CORRADINO GIACOBBE

Colonnello Medico - Caporeparto di Chirurgia - Docente di Patologia Chirurgica

ASCARIDIOSI DI IMPORTANZA CHIRURGICA

LE frequenti complicazioni chirurgiche cagionate da ascaridi presentano, com'è noto, particolare interesse sia dal lato diagnostico, a causa della molteplicità e del polimorfismo delle varie sindromi determinate dagli elminti (*ascaris lumbricoidea*), sia dal lato terapeutico per le eventuali indicazioni all'atto operativo.

Credo pertanto non inutile fare qualche considerazione su alcuni casi personalmente osservati ed accennare brevemente alle principali forme di *ascaridiosi di spettanza chirurgica*.

*
* *

Il quadro più frequente e più noto è indubbiamente quello della *occlusione intestinale*. Che un groviglio di vermi, ed in particolare di ascaridi (che talora raggiungono perfino la lunghezza di 40 cm.), possa determinare una occlusione intestinale (*ileo verminoso*), ed in ispecie nei bambini, è infatti cosa risaputa da tempo. Hoffmann, ad esempio, ne aveva nel 1919 già raccolte 97 osservazioni (Zinn). Generalmente si ammette che gli ascaridi possano determinare fatti occlusivi, sia *direttamente*, ostruendo con la loro massa il lume intestinale, come in due casi da noi osservati e nella maggior parte di quelli descritti, sia *indirettamente*, determinando con il loro peso una vera *invaginazione* di un tratto dell'intestino nel tratto seguente

(Andrassy, Dieckmann, Hoffmann, ecc.). Più raro a verificarsi è il volvolo (Von Beck, Schlössmann, ecc.).

Hosemann ritiene che l'ileo verminoso sia da considerarsi come una combinazione dell'ileo otturatorio con quello spastico e che vi cooperino influenze meccaniche e tossiche, che provocano *crampo*

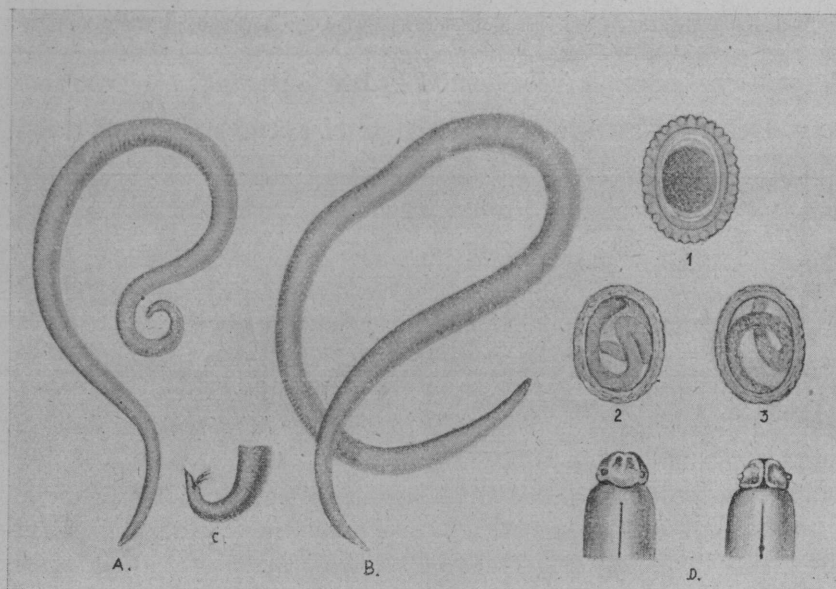


Fig. 1. - Ciclo di sviluppo degli ascaridi.

1, 2, 3, Uova di *ascaris lumbricoides* in fasi di sviluppo. - A. Maschio. - B. Femmina. - C. Estremità caudale del maschio. - D. Estremità cefalica (dal lato dorsale e dal lato ventrale).

intestinale, specialmente in bambini ad alta predisposizione verso la spasmofilia.

Indubbiamente nel meccanismo dell'occlusione oltre alla forma più semplice, che è rappresentata per l'appunto dalla ostruzione meccanica vera e propria del lume intestinale da parte di un grosso groviglio di vermi, è da tenere in seria considerazione il *fattore funzionale*.

Di regola si tratta di contrazioni spastiche della parete intestinale provocate molto spesso da *stimolo meccanico*.

