

269
Dott. MARIO PITTONI

Studio della funzione colecistica nei soggetti affetti da appendicite.

Estratto dalla **Rivista Ospedaliera** - 1941-XIX



ROMA
Tipografia Consorzio Nazionale
Via E. Q. Visconti, 2
1941-XIX

76

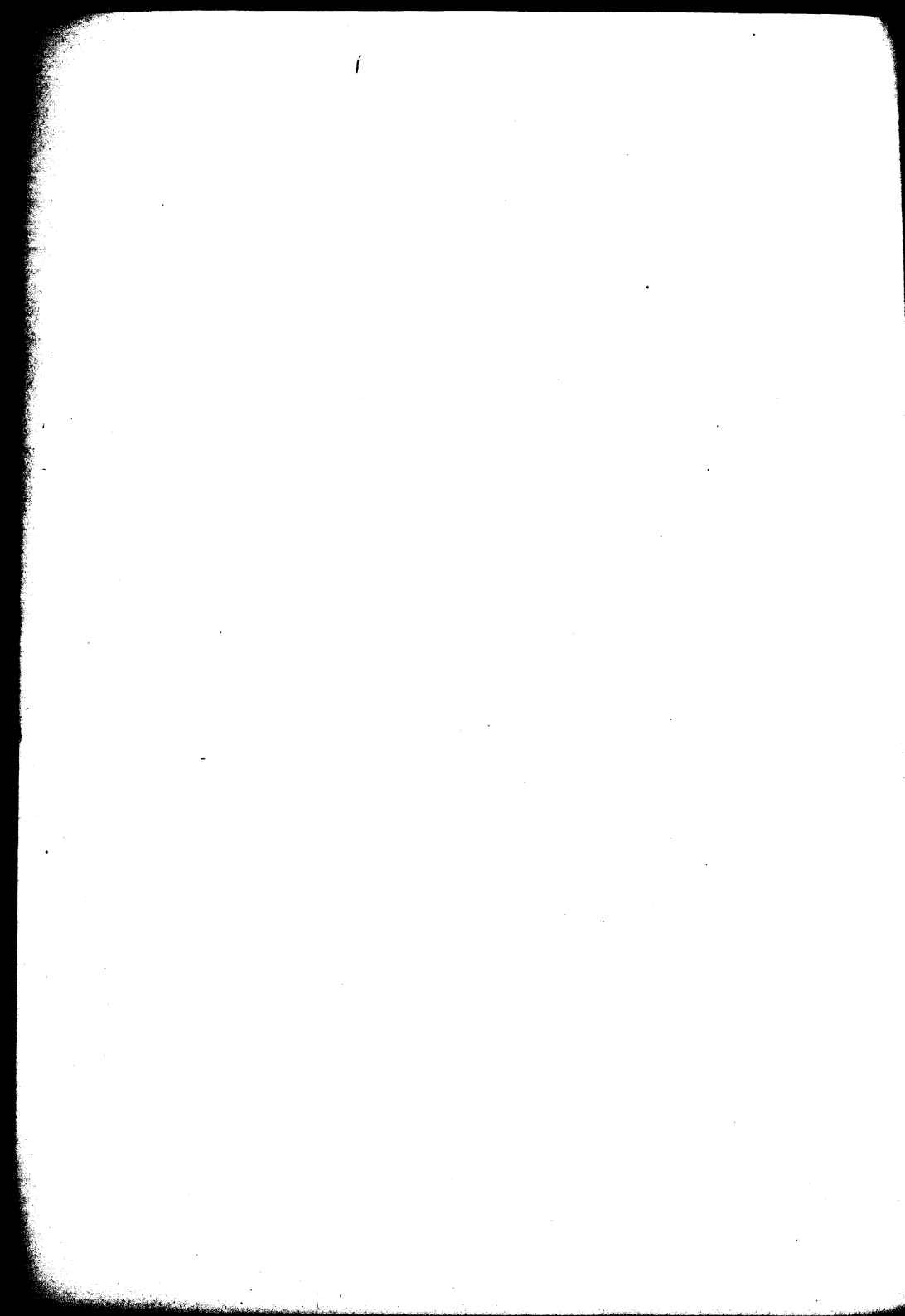


Dot. MARIO PITTONI

Studio della funzione colecistica nei soggetti affetti da appendicite.

presentata alla Rivista Ospedaliera - 1941-MIX

ROMA
Tipografia Consorzio Nazionale
Via E. Q. Visconti, 2
1941-MIX



Studio della funzione colecistica nei soggetti affetti da appendicite.

