

122 15/10/11 35. 35. 26-

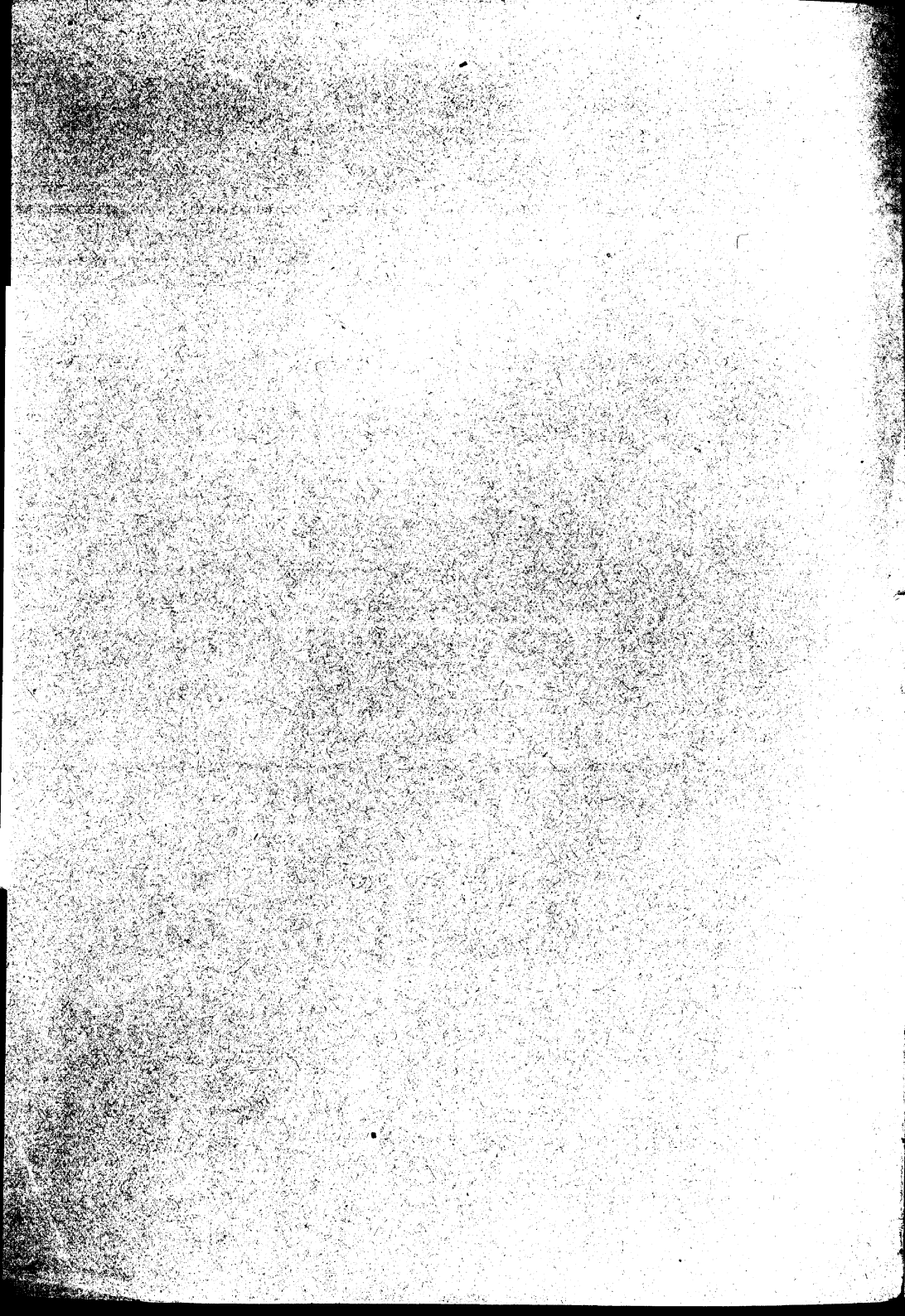
DOTT. G. DIALTI E DOTT. P. POZZILLI

OPERAZIONI CHIRURGICHE E MALARIA LATENTE

Estratto dalla *Rivista Ospedaliera* (Sezione scientifica), anno 1911, n. 17.