Anche lo *stimolo chimico* ha certamente la sua grande importanza. Esiste infatti una forma di « *enterospasmo verminoso* » in cui porzioni più o meno estese di intestino tenue si presentano, come noi stessi abbiamo potuto direttamente osservare all'intervento, fortemente contratte al di sopra ed in corrispondenza della massa ostruente, talora, come è riferito da qualche A., anche per la presenza di un solo ascaride (fig. 2). Un'osservazione interessante è stata illustrata nel 1925 da Caccia e dal compianto colonnello medico professor Serafino

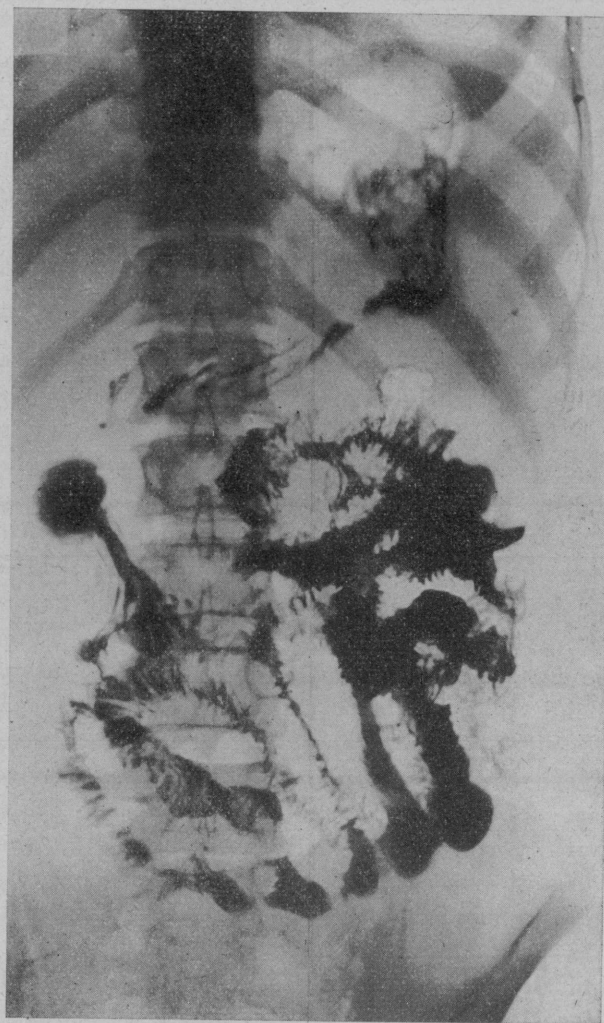


Fig. 2. - A carico del tenue esiste presenza di cisternie contratte ascaridi (*enterospasmo verminoso*), senza aspetto a parte di penna o dilatazioni.

Ricci, che ricordo con commossa devozione di assistente. In tre differenti tratti del tenue, abbastanza distanti tra loro, fu all'intervento riscontrato enterospasmo serrato e per ciascuno la causa

era da riferire esclusivamente alla presenza di un solo ascaride. Appena estratti i tre elminti a mezzo di altrettante enterotomie e suturate le brevi incisioni della parete intestinale, si notò infatti il rilasciamento dei tratti coartati.

A questo proposito è interessante ricordare i risultati sperimentali di Rost – confermati da analoghe ricerche di Tibaldi – secondo cui l'estratto totale di ascaridi (uccisi di fresco) eleverebbe il tono della muscolatura intestinale degli animali a sangue caldo stimolando l'apparato nervoso. Le sostanze ad azione rinforzatrice del tono si libererebbero, secondo i citati AA., con la morte dei vermi.

Non tutti però sono d'accordo nell'ammettere questa interpretazione, poichè si fa giustamente al riguardo osservare che nei grovigli riscontrati all'intervento gli ascaridi appaiono quasi tutti vivi. Senza insistere oltre nella discussione della patogenesi di queste occlusioni accenniamo appena che Alessandrini ed altri AA. hanno chiaramente dimostrato che le sostanze costituenti il corpo degli ascaridi e quelle derivanti dai prodotti del loro ricambio hanno la proprietà di produrre alterazioni anche gravi sui tessuti coi quali vengono a contatto, quali l'*irritazione*, l'*iperemia*, l'*infiammazione*, le *necrosi*. Tali lesioni sarebbero dovute prevalentemente ad aldeidi volatili ed acidi grassi volatili (acido valerianico, butirrico, formico, acrilico, propionico).

Negli adulti prevalgono di norma i sintomi occlusivi e traumatici, nei bambini invece quelli tossici e tossico-allergici, dovuti all'assorbimento delle sostanze elaborate dal verme ed esercitanti in questi ultimi di preferenza sul sistema nervoso. Tale azione si manifesta con scialorrea, prurito nasale, brividi, vertigini, vomito, midriasi, anisocoria, orticaria, edemi del viso, terrori notturni e, più di rado, anche accessi epilettiformi, coreiformi, meningismo e paresi e talora con vere meningiti sierose a ripetizione.

