

Lucania
**ATTIVITÀ DELLA SOCIETÀ
MEDICO-CHIRURGICA LUCANA. - I.**

Pubblicazione periodica bisettimanale
Spedizione in abbonamento postale - Gruppo 1 bis/70
Vol. 65 - N. 71 (10 Ottobre 1974)



Minerva Medica

MINERVA MEDICA ARGENTINA - MINERVA MEDICA VENEZOLANA - MINERVA MEDICA GRECA
PANMINERVA MEDICA INGLESE - PANMINERVA MEDICA SPAGNOLA

GAZZETTA BISETTIMANALE PER IL MEDICO PRATICO



CRITICHOL ANGELINI

- * STIPSI
- * DISTONIE DELLE VIE BILIARI
- * INSUFFICIENZA EPATICA



**CROMATON
BICOMPLESSO
5000**

ANTIEMICO
EPATOPROTETORE
RICOSTITUENTE

10 FLACONCINI PER VIA ORALE

INDICAZIONI

CONFEZIONAMENTO

MENARINI

EPATOTERAPIA ORALE POTENZIATA CON IL
**CROMATON
BICOMPLESSO
5000**

- 10 flaconcini da 15 g per uso orale
- flacone da g 200

ESTRATTO EPATICO
+
COMPLESSO VITAMINICO B
+
VITAMINA B₁₂ IN DOSE ELEVATA

e per il potenziamento della epatoterapia parenterale:

**CROMATON
BICOMPLESSO
FORTE
LIOFILIZZATO**

- fiale intramuscolari

• A TOTALE CARICO INAM

A MENARINI



EFFICACIA CURATIVA
patogenetica oltre che sintomatica

RAPIDITA' DI AZIONE

OTTIMA TOLLERABILITA'

caratterizzano il

MENALGON
ANTIREUMATICO
confetti

per la presenza

dell'**ETOSSIDRAZONE®** * (come sale dietilammonico)
associato alle vitamine B₁, B₆, B₁₂ ed al dicloroetanoato
di diisopropilammonio

* Prodotto originale di sintesi realizzato nei Laboratori Menarini



MENARINI

Flacone di 25 confetti
A TOTALE CARICO INAM

Minerva Medica

Gazzetta bisettimanale per il Medico pratico

Albo d'Onore

E. G. Oliaro 1936 - A. Ceconi 1937
F. Micheli 1937 - O. Uffreduzzi 1943
A. M. Dogliotti 1966

Consiglio Direttivo

A. Beretta Anguissola (Roma)
F. Carena (Torino)
N. Dioguardi (Milano)
G. C. Dogliotti (Torino)
G. Lenti (Torino)

Collaboratori

G. Artino - G. Biancini - L. Bussi - F. De Mattei - R. De Mattia - R. De Vecchi
F. Feo - G. Maschietti - A. Monti - A. Oliaro - G. C. Parenti - G. Paeini - A. Salvati - G. Scavola

P. F. Angelino (Cardiologia) - M. Banca (Gastroenterologia) - B. Bellion (Radiologia) - D. Cavanna (Chimica Farmaceutica) - E. Concina (Broncopneumologia) - G. De Dominicis (Medicina del Lavoro) - F. Di Nola (Malattie Infettive) - A. Ferrari Sacco (Tisiologia) - P. A. Giudica (Chirurgia) - L. Merlinengo (Film medico-scientifici) - G. M. Molinetti (Endocrinologia) - F. Ormes (Dermatologia) - A. Pagani (Ortopedia) - L. Premuda (Storia della Medicina) - S. Rocchietta (Farmacologia).

Direttore Responsabile

T. Oliaro

Corrispondenti

F. Bianchi (Ancona) - A. Cerani (Modena) - G. Danielli (Bologna) - R. Dionigi (Pavia) - V. Febbrocini (Napoli) - W. Montorel (Milano) - R. Morgante (Verona) - U. Pellini (Pisa) - U. Piazza (Roma) - U. A. Pini (Parma) - S. Scarabocchi (Genova) - N. Simonetti (Bari) - P. L. Tanzj (Firenze) - F. Tursi (Taranto)

Redattore Capo G. C. Angela

Abbonamento annuo a

MINERVA MEDICA L. 16.000
Esteri L. 25.000

compransivo di

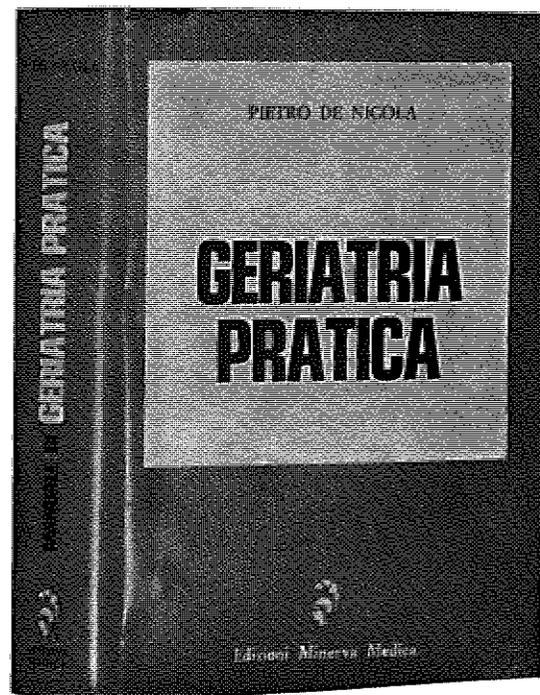
Europa Medica - Medicina Tedesca - Minerva Aerospaziale - Minerva Medica Giulliana - Minerva Medica Babiliana - Minerva Ospedaliera - Rassegna di Ipnosi e Medicina Psicomatica - Giornale dell'Istituzione Italiana di Cardiocirurgia - Il Quotidiano Minerva Medica

con il Supplemento

Informazioni e Attualità Mondiali

La Rivista, proprietaria di tutti i diritti d'autore, è posta sotto la tutela delle leggi internazionali sulla stampa

La Rivista si compone in due parti (Vole e Scientifica) ciascuna con numerazione distinta



Manuale di GERIATRIA PRATICA

A cura del
Prof. PIETRO DE NICOLA

Un volume rilegato di 848 pagine
con 82 figure in nero e a colori
L. 28.000

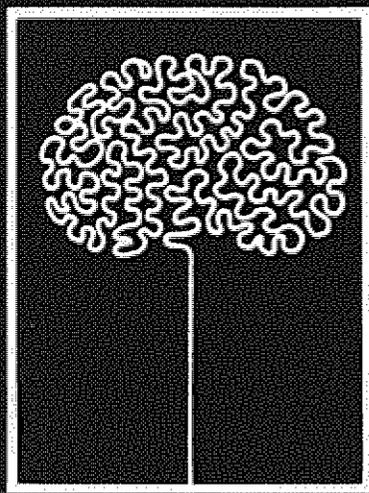
Il Manuale di Geriatria Pratica, si propone di spiegare al medico pratico i principali indirizzi della moderna geriatria, di dare allo studente di medicina la possibilità di raccogliere rapidamente le nozioni che gli sono necessarie per la sua cultura generale e per le prove di esame, di facilitare la preparazione dei medici, che seguono i corsi di specializzazione con un testo sistematico, che possa costituire la base per un ulteriore approfondimento, e infine di soddisfare le esigenze del geriatra, che desidera rivedere l'uno o l'altro dei capitoli, che riguardano i vari aspetti dell'assistenza all'anziano e della patologia geriatrica.

36/D

EDIZIONI MINERVA MEDICA

10126 Torino
Corso Bramante 83-85 - Tel. 67.82.82 - Casella Postale 491

Ufficio di Milano - Via Lamarmora 3
Ufficio di Roma - Via Spallanzani 9



NEUROL

INAM

SECCIVO NEUROTONICO
FALE/SIROPPA

APAROXAL

INAM

anticonvulsivo, vagolitico
GOCCE/GRANULI/CAPSETT

NEUROSERINA

ricostituente cerebrale
COMPETITIVALE



Minerva Medica

10126 TORINO - CORSO BRAMANTE 83-85 (CASELLA POSTALE 491) - TEL. 67.82.82

I lavori accettati sono pubblicati gratuitamente sino ad un massimo di otto pagine di stampa: devono essere dattilografati e non si restituiscono anche se non pubblicati; devono essere corredati da un autoriasunto in italiano contenuto in quindici righe e la Redazione della Rivista si incarica della traduzione in lingua inglese. Le tabelle, i clichés e gli estratti, nel formato della Rivista, vanno addebitati agli Autori a prezzo di costo. La bibliografia deve essere compilata secondo l'ordine alfabetico degli Autori oppure può essere numerata secondo i riferimenti numerici nel testo; deve inoltre seguire il seguente schema: cognome dell'Autore, iniziale del nome, titolo del lavoro nella lingua originale, titolo della Rivista abbreviato, volume, pagina, (mese) anno. Qualora la citazione bibliografica si riferisca ad un libro, il titolo dovrà essere riportato nella lingua originale, seguito dal nome dell'editore, dal luogo di edizione e dall'anno di pubblicazione. Agli Autori è concessa una sola correzione di bozze. Lavori e corrispondenza, assegni e vaglia devono essere inviati a « Minerva Medica », Casella Postale 491 - Corso Bramante 83-85 - 10126 Torino.

Vol. 65

N. 71 (10 Ottobre 1974)

INDICE

ATTIVITA' DELLA SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA LUCANA

- R. Niutta - A. Urciuoli: Associazione trimethoprim-sulfametossazolo nella terapia di alcune malattie infettive 3725
- G. Russo - G. Nicoletta: In tema di localizzazioni rare dell'echinococco 3734
- M. Petrucci: Blocco di branca sinistra instabile e ad insorgenza parossistica 3741
- G. Pesce - G. Nicoletta: Ai margini di un Congresso: il trattamento del carcinoma gastrico 3747
- G. Pesce: Contributo alle resezioni epatiche nel trattamento della cisti da echinococco 3757
- G. Pesce: Complicazioni pleuro-polmonari della idatidosi epatica 3767

Libri 3780

Oncologia clinica (P. Bucalossi, U. Veronesi) — Malurità umana e celibato. (Problemi di psicologia dinamica e clinica) (L. S. Filippi) — Università Cattolica Sacro Cuore: Contributi dell'Istituto di Psicologia — Prontuario di dietetica infantile (V. Zardini, M. Lutteri) — Novità nella chirurgia dell'ipertensione arteriosa — Lesioni vascolari acute degli arti — Questions de sémiologie et pathologie médicales. - Fasci-

(Continuazione a pagina seguente)

L'Italia con 59 pubblicazioni anche a criterio policentrico controllato, doppio cieco, si è validamente inserita nello studio della nuova sintesi sulfidrilante giapponese, le cui 170 relazioni internazionali permettono di valutare, tra l'altro, un effetto detossicante-spasmolitico, attribuibile all'utilizzazione metabolica pressoché ideale della sostanza atossica, ed a molecola del tutto stabile anche per via orale. Conseguentemente l'eccezionalità della documentata escursione posologica sicuramente attiva nell'uomo a 100 mg fino ai 2,5 grammi giornalieri, permette al medico di individualizzare la terapia con un farmaco tiolico a seconda del grado di sofferenza funzionale.



- * 10 tablete da ml 3 (mg 100) * 4 tablete da ml 2 (mg 250)
- * 1 tablete da ml 3 (mg 100) * 100 tablete da ml 1 (mg 100)
- * 20 compresse da mg 250 * 20 compresse da mg 100
- * 20 tablete da ml 3 (mg 100) * 20 compresse da ml 100

*I.N.A.M. TOTALE

SANTEN PHARMACEUTICAL Co., Ltd., Osaka (Japan) - Per l'Italia: C.F. Farmaceutici, Milano

culi 1: Appareil digestif, foie et voies biliaires, pancréas (H. Rajaona) — Questions de sémiologie et pathologie médicales. - Fascicule 2: Système nerveux: Sémiologie élémentaire (H. Rajaona) — Questions de sémiologie et pathologie médicales. - Fascicule 3: Système nerveux: Syndromes et maladies (H. Rajaona) — Una riforma ospedaliera del '500 (G. Bologni) — Proceedings of the 18th World Congress of the International College of Surgeons (S. Stefanini, V. Speranza) — Techniques de téléco-baithérapie radicale (I.S. Abbattucci e Coll.) — 6^e Série d'Actualités cardio-vasculaire médico-chirurgicales. (Troubles du rythme cardiaque) (R. Froment, A. Gonin, P. Michaud, A. Perrin, J. Descotes) — Périarthrite de l'épaule - Ostéogénèse et compression (A. Boitzy) — Handbook of electroencephalography and clinical neurophysiology. - Vol. 14: Clinical EEG. - IV) Part B: Trau-

matic disorders (A. Remond) — Radiation protection. - ICRP Publication n. 19: The metabolism of compounds of plutonium and other actinides — A clinical study of infectious mononucleosis and toxoplasmosis (D. Cameron, L. M. Mac Bean) — ICRP Publications 18: The RBE for high-LET radiations with respect mutagenesis — Advanced electrocardiology (G. L. Leempert) — Taschenbuch der Hygiene (H. Grahneis, K. W. Horn) — Regulation von Lebensprozessen auf molekularer und zellulärer Ebene. (Bd. 9 der Ergebnisse der experimentellen Medizin) (D. Detmer, R. Winter) — Paediatrische Fortbildungskurse fuer die Praxis. (Vol. 36: M. Bettex: Neues aus der Kinderchirurgie) (E. Rossi) — Unfall Begutachtung (E. Günther, R. Hymmen) — Klinische Chemie und Mikroskopie (W. Rick) — Katamnesen bei kastrierten Sittlichkeits-delinquenten aus forensisch-psychia-

trischer Sicht (F. Cornu) — Die rückmarksnahen Anästhesien. (Internationales Symposium in Minden, 1972) (H. Nolte, J. Meyer) — Träume-selbst verstehen (K. Thomas) — Advances in psychosomatic medicine. (Vol. 8: Z. J. Lipowski: Psychosocial aspects of physical illness (J. Bastiaans et al.).

VARIA

Il Quotidiano *Minerva Medica*

Notiziario X

Iniziativa per un'indagine epidemiologica interospedaliera delle epatiti nelle Marche — Attualità delle cure terminali nella terapeutica moderna.

Riunioni e Congressi XI

Nel 1975 a Siena il Congresso della Società di Patologia — Riunione sul colon irritabile.

R. Bonardi G. Noretto A. Ollaro

**ELEMENTI DI
IGIENE
E MEDICINA
PREVENTIVA**



Edizioni Minerva Medica

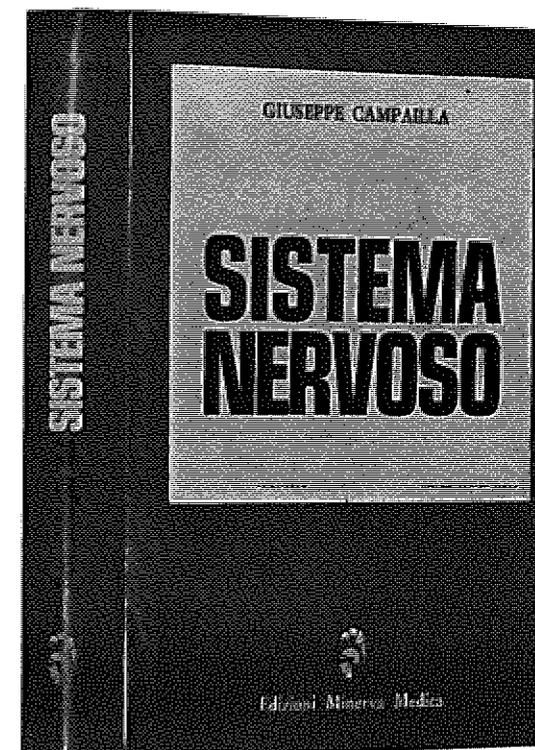
NOVITA' EDITORIALE

**EDIZIONI
MINERVA MEDICA**

Volume di circa 400 pagine - L. 7.800

**SEMEIOLOGIA
DEL SISTEMA NERVOSO**

GIUSEPPE CAMPALLA



Il favorevole giudizio ottenuto dal Manuale di Semiotica Neurologica, pubblicato nel 1958, mi ha incoraggiato a ripresentare l'opera in una nuova ed aggiornata strutturazione. La necessità di inserire nuovi argomenti maturati in questi ultimi anni ed il desiderio di migliorare i capitoli della precedente edizione, sviluppandone alcune parti e sopprimendone altre perchè superate, praticamente mi ha portato a rifare interamente, o quasi, l'opera che vede oggi la luce in una migliore veste tipografica.

Ho colto l'occasione per accrescere e migliorare anche la documentazione iconografica e per ampliare l'indice analitico.

L'impostazione dell'opera conserva la sua linea tradizionale ma l'asse dell'interesse è stato spostato verso la parte diagnostica al fine di fornire al Medico non soltanto una guida metodologica ma anche un utile strumento di consultazione quando è chiamato ad affrontare, al letto del malato, problemi di diagnostica differenziale.

In questa nuova edizione non si troverà il capitolo dedicato alla Neuroradiologia. Questa disciplina ha infatti raggiunto tale ampiezza di respiro da meritare una trattazione autonoma. Ho limitato quindi la esposizione degli esami neuroradiologici alle indicazioni, controindicazioni e limiti delle singole metodiche di ricerca per consentire al Neurologo di porre precisi e pertinenti quesiti allo specialista neuroradiologo chiamato a collaborare alla formulazione della sintesi diagnostica.

(dalla Prefazione dell'opera)

Un volume rilegato di 740 pagine
con 496 figure in nero e a colori
L. 24.000

EDIZIONI MINERVA MEDICA

IL QUOTIDIANO MINERVA MEDICA

QUOTIDIANO STRAORDINARIO
ANNO XXIV
10 Ottobre 1974

QUOTIDIANO DI INFORMAZIONE E CRITICA PER IL MEDICO PRATICO
REDATTO CON LA COLLABORAZIONE DEL GRUPPO GIORNALISTICO MINERVA MEDICA
REDATTORI: F. Bianchi - A. Corami - V. Fabbricini - A. Ferrari Sacco - A. Ollaro
U. Piazza - U. A. Pini - A. Salvati - N. Simonetti - F. Turzi
Direttore Resp. T. Ollaro

EDIZIONI MINERVA MEDICA
TORINO
Corso Bramante 83-85

Pareri negativi dal mondo medico

Reazioni e polemiche sul progetto di legge di riforma sanitaria

Secondo la CGIL, il progetto di riforma, ad una prima valutazione « complessiva ma articolata », non presenta soluzioni accettabili. Renzetti, da parte sua, afferma che, a parte la verbosità e la burocrazia del documento, gli indirizzi di politica sanitaria in esso contenuti dimostrano come sia ancora difficile la realizzazione di una seria riforma che, partendo dalle grandi carenze esistenti nel campo della sanità, consenta al servizio sanitario nazionale di considerare in modo globale i problemi connessi alla gestione della salute. Gli equivoci intorno alla prevenzione (peraltro scarsamente accennata nel testo del documento), ai farmaci, e alle deleghe in materia tra Stato e Regioni e Comuni, ai presidi sanitari privati e religiosi, sono alcuni elementi che dimostrano chiaramente — aggiunge Renzetti — come non vi sia la volontà politica di percorrere un indirizzo veramente riformatorio.

AMPIPLUS

(ampicillina + dicloxacillina)

Associazione antibiotica battericida ad ampio spettro

— Capsule da 500 mg
— Granulato

A totale carico INAM
A. MENARINI - FIRENZE

Il Consiglio dell'Associazione Medica Romana ha emesso un comunicato nel quale « esprime la sua solidarietà a tutti i medici italiani impegnati nella lotta per la difesa dei diritti costituzionali che il Governo intende conculcare attraverso decreti legge tendenti a vanificare la rappresentanza della categoria ». Il Consiglio respinge ancora una volta « il demagogico tentativo di alcune forze politiche di scaricare sui medici e sugli assistiti le responsabilità della disfunzione del sistema, responsabilità che derivano invece dalla conduzione clientelare della sanità del nostro Paese » e denuncia all'opinione pubblica « l'ulteriore tentativo di strumentalizzare la sanità attraverso la creazione di strutture di sotto governo a livello periferico, avulse dalla realtà sociale e funzionale del Paese, escludendo dalla formulazione della riforma le forze rappresentative e tentando di imporre scelte predefinite ai medici e ai cittadini ».

Il Consiglio dell'Associazione Medica Romana ritiene infine che « le linee generali, nebulose e contraddittorie, del progetto di riforma sanitaria non siano altro che un tentativo di mistificazione che ha come intento finale la distruzione della libertà dei cittadini e degli operatori sanitari: conseguentemente invita tutte le forze sanitarie e le componenti sociali interessate, alla lotta contro

questo tipo di conduzione della sanità ed impegna i medici ad una vigorosa ripresa della lotta sindacale ».

Polemico il Presidente dell'Associazione Primari Ospedalieri, Prof. R. Cavaliere: « I medici — dice —

sono stati emarginati, quali non addetti ai lavori, dalla elaborazione del testo di riforma sanitaria. Da questo difetto di origine deriva la visione politico-burocratica e non tecnico-efficientistica con cui è stato compilato il progetto. Viene prefigurata un'organizzazione collettivistica assembleare, con tutto un sistema per cui si corre il pericolo di sostituire il carrozzone mutualistico con un altro ancora meno efficiente e più costoso. Il medico viene inserito in questo sistema non come un protagonista dell'assistenza ma come uno strumento disumanizzato. Questo dimostra ulteriormente

[Segue in 2ª pagina]

Riunione delle Società Italiana e Francese di Neurologia

Nei giorni 6-7 giugno 1974 si è svolta a Roma la Riunione italo-francese delle Società di Neurologia organizzata dai Prof. Fazio e Bonduelle con ampia partecipazione di ospiti. Il Direttivo delle Società aveva prescelto, tra il relazioni italiane proposte, le seguenti 5 che sono state regolarmente discusse:

— G. Gainotti, A. Ibba, C. Caltagirone: « I disturbi della comprensione uditivo-verbale negli afasici: perturbazioni fonemiche e semantiche ».

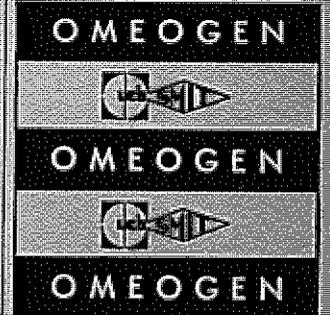
— F. Cornelio, A. Allegranza, E. Bizzi, I. Cescon, E. Mussini, P. Peluchetti: « Lipidosi generalizzata da gliceridi (gliceridosi), entità nosologica da difetto sistemico di utilizzazione dei lipidi. Primo contributo anatomo-clinico ».

— L. A. Vignolo: « Etude contrôlée de la rééducation du langage dans l'apha-

sie: comparaison entre aphasiques traités et non-traités ».

— A. Agnoli, M. Manfredi, L. Mossuto, A. Piccinelli: « Ritmi circadiani e patogenesi dell'insufficienza cerebro-vascolare ».

— G. Campanella, A. Filia, A. Federico, L. Serlenga, G. A. Buscaino: « La prima famiglia italiana con miopia oculo-faringea. Studio istochimico ed immunoelettroforetico ».



Una nuova realizzazione
che ben si inserisce nella tradizione
di ricerca dell'I.S.M.

PEPTICHEMIO

Il nuovo chemioterapico multipeptidico
per l'effettuazione di una terapia
antitumorale potenziata
e a vasto spettro di azione.

L'Istituto Sieroterapico Milanese è a disposizione
dei Sigg. Medici per chiarimenti e letteratura:

ISTITUTO SIEROTERAPICO MILANESE S. BELFANTI

Sorto di recente per iniziativa statunitense

AMERICAN HOSPITAL OF ROME

Il nuovo Ospedale sarà il «fulcro» delle ricerche anti-leucemia

È sorto recentemente, per iniziativa statunitense, l'«American Hospital of Rome». Nel nuovo Ospedale è in fase di avanzata realizzazione un centro per la terapia delle leucemie e dei tumori infantili. Sarà dotato di tutti i più avanzati mezzi tecnici a disposizione per la diagnosi e la terapia di queste malattie, attrezzature diagnostiche radiologiche, chimiche ed immunologiche, cobaltoterapia, camera sterile, separatore per concentrati ematici.

I medici che hanno dato la loro adesione al programma coordinato dal Prof. Renato Mastrangelo (Aiuto della Clinica Pediatrica della «Cattolica» e responsabile del servizio di ematologia pediatrica) e che faranno parte dell'equipe di oncologia pediatrica, sono tra i migliori specialisti dei vari campi. Notevole la presenza al Centro del Prof. Zuelzer, Direttore del «Child Research Center of Michigan», uno dei più prestigiosi nomi nel campo delle leucemie.

Va sottolineato il fatto che il Prof. Mastrangelo si è recato periodicamente a Detroit, presso il «Child Research Center» e ha portato a termine, in collaborazione con scienziati statunitensi, lavori di ricerca di una certa eco nel mondo medico.

Le osservazioni originali del Prof. Mastrangelo riguardano il comportamento delle cellule leucemiche nel tempo. Egli ha dimostrato per la prima volta e direttamente nell'uomo che le cellule leucemiche non sono completamente indipendenti ed autonome, senza cioè alcun controllo da parte dell'organismo nel loro modo di riprodursi.

«Si tratta dei primi tentativi terapeutici in una nuova direzione, quella cioè

di colpire le cellule ammalate nel momento più propizio — dice il Prof. Mastrangelo, — ma per ora i risultati pratici ottenuti, anche se incoraggianti, rappresentano soltanto un primo passo.

Fondamentale — sottolinea — è invece che si sia aperta una nuova strada nello studio delle leucemie, basata sul concetto che le cellule leucemiche possono essere influenzate, nel loro processo proliferativo, dagli stessi fattori che regolano la produzione delle cellule normali del sangue.

L'obiettivo ultimo, tuttavia, che i miei collaboratori ed io ci siamo proposti, è la modificazione di questi fattori per controllare la riproduzione cellulare leu-

cemica secondo orientamenti del tutto nuovi e diversi da quelli tradizionali.

Ora — ha sottolineato lo specialista — il 10% circa di guarigioni registrate è ottenuto grazie all'impiego di rigidi programmi terapeutici a carattere multidisciplinare ed effettivamente molto rischiosi se non condotti nel modo più opportuno. Occorrono pertanto centri altamente specializzati. Centri di questo tipo esistono già da parecchi anni sia negli Stati Uniti che in Europa. In Italia siamo ancora indietro».

Perciò è di lusinghiera speranza la notizia della apertura a Roma dell'«American Hospital of Rome».

Polemiche sulla riforma sanitaria

[Continua dalla 1ª pagina]

che la riforma è stata fatta da esperti che sono funzionari, alcuni dei quali forse accidentalmente laureati in medicina, ma non già medici che vivono giorno per giorno i problemi e i drammi dell'assistenza diretta al malato».