Dott. MARIO PITTONI

Aiuto chirurgo negli Ospedali - Specialista in radiologia (1)

Lo studio delle alterazioni funzionali della colecisti nei soggetti affetti da appendicite rientra nel vastissimo campo delle sindromi addominali associate (S.A.A.). Come tali si intendono i complessi sintomatici dovuti allo stato di sofferenza di più organi addominali. Le S.A.A. poi son dovute sia alla contemporanea lesione anatomicamente dimostrabile di due o più organi sia alla lesione di un organo con ripercussioni funzionali su altri.

Nel primo caso si tratta di lesioni « associate » o « comitate » che sono ammesse da moltissimi autori e fanno capo nella concezione del Leotta di « Sindrome addominale destra » che si riporta a forme di appendice-colecistite, di tiflo-colecistite, di appendicite ed ulcera, ecc. Anch'io ho avuto campo di osservare molte volte come soggetti operati in un primo tempo per una flogosi apendicolare evidente, in un secondo tempo siano stati operati per ulcera del duodeno e così pure ho visto molte volte l'associazione e talora la successione tra appendicite e colecistite. Prendo occasione per ricordare un caso di associazione di appendicite acuta (in forma flemmonosa) e ulcera perforata del duodeno che operai contemporaneamente nello stesso soggetto.

Nel secondo caso si tratta di modifiche funzionali, che possono essere chimiche o cinetiche o di tono, in rapporto con lesioni di altri organi addominali per cui il Solieri parla di « Sintonia Patologica ». In questo secondo campo sono stati fatti molteplici studi sia dal punto di vista clinico che sperimentale e grande contributo si è avuto dall'aiuto dell'esame diretto degli organi dal punto di vista cinetico per mezzo dell'esame radiologico.

Per quanto siano molteplici gli studi nel campo dei riflessi visceroviscerali sia per stimolo fisiologico da organo sano, sia per stimolo patologico da organo malato non ancora si può dire che la loro conoscenza sia completa per la loro molteplicità e varietà di esplicazione e poi perchè non sempre è possibile indagare in modo

(1) Il presente lavoro ha formato oggetto della tesi di specializzazione in radiologia.

obbiettivo la funzionalità di molti organi. Un notevole contributo, come ho detto, ha portato la radiologia che ha messo in evidenza obbiettivamente correlazioni funzionali e fra esse principali sono quelle fra stomaco e tenue e vice-versa (riflesso gastro-ileale), fra stomaco e colon e vice-versa (riflesso gastro-colico), fra stomaco e appendice e vice-versa (riflesso gastro-appendicolare), fra cistifellea e stomaco ed intestino e vice-versa, ecc. Uno studio minuto di queste correlazioni funzionali è stato parte della relazione di Becchini al Congresso Nazionale di Radiologia Medica del 1936. L'influenza che esercita l'appendice malata sulla cistifellea dal punto di vista funzionale non è stata studiata in modo esauriente dagli autori per la difficoltà che si incontra ad obbiettivare un riflesso appendicolo-colecistico. Difatti per altri riflessi ne è facile la dimostrazione come per esempio per quello appendicolo-gastrico: basta la compressione sull'appendice malata per vedere una risposta gastrica in forma spastica mentre ciò non si verifica per la cistifellea in modo patente. Riferisce Salotti nella sua relazione al Congresso Nazionale di Radiologia Medica del 1936 di aver tentato sia attraverso radiogrammi panoramici sia con ogni artificio di indagine radiologica di provocare riflessi appendicolo-colecistici in soggetti che presentavano note di appendicopatia ma di non esservi riuscito che in modo incompleto o addirittura incerto. Infatti la pressione manuale e strumentale sull'appendice e la contemporanea osservazione della colecisti mediante radiogrammi seriati durante il dolore appendicolare provocato non offrono variazioni apprezzabili costantemente nel quadro radiologico. Altri autori come il Pratini si sono limitati a constatare disturbi funzionali a carico della cistifellea in soggetti che presentavano segni radiologici di appendicite. Nessun autore però ha controllato dal punto di vista anatomo-patologico le lesioni dell'appendice nei soggetti con alterazioni funzionali della cistifellea e così pure nessuno ha controllato il successivo comportamento della cistifellea dopo l'operazione di appendicectomia. Questo argomento mi sono proposto e penso che questo studio possa essere una dimostrazione della correlazione funzionale fra appendicite provocata e funzione colecistica. Dico correlazione funzionale in quanto se l'esame radiologico di confronto della cistifellea, dopo l'appendicectomia, rileverà il ristabilirsi della normale funzione, esso dimostrerà pure che la precedente alterazione funzionale era legata a un riflesso patologico e non ad una concomitante lesione anatomica della vescica biliare. Questa ricerca credo dunque che sia utile contributo alla conoscenza delle sindromi addominali destre dal punto di vista funzionale.

