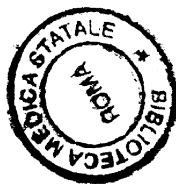


Mob 1373/30
48

Dott. ERMETE DOGNINI, assistente

85
33



Rara complicazione tifosa in una bambina: empiema della colecisti operato e guarito

Estratto da «CLINICA NUOVA»

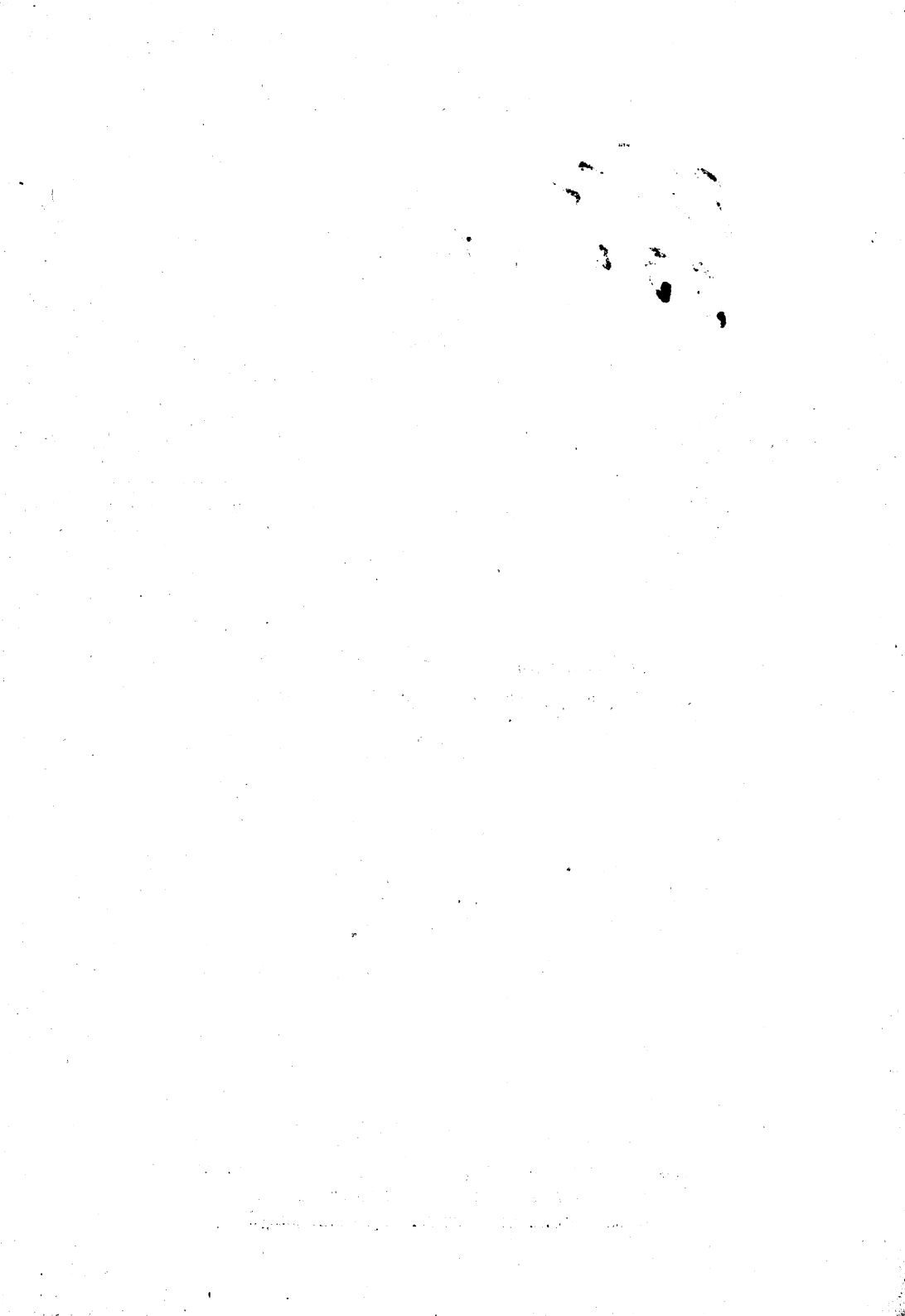
Gennaio-Febbraio 1947 A. III - N. 1-2

«CLINICA NUOVA»