Negativo anche il giudizio della Confederazione Italiani Medici Ospedalieri. Secondo il suo Presidente Prof. Bruno, la riforma sanitaria così come è stata prefigurata dal Governo, «non tiene in alcun conto le competenze e la qualificazione del medico, annulla il rapporto bilaterale di fiducia medico-malato e trasforma il sanitario in un impiegato, cui sono affidate non l'altrui salute, ma semplici pratiche da svolgere. Questa riforma non è altro — ha detto — che una

burocrazia di tipo carrozzone mutualistico e una disincentivazione per il medico».

Un telegramma al Presidente della Repubblica è stato inviato dalla UISM (Unione Sindacati Medici) «in conseguenza della mancata risposta del Ministro Bertoldi alle proteste per le gravi offese rivolte alla intera classe medica, e preso atto del silenzio al riguardo da parte del Presidente del Consiglio».

Nel telegramma viene chiesto un intervento del Presidente della Repubblica «onde evitare oggi ed in futuro le gravissime pubbliche offese contro l'intera categoria medica addetta all'assistenza sanitaria».

Un giudizio «assolutamente negativo» è stato espresso dal Presidente del-

DA BUDAPEST

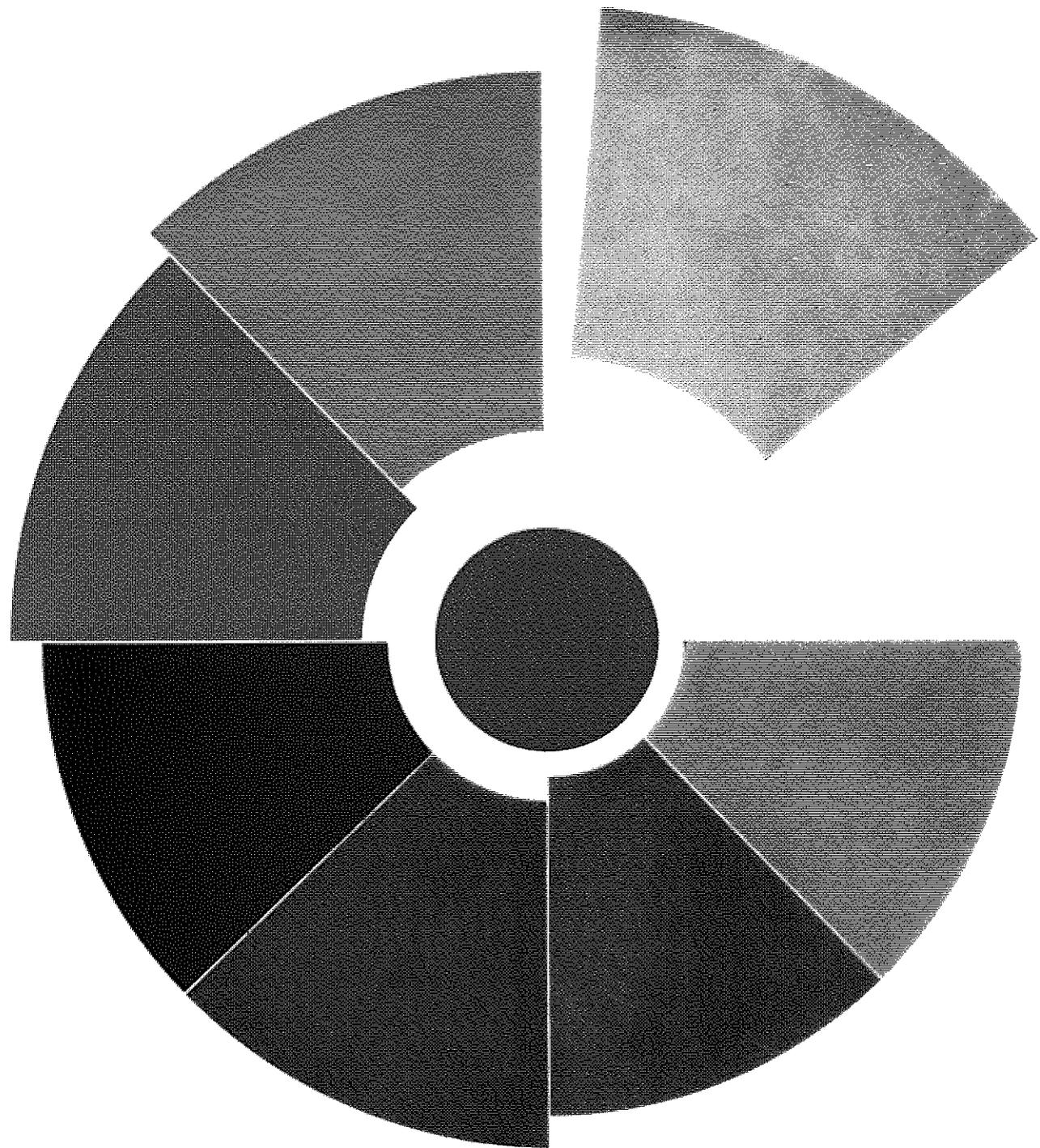
Il Prof. Ugo Stefanutti al 24° Congresso Mondiale di Storia della Medicina

Nel mese di settembre si è svolto a Budapest il XXIV Congresso Mondiale di Storia della Medicina con la partecipazione di illustri medici e scienziati. Tema principale: «L'evoluzione delle idee mediche negli ultimi due secoli».

Il Prof. Ugo Stefanutti è stato ufficialmente invitato come Presidente di sedute scientifiche ed ha tenuto una relazione presentando l'ultimo Trattato della Collana da lui diretta per i tipi dell'Editore Forni (Bologna) e cioè gli «Annali delle epidemie» di Alfonso Corradi, opera monumentale di oltre 4000 pagine, senza dubbio la più importante dell'argomento.

L'Associazione Nazionale dei Medici Condotti Dott. Custureri. «Sono evidenti — ha affermato Custureri — i contrasti e le incongruenze tra l'impostazione data dalla riforma e la realtà sanitaria, specie nelle zone periferiche del Paese. I medici condotti propongono di modificare con l'azione sindacale e con suggerimenti tecnici, le gravi lacune che emergono dall'affrettato e disarticolato progetto presentato al Governo. Il consiglio nazionale dell'Associazione adotterà le misure che riterrà opportune sia nei confronti del decreto legge che blocca le convenzioni dei sanitari, con evidente spirito punitivo nei riguardi di tutta la categoria medica, sia nei confronti della riforma che dovrà essere profondamente modificata se si vuole offrire ai cittadini uno strumento più qualificato ed efficace dell'attuale».

Direttore Resp. T. OLIARO
Tip. Ed. Minerva Medica, Torino
Aut. Trib. Torino, 643 (21-5-1951)



buccalin berna

Vaccino polivalente, per via orale, contro le complicanze dell'influenza e delle malattie da raffreddamento.

Prodotti
BERNA

ISTITUTO SIEROTERAPICO BERNA, COMO

NOTIZIARIO

Iniziativa per un'indagine epidemiologica interospedaliera delle epatiti nelle Marche. — L'Istituto Italiano di Medicina Sociale, in collaborazione con il Centro Regionale per lo studio delle epatiti e con il gruppo Interospedaliero Marchigiano per le epatiti, ha svolto un'indagine interospedaliera epidemiologica sulle epatiti nelle Marche.

Motivazione fondamentale dell'inchiesta è stata l'evidenza di un preoccupante aumento di casi di epatiti anche nelle Marche. In Italia il numero delle denunce era salito dai 5.789 casi del 1963 ai 54.289 del 1969, con un'ascesa continua che aveva portato il nostro Paese a raggiungere il quoziente di morbosità più elevato tra le Nazioni dell'Europa Occidentale nelle quali è obbligatoria la denuncia. Nelle Marche i casi denunciati erano saliti progressivamente da quozienti di 17,1 a 70,9 per 100.000 abitanti in soli tre anni (1964-1966).

L'importanza dei dati succitati era evidente, anche se le denunce, pur restando il principale mezzo di indagine epidemiologica, erano senz'altro molto incomplete. L'inadeguatezza delle denunce costituisce un handicap del sistema di rilevazione epidemiologia di base, sulla popolazione.

Per questo, si è ricorsi all'indagine in ambiente ospedaliero che, pur rappresentando una distorsione del campione, porta però una significativa diminuzione di errori diagnostici.

L'inchiesta è stata indirizzata verso le frequenze di positività di HBAG e le loro correlazioni con le diverse modalità di diffusione della malattia virale, le modalità di decorso clinico e di cronicizzazione.

Hanno aderito all'inchiesta 20 su 54 Divisioni internistiche; la distribuzione geografica delle Divisioni partecipanti era sufficientemente estesa: 4 Divisioni della Provincia di Pesaro; 8 della Provincia di Macerata e 5 di quella di Ascoli Piceno; delle 20 Divisioni 8 erano lungo la costa, 12 nell'interno.

L'indagine si è svolta nell'arco di due anni, su 2.882 schede concernenti 1.808 epatiti acute e 1.070 soggetti di controllo.

E' interessante il rapporto tra le schede dell'inchiesta e le denunce ufficiali di epatiti per 6 Comuni della Provincia di Ancona, raffronto che ha messo in evidenza che contro 425 schede pervenute, erano state fatte soltanto 363 denunce.

Le maggiori discrepanze sono state evidenti nel Comune di Ancona, dove le schede di sole due Divisioni ospedaliere sono state superiori al totale comunale delle denunce e nel Comune

di Corinaldo, dal quale non è pervenuta alcuna denuncia. Tutto ciò sembra indicare che gli ospedali sono, in definitiva, la fonte pressoché unica di segnalazioni, e che un difetto di trasmissione amministrativa può rendere mute intere aree comunali.

Inoltre, l'inchiesta biennale del Gruppo Interospedaliero Marche per le epatiti ha costituito per i partecipanti un'esperienza originale di indagine prospettiva e cooperativa. L'inchiesta ha dimostrato che il lavoro epidemiologico può trovare una vasta eco nell'ambiente ospedaliero ed è sentito come una nuova, moderna estensione dell'attività clinica quando l'approccio è proposto secondo modalità adeguate, su obiettivi circoscritti e facilmente introducibili nel lavoro quotidiano di corsia. In molte Divisioni il personale paramedico ha portato un prezioso contributo.

I dati scaturiti dall'inchiesta hanno fornito un quadro inedito dell'epidemiologia delle epatiti acute nelle Marche. La policentricità dell'indagine ha permesso l'osservazione della malattia in fase precoce per la quasi totalità dei casi e la formazione di un campione equilibrato nella regione. A giudicare da questo campione, le epatiti B rappresentano nelle Marche un quarto delle epatiti acute. Considerando la sensibilità della tecnica di rilevazione impiegata, tale incidenza va considerata corrispondente ad un 40-45% con tecniche più sensibili ma di difficile diffusione nella routine ospedaliera. Non sono state osservate differenze significative tra zone costiere e l'interno collinare, malgrado che sulla costa avvenga ogni estate una migrazione turistica stagionale di centinaia di migliaia di turisti italiani ed europei, e malgrado un consumo di frutti di mare significativamente più elevato che nell'interno. Tra le voci epidemiologiche, l'inchiesta ha indicato nelle trasfusioni di sangue e negli itteri di conviventi o nell'ambiente scuola-lavoro le modalità di rischio più significative rispetto ai controlli. La pericolosità delle trasfusioni sembra l'elemento sul quale è possibile un più rapido intervento.

Malgrado la dimostrata possibilità di trasmissione per via parenterale e non parenterale per ambedue i virus A e B, le rispettive modalità classiche sono ancora oggi considerate di prevalente importanza nelle zone temperate (WHO, 1973). Nell'inchiesta GIME questa opinione epidemiologica viene suggerita dalla significativa differenza dei tassi di positività di trasfusioni, terapia iniettiva ambulatoriale e ricoveri ospedalieri tra gli epatitici HBAG-positivi.

Le classi di età tra i 5 ed i 18 anni sono

RIUNIONI E CONGRESSI

Nel 1975 a Siena il Congresso della Società di Patologia. — La Società Italiana di Patologia nel suo prossimo Congresso Nazionale, che avrà luogo a Siena dal 12 al 15 giugno 1975, prenderà in esame i seguenti argomenti:

Aspetti immunologici della reazione infiammatoria; La patologia dei cromosomi umani; Patologia della superficie cellulare; La patologia da farmaci; Computerizzazione dei protocolli di autopsia.

Il Comitato organizzatore è presieduto, dal Prof. G. Weber, mentre la Segreteria Organizzativa è curata dal Centro Minerva Medica - Via L. Spallanzani 9 - 00161 Roma.

Riunione sul colon irritabile. (Trieste, 23 Novembre 1974). — La Società Italiana di Gastroenterologia (S.I.G.E.) informa che il 23 novembre 1974 a Trieste si terrà la riunione annuale monotematica su « Il colon irritabile » e la riunione annuale del Gruppo Italiano per lo Studio del Colon (G.I.S.C.).

Per ulteriori informazioni si prega di rivolgersi al Prof. E. Pisi, Segretario Generale S.I.C.E., Clinica Medica, Policlinico S. Orsola, 40138 Bologna.

ANNO 68°

“SCIENTIA”

RIVISTA INTERNAZIONALE
DI SINTESI SCIENTIFICA

Comitato Scientifico: G. ABETTI - G. B. BONINO - P. CALDIROLA - L. CALIFANO - R. CANESTRARI - B. DE FINETTI - B. MIGLIORINI - G. MONTALENTI - E. PADOA - G. SANSONE - A. SESTINI - V. SO- MENZI - S. TONZIG - L. TREVISAN

Direttori: N. BONETTI - A. DE MURTAS

SCIENTIA pubblica articoli originali dei più illustri scienziati e filosofi in tutti i campi del sapere.

SCIENTIA è una rivista di sintesi delle diverse discipline. - Offre un'ampia informazione scientifica e illustra gli ultimi sviluppi della ricerca e i suoi problemi.

Esce bimestralmente in fascicoli di circa 200 pagine. - Pubblica gli articoli nella lingua originale degli Autori (Italiano, inglese, francese, tedesco, spagnolo). Ogni fascicolo contiene un supplemento con la traduzione integrale in lingua inglese di tutti gli articoli non inglesi. Ogni fascicolo contiene inoltre: Recensioni - Annunci bibliografici - Cronache.

ABBONAMENTI: ITALIA Lire 18.000
ESTERO Lire 24.000

Un numero dell'anno in corso: Lire 4.000.

Un numero di saggio arretrato: Lire 500 in Francobolli.

“SCIENTIA” - Via Vivaio, 16 - 20122 Milano

decisivo nel dolore

Antidol®

la supposta che
sostituisce l'iniezione

non stupefacente

totale INAM

FHER

ATTIVITA' DELLA SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA LUCANA. - I.

**Associazione
trimethoprim-sulfametossazolo
nella terapia
di alcune malattie infettive**

R. NIUTTA - A. URCIUOLI

*Ospedale Provinciale « S. Carlo » - Potenza
Divisione Medicina Infettivi
(Primario: Prof. R. Niutta)*

Osservazioni preliminari

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. — Trimethoprim-sulfametossazolo.

Ricordare che la scoperta dei chemioantibiotici ha profondamente mutato la patologia di numerosissime malattie, la possibilità della loro terapia nonché la prognosi, mi sembra oggi superfluo, e la letteratura sull'argomento è veramente imponente ed in evoluzione continua; tuttavia l'introduzione dei chemioantibiotici in terapia ha fatto sorgere nuovi ed importanti problemi quali quello della tossicità, degli effetti collaterali, della resistenza, della scelta guidata dall'antibiogramma, della via e del tipo di somministrazione, dell'organotropismo, della via di eliminazione, del superamento di alcune barriere biologiche quali quella ematoencefalica ed, infine, non ultimo per i suoi riflessi sociali, quello del costo.

E' giustificato, pertanto, l'interesse che suscita in noi medici pratici ogni nuovo chemioantibiotico introdotto nell'armamentario terapeutico.

Di recente, in Italia, è stato presentato alla classe medica un prodotto chemioterapico risultato dall'associazione « Trimethoprim-Sulfametossazolo » (TMP-SMX)*, nelle proporzioni di 1:5, ad azione battericida su un vastissimo spettro batterico.

Dai dati della letteratura, già sufficientemente nutrita (il prodotto è in sperimenta-

zione da oltre due anni), si apprende che l'azione battericida è dovuta:

a) all'azione competitiva del sulfametossazolo con l'acido paraaminobenzoico, con mancata formazione, da parte del germe, di acido diidrofolico;

b) all'azione del trimethoprim che blocca la conversione dell'acido diidrofolico in acido tetraidrofolico, compromettendo, così, la sintesi di coenzimi essenziali (Visco, Beck e Pechere, Kahn e Coll., ecc.).

Praticamente il farmaco, nel suo complesso, interrompe due successive tappe del processo metabolico indispensabile per i batteri, inibendo da un lato l'enzima (sintetasi) responsabile della sintesi dell'acido diidrofolico, e dall'altro bloccando l'enzima (reduccasi) che lo riduce ad acido tetraidrofolico. Da questa duplice azione scaturirebbe l'inibizione totale della sintesi dei folati, con conseguente blocco della formazione del DNA e del RNA, che impedirebbe la riproduzione dei batteri e che provocherebbe la morte dei medesimi.

Tutta una serie di esperienze in vitro ed in vivo testimoniano questo tipo di attività (Bushby, Böhni, Cox, Crofton, Colonnello, Calonghi, Darrel, Fabio e Provvigionato, Garrod, Grunberg, Knight, Kahn, Pechere, Reisberg, Waterworth, Brumfitt, Magliulo, Sueri, Thrupp, ecc.).

Il duplice punto di attacco sulla catena metabolica batterica obbligatoria costituisce, altresì, il presupposto teorico di una scarsa possibilità di insorgenza della temuta chemioantibiotico resistenza.

Comunicazione al 18° Convegno Regionale della Società Lucana di Medicina e Chirurgia. - Matera, 13 dicembre 1970.

*) Il farmaco (Bactrim) ci è stato gentilmente fornito dalla Ditta Roche che qui sentitamente ringraziamo.

TABELLA 1. — Gruppo A - Affezioni da *Salmonellae*.

N.	Cartella	Iniziali	Età anni	Sesso	Provenienza	Durata terapia in giorni	Giorno di sfebbramento	Diagnosi	Osservazioni
1	6788	C. R.	21	f	Galicchio	10	2	Tifoide	Coprocultura di controllo negat.
2	9199	M. C.	9	f	Melfi	10	3	Tifoide	Coprocultura di controllo negat.
3	6635	D. P. M.	17	m	Potenza	12	5	Tifoide	Coprocultura di controllo negat.
4	8808	F. A.	24	m	Trivigno	12	8	Paratifo B	Coprocultura di controllo negat.
5	18902	M. A.	21	f	Rionero	10	3	Tifoide	Coprocultura di controllo negat.
6	19198	C. G.	4	f	Rionero	10	2	Tifoide	Coprocultura di controllo negat.
7	19197	C. T.	7	f	Rionero	10	4	Tifoide	Coprocultura di controllo negat.
8	19196	C. A.	6	f	Rionero	10	7	Paratifo A	Coprocultura di controllo negat.
9	17932	C. A.	8	f	Ripacandida	10	7	Paratifo B	Coprocultura di controllo negat.
10	19447	A. G.	12	m	Albano L.	13	12	Tifoide	Coprocultura non eseguita

TABELLA 2. — Gruppo B - Affezioni da *meningococco*.

N.	Cartella	Iniziali	Età anni	Sesso	Provenienza	Durata terapia in giorni	Giorno di sfebbramento	Diagnosi	Osservazioni
1	4728	D. L.	9	f	S. Arcangelo	10	4	Meningite	Liquor negativo in VII giornata
2	5181	D. M.	6	m	S. Arcangelo	9	5	Meningite	Liquor negativo in VI giornata
3	5158	L. G.	3	m	Latronico	12	3	Meningite	Liquor negativo in IX giornata
4	6352	P. S.	4	m	Calvello	10	2	Meningite	Liquor negativo in IX giornata
5	6391	P. C.	1	f	Calvello	10	2	Meningite	Liquor negativo in IX giornata
6	15241	S. L.	5	m	Tito	10	1	Setticemia con W.F.	Emocultura positiva liquor neg. iniziale
7	18581	C. A.	34	m	Potenza	12	3	Meningite	Liquor negativo in III recid.

Per altro verso nella letteratura sino al momento a nostra conoscenza viene negata, alle dosi adoperate in terapia umana, la possibilità di effetti tossici significativi, ferma restando, per misura prudenziale, la limitazione nei casi di gravidanza (Udall, Whitman, Mohan, Kahn e Fein, ecc.).

Infine, dato il rapidissimo assorbimento nel primo tratto enterico, l'associazione chemioterapica TMP-SMZ non influenza, se non parzialmente, la flora batterica intestinale.

Tutte queste acquisizioni tratte dalla letteratura, unitamente ai lusinghieri risultati

TABELLA 3. — Gruppo C - Affezioni da *streptococco*.

N.	Cartella	Iniziali	Età anni	Sesso	Provenienza	Durata terapia in giorni	Giorno di sfebbramento	Diagnosi	Osservazioni
1	5802	G. C.	17	m	Pignola	10	6	Sepsi str. nefr. parc.	Guarigione nefropatia in otto giorni
2	6990	S. M.	6	m	Potenza	6	4	Sepsi str. tonsillologena	—
3	10390	T. R.	10	m	Muro L.	9	4	Sepsi str. tonsillologena	Nel mese precedente tifoide
4	18113	T. F.	7	m	Potenza	8	1	Sepsi str. tonsillologena	—
5	18691	O. M.	58	f	Potenza	6	1	Eresipela del viso	Lesione del dotto auditivo destro
6	18052	M. A.	6	m	Avigliano	10	2	Scarlattina	—

TABELLA 4. — Gruppo D - Affezioni bronco-polmonari.

N.	Cartella	Iniziali	Età anni	Sesso	Provenienza	Durata terapia in giorni	Giorno di sfebbramento	Diagnosi	Osservazioni
1	5379	M. G.	47	m	Maschito	4	—	Bronchite purulenta	Scomparsa espettorato in III giornata
2	6905	C. R.	10	m	Potenza	13	2	Broncopol. Sn.	Risoluzione radiologica in 10 giorni
3	8742	S. C.	44	m	Rionero V.	13	5	Broncopol. basale Dx.	In risoluzione radiologica alla 10ª giorn.
4	18972	D. E.	3	f	S. Gregorio	10	2	Broncopol. basale Dx.	Risoluzione radiologica in 8 giorni
5	19321	P. R.	18	m	Savoia L.	10	—	Broncopol. basale Sn.	Risoluzione radiologica in 10 giorni

TABELLA 5. — Gruppo E - Affezioni da *Brucellae*.

N.	Cartella	Iniziali	Età anni	Sesso	Provenienza	Durata terapia in giorni	Giorno di sfebbramento	Diagnosi	Osservazioni
1	5128	L. C.	15	m	Brindisi M.	12	2	Brucellosi	—
2	5461	C. A.	51	m	Muro L.	12	4	Brucellosi	—
3	6425	L. M.	23	f	Galicchio	12	4	Brucellosi	—
4	6638	M. A.	33	m	Ripacandida	12	2	Brucellosi	—
5	7592	F. A.	55	m	Moliterno	12	3	Brucellosi	—
6	8471	P. M.	11	f	Potenza	13	9	Brucellosi	—
7	8659	S. V.	33	m	Picerno	10	—	Brucellosi	—
8	8897	M. P.	34	m	Atella	13	4	Brucellosi	—
9	9540	L. P.	39	m	Brindisi M.	12	2	Brucellosi	—
10	9996	S. V.	33	m	Avigliano	12	3	Brucellosi	—
11	13222	L. A.	23	m	Forenza	15	7	Brucellosi	Recidiva dopo 4 mesi, trattato sempre con TMP + SMZ
12	14401	S. M.	45	m	S. Angelo L.F.	13	4	Brucellosi	Precedente adenopatia da toxoplasma
13	16405	C. A.	32	m	Muro L.	12	2	Brucellosi	Terapia tetraciclinica inefficace per 17 gg.

terapeutici ottenuti da diversi Autori stranieri ed italiani, ci hanno indotto ad iniziare una sperimentazione clinico-terapeutica e, con la presente nota, illustriamo a voi i risultati conseguiti sino al momento attuale.

Casistica

La nostra casistica comprende 41 soggetti ricoverati entro quest'ultimo anno nella Divisione di Malattie Infettive dell'Ospedale S. Carlo di Potenza, estrapolati dalla massa perchè esenti da altri significativi processi morbosi oltre quello diagnosticato e curato. Essi sono stati suddivisi in 5 gruppi, contrassegnati con le prime lettere dell'alfabeto, a seconda dell'affezione in atto.

L'associazione TMP-SMZ è stata somministrata per via orale, unica possibile al momento, in due dosi quotidiane, per periodi variabili da caso a caso, comunque mai superiori ai 15 giorni.

Nei giovani dai 12 anni in su e negli adulti il dosaggio è stato di 2 + 2 cp. contenenti TMP 80 mg. + SMZ 400 mg. cadauna; nei bambini dagli 1 ai 5 anni 2 + 2 cp. pediatriche (TMP 20 mg. + SMZ 100 mg. cadauna) o 5 ml x 2 di sciroppo (5 ml. = TMP 40 mg. + SMZ 200 mg.); nei bambini dai 6 ai 12 anni 3 + 3 cp. pediatriche/die.

In tutti i casi si è proceduto alla conta dei globuli rossi e bianchi con relativa formula, alla determinazione dei comuni quozienti biumorali, alla transaminasemia oltre che a tutte quelle indagini sierobatteriologiche relative a ciascun caso, prima ed alla fine del trattamento.

Nelle tabelle 1, 2, 3, 4, 5 presentiamo sinotticamente i principali dati che ci possono consentire un giudizio, limitato alla casistica, sull'efficacia del prodotto.

Commento alle tabelle

Gruppo A - Afezioni da Salmonellae (tabella 1).

Sette casi di febbre tifoide, due casi di paratifo B, uno di paratifo A, batteriologicamente e/o sierologicamente accertati, costituiscono la casistica di afezioni da Salmonellae.

Sette dei casi appartengono al sesso femminile; cinque sono di età compresa tra i 4 ed i 10 anni, due tra i 10 ed i 20, i rimanenti tre tra i 20 ed i 25 anni.

Il dosaggio praticato è stato quello medio, adeguato all'età dei soggetti, e protratto da un minimo di 10 giorni ad un massimo di 12 giorni (7 casi 10 giorni; 3 casi 12 giorni).

Lo sfebbramento, con la concomitante regressione della sintomatologia clinica, si è avuto in seconda, terza e quarta giornata, rispettivamente in due casi per ciascun periodo; nei rimanenti quattro casi rispettivamente in quinta, settima, ottava e dodicesima giornata. Il caso sfebbrato in dodicesima giornata, tuttora degente, ha mostrato sin dall'inizio una particolare gravità con compromissione spiccata del sistema nervoso e cardiovascolare, ed iperpiressia; lo sfebbramento è avvenuto per lisi.