METODO DI STUDIO.

Mi son servito per la ricerca propostami di pazienti ricoverati di urgenza nelle ore pomeridiane per attacco di colica appendicolare nel Policlinico Umberto I (dove io presto servizio di aiuto chirurgo nel

III Padiglione). Ho scelto i casi fra i pazienti in cui la diagnosi di appendicite dal punto di vista clinico fosse inequivocabile, escludendo quindi quei casi in cui il dolore non è ben localizzato nel quadrante inferiore destro e che per la sua sede un po' alta può far confondere con una colecistite.

Ho escluso anche dall'osservazione quei pazienti che nella storia clinica avevano dati che potevano far sospettare una lesione epatico-colecistica concomitante.

Ho poi scelto i casi di appendicite non molto grave nei quali quindi una attesa di 12-18 ore prima dell'operazione non avesse portato alcun danno. In questo periodo di attesa ho tenuto i pazienti sotto osservazione e li ho operati senz'altro prima di aver completato le ricerche quando il quadro clinico si è aggravato per essere tranquillo di non arrecare il minimo danno ai pazienti con un intervento poco tempestivo. Difatti nel corso delle mie esperienze in 7 pazienti non ho potuto completare l'osservazione. Nei pazienti invece in cui la sindrome è rimasta stazionaria e poco allarmante ho praticato il seguente trattamento.

La sera precedente l'esame colecistografico ho fatto dare verso le ore 19 un piccolo pasto ricco di grassi, allo scopo di vuotare la coleciste che dovrà accogliere la bile iodata.

Alle ore 22 poi ho eseguito una iniezione endovenosa di tetraiodo-fenoltaleina nella quantità di grammi 2,50 in soluzione di 25 cm³ di acqua.

I pazienti dopo l'iniezione endovenosa sono rimasti a letto sino al giorno successivo alle ore 9 in cui è stato eseguito l'esame colecistografico. Mi sono assicurato personalmente che i pazienti arrivassero all'esame completamente digiuni per evitare erronee interpretazioni per assenza di riempimento dovuta ad una precedente alimentazione.

Ho evitato qualsiasi medicinale durante l'attesa e così pure non ho fatto mai mettere la borsa di ghiaccio sul ventre temendo che potesse avere qualche riflesso sulla funzione colecistica da studiare con esame radiologico.

La mattina alle ore 9 circa è stato eseguito l'esame radiografico con la solita tecnica in proiezione dorso-ventrale e successivamente si sono eseguiti altri tre esami a 15 minuti di distanza uno dall'altro dopo aver somministrato al paziente due rossi d'uovo per compiere così la prova di Bronner. Subito dopo questo primo esame radiologico ho eseguito l'operazione di appendicetomia.

Dopo una decina di giorni ho ripetuto l'esame radiologico usando gli stessi accorgimenti di tecnica come nel primo esame.

CASISTICA.

Riporto succintamente i 20 casi di appendicite presi in esame. Di ognuno accennerò i dati clinici, il reperto radiologico prima

e dopo l'operazione, il reperto anatomico-patologico riscontrato all'operazione.

Caso I. — C. Margherita, Anni 30. Da 36 ore ha forte dolore alla fossa iliaca destra che da questa mattina si è diffuso a tutte l'addome. Vomito ripetuto. Alvo chiuso. Febbre a 37,5.