Non intendiamo peraltro entrare nella discussione di altri problemi, che si ricollegano alla sindrome occlusiva da ascaridi. Accenniamo però alla *diagnosi*, che può – in determinati casi – essere posta quando si tengano in considerazione e vengano rigorosamente vagliati alcuni fattori. E cioè: l'*età*, generalmente giovanissima dei soggetti (chè infatti sono colpiti di preferenza i bambini, specie in quelle regioni dove l'ascaride è più frequente); le abitudini di scarsa pu-

lizia di certe popolazioni; l'*anamnesi*; il *vomito*, quando con esso vengano emessi degli ascaridi; il *dolore periombelicale*; i *disturbi nervosi* (convulsioni, frequentemente); l'*esame ematologico* (eosinofilia), ecc. Anche la *prova biologica*, inaugurata da Ghedini, della ricerca cioè di antigeni ed anticorpi mercè la *deviazione del complemento*, può dare notevoli lumi.

Talvolta, quando le condizioni generali del paziente lo permettano, la diagnosi può essere anche radiologica.

L'*indagine radiologica* può infatti mettere in evidenza abbastanza facilmente la presenza di ascaridi nel tubo digerente e le eventuali alterazioni funzionali o morfologiche a carico di esso.

La scoperta radiologica degli ascaridi nel canale alimentare si deve a Flitz, che nel settembre del 1922 ne pubblicava due casi. Due anni dopo, primo in Italia, il compianto prof. Busi riuscì a metterne in evidenza parecchi casi e ne divulgò la conoscenza del quadro radiologico — dopo pasto opaco — in modo chiaro e minuto. La radiografia dimostra bene la presenza di ascaridi che si caricano di sostanza opaca ed appaiono come *fasci di ombre lineari*. Il più delle volte, però, il decorso di queste striscie è sinuoso, con volute dolci, tondeggianti. Talora il loro decorso è interrotto per il sovrapporsi ad esse di anse intestinali ripiene di sostanza opaca od anche, come segnala Vietti, per il sovrapporsi delle valvole conniventi ripiene di bario.

Busi e Vietti hanno dimostrato inoltre che spesso il verme, avendo a sua volta ingerito la sostanza opaca ed avendo quindi il suo tubo digerente tutto iniettato, presenta al centro, e per un tratto di parecchi centimetri, un sottile filamento opaco tale « da somigliare al mandrino metallico di una sonda elastica ». Questa immagine a filamento può rinvenirsi isolata, anche quando l'ansa che contiene l'ascaride abbia completamente svuotato il pasto opaco (fig. 3).

Interessante è l'osservazione radiologica quando l'ansa ospite è ben ripiena di bario e l'ascaride è preso d'*infilata* dai raggi X; il verme può apparire come un *disco trasparente*, limitato dall'ombra opaca dell'ansa ed includente, se il canale alimentare del parassita è pieno di bario, un piccolo punto opaco al suo centro (Lenarduzzi) (fig. 4).

Allorchè i parassiti sono numerosi ed avvolti su sè stessi può aversi immagine di « gomitolo di grosso spago ».

Fritz e Giovetti con radioscopie sono riusciti ad osservare anche il movimento degli elminti.

Quando il parassita è morto, come fa rilevare Vietti, l'immagine radiografica è quella di un nastro regolare con opacità meno intensa del solito; l'ascaride appare privo costantemente del filamento opaco centrale.

Enorme è dunque l'importanza che ha la scoperta radiologica degli ascaridi; ma si capisce anche che tale mezzo di ricerca è lecito solo quando non esista grave sindrome occlusiva. Perciò si spiega come è per lo più una sorpresa, a ventre aperto, il palpare una massa (ostruente) che si

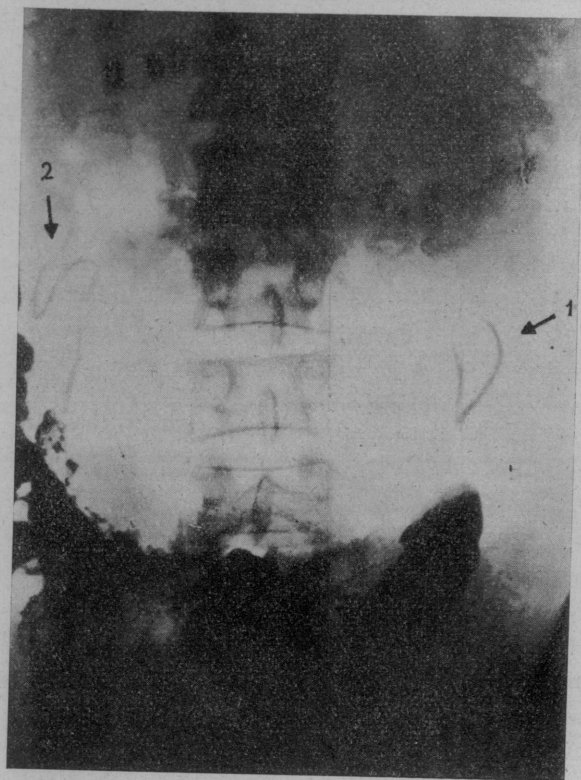


Fig. 3. - Ascaridi nel tenue.

