

298

16



FOLIA MEDICA

PERIODICO QUINDICINALE
DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA
E MEDICINA DEL LAVORO

Istituto di Patologia Speciale Chirurgica e Propedeutica Clinica
della R. Università di Napoli
Direttore Prof. L. DOMINICI

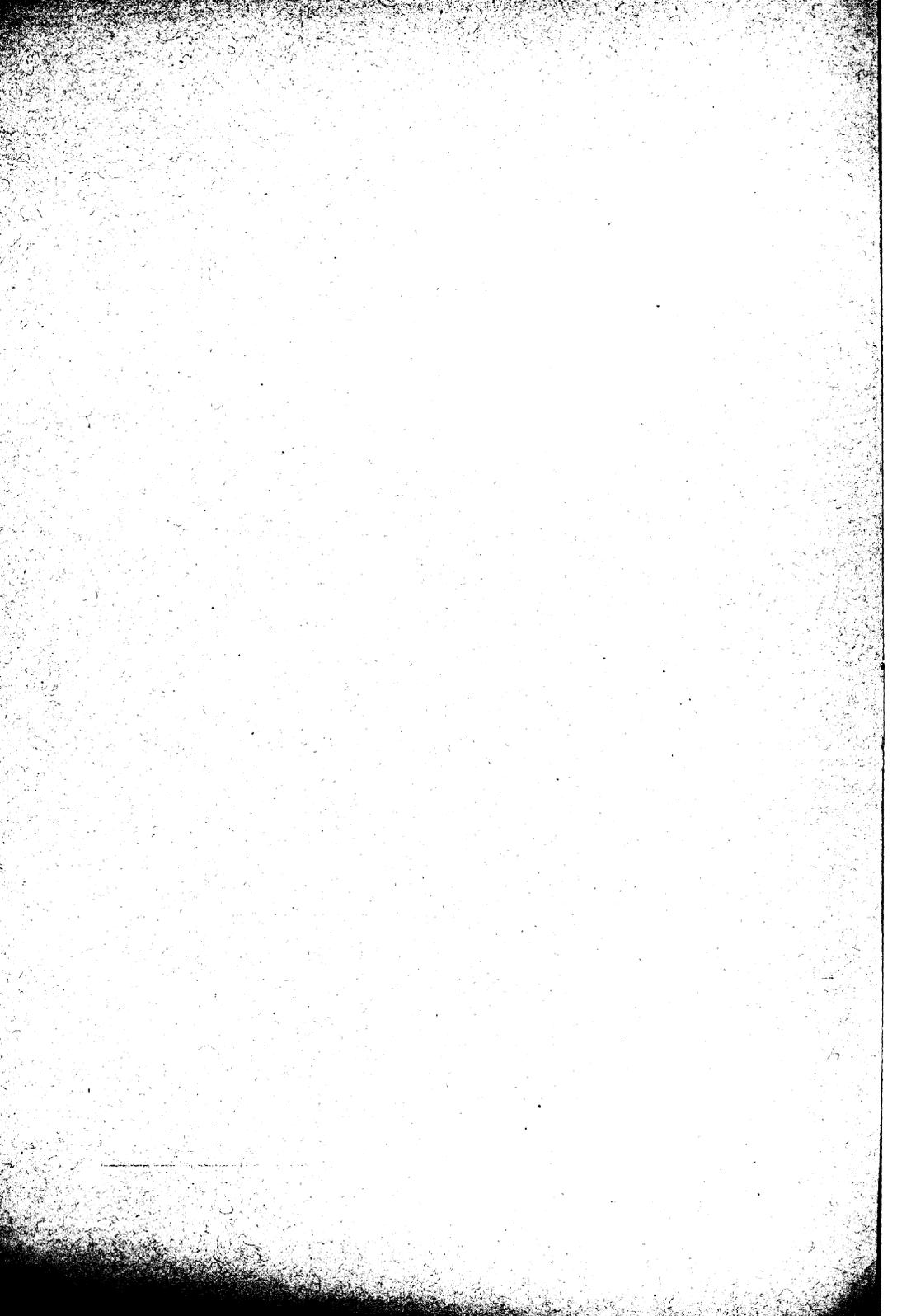
IL SONDAGGIO DUODENALE E LA PROVA DI MELTZER-LYON NELLA DIAGNOSI DELLE AFFEZIONI DELLA CISTIFELLEA E DELLE VIE BILIARI

Dott. EMANUELE REPETTO — Assistente



Estratto dal n. 3 1937

10
R
8



Istituto di Patologia Speciale Chirurgica e Propedeutica Clinica
della R. Università di Napoli
Direttore Prof. L. DOMINICI

IL SONDAGGIO DUODENALE E LA PROVA DI MELTZER-LYON
NELLA DIAGNOSI DELLE AFFEZIONI
DELLA CISTIFELLEA E DELLE VIE BILIARI

Dott. EMANUELE REPETTO — Assistente

Nella diagnosi delle affezioni della cistifellea e delle vie biliari, accanto all'esame clinico e funzionale ed all'esplorazione radiologica, dobbiamo considerare anche tutta l'importanza che ha l'esplorazione funzionale mediante il sondaggio duodenale e mediante la provocazione della secrezione biliare.

L'esame delle urine e quello delle materie fecali rappresentano nello studio della funzione epatica gli elementi più anticamente noti e sfruttati. Ma la possibilità di raccogliere direttamente la bile mercè il sondaggio duodenale è il mezzo che permette di completare questa esplorazione nel modo migliore, poichè la secrezione esterna del fegato può essere analizzata senza trovarsi innanzi alle difficoltà che si incontrano quando si vogliono riconoscere gli elementi di questa secrezione nelle urine, nelle feci, nel sangue.

La tecnica del sondaggio duodenale e della prova di Meltzer-Lyon è oramai di conoscenza generale, perciò credo inutile riportarla.