1° Esame colecistografico: previa somministrazione di tetraiodo non si dimostra opacizzazione della cistifellea.

Reperto operatorio: appendicite cancerosa in sede iliaca con peritonite fibrino-purulenta.

2° Esame colecistografico: reperto normale.

Caso II. — N. Giuseppina, Anni 21. Da 24 ore dolore alla fossa iliaca destra e vomito. Febbre a 38°. Questo è il primo attacco. Dolore provocato alla regione appendicolare senza difesa.

1° Esame colecistografico: tenue opacizzazione della colecisti che con la prova di Bronner si svuota con ritardo.

Reperto operatorio: appendicite flemmonosa in sede retrocecale.

2° Esame colecistografico: reperto normale.

Caso III. — B. Annunziata, Anni 20. Da 18 ore dolore alla fossa iliaca destra e vomito. Febbre a 37,5. Questo è il terzo attacco.

1° Esame colecistografico: nessuna opacizzazione della cistifellea.

Reperto operatorio: appendicite flemmonosa retrocecale.

2° Esame colecistografico: opacizzazione normale della cistifellea, svuotamento rapido.

Caso IV. — V. Maria, Anni 30. Da 24 ore dolore e vomito. Temperatura 38,5. E' il primo attacco.

1° Esame colecistografico: tenue opacizzazione della cistifellea.

Reperto operatorio: appendice apparentemente normale in sede pelvica che all'esame istologico ha dato reperto di flogosi cronica.

2° Esame radiografico: reperto normale.

Caso V. — M. Anna, Anni 23. Da 20 ore dolore, vomito. Temperatura 37°. E' il secondo attacco.

1° Esame colecistografico: tenue opacizzazione della cistifellea.

Reperto operatorio: appendicite flemmonosa in sede pelvica.

2° Esame radiografico: reperto normale.

Caso VI. — F. Carmela, Anni 30. Da 36 ore dolore, vomito. Temperatura 38,5. E' il terzo attacco.

1° Esame colecistografico: tenue opacizzazione della cistifellea.

Reperto operatorio: appendicite flemmonosa in sede mesoceliaca.

2° Esame colecistografico: reperto normale.

Caso VII. — P. Frieda, Anni 20. Da 24 ore dolore senza vomito. Temperatura 37°. E' il primo attacco.

1° Esame colecistografico: opacizzazione normale. Svuotamento ritardato e comportamento paradossale della cistifellea in quanto essa verso la fine dello svuotamento si dilata ed assume quasi le dimensioni che aveva prima della prova di Bronner.

Reperto operatorio: appendicite flemmonosa in sede retrocecale.

2° Esame colecistografico: coleciste bene opacizzata, spastica.

Per i precedenti esami radiografici ritenendo la cistifellea malata, in un secondo tempo ha asportato la cistifellea. Al reperto operatorio son rimasto in dubbio se si trattasse di una vescicola a fragola ed ho eseguito la colecistectomia. La cistifellea sia all'esame microscopico, che macroscopico dopo aperta è risultata normale.

Caso VIII. — S. Maria. Anni 24. Da 8 ore dolore e vomito. E' il primo attacco.

1° Esame colecistografico: reperto normale.

Reperto operatorio: appendicite catarrale in sede mesoceliaca.

2° Esame colecistografico: reperto normale.

Caso IX. — C. Clara. Anni 30. Da 8 ore dolore e vomito. E' il terzo attacco.

1° Esame colecistografico: nessuna opacizzazione della cistifellea.

Reperto operatorio: appendicite normale sia all'aspetto macroscopico che all'esame microscopico, in sede retrocecale.

2° Esame colecistografico: iperopacizzazione della colecisti che pare molto piccola, sembra sia spastica. Dopo la somministrazione di uova si nota un comportamento paradossale in quanto che la colecisti tende a dilatarsi invece che a svuotarsi.

In 3° tempo si esegue la colecistectomia che all'esame microscopico fa risultare che la colecisti è sana.

Caso X. — S. Maria. Anni 20. Da 6 ore dolore e vomito. E' il primo attacco.

1° Esame colecistografico: reperto normale.