ROMA
TIPOGRAFIA NAZIONALE DI G. BERTERO E C.

—
1911



DOTT. G. DIALTI E DOTT. P. POZZILLI

OPERAZIONI CHIRURGICHE E MALARIA LATENTE

Estratto dalla *Rivista Ospedaliera* (Sezione scientifica), anno 1911, n. 17.

ROMA
TIPOGRAFIA NAZIONALE DI G. BERTERO & C.

—
1911

Operazioni chirurgiche e malaria latente

per il dott. GIULIO DIALTI, docente e chirurgo primario,
e il dott. PERICLE POZZILLI, medico primario nell'ospedale di Copparo.

È noto che tra i fattori che spiegano azione determinante nelle recidive malariche a lunga scadenza sono le cause sociali, i disturbi gastro-intestinali, i raffreddamenti improvvisi ecc.; come pure è noto che in località malariche possono ritrovarsi nell'uomo, senza manifestazioni cliniche, i parassiti malarici, e permanere negli organi emopoietici più o meno lungo tempo allo *stato di latenza*.

Chiunque abbia conoscenza di malarici, avrà osservato il fenomeno in individui residenti in zona malarica, nei quali un lieve disturbo determina lo scoppio dell'infezione, manifestandosi talvolta anche senza nessuna causa apprezzabile.

È una delle questioni ancora controverse ed oscure nella patologia della malaria la genesi delle recidive, separate da lunghi periodi di latenza; come pure non ci è ancora ben noto a quali proprietà biologiche dei parassiti sia legato il fatto della slatentizzazione della malaria.

Noi abbiamo rivolto l'attenzione al fenomeno accennato in individui sottoposti ad operazioni chirurgiche.

In sette individui, la cui anamnesi ed i cui dati obiettivi facevano escludere l'infezione malarica pregressa, sottoposti ad atti operativi di varia natura ed entità, si ebbe accesso febbrile (talora intenso e preoccupante) dopo 12-24 ore dall'operazione chirurgica: in questi individui, eseguito l'esame del sangue (*Giemsa*), si ebbe quasi costantemente reperto positivo per la malaria (5 positivo, 2 negativo).

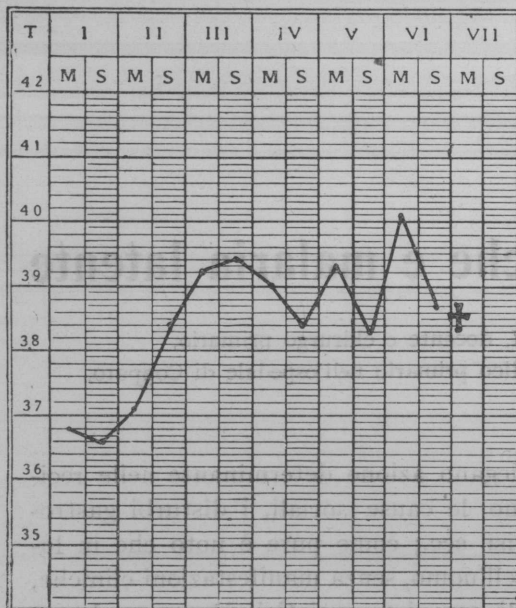
Crediamo interessante dare le grafiche, poichè anche dal punto di vista clinico, in ispecie per due casi in cui il reperto fu negativo, si possa osservare la scomparsa della temperatura dopo conveniente cura chininica.

Riteniamo utile qualche breve illustrazione dei singoli casi osservati:

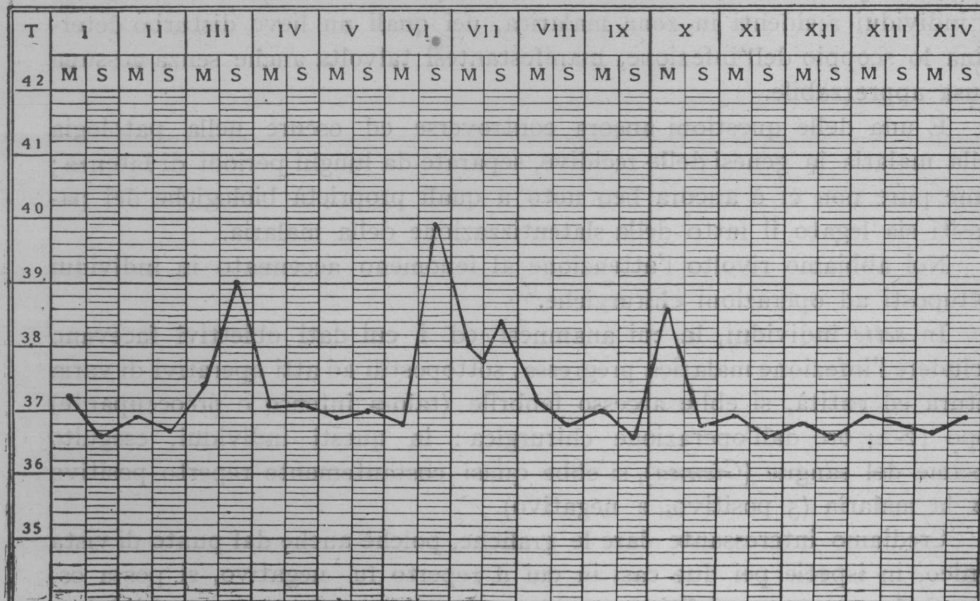
N. 1. — Vecchio ateromasico di 73 anni, è operato di asportazione di una enorme cisti sebacea, pendula, della regione occipitale, il 13 settembre 1910. Sutura per prima. —

Dopo 24 ore dall'atto operativo, la temperatura di 38,3 al mattino, sale a 39,2 la sera. Si procede al rinnovamento della medicazione nel supposto di complicazioni settiche (eresipela), ma il dubbio viene eliminato per le perfette condizioni della ferita. La mattina successiva si fa l'esame del sangue, e si riscontrano anelli di estivo-autunnale e scarsa leucocitosi neutrofila. Malgrado la cura chininica immediatamente intrapresa a forti dosi, il malato alla mattina del 5° giorno dall'operazione muore in coma.

Autopsia: nulla di notevole nella ferita operatoria; iperemia da stasi nei seni e nella pia meningi. Emorragie puntiformi nella sostanza bianca degli emisferi, e sottocorticali più rare nel bulbo e nel pavimento del IV. Tumore



Caso n. 1.

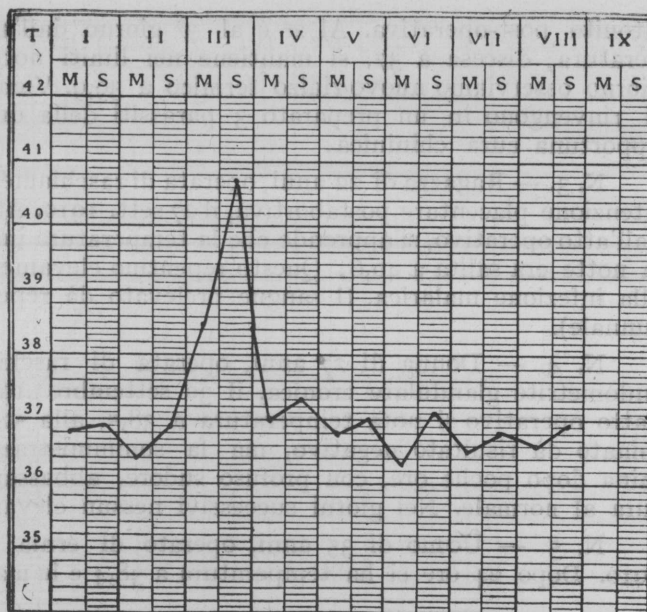


Caso n. 2.