E' da notare che anche nel succo duodenale estratto prima dell'istillazione del solfato di magnesio si può trovare bile proveniente dal coledoco. Veramente secondo la fisiologia nel duodeno a digiuno non si dovrebbero trovare succhi biliari, e il deflusso di bile dal coledoco nel duodeno, nei casi normali durante il sondaggio, al di fuori di qualsiasi istillazione, sembra sia dovuto ad un processo meccanico irritativo esercitato dall'olivetta di metallo (Girardi). D'altra parte il liquido che fuoriesce dalla sondina subito dopo l'istillazione di solfato di magnesio non è solo la bile contenuta nel coledoco, ma si deve considerare come una miscela di succo duodenale e di bile con la soluzione di solfato di magnesio. Ciò si dimostra facilmente (Girardi) con l'istillazione di una soluzione di solfato di magnesio leggermente colorata, perchè allora si vede che il succo che defluisce immediatamente si presenta più o meno colorato, cioè misto alla soluzione di solfato.

Sulla natura della così detta bile A, ossia del succo che defluisce dopo l'istillazione del solfato di magnesio, che precede la fuoriuscita della bile B e che si presenta di colore giallo chiaro, sorsero discussioni, perchè mentre il Lyon ritiene che questo liquido provenga dal coledoco, invece la maggioranza degli Autori chiama succo A quello che defluisce dalla sondina prima dell'istillazione del solfato di magnesio.

Anche in questo lavoro, seguendo la maggioranza degli Autori che si sono occupati di tale argomento, ho riservata la denominazione di succo A esclusivamente al liquido giallo-oro, che defluisce dalla sondina appena questa è arrivata nel duodeno, prima dell'istillazione del solfato di magnesio; e questo succo corrisponde alla bile A di Lyon meno il solfato di magnesio.

Non appena questo nuovo metodo di esplorazione delle vie biliari fu reso noto, sorsero ampie discussioni circa l'origine della bile B. Alcuni Autori, fra cui Lyon, considerando la cistifellea come un serbatoio contrattile nel quale si concentra la bile e che si contrae attivamente sotto l'azione di diverse sostanze, fra cui il solfato di magnesio, ritengono la bile B di origine vescicolare. Altri (Crohon, Reitze, Bessler, ecc.) invece, con a capo Einhorn, ritenendo la cistifellea come una semplice riserva elastica, capace di contrarsi passivamente oltre che per la propria elasticità anche per i movimenti che le vengono comunicati dal diaframma e dall'intestino, sostengono che la bile B non sia altro che l'esponente di una aumentata attività secretrice del fegato dovuta al solfato di magnesio, e sostengono la loro teoria in base alle seguenti constatazioni:

che alcune volte è possibile dopo un riflesso vescicolare positivo ottenere altra bile B mediante una nuova istillazione di solfato di magnesio;

che il deflusso della bile B dopo l'istillazione del solfato di magnesio non si presenta immediatamente avana-scuuro, ma assume questo colore gradatamente;

che in colecistectomizzati è stato possibile provocare, con istillazione di solfato di magnesio un deflusso di bile uguale alla bile B.

Ma osservando delle colecistografie si nota che dopo l'istillazione di solfato di magnesio la cistifellea si impiccolisce, pur essendo sempre visibile nella radiografia. Ciò dimostra che la cistifellea in seguito allo stimolo dovuto al solfato di magnesio riversa solo in parte il suo contenuto nel duodeno, in modo che una seconda istillazione di solfato fa versare la parte che era rimasta; infatti con istillazioni successive non si ottiene più bile B.

Che la bile B non si presenti subito di colore scuro è dovuto al fatto che essa in principio è mischiata alla soluzione istillata; difatti provocando il riflesso vescicolare con ipofisina, la bile B si presenta immediatamente di colore scuro.

La possibilità infine di provocare in colecistectomizzati un deflusso di bile uguale alla B, si spiega con la dilatazione abbastanza cospicua del moncone del dotto cistico, nel quale si può raccogliere della bile che può rassomigliare alla bile B.

Attualmente si deve ritenere che la bile B sia di origine vescicolare; questa certezza ci è venuta sia da ricerche sperimentali sia da osservazioni fatte al tavolo operatorio: difatti Stepp, Iwao Matsuo, Trommer ecc., in individui laparotomizzati, dopo aver iniettato sostanze colorate nella cistifellea, osservarono movimenti peristaltici di essa e deflusso di bile colorata attraverso la sonda duodenale introdotta prima di praticare la laparatomia.

*
**

La prova di Meltzer-Lyon è una prova di esplorazione funzionale delle vie biliari permettendoci essa di osservare: lo svuotamento della vescichetta, la velocità di questo svuotamento, la forza delle contrazioni, il contenuto vescicolare. Essa inoltre ci permette di rilevare i reperti microscopici e batterioscopici dei diversi tipi di bile.

Esame del succo duodenale:

Nel succo A, in casi di ulcera duodenale, si osservano numerosi fiocchetti di muco di aspetto lanoso, cellule di desquamazione, globuli bianchi in numero più o meno grande e globuli rossi secondo il periodo e l'evoluzione del processo. I fiocchi di muco che si osservano nel liquido devono essere esaminati subito, perchè altrimenti vengono digeriti dai fermenti pancreatici.

Nelle colecistiti acute non calcinose, il succo A può presentarsi con qualche fiocco di muco che racchiude nelle sue maglie globuli bianchi e cellule di desquamazione. Di solito però si presenta completamente limpido e solamente l'esame della bile B ci fornisce la possibilità di una diagnosi.

Nelle colecistiti croniche il succo A può presentarsi leggermente tor-

bido e di colorito verdastro. Anche in queste forme però può presentarsi di colorito normale.