Reperto operatorio: appendicite catarrale in sede iliaca.

2° Esame colecistografico: reperto normale.

Caso XI. — G. Esterina. Anni 21. Da 6 ore dolore e vomito. E' il primo attacco.

1° Esame colecistografico: reperto normale.

Reperto operatorio: appendice in sede iliaca apparentemente normale all'esame macroscopico, dimostra invece lesioni di flogosi cronica all'esame microscopico.

2° Esame colecistografico: reperto normale.

Caso XII. — A. Valeria. Anni 40. Da 24 ore dolore e vomito. E' il primo attacco.

1° Esame colecistografico: reperto normale.

Reperto operatorio: appendicite in sede iliaca normale all'aspetto macroscopico che risulta malata all'esame istologico.

2° Esame colecistografico: reperto normale.

Caso XIII. — C. Elena. Anni 20. Da 48 ore dolore e vomito. E' il secondo attacco.

1° Esame colecistografico: reperto normale.

Reperto operatorio: appendicite flemmonosa in sede iliaca.

2° Esame colecistografico: tenue opacizzazione della coleciste, svuotamento rapido con la prova di Bronner.

Caso XIV. — P. Giulia. Anni 23. Da 16 ore dolore senza vomito. E' il primo attacco.

1° Esame colecistografico: cistifellea ipotonica, svuotamento rapido con la prova di Bronner.

Reperto operatorio: appendicite catarrale in sede retrocecale.

2° Esame colecistografico: tenue opacizzazione della cistifellea, svuotamento normale.

Caso XV. — O. Fernanda. Anni 21. Da 36 ore dolore senza vomito. E' il primo attacco.

1° Esame colecistografico: opacizzazione normale della cistifellea e alla prova di Bronner svuotamento rapido.

Reperto operatorio: appendicite flemmonosa in sede retrocecale.

2° Esame colecistografico: reperto normale.

Caso XVI. — G. Saturnino. Anni 30. Da 24 ore dolore e vomito. E' il secondo attacco.

1° Esame colecistografico: tenue opacizzazione della cistifellea che si svuota rapidamente.

Reperto operatorio: appendicite flemmonosa in sede iliaca.

2° Esame colecistografico: tenuissima opacizzazione della cistifellea che si svuota rapidamente.

Caso XVII. — F. Renata. Anni 20. Da 12 ore dolore e vomito. E' il quarto attacco.

1° Esame colecistografico: tenuissima opacizzazione della cistifellea.

Reperto operatorio: appendicite flemmonosa in sede iliaca.

2° Esame colecistografico: reperto normale.

Caso XVIII. — C. Clara. Anni 24. Da 36 ore dolore e vomito. E' il quinto attacco.

1° Esame colecistografico: nessuna opacizzazione della cistifellea.

Reperto operatorio: appendicite cancerosa in sede iliaca con peritonite.

2° Esame colecistografico: reperto normale.

Caso XIX. — C. Adriana. Anni 34. Da 48 ore dolore senza vomito. E' il secondo attacco.

1° Esame colecistografico: reperto normale.

Reperto operatorio: appendicite flemmonosa in sede retrocecale.

2° Esame colecistografico: nessuna opacizzazione.

Caso XX. — B. Adalgisa. Anni 35. Da 12 ore dolore senza vomito. E' il primo attacco.

1° Esame colecistografico: reperto normale.

Reperto operatorio: appendice normale in sede iliaca.

2° Esame colecistografico: reperto normale.

Riporto in modo schematico per un più rapido sguardo d'insieme il reperto radiologico prima e dopo l'operazione e il reperto anatomico-patologico riguardante l'entità della lesione e la sede dell'appendice.