1. - Immagine positiva (l'ascaride ha ingerito il bario).
2. - Immagine negativa.

dissocia in molteplici movimenti vermicolari sotto le dita. Dinanzi ad un addome acuto, di fronte all'impotente, allarmante e preoccupante quadro di occlusione intestinale, qual'è per l'appunto quello determinato talvolta da ascaridi, è assai problematico potere stabilire criteri sufficienti - specie quando l'anamnesi è muta - per una diagnosi differenziale e perdersi in ricerche mentre

la vita del paziente è in pericolo. Ed è pertanto con diagnosi generica di occlusione che si decide di intervenire chirurgicamente ed al più presto, specie quando — come nella nostra ultima osservazione — è possibile rilevare anche la presenza di una tumefazione endoaddominale ed il segno di Wahl.

È pacifico però che, quando la diagnosi è posta o fondatamente sicura, la cura è medicamentosa: la santonina ed un purgante guariranno l'affezione, eventualmente associati ad alte dosi di belladonna ed adrenalina.

Quando l'occlusione dura da tempo, le condizioni generali sono gravi e la diagnosi è incerta, è doveroso operare. La tecnica chirurgica può essere quanto mai semplice, se — beninteso — non esistono lesioni gravi dell'intestino che ne

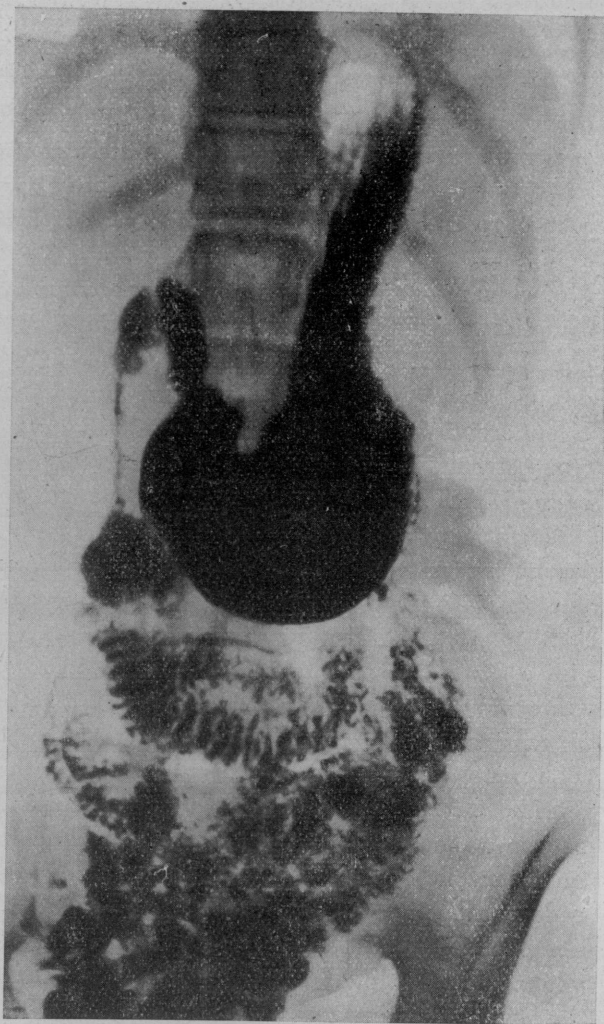


Fig. 4. — A carico dell'intestino si osservano immagini negative da ascaridi e qualche immagine a rosetta.

*ASCARIDIOSI
DI IMPORTAN-
ZA ECC.*

pregiudichino la vitalità, lesioni che — com'è noto — possono arrivare fino alla gangrena.

La maggior parte dei chirurghi che hanno avuto occasione di operare casi simili, od hanno eseguito l'enterotomia con consecutiva estrazione di ascaridi od hanno addirittura praticata la resezione intestinale alle volte molto estesa. Baugh, ad esempio, nel 1923 reseccò 70 cm. di ileo: Hennig nello stesso anno ne reseccò un metro e 25 cm.

Noi ci siamo regolati in maniera meno traumatizzante e quanto mai semplice e prudente, con la spremitura cioè dell'ansa estruita — che all'intervento non ci è apparsa alterata — e la dissociazione degli ascaridi in una vasta estensione in modo da sopprimere l'ostruzione. È superfluo far rilevare la necessità di eseguire detta spremitura con estrema dolcezza e di somministrare assai precocemente i comuni antielmintici per impedire che gli ascaridi, manualmente dissociati, tornino a conglomerarsi.

In due nostri pazienti così trattati, qualche ora dopo l'intervento, che è stato praticato in rachianestesia, abbiamo somministrato santonina ed il giorno successivo un purgante. L'emissione di ascaridi è stata copiosissima: oltre un centinaio in tutti e due i casi. Giardina (1926) consiglia di iniettare direttamente nell'intestino, a ventre aperto, con un sottile ago, un efficace antielmintico. Tale metodo, che potrebbe dare buoni risultati solo nei casi di spasmo intestinale attorno ad uno o pochi ascaridi, non è peraltro scevro d'inconvenienti. Lo stesso Giardina propone, basandosi su un intervento eseguito dal suo maestro prof. Giordano, di procedere all'appendicectomia in ogni laparotomia che venga eseguita per occlusione da ascaridi; e ciò per evitare che l'appendice divenga ricettacolo di uova del parassita difficilmente raggiungibile da ogni antielmintico.