In casi di coleditiasi acute o croniche l'esame del succo A può illuminarci sulla natura del processo morboso, si possono osservare infatti anche macroscopicamente delle concrezioni nerastre o rossastre che all'esame microscopico si presentano come conglomerati di cristalli od accumuli di pigmento. Però anche in questi processi si presenta di solito limpido e gli elementi e le formazioni che si possono osservare non sono che esponenti di processi patologici delle vie biliari superiori.

Negl'itteri catarrali il succo A si presenta diverso secondo la gravità del processo. Durante il periodo iniziale ed acuto si presenta di un colorito giallo, notevolmente più chiaro che non in casi normali, ed all'esame microscopico si trovano numerosi globuli bianchi e scarse cellule, mentre nel periodo di regressione i globuli bianchi diminuiscono notevolmente di numero e le cellule di desquamazione ed i fiocchi di muco sono numerosi. Frequentemente in questi casi si nota la presenza di cilindri biliari, piccoli, tinti in giallo e formati da accumulo di globuli bianchi e di cellule che si possono interpretare alle volte come cellule epatiche.

L'esame della bile B ci offre dati più precisi che non quello del succo A.

Nelle coledistiti acute allo stadio iniziale la bile B presenta già macroscopicamente fiocchetti di muco, che all'esame microscopico appaiono formati da cellule cilindriche, disposte a ventaglio, colorate in giallo dalla bile, come anche sono colorati in giallo i linfociti ed i polinucleati che sono inglobati nel muco. Aumentato di intensità il processo, la bile B assume aspetto diverso; difatti si intorbida, assume un aspetto bruno-nerastro, alle volte verdognolo, più vischioso, e quando il processo infiammatorio si estende al dotto cistico allora si osservano degli ammassi di muco denso gelatinoso.

Nelle coledistiti croniche non calcolose la bile B si presenta sempre scura, alle volte verdognola, e la desquamazione della mucosa non si manifesta con la presenza di fiocchetti di muco perchè la cistifellea è depitelizzata in grado più o meno spiccato od addirittura atrofica ed aderendo di solito in questo periodo agli organi vicini per processi di pericoledistite il riflesso può mancare ad una prima prova.

Nella coleditiasi, quando il processo di coleditiasi si accompagna ad una coledistite acuta, la bile B si presenta con i caratteri tipici di questa, torbida con fiocchi di muco, ed aderenti a questi fiocchi si possono osservare granuli di colorito vario, di solito rossastri o bruno-nerastri. Al microscopio si osservano globuli bianchi liberi o racchiusi tra fiocchi di muco e cellule della mucosa più o meno alterate. I granuli che possono essere considerati come calcoli in miniatura sono formati da cristalli di colesterina o da cristalli di bilirubinato di calcio.

Quando il processo di colelitiasi si accompagna a colecistite cronica allora la bile B si presenta di colorito verdognolo, con scarsi fiocchi di muco.

L'esame della bile C di solito è negativo poichè in essa non si trovano che difficilmente elementi delle vie superiori, perchè sono già stati trasportati all'esterno dal succo A e B. Tuttavia però in casi di colecistiti con diffusione del processo alle vie intraepatiche, la bile C si presenta torbida, contenente fiocchi di muco, globuli bianchi, cellule di desquamazione delle vie biliari intraepatiche e granuli di pigmento amorfo, giallognoli o brunastri. Questi granuli sono stati trovati anche in casi di itteri febbrili. In casi di ittero emolitico la bile C si presenta, come pure la bile A e B, di colore bruno rossastro-scuro.

*
**

Oltre all'esame macroscopico e microscopico delle diverse bili, anche la ricerca batteriologica di esse riesce utile in alcuni casi, perchè può svelare anche l'agente dell'infezione; bisogna però tener presente che in casi di achilia o di forte ipoacidità gastrica il contenuto duodenale spesso non è sterile, perchè in esso si riscontrano gli stessi germi che abitualmente si trovano nello stomaco. Perciò il valore del reperto batteriologico duodenale sarà più sicuro nei casi in cui la colecistite si accompagna ad ipercloridria o ad acidità normale oppure quando il contenuto batterico duodenale è diverso da quello gastrico. Se però un reperto duodenale positivo, specie se ci dimostra il b. coli od il b. tiphi, ha un grande valore, non si può dire lo stesso per quello negativo, sia perchè può trattarsi di casi con vie biliari occluse, sia perchè qualche volta il reperto fu negativo anche se fatto sul contenuto di cistifellee infiammate ed asportate con l'operazione.

*
**

Ritengo interessante riportare i risultati ottenuti con il sondaggio duodenale e con la prova di Meltzer-Lyon in 23 casi di affezioni delle vie biliari e della cistifellea che possono rappresentare un contributo alla discussione sul valore diagnostico di tali ricerche.

Mi limito nell'esposizione dei casi a ricordare solamente i risultati del sondaggio duodenale e della prova di Meltzer-Lyon, tralasciando le storie e le varie ricerche cliniche e di laboratorio che sono state eseguite in tutti i casi, e che soprattutto nei casi in cui non è stato eseguito l'intervento operatorio hanno confermata la diagnosi di affezione delle vie biliari e della cistifellea.

Tabella I.