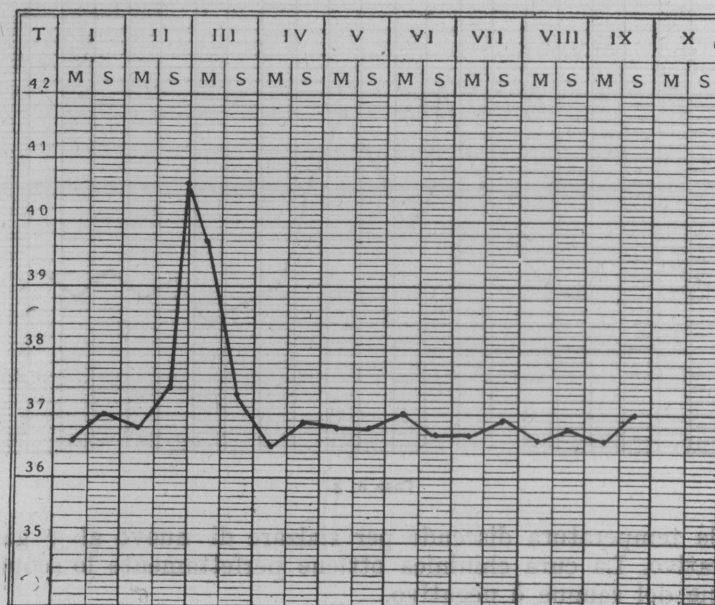
di milza. Modico aumento del fegato ed incipiente degenerazione torbida del parenchima. Reni di volume normale, *rigonfiamento torbido della corticale*. — Prelevando del sangue dai capillari cerebrali, si allestiscono preparati di sangue, stipati di parassiti estivo-autunnali.

N. 2. — Donna in condizioni di profonda anemia (emoglobina 50%), operata di isterectomia addominale subtotale per metrite cronica emorragica il 25 settembre 1910.

Dopo 36 ore circa, la malata ha accesso febbrile (39°). Il fatto desta preoccupazione, per quanto le condizioni del polso (100), la *facies*, l'obiettività addominale non facciano pensare all'eventualità di una pe-



Caso n. 3.



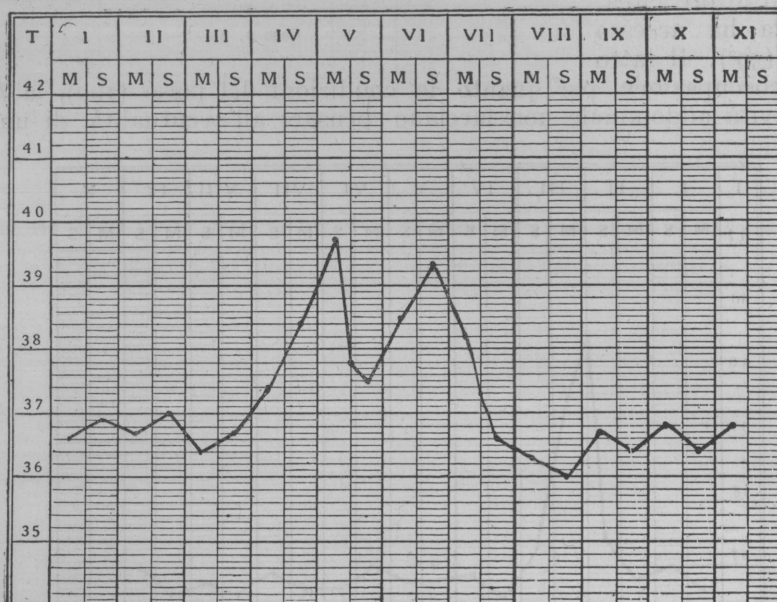
Caso n. 4.

ritonite post-operatoria. Al 2° e al 3° giorno dall'atto operatorio la temperatura, discesa a 37, si mantiene nei limiti normali. Alla sera del 4° giorno osserviamo nuovo rialzo termico a 39,9. Viene prelevato il sangue, e si rinvencono in un preparato 3 parassiti della quartana. Si inizia subito opportuna cura chininica.

N. 3. — Ragazza di 22 anni, operata di raschiamento dell'endometrio per ritenzione placentare postabortiva, il 27 sett. 1910. Alla mattina del 2° giorno dall'atto operativo, si apprende che la temperatura improvvisamente durante la notte era salita a 40,6. Questo repentino elevamento termico fa pensare alla infezione malarica. Il sangue prelevato dà reperto positivo (estivo-autunnale).

N. 4. — Donna di 27 anni, operata di raschiamento dell'utero per endometrite glandulare cronica, il 30 settembre 1910. Dopo 24 ore dall'atto operativo si nota temperatura a 38,5, alla sera 40,8. Il sangue esaminato dà risultato negativo, ma la somministrazione del chinino determina dopo poche ore, con profuso sudore, abbassamento della temperatura al normale. Nei giorni successivi nessun elevamento termico.