Caso	Reperto radiologico prima dell'operazione	Reperto anatomico-patologico	Reperto radiologico dopo l'operazione
I	Nessuna opacizzazione	App. necrotica - Peritonite - Sede iliaca	Normale
II	Tenue opacizz. - Svuotamento ritardato	App. flemmonosa - Retrocecale	Normale
III	Nessuna opacizz.	App. flemmonosa - Retroc.	Opacizz. normale - Svuotamento rapido
IV	Tenue opacizz.	App. catarrale, pelvica	Normale
V	Tenue opacizz.	App. flemmonosa pelvica	Normale
VI	Tenue opacizz.	App. flemmonosa mesoce-liaca	Normale
VII	Normale opacizz. svuot. ritardato paradosso	App. flemmonosa retrocecale	Colecisti spastica
VIII	Normale	App. catarrale mesoceliaca	Normale
IX	Nessuna opacizz.	App. normale retroc.	Iperopacizz. comportamento paradosso
X	Normale	App. catarrale iliaca	Normale
XI	Normale	App. catarrale iliaca	Normale
XII	Normale	App. catarrale iliaca	Normale
XIII	Normale	App. flemm. iliaca	Tenue opacizz. svuot. rapido
XIV	Opacizz. normale, svuot	App. catarrale retroc.	Tenue opacizz. -svuot. normale
XV	Ipotonica svuot. ritard. rapido	App. flemmonosa retroc.	Normale
XVI	Tenue opacizz. - Svuotamento rapido	App. flemmonosa retroc.	Normale
XVII	Tenuissima opacizz.	App. flemmonosa iliaca	Normale
XVIII	Nessuna opacizz.	App. cancerenosa iliaca peritonite	Normale
XIX	Normale	App. flemmonosa retroc.	Nessuna opacizz.
XX	Normale	App. normale iliaca	Normale

RISULTATI.

Nei venti casi osservati abbiamo avuto: in due casi peritonite da appendicite, in dieci appendicite flemmonosa, in tre appendicite catarrale, in sei appendice apparentemente sana all'esame macroscopico di cui tre con segni di flogosi riscontrati istologicamente.

Rispetto alla sede dell'appendice si sono avuti: nove casi con sede iliaca, due con sede mesoceliaca, sette con sede retrocecale, due con sede pelvica.

Riguardo al quadro clinico si sono avuti dodici casi nelle prime 48 ore della colica appendicolare ed otto dopo le 48 ore.

Il sintomo vomito si è avuto in nove casi.

Dei nostri casi dieci sono al primo attacco e dieci dopo attacchi ripetuti.

Merita notare che è stato costantemente osservata la perfetta tollerabilità dei pazienti per la endovenosa di tetraiodo durante l'attacco appendicolare.

L'esame colecistografico eseguito durante l'attacco di colica appendicolare subito prima dell'operazione ha dato risultati normali sotto ogni punto di vista in sette casi su venti. Negli altri si è avuto un reperto anormale.

Precisamente: in quattro casi non si è avuto nessuna opacizzazione della colecisti; tenuissima opacizzazione in sei casi in due dei quali accompagnata al ritardo dello svuotamento delle colecisti, mentre in altri tre lo svuotamento ritardato si è accompagnato ad una normale opacizzazione.

L'esame colecistografico eseguito dopo l'operazione ha dato i seguenti risultati: reperto normale sotto ogni punto di vista in tredici casi su venti; negli altri sette casi si è avuto un reperto anormale e cioè in due casi tenue opacizzazione che si è accompagnata a svuotamento rapido, negli altri quattro casi si è avuto: in uno aspetto spastico della cistifellea, in un altro l'iperopacizzazione della cistifellea con comportamento paradossale (in quanto essa verso la fine dello svuotamento è tornata a dilatarsi) ed in un altro l'assenza di opacizzazione.

In due casi essendovi il sospetto di un'alterazione concomitante della cistifellea (come faceva sospettare l'esame radiologico) è stata eseguita la colecistectomia, ma il reperto anatomico-istologico ha dimostrato sempre una cistifellea normale.

Vediamo ora quali sono stati i rapporti fra aspetto colecistografico prima dell'operazione e quadro clinico, fra entità della lesione anatomopatologica e sede dell'appendice.

Dall'esame dei sintomi clinici risulta che in tutti i casi in cui è stato presente nettamente il sintoma vomito (prima della iniezione di tetraiodo) il reperto colecistografico ha dato un reperto anormale. Difatti nei 13 casi con reperto normale prima della appendicectomia in 10 casi si è avuto una netta colica appendicolare con vomito in altri 3 casi non si è avuto vomito e, fatto degno di rilievo, corrispondono con quei casi in cui non si era avuta alterata opacizzazione della cistifellea in senso deficitario ma solo alterato svuotamento della cistifellea (caso VII e XIV: svuotamento ritardato; caso XV: svuotamento rapido).