Per un caso di paratifo B, sfebbrato in quarta giornata, occorre qui ricordare che si è trattato di una bambina di 8 anni, proveniente da Ripacandida, la quale è giunta a noi con una sintomatologia similappendicolare acuta che resistette, con febbre persistente, al trattamento, prolungato per 25 giorni, di 1 gr. di CAF parenterale/die e 15 mg./die di prednisone per via orale.

In tutti i casi, tranne che nell'ultimo ancora degente in Divisione, sono state praticate coproculture a distanza di uno-due giorni dallo sfebbramento, con esito costantemente negativo.

Gruppo B - Afezioni da meningococco (tabella 2).

La nostra casistica, costituita da sette soggetti, 5 maschi e 2 femmine, comprende 5 meningopatie acute ad etiologia meningococcica batteriologicamente accertata, un caso di meningite purulenta recidivante, accertato in altro ricovero di natura meningococcica, ed infine un caso di setticemia meningococcica, con liquor negativo ed emocultura positiva, meningismo e sindrome di Weterhouse Friderichsen.

L'età dei soggetti era compresa tra gli 1 ed i 9 anni, fatta astrazione per il caso di meningite recidivante di 34 anni.

La terapia è stata protratta dai 9 ai 12 giorni (1 caso 9 giorni; 4 casi 10 giorni; 2 casi 12 giorni); lo sfebbramento si è ottenuto nel caso di setticemia già in seconda giornata, per due casi in terza e per altri due in quarta giornata, rispettivamente in quinta ed in sesta giornata per ciascuno dei rimanenti due casi.

La sintomatologia clinica è regredita di pari passo con la febbre, mentre i controlli

a totale carico INAM

l'artritico
si rimette in moto
con
BRUFEN

BRUFEN

l'antireumatico efficace e sicuro
innocuo per lo stomaco

BRUFEN

NUOVA MOLECOLA AD AZIONE ANTIREUMATICA NON STEROIDEA

Caratterizzato da spiccato potere

- ▶ ANTIFLOGISTICO
- ▶ ANALGESICO
- ▶ ANTIPIRETICO

INDICAZIONI

Artrosi, Artrite reumatoide, Fibrositi
Traumatologia sportiva

POSOLOGIA

1 confetto 3-4 volte al giorno a dosi refratte

**A tutt'oggi presente in
93 Paesi del mondo**



DOTT. FORMENTI S.p.A.
INDUSTRIA CHIMICA E FARMACEUTICA
20149 MILANO - VIA CORREGGIO 45



THE BOOTS COMPANY LTD - NOTTINGHAM INGHILTERRA

liquorali, praticati in genere tra il sesto ed il nono giorno di trattamento, hanno dato tutti risultati normali (negativi).

Vi è da precisare che, dove il caso lo ha richiesto per la particolare gravità clinica, e per la frequente presenza di manifestazioni emorragiche cutanee, è stata attuata associazione di piccole dosi di prednisone (10-20 mg./die) e di aldosterone (1 mg./die).

Gruppo C - Affezioni da streptococco (tabella 3).

La casistica, costituita da cinque maschi ed una femmina, di età compresa tra 6 e 58 anni (due casi di 6; gli altri rispettivamente di 7, 10, 58 anni), comprende quattro casi di sepsi streptococcica tonsilligena, uno con nefrite parcellare, un caso di scarlattina ed uno di erisipela del viso a partenza dal dotto auditivo destro.

In tutti i casi, tranne quelli di scarlattina ed erisipela, a nota etiologia, la diagnosi clinica è stata confortata dall'esame batteriologico del pus tonsillare.

La terapia chemioterapica, ai dosaggi usuali, già specificati, ha determinato lo sfebbramento in tutti i casi in un periodo variabile da 1 a 6 giorni, con parallela regressione di tutta la sintomatologia clinica. La durata del trattamento è variata da 6 a 10 giorni.

Gruppo D - Affezioni bronco-polmonari (tabella 4).

Cinque soggetti, quattro maschi ed una femmina, di età compresa tra i 3 ed i 47 anni, costituiscono la casistica che annovera due broncopolmonite basale destra, due basale sinistra ed una bronchite acuta purulenta.

Tutti i casi hanno risposto tempestivamente alla terapia con la regressione rapida della sintomatologia clinico-radiologica e lo sfebbramento, il quale ultimo è avvenuto dopo 2 giorni in due casi e dopo 5 giorni in un altro; per il caso di bronchite purulenta e per un caso di broncopolmonite basale sinistra, ambedue in apiressia già all'ingresso, la valutazione è scaturita dal riscontro della scomparsa dell'espettorato in terza giornata, per il caso di bronchite, e dai reperti radiografico e semeiologico, che hanno svelato la totale regressione dell'addensamento in decima giornata di trattamento, per il caso di broncopolmonite.

La somministrazione del prodotto è stata protratta per periodi variabili da 4 giorni (caso di bronchite) a 13 giorni.

Gruppo E - Affezioni da Brucellae (tabella 5).

La casistica è costituita da tredici soggetti, undici maschi e due femmine, di età compresa tra gli 11 ed i 55 anni, nei quali la diagnosi è stata posta sulla base dei dati clinici e di laboratorio, e trattati con il dosaggio giornaliero del farmaco già specificato.

Lo sfebbramento e l'inizio della regressione della sintomatologia clinica si sono avuti tra i 2 ed i 9 giorni di trattamento; il prodotto è stato somministrato per periodi compresi tra 10 e 15 giorni.

Nei casi dimessi precocemente si è provveduto alla prosecuzione a domicilio della terapia. In uno dei casi, afebrile al momento del ricovero, la terapia è stata lo stesso praticata per un periodo di 10 giorni.

In un altro caso la somministrazione del composto si è iniziata dopo che la terapia tetraciclica, protratta per 17 giorni, non aveva sortito alcun effetto; lo sfebbramento si è avuto dopo 2 giorni.

In un caso, infine, si è avuta recidiva dopo 40 giorni, ma al secondo trattamento si è ottenuto lo sfebbramento dopo 7 giorni ed, a distanza di 4 mesi non siamo venuti a conoscenza di ulteriori recidive.

In tutti i casi la sintomatologia soggettiva ed oggettiva è regredita, con maggiore o minore rapidità, parallelamente allo sfebbramento, ma in un lasso di tempo maggiore.

Conclusioni

In conformità con i dati della letteratura, in tutti i casi da noi seguiti non abbiamo notato significative variazioni della crisi ematica nè per quanto riguarda la serie rossa nè per quella bianca nè, infine, per quella trombocitica. La leucopenia iniziale, osservata in qualche caso di brucellosi ed in quelli di tifoide è regredita con la guarigione clinica degli infermi, così come si era notato con le precedenti terapie.

I casi con tasso azotemico elevato inizialmente si sono riportati alla norma ancora prima della regressione totale della sintomatologia clinica. Anche le alterazioni urinarie, notate soltanto nel caso di nefrite

parcellare ed in uno di ileotifo, hanno subito un rapido regresso. La transaminasemia non ha mostrato alcuna variazione dai valori fisiologici prima e dopo il trattamento.

L'eucoloidità sierica, debolmente positiva nel 50 % circa dei casi di brucellosi, si è anch'essa normalizzata in corso di terapia.

In nessun caso abbiamo potuto notare l'insorgenza di esantema, mentre, viceversa, la pirosi gastrica e/o la nausea si sono presentate con una certa frequenza, comunque facilmente dominate dalla terapia sintomatica.

Per quanto riguarda la valutazione degli effetti terapeutici ottenuti pensiamo sia più opportuno pigliare in considerazione singolarmente ogni aggruppamento di affezioni.

Gruppo A - Affezioni da *Salmonellae*.

Ad una valutazione globale possiamo dire che la risposta terapeutica è stata soddisfacente. Non possiamo, dato l'esiguo numero di casi, stabilire alcun rapporto con la nostra casistica relativa a diversa terapia (antibiotica, antibiotico-antireazionale).

Scorrendo la letteratura, anche la più recente, abbiamo potuto notare, però, che nel caso delle salmonellosi l'associazione TMP-SMZ ha dato brillanti risultati in mano a tutti gli Autori (Akinkugbe, Bassetti, Brodie, Calonghi, Cini Candiani, Filocamo, Galvao, Ielasi, Kamat, Moroni, Pugsley, Rosachino, Sueri, Solovey, Semprevivo, Toscano, ecc.).

In considerazione dell'azione battericida del farmaco si potrebbe ipotizzare il suo impiego per la sterilizzazione dei portatori (Calonghi e Sueri).

Occorre, comunque, condurre più approfondite indagini in merito non essendo sufficientemente numerose quelle già esistenti, nè sufficientemente protratte nel tempo.

Gruppo B - Affezioni da meningococco.

Una costante risposta positiva, nel caso di setticemia addirittura drammatica, ha caratterizzato la terapia TMP-SMZ di queste forme morbose e ci fa propendere (anche se non esiste sufficiente documentazione bibliografica) per un adeguato passaggio del TMP attraverso la barriera ematoencefalica.

Grosso modo, ci è sembrato, per la maggiore rapidità di sfebbramento, che la regressione del processo morboso non sia da

riportare semplicisticamente all'azione del solo sulfamidico (SMZ).

Purtroppo la confezione esclusiva per via orale costituisce un notevole handicap per la terapia delle forme meningee spesso accompagnate da vomito o da stato confusionale-delirante. La nostra stessa casistica ha risentito di queste limitazioni per cui è un poco più esigua di quanto avrebbe potuto essere.

Nella letteratura che siamo riusciti a consultare risultano soltanto cinque casi trattati da Bolletti (tre ad etiologia pneumococcica e due ad etiologia meningococcica) ed un caso (da *E. coli*) descritto da Morzaria e Coll. concernente una neonata che aveva subito intervento per mielomeningocele lombare e che non aveva ottenuto alcun beneficio da un prolungato trattamento con colistina e cloroamfenicolo intramuscolo più colistina intratecale, mentre il chemioterapico di associazione aveva subito ragione del processo.

Gruppo C - Affezioni da streptococco.

Anche nel caso delle affezioni da streptococco la risposta terapeutica all'associazione TMP-SMZ è stata brillante, in accordo coi dati della letteratura (Bassetti, Cargnel, Moroni, ecc.).

Questi dati invitano ad un ulteriore approfondimento degli studi in questo campo, specie per quanto riguarda la possibilità di una eventuale persistente sterilizzazione del cavo orofaringeo con i conseguenti riflessi positivi che si avrebbero nella profilassi della malattia reumatica.

Gruppo D - Affezioni broncopolmonari.

Malgrado la buona risposta terapeutica ottenuta non ci sentiamo di poter trarre alcuna considerazione per l'esiguo numero dei casi trattati e per la non dimostrata natura batterica delle affezioni da noi prese in considerazione.

La letteratura in merito, però, è ricchissima (Alora, Alberola, Bloedner, Boehni, Bam, Corda, Careddu, De Kok, Drew, Gordon, Gordon, Hughes, Lal, Muras, McGinness, Pines, Piliago, Serembe, Von Durme, Magliulo, Moncalvo, ecc.) e comprende tutte le età, ed i risultati ottenuti dai singoli Autori sono quanto mai incoraggianti tanto che viene ipotizzato l'uso elettivo del farmaco nelle forme croniche di broncopneu-



SINECOD

potente antitosse



BONOMELLI - HOMMEL FARMACEUTICI

SINECOD

sedativo della tosse

PRESCRIVIBILE
I.N.A.M.

SENZA CODEINA, TRE VOLTE PIU' ATTIVO DELLA CODEINA
Assenza di effetti collaterali indesiderabili, maggiore efficacia.

TOSSICITA'

Enorme margine di maneggevolezza: la DTD (massima) è circa 300 volte minore della DL₅₀. Ciò significa che la tossicità del SINECOD è praticamente inesistente.

PROPRIETA' TERAPEUTICHE

Il potente effetto antitosse del SINECOD è integrato da una marcata azione antinfiammatoria, mucolitica e antibroncospastica.

POSOLOGIA:

Mediamente mg 0,5 di principio attivo pro-chilo pro-die.

In particolare:

Età del paziente	Confetti	Gocce	Sciroppo
Lattanti e bambini sotto i 2 anni	—	10 3-5 volte al dì	¼ di misurino ogni 8-5 ore
Bambini da 2 a 6 anni	—	20 3-5 volte al dì	mezzo misurino ogni 8-5 ore
Bambini da 6 a 14 anni	1 confetto 3-4 volte al dì	—	1 misurino ogni 8-5 ore
Adulti	1 confetto 4-8 volte al dì (2-3 confetti prima di coricarsi)	—	1 misurino e ½ ogni 8-5 ore

PRESENTAZIONE

CONFETTI: Astucci da 25 confetti; 1 confetto = 5 mg di principio attivo.

GOCCE : Bocchetta contagocce da 15 ml; 20 gocce (1 ml) = 2 mg di principio attivo.

SCIROPPO: Bocchette da 125 ml; 1 misurino colmo (15 ml) = 6 mg di principio attivo.



BONOMELLI - HOMMEL FARMACEUTICI - DOLZAGO (COMO)

mopatie oltre che per la sua indiscussa attività anche per il suo basso costo (Huges).

Gruppo E - Afezioni da Brucellae.

I tredici casi da noi trattati hanno, sino al momento, risposto bene alla terapia con TMP-SMZ anche considerata la recidiva rilevata nel caso II. Resta aperto, però, ancora il problema delle recidive, che è appunto quello più importante per questa forma morbosa, ancora non risolta da alcuna terapia sino al momento attuata. Solo un'osservazione prolungata nel tempo potrà fornirci gli elementi idonei ad un adeguato giudizio.

Nella letteratura sino al momento esistente vi è soltanto una ricerca in vitro di Colonnello e Coll., riferita al Convegno Nazionale di studio sull'attività sinergica TMP-SMZ, tenutasi a Milano nel giugno scorso, ed un lavoro clinico terapeutico di Lal e Coll., apparso sul « Brit. Med. J. », in epoca recentissima.

Colonnello ha evidenziato una buona risposta in vitro di due ceppi umani ed una dubbia per tre ceppi bovini; Lal, su quattro casi trattati, ha ottenuto tre successi ed un insuccesso che riconduce ad una presunta resistenza acquisita al TMP.

In sintesi, su quanto abbiamo potuto constatare in questi nostri esperimenti terapeutici, l'associazione TMP-SMZ merita di essere presa nella dovuta considerazione, ma ha bisogno di ulteriori ed approfondite ricerche, specie per quanto riguarda la possibilità di insorgenza di fenomeni di resistenza, già ipotizzati da qualche Autore (Lal, ecc.).

BIBLIOGRAFIA

- Akinkugbe O. O. e Coll.: « Trimethoprim and sulfamethoxazole in typhoid ». Brit. Med. J., 3, 721, 1968.
- Alberola V. e Coll.: « Estudio de la asociación antibacteriana T.S. (Abactrim Roche) en diversas infecciones ». Med. Española, 32, 5, 1969.
- Alora D. D., Nambayan A.: « Clinical trial of T.S. drug combination in respiratory tract infections among Filipino adults ». Rep. Nat. Symp. Clinical Efficacy T.S., Manila, 1969.
- Bam W. J. e Coll.: « Combination of T. and S. (bactrim) in the treatment of acute and chronic bronchitis ». Int. Cong. Chemother., Tokio, 1969.
- Bassetti D.: « L'associazione T.S. nelle enteritiffette dell'infanzia ». Gior. Mal. Inf. Parass., 22, 8, 100, 1970.

- Bassetti D.: « L'associazione T.S. nelle streptococchie dell'infanzia ». Gior. Mal. Inf. Parass., 22, 8, 110, 1970.
- Beck H., Pechere J. C.: « Combination of T. with S.: pharmacodynamic activities in old men ». 6th Congr. Int. Chemother., Tokio, 1969.
- Bloedner C. D.: « Die Behandlung akuter Schübe der chronisch rezidivierenden Bronchitis mit Gantanol-Trimethoprim (Roche) ». Chemotherapy (Basilea), 14 suppl. 1969.
- Böhni E.: « Sensitivity testing and outcome of therapy with the combination T.S. in patients with urinary tract infections ». 6th Int. Cong. Chemother., Tokio, 1969.
- Böhni E.: « Chemotherapeutic activity of the combination of T. and S. in infections of mice ». Postgrad. Med. J., 45, suppl. 18, 1969.
- Bolletti M.: « Intervento alla discussione al Convegno Naz. di studio sull'attività sinergica T.S. nelle infezioni batteriche ». Gior. Mal. Inf. Parass., 22, 115, 1970.
- Brodie G. J. e Coll.: « Effect of T.S. on Typhoid and Salmonella Carriers ». Brit. Med. J., 3, 318, 1970.
- Brumfitt W. e Coll.: « Bacteriological, pharmacological and clinical studies with T.S. combinations ». Postgrad. Med. J., 45, suppl. 56, 1969.
- Bushby S. R. M.: « Combined antibacterial action in vitro of T. and sulphonamides. The in vitro nature of synergy ». Postgrad. Med. J., 45, suppl. 10, 1969.
- Bushby S. R. M., Barnet M.: « Trimethoprim-Sulphonamides. In vitro sensitivity of 384 strains of bacteria ». Proc. of 5th Int. Cong. Chemother., 6, 753, 1967.
- Bushby S. R. M., Barnet M.: « T.S., tetracycline and the penicillins in vitro ». 6th Cong. Int. Chemother., Tokio, 1969.
- Bushby S. R. M., Hitchings G. H.: « Trimethoprim a sulphonamide potentiator ». Brit. J. Pharmac. Chemother., 33, 72, 1968.
- Calonghi G. F.: « La terapia del tifo con l'associazione T.S. ». Gior. Mal. Inf. Parass., 22, 8, 78, 1970.
- Calonghi G. F. e Coll.: « Sensibilità in vitro al preparato RO 6-2580 di n. 41 ceppi di salmonelle di recente isolamento ». Gior. Mal. Inf. Parass., 20, 824, 1968.
- Careddu P., Rosachino F.: « Impiego dell'associazione T.S. nelle affezioni respiratorie dell'infanzia ». Gior. Mal. Inf. Parass., 22, 8, 68, 1970.
- Cargnel A., Moroni M.: « Valutazione clinica e batteriologica dell'associazione T.S. nel trattamento della scarlattina ». Gior. Mal. Inf. Parass., 22, 8, 192, 1970.
- Cini Candiani A.: « L'associazione T.S. nel trattamento delle infezioni tifo-paratifiche ». Gior. Mal. Inf. Parass., 22, 8, 95, 1970.
- Colonnello F.: « Attività antibatterica dell'associazione T.S. ». Gior. Mal. Inf. Parass., 22, 8, 5, 1970.
- Colonnello F. e Coll.: « Sensibilità in vitro di ceppi di brucella isolate dall'uomo e dai bovini all'associazione T.S. ». Gior. Mal. Inf. Parass., 22, 8, 25, 1970.
- Corda M., Cavaliere S.: « T.S. nel trattamento delle bronchiti croniche riacutizzate ». Gior. Mal. Inf. Parass., 22, 8, 47, 1970.
- Cox C. E.: « Synergy of T. and S. », Brit. Med. J., 2, 507, 1969.

- Crofton J.: «Principi di chemioterapia delle infezioni batteriche». *La Clinica Terapeutica*, 55, 195, 1970.
- Darrell J. H. e Coll.: «Trimethoprim: laboratory and clinical studies». *J. Clin. Path.*, 21, 202, 1968.
- De Kock M. A. e Coll.: «Combination of T. and S. in treatment of acute and chronic bronchitis». 6th Int. Cong. Chemother., Tokio, 1969.
- Drew C. D. e Coll.: «Effective treatment of chronic bronchitis with short term T. and S.». 5th Int. Cong. Chemother., Wien, 1, 293, 1967.
- Drew C. D. e Coll.: «Long term treatment of chest infections with a combination of T.S.». 5th Int. Cong. Chemother., 5, 107, 1967.
- Editoriale: «T.S. in Typhoid». *Brit. Med. J.*, 3, 297, 1970.
- Fabio U., Provvigionato C. A.: «Esperienze in vitro ed in vivo sull'attività antibatterica dell'associazione T.S.». *Gior. Mal. Inf. Parass.*, 22, 8, 32, 1970.
- Filocamo G., Vellucci A.: «L'associazione T. S. ed il suo impiego nel trattamento della febbre tifoide». *Gior. Mal. Inf. Parass.*, 22, 8, 88, 1970.
- Galvao F. A. e Coll.: «Tratamiento de la fiebre tifoide com un novo quimioterapico (Ro 2580). Ensayo preliminar». *Cong. XXI Bras. Gastroenterologia, Recife, 20-26 Julho 1969*.
- Galvao F., Ulmacher R.: «Perfuracao intestinal por febre tifoide tratada com o Ro 6-2580». *O Hospital*, 77, 263, 1970.
- Garrod I. P.: «The possible scope of T.S. treatment». *Postgrad. Med. J.*, 45, suppl. 52, 1969.
- Garrod L. P., Waterworth P. M.: «The antibacterial action of trimethoprim». 5th Int. Cong. Chemother., Wien, 747, 1967.
- Gordel P.: «Über die behandlung der chronischen bronchitis mit dem neuen antibakteriellen medikament Eusaprim». *Z. Allg. med. Landarzt*, 45, 1130, 1969.
- Gordon I.: «Treatment of pneumonia». *The Practitioner*, 203, 1218, 1969.
- Grundberg E., De Lorenzo W. F.: «Potentiation of Sulphonamides and antibiotics by Trimethoprim». *Antimicrob. Agent. Chemother.*, 6, 430, 1966.
- Hughes D. T. D.: «Single-Blind comparative trial of T.S. and ampicillina in the treatments of exacerbations of chronic bronchitis». *Brit. med. J.*, 5681, 470, 1969.
- Hughes D. T. D.: «The successful treatment of pneumonia with a combination of T. and S.». 6th Int. Cong. Chemother., Tokio, 1969.
- Hughes D. T. D. e Coll.: «Trimethoprim and Sulphamethoxazole in the treatment of chronic chest infections». *Chemotherapy (Basel)*, 14, 151, 1969.
- Ielasi G., Fassio P. G.: «Terapia delle enterocoliti acute batteriche e criptogenetiche con T.S.». Kahn S. B. e Coll.: «Effects of Trimethoprim on folate metabolism in man». *Clin. Pharmac. Ther.*, 9, 550, 1968.
- Kamat S. A.: «Further studies with T.S. in the treatment of acute systemic Salmonellosis». 6th Int. Cong. Chemother., Tokio, 1969.
- Ramat S. A.: «T.S. in the treatment of enteric fever». 6th Int. Congr. Chemother., Tokio, 1969.
- Kamat S. A. e Coll.: «T.S. in the treatment of enteric fever». *The Indian Practitioner*, 22, 403, 1969.
- Knight G. J.: «Kinetic studies with a T.S.». *Schweiz. Med. Wochsch.*, 98, 1939, 1968.
- Lal S.: «Comparison of tetracycline and T.S. in acute episodes of chronic chest infections». *Rep. Symp. T.S. Roy. Coll. Phys., London, 1969*.
- Lal S. e Coll.: «Acute Brucellosis treated with T.S.». *Brit. Med. J.*, 3, 256, 1970.
- Magliulo E. e Coll.: «Ricerche cliniche sull'efficacia terapeutica del T.S. nelle infezioni batteriche». *Giorn. Mal. Inf. Parass.*, 22, 8, 62, 1970.
- McGuinness B. W.: «A combination of T. and S. in upper respiratory infection». *Postgrad. Med. J.*, 45 suppl. 99, 1969.
- Mohan P.: «Thrombocytopenia and agranulocytosis following "Septrim"». *The Practitioner*, 202, 553, 1969.
- Moncalvo F., Moreo G. C.: «Risultati preliminari in campo pneumologico dell'associazione T.S.». *Gior. Mal. Inf. Parass.*, 22, 8, 50, 1970.
- Moroni M., Davoli C.: «Valutazione clinica e batteriologica dell'associazione T.S. nel trattamento della febbre tifoide». *Gior. Mal. Inf. Parass.*, 20, 8, 94, 1970.
- Moroni M.: «Risultati preliminari all'impiego di una nuova associazione chemioterapica (S.T.) nella scarlattina». *Atti Accad. Med. Lombarda*, 2, 23, 1968.
- Morzaria R. N. e Coll.: «Neonatal meningitis treated with T.S.». *Brit. Med. J.*, 2, 511, 1969.
- Muras O.: «Aplicacion de un nuevo agente antibacteriano "Bactrim" en infecciones respiratorias». *El Dia Med. Urug.*, 35, 145, 1969.
- Pechere J. C. e Coll.: «Etude in vitro de l'effect bactericide de l'association S.T. sur 59 souches microbiennes hospitalieres». *Therapie*, 1969.
- Piliego N. e Coll.: «La chemioterapia della bronchite cronica riacutizzata dell'anziano con una associazione di T.S.». *La Clinica Terapeutica*, 54, 553, 1970.
- Pines A.: «Preliminary experiments with T. and S. in the treatment of purulent chronic bronchitis». *Rep. Symp. T. S. Roy. Coll. Phys., London, 1969*.
- Pugsley D. J. e Coll.: «Use of T. and S. in Tropical Africa». *Proc. Confer. Roy. Coll. Phys., London, 1969*.
- Reisberg B. e Coll.: «In vitro antibacterial activity of T. alone and combined with sulphonamides». *Antimicrob. Agent Chemother.*, 6, 424, 1966.
- Rosachino F., Careddu P.: «Impiego della associazione T.S. nella terapia delle enteriti dell'infanzia». *Gior. Mal. Inf. Parass.*, 22, 8, 108, 1970.
- Semprevivo L. e Coll.: «Treatment with bactrim of typhoid and paratyphoid fever in children». 6th Int. Cong. Chemother., Tokio, 1969.
- Serembe M.: «Ricerche cliniche con il T.S. nella cura di alcune affezioni broncopneumoniche non tubercolari». *Gior. Mal. Inf. Parass.*, 22, 8, 54, 1970.
- Solovey G.: «Experiencia con Bactrim Roche en 64 enfermos de Policlinico». *El Dia Med. Urug.*, 25, 122, 1968.
- Solovey G.: «Tratamiento de 120 enfermos de Policlinica (Niños y Adultos) con «Bactrim Roche». *El Dia Med. Urug.*, 36, 388, 1969.
- Sueri L., Ielasi G.: «Sensibilità in vitro di Salmonelle alla associazione T.S.». *Gior. Mal. Inf. Parass.*, 22, 8, 23, 1970.
- Sueri L., Fassio P. G.: «Sensibilità in vitro di ceppi batterici di recente isolamento all'associazione T.S.». *Gior. Mal. Inf. Parass.*, 22, 8, 26, 1970.