*
* *

Si possono avere anche *peritoniti da perforazione* in cui gli ascaridi hanno evidentemente *azione traumatica attiva*. Tali peritoniti non sono rarissime e di esse si potrebbero citare diverse pubblicazioni illustrative, come quella di Solieri (1902).

Si possono avere anche altre contingenze, che l'ascaride cioè per-
fori l'intestino senza lasciare traccia del suo passaggio per l'obli-
terarsi del foro (per il noto meccanismo di contrazione parietale)
od anche, come fa rilevare Giordano, che cada nella cavità addomi-
nale senza provocare peritonite, incapsulandosi, tanto che tale
evenienza è stata spiegata con uno sviluppo extraintestinale del-
l'elminto; viceversa può provocare, per ferite incomplete settiche
delle pareti intestinali, peritoniti gravissime affini a quelle da pro-
pagazione tifica (Polichetti, 1933).

P. Amadori (Società Medico-Chirurgica Bellunese - Seduta del
4 gennaio 1933) ha illustrato un interessante caso di *peritonite bi-
liare* mortale da penetrazione di ascaride nel dotto di Wirsung:
altro ascaride occupava per tutta la sua lunghezza il dotto pan-
creatico accessorio. È da ritenere che l'elminto, avendo occluso
con la sua estremità la papilla di Vater, abbia provocato il re-
flusso del succo pancreatico nella cistifellea, rendendone così per-
meabile la parete alla bile (*peritonite biliare senza perforazione*).

Veramente eccezionale, forse unico, è il caso illustrato nel 1941
da E. Sovena alla Società Romana di Chirurgia di *Peritonite pu-
rulenta circoscritta da perforazione di ascaridi del dotto onfalo-mesen-
terico persistente*.

Casi di perforazione intestinale da ascaridi per *deiscenza di suture
operatorie*, anche bene eseguite, sono descritti in numero abbastanza
rilevante. Esistono persino osservazioni nelle quali si parla di
reperto di ascaridi in addome mentre le suture si presentavano
intatte. Si deve in tale ultima evenienza ammettere che, dopo il
passaggio dei parassiti, si sia ristabilita la continuità della sutura
con formazione di essudati e di aderenze. Seco (1933) ha illustrato
un caso di perforazione del moncone duodenale in resecato.

Passati in addome i vermi possono dare *peritoniti generalizzate*.
Ricordo che dopo una gastro-digiunostomia da me eseguita su di
un carabiniere per *stenosi pilorica* dieci giorni dopo l'intervento
comparvero improvvisamente e si accentuarono i segni di peritonite
diffusa. Emissione di ascaridi con il vomito. Al reintervento fu
riscontrata deiscenza parziale della sutura, certamente determi-
nata dalla trasmigrazione dei parassiti che copiosamente si rinven-
nero nella cavità addominale.



Fig. 5. — *Bulbo duodenale* (lieve compressione durante l'esame); difetto di riempimento dovuto ad ascaride fortemente incurvato a cappio.

Sono stati descritti casi di passaggio di ascaridi persino attraverso *ulcere duodenali* (Marcus) (fig. 5). L'infezione, che è sempre da temere nelle lesioni intestinali d'arma da fuoco, quali si riscontrano nei combattenti per le particolari condizioni di fermentazione e di speciale tossicità delle materie fecali, è particolarmente aggravata dalla frequente presenza di ascaridi, che possono fuoriuscire dalle perforazioni contribuendo a diffondere la sepsi nel cavo peritoneale. In un arabo ferito all'addome da fucile da caccia e da me sottoposto di ur-

genza ad atto operativo nell'Ospedale Coloniale di Tripoli riscontrai — qualche ora dopo l'accidente — la presenza di alcune dozzine di voluminosi ascaridi rapidamente fuoriusciti dalle numerose perforazioni intestinali e raccolti nelle pliche del mesentere.

* * *

In qualche caso — come Vespignani, Vietti e Lenarduzzi hanno messo in evidenza — può presentarsi all'osservatore il quadro radio-

logico più o meno completo enunciato dal Vespignani per la *mesenterite*, affezione che, stando ai rilievi di questi AA., non di rado si osserverebbe in portatori di ascaridi, così da far pensare ad un rapporto patogenetico assai probabile con questa infestazione.

Vespignani, Faccini ed Amorosi hanno al riguardo pubblicato osservazioni di mesenterite retrattile essenziale nei quali vi era una contemporanea ascaridiosi, per cui pensano che gli ascaridi possano rappresentare un fattore eziologico non trascurabile della mesenterite retrattile.