Casi	Malattia	Succo duodenale A	Prova di Meltzer-Lyon		Operazione
			Bile B	Bile C	
1. T. Bice anni 33, ca- salinga.	Colecistite cronica e lobo epatico soprannume- rario.	Dopo circa 40 m. dall'introduzione della sondina si ha succo duodenale di colore giallo-oro limpido. Esame mi- croscopico: negat.	Abbondante, di co- lore giallo-verda- stro, al principio leggermente torbi- da con scarsi fioc- che ti biancastri di muco. Esame mi- croscopico: negat.	Di colore giallo- oro, limpida. E- sami microscopico: negativo.	Rachianestesia: inci- sione di Bevan. Lobo soprannumerario del legato che ricopre la cistifellea aumentata di volume, contenente bile alterata, e sabbia. Colecistectomia.
2 C. Giovanni anni 32, mu- ratore.	Colecistite cronica, a fragola.	Dopo mezz'ora dalla introduzione della sondina si ha succo duodenale di colore giallo-oro, torbido. Esame mi- croscopico: globuli bianchi e scarse cellule di sfalda- mento.	Abbondante, di colore giallo-oro, intensamente torbi- da. Esame mi- croscopico: scarsi globuli bianchi e qualche cellula di sfaldamento; scarsi cristalli di coleste- rina.	Di colore giallo- oro, limpida. E- sami microscopico: negativo.	Rachianestesia: inci- sione di Bevan. La cistifellea è molto au- mentata di volume e di colore violaceo. Colecistectomia. La ci- stifellea contiene bile molto scura; la muco- sa è a fragola.
3. T. Annun- ziata, anni 40, casalinga.	Colecistite cronica cal- colosa.	Dopo circa una ora dall'introdu- zione della sondina si ha succo duo- denale di colore giallo, tendente leggermente al ver- dastro. Esame mi- croscopico negat.	Scarsa, di colore giallo tendente al verdognolo, torbi- da. Esame mi- croscopico: scarse cellule di desqua- mazione e scarsi cristalli di cole- sterina.	Di colore giallo citrino, al principio leggermente torbi- da, in seguito limpida. Esame microscopico: ne- gativo.	Narcosi eterea: inci- sione di Bevan, la ci- stifellea ha forte ade- renze con il colon, il duodeno e l'omento; è molto aderente al legato e piuttosto pic- cola ispessita e piena di calcoli. Coleciste- ctomia.
4. M. Ottavia, anni 34, co- lona.	Colecistite cronica cal- colosa.	Dopo un'ora e mezza dalla intro- duzione della son- dina si ha succo duodenale di co- lore gial-oro, chiaro, limpido. Esame microscopico: negativo.	Scarsa, di colore torlo d'uovo chiaro, dapprima limpida poi torbida, con fiocchi di muco Esame microscopico: fiocchi di muco nei quali trovansi inglobati qualche globulo bianco e scarse cellule della mu- cosa più o meno alterate; scarsi cri- stalli di coleste- rina.	Di colore giallo- oro, limpida. E- sami microscopico: negativo.	Rachianestesia: inci- sione di Bevan. Il fe- gato è ptosico ed in corrispondenza della cistifellea presenta due chiazze chiare di as- petto aponevrotico che mediante due a- derenze fibrose sono attaccate al peritoneo parietale anteriore. La cistifellea piccola con- tiene numerosissimi calcoli. Colecistecto- mia.
5. B. Maria, anni 34, co- lona.	Colecistite cronica cal- colosa.	Dopo circa 40 minuti dall'introdu- zione della sondina si ha succo duo- denale di colore giallo-oro, torbido. Esame microscopico: negativo.	Abbondante, di colore avana, dap- prima chiaro poi scuro, limpida. Esame microscopico: negativo.	Di colore giallo- oro, limpida. E- sami microscopico: negativo.	Rachianestesia: inci- sione di Bevan. Ci- stifellea ingrandita con pareti ispessite contiene 4 calcoli. Co- lecistectomia

Casi	Malattia	Succo duodenale A	Prova di Meltzer-Lyon		Operazione
			Bile B	Bile C	
6. C. Salvatore, anni 54, cal- zolaio.	Colecistite cronica sclero- tica. Peri- colecistite.	Dopo circa 50 mi- nuti dall'introdu- zione della sonda si ha succo duo- denale giallo leg- germente ver- dastro, torbido. E- same microscopico: negativo.	Scarsa di colore giallo leggermente verdastro, intensa- mente torbida. Esame microscopico: scarsi cri- stalli di colesterina	Di colore giallo con leggerissima tendenza al verda- stro. Esame micro- scopico: negativo.	Rachianestesia: inci- sione di Bevan. Cisti- fellea sclerotica, sep- pellita in mezzo a nu- merose aderenze sclero- adipose, che la fissano al duodeno ed allo stomaco. Sulla superficie anteriore della prima porzione del duodeno esiste una piccola cicatrice bianco-stellata da pre- gressa ulcera. Coleci- stectomia.
7. L. Anna, anni 33, ca- salinga.	Colecistite cronica cal- colosa.	Dopo circa mez- z'ora dalla introdu- zione della sonda si ha succo duo- denale di colore giallo-oro, tor- bida. Esame mi- croscopico: scarsi globuli bianchi e scarse cellule di sfaldamento.	Di colore giallo- carico, densa, tor- bida. Esame mi- croscopico: abbon- danti cellule di sfaldamento isolate e riunite ad am- massi.	Di colore giallo, torbida. Esame microscopico: ab- bondanti globuli bianchi e cellule di sfaldamento.	Narcosi eterea: inci- sione di Bevan. La cistifellea è di media grandezza e presenta numerose aderenze con gli organi vicini. Ha pareti fortemente ispessite e contiene un calcolo. Coleciste- ctomia.
8. L. Albina, anni 47, do- mestica.	Calcolosi del coledoco (calcolo nella papilla del Water).	Dopo circa 4 ore dall'introduzione della sonda si ha succo duodenale di colore giallo-oro torbido. Esame mi- croscopico negat.	Manca il riflesso vescicolare		Rachianestesia: inci- sione di Bevan. La cistifellea è atrofica. Il coledoco è dilatato si- no alla porzione ter- minale. Incisione del coledoco. Con l'esplora- zione mediante son- daggio si trova com- pletamente libero sino alla papilla di Va- ter, dove esiste un piccolo calcolo che si riesce a far passare nell'intestino. Intorno al coledoco esistono varie glandole tume- fatte. Pancreas nor- male. Drenaggio del- l'epatico e del cole- doco con tubo di Kehr.
9. B. Romilda, di anni 29, casalinga.	Colecistite cronica cal- colosa.	La sonda non passa il piloro dopo 4 ore. Dopo 4 giorni si ripete il sondaggio e si ha dopo 3 ore succo duodenale A, di colore giallo-oro, limpido. Esame microscopico neg.	Manca il riflesso vescicolare		Rachianestesia: inci- sione Bevan. Cistifellea alquanto aumentata di volume ripiena com- pletamente di nume- rosi calcoli. Coleciste- ctomia.