- Sueri L. e Coll.: «Sperimentazione in vivo del Ro-6-2580 in soggetti con tossinfezione alimentare da salmonelle o in portatori di salmonelle. Nota preliminare». *Gior. Mal. Inf. Parass.*, 20, 831, 1968.
- Thrupp L. e Coll.: «Sensitivity of Neisseria meningitidis to sulphadiazine and trimethoprim in vitro». *Bact. Proc.*, 52, 1966.
- Toscano F., Paschetta G.: «Ulteriore contributo alla sperimentazione clinica dell'associazione T.S. nella terapia delle salmonellosi». *Gior. Mal. Inf. Parass.*, 22, 8, 14, 1970.
- Toscano F., Paschetta G.: «Terapia delle infezioni da Salmonelle con Bactrim». *L'Ospedale Maggiore di Novara*, 2, 1970.
- Udall V.: «Toxicology of S.T. combinations». *Postgrad. Med. J.*, 45 suppl. 42, 1969.
- VanDurme P.: «Experimental research concerning the value of a new antibacterial combination in the therapy of acute infection of the lungs and respiratory tract». 5th Int. Cong. Infect. Dis., Wien, 1970.
- Visco G.: «Farmocinetica del Bactrim (associazione T.S.)». *Gior. Mal. Inf. Parass.*, 22, 8, 11, 1970.
- Waterworth P. M.: «Practical aspects of testing sensitivity to T. and S.». *Postgrad. Med. J.*, 45 suppl. 21, 1969.
- Whitman E. N.: «Effect in man of prolonged administration of T.S.». *Postgrad. Med. J.*, 45 suppl. 46, 1969.

[Indirizzo degli Autori:

R. Niuitta
Vico Scalea, 10
85100 Potenza]

In tema di localizzazioni rare dell'echinococco

G. RUSSO - G. NICOLETTA

Ospedale Provinciale « S. Carlo » - Potenza
Divisione Chirurgica
(Prinario: Dott. G. Pesce)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. — Echinococcosi.

In una revisione clinico-statistica dell'attività chirurgica svolta nell'ultimo decennio presso l'Ospedale « S. Carlo » di Potenza dalla nostra Divisione Chirurgica, hanno suscitato il nostro interesse alcuni casi di localizzazione meno frequente dell'echinococco, in quanto riteniamo che esse presentino problemi particolari di diagnosi e di terapia oltre che suggestive ipotesi patogenetiche.

E' noto infatti che dopo la localizzazione epatica, che è da ritenere la sede di osservazione più frequente, e quella polmonare, che già si riscontra con un'incidenza minore, la localizzazione negli altri organi, anche se non eccezionale, sia da ritenere abbastanza rara.

Anno	Autore	Nazione	N. totale casi	Localizzazione %		
				Epa-tica	Pol-mon.	Altre sedi
1930	Toole	Grecia	4.325	62,0	18,4	19,6
1934	Perez F.	Uruguay	2.634	64,4	21,3	14,3
1935	Toole	Grecia	2.069	60,4	28,2	11,4
1944	Maccas	Grecia	6.000	59,9	30,0	10,1
1945	Perez F.	Uruguay	3.860	53,2	27,8	19,0
1951	Biocca E.	Italia	1.070	33,8	59,4	6,8
1952	Gironimi	Italia	5.048	43,4	42,7	13,9
1953	Traversa	Italia	2.895	38,6	48,0	13,4
1959	Kourias	Grecia	1.910	56,4	31,7	11,9
1961	Kourias	Grecia	2.000	57,0	30,0	13,0
1963	Bazan	Italia	584	41,1	52,4	6,5

A questo proposito va detto che la riduzione di frequenza della localizzazione epatica dell'idatidosi rispetto a quella polmonare riportata dalle più recenti statistiche, a nostro avviso, è più fittizia che reale in

Comunicazione al 18° Convegno Regionale della Società Lucana di Medicina e Chirurgia, - Matera, 13 dicembre 1970.

quanto trattasi di statistiche riguardanti cliniche universitarie ove, per ragioni facilmente intuibili, confluiscono in maggioranza pneumopazienti.

Infatti il Devé nel 1936 in una disamina statistica delle localizzazioni della echinococcosi rilevava le seguenti percentuali ogni 100 cisti:

- Fegato 74,5
- Polmone 10,1
- Muscoli e cellulare 4,7
- Milza 2,3
- Rene 2,1
- Cervello 1,4
- Organi diversi (ossa, tiroide, mammelle, pancreas, ecc.) 4,9

Le nostre osservazioni riguardano quattro casi che interessano rispettivamente *rene, tiroide, muscoli e piccolo bacino* con una incidenza percentuale del 10% sui 37 pazienti affetti da echinococcosi ricoverati ed operati nella nostra Divisione Chirurgica.

Sede	N. cisti	%
Fegato	30	81,0
Polmone	3	8,2
Tiroide	1	2,7
Rene	1	2,7
Muscoli	1	2,7
Piccolo bacino	1	2,7
Totale	37	100,0

Casistica

OSSERVAZIONE I. — V. Antonietta, di anni 15, da Pescopagano (Pz.) - Cisti da echinococco del polo inferiore del rene destro.

Da una decina di giorni la paziente ha avvertito dolore alla regione lombare destra, discontinuo, a partenza dalla colonna, d'intensità



sono i vantaggi del **GEMINI plus** nei confronti degli altri antireumatici

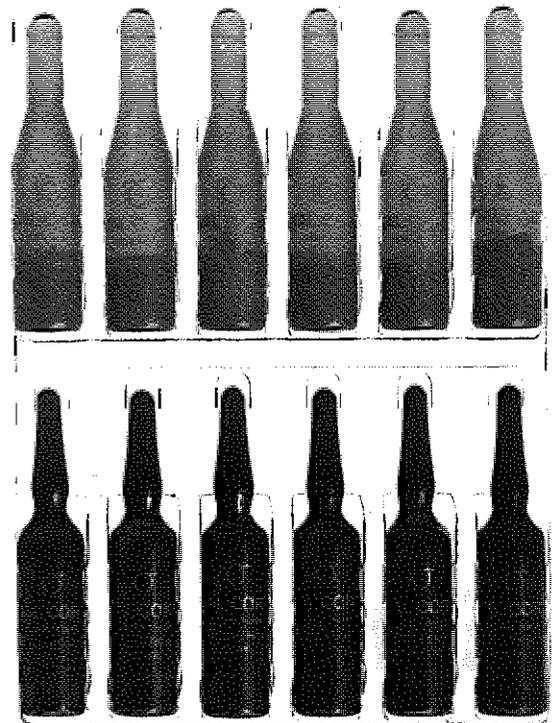
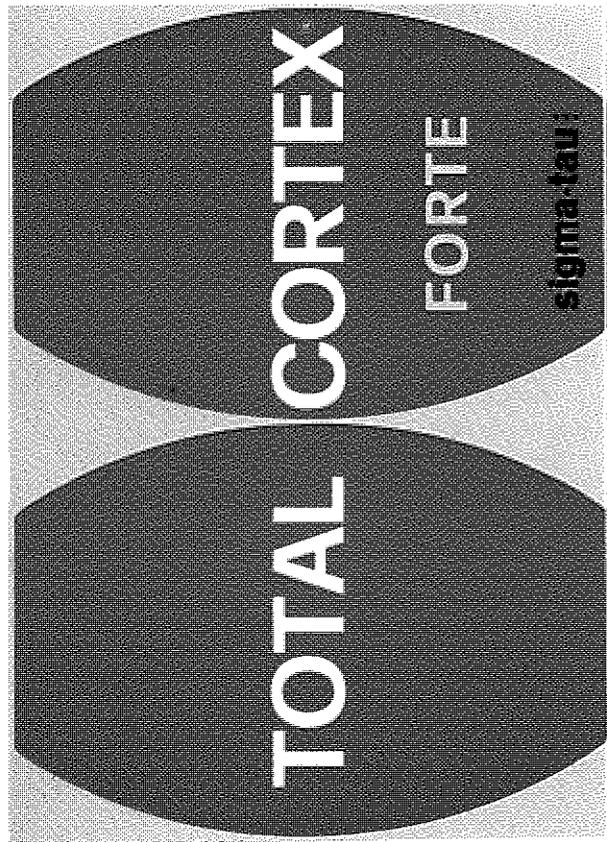
GEMINI plus
20 capsule

il "reumatoterapeutico" completo
che riduce al massimo i rischi della terapia antireumatica



sigma-tau

nelle astenie, per superare
il momento critico



TOTAL-CORTEX® FORTE

associazione di estratto cortico-surrenale
totalmente naturale, inosina ed estratto
epatico ad alto contenuto in nucleotidi

indicazioni: astenie di varia etiologia, deficienze surrenaliche primitive e secondarie, epatopatie, anemie, ecc.

posologia: 1 fiala al dì o a giorni alterni, per via Intramuscolare - In caso di necessità, a giudizio del medico, la posologia può essere aumentata.

sigma-tau

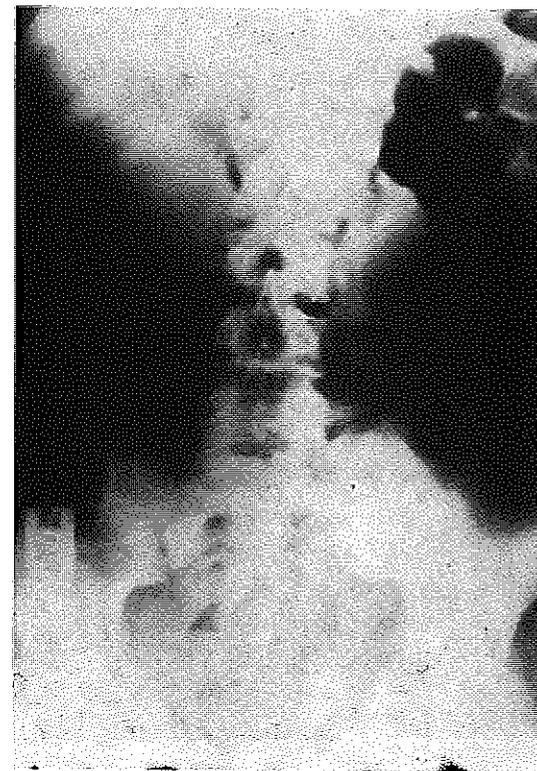


Fig. 1. — Addome in bianco.

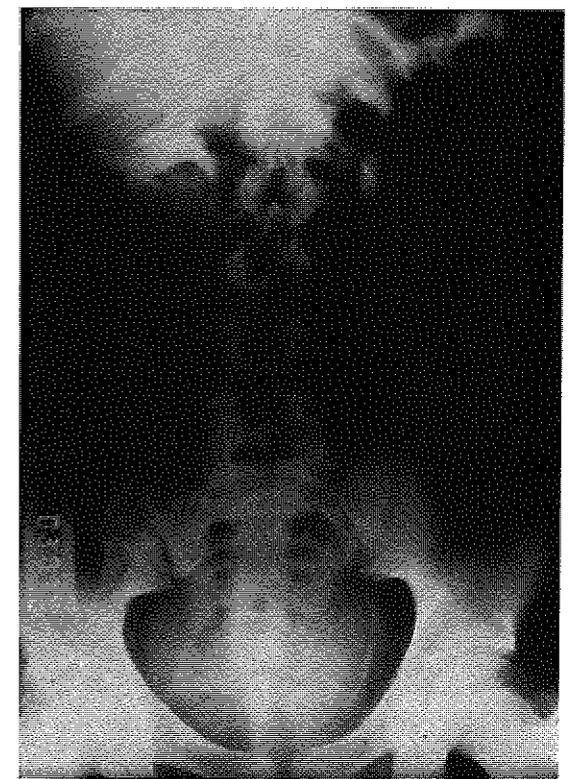


Fig. 2. — Urografia.

non costante, ad insorgenza brusca, accompagnato a volte da lieve rialzo termico e sudorazione.

Obiettivamente: dolenzia alla palpazione della regione lombare e della colonna e presenza di una tumefazione del volume di una testa di feto che occupa tutto il fianco destro, a margini netti, mobile con gli atti respiratori e poco dolente.

Radiologicamente: grossa cisti del polo inferiore del rene destro (fig. 1-2-3). Rx del torace: negativa.

Casoni: negativa. Ghedini-Weinberg: negativa. Esame emocromocitometrico: eosinofili assenti.

Intervento (an. gen.): nefrectomia parziale. Sutura della pelvi e del calice inferiore asportato parzialmente e sutura del rene.

Guarigione.

OSSERVAZIONE 2. — P. Giuseppina, di anni 38, da Avigliano (Pz). - Cisti multiloculare dei muscoli epitrocleari avambraccio destro.

Da circa due anni la paziente ha notato, in corrispondenza dell'avambraccio destro, una piccola tumefazione che in questi ultimi mesi è andata aumentando di volume e che è appena dolente alla palpazione. Non ha disturbi nei movimenti di flesso-estensione e di pronosupinazione dell'avambraccio.



Fig. 3. — Stratigrafia in retroperitoneo.



Fig. 4. — Cistografia.



Fig. 5. — Grosso intestino.

Casoni: negativa. Ghedini-Weinberg: negativa. Esame emocromocitometrico: eosinofili assenti. Intervento (an. gen.): asportazione in toto. Guarigione.

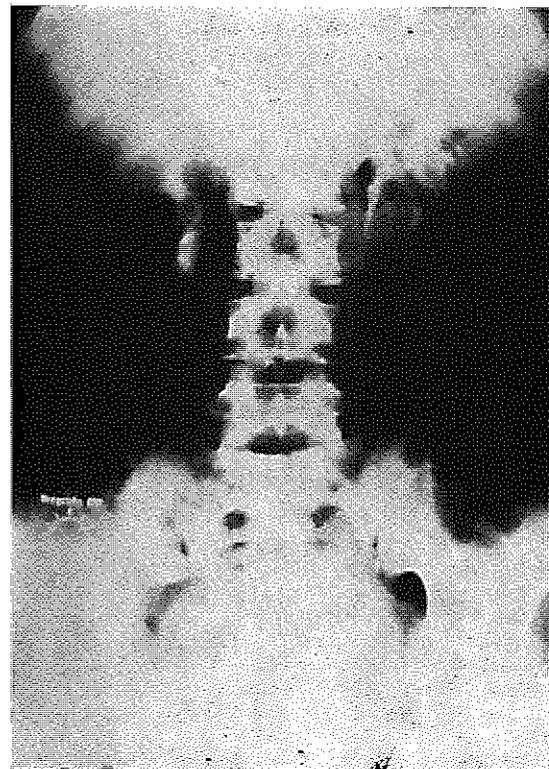


Fig. 6. — Rx trachea.

OSSERVAZIONE 3. — S. Canio, di anni 13, da Acerenza (Pz). - Cisti da echinococco del piccolo bacino.

Da quattro mesi il paziente accusa disturbi della minzione caratterizzati da pollachiuria, stranguria e nicturia. Da un mese ha notato una tumefazione alla regione ipogastrica che è andata lentamente aumentando di volume.

Radiologicamente: la vescica appare spostata e schiacciata verso destra da una grossa formazione ad accrescimento espansivo che determina un'impronta a semiluna (fig. 4 e 5).

Casoni: negativa. Ghedini-Weinberg: negativa. Esame emocromocitometrico: eosinofili 3%.

Intervento (an. gen.): laparotomia ombelicopubica. Asportazione della cisti in toto, completa del pericistio, previa incisione del peritoneo parietale e suo scollamento.

Guarigione.

OSSERVAZIONE 4. — A. Maria Antonietta, di anni 60, da S. Fele (Pz). - Cisti da echinococco del lobo destro della tiroide.

Da due anni la paziente è portatrice di una tumefazione della regione laterale destra del collo, che, col passare del tempo, è diventata più evidente. Da un mese inoltre la paziente è disfonica.

Radiologicamente: aspetto ondulato del contorno tracheale. Presenza di una opacità irre-

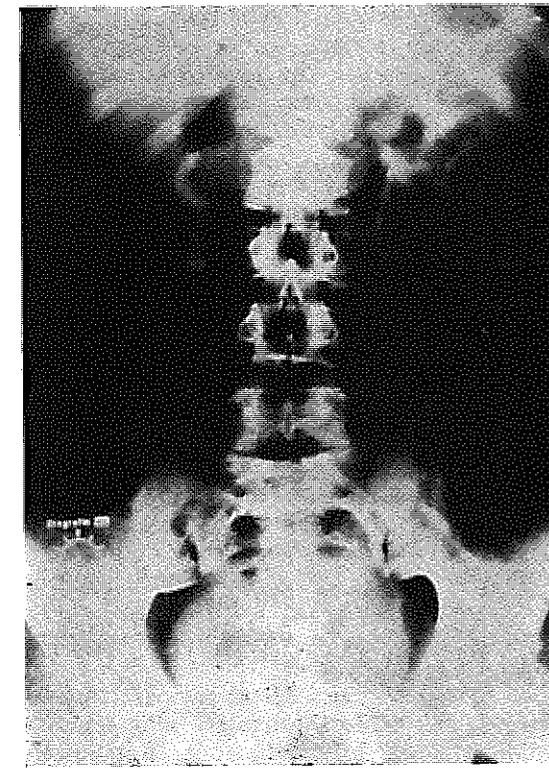


Fig. 7. — Urografia post-operatoria (caso 1).

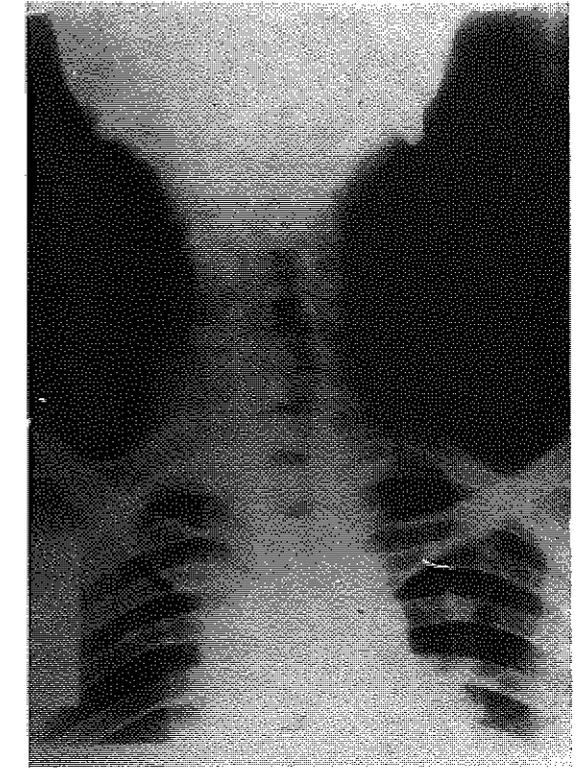


Fig. 8. — Urografia post-operatoria (caso 1).

golarmente rotondeggiante sul margine destro della trachea (fig. 6).

Casoni: dubbia. Ghedini-Weinberg: negativa. Esame emocromocitometrico: eosinofili assenti.

Intervento (an. gen.): resezione in toto del lobo destro della tiroide previa legatura delle arterie tiroidee superiori ed inferiori.

Guarigione.

Rilevati clinico-statistici

Dei quattro pazienti, tre sono donne ed uno uomo. Per quanto riguarda l'età il secondo decennio è rappresentato da due casi (13 e 15 anni, rispettivamente un maschio ed una femmina), il quarto decennio da una femmina ed il sesto è anch'esso rappresentato da una femmina.

Il mestiere prevalente era quello di contadino con tre unità; il quarto paziente, studente, faceva parte ugualmente di una famiglia di agricoltori.

Tutti i casi osservati quindi, provenivano dalle campagne della nostra Regione che, come è noto, presenta un alto indice di infestazione anche in relazione al particolare tipo di agricoltura.

Le cisti

Numero.

In tutti i casi venuti alla nostra osservazione si trattava di cisti uniche.

Sede.

La cisti da echinococco del rene era a carico del polo inferiore del rene destro, a sviluppo estrinseco.

Quella della tiroide interessava il lobo destro.

La cisti muscolare era indovata nell'avambraccio, al suo terzo superiore, e faceva corpo con le masse muscolari epitrocleari.

Nell'ultimo caso la cisti occupava il piccolo bacino, nel retroperitoneo a ridosso della vescica e si sviluppava prevalentemente verso sinistra.

Caratteri bio-patologici.

La cisti della tiroide e quella dei muscoli epitrocleari erano multivescicolari; le rimanenti due cisti erano univescicolari.

Tutte erano chiuse e vive, senza calcificazioni o segni di processi suppurativi progressivi.

Il volume era vario: da un uovo di piccione della cisti muscolare a quello di una testa di feto nella cisti del rene.

Patogenesi.

La via che il parassita percorre per raggiungere i vari organi, secondo la maggioranza degli Autori, è la digestiva-porto-epatica: l'embrione, cioè, entrato per la via digerente, per la ragione fondamentale dimostrata dal Devé che l'oncosfera per liberarsi della sua cuticola ha bisogno dell'ambiente alcalino del digiuno-ileo, viene condotto dal sistema portale nel fegato ove, per lo più, si ferma; superato il fegato giunge al polmone, di qui al cuore sinistro donde, attraverso il circolo arterioso, può venire disseminato in tutti gli organi.

Altri (Neisser) ammettono la via digestivo-emo-linfatica (intestino, chiliferi, dotto toracico, cuore destro, polmone, cuore sinistro, circolo arterioso); altri ancora (Kuchenmaister, Schwoeder) la digestivo-biliare-epatica (intestino, dotti biliari, fegato, cuore destro, polmone, cuore sinistro, circolo arterioso); altri ancora la via sanguigno-extra-epatica (per le vene emorroidarie inferiori, per i plessi venosi retroduodenali di Retzius).

Altre vie di infestazione prospettate da qualche Autore, ma da considerare con estrema cautela, possono essere la transcutanea o la trans-mucosa e la via aerogena.

Una menzione particolare merita il problema della primitività o meno delle cisti da echinococco.

E' noto che per echinococchi secondaria si intende la diffusione idatidea, conseguente alla rottura di una cisti primitiva fertile, in diversi organi e tessuti dello stesso ospite.

Questa evenienza non può essere esclusa nel caso da noi riportato riguardante la localizzazione nel piccolo bacino.

Pur non potendo escludere che l'embrione possa essere giunto per via ematica e che quindi la cisti debba ritenersi primitiva, anche tenendo conto della sua unicità, non è improbabile che essa si sia sviluppata secondariamente a rottura di cisti di altri organi intraperitoneali, cosa molto probabile e non svelabile nel corso dell'intervento chirurgico, per quanto durante l'intervento il fegato sia stato esplorato accuratamente

e non presentasse cisti sviluppate o cicatrici da pregressa rottura.

Le altre tre cisti, per la loro unicità, per la sede e per la mancanza di elementi probativi per una localizzazione secondaria, sono da ritenersi, in accordo con la gran parte degli Autori (Devé, Ruggieri e Conti, ecc.), come primitive.

La sintomatologia.

I sintomi denunziati da tutti i pazienti sono stati direttamente in rapporto con gli organi interessati dalla localizzazione idatidea: così la paziente portatrice di cisti tiroidea è giunta a noi con diagnosi di gozzo cistico; il ragazzo affetto da cisti del piccolo bacino lamentava da qualche mese una sintomatologia disurica prevalentemente serale e solo da un mese aveva notato una tumefazione ipogastrica: il volume raggiunto dalla cisti e la sede mentivano un globo vescicale per cui fu sospettata una ritenzione acuta d'urina.

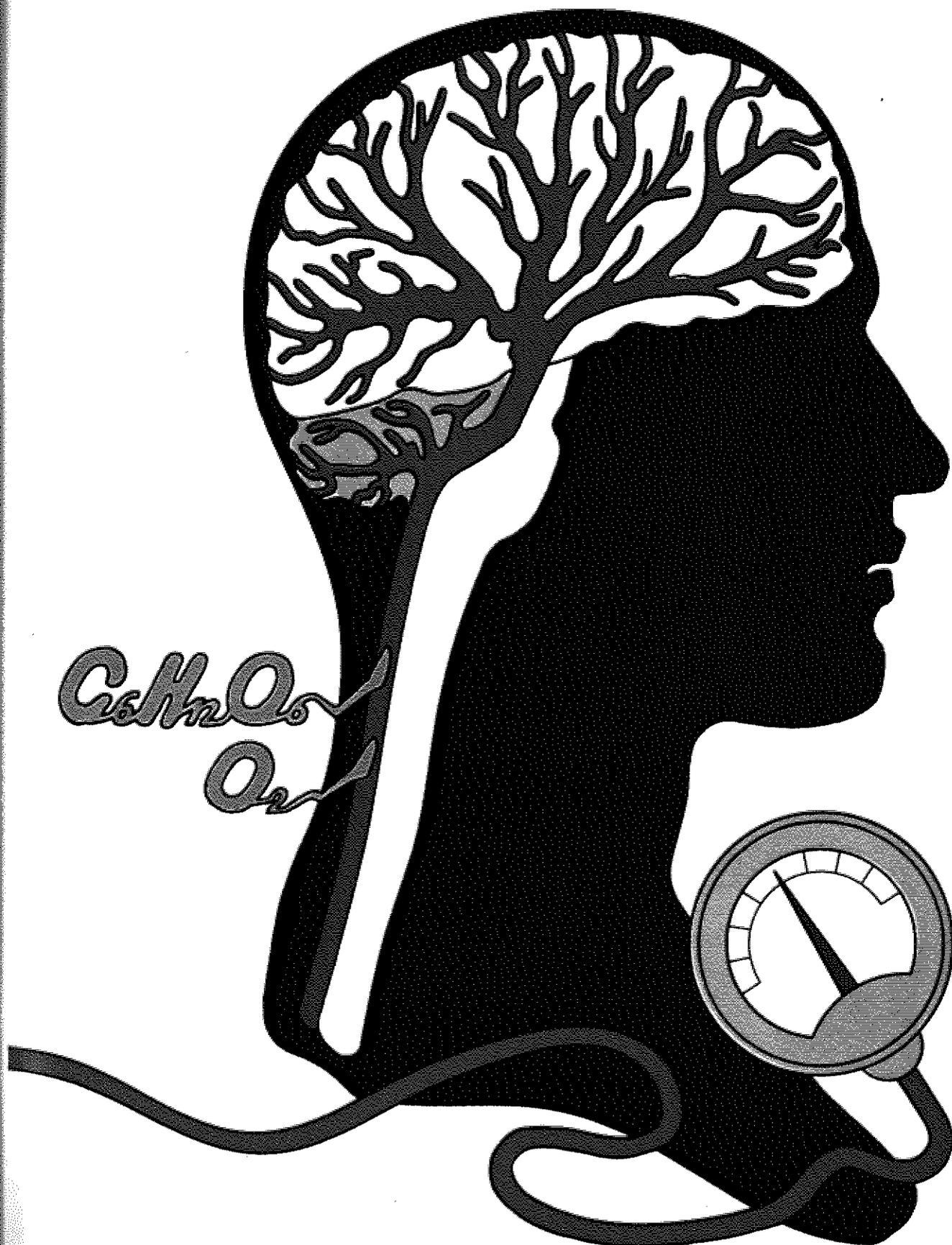
La cisti del rene destro aveva causato alla paziente dolori gravativi alla regione lombare, senza le irradiazioni caratteristiche di una affezione renale e senza alterazioni della minzione. Infine la paziente operata per cisti dei muscoli dell'avambraccio aveva notato una tumefazione senza alcun carattere patologico ed a lento accrescimento.

Dati emo-siero-biologici.

L'eosinofilia in tutti i casi da noi osservati non ha costituito un valido ausilio diagnostico in quanto in un solo caso raggiungeva il 3 %.