RASSEGNA DEL PROGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE

ROMA - VIALE XXI APRILE, 13 - TEL. 82458



Fra le varie complicazioni del tifo addominale nell'infanzia, quelle a carico della colecisti non sono molto frequenti. Semplici risentimenti colecistitici e colecistiti catarali post-tifose a decorso per solito benigno, si osservano, come è noto, con frequenza; ma raramente è dato di assistere all'instaurarsi di un vero processo suppurativo acuto, di empiema colecisti. Nell'adulto questa evenienza sembra meno rara che nel bambino, nel quale, del resto, è nota la rarità di qualsiasi malattia chirurgica della cistifellea e delle vie biliari. A riprova di ciò basterà dire che nel reparto chirurgico del nostro Ospedale, su alcune decine di migliaia di bambini affetti da forme chirurgiche varie, furono eseguiti solamente quattro interventi chirurgici sulla colecisti. (Tre per colecistite calcolosa e il quarto — il presente caso — per empiema della colecisti). Tuttavia nella letteratura sono descritti alcuni rari casi del genere, finiti per solito con la perforazione della colecisti e consecutiva peritonite diffusa mortale.

Il caso che mi accingo a descrivere mi sembra interessante appunto, oltre che per la rarità della forma, per il brillante risultato del trattamento chirurgico tempestivo.

M. Irma, di anni 10. Ricoverata all'Ospedale il 3 agosto 1944 con diagnosi di tifo. Nulla di particolare interesse nella anamnesi familiare. Non malattie degne di nota fino alla forma morbosa attuale. Il giorno 1° agosto 1944, due giorni prima dell'ingresso in Ospedale, incominciò ad accusare malessere, astenia, disappetenza e febbre. Non frividi. Non tosse. All'ingresso la bambina si presentava: normotipo bruno di condizioni di nutrizione e sanguificazione buone. Sensorio lievemente ottuso. Polso molle a 90 al 1'. Temperatura 39°. Lingua impaniata. Fanci arrossate, deterse. Polmoni: si ascoltano fatti umidi di lieve entità alle basi. Cuore: nei limiti; toni ritmici, puri. Addome: pianeggiante, trattabile, indolente. Gorgoglio ileo-cecale. Fegato: all'arcata costale. Milza: non palpabile; il reperto percussorio mostra invece un ingrossamento dell'organo verso l'alto (raggiunge l'8ª costa sull'ascellare anteriore). Esame urine: Albumina assente. Sangue assente. Acetone presente in discreta quantità. Sedimento: qualche globulo bianco e cellule di sfaldamento delle basse vie urinarie.

Emocultura: positiva per il bacillo di Eberth.

Durante la prima settimana la temperatura si è mantenuta alta e continua tra i 39° e i 40°. Lo stato tifico è andato via via precisandosi. All'inizio della seconda settimana di ricovero la bambina presentava: lingua fuliginosa, arida, emorragie gengivali, sensorio obnubilato. Polso piccolo, vuoto discreto. Addome teso, meteorico con comparsa di numerose roseole. La temperatura si manteneva sempre alta e continua.

Solo alla fine della 2ª settimana ci fu accenno a miglioramento e diminuzione della temperatura. Ma nello stesso periodo si comincia a palpare all'ipocondrio di destra, subito sotto l'arcata costale, lungo la linea pararettale, una massa liscia lievemente dolente della grossezza di una noce. Alla terza settimana la bambina è nettamente migliorata: la temperatura si fa oscillante con remissioni fino a 37°. Polso pieno, ritmico, intorno agli 85°.

In sedicesima giornata di malattia insorge un fatto nuovo: la bambina avverte dei brividi verso sera, in rapporto alle puntate febbrili. La massa all'ipocondrio di destra va rapidamente aumentando di volume, tanto che il 17 agosto, cioè in 19ª giornata di malattia, si palpa della grossezza di un uovo, e si intravede, data l'esilità delle pareti addominali. Si nota pure la comparsa di lieve ittero. Si inizia una cura di colagoghi. (Urotropina per os e diidrocilato di sodio endovena). Le urine sono coloriche e le feci permangono colorate.

La febbre ha preso alla fine della terza settimana andamento settico e l'addome è diventato assai dolente, specie al quadrante superiore destro, con pareti fortemente contratte; le condizioni generali sono nettamente peggiorate e l'ittero è aumentato di intensità. Alvo chiuso.