Casi	Malattia	Succo duodenale A	Prova di Meltzer-Lyon		Operazione
			Bile B	Bile C	
10. P. Adalgisa, anni 46, domestica.	Colecistite cronica cal- colosa.	Dopo 4 ore la sondina non riesce a passare il piloro. Il sondaggio si ri- pete altre due vol- te ma sempre con risultato negativo.			Rachianestesia: inci- sione di Bevan. O- mento aderente alla cistifellea. Resezione dell'omento e di tutte le aderenze tra cisti- fellea e duodeno. Cole- cistectomia. Cistifel- lea molto aumentata di volume piena di calcoli (circa 200), di cui qualcuno grande come una nocciola.
11. M. Ada, anni 21, o- peraia.	Colecistite cronica.	Dopo circa un'ora dalla introduzione della sondina si ha succo duodenale di colore giallo-oro, limpido. Esame microscopico: scar- se cellule di sfal- damento.	Abbondante di colore giallo-oro, tendente al ver- dastro. Esame mi- croscopico: cellule di desquamazione e globuli bianchi isolati ed anche riuniti a gruppi.	Di colore giallo oro-limpida. Esame microscopico: neg.	
12. M. Dante, anni 30, bracciante.	Colecistite cronica.	Dopo circa un'ora si raccoglie succo duodenale A di colore giallo, lim- pido. Esame micro- scopico: negativo.	Abbondante, di colore avana chiaro limpida. Esame microscopico: ne- gativo.	Di colore giallo- oro, tendente al rossiccio, poi giallo oro limpidissima. Esame microscopi- co: negativo.	
13. O. Giulia, anni 60, casalinga.	Colecistite cronica.	Dopo circa 4 ore si ottiene succo duodenale limpido, di colore giallo-oro. Esame microscopi- co: negativo.	Abbondante, di colore avana scuro, limpida. Esame microscopico: ne- gativo.	Di colore giallo- oro limpida. E- same microscopico: negativo.	
14. T. Secondo, anni 32, Guardia Municipale.	Colecistite cronica e pe- ricolecistite	Dopo circa mez- z'ora dall'introdu- zione della sondina si ha succo duo- denale di co- lore giallo scuro, torbido. Esame microscopico: scar- se cellule di sfal- damento	Scarsa, di colore avana-chiaro, lim- pida. Esame mi- croscopico: negat.	Scarsa, di colore giallo, limpida. E- same microscopico: negativo.	
15. G. Zelinda, anni 34, casalinga.	Colecistite cronica cal- colosa.	Dopo circa 20 minuti dall'intro- duzione della son- dina si ha succo duodenale di colore giallo, leg- germente verdastro torbido. Esame mi- croscopico: negat.	Dapprima di colore giallo torbida poi più chiara legger- mente verdastro. Esame microscopi- co: scarse cel- lule di sfaldamento e scarsi cristalli di colesterina.	Di colore giallo- oro, limpida. Esa- me microscopico: negativo.	

Non operati

Casi	Malattia	Succo duodenale A	Prova di Meltzer-Lyon		Operazione
			Bile B	Bile C	
16. P. Adele, anni 34, casalinga.	Colecistite cronica.	Dopo circa un'ora dalla introduzione della sondina si ha succo duodenale di colore giallo-oro, limpido. Esame microscopico: scarse cellule di desquamazione.	Abbondante, di colore giallo torlo d'uovo, intensamente torbida e contenente fiocchetti di muco, intensamente colorati in ocra scuro. Esame microscopico: scarsi globuli bianchi e cellule di desquamazione, liberi e inglobati nei fiocchetti di muco, aderenti ai quali si notano anche cristalli di colesterina.	Limpida, di colore giallo-oro. Esame microscopico: neg.	Non operati
17. B. Sabina, anni 29, casalinga.	Pericolecistite ed appendicite.	Dopo circa un'ora e mezza dalla introduzione della sondina si ha succo duodenale di colore giallo oro, limpido. Esame microscopico: negativo.	Abbondante, di colore avana, dapprima più scura poi un po' più chiara, limpidissima, in seguito diventa sempre più chiara. Esame microscopico: negat.	Di colore giallo-oro, limpido. Esame microscopico: negativo.	
18. A. Cassandra, anni 52, casalinga.	Colecistite cronica.	Dopo circa 2 ore dalla introduzione della sonda si ha succo duodenale di colore giallo, intensamen e torbido e leggermente tendente al verdastro. Esame microscopico: abbondanti globuli bianchi e cellule di desquamazione.	Di colore avana chiaro, non perfettamente limpida. Esame microscopico: rarissimi globuli bianchi.	Scarsa, di colore giallo, limpida. Esame microscopico: negativo.	
19. L. Gina, anni 50, casalinga.	Colecistite cronica.	Dopo circa mezz'ora dall'introduzione della sondina si ha succo duodenale dapprima di colore giallo oro, limpido, poi giallo più chiaro, torbido. Esame microscopico: negativo.	Abbondantissima, di colore bianco, madreperlaceo, torbida con dei fiocchi di muco di colore bianco. Esame microscopico: fiocchi di muco o scarsi cristalli di colesterina.	Scarsa, di colore giallo, limpida. Esame microscopico: negativo.	