E' necessario comunque ricordare che oggi a questo esame non si attribuisce carattere di specificità, sia per la sua presenza in svariate malattie e persino in stati vagotonici costituzionali (Bastai), sia per la sua variabilità ed incostanza nella stessa echinococchi per il rapporto che essa può avere con particolari stati di vitalità (cisti sterili) o di degenerazione dell'idatide; comunque, quando essa superi la normalità (Ferrata 4 %) e sorpassi il 10 % (Maragna, Francini) e si accordi con la sintomatologia clinica e con le altre prove biologiche, acquista un valore non trascurabile.

Fu eseguita inoltre in tutti i casi la intradermoreazione di Casoni anch'essa dimostrata di scarso ausilio pratico in quanto



C. M. O.
O.

sermion[®]

**attiva il
metabolismo
energetico cerebrale
regolarizza
l'emodinamica
cerebrale**

deficit motori • disturbi sensitivi • disturbi visivi • ronzii auricolari • sindromi afasiche e disartriche • astenia • cefalea • vertigini • insonnia • aumentata sensibilità al freddo • alterata capacità attentiva • alterata capacità di concentrazione e di ideazione • disturbi della memoria • labilità affettiva • emotività • ansia • disturbi del carattere • agitazione • stati confusionali

inam • Farmitalia

dubbia in un solo paziente (nella cisti della tiroide).

Anche a proposito di questa reazione biologica va fatta una considerazione importante: a quel valore di alta specificità che le era accreditato in passato (87 % dal Casoni fino al 95 % di Cignozzi) fanno contrasto ricerche successive, che le riconobbero possibilità di reazione di gruppo (Morénas) o addirittura casi di aspecificità (Luridiana, Del Torto, Delitala, ecc.).

A conferma della mancanza di specificità di tale reazione, abbiamo potuto constatare un'alta percentuale di positività della Casoni in varie affezioni epatiche (epatiti croniche, neoplasie, ecc.), e perfino in casi di processi infiammatori cronici di altri organi endoaddominali.

Diagnosi

I problemi diagnostici nelle localizzazioni meno frequenti dell'idatidosi sono in diretta relazione con gli organi interessati: la cisti infatti può essere considerata un tumore ad accrescimento espansivo che raramente presenta una sintomatologia peculiare, ma che piuttosto si manifesta per i segni di occupazione dei parenchimi e dei tessuti ospitanti e per la compressione che essa può esercitare nel suo accrescimento.

La sede quindi della localizzazione riveste una notevole importanza per la precocità della diagnosi: la cisti si renderà più evidente, anche in virtù dei suoi caratteri morfologici (consistenza, sfericità, delimitabilità, ecc.) negli organi di più facile esplorabilità (tiroide, muscoli), mentre più difficile potrà esserne il riconoscimento nei casi di localizzazione in organi profondi.

Un valido aiuto potrà essere apportato dagli esami di laboratorio e dagli esami radiologici, che, se positivi, serviranno a dirimere i dubbi diagnostici che di volta in volta si prospetteranno.

Terapia

Sulla scelta della condotta terapeutica da seguire nella echinococcosi in genere e nelle localizzazioni rare in particolare non esistono problemi, essendo l'unica terapia attuabile quella chirurgica.

Per quanto riguarda il tipo di intervento di scelta, oggi si tende alla rimozione totale

della cisti e del pericistio in tutti i casi in cui ciò appare possibile, compatibilmente con le caratteristiche proprie delle cisti e degli organi interessati; la marsupializzazione, un tempo ritenuta intervento di elezione, va riservata solo ai casi in cui, per le considerazioni anzidette, non è possibile eseguire l'intervento radicale.

Attenendoci ai concetti enunciati, la nostra condotta terapeutica è stata sempre orientata verso l'ablazione totale della cisti. Ciò è stato possibile in tutti i casi, anche se con diverse modalità, data la disparità delle sedi interessate.

L'asportazione è stata relativamente facile per la cisti indovata nei muscoli dell'avambraccio, sia per la facile aggredibilità della tumefazione, che per la presenza di un pericistio relativamente sottile e poco aderente.

Lo stesso si può dire per la cisti della tiroide in cui l'intervento è consistito in una lobectomia totale tipica senza particolari problemi chirurgici.

Difficoltà maggiori ha presentato la cisti del piccolo bacino per la sede ed il volume raggiunto; l'asportazione ha richiesto lo scollamento del pericistio da tutte le formazioni retroperitoneali (uretere, arteria e vene iliache, ecc.) cui esso aderiva tenacemente. La peritoneizzazione è stata totale ed è stato lasciato un drenaggio spia tubulare nel Douglas, rimosso in quinta giornata.

Tipico esempio della evoluzione della tecnica nella terapia chirurgica dell'idatidosi ci è stato offerto dalle statistiche riportate dai vari Autori in tema di echinococcosi renale. I concetti predominanti della chirurgia oscillavano dalla marsupializzazione nelle cisti voluminose alla nefrectomia in quelle più piccole. Gradatamente si è fatto strada il concetto dell'intervento conservativo favorito dalla constatazione che generalmente tali formazioni sono polari ed a sviluppo estrinseco.

Noi abbiamo seguito questo concetto anche se, dato lo sviluppo cospicuo della cisti, la resezione era al limite delle possibilità: il polo superiore della cisti, infatti, era in intimo contatto e comprimeva il calice inferiore, la pelvi ed il primo tratto ureterale, sicché è stato necessario asportare con la cisti anche una parte di tali formazioni che ad essa aderivano. Le vie escretrici sono state ricostruite in catgut ed il rene è stato suturato secondo le usuali tecniche.

Il controllo postoperatorio non ha messo in evidenza alterazioni apprezzabili delle vie escrettrici renali (fig. 7 ed 8).

BIBLIOGRAFIA

- Ascoli V.: « Sul valore diagnostico delle reazioni biologiche nella echinococcosi ». Arch. It. Chir., 18, 45, 1927.
- Bazan P.: « Concetti generali sull'idatidosi ». Atti del 66° Cong. Soc. It. Chir., vol. I, 25, 1964.
- Bertino P., Vicario S.: « Osservazioni sulla eosinofilia nell'echinococcosi umana ». Arch. Int. Hidat., 19, 353, 1960.
- Carbone G.: « Diagnosi e terapia dell'idatidosi renale. Contributo clinico ». Gazz. San., 9, 418, 1964.
- Casoni T.: « La diagnosi biologica dell'echinococcosi umana mediante l'intradermoreazione ». Arch. Int. Hidat., 5, 7, 1941.
- Devé F.: « L'échinococcosi secondaire ». Ed. Masson, Paris, 1946.
- Di Carlo G.: « Contributo alla conoscenza dell'echinococcosi primitiva della tiroide ». Gazz. San., 4, 190, 1964.
- Gironimi M., Granati A.: « Studio su 5048 casi di idatidosi controllati in Italia (1941-1952) ». Arch. Int. Hidat., 14, 113, 1955.
- Giuliani L., Tacciuoli M.: « Problemi diagnostici e terapeutici dell'idatidosi renale ». Gazz. San., 9, 443, 1965.
- Grassi G.: « Contributo allo studio di alcune localizzazioni rare della cisti da echinococco ». Gazz. San., 9, 424, 1964.
- Kourias B.: « A propos de 2000 cas de kistes hidatiques opérés ». Presse Méd., 69/4, 165-168, 1961.
- Mattioli G.: « Problemi diagnostici dell'idatidosi renale ». Gazz. San., 9, 424, 1964.
- Nemeth A., Picchiotti R.: « Cisti da echinococco retrovescicale primitiva. Considerazioni clinico-radiologiche ». Atti 66° Cong. Soc. It. Chir., vol. II, 522, 1964.
- Placitelli G.: « Problemi terapeutici dell'idatidosi renale ». Gazz. San., 9, 411, 1964.
- Ronzini M.: « Tre casi di idatidosi renale ». Atti 66° Cong. Soc. It. Chir., vol. II, 624, 1964.
- Ruggieri E., Conti A.: « Localizzazioni rare dell'echinococcosi (eccettuata la echinococcosi delle vie urinarie) ». Atti 66° Cong. Soc. It. Chir., vol. I, parte II, 373, 1964.
- Toole H.: « Die Echinokokkenkrankheit in Griechenland ». Arch. f. Klin. Chir., 159, 124, 1930.
- Traversa E., Polizzi F.: « L'idatidosi in Italia (indagine su 2895 casi verificatisi in Italia negli anni 1951-1953) ». Not. Annuar. San., 9, 692, 1956.

[Indirizzo degli Autori:

G. Russo
Viale Dante, 10
85100 Potenza]

Blocco di branca sinistra instabile e ad insorgenza parossistica

Trattamento con bloccanti beta adrenergici (1 caso)

M. PETRUZZI

Ospedale Provinciale « S. Carlo » - Potenza
Servizio di Cardiologia

(Primario: Dott. M. Petruzzi)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. — Cardiologia - Blocco di branca.

Il blocco di branca è, come è noto, una diagnosi elettrocardiografica. Essa definisce una condizione patologica dovuta all'arresto od al ritardo della progressione dello stimolo originato dal nodo del seno lungo una delle branche del fascio di His.

Il blocco di branca è dovuto nella massima parte dei casi a lesione del sistema specifico di conduzione¹.

Il blocco può essere completo od incompleto, può interessare la branca destra o quella di sinistra, una suddivisione di quest'ultima isolatamente od in associazione alla branca destra, può essere stabile od instabile.

Il blocco di branca instabile si verifica² in presenza di lesioni non interruttrive delle branche o per fatti puramente funzionali. Esso può essere transitorio od intermittente: in quest'ultimo caso l'aspetto elettrocardiografico del blocco di branca si alterna, con rapporto fisso od irregolare, a complessi a conduzione normale.

Tartara e Coll.³ definiscono transitori quei blocchi che si manifestano in un limitato periodo di tempo regredendo poi completamente, intermittenti quelli che si presentano episodicamente alternandosi a periodi di conduzione intraventricolare normale.

Blocchi di branca instabile ed altri disturbi transitori della conduzione elettrica si possono osservare⁴ in corso di processi infiammatori o degenerativi, in corso di intossicazioni, in portatori di malformazioni congenite o di processi coronarosclerotici.

Disturbi transitori della conduzione elet-

trica sono stati osservati⁴ in corso di catesterismo cardiaco.

Blocchi di branca transitori possono comparire in occasione di aumento della frequenza cardiaca e scomparire quando essa scende al di sotto di un determinato valore « critical rate »^{5,6}.

Vettori e Magaraglia⁷ hanno descritto un caso in cui, con l'aumento della frequenza cardiaca, compariva un blocco di branca sinistra ed insorgeva una crisi anginosa. La somministrazione endovena di un farmaco ad azione beta-bloccante provocava la rapida scomparsa del dolore anginoso e la regressione del blocco di branca. Gli Autori, richiamandosi anche alle esperienze di Raab⁸, attribuirono al fenomeno come causa eziologica la limitata dilatabilità dei vasi coronarici per processo di sclerosi, da un lato e la ipersecrezione brusca e temporanea di catecolamine o la ipertonia del simpatico cardiaco, dall'altro.

Nel 1932 Wilson e Coll.⁹ descrissero un raro tipo di tachicardia ventricolare parossistica scatenata da sforzo o da eccitamento nervoso. Le circostanze in cui i parossismi descritti dagli Autori si verificavano suggeriscono l'importanza degli stimoli simpatici nel determinismo dell'aritmia.

Le risposte agli stimoli simpatici furono classificate da Ahlquist¹⁰ alfa e beta adrenergici. Effetti cronotropi od aritmici si ottengono con la stimolazione dei ricettori beta¹¹, per cui l'uso di sostanze ad azione betabloccante costituisce un razionale tentativo di cura in alcune aritmie, particolarmente quelle indotte da intossicazione digitale¹².

Roger e Taylor¹³ trattarono con successo, mediante l'uso di Pronetololo, una tachicardia ventricolare parossistica da sforzo.

Comunicazione al 18° Convegno Regionale della Società Lucana di Medicina e Chirurgia. - Matera, 13 dicembre 1970.

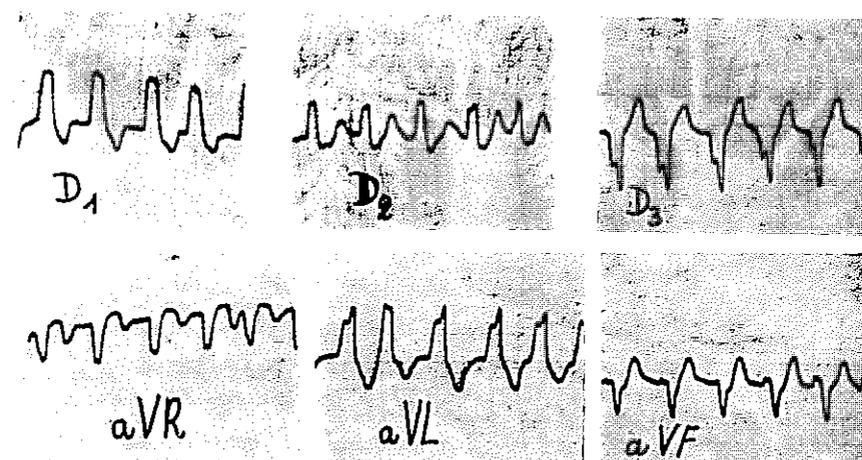


Fig. 1. — (11-2-1967). Descrizione nel testo.

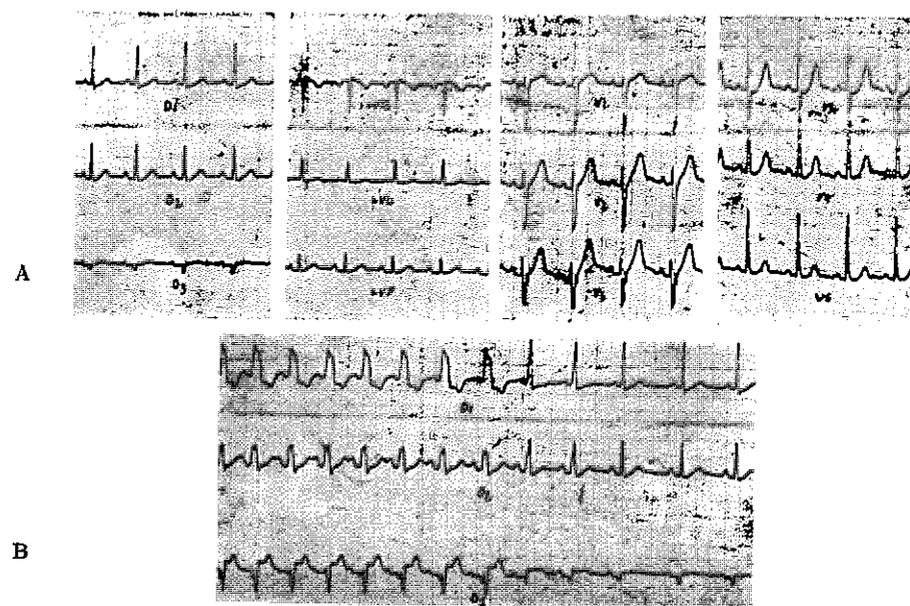


Fig. 2. — Dopo trattamento con procainamide. - A: a riposo. B: in corso di sforzo.

Nell'insorgenza dei disturbi transitori della conduzione elettrica un ruolo non indifferente gioca una componente funzionale eretistica simpatica, se non nel senso di provocare il rallentamento della progressione dello stimolo attraverso il sistema specifico Hisiano, nel senso di aumentare la frequenza cardiaca, di aumentare il consumo di ossigeno miocardico ed indurre in via secondaria un affaticamento delle vie di conduzione.

Caso clinico

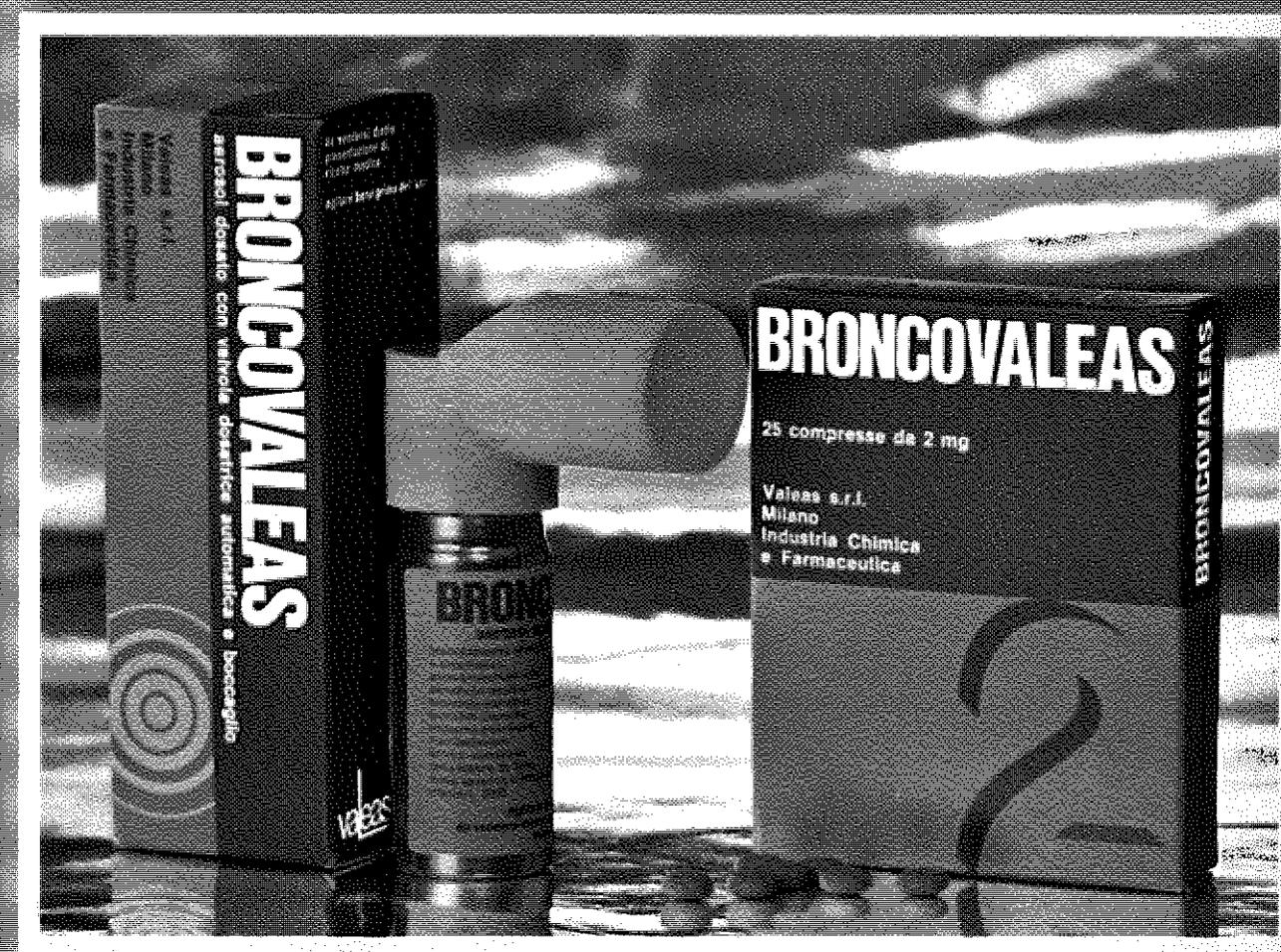
M. P., di anni 52, di sesso maschile, di professione scalpellino. Nulla d'importante nella anamnesi familiare ed in quella personale fino all'età di 45 anni, circa. A quell'età il paziente, durante un trattamento crenoterapico per artrosi delle ginocchia, fu improvvisamente colto da lipotimia e ricoverato d'urgenza presso un Ospedale di Bologna, dove gli fu diagnosticato « blocco di branca sinistra su base miocardiosclerotica ».

nell'asma, nelle bronchiti croniche, e in qualsiasi manifestazione broncoostruttiva a genesi o componente spastica per un'azione risolutiva e profilattica

BRONCOVALEAS

salbutamolo

attivante selettivo del sistema beta₂ adenilciclasico



significa: ● broncodilatazione attiva
● broncodilatazione immediata
● broncodilatazione duratura

senza cardiostimolazione

spray dosato:
1-2 inalazioni 3-6 volte al giorno

compresse:
1-2 compresse 2-4 volte al giorno

VATRAN VALEAS

diazepam

la più completa gamma
di confezioni
che consente la scelta
del dosaggio ottimale



per una terapia
personalizzata
dell'ansia

il miglior
sedativo



per bambini
e anziani

non attacca i centri corticali

Vatran fiale 10 e 20 mg per la risoluzione dello spasmo e la sedazione neuropsicomotoria

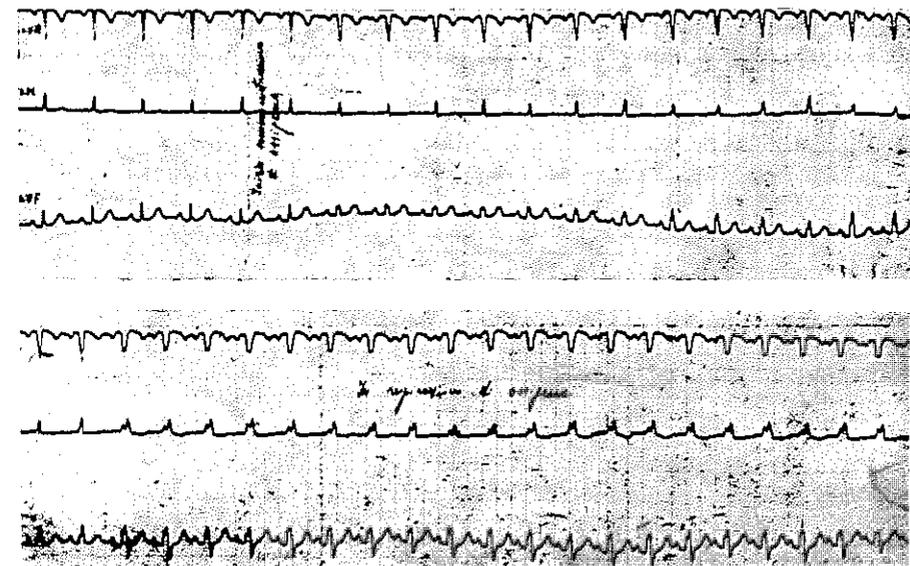


Fig. 3. — ECG a riposo: con la somministrazione di ossigeno compare il B.B.Sn.

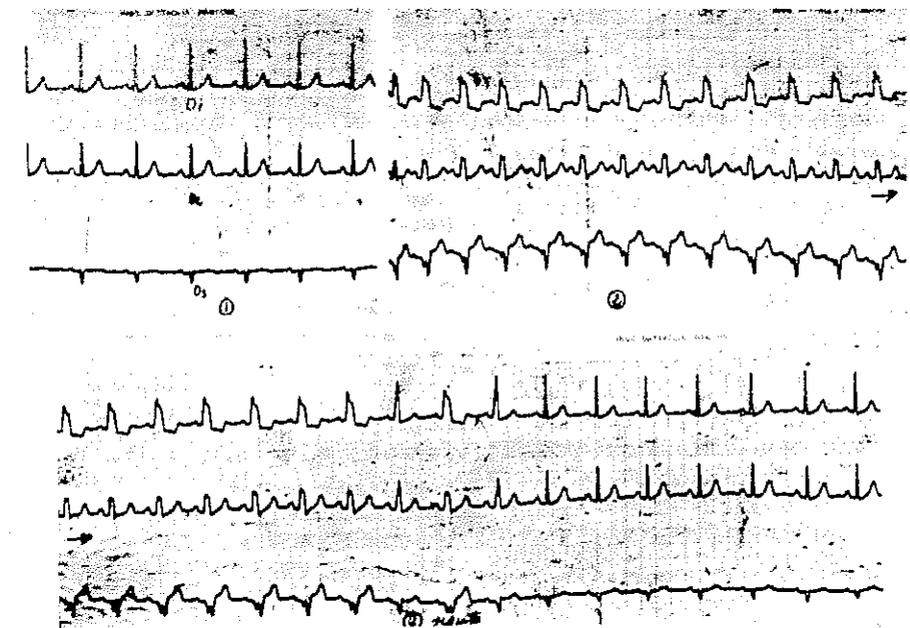


Fig. 4. — ECG in corso di terapia con antitiroidei. - 1) A riposo. 2) Dopo piccolo sforzo.

Da allora il paziente ha sempre sofferto di facili crisi tachicardiche insorgenti per lo più in occasione di sforzi o di emozioni.

Nel momento in cui il paziente giunse alla mia osservazione appariva in stato di profonda prostrazione, con sensazione di ambascia pre-

cordiale e di deliquio imminente. All'esame obiettivo si osservava sudorazione cutanea fredda, colorito subcianotico delle mucose, stato di notevole tachicardia, P.A. 125/100. Successivamente ad esame elettrocardiografico (fig. 1) si metteva in evidenza una tachicardia sopravven-

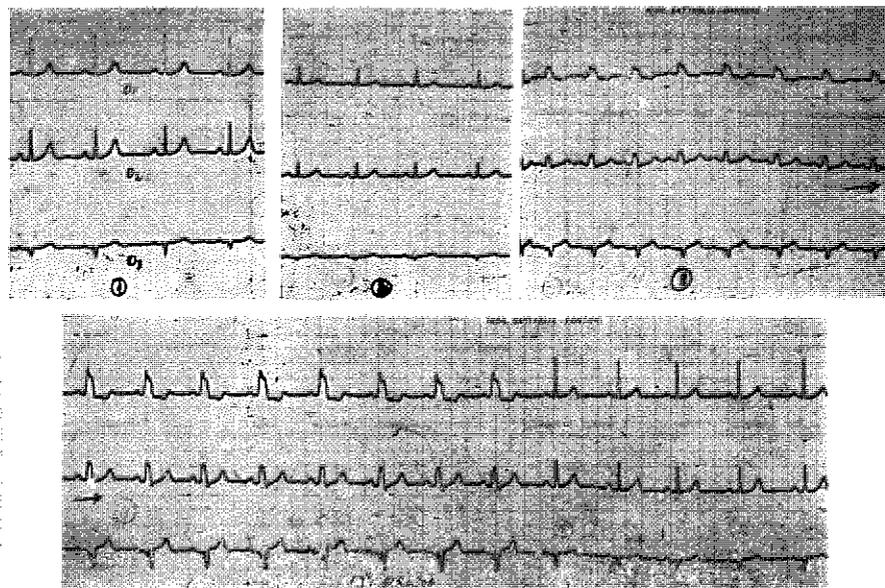


Fig. 5. — ECG praticati dopo 4 giorni di terapia con Butidrina. - 1) A riposo. 2) Dopo dieci flessioni sul busto. 3) Dopo 15 flessioni.

tricolare di frequenza 145-160/min' con complessi ventricolari a tipo blocco di branca sinistra.