ASCARIDIOSI
DI IMPORTAN-
ZA ECC.

*
*
*

Frequentemente ascaridi sono stati riscontrati nel lume dell'*appendice*.

Ciò era noto anche agli antichi. Ed infatti Fabrizio d'Acquapendente, illustre anatomico ed apprezzato chirurgo del nostro glorioso Rinascimento, riferisce di aver trovato nell'appendice un verme. G. B. Morgagni nella *XIV Epistola Anatomica* (1756) insiste particolarmente sulla presenza di lombrichi nel lume dell'appendice. Il Caldani in una lettura che Egli fece il 25 maggio 1809 all'Accademia Medica di Padova sulla *Appendice vermiforme dell'intestino colon* si ferma al paragrafo 41 di detta Epistola per dedurne che « a lui (al Morgagni cioè) piacque o parve confermato dai fatti che il fine per cui la natura aggiunse all'intestino colon quella appendice fosse perchè in quella i lombrichi depongano le uova e che in verun altro luogo più tranquillamente crescano e si sviluppino ». E non senza ironia aggiunge Egli allora: « io dubito però moltissimo che il mio dotto antecessore rinunciato avrebbe a quel suo pensiero ed altro uso avrebbe attribuito a quella particella del corpo umano, se avesse rammentato che non vi è in noi organo alcuno in cui non siansi riscontrati vermi in maggiore o minore quantità, che i lombrichi forarono le pareti degli intestini, che s'introdussero nel condotto escretorio del pancreas e che la struttura della appendice medesima ci dimostra esser ben altro l'ufficio a cui fu destinata ».

Certo è che l'appendice cecale fu tenuta un tempo, specie nel secolo XVIII, per « incubatrice delle uova dei vermi intestinali » e che sia stata formata addirittura per tale scopo passò per la mente di Santorini e del grande Morgagni; ma quest'ultimo respinse tale sup-

posizione ed in base alle sue severe ed obbiettive deduzioni rilevò che tale formazione anatomica è destinata a ben altro compito, a secernere cioè ed a versare nel cieco *qualcosa di utile* alla funzione del colon (Giordano).

Note sono le ricerche di Vanni sull'insorgenza del meccanismo del *vaso chiuso* nell'ascaridiosi appendicolare.

In un caso di Polizzi (1931) l'elminto sporgeva da una perforazione dell'appendice gangrenata; in un secondo invece, in cui l'appendice appariva macroscopicamente poco alterata, l'ascaride si era insinuato obliquamente nella parete, sporgendo sotto e parallelo alla punta; altri due ascaridi che si palpavano sul fondo del cieco attraverso le pareti furono tirati via per il foro di amputazione stessa dell'appendice ed altri 114 furono emessi col vomito e con le feci. Casi in cui il lume dell'appendice è stato rinvenuto completamente o per buon tratto occupato dall'ascaride sono stati descritti da Castellani, Jalaguier, Garrone, ecc.

Veramente singolare è l'osservazione di Nason e che per ora è rimasta unica nella letteratura; un ascaride penetrato per tutta la sua lunghezza nell'appendice aveva condotto questa a circondare ed a strozzare un'ansa del tenue.

Ricordiamo anche che Giardina (1926), avendo praticata l'appendicectomy nel corso di una laparotomia per occlusione da groviglio di ascaridi, trovò che l'appendice conteneva gran copia di uova di elminti e presentava evidenti fatti flogistici.

Baroni operò un bambino che da 48 ore pareva ammalato di appendicite; all'intervento invece rinvenne le ultime anse ileali stipate di ascaridi ed in qualche punto necrosate e perforate tanto da richiedere una resezione.

In un altro bambino di 9 anni con fatti simili la enterotomia permise di estrarre più di un chilogrammo di elminti (Baroni).

È da tener presente che, accanto alle appendiciti vere da ascaridi ed in cui vi è quindi necessità dell'atto operativo, esistono delle forme cliniche di pertinenza medica che compaiono in individui giovani affetti da elmintiasi e che possono guarire con la sola somministrazione di antielmintici e talora anche spontaneamente. Sono queste quelle forme che Perrein ed Heitz definiscono impropriamente *pseudoappendiciti*. La letteratura è ricca di osservazioni

del genere e che si riferiscono per lo più a bimbi, i quali sono colti improvvisamente da dolori localizzati nella fossa iliaca destra, da vomito, febbre ed anche chiusura dell'alvo. Un'anamnesi positiva per l'ascaridiosi, la ricerca delle uova nelle feci, il reperto ematologico ed infine, particolarmente, l'indagine radiologica possono confermare la natura verminosa dei fenomeni.