Di pari passo con l'importanza del vomito va il segno della difesa che si è avuto sempre quando il vomito è stato presente.

Nessun evidente rapporto invece si è avuto fra reperto colecistografico e temperatura la quale è mancata in parecchi casi in cui il reperto colecistografico è stato patologico come d'altra parte è stata elevata in altri casi in cui il reperto colecistografico è stato normale.

Così anche nessun rapporto degno di rilievo ho riscontrato fra reperto colecistografico ed epoca di comparsa della colica (primo giorno o successivi) tranne una certa tendenza ad aversi reperti patologici nel primo giorno di malattia.

Una certa relazione invece si nota fra reperto colecistografico anormale e numero di attacchi appendiciti avuti dal paziente in precedenza.

Difatti nei 13 casi con reperto anormale colecistografico durante l'attacco, 8 avevano avuto attacchi ripetuti di appendicite ed è da notare che nei quattro casi I, III, XVIII e XIX, in 3 che hanno avuto assenza di opacizzazione durante la colica si era avuto il maggior numero di attacchi di appendicite in precedenza (da 3 a 5).

Se consideriamo ora i rapporti fra reperto colecistografico e reperto operatorio possiamo dire che vi è una netta relazione fra entità della lesione anatomico-patologica e funzione della cistifellea come risulta all'esame radiologico. Difatti nei casi in cui si è avuta appendicite cancerenosa perforata con peritonite non si è avuta nessuna opacizzazione della cistifellea (caso I, XVIII). Nei casi di appendicite flemmonosa senza una discreta quantità di essudato peritoneale libero (tranne in tre casi: XIII, XV, XIX) si è avuto difetto di opacizzazione (tenue) della cistifellea mentre nei tre casi sopra accennati si è avuto riempimento normale solo in uno (caso XV) accompagnato a successivo svuotamento rapido.

Nei casi di appendicite catarrale (VIII, X, XIV) con riscontro istologico positivo il reperto colecistografico è stato normale sotto ogni punto di vista in due casi, ha dimostrato invece ipotonia della cistifellea e svuotamento ritardato in un caso (XIV) nel quale però l'appendice era in sede retrocecale.

Nei casi di appendice apparentemente normale (IV, XI, XII, XX), ma che poi hanno mostrato segni di lieve flogosi al riscontro istologico il reperto colecistografico è stato sempre normale tranne nel caso VI in cui si è avuta tenue opacizzazione (è da notarsi però che in questo caso si era avuta una netta colica a tipo appendicolare con vomito in discordanza con reperto anatomico-macroscopico) negli altri tre casi il quadro clinico era stato di lieve entità.

Un evidente rapporto si ha fra tempo di svuotamento della cistifellea e sede dell'appendice. Difatti nei quattro casi di appendicite retrocecale che si sono avuti, vi è stata sempre una alterazione nel tempo di svuotamento della cistifellea (in tre casi è stato ritardato ed uno affrettato). E' da notarsi che questo comportamento anormale nel tempo di svuotamento si è avuto solo in 5 casi su 20 e di questi 5 casi 4 avevano l'appendice retrocecale. E' logico quindi pensare che vi sia una certa relazione fra i due ordini di fatti.

Difatti è ormai noto che a base di un'appendicopatia non v'è sempre soltanto una flogosi. Può bastare un semplice vizio di posizione per determinare dei disturbi locali e quindi si può supporre.

per determinare anche un riflesso appendicolo-colecistico in modo da provocare un'alterata funzione della cistifellea.

CONCLUSIONE.

Dallo studio colecistografico comparativo in 20 casi di appendicite prima e dopo l'operazione abbiamo avuto i precedenti risultati che ci portano alle seguenti conclusioni.

Esiste un'alterazione funzionale della cistifellea durante l'attacco di colica appendicolare: questa consiste prevalentemente in un disturbo della concentrazione della cistifellea in senso deficitario. Ciò è desunto dal confronto dei reperti colecistografici prima e dopo l'operazione.

L'alterata funzione colecistica è tanto più evidente quando più l'attacco di colica appendicolare è forte, si accompagna al sintoma vomito ed il soggetto ha avuto un maggior numero di coliche appendicolari in passato.