Fu intrapreso un trattamento con Procainamide che, dopo 48 ore di cura, portò alla scomparsa della tachicardia. L'ECG (fig. 2) a riposo mostra un ritmo sinusale di frequenza 92/min'. Asse elettrico orientato a sinistra. Non alterazioni importanti. Dopo un piccolo sforzo con l'aumento della frequenza cardiaca a 105/min' compare il blocco di branca sinistra che, peraltro, scompare rapidamente pochi secondi dopo la cessazione dello sforzo (alcune flessioni sul busto: 4-5).

In condizioni di riposo si mette il paziente in respirazione di ossigeno mediante erogatore nasale e si assiste (fig. 3), con un lieve aumento della frequenza cardiaca, da 86 a 95/min', alla comparsa del blocco di branca che persiste per tutta la durata della somministrazione di ossigeno e scompare 4-5 minuti dopo la cessazione della erogazione.

Si sospende dopo alcuni giorni di cura il trattamento con Procainamide e si inizia terapia con medicinali ad azione coronarica, ivi compresi i nitrati, senza alcun risultato. Le crisi tachicardiche sembrano accentuarsi in frequenza di comparsa. A nulla valgono i sedativi e gli ansiolitici.

Per calmare lo stato di eretismo nervoso di cui il paziente mostra evidenti i segni (tremori, fenomeni vasomotori, instabilità dei va-

lori pressori con lieve tendenza all'ipertensione) si somministrano antitiroidei, prima isolatamente, poi in associazione a reserpina. I risultati sono discreti. Le crisi tachicardiche sono meno frequenti a riposo, ma compaiono costantemente sotto sforzo. I traccati ecgrafici di questo periodo (fig. 4) mostrano morfologia normale a riposo e blocco di branca sinistra dopo piccolissimi sforzi, non appena la frequenza cardiaca supera valori di 90/min'.

Si sospende allora ogni altra terapia e si inizia trattamento con Butidrina alle dosi di 150 mg al dì per os. Già dopo i primi giorni di cura lo stato subiettivo migliora. Il paziente non accusa più crisi tachicardiche, mentre l'ECG comincia a persistere normale anche dopo l'esecuzione di piccoli sforzi (fig. 5). Dopo un mese di trattamento l'ECG non si altera neppure dopo sforzo di una certa entità, come la salita di 50 gradini (fig. 6). Il paziente riprende la sua normale attività di lavoro proseguendo l'assunzione cronica del medicamento senza accusare alcun disturbo.

Purtroppo i risultati ottenuti non sono stati stabili. Dopo 5 mesi, circa, di trattamento, il paziente sospese per alcuni giorni la cura. Nell'intervallo il blocco di branca sinistra divenne definitivo. A nulla valsero tutti i tentativi terapeutici anche con altri beta-bloccanti isolatamente ed in associazione a farmaci coronarotattivi.

Il paziente è stato in seguito più volte controllato.

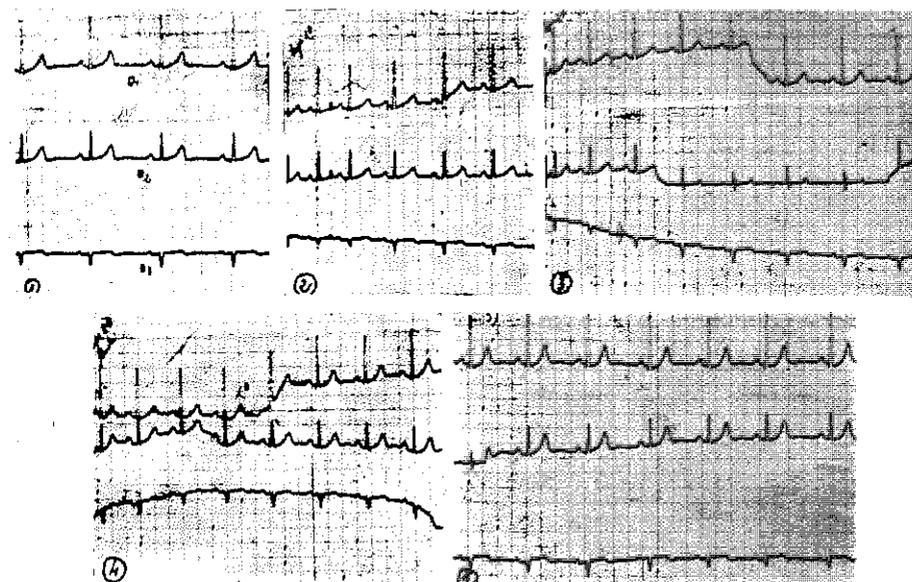


Fig. 6. — Dopo un mese di terapia con Butidrina. - 1) A riposo. 2) Dopo 10 flessioni sul busto. 3) Dopo 20 flessioni. 4) Dopo 30 flessioni. 5) Dopo la salita di 50 gradini.

Discussione

Il caso presentato offre alcuni aspetti degni di rilievo sotto il profilo clinico e sotto quello eziopatogenetico. Mentre può essere catalogato tra i blocchi di branca insorgenti a valori critici di frequenza, si discosta da essi per la comparsa parossistica della tachicardia a cui il blocco si accompagna e per la durata della tachicardia stessa.

Degna di interesse appare anche l'importanza degli stimoli emotivi nel determinismo di crisi tachicardiche e del conseguente blocco di branca. Tra le cause emotive scatenanti si può annoverare anche la somministrazione di ossigeno che non credo abbia agito con altro meccanismo diverso da quello eretistico, di natura simpatica, tachicardizzante.

Con lo stesso meccanismo dell'aumento di frequenza si potrebbe spiegare la comparsa del blocco di branca dopo sforzo. Qui, però, altre cause possono essere invocate e, prima tra tutte, l'insufficienza di apporto sanguigno alle vie di conduzione e quindi l'ansiosità. Con la somministrazione di Butidrina, infatti, si è ottenuta sì una diminuzione della frequenza cardiaca di base, ma si è assistito anche alla mancata comparsa del blocco durante lo sforzo quando la fre-

quenza si è portata a valori ai quali, prima del trattamento, era costante la comparsa del disturbo della conduzione. Ciò vuol dire che la terapia betabloccante ha innalzato la soglia critica della frequenza cardiaca.

Il risultato benefico della terapia può essere attribuito principalmente all'azione del betabloccante nel prevenire l'aumento della contrattilità miocardica indotta dalle catecolamine e quindi ad una minor richiesta di ossigeno.

Nessuna azione favorevole sul flusso coronarico ha dimostrato di possedere il farmaco usato, tanto che esso non è stato in grado di impedire che, verosimilmente per il progredire del processo coronarosclerotico, il blocco di branca diventasse definitivo.

Conclusioni

La Butidrina si è dimostrata attiva nel trattamento e nella prevenzione di un blocco di branca sinistra instabile che compariva a valori critici della frequenza cardiaca.

L'azione benefica del farmaco è da attribuire essenzialmente all'innalzamento della soglia critica della frequenza cardiaca da esso provocata ed al blocco della risposta cardiaca agli stimoli catecolaminici.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Lenègre J.: « Contribution à l'étude des blocs de branche comportant notamment les confrontations électriques et histologiques ». Arch. Mal. Coeur, 50, suppl. I, 1, 1957.
- 2) Schirosa G.: « Le malattie del cuore ». Ed. S.E.U., 1970.
- 3) Tartara A., Fulle F., Nava S.: « Aspetti elettrocardiografici e significato clinico dei disturbi instabili della conduzione intraventricolare dell'eccitamento ». Progr. Med., 12, 455, 1956.
- 4) Correale E., Tesaro P., Corsini G. C.: « I blocchi di branca instabili ». Boll. Soc. It. Cardiol., 11, 1699, 1966.
- 5) Vesell H.: « Critical rate in ventricular conduction ». Amer. J. Sc., 202, 198, 1941.
- 6) Vesell H., Friedfeld L.: « Critical rate in ventricular conduction: duration of unstable bundle branch block ». Amer. Heart J., 44, 830, 1952.
- 7) Vettori G., Magaraglia L.: « Effetti di un nuovo farmaco bloccante i beta recettori adrenergici e della nitroglicerina su crisi anginose accompagnate da blocco di branca sinistra instabile (1 caso) ». Folia Cardiol., 26, 351, 1967.
- 8) Raab W.: « The sympathogenic biochemical trigger mechanism of angina pectoris. Its therapeutic suppression and long-range prevention ». Amer. J. Cardiol., 9, 576, 1962.
- 9) Wilson F. N., Wishart S. W., MacLeod A. G., Barker P. S.: « A clinical type of paroxysmal tachycardia of ventricular origin in which paroxysm are induced by exertion ». Amer. Heart J., 7, 155, 1932.
- 10) Ahlquist R. P.: « Study of adrenotropic receptors ». Amer. J. Physiol., 153, 586, 1948.
- 11) Moran N. C., Moore J. I., Holcomb A. K., Musher G.: « Antagonism of adrenergically-induced cardiac arrhythmias by dichloroisoproterenol ». J. Pharmacol. Exper. Therap., 132, 327, 1962.
- 12) Taylor R., Johnston C. I., Jose A. D.: « Reversal of digitalis intoxication by beta-adrenergic blockade with pronethalol ». New England J. Med., 271, 877, 1964.
- 13) Roger R., Taylor M. B., Edward J., Halliday M. B.: « Beta-adrenergic blockade in the treatment of exercise-induced paroxysmal ventricular tachycardia ».

[Indirizzo dell'Autore:

M. Petrucci
Via IV Novembre, 14
85100 Potenza]

cefalosporine glaxo

a totale carico
INAM

ceporex
Glaxo

antibiotico orale

confezioni

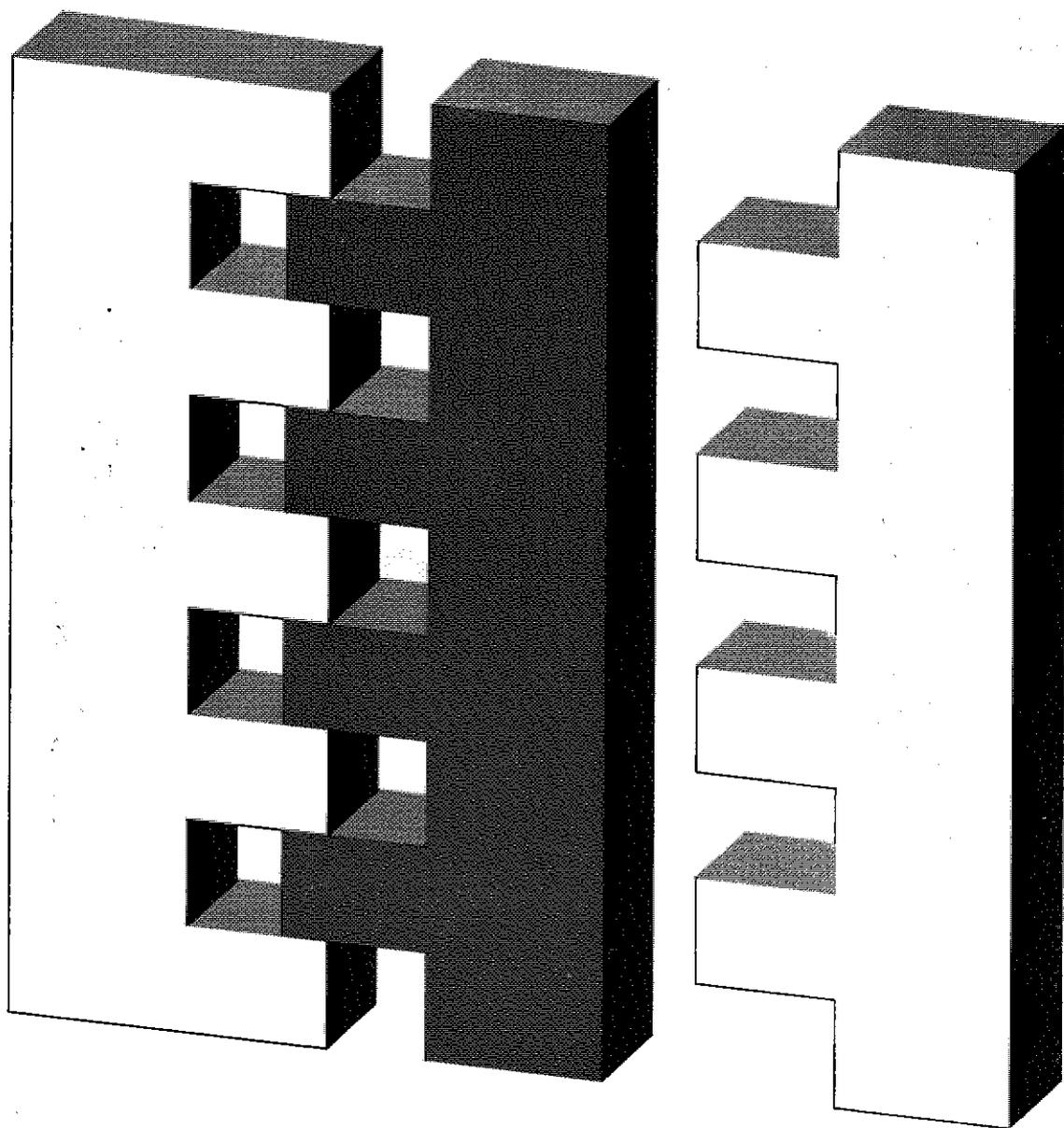
adulti: 8 capsule 500 mg

bambini: 12 capsule 250 mg (capsule apribili o deglutibili)

60 ml sospensione orale

100 ml sospensione orale

I beta - bloccanti



Inderal® e aritmie cardiache

I farmaci antiaritmici possono essere distinti in due gruppi in rapporto alla loro azione sugli eventi elettrici della fibra miocardica:

1. azione antagonista del simpatico con diminuzione della velocità di depolarizzazione diastolica; questa azione è contenuta nei limiti fisiologici per quanto riguarda i beta-bloccanti;
2. effetto sul potenziale d'azione sia delle fibre « automatiche » sia delle fibre contrattili (come la chinidina): il potenziale si instaura meno rapidamente e diminuisce la velocità di depolarizzazione.

L'Inderal® possiede sia un'azione beta-bloccante sia un'azione chinidino-simile.

Le catecolamine hanno sempre una notevole importanza nei disturbi del ritmo ad alta frequenza; di conseguenza l'effetto dell'Inderal sui disturbi del ritmo consiste:

1. in una soppressione completa di tali disturbi, quando le catecolamine rappresentano la sola causa;
2. in un miglioramento, quando le catecolamine intervengono solo come fattori favorenti.

Tachicardia sinusale

L'effetto immediato è quasi sempre completo dopo la prima dose di Inderal, qualunque sia l'origine di questa tachicardia:

1. natura neurotonica: legata a uno squilibrio vagosimpatico;
2. ipertiroidica: legata al sinergismo ormone tiroideo-catecolamine.

Fibrillazione e flutter atriali

1. L'effetto beta-bloccante dell'Inderal permette quasi sempre una riduzione della frequenza e l'effetto chinidino-simile del farmaco consente talvolta un ritorno al ritmo sinusale, soprattutto se l'aritmia è di origine tiroidea.

2. L'Inderal favorisce la prevenzione di una recidiva dopo che è stato ristabilito il ritmo sinusale con la cardioversione elettrica.

3. Come coadiuvante di un trattamento digitale, l'Inderal permette di mantenere un rallentamento soddisfacente del ritmo ventricolare, cosa che non è sempre possibile con la sola digitale.

Extrasistoli

Il blocco beta-adrenergico con Inderal è prezioso in questa indicazione poichè comporta:

1. scomparsa delle extrasistoli quando sono esclusivamente da riportare a uno squilibrio neurovegetativo;
2. diminuzione molto importante della loro frequenza e del rischio di scatenamento di una fibrillazione ventricolare negli altri casi.

Posologia

La dose media di Inderal in tutti i tipi di aritmia oscilla tra 40 e 80 mg/die (1-2 compresse al giorno suddivise in 4 somministrazioni).



**Reparto Farmaceutici
IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES (ITALIA) S.P.A.
V.le Isonzo, 25 - 20135 Milano**

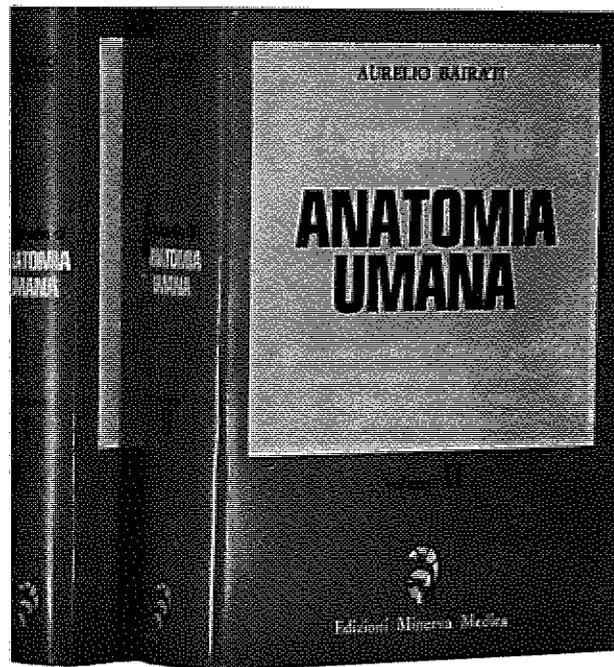
Novità**MEDICINA E AVIAZIONE****La Medicina
d'aviazione di linea****G. DAL FABBRO**

Questo Interessante volume che contiene tra l'altro la più attuale messa a punto sul colera, esamina i seguenti argomenti: le condizioni di volo, il cambiamento rapido dei fusi orari, le radiazioni ionizzanti, il trasporto dei malati, le misure igieniche, le malattie quarantenarie e quelle endemiche, le tossinfezioni alimentari e le intossicazioni. È veramente il libro del giorno.

Un volume rilegato di 372 pagine - L. 6.000

EDIZIONI MINERVA MEDICA

34/D

**AURELIO BAIKATI****COMPENDIO DI
ANATOMIA UMANA**

Il presente Compendio è nato con l'intento di fornire agli studenti dei Corsi di laurea in Scienze biologiche, Scienze Naturali, Farmacia e degli Istituti Superiori di Educazione Fisica, un testo di Anatomia Umana adatto alle loro particolari esigenze di studio. La materia è stata perciò drasticamente sintetizzata e condensata: sono state invece ampiamente esposte le nozioni di Anatomia Generale e gli argomenti di impostazione biologica generale. La documentazione iconografica è stata estesa il più possibile, essendo l'Autore convinto della sua necessità per lo studio e della sua utilità per la consultazione in occasione di eventuali approfondimenti.

Opera in due volumi di complessive 1560 pagine, con 985 figure in nero ed a colori.

Prezzo lire 40.000

EDIZIONI MINERVA MEDICA

**Ai margini di un Congresso:
il trattamento
del carcinoma gastrico**

G. PESCE - G. NICOLETTA

Ospedale Provinciale « S. Carlo » - Potenza
Divisione Chirurgica
(Primario: Dott. G. Pesce)

Osservazioni sulla nostra casistica

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. — Carcinoma gastrico - Stomaco.

E' di circa 2 mesi fa il Congresso della Società Italiana di Chirurgia (Roma, ottobre 1970) in cui si è discusso ampiamente della cura chirurgica del carcinoma gastrico e dei suoi risultati.

Ci è sembrato utile riferire alla Società Medica Regionale Lucana la nostra sia pur limitata esperienza in materia per poter fare delle considerazioni, in merito a questo tipo di patologia, in rapporto alle zone nelle quali noi operiamo.

La trattazione che ne faremo toccherà gli aspetti che più ci sono sembrati importanti ai fini delle nostre osservazioni e precisamente ci limiteremo a fare dei confronti statistici, fra le più recenti casistiche e le nostre, che hanno valore per giungere a quelle considerazioni che ci sembra utile trarre ai fini pratici per poter impostare, nelle nostre zone, un più congruo trattamento di questa malattia.

Il carcinoma gastrico, malgrado le più recenti acquisizioni sia delle tecniche diagnostiche che di quelle chirurgiche e rianimative, che hanno allargato il campo di azione del trattamento terapeutico, ancora oggi rappresenta un argomento di grande interesse giacché propone al chirurgo una serie di problemi, sia di indicazioni, sia di scelte di tecniche chirurgiche, tutte, queste ultime, esperite per poter ottenere dei risultati operatori che, se non rappresentano l'optimum cui si vorrebbe tendere, hanno determinato sicuramente un miglioramento dei risultati stessi, se questi vengono confrontati con quelli che si ottenevano fino a 20 anni fa.

Di fronte alla diagnosi di cancro dello stomaco l'unica terapia valida, oggi, è quella

Comunicazione al 18° Convegno Regionale della Società Lucana di Medicina e Chirurgia. - Matera, 13 dicembre 1970.

chirurgica e pertanto, perché questa possa offrire possibilità di successo, occorre che venga istituita oltre che precocemente, anche nel più ampio numero di casi, giacché il concetto di inoperabilità del cancro gastrico comporta ineluttabilmente l'exitus infausto a brevissima scadenza: Gütgermann riferisce, infatti, una sopravvivenza media, dalla constatata inoperabilità, di 5,5 mesi, Moertel di mesi 7,5, Placitelli di 1 anno, Pizzetti e Coll. riferiscono che entro i primi sei mesi il 70 % dei loro pazienti sono morti. Anche i nostri pazienti, dichiarati inoperabili o sottoposti ad interventi palliativi, sono deceduti nel giro di un anno ad eccezione di qualcuno che è sopravvissuto per 18 mesi.

Di qui è derivata l'indispensabilità di allargare il campo d'azione della chirurgia, ampliando la gamma delle indicazioni e restringendo le controindicazioni ai casi nei quali sono seriamente compromesse le funzioni dei principali organi ed apparati (insufficienze cardiache, renali o respiratorie gravi), che controindicherebbero, d'altra parte, qualsiasi altro intervento laparotomico, o ai casi che arrivano all'osservazione chirurgica nella fase preterminale della malattia.

Questi concetti hanno fatto sì che un maggior numero di cancri di stomaco arrivino all'intervento il quale, anche se non sempre è stato attuato con concetto di resecabilità curativa, ha, se non altro, permesso dei trattamenti palliativi che, senza apportare la guarigione, hanno dato la possibilità a questi pazienti di condurre la loro rimanente vita in modo più sopportabile quando non si sono avuti dei miglioramenti addirittura insperati.

Così cancerosi che presentino febbre o ittero, che un tempo erano esclusi dall'intervento perché sospetti di essere portatori

di metastasi epatiche, oggi sono portati al tavolo operatorio ed in essi spesso si verificano condizioni di reseccabilità radicale che arriva anche al 29 % dei casi o possibilità di interventi palliativi nell'11-18 % dei casi (Castrini); cancerosi in età avanzata, che prima erano esclusi dalla terapia chirurgica, oggi sono operati anche con successo giacché parecchie statistiche (McNeer, Lawrence, Marshall) hanno dimostrato, in questi soggetti, un alto indice di reseccabilità in rapporto ad una più lenta evoluzione della neoplasia nei soggetti anziani, mentre altre statistiche (Guiss) comportano in giovani un indice di reseccabilità molto basso in rapporto ad una evoluzione più rapida ed alla maggiore estensione della diffusione della neoplasia nel soggetto più giovane; tumori palpabili si sono dimostrati ancora reseccabili nel 30 % dei casi (Marshall e McNeer), mentre concetto preminente una volta era che i tumori palpabili fossero inoperabili; le metastasi polmonari, uniche, o multiple, limitate ad un solo lobo o ad un solo polmone, le metastasi epatiche uniche (Serrano), l'ascite, che non sia espressione di una disseminazione neoplastica endoperitoneale o di ipertensione portale legata a diffusione neoplastica all'ilo epatico o al pancreas con inglobamento neoplastico della porta o dei suoi rami, sono tutti elementi che, se una volta controindicavano la reseccabilità radicale, oggi, alla luce delle nuove tecniche strumentali semeiologiche (splenoportografia, laparoscopia, indagini radio isotopiche), sono stati ridimensionati nel loro significato effettivo ed in alcuni casi, malgrado la loro presenza, è stato possibile eseguire interventi radicali con intenti curativi.

A seguito di questi criteri allargati di indicazione all'intervento, l'operabilità generale dei carcinomi gastrici è passata dal 60-70 % che era fino agli anni 1940-1950, al 90-95 % ed oltre di oggi (87,3 % Tagliacozzo; 88,7 % Mazzeo e Coll.; 92 % Castrini; 98,7 % Muto; 100 % Nadler e Cabrera).

Per quanto si riferisce alle scelte ed al progredire delle tecniche chirurgiche dalla semplice resezione distale di organo, accompagnata dalla resezione degli omenti e dalla linfadenectomia delle stazioni perigastriche, che teneva il campo chirurgico fino al 1950, si è passati alla ablazione completa del viscere accompagnata dalla larga toilette linfatica che, oltre a comprendere le stazioni

linfonodali perigastriche (catena della piccola curva fino ai linfonodi soprapilorici, linfonodi delle arterie gastro-epiploica destra e sinistra e dei vasi brevi), si spinge alle stazioni extragastriche (linfonodi dell'arteria gastrica sinistra, dell'arteria epatica comune, del peduncolo epatico arterioso, portale e biliare, linfonodi retropilorici e sottopilorici, che sono in rapporto con l'arteria gastroduodenale, linfonodi pancreatico-duodenali anteriori e posteriori, linfonodi dell'arteria splenica) fino ad arrivare allo svuotamento delle stazioni linfatiche regionali (celiaca e mesenterica superiore). Tale linfadenectomia estesa, quando è necessario, si accompagna anche all'allargamento della demolizione degli organi vicini (milza, pancreas o fegato parzialmente, mesocolon, colon trasverso).

Queste tecniche avanzate, che hanno fatto assumere alla chirurgia del carcinoma gastrico la veste di chirurgia oltre che di organo anche linfatica (come per la chirurgia delle altre neoplasie maligne) e distrettuale, hanno allargato le indicazioni alla reseccabilità curativa ed hanno fatto aumentare anche il numero dei risultati positivi a distanza giacché molti casi, che sarebbero stati abbandonati o trattati con interventi palliativi, trattati radicalmente hanno determinato un incremento dell'indice di guarigione a distanza anche se, data la vastità delle demolizioni, alcune volte hanno determinato una elevazione dell'indice di mortalità postoperatoria.

Così Nakayama, ricorrendo ad interventi allargati, ha visto salire l'indice di reseccabilità curativa dal 40 % al 70 % ed ha visto altresì salire la sopravvivenza dopo 4 anni dal 25 % al 50 %; Valdani ha visto salire l'operabilità radicale dal 42,2 % del periodo 1940-1946 al 59-60 % del periodo 1956-1970 con una sopravvivenza a 5 anni che è salita dal 29,3 % al 43,9 %, dei periodi corrispondenti (Tagliacozzo); Re Mine e Coll. hanno riferito di sopravvivenze a 5 anni del 46 %; Kajitani del 47,5 %, Zacho e Fischermann addirittura del 69 %, Blalock e Ochsner del 63 %, Carà del 55,5 %.