Per convincersi ancor di più della grande importanza che la scoperta radiologica degli ascaridi ha per formulare una diagnosi attendibile, basterà ricordare come spesso e per lungo tempo le uova degli elminti possano mancare nelle feci, che a produrre fenomeni anche gravissimi sono talora sufficienti pochi ascaridi nel canale digerente e che infine parecchi quadri minacciosi – e tra questi le cosiddette pseudoappendicitis – sogliono in breve dileguarsi con una cura antielmintica. In questi casi sembra evidente che la patogenesi tossicoallergica ha la massima considerazione.

Gli ascaridi possono, com'è noto, penetrare in un'ansa intestinale contenuta in sacco erniario e provocare lo *strozzamento dell'ernia*. Il quadro anatomo-patologico è particolarmente grave; frequente è la perforazione dell'ansa.

* * *

I casi di lesioni chirurgiche determinate in altra sede sono i più vari: *alterazioni indotte negli annessi (piosalpinge: osservazioni di Hofstötter, Naken, Murray, ecc.)*; *ascessi nella regione lombare; pancreatiti acute* dovute alla penetrazione dell'elminto nel dotto di Wirsung (nel 1644 Bartolini riferiva di aver trovato – nel corso di una necropsia – un grosso verme nel pancreas).

Sabrazès, Parcelier e Bonnin (« Ann. d'Anatomie Pathologique Med. Chir. », 1925) hanno illustrato un'osservazione di *pancreatite emorragica da ascaridi* (il dotto era quasi completamente occupato da un *ascaris lumbricoidea*) ed hanno riscontrato nella letteratura circa 20 casi in cui uno o più lombrichi sono stati trovati nel pancreas.

Nei casi di pancreatite acuta la conoscenza dell'emissione di ascaridi per le feci o col vomito deve suggerire la possibile causa.

ASCARIDIOSI
DI IMPORTAN-
ZA ECC.

L'intervento chirurgico è giustificato dal successo ottenuto da Novis, che, incidendo il pancreas, asportò un lombrico vivente ed uno parzialmente digerito; salvò così la vita del paziente, che guarì completamente.

Gli ascaridi arrivano perfino a determinare *oliti*, *asceci periesofagei*, *sottocutanei*, *pleuriti purulente* (Luschka, Yamano, ecc.) e — sempre per migrazione — financo *fistole entero-vescicali* e *retto-vaginali*, per cui può capitare di vedere ascaridi fuoriuscire dalla vescica con le urine e dalla vagina.

Ascaridi sono stati rinvenuti in *trachea* (Abrantini, Alessandrini, Blumenan, ecc.) e nei bronchi (Leon, ecc.); sono stati descritti casi di occlusione mortale delle vie respiratorie (Mendes e Dos Santos).

È noto che, nel corso della loro evoluzione, le larve di ascaridi passano per il polmone. Da ricerche eseguite da G. Gèbel (« Rev. Med. de la Suisse Romande », aprile 1936) risulta che, in tale passaggio, esse provocano delle lesioni (polmoniti talora), quando sono in quantità notevole. Frequente è la proliferazione dell'epitelio bronchiale ed alveolare, talvolta con formazione di cellule giganti. In un caso è stata osservata trombosi arteriosa ed arterite acuta.

Singularissimo è il caso di Middleton, osservazione che sta a dimostrare quali altre sedi impensate possa talora raggiungere il parassita. Avendo l'autore eseguita una tonsillectomia bilaterale in una bambina di otto anni, trovò nella *tonsilla destra* una cavità contenente un ascaride.

Steimann — nel corso di un intervento eseguito sulla mastoide — rinvenne un verme nella punta dell'apofisi.

Singolari sono anche i casi di penetrazione dell'ascaride nel *seno frontale* (osservazione di Troya), nell'*antro di Higmoro* (osservazione di Dechamp e Fortessin), nelle *cavità accessorie del naso*, nel *condotto uditivo*, ecc.

Hoffner ha osservato un'evenienza particolarmente rara. In un bambino di quattro anni un verme, dopo aver imboccato ed oltrepassato il canale naso-lacrimale, raggiunse il canalicolo inferiore e venne fuori dal punto lacrimale per circa metà della sua lunghezza (Ruggieri).

È da tener presente l'eventualità di altre localizzazioni insolite, nell'utero — ad esempio —, in un *cistoma ovarico* (caso di Pufur), nell'*uretra femminile* quando esistano delle fistole intestinali interne. Interessantissimo è il caso di Carsten di eliminazione di ascaridi per le *vie urinarie maschili*, caso che è assai analogo ad una osservazione di Zanalda (1931).

Carsten riferisce di un uomo di 69 anni che si era presentato a lui per una iscuria di 24 ore. Nel togliere il catetere che egli aveva introdotto in vescica trovò attaccato a questo un ascaride di cm. 20 di lunghezza.

Dopo tre giorni, avendo dovuto di nuovo cateterizzare il paziente, trovò un altro verme. L'urina era torbida e fetida per una cistite certamente determinata dalla presenza degli ascaridi (Ruggieri). Nel suo caso particolare Carsten esclude, anche in base ad un accurato esame cistoscopico, che il passaggio delle uova o del verme adulto sia avvenuta dall'intestino o dalla vescica attraverso tramiti fistolosi ed ammette invece l'ipotesi che il verme sia giunto in vescica attraverso le vie linfatiche.