Chiamato il chirurgo, questi consiglia l'intervento immediato. 23/8 = Atto operativo (Dott. Scolari) anestesia loco-regionale (30 cc. di scurocaina al 0,50 %). Taglio sottocostale trasversale destro. Aperta la cavità peritoneale, salta all'occhio e protrude dalla breccia operatoria una colecisti molto ingrandita (del volume di un grosso limone - vedi figura) a pareti tese e lucenti, di consistenza duro-elastica e di colorito giallogrigiastro non depressibile nè riducibile con la compressione e priva di aderenze. Essa risulta ripiena di liquido giallo citrino corposcolato che si estrae in parte (cc. 70) con una siringa, allo scopo di detendere le pareti della cistifellea. Chiuso con una pinza a cuore il foro prodotto dall'ago, si esegue una stretta sutura in catgut, non penetrante, del fondo della colecisti al peritoneo parietale; si esegue quindi la stomia introducendo un catetere di Malécot a due alette, di medie dimensioni e lo si fissa con sutura a borsa di tabacco, invaginante, ottenendo in tal modo una stomia perfettamente continente. Ricostruzione della parete a strati, in catgut. L'intervento della durata di circa 30 minuti, è ben tollerato, nonostante le gravi condizioni della paziente. Dal catetere, cui viene innestato un tubo di raccordo, pescante in un vaso contenente soluzione antisettica, fuoriesce di continuo una notevole quantità di liquido con i caratteri sopra descritti, ma nei giorni che seguono esso diventa sempre più limpido e meno abbondante.

L'esame batteriologico e culturale del liquido estratto dimostra la presenza del bacillo Eberth, in coltura pura.

Subito dopo l'intervento, si ha la caduta definitiva della temperatura. Il giorno successivo la bambina evacua spontaneamente feci di aspetto normale. L'ittero è diminuito. In settima giornata dall'intervento, si tolgono i punti ed il drenaggio. La bambina apirettica e l'ittero è scomparso. Le condizioni generali vanno rapidamente migliorando e la ferita operatoria si chiude completamente e spontaneamente dopo 12 giorni dall'intervento.

La bambina viene trattenuta in reparto durante tutta la convalescenza e viene dimessa completamente guarita il 15 ottobre 1944.

I due anni trascorsi in pieno benessere, dopo la grave malattia, confermano la perfetta guarigione.

Il caso riferito si presta ad alcune brevi considerazioni. Nessun dubbio, innanzi tutto, che si tratti di localizzazione eberthiana alla colecisti, con fenomeni di suppurazione locale e di stasi acuta e progressiva, imputabile a probabile occlusione infiammatoria temporanea del cistico; trattasi quindi di colecistite purulenta acuta alitossica, da bacillo di Eberth.

Non insisterò ulteriormente sulla rarità della forma, come pure sorvolero sulla questione della via seguita dai germi per giungere alla cistifellea e sulle cause che possono favorirne l'impianto nelle sue pareti e in quelle dei dotti escretori della bile.

E' ben noto come l'infezione tifosa possa condurre alla perforazione della vescichetta biliare e alla consecutiva peritonite. Probabilmente il nostro caso avrebbe avuto questo esito, senza l'intervento tempestivo. Ha facilitato la diagnosi, oltre la comparsa dell'ittero, la possibilità di osservare e palpare fin dall'inizio la tumefazione in progressivo aumento, data la esilità e la cedevolezza della parete addominale, che solo in secondo tempo si contrasse in difesa. Il rapido peggioramento nelle condizioni generali, la febbre a tipo suppurativo preceduta da brividi e i rilievi locali decisero il chirurgo a intervenire senza indugio, giacchè la diagnosi non poteva ormai lasciare alcuna incertezza. La semplice colecistostomia, agevolmente eseguita in anestesia locale, si è mostrata pochissimo traumatizzante e assai bene tollerata, nonostante le gravi condizioni della paziente e la presenza dell'ittero. Assai brillante il risultato ottenuto: immediata scomparsa della febbre, rapido miglioramento delle condizioni generali, sollecita e completa guarigione. (Ospedale dei Bambini e Istituto Rachitici - Brescia. Reparto Medicina: Primario, Prof. A. Pagani-Cesa; Reparto Chirurgico: Primario ff. Dottor F. Scolari).

354749