Se, però, l'avanzare delle tecniche chirurgiche ha allargato le indicazioni alla reseccabilità curativa, con i risultati che abbiamo enunciati, non ha risolto del tutto il problema della prognosi del carcinoma gastrico la quale, se da un lato è legata alla estensione di invasione di organo e linfa-

tica, d'altro canto è altresì legata ad altri fattori che sono insiti sia alla natura istologica della neoplasia sia al predeterminismo biologico di essa (Mac Donald e Kotin), sia alla resistenza dell'organismo ospite.

Sono, questi, tutti elementi che incidono in modo determinante sui risultati e quindi sulla prognosi e che rendono ostica e difficile l'interpretazione delle varie statistiche le quali presentano un ampio divario sia per quanto si riferisce ad indice di operabilità, sia per quanto si riferisce ad indice di sopravvivenza a distanza.

Il concetto di predeterminismo biologico della neoplasia, inteso come aggressività metastatizzante che spiegherebbe la precoce invasività di alcune forme di cancro, ed il concetto di resistenza dell'ospite, inteso come reattività immunobiologica, linfoide e reticolo-endoteliale estrinsecantesi in una reazione mesenchimale, sembrerebbe che tolgano gran parte del valore al concetto della diagnosi precoce valida ad ottenere i migliori risultati nella cura chirurgica del carcinoma gastrico.

Se è vero che molti dati statistici desunti dalla letteratura avvalorano questa concezione in fatto di prognosi del carcinoma gastrico, è però vero che la precocità della diagnosi, resa possibile in questi ultimi tempi dall'affinarsi delle tecniche diagnostiche, in uno con l'allargamento delle indicazioni operatorie e l'adozione di tecniche chirurgiche avanzate ed ampiamente demolitive, rimane un concetto ancora valido giacché quanto prima si arriverà alla diagnosi esatta tanto prima si potrà apportare al paziente il valido contributo della moderna chirurgia.

La validità di questa concezione è dimostrata dall'aumento in questi ultimi venti anni delle sopravvivenze a distanza che sono

ampiamente illustrate in letteratura, e che noi in parte abbiamo riportato.

Nel presentare la nostra casistica noi faremo riferimento ai dati riportati dai relatori del Congresso di Roma dell'ottobre del 1970, che espongono i risultati delle scuole cui appartengono e ad altre recenti casistiche.

Negli ultimi dieci anni (1960-1969) nella nostra Divisione Chirurgica abbiamo osservato 143 casi di carcinoma gastrico (tabella 1) e di questi ne abbiamo sottoposto ad intervento solo 58 (40,6 %) mentre, seguendo i concetti innanzi enunciati, abbiamo dichiarato inoperabili 24 casi (16,7 %). 61 (42,6 %) dei nostri pazienti hanno rifiutato l'intervento chirurgico loro proposto.

Come si desume dalla seconda parte della tabella 1, i valori riportati dai Relatori del Congresso, riguardanti l'operabilità dei casi accertati, vanno dal 78 al 92 % dei casi osservati; nella nostra casistica invece l'indice di operabilità scende al 40,6 %.

Come si desume dalla prima parte della tabella 1, degli 85 pazienti (59,4 %) non sottoposti all'intervento, ben 61, pari al 42,6 %, hanno rifiutato qualsiasi trattamento chirurgico. Se tutti gli ammalati da noi dichiarati operabili si fossero sottoposti all'intervento, il nostro indice di operabilità generale sarebbe salito dal 40,6 % all'83,2 % e sarebbe pertanto rientrato nelle medie riportate dagli altri Autori.

Gli ammalati da noi dichiarati clinicamente inoperabili, perchè in fase clinica avanzata con ascite da diffusione peritoneale, o con cachessia cancerosa, o con metastasi epatiche diffuse o con metastasi a distanza, rappresentano il 16,7 % dei casi osservati; valori questi che rientrano nella media dei valori percentuali delle più recenti casistiche che vanno dall'8 al 21,8 %,

TABELLA 1. — Statistica generale della operabilità.

	Nostra casistica	Altre casistiche				
		Placitelli %	Valdoni %	Ruggieri Zannini %	Donati %	Altri %
Anni 1960-1969	N. 143	—	—	—	—	—
Operati	» 58 (40,6)	78,2	88	88,7	80,6	80-92
Non operati	» 85 (59,4)	21,8	12	11,3	19,4	20-8
Inoperabili	» 24 (16,7)	—	—	—	—	—
Rifiutano intervento	» 61 (42,6)	—	—	—	—	—

ma che sono già abbastanza alti in rapporto al fatto che questi pazienti arrivano alla osservazione medica ed al ricovero ospedaliero quando la loro neoplasia è nella fase non già di inoperabilità chirurgica ma già nella fase di inoperabilità clinica per presenza di diffusione o di metastasi a distanza o di condizioni generali preterminali della malattia.

Dal raffronto comparativo delle due parti di questa tabella 1 risulta evidente oltre che il divario fra il nostro indice di operabilità generale e quelli denunziati dagli altri Autori, anche una discreta incidenza dei soggetti dichiarati inoperabili all'esame clinico.

L'analisi dei tipi e dei valori percentuali degli interventi eseguiti sui 58 pazienti che abbiamo operato (tabella 2), mostra che in 23 casi, pari al 39,6 %, abbiamo dovuto ripiegare su interventi che in 16 casi, pari al 27,6 %, sono stati solo esplorativi e in 7 casi (12 %) palliativi di derivazione (gastroenteroanastomosi).

Globalmente questi interventi sono rappresentati da valori percentuali che non si discostano da quelli riferiti nelle altre casistiche, riportate nella seconda parte della tabella 2, e che vanno dal 38 % della scuola di Placitelli, al 41,8 % della scuola di Ruggieri, al 43 % di Muntoni, al 46 % della scuola di Valdoni; così come non si discostano dai valori di raffronto le percentuali degli interventi esplorativi (27,6 % contro il 24 % di Ruggieri e Zannini, del 24 % di Donati e del 32 % di Valdoni) e derivativi (12 % contro il 14 % di Valdoni, il 17,8 % di Ruggieri e Zannini).

Anche se le nostre percentuali non si discostano da quelle delle statistiche più recenti, c'è da osservare che l'alta percen-

tuale degli interventi esplorativi e palliativi è in rapporto a due elementi essenziali:

a) al fatto che con l'allargarsi dei criteri di indicazione operatoria molti di questi pazienti, che prima erano abbandonati al loro destino, ora sono sottoposti ad intervento chirurgico che le condizioni di invasione non permettono che possa essere radicale;

b) al fatto che molti cancerosi di stomaco, fatti salvi i casi in cui si è in presenza di tumori dal punto di vista biologico particolarmente aggressivi, arrivano al tavolo operatorio con parecchio ritardo dall'inizio della sintomatologia e pertanto in una fase sicuramente non precoce della malattia; concetto questo che rimane valido, malgrado le osservazioni in letteratura riportate di un comportamento paradossale tra inizio della sintomatologia e sopravvivenza a distanza, giacché altra osservazione comune a tutti gli Autori è l'importanza prognostica che hanno l'invasione parietale del viscere, l'invasione linfonodale e la diffusione del tumore che certamente sono influenzate dalla durata della malattia.

In 35 casi, pari al 60,3 %, abbiamo potuto eseguire un intervento radicale di resezione che in 32 casi è stata distale subtotale (per cancro della regione antro-piloricica e del corpo) ed in 3 casi è stata totale di necessità (per tumore sottocardiale).

Tutti gli interventi di demolizione sono stati accompagnati da una larga linfadenectomia delle stazioni perigastriche, extragastriche e regionali, così come l'abbiamo enunciata precedentemente, e l'asportazione di organo, nelle resezioni distali, si è spinta in alto a distanza di sicurezza dal margine visivo della lesione ed in basso, nei casi

TABELLA 2. — Tipi di intervento.

Interventi	Nostra casistica		Altre casistiche						
	N.	%	Placitelli %	Valdoni %	Ruggieri Zannini %	Donati %	Muntoni %	Altri %	
Esplorativi	16	27,6	} 38	32	24	24	} 43	17	} 40
Derivativi (G.E.A.)	7	12		14	17,8 (8)				
Radicali:	35 =	60,3 =	62	54 ÷ 60	58,2	51	57	60	
R.G. subtot.	32 +	55,2	48,4	62	34	76,8	36		
Gastr. totale	3	5,2	21,5	38	13	12	8,7		

di localizzazione antropiloricica, la resezione si è spinta sul duodeno a 3 cm. dal piloro, giacché è concetto ormai acquisito, contrariamente a quanto prima si credeva, che il cancro gastrico basso-situato sconfina facilmente in duodeno oltre che come diffusione linfatica anche come invasione diretta; Paramanandhan infatti, in uno studio autoptico, ha riscontrato nel 55 % dei casi l'invasione della parete duodenale contenuta nei primi 3 cm.

Anche a noi è capitato due volte di osservare tale invasione tanto che in un caso abbiamo addirittura pensato, da quanto macroscopicamente appariva, che il tumore avesse la sua sede iniziale nella prima parte del duodeno e non nella parete dello stomaco, così come invece poi l'indagine istologica ha dimostrato.

Alla linfadenectomia abbiamo dovuto accoppiare in 4 casi la resezione del mesocolon trasverso invaso, in un caso una pancreatemia parziale ed in un altro la pancreatemia parziale caudale e la splenectomia.

Per quanto riguarda i rapporti statistici con le casistiche più recenti le nostre percentuali di trattamento radicale non si discostano molto da quelle degli altri Autori; infatti il nostro 60,3 % è superiore alle medie generali di reseccabilità che sono espresse nella seconda parte della tabella 2 (Donati 51 %, Muntoni 57 %, Ruggieri e Zannini 58,2 %, Valdoni 54-60 %, Placitelli 62 %, altre statistiche 60 % in media). Sono inferiori però alle statistiche anglosassoni (Muto 79,4 %, Moertel 73,1 %) probabilmente per il fatto che questi Autori, per la larga utilizzazione sistematica della scintigrafia epatica e della laparoscopia, escludono già

sul piano diagnostico dall'intervento un certo numero di pazienti con invasione tumorale epatica o addominale cosicché all'intervento arriva una casistica più selezionata.

Le nostre resezioni distali subtotali in numero di 32 (55,2 % degli interventi radicali) sono percentualmente in media con le altre casistiche (Ruggieri e Zannini, 34 %; Muntoni, 36 %; Placitelli, 48,4 %; Valdoni, 62 %; Donati, 76,8 %); sono invece inferiori percentualmente le gastrectomie totali (n. 3 pari al 5,2 %) (dall'8,7 % di Muntoni al 38 % di Valdoni), giacché, in aderenza con i dati revisionistici più recenti della letteratura, noi siamo ricorsi alla gastrectomia totale solo nei casi di necessità.

Noi non siamo molto propensi all'adozione della G.T. di principio, oltre che per i disturbi funzionali da agastria che ne residuano, anche per il fatto che la gastrectomia totale comporta da un lato un'alta mortalità nei confronti della gastrectomia parziale distale (per Mouchet e Coll. del 27 % e rispettivamente del 6,2 %; per Nadler e Cabrera del 43 % e complessiva del 26 %; per Muntoni del 19,1 % e del 6,8 %; per Hegemann e Gall del 30 % e del 3,5 %; per Valdoni del 15,3 % e dell'8,1 %; per Donati del 15,2 % e del 4,2 %; per Placitelli del 9,9 % e del 4 %; per Ruggieri e Zannini del 15,1 % e del 10,9 %; per altre statistiche del 10-50 % e dell'8-11 %) e dall'altro una sopravvivenza a distanza inferiore (per Muto e Coll. del 6,7 % contro 32,5 %; per Mouchet del 17 % contro 30 %; per Muntoni del 16,2 % contro 21 %; per Lurie del 30,4 % contro 42,3 %).

La mortalità operatoria incide nelle varie casistiche in maniera diversa e non certo

TABELLA 3. — Mortalità postoperatoria.

Interventi	Nostra casistica (58 interventi)			Altre casistiche						
	N.	% parziale	% totale	Placitelli %	Valdoni %	Ruggieri Zannini %	Donati %	Muntoni %	Altri %	
Esplorativi (n. 16)	5	31,2	} 26	8,2	—	10,3	14,9	} 7,7	8 ÷ 10	
Derivativi (n. 7)	1	14,3		15,7	—	7,6	10,6			15 ÷ 20
Res. Gas. subtot. (n. 32)	3	9,4	} 14,4	} 17,3	4	8,1	10,9	4,2	6,8	8 ÷ 11
Gastr. totale (n. 3)	1	33,3			9,9	15,3	15,1	15,2	19,1	10 ÷ 50

TABELLA 4. — Sopravvivenza nelle resezioni subtotali distali.

	Nostra casistica dal 1960 al 1965 (18 casi su 20)		Altre casistiche					Altri %
	N.	%	Placitelli %	Valdoni %	Ruggieri Zannini %	Donati %	Muntoni %	
A 6 mesi	18	100	—	—	—	—	—	—
A 1 anno	16	88,8	69,3	73	77,6	66,5	—	—
A 2 anni	13	72,2	—	—	46,9	59,1	—	—
A 3 anni	10	55,5	—	51,2	—	—	—	—
A 4 anni	9	50,5	—	—	—	—	—	—
Oltre 5 anni	8*	44,4	30	43,9	19	33,6	22	35

* 5 viventi oltre 8 anni; 2 oltre 7 anni; 1 oltre 6 anni.

indifferente a seconda degli interventi presi in considerazione. Abbiamo visto innanzi le varie percentuali di mortalità operatoria riferite dai vari Autori per quanto si riferisce alle gastrectomie totali.

La nostra casistica in materia non può essere indicativa giacché abbiamo limitato tale intervento a soli tre casi dei quali uno, operato di gastrectomia totale con esofagectomia inferiore per via toraco-frenolaparotomica, è deceduto in 10^a giornata per collasso cardio-circolatorio; se questo paziente avesse superato quel deficit cardio-circolatorio la nostra casistica invece del 33,3 % (1 su 3) per la gastrectomia totale avrebbe denunciato lo 0 % di mortalità.

Degli altri 2 casi gastrectomizzati totalmente, uno è sopravvissuto 6 mesi e ad un « second look » esplorativo abbiamo rilevato una invasione linfonodale periaortica e pericavale; l'altro è sopravvissuto 2 anni.

Sopravvivenze non superiori a 2 anni riferiscono anche, per casi di tumore a sede sottocardiale, Harvey e Coll., Eker ed Efskind.

TABELLA 5. — Sopravvivenza nelle resezioni subtotali distali dal 1966 al 1969 (su 11 casi).

Viventi da:	N.	%
4 anni	4	} 63,6
3 anni	3	
2 anni	1	
1 anno	1	
Totale	9 = 81,8	

Per gli altri interventi (tabella 3), invece, per quanto riguarda mortalità postoperatoria, che noi abbiamo contenuto alla mortalità sopravvenuta entro 30 giorni dall'intervento, la nostra casistica comporta un valore del 9,4 % per le resezioni subtotali (3 casi su 32) e del 14,3 % per gli interventi derivativi (1 caso su 7) (e sono, questi, valori che rientrano nella media degli indici di mortalità contemplata dagli altri Autori), mentre comporta per gli interventi esplorativi (5 casi su 16) un valore abbastanza alto (31,2 %) che si discosta parecchio dalle percentuali degli altri Autori.

Questa alta percentuale di mortalità postoperatoria per gli interventi esplorativi è forse dovuta alla nostra concezione in materia di terapia del cancro gastrico: noi siamo convinti che, quando ancora non ci sono gli elementi per dichiarare già clinicamente inoperabile il tumore, tutti i tumori possono essere passibili di terapia chirurgica radicale (è in base a questo principio che la operabilità generale nelle varie statistiche è salita dal 40-50 % all'80-92 % di questi ultimi anni).

In omaggio a questo concetto siamo interventisti nella maniera più larga e pertanto, là dove c'è poco o niente da fare, probabilmente siamo andati a turbare, con lo stress operatorio, un equilibrio umorale instabile che manteneva in vita il paziente. Questa spiegazione è avvalorata oltre che dal fatto che molti Autori riportano, per gli interventi esplorativi, una mortalità operatoria più alta di quella che non si abbia per gli interventi derivativi (Ruggieri e Zannini, 10,3 % contro 7,6 %; Donati, 14,9 %

contro 10,6 %), anche dal fatto che lo stress operatorio di una laparotomia esplorativa è senz'altro minore dello stress operatorio che comporta un intervento derivativo e pertanto non si spiegherebbero facilmente questi valori paradossi di mortalità.

Per i casi sopravvissuti alla resezione subtotale abbiamo diviso la nostra casistica in due tabelle (tabelle 4 e 5). In una (tabella 4) abbiamo riunito i casi operati da almeno 5 anni (dal 1960 al 1965) che assommano a 20. Di essi 2 sono morti nel decorso postoperatorio; dei rimanenti 18 ad 1 anno ne vivevano 16 (88,8 % contro il 69,3 % di Placitelli; il 73 % di Valdoni; il 77,6 % di Ruggieri e Zannini; il 66,5 % di Donati), a 3 anni ne vivevano 10 (55,5 % contro il 51,2 % di Valdoni), a 5 anni ed oltre ne vivevano 8 (44,4 % contro il 30 % di Placitelli; il 43,9 % di Valdoni; il 19 % di Ruggieri e Zannini; il 33,6 % di Donati; il 22 % di Muntoni; il 35 % in media di altri Autori).

Degli 8 sopravvissuti di questo periodo 5 sono viventi da oltre 8 anni (e di questi uno lo abbiamo sottoposto qualche mese fa ad emicolectomia destra per una neoplasia autoctona del colon destro), 2 da oltre 7 anni ed 1 da oltre 6 anni.

Un dato importante si desume dallo studio di questa tabella: dei 10 casi sopravvissuti al 3° anno dall'intervento, 8, cioè l'80 %, sopravvivono oltre il 5° anno. Il che rappresenta una riconferma del concetto espresso in letteratura che i resecati che non sopravvivono all'intervento decedono entro i primi 2 o 3 anni dall'intervento stesso e che, di contro, quelli che superano questo periodo di sopravvivenza hanno buone possibilità di superare il 5° anno di vita.

In un'altra tabella (tab. 5) abbiamo riunito i casi operati da meno di 5 anni (dal 1966 al 1969) che assommano a 14. Di essi 3 sono deceduti nel decorso postoperatorio; degli 11 sopravvissuti, a tutt'oggi sono ancora vivi 9, dei quali 4 da 4 anni e 3 da 3 anni.

E' prematuro potersi pronunziare sull'esito a 5 anni di questi sopravvissuti, anche se attualmente, al nostro controllo, non hanno presentato stati patologici particolari in rapporto alla loro malattia; però, se anche in essi si verificasse veritiero il concetto che i sopravvissuti al 3° anno dall'intervento hanno buone probabilità di superare il 5° anno, abbiamo da sperare che la nostra casistica si arricchirà ancora di un buon numero di sopravvissuti a 5 anni

giacché in questo gruppo di malati, 7 su 11 (pari al 63,6 %) vivono da 3 anni.

Ci è sembrato utile anche analizzare se il tipo istologico di tumore e l'invasione linfonodale potessero condizionare la sopravvivenza a distanza.

Per quanto riguarda il tipo istologico è principio riconosciuto da tutti gli Autori che l'adenocarcinoma, che è l'oncotipo più frequente, nei confronti del carcinoma solido consente delle sopravvivenze a distanza più numerose: Donati riferisce infatti sopravvivenze a 5 anni del 39,2 % per l'adenocarcinoma, del 34,6 % per il cancro solido; Daniele e Coll. del 30 % per l'adenocarcinoma e del 20,5 % per il carcinoma solido. Dati che confermano queste differenze sono riportati nella letteratura straniera (Murata, Lauren, ecc.).

Recentemente si va affermando il concetto che per la sopravvivenza a distanza, oltre al tipo istologico ha importanza, forse preminente, la invasione dei vari strati della parete gastrica (Lauren, Inberg, Gutmann, McNeer) giacché è stato dimostrato che le sopravvivenze diventano tanto più basse quanto più il tumore invade i vari strati fino ad arrivare ai risultati peggiori nei casi di invasione della sierosa. Lauren infatti ha visto che la sopravvivenza a 5 anni era del 44 % per i casi nei quali l'invasione neoplastica era contenuta nello strato muscolare, del 16 % per i casi nei quali era invasa la sierosa; Inberg riferisce di sopravvivenze del 46,8 % e del 19,6 % a seconda che l'invasione fosse contenuta all'interno o all'esterno della muscolaris mucosae; McNeer riporta una sopravvivenza del 20 % nei casi di invasione della sierosa e del 34,1 % nei casi in cui fosse invasa la mucosa e la muscolare; Re Mine riporta addirittura sopravvivenze a 5 anni del 93 % quando il cancro è limitato alla mucosa, e Donati del 100 % quando è limitato alla mucosa, del 63,6 % quando invade la muscolare, del 32,3 % quando sconfina nella sierosa.

Altrettanto sfavorevole per la prognosi a distanza è dalla totalità degli Autori ritenuta l'invasione metastatica dei linfonodi locoregionali: per Donati la sopravvivenza a 5 anni del 49,5 % per il gruppo di casi senza metastasi linfoghiandolari, scende al 10,2 % per il gruppo di casi con metastasi linfonodali, per McNeer scende dal 44 % al 14,8 %, per Marshall dal 34,8 % al 7,2 %, per Zacho e Fischermann dal 47 % al 12 %,

per Santarelli e Coll. dal 33,5 % al 12,7 %, per Daniele e Coll. dal 60,5 % al 22,9 %.

Noi su 32 resezioni subtotali distali siamo riusciti a reperire in archivio i reperti istologici di 31 pazienti (tabella 6). Facciamo notare che i contrasti che si potessero desumere dal raffronto fra questa tabella e quelle delle sopravvivenze sono dovuti al fatto che in questa tabella i dati sono riferiti al numero complessivo dei resecati non epurato della mortalità operatoria.

Anche nei nostri pazienti il tipo istologico più frequentemente osservato è stato l'adenocarcinoma, 23 casi pari al 75 %, mentre il carcinoma solido era rappresentato da 8 casi, pari al 25 %. Globalmente in 21 casi (67,7 %) v'erano metastasi linfoghiandolari, in 10 casi (32,3 %) non v'erano metastasi.

Dalla tabella 6 si desume che per quanto riguarda il tipo istologico su 23 adenocarcinomi sopravvivono ai 5 anni 7 pazienti (30,4 %) e su 8 carcinomi solidi ai 5 anni ne sopravvive 1 (12,5 %). Anche nella nostra casistica pertanto il tipo istologico si è dimostrato importante ai fini della sopravvivenza. Degli adenocarcinomi, su 16 con metastasi linfonodali, 3 (18,7 %) sopravvivono al 5° anno, su 7 senza metastasi ne sopravvivono 4 (57,1 %). Dei carcinomi solidi su 5 con metastasi, dopo 5 anni ne sopravvive 1 (20 %), su 3 senza metastasi nessuno.

E' da tener presente, comunque, che fra

gli adenocarcinomi con metastasi sono ancora viventi 1 da 2 anni, 1 da 3 anni e 1 da 4 anni, mentre fra quelli senza metastasi sono ancora viventi 1 da 1 anno ed 1 da 3 anni.

Per i carcinomi solidi è da tener conto che 1 con metastasi sopravvive da 4 anni e che 3 senza metastasi sopravvivono da 4 anni. Il destino di questi pazienti potrebbe modificare i rapporti percentuali sopraccitati.

Considerando per ora solo la sopravvivenza dopo i 5 anni, dalla tabella 6 risulta che degli 8 pazienti viventi 4 avevano delle metastasi linfonodali e 4 no. Pertanto per quel che riguarda l'invasione linfonodale dobbiamo concludere che nella nostra casistica non si notano differenze di sopravvivenza a 5 anni per neoplasie con metastasi e neoplasie senza metastasi linfoghiandolari; mentre si dimostra una predominanza di sopravvivenze degli adenocarcinomi e fra questi di quelli senza metastasi, in aderenza ai dati riportati in letteratura.

Come abbiamo detto all'inizio, scopo di questa nostra relazione era quello di ricavare delle osservazioni utili ai fini del trattamento chirurgico del carcinoma gastrico nelle zone in cui svolgiamo la nostra attività.

Dalla disamina dei dati che si ricavano dalla nostra casistica, raffrontati a quelli di

altre casistiche, crediamo che risultino evidenti i seguenti elementi:

1) Un'alta incidenza di ammalati che rifiutano la terapia chirurgica del carcinoma gastrico (il 42,6 %).

2) Una discreta incidenza della dichiarazione di inoperabilità (16,7 %) e degli interventi non radicali nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico (39,6 %).

3) Un'alta incidenza della mortalità postoperatoria per gli interventi esplorativi (31,2 %), ed una mortalità che rientra nei limiti denunciati in letteratura per gli interventi palliativi di derivazione (14,3 %).

4) Una mortalità postoperatoria, per gli interventi radicali di gastrectomia subtotale distale, che rientra nei valori percentuali delle varie statistiche.

5) Un indice di sopravvivenza a 5 anni, per gli interventi radicali, che si mantiene leggermente superiore (44,4 %) alle varie statistiche prese in considerazione di raffronto.

6) Una sopravvivenza, nel gruppo di malati operati da 3 e 4 anni, abbastanza alta (63,6 %) da far sperare nell'incremento della sopravvivenza generale dopo i 5 anni.

I primi due elementi che scaturiscono dalla disamina dei nostri dati, alta incidenza di ammalati che rifiutano l'intervento e discreta incidenza della dichiarazione di inoperabilità e di non resecabilità radicale, costituiscono il più stridente divario fra la nostra casistica e quelle comparative.

A giustificare questo divario sta, nelle nostre zone, lo scetticismo sulla utilità della terapia chirurgica e la rassegnazione di quei pazienti, e più ancora, dei loro congiunti, alla ineluttabilità della grave malattia che è il carcinoma gastrico; scetticismo e rassegnazione che sono certamente espressione della scarsa educazione sanitaria che regna nelle zone nelle quali noi agiamo e che è denunciata anche dal fatto che da noi arriva all'osservazione chirurgica un buon numero di ammalati per i quali, dal lato chirurgico, ci si deve limitare ad eseguire interventi esplorativi e palliativi perchè è stata sorpassata la fase della resecabilità curativa.

Scetticismo, rassegnazione e trascuratezza sanitaria, tipici purtroppo nei nostri pazienti, sono gli aspetti più deleteri del problema chirurgico del carcinoma gastrico, così come di qualsiasi altra neoplasia ma-

ligna, giacchè sono elementi che ritardano sia la precocità della diagnosi sia l'attuazione precoce di interventi demolitivi che, allo stato attuale delle nostre conoscenze, pur non togliendo niente a quelli che sono i concetti della aggressività biologica del tumore, sono le uniche armi di cui il chirurgo dispone per poter avere, in qualche modo, ragione anche dello sviluppo biologico tumultuoso di una neoplasia giacchè questa sarà tanto più passibile di resecabilità curativa quanto prima arriverà all'osservazione chirurgica.