N. 5. — Uomo di 35 anni, operato di ernia inguinale il 14 ottobre 1910. Dopo 24 ore si ha temperatura a 38,4 e la mattina successiva a 39,7.

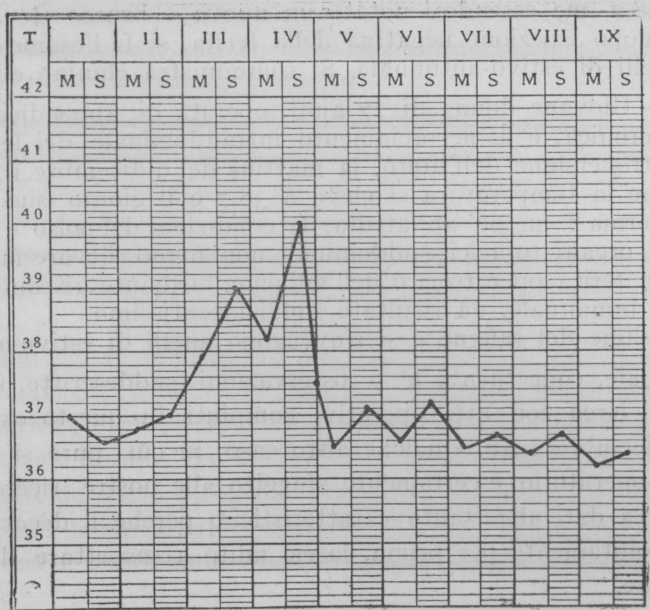


Caso n. 5.

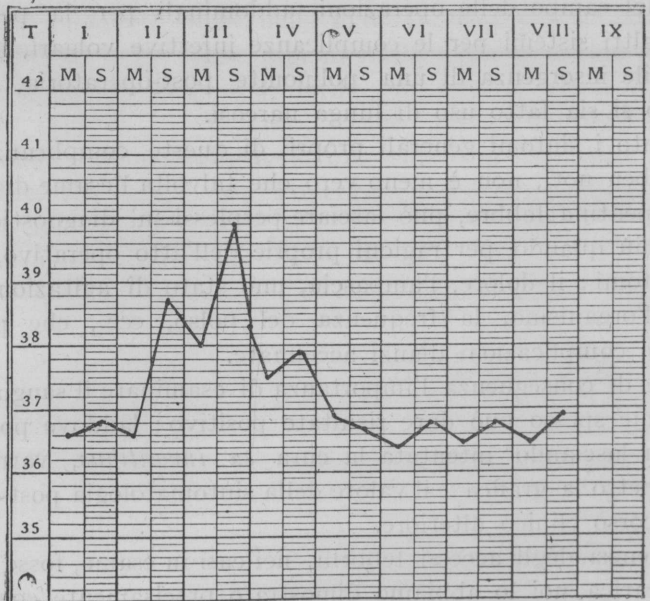
Alla sera la temperatura discende per rialzare di nuovo al 3° giorno dall'atto operativo. La cura chininica ottiene perfettamente lo scopo.

L'esame del sangue è negativo.

N. 6. — Uomo di 58 anni, operato di idrocele il 5 novembre 1910. Dopo 24 ore temperatura a 39°. La mattina del secondo giorno discende



Caso n. 6.



Caso n. 7.

alquanto a 38,2, ma essendosi notato un nuovo e brusco elevamento termico a 40, dopo ispezione negativa della ferita, si fa l'esame del sangue: numerosi anelli di estivo-autunnale. Si somministra chinino efficacemente.

N. 7. — Giovane donna di 27 anni, operata di appendicectomia per appendicite cronica, e di accorciamento intraddominale dei legamenti rotondi per retroversione dell'utero, la mattina del 9 dicembre 1910. La sera dell'operazione la temperatura si eleva a 38,7 e il giorno successivo sale a 39,9. L'inferma è un po' abbattuta, le condizioni del polso e del respiro, l'esame degli organi toracici e addominali non fanno rilevare fatti speciali. L'esame della ferita operatoria e dell'addome, mediante riscontro vaginale e palpazione bimanuale, dà risultato soddisfacentissimo.