L'alterata funzione della concentrazione della cistifellea è inoltre in rapporto con l'entità del reperto anatomico-patologico fino ad arrivare alla appendicite con peritonite in cui si ha assenza dell'opacizzazione della cistifellea.

L'alterata funzione della colecisti ed in specie il tempo di svuotamento sembra sia modificato anche a secondo della sede dell'appendice. Nelle appendici retrocecali lo svuotamento della cistifellea può essere ritardato e talora accelerato anche se l'appendice non è flogosata e ciò non ci deve meravigliare perchè la sede retrocecale può determinare di per sè stessa un'appendicopatia capace di risvegliare riflessi patologici che possono essere a base delle suddette disfunzioni come vedremo in seguito.

Un'obiezione che si potrebbe fare a queste conclusioni è che l'alterata funzione della cistifellea non sia che apparente. Difatti si potrebbe pensare che per l'anormale stato del soggetto e per la facilità al vomito la cistifellea si sia in qualche caso svuotata prima del tempo dell'esame dando quindi una fallace interpretazione di mancata opacizzazione.

A questa obiezione rispondo che ho evitato la somministrazione della tetraiodo per via orale per evitare che un presunto alterato potere di assorbimento intestinale potesse falsificare i risultati e poi inoltre ho esclusa dall'osservazione quei casi che dopo la endovenosa di tetraiodo hanno avuto sia pure qualche conato di vomito per tema che in questa evenienza si abbia anche qualche riflesso sulla colecisti con tendenza a svuotarla.

Questo studio quindi penso che venga ad essere una dimostrazione dei rapporti funzionali almeno dal punto di vista patologico tra gli organi dell'addome destro ed in specie tra appendice e cistifellea.

Difatti le alterazioni funzionali della cistifellea suesposte vanno

riferite solo ad un semplice meccanismo riflesso e non ad una associazione di lesione organica. Dimostrazione di ciò è che le alterazioni funzionali della colecisti non si sono rese più evidenti nel maggior numero dei casi dopo appendicectomia. Ciò non sarebbe certo avvenuto se una lesione colecistica fosse stata concomitante. Inoltre la dimostrazione di quanto affermo ce la dà anche il reperto negativo dal punto di vista patologico delle cistifellee asportate. Si può concludere quindi per un riflesso per via vagale di cui punto di partenza sia l'appendice malata.

Si riconnettono con queste conclusioni le discussioni patogenetiche della Sindrome Addominale Destra. In due casi tuttavia le alterazioni di funzione colecistica sono rimaste all'esame radiologico: nel caso riferito la coleciste risultò sana e si potrebbe pensare che persistendo i dolori nella fossa iliaca destra quivi esistessero fatti di peritonite circoscritta.

Il Leotta sostiene che focolaio di partenza della S.A.D. è l'appendicite e la diffusione agli altri organi addominali avvenga per via linfatica essenzialmente ed in secondo luogo per via portale.

Il Solieri invece partito dal riflesso appendicolo-gastrico (dolore epigastrico, pilorospasmo, nausea, quando si stiri l'appendice flogosata o si comprima il suo mesenterio ad un soggetto in completa anestesia intrarachidea) è giunto alla concezione patologica della sintonia e disturbi gastro-duodeno-colecistici. Egli pensa che sia pure in un primo tempo si tratta di solo riflesso patologico che si ha per la irritazione del vago, branca afferente di un arto diastaltico i cui rami afferenti sono i nervi appendicolari stimolati dalla flogosi.

Per la cistifellea poi si verrebbero ad avere disturbi della funzione evacuatrice e spasmi del relativo sfintere di Oddi donde facili inquinamenti batterici della bile ristagnante e flogosi della parete in secondo tempo.

Le nostre conclusioni quindi sull'alterata funzione colecistica reversibile dopo appendicectomia vengono anche ad essere una conferma della concezione della sintonia patologica in contrapposizione alla teoria di Leotta che, se è giusta sotto vari punti di vista, è un po' assolutistica dando importanza soltanto alla diffusione della flogosi per via anatomica, senza riconoscere la dovuta importanza al fattore funzionale che prepara il terreno alla flogosi stessa.



70817