Il terzo elemento che scaturisce dai nostri dati, l'alta mortalità postoperatoria negli interventi esplorativi, è espressione da una parte ancora del ritardo col quale questi nostri pazienti arrivano alla terapia chirurgica e dall'altra del nostro desiderio di fare per essi quanto ancora c'è eventualmente da fare; concetto, questo, che ci fa essere molto larghi nell'indicazione chirurgica anche in ammalati che forse erano mantenuti in vita da un equilibrio umorale instabile che probabilmente viene spezzato da una semplice laparotomia esplorativa.

Il quinto ed il sesto elemento che risaltano dalla disamina della nostra casistica, l'indice di sopravvivenza ai 5 anni del 44,4 %, e la sopravvivenza del 63,6 % nel gruppo di ammalati operati da 3 e 4 anni, sono invece espressione della bontà della terapia chirurgica radicale del carcinoma gastrico che, se condotta a tempo debito e con tutti gli accorgimenti di tecnica della moderna chirurgia oncologica, comporta delle sopravvivenze di rilievo a distanza, denunciate oltre che dalla nostra pur numericamente scarsa casistica, anche e soprattutto dalle casistiche più vaste e più recenti di Autori più autorevoli.

BIBLIOGRAFIA

- Andreassen M.: «Metastasis of the hepatic pedicle in cancer of the stomach». Acta Chir. Scand., 115, 178, 1958.
- Blalock J., Ochsner A.: «Carcinoma of the stomach. A study of 19 five years survivors». Ann. Surg., 145, 726, 1957.
- Brenier J. L.: «Du problème ganglionnaire dans la gastrectomie pour cancer. Les curages de l'espace rétro-duodéno-pancréatique et du pédicule hépatique». Jour. de Chir., 80, 361, 1960.
- Carà: Citato da Donati G. S.
- Castrini G.: «Cura chirurgica del carcinoma gastrico. Criterio di operabilità generale e locale». Arch. ed Atti 72° Cong. Soc. II. Chir., vol. I, 23, 1970.

TABELLA 6. — CA. resecati. - Sopravvivenza in rapporto al tipo istologico.

Tipo istologico		fino a 1 anno	a 2 anni	a 3 anni	a 4 anni	oltre 5 anni	Totale viventi
Adenocarcinoma (n. 23 = 75%)							
con metastasi	n. 16	3	7*	2*	1*	3***	6
senza metastasi	n. 7	1*	—	1*	1	4****	6
Totale		4	7	3	2	7	12
CA. solido (n. 8 = 25%)							
con metastasi	n. 5	1	2	—	1*	1*	2
senza metastasi	n. 3	—	—	—	3***	—	3
Totale		1	2	—	4	1	5
Totale complessivo		5	9	3	6	8	
Totale viventi		1	1	2	5	8	17

* Unità viventi a tutt'oggi.

- Daniele G. M., Picardi C., Becelli S.: «La sopravvivenza nel cancro dello stomaco dopo trattamento chirurgico. Considerazioni su 1040 casi». *Chir. Gen.*, 15, 331, 1966.
- Donati G. S., Arisi C., Cortinovis R.: «Cura chirurgica del carcinoma gastrico. Risultati della terapia chirurgica». *Arch. ed Atti 72° Cong. Soc. It. Chir.*, vol. I, 493, 1970.
- Eker R., Efskind J.: «The pathology and prognosis of gastric carcinoma». *Acta Chir. Scand.*, suppl. 264, 1960.
- Ficari A., Gentileschi E.: «Sulla diffusione linfonodale retroduodenopancreatica nella terapia chirurgica del cancro dello stomaco». *Chir. Gen.*, 8, 719, 1959.
- Gentileschi E.: «La diffusione linfatica del cancro dello stomaco». *Ann. It. Chir.*, 38, 129, 1961.
- Guiss L. W.: «End results for gastric cancer; 2891 cases». *Intern. Abstr. Surg.*, 93, 313, 1951.
- Gütgemann A.: «Surgery of gastric carcinoma». *Minnesota Med.*, 51, 1497, 1968.
- Gutmann R. A.: «Le prognostic l'intain des cancers gastriques opérés». *Presse Méd.*, 78, 1049, 1970.
- Harvey H. D., Titherington J. B., Stout A. P., St. John F. B.: «Gastric carcinoma». *Cancer*, 4, 717, 1951.
- Hegemann G., Gall F.: «Die behandlung des Magenkarzinoms durch totale Magenentfernung». *Deut. Med. Wschr.*, 93, 329, 1968.
- Inberg M., Lauren P., Viikari S. J.: «Factor influencing survival after radical operation for gastric carcinoma». *Acta Chir. Scand.*, 132, 195, 1966.
- Kajitani T., Hoshinot T.: «Studies on 5-years survivals after surgery of gastric carcinoma». *Proceedings of 65th Annual Congress of Japan Surgical Society, Tokio*, 114, 1965.
- Lauren P., Viikari S.: «Pathological features of gastric cancer affecting survival after curative resections». *Ann. Chir. Gynaec. Fenn.*, 51, 342, 1962.
- Lawrence W.: «Carcinoma of the stomach». *New York J. Med.*, 65, 1339, 1965.
- Lurie A. S.: «Some principles and results of operation for cancer of the stomach». *Chirurgia*, n. 9, 1968.
- Mac Donald J., Kotin P.: «Biologic predeterminism in gastric carcinoma as the limiting factor of curability». *Surg. Gyn. and Obstr.*, 98, 148, 1955.
- Mac Donald J., Kotin P.: «Biological predeterminism in human cancer». *Surg. Gyn. and Obstr.*, 92, 443, 1951.
- McNeer G.: «The diagnosis and treatment of early and established cancer of stomach». *Fourth National Cancer Conference Proc.*, J. B. Lippincott Co., Philadelphia, 1960.
- Marshall S. F.: «The treatment of cancer of the stomach: end results». *Gastroent.*, 34, 34, 1958.
- Mazzeo F., Santangelo M. L., Agresti A.: «Cura chirurgica del carcinoma gastrico. Gli interventi palliativi e i reinterventi per recidiva». *Arch. ed Atti 72° Cong. Soc. It. Chir.*, Vol. I, 397, 1970.
- Moertel C. G.: «The naturale history of advanced gastric cancer». *Surg. Gyn. and Obstr.*, 162, 1071, 1968.
- Mouchet A., Marquand J., Camey M., Garcin J. P., Guivarc'h M.: «Etude d'une serie de 621 cas de cancers de l'estomac». *Memoires Acad. Chir.*, 93, 428, 1967.
- Murata K. e Coll.: «Studies on five year survival of cancer after surgery for the stomach». *Proceedings of 65th Annual Congress of Japan Surgical Society, Tokio*, 124, 1965.
- Muto M., Maki T., Majima S., Yamaguchi I.: «Improvement in the end results of surgical treatment of gastric cancer». *Surg.*, 63, 229, 1968.
- Nadler S. H., Cabrera A.: «Gastric carcinoma». *Surg.*, 56, 234, 1964.
- Nakayama K.: «Liver lobe and pancreatic resection as a part of radical treatment for advanced carcinoma of the stomach». *14° Int. Congr. Int. Coll. Surg. Wien*, may 1964.
- Nakayama K.: «Pancreatico-splenectomy combined with gastrectomy in cancer of the stomach». *Surgery*, 40, 297, 1955.
- Nakayama K.: «Statistical review of five-year survivals after surgery for carcinoma of the esophagus and cardiac portion of the stomach». *Surgery*, 45, 883, 1959.
- Paramanandhan T. L.: «The duodenal spread of gastric carcinoma». *Brit. J. Surg.*, 54, 169, 1957.
- Pizzetti F., Sinibaldi A., Poponcini P., Lucci G.: «Influenza di alcuni fattori sui risultati a distanza della terapia chirurgica del cancro gastrico». *Osp. It. Chir.*, 22, 77, 1970.
- Placitelli G.: «Cura chirurgica del carcinoma gastrico. Gli interventi radicali». *Arch. ed Atti 72° Cong. Soc. It. Chir.*, Vol. I, 93, 1970.
- Puglionisi A.: «Cura chirurgica del carcinoma gastrico. Problemi generali e locali di tattica operatoria in rapporto allo stadio evolutivo della neoplasia». *Arch. ed Atti 72° Cong. Soc. It. Chir.*, Vol. I, 41, 1970.
- Re Mine W. H., Priestley J. T.: «Trends in prognosis and surgical treatment of cancer of the stomach». *Ann. Surg.* 163, 736, 1966.
- Re Mine W. H., Gomes M. M., Dockerty M. B.: «Long-term survival after surgery for carcinoma of the stomach». *Amer. J. Surg.*, 117, 177, 1969.
- Santarelli P., Fontana D., Bezzi P., Galligani R., Albanese C.: «Sui risultati immediati e a distanza degli interventi per carcinoma gastrico». *Riv. Gen. It. Chir.*, 9, 1177, 1968.
- Serrano S.: «Risultati del trattamento chirurgico del cancro dello stomaco». *Min. Chir.*, XII, 595, 1957.
- Tagliacozzo S.: «Cura chirurgica del carcinoma gastrico. Linfadectomia e interventi allargati». *Arch. ed Atti 72° Cong. Soc. It. Chir.*, Vol. I, 125, 1970.
- Valdoni P.: «Direttive odierne nella cura chirurgica del cancro dello stomaco». *Rip. Med.*, 79, 1065, 1965.
- Wangensteen O. H., Lewis F. J., Arhelger S. W.: «An interim report upon the "second look" procedure for cancer of the stomach, colon and rectum and for limited intraperitoneal carcinosis». *Surg. Gyn. and Obstr.*, 99, 257, 1954.
- Wangensteen O. H.: «Experience with cancer of stomach and the colon and second look procedure». *Minnesota Med.*, 51, 1833, 1968.
- Zacho A., Fischermann K.: «The results of surgical treatment of cancer of the stomach». *Surg. Gyn. and Obstr.*, 123, 73, 1966.

[Indirizzo degli Autori:

G. Pesce
Via Tansillo
85100 Potenza]

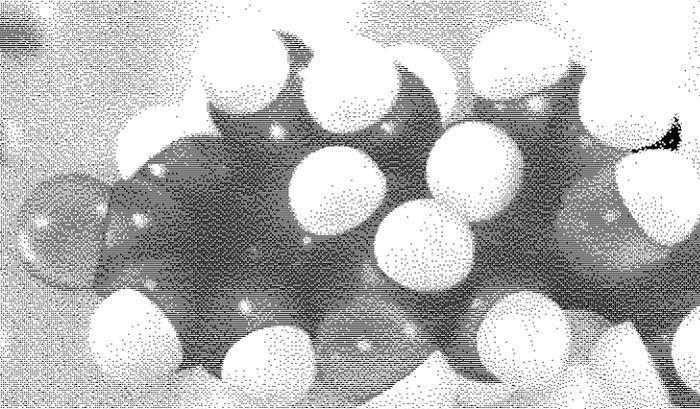
Medrol Veriderm

Neo-Medrol Veriderm

prodotti di qualità dalla ricerca Upjohn
nel campo degli steroidi



UPJOHN S.p.A.
CAPONAGO (Milano)



**Contributo
alle resezioni epatiche
nel trattamento
della cisti da echinococco**

G. PESCE

*Ospedale Provinciale « S. Carlo » - Potenza
Divisione Chirurgica
(Primario: Dott. G. Pesce)*

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. — Polmone, ultrastruttura.

L'evoluzione della chirurgia della echinococcosi epatica (E.E.) è passata, fino ad oggi, attraverso tre fasi consecutive.

La prima, che ebbe inizio nel 1887 quando Loreta effettuò la prima resezione epatica atipica, è durata fino all'inizio del secolo attuale e fu caratterizzata da interventi ardi, in genere demolitivi, che furono purtroppo gravati da risultati disastrosi giacché non si conoscevano i mezzi dell'antisepsi e della rianimazione e mancavano le attuali risorse per la prevenzione e la cura dello shock, dell'emorragia e dell'infezione.

Rimasero tentativi sporadici che, dati gli insuccessi, indirizzarono i chirurghi verso interventi più semplici e meno rischiosi che limitavano considerevolmente la mortalità anche se aumentavano le sequele del decorso post-operatorio.

Si passava così alla seconda fase della chirurgia della E.E., che è rappresentata da una serie di tecniche conservative, la quale ha dominato il campo di questa chirurgia per i primi 50 anni di questo secolo; fra queste tecniche conservative ha campeggiato indisturbata, per un primo lungo periodo, la marsupializzazione (in due tempi prima in un unico tempo poi) che rappresenta il trattamento conservativo aperto.

Il desiderio dei chirurghi di ridurre al minimo le sequele post-operatorie e le degenze, che con la marsupializzazione erano abbastanza considerevoli, e le migliorate tecniche mediche e chirurgiche del dominio dell'infezione, delle emorragie e dello shock, hanno introdotto nel bagaglio chirurgico i trattamenti conservativi chiusi, destinati alla elisione della cavità residua del tessuto

ospite, che si possono compendiare nella pericistorrafia (con le sue varianti), nelle pericistectomie (dalla marginale alla totale), nelle epiploon-plastiche intracavitari, nel drenaggio interno delle cisti in un dotto bilare o nel digiuno e nelle suture introflettenti del pericistio.

Ma tutte queste tecniche, per la natura stessa dell'evoluzione della cisti, non hanno soddisfatto e non soddisfano completamente gli operatori.

La cisti, infatti, per il suo carattere espansivo, determina una compressione sul tessuto ospite e quindi l'obliterazione dei suoi vasi nutritizi ed una erosione dei canalicoli biliari ad essa circostanti con formazione di piccole fistole biliari. Attraverso queste fissurazioni biliari pervengono nel tessuto pericistico bile e germi in essa contenuti, che hanno facilmente ragione delle diminuite resistenze tessutali locali determinando dei processi infiammatori che vanno ad insediarsi in un tessuto che, per la sua cattiva vascolarizzazione, è già andato incontro a processi anatomo-patologici regressivi di tipo necrotico e nel quale, in rapporto a fenomeni biochimici (modificazioni del pH, presenza di una zimasi che agirebbe sugli esosi fosforici, per idrolisi, con formazione di fosfati calcici), a turbe umorali ed a stravasi di bile (contenente sali di calcio) si depositano facilmente sali di calcio determinando la calcificazione dell'avventizia pericistica.

Il cavo residuo alla marsupializzazione, che non viene completamente eliminato neppure con i vari metodi di pericistorrafia e di pericistectomia, con le coleragie post-operatorie in un tessuto quasi sempre infetto, costituisce la premessa alle eventuali emorragie, alle lunghe debilitanti suppurazioni del cavo con perdita di bile e con non

Comunicazione al 18° Convegno Regionale della Società Lucana di Medicina e Chirurgia. - Matera, 13 dicembre 1970.

un altro prodotto di qualità dalla ricerca Upjohn
nel campo degli steroidi

Neo-Medrol
Lozione Antiacne



difficile instaurarsi di fistole o biliari o determinate dal tessuto calcifico non asportato, per le quali si può essere costretti a reintervenire per il loro dominio. Se a questo si aggiunge la eventuale vescicolazione esogena che alcuni tipi di cisti da E. presentano e che ovviamente non viene eliminata con gli interventi conservativi fin qui considerati, il bilancio negativo di questi interventi conservativi diviene completo.

A tutti questi inconvenienti (cavo residuo, suppurazione, colerragia, fistole biliari, vescicolazione esogena) si può ovviare soltanto se insieme col parassita si asportano anche quelle parti dell'ospite che agli inconvenienti stessi danno vita.

Di qui il ritorno agli interventi demolitivi che portano la chirurgia della E.E. nella terza fase della sua evoluzione, e che sono rappresentati dalle nucleoresezioni e dalle resezioni epatiche atipiche e tipiche (o regolate).

Un solo cenno alle enucleoresezioni per dire che, come per gli interventi conservativi chiusi (pericistectomie), non mettono al riparo da alcune delle complicanze e sequele di questi ultimi per non portar via che solo un piccolo strato di parenchima epatico insieme col pericistio; non asportano pertanto tutto il tessuto che può essere sede di complicanze (infezione, fistole, vescicolazione esogena).

Le resezioni epatiche, eseguite su parenchima sicuramente sano, anche se sono interventi più delicati e più shockanti, realizzano il meglio che si possa immaginare nel trattamento della C. da E.

Possono essere atipiche, e si compendiano nelle resezioni cuneiformi con emostasi preventiva, o tipiche con legatura preventiva degli elementi vascolo-biliari in sede di elezione.

Le resezioni atipiche trovano la loro applicazione in cisti piccole e situate lungo i margini del fegato, mentre non trovano applicazione nelle cisti voluminose e profonde, giacché, in questi casi, l'asportazione di tessuto epatico circostante alla cisti, non tenendo conto della topografia anatomica vascolo-biliare, rischia di comprendere nella resezione vasi di nutrizione e di drenaggio di parenchima epatico residuo che potrà andare incontro a necrosi o potrà determinare emorragie e colerragie.

A queste eventuali complicanze sfavorevoli delle resezioni atipiche pone rimedio

la resezione epatica tipica o regolata che, se anche è un intervento più complesso, non espone certamente alle complicanze su accennate perché consente di portare la sezione di exeresi del parenchima là dove appare, in seguito alla legatura di peduncoli vascolari, la delimitazione della buona vascolarizzazione residua.

Le resezioni tipiche sono state possibili grazie, oltre che al progresso delle tecniche anestesologiche e rianimative, anche, e soprattutto, agli studi anatomo-topografici e chirurgici del fegato, di non molto lontana acquisizione che fanno capo ad Autori francesi (Couinaud, Goinard e Coll.), italiani (Scartozzi, Mancuso), americani (Goldsmith e Woodburne) e vietnamiti (Lin, Ton-That-Tung).

In rapporto a questi studi è stata stabilita per il fegato una segmentazione, a simiglianza di quella polmonare, nella quale ogni segmento è individuabile per una sua peculiare vascolarizzazione afferente portale (a cui si sovrappongono anche quella arteriosa e biliare) a partenza dell'ilo epatico, e una vascolarizzazione efferente sovra-epatica in rapporto allo scarico ematico.

Senza voler entrare in dettagli anatomo-topografici, rilevabili dai lavori fondamentali di Couinaud, dai quali poco si discostano i dati degli altri Autori, mettiamo in risalto gli elementi essenziali che si rilevano da questi studi.

Per essi (fig. 1), il fegato, visto dalla faccia superiore, è diviso in senso longitudinale in quattro settori portali da una scissura laterale Sn., che coincide con il legamento falciforme, da una scissura mediana (o sagittale) che coincide con una linea che unisce il bordo sinistro della V.C.I. al letto colecistico e da una scissura laterale Dx. che va dal bordo destro della V.C.I. al punto di mezzo fra il letto colecistico e l'angolo inferiore Dx. del fegato.

La scissura mediana divide il fegato in due emifegato, Dx. e Sn., i quali sono, a loro volta, divisi in un settore paramediano Dx. e laterale Dx. dalla scissura laterale Dx., ed in un settore paramediano Sn. e laterale Sn. dalla scissura laterale Sn.

Il settore laterale Sn. è diviso in due segmenti (II supero-laterale e III infero-mediale) da una scissura obliqua che si parte da un cm. dal bordo Sn. della vena cava inferiore ed arriva a metà del bordo inferiore del settore laterale Sn.

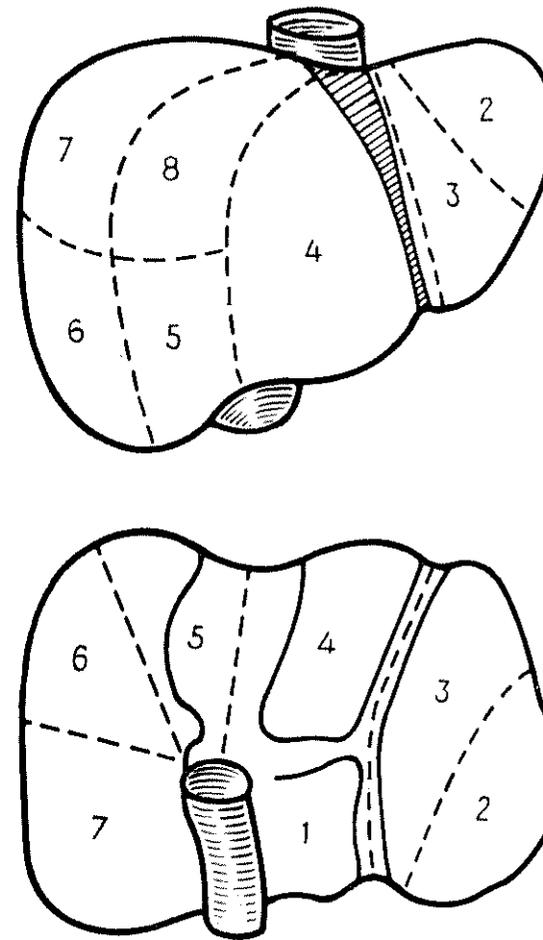


Fig. 1. — Segmentazione epatica.

Il settore paramediano Sn. costituisce da solo il IV segmento.

L'emifegato Dx. è, a sua volta, suddiviso da una scissura orizzontale in 4 segmenti: 2 per il settore paramediano Dx. (segmento V inferiore ed VIII superiore) e 2 per il settore laterale Dx. (segmento VI inferiore e VII superiore).

Così sette segmenti sono visibili dalla faccia superiore del fegato, mentre, nella faccia inferiore si distingue anche il I segmento (superiore) che corrisponde al lobo caudato o di Spigelio.

La numerazione progressiva dei segmenti si fa, pertanto, sulla faccia epatica superiore da sinistra a destra in senso orario, sulla faccia epatica inferiore da sinistra a destra in senso antiorario.

Ad ognuno degli otto segmenti corrisponde un peduncolo vascolo-biliare (suddivisioni

della vena porta, dell'arteria epatica e delle radici dei dotti epatici) nel quale i canali biliari sono in posizione epiportale ed i rami arteriosi in posizione ipoportale ad esclusione dell'arteria laterale destra che incrocia in posizione epiportale la vena omologa.

Il ramo sinistro della vena porta, dopo aver dato qualche collaterale al primo segmento, va a formare il recesso di Rex dal quale si dipartono dall'angolo superiore la vena del II segmento, dal corno inferiore Sn. la vena del III segmento, dal corno inferiore Dx. la vena del IV segmento.

Il ramo destro della porta, dopo aver dato qualche ramo collaterale per il I segmento, si divide in due branche terminali: vena paramediana destra (la cui origine è molto spesso intraparenchimale, donde la difficoltà del suo abbordo per via ilare) dalla quale originano la vena del V segmento in basso, e la vena dell'VIII segmento (che può essere anche duplice) in alto, e vena laterale destra da cui nascono i rami collaterali inferiori per il segmento VI e quelli collaterali superiori per il segmento VII.

I canali biliari e l'arteria epatica ricalcano la distribuzione e la topografia della vena porta.

E' importante tener presente che le vie biliari destre possono sboccare nel canale biliare sinistro vicino all'ilo (questa anomalia incide, secondo i ricercatori, nel 22 % dei casi per il canale laterale Dx. e nel 6 % per il canale biliare paramediano Dx.).

In corrispondenza delle scissure laterale Sn., mediana e laterale Dx. decorrono, in un piano più superficiale rispetto ai peduncoli portali, le vene di scarico sovraepatiche rispettivamente sinistra, che drena il settore laterale sinistro (segmenti II e III), mediana, o sagittale, che drena i settori paramediani destro e sinistro (segm. IV, V e VIII) e destra che drena il settore laterale destro (segm. VI e VII).

Il I segmento (lobo caudato) drena direttamente nella cava attraverso vene dorsali accessorie.

La vascolarizzazione di afflusso portale e quella di scarico sovraepatica, sia pure in piani differenti, si intersecano, pertanto, trasversalmente.

Data la distribuzione settoriale e segmentaria della vascolarizzazione ematica e biliare, in teoria dovrebbe essere possibile eseguire, come per le resezioni lobari e segmentarie polmonari, resezioni lobari e tutte

le segmentarie tipiche selettive del fegato, trattando primariamente i peduncoli vascolari per via ilare.

Fatto sta che, a differenza di quanto avviene nel polmone, nel quale la presenza di scissure visibili permette di aggredire i peduncoli vascolari secondari per via scissurale, il fegato non presenta scissure visibili fra i vari settori ed i vari segmenti attraverso le quali poter aggredire i peduncoli vascolari segmentari i quali andrebbero, quindi, aggrediti tutti dall'ilo epatico primario.

La segmentazione epatica, pertanto, ha più valore anatomico che chirurgico giacchè, oltre che per la variabilità di estensione dei vari segmenti, per le frequenti variazioni anatomiche di sede e di numero dei peduncoli segmentari, per la loro situazione profonda, qualche volta intraparenchimale (come per la diramazione portale paramediana di destra), la compattezza e la friabilità del tessuto epatico rendono difficili, e qualche volta impossibili, la ricerca e la legatura dei peduncoli vascolari segmentari per via ilare.

Questi concetti sono ribaditi anche da Pettinari e Dagradi e da Lortat-Jacob e confermati dalle ricerche di Tondo, il quale ha dimostrato che, per la elevata incostanza del decorso delle scissure, l'estensione dei vari territori segmentari è molto variabile; da quelle di Sommariva il quale conclude che per l'incrocio della vascolarizzazione portale e sovraepatica i vari segmenti, specie nell'emifegato destro, non possono essere ben delimitati (e quindi è impossibile una dissezione ben distinta delle varie zone); da quelle di Mancuso e Coll. che dichiarano praticamente impossibili, per la sua situazione posteriore, l'asportazione isolata del segmento VIII e quella del segmento VII in quanto la sua resezione compromette il circolo di ritorno per l'interessamento della sovraepatica destra.

A maggiore dimostrazione sta il fatto che in letteratura le resezioni epatiche regolate ilari più frequenti sono le epatectomie di destra e di sinistra e la settoriectomia laterale sinistra perchè i loro peduncoli ilari sono di più facile reperimento e non presentano variazioni importanti (Chidichimo, Corneli e Galassi, Galassi e Coll., Bourgeon e Coll., Le Roy, Lortat-Jacob, ecc.). Per lo stesso Couinaud praticamente, oltre alle resezioni suddette, sono possibili, con la legatura preventiva dei peduncoli all'ilo, la exere-

si isolata dei segmenti III, IV, V e VI, mentre sono impossibili quelle dei segmenti I, II, VII e VIII.

Se alle difficoltà tecniche cui abbiamo accennato si aggiunge che il parassita echinococcico, arrivato in un segmento epatico per la situazione terminale dei vasi portali intraepatici, determina, per la sua natura espansiva, compressione sul parenchima e scompaginamento della struttura vascolare di esso, che il parenchima indenne, per via della ipertrofia compensatoria va incontro ad un aumento di volume dei vasi ed al loro spostamento di sede, che, data la frequentissima componente infiammatoria cui soggiace la cisti, si può avere una compartecipazione linfonodale ilare, che contribuisce a rendere più difficoltosa la dissezione dei peduncoli ilari, si ha un quadro completo della complessità dell'aggressione dei peduncoli vascolari per via ilare.

A tutte queste difficoltà dell'accesso diretto ai peduncoli vascolari settoriali