Si fa l'esame del sangue e si rinvencono anelli di estivo-autunnale.

Il materiale, concernente le 7 osservazioni suddescritte, è prelevato nel novero di circa 200 atti operativi compiuti in questo ospedale dall'agosto al dicembre 1910. Qualche altro caso, in cui pure si ebbe rialzo termico post-operatorio, è certamente sfuggito alle nostre ricerche, perchè non presentava dati altrettanto caratteristici o perchè il decorso della ferita, non assolutamente per prima, lasciò adito a sospettare di lieve infezione volgare.

L'accertamento della possibilità di estrinsecazioni malariche in soggetti operati, in zone malariche, presenta una estrema importanza, anche dal solo punto di vista chirurgico. Alludiamo alle infezioni post-operatorie, di cui il sintoma più comune e saliente è espresso dalla *febbre*; questa può mettere in preoccupazione non lieve anche il chirurgo più oculato nell'asepsi; nel campo delle operazioni addominali per la peritonite, in quello degli altri sistemi per le complicate infettive volgari, in ambedue per la possibile insorgenza di una polmonite post-operatoria, in ispecial modo quando si sia fatto uso di lunga narcosi.

Per quanto i sintomi generali proprii di queste complicanze morbose siano oggidì ben noti, non è meno vero che talvolta l'esame di un operato colpito da repentina febbre, può lasciare perplessi sul diagnostico differenziale, tanto più quando, per ragioni proprie dell'atto operativo, si presentino altri sintomi: il dolore, l'ambascia, uno stato di agitazione, la debilitazione dell'organismo, la frequenza del polso, ecc., che possano far dubitare delle complicazioni dianzi accennate.

Ne viene di conseguenza l'importanza di esaminare il sangue in questi casi, esame che spesso può dare risultato positivo; laddove poi sia negativo, pur non lasciando intentata la cura *ex iuvantibus*, varranno a dirimere il sospetto la grafica e il valore della sintomatologia post-operatoria, nonchè il decorso clinico ulteriore.

Che la genesi degli accessi febbrili, nei casi in esame, fosse legata alla infezione malarica, noi lo abbiamo dimostrato precisamente con il reperto del sangue.

Come si spiega lo scoppio dell'infezione malarica in operati, provenienti da località malariche, nei quali però l'anamnesi metteva in dubbio o faceva escludere la malaria pregressa?

Bisogna premettere che la difficoltà maggiore in zona malarica è lo escludere assolutamente che un individuo non sia mai stato soggetto a febbre malarica; spesso accade che un lieve accesso febbrile sia quasi del tutto sfuggito o non attribuito a infezione malarica; e quindi molti non sanno precisare o negano del tutto la malaria pregressa: si sa d'altronde che nelle località malariche la febbre vien presa con molta indifferenza dai pazienti.

Dobbiamo perciò considerare che ciascuno dei casi osservati debba essere stato precedentemente colpito — sia pure in modo lieve — da infezione malarica; e che quindi la recidiva (a lunga scadenza, o separata dalla primitiva infezione da un lungo periodo di latenza) si debba agli stessi parassiti del ciclo pirogeno, che hanno seguito a vivere nel sangue senza sviluppare attività patogena manifesta, ossia senza produrre la febbre, fino a che non è intervenuto uno dei fattori determinanti (operazione chirurgica).

Non possiamo — per i limiti di questa breve nota — entrare nel merito della patogenesi delle recidive nell'infezione malarica; ma vogliamo solamente dire, che dai fatti osservati si può spiegare nelle recidive in genere la lunga durata della latenza, pensando che un piccolo numero di parassiti mantenga l'infezione; ed ammettendo che per i mezzi di difesa dell'organismo (esistenti anche nella malaria, come è dimostrato dalle guarigioni spontanee), o per altre ragioni insite nelle proprietà biologiche dei parassiti, la moltiplicazione delle forme parassitarie sopravvissute non avvenga che in minima proporzione; forme queste che anche per molto tempo possono non raggiungere la quantità o la virulenza necessaria a dare la febbre. Nei nostri casi l'operazione chirurgica è bastata a ridestare l'attività.