Casi	Malattia	Succo duodenale A	Prova di Meltzer-Lyon		Operazione
			Bile B	Bile C	
20. V. Maria, anni 50, casalinga.	Idrope della cistifellea	Dopo circa mezz'ora dall'introduzione della sondina si ha succo duodenale A, di colore giallo-verdastro, torbida. Esame microscopico: qualche scarsa cellula di desquamazione.	Abbondantissima, di colore biancomadreperlaeeo, torbida con dei fiocchi di muco di colore bianco. Esame microscopico: fiocchi di muco e scarsi cristalli di colesterina.	Di colore giallo, limpido. Esame microscopico: negat	Non operati
21. G. Agnese anni 36, casalinga.	Colecistite cronica e ptosi rene destro	Dopo circa un'ora dalla introduzione della sondina si ha succo duodenale di colore giallo verdastro, torbido. Esame microscopico: neg.	Dapprima di colore avana chiara, limpida, poi avana più scuro, tendente al verdognolo, infine di colore giallastro intensamente torbida. Esame microscopico: globuli bianchi e cellule di desquamazione.	Di colore giallo, limpida. Esame microscopico: neg.	
22. P. Zenaide anni 21, casalinga.	Colecistite calcolosa	Dopo 4 ore la sondina non passa il piloro. Si ripete altre due volte il sondaggio ma sempre con esito negativo.			
23. B. Emma anni 3, massaia.	Colecistite cistifellea	Dopo circa 4 ore la sondina non passa il piloro. Si ripete altre due volte il sondaggio ma sempre con esito negativo.			

Prendendo in considerazione i risultati delle mie ricerche, si vede che il sondaggio duodenale e soprattutto la prova di Meltzer-Lyon hanno un grande valore nella diagnosi delle affezioni della cistifellea e delle vie biliari. Il succo duodenale A che in casi normali è di colore giallo-oro, limpido e trasparente, nei casi patologici può presentare alcune alterazioni dovute ad affezioni acute o croniche del duodeno, nonchè a lesioni delle vie biliari e della cistifellea, alterazioni che sebbene siano facilmente rilevabili, tuttavia non sono sempre altrettanto facilmente interpretabili e riferibili a processi patologici ben definiti.

Oltre alle alterazioni che si osservano nelle duodeniti acute e croniche, il succo duodenale A può presentarsi più o meno intensamente torbido nelle colecistiti con o senza calcoli. In parecchi dei miei casi il succo duodenale A oltre ad essere molto torbido aveva anche un colore tendente al verdastro e l'esame microscopico metteva in evidenza la presenza di globuli bianchi e di cellule di sfaldamento. Non ho notato mai la presenza di sangue nel succo duodenale A, reperto che qualora fosse positivo potrebbe far pensare ad un processo ulcerativo del duodeno, od anche ad una lesione delle vie biliari intra ed extraepatiche e del pancreas, quali la tubercolosi ed i tumori, nei quali però le emorragie di solito sono molto abbondanti. Inoltre l'assenza di qualsiasi emorragia non permette di escludere con certezza un processo ulcerativo, presentandosi queste ad intermittenze e saltuariamente, quasi sempre in coincidenza con gli accessi dolorifici.

Ma soprattutto hanno una grande importanza diagnostica nelle lesioni delle vie biliari e della cistifellea le alterazioni sia macroscopiche che microscopiche della bile B, cioè della bile proveniente dalla cistifellea. Le alterazioni di colore, l'intorbidamento e la presenza di fiocchetti di muco, sono caratteri macroscopici che quasi costantemente ho notato nei casi di colecistite cronica e di coelitiasi da me osservati. Il colore della bile B, che normalmente è avana-scuro e limpido, in questi casi era giallo e torbido, spessissimo con tendenza al verdastro. Ho osservato questo colore verdastro in molti dei miei casi di colecistite cronica, con o senza calcoli, mentre in altri mancava; ciò conferma il fatto che l'assenza di esso non ci deve far escludere un'affezione della cistifellea.

Per quanto riguarda la quantità di bile B, ottenuta con la prova di Meltzer-Lyon ho trovato che essa era scarsa in quattro casi (3-4-6-14) di cistifellea atrofica e di colecistite calcolosa, quando i calcoli erano talmente numerosi da riempire quasi completamente la vescichetta, mentre la quantità era normale od anche aumentata nelle colecistiti croniche non calcolose o con pochi calcoli (casi 1-2-5-11-12-13-16-17-18-19-21); essa era infine molto abbondante e di colore molto chiaro nel caso di idrope della cistifellea (caso 20).

Per quanto riguarda la bile C, proveniente dall'epatico, ho trovato

che nei casi di colecistite cronica, calcolosa o no, senza infezione delle vie intraepatiche essa presentava sempre caratteri normali, sia macroscopici che microscopici.

Nei miei casi ho eseguito sempre l'esame microscopico del sedimento a fresco, immediatamente dopo l'estrazione per evitare l'azione proteolitica dei fermenti pancreatici sugli elementi figurati. Nelle lesioni della cistifellea ha soprattutto importanza, secondo quanto io ho osservato, il reperto microscopico della bile B, infatti nel succo vescicolare normale non ho trovato che eccezionalmente qualche globulo bianco e qualche piccolo fiocchetto di muco. Un fattore molto importante, quando il processo interessa solamente la cistifellea, è dato dal contrasto esistente fra il reperto normale del succo A e C e quello patologico del succo B.

Nella colelitiasi, accompagnata da colecistite, all'esame microscopico della bile B che, come ho detto, si presenta spesso giallo-verdastra, torbida, con fiocchi di muco, ho osservato globuli bianchi più o meno numerosi, liberi oppure inglobati nei fiocchi di muco e cellule di desquamazione della mucosa della cistifellea più o meno alterate.

Per quanto riguarda i cristalli di colesterina posso dire che essi nei casi da me studiati non erano sempre presenti nella bile B quando si trattava di colelitiasi della cistifellea, constatata anche al tavolo operatorio. Forse la loro presenza o la loro assenza è in rapporto con la composizione dei calcoli e perciò essi non possono costituire un dato sicuro per la diagnosi di colelitiasi.