* * *

L'*ascaridiosi delle vie biliari* è nota da molto tempo.

Bertone (1923), a proposito di un caso di calcolosi del coledoco e dell'epatico, nel quale dopo estratti tre calcoli dall'epatico si tirò fuori anche un ascaride, che stava loro dietro (in contadina di 48 anni), passa in rassegna altri 29 casi di *ascaridiosi delle vie biliari*, raccolti nella letteratura, vagliandone i dati principali, gli esiti, gli insegnamenti desumibili.

Anche Heckenroth (1932) ne dà uno studio d'insieme.

Inoltre Chiasserini ha al riguardo riferito su di una osservazione personale (« Soc. Ital. di Chirurgia », 1929). Tale caso è analogo alla maggior parte degli altri descritti: una storia cioè di attacchi colici che fa porre la diagnosi di probabile colelitiasi, mentre l'intervento dimostra invece la presenza di uno o più ascaridi nelle vie biliari e la frequente concomitanza di calcoli nella cistifellea o nel coledoco od in ambedue.

Tale concomitanza si sarebbe verificata, secondo Hortolomei, in circa il 60 % dei casi (« Lyon Chir. », 1923).

Anatomo-clinicamente sono descritti *epatiti acute, ascessi del fegato* a forma itterica (Ishiyama), persino *stati cirrotici*, mentre l'invasione delle vie biliari da parte di ascaridi causa *sindromi di colecistite, angiolite acuta, ostruzione canalicolare*.

Recentemente (29 gennaio 1943) un'osservazione di ascaridiosi delle vie biliari è stata illustrata alla R. Accademia di Roma da A. Sovena. La paziente è stata operata con successo da Chiasserini (drenaggio del coledoco, previa estrazione degli elminti, con l'aspiratore, ed ectomia della colecisti).

Le Roy des Barres (1934) ha citato un caso in cui all'intervento si trovò un'enorme dilatazione del coledoco e dell'epatico legata alla presenza di due ascaridi e Criado (1933) un caso di ostruzione d'un drenaggio tubolare posto nell'epato-coledoco determinato da un elminto.

N. Fiessinger (1928) distingue: 1° l'*ascaridiosi recente*, che nel bambino simula l'ascesso del fegato e nell'adulto la colica epatica, la colecistite o la perforazione (il dolore è però profondo, sotto il lato destro del fegato, più alto di quello della pancreatite - esistono anche forme benigne con ittero lieve); 2° l'*ascaridiosi di antica data*, che simula la calcolosi del coledoco con ittero cronico. Gli ascaridi solo eccezionalmente si trovano nella cistifellea (ricordo un caso riferito in una lezione dal mio Maestro professore Alessandri ed operato dal suo illustre predecessore Durante). Di solito, come risulta anche dalle osservazioni di Chiasserini, Rocchetti, Aievoli, Kartman, ecc. si rinvencono nel coledoco-epatico e talora anche in notevole quantità (33 in un caso ricordato da Hortolomei; 12 nel caso di Lokar in cui si verificò anche perforazione del coledoco).

Anche per l'ascaridiosi delle vie biliari è difficile poter formulare una diagnosi pre-operatoria, a meno che non si verifichi la fortunata evenienza del caso di Martens in cui il miglioramento della sindrome colecistitica coincise con l'emissione di ascaridi con le feci. E per finire accenniamo ad un caso illustrato da Brigidi (1892) e riferito da Ruggieri, osservazione questa che desta la più grande meraviglia e che certamente non trova riscontri.

L'A. vide un verme, passato attraverso la parete posteriore del faringe e tra i corpi vertebrali, insediato nei muscoli della nuca. Esso aveva compiuto tale migrazione approfittando di un ascesso ossifluente da Pott cervicale, apertosi nel faringe; ma nel passaggio attraverso la colonna vertebrale aveva provocato una meningite ad esito letale.

*ASCARIDIOSI
DI IMPORTAN-
ZA ECC.*

*
* *

Queste sono in sintesi le più frequenti manifestazioni dell'ascaridiosi di pertinenza strettamente chirurgica e delle quali è pertanto chiamato a far giustizia il bisturi del chirurgo.

In alcuni casi però una diagnosi fatta tempestivamente – ed è questione talvolta di pensarci – potrebbe con una appropriata cura medicamentosa evitare l'atto operativo.

RIASSUNTO

L'A. passa in rassegna le complicanze d'interesse chirurgico cagionate dagli ascaridi e pone in rilievo, in base anche a casi personalmente osservati, l'importanza che l'esatta conoscenza delle varie sindromi ha specie in rapporto all'eventuale indicazione all'atto operativo.

97877

Esemplare fuori commercio per
la collezione agli effetti di
legge.

250543