Non ho mai notato la presenza di sangue nelle varie bili; tale reperto, secondo alcuni Autori, sarebbe stato trovato anche in individui normali e sarebbe dovuto probabilmente a piccolissime emorragie provocate dall'oliva di metallo in corrispondenza della mucosa. Debbo perciò ritenere che tale evenienza sia molto rara, come hanno notato anche altri (Girardi), e che davanti a tale reperto si debba essere sempre molto prudenti ed escludere altre cause (ulceri, tumori ecc.).

In tre casi (10-22-23) non fu possibile praticare il sondaggio duodenale, sebbene siano stati provati tutti gli accorgimenti di tecnica proposti per facilitare il passaggio dell'oliva dallo stomaco nel duodeno.

Si comprende facilmente come processi di piloriti o processi aderenziali piloro-duodenali possano ostacolare ed anche impedire il passaggio dell'olivetta nel duodeno, come si ebbe in uno dei miei casi (10), nel quale all'intervento operatorio si trovarono numerose aderenze fra l'omento, il duodeno e la cistifellea, la quale inoltre era molto aumentata di volume e conteneva circa duecento calcoli, di cui qualcuno della grandezza di una nocciuola.

Come aveva già affermato il Lyon la comparsa di un dolore in corrispondenza del punto cistico, durante e dopo la prova, avrebbe un grande

valore per la diagnosi di colelitiasi; io veramente non l'ho potuto mai constatare.

Nei miei casi ho osservato due volte la mancanza del riflesso vescicolare e non ho potuto quindi raccogliere nè bile B nè bile C. In uno di questi casi (8) all'operazione si trovò: cistifellea completamente atrofica, coledoco dilatato sino alla papilla di Water, dove esisteva un calcolo incuneato, che ostruiva completamente il coledoco. Nell'altro caso (9) all'operazione si trovò: cistifellea alquanto aumentata di volume ma completamente ripiena di calcoli.

In questi due casi quindi la mancanza del riflesso vescicolare aveva due origini completamente differenti: in uno ostruzione del coledoco da calcolo; nell'altro assenza di bile nella cistifellea.

Come si sa la mancanza del riflesso vescicolare può dipendere anche da altre cause:

1° Nell'assenza della cistifellea (congenita) oppure in persone operate di colecistectomia.

2° Quando la cistifellea non contiene bile o liquidi di altra natura.

3° Nell'astenia da atrofia delle pareti della cistifellea.

4° Nell'astenia nervosa con deficiente eccitabilità.

5° Nella diminuita efficienza della mucosa della cistifellea a concentrare la bile (processi infiammatorii cronici ed atrofia della mucosa della cistifellea).

*
**

Il sondaggio duodenale, completato con la prova di Meltzer-Lyon e ripetuto più volte a qualche giorno di distanza, è stato consigliato anche come un metodo terapeutico. Esso infatti mantenendo aperto lo sfintere di Oddi, che nelle colecistiti è spesso soggetto a spasmo, e provocando un deflusso prolungato di bile dal coledoco, dalla cistifellea e dai dotti epatici, favorisce la loro disinfezione e si oppone a quella tossiemia biliare che è la conseguenza della stasi biliare. Inoltre esso è un buon mezzo preventivo della pancreatite cronica, così frequente a riscontrarsi nella colelitiasi e nelle colecistiti croniche.

Il successo del sondaggio duodenale terapeutico però è subordinato alle condizioni anatomiche della cistifellea stessa, i migliori risultati si osservano infatti nei casi in cui la cistifellea non è retratta, quando il dotto cistico è pervio e quando processi aderenziali pericolecistitici non ostacolano il riflesso vescicolare. In un mio caso di colecistite cronica nel quale al tavolo operatorio si trovò una cistifellea aumentata di volume e contenente bile alterata e sabbia, durante la prova di Meltzer-Lyon il dolore spontaneo che era presente ed intenso all'ipocondrio destro, andò gradatamente attenuandosi sino a la completa scomparsa. Quando invece la cistifellea è

retratta, o quando per altre condizioni le contrazioni della cistifellea non possono venire eccitate, allora il sondaggio duodenale terapeutico non offrirà che vantaggi limitati. L'azione colagoga del solfato di magnesio provocherà bensì un maggiore deflusso di bile, ecciterà la funzione secretoria della cellula epatica, ma il focolaio infettivo sfuggirà al drenaggio e così rimarrà come sorgente continua e sufficiente alla diffusione del processo. In questi casi però il sondaggio duodenale non sarà inutile, poichè con il deflusso di grande quantità di bile infetta, le condizioni generali verranno così migliorate che si renderà possibile un intervento chirurgico mentre prima le condizioni generali rendevano il successo dell'intervento molto probativo.

Riassunto. — L' A. dopo aver ricordato gli studi e le ricerche sinora fatte sulle diverse bili, ottenute col sondaggio duodenale e con la prova di Meltzer-Lyon, nelle affezioni della cistifellea e delle vie biliari, esamina i risultati ottenuti mediante queste prove in ventitrè casi di affezioni varie della cistifellea e delle vie biliari, in gran parte sottoposti a controllo operatorio.

In base agli elementi avuti nei suoi casi con la prova di Meltzer-Lyon, soprattutto per quanto riguarda la bile B, giunge alla conclusione che tale ricerca in Clinica può assumere grande importanza a scopo diagnostico, ed anche talvolta terapeutico, nelle affezioni della cistifellea e delle vie biliari e come tale dovrebbe essere sistematicamente adottata quale mezzo d'indagine negli infermi sofferenti del sistema biliare.

Résumé. — L' A. après avoir rappelé les études et les recherches faites jusqu'ici sur plusieurs échantillons de bile, recueillis par le sondage duodenal et avec l'épreuve de Meltzer-Lyon dans les maladies de la colecyste et des voies biliaires examine les résultats obtenus chez 23 malades à la cholecyste et aux voies biliaires, la plus part soumis à l'intervention chirurgicale.

À la suite des résultats obtenus, au moyen de l'épreuve de Meltzer-Lyon, surtout en rapport à la bile B, l' A. arrive à la conclusion que cette recherche peut avoir en clinique une grande importance, ou point de vue du diagnostique, et même quelquefois au point de vue thérapeutique, dans les maladies de la cholecyste et des voies biliaires et pour cela cette méthode devrait toujours être essayée dans toutes les maladies des voies biliaires.

Summary.—The author after having recorded the studies and researches to date made on the various biles, obtained with duodenal sound and with Meltzer-Lyon test, in affections of gall-bladder and the biliary-ways, examines the results obtained with these tests in 23 cases of various gall-bladder and biliary-ways affections the greater part of them controlled surgically.

In base of the results of the Meltzer-Lyon's test in his cases, especially in regard to the bile B, concludes that these researches can assume a great diagnostic and sometimes even therapeutic value in clinic in the gall-bladder and biliary-ways affections. Therefore it should be systematically adapted in patients suffering from biliary trouble.

Zusammenfassung.—Nach Erwähnung der Untersuchungen über die Galle, die bisher mit der Duodenalsonde und der Meltzer-Lyon'schen Probe bei Ekran-

kungen der Gallenblase und der Gallenwege ausgeführt wurden, prüft der Autor die Resultate, die in 23 Fällen von verschiedenen Erkrankungen der Gallenblase und der Gallenwege, mit diesen Proben erhalten wurden. Bei dem grössten Teil der Fälle liegt operative Kontrolle vor.

Auf Grund der Ergebnisse, die er bei seinen Fällen mit der Meltzer-Lyon'schen Probe besonders die Galle B anlangend erhielt, schliesst der Autor, dass bei Affektionen der Gallenblase und der Gallenwege diese Probe klinisch eine grosse diagnostische und manchmal auch therapeutische Bedeutung haben kann. Sie sollte deshalb systematisch bei Erkrankungen des Gallensystem ausgeführt werden.

BIBLIOGRAFIA

Benzoni. - Sora alcune questioni inerenti al sondaggio duodenale. - Giorn. Med. dell'Osp. Civ. di Venezia, n. 2, pag. 86, 1929. — *Berard L. e Mallet P.* - Gui. Exploration fonctionnelle des voies biliaires et chirurgie. - Edit. Masson 1932. — *Berri.* - Il sondaggio duodenale può presentare dei pericoli? - Notiziario di Diagnostica e Terapia, n. 9, p. 3, 1931. — *Bombi.* - La prova di Meltzer nello studio clinico delle affezioni della cistifellea e l'importanza fisiopatologica delle stasi vescicolari. - L'Ospedale Maggiore, n. 10, p. 363, 1930. — *Carej.* - La prova di Meltzer-Lyon e discinesie colecistiche. - La Clinica chirurgica, pag. 265, 1933. — *Ceccarelli.* - La colecistostasi. La Diagnosi. - Anno VII, fasc. LXI-LXII, 1927. — *Cenciarotti e Gasparini.* - Sul valore diagnostico della prova di Meltzer-Lyon. - Rinsc. Med., n. 11, p. 263, 1930. — *Chizzola.* - Sull'importanza del controllo radiologico nel sondaggio duodenale. - Minerva Medica v. I, n. 22, pag. 918, 1930. — *Comolli.* - Sulla esplorazione delle vie biliari con la sonda duodenale a scopo diagnostico. - XXIX Congr. Soc. Ital. di Chirug. - Firenze 21-24 ottobre 1922. — *De Nanno.* - Sulla funzione della cistifellea e dello sfintere di Oddi in rapporto al deflusso biliare. - Il Morgagni, n. 9, p. 395, 1930. — *Di Guglielmo.* - Il valore terapeutico del drenaggio medico delle vie biliari. - Riv. di Bioter. e Immunol., n. 3, p. 566, 1931. — *Famulari.* - Sul meccanismo d'azione del solfato di magnesio nella prova di Meltzer-Lyon, dolore semiologico e terapeutico del sondaggio duodenale. - Il Morgagni, n. 5, p. 217, 1929. — *Girardi.* - Il sondaggio duodenale nella pratica e nella terapia. - Edizione Minerva Medica, Torino 1931. — *Guido.* - La prova di Meltzer-Lyon nelle sindrome associate dell'addome destro. - Arch. Ital. di Chir. fasc. VI bis, p. 698, 1931. — *Mann.* - Il drenaggio medico delle vie biliari. - Riv. Ital. di Terapia, n. 11, pag. 369, 1931. — *Pennetti.* - Ricerche clinico-sperimentali nel sondaggio duodenale. - Rif. Med., n. 9, p. 319 1931. — *Rojer.* - I pigmenti della bile ottenuta col sondaggio duodenale, loro importanza diagnostica delle colecistiti. - Presse Méd., n. 4, 1933. — *Tandoja e Majolo.* - Colecistografia e sondaggio duodenale. - Arch. Radiol., n. 4, p. 559, 1928. — *Tarsitano.* - Tubo duodenale di Einhorn ed apparecchi congeneri. - Rif. Med., n. 11, 1928. — *Trossarelli.* - Sulla tecnica e sul valore diagnostico e terapeutico del sondaggio duodenale. - Il Policlinico (sez. chir.), p. 210 1925. — *Schupfer.* - Concetti moderni sulla colecistiti e sulle colecistiti. - La Medicina Internazionale n. 1, p. 1, 1935. — *Zagari.* - Il drenaggio medico delle vie biliare nell'ostruzione del coledoco. - Rass. Internazionale di Clin. e Terap. n. 4, pag. 174, 1933. — *Zino.* - La diagnosi delle affezioni della cistifellea e delle vie biliari per mezzo del sondaggio duodenale. - Giornale di Clin. Med., p. 131, 1925.

70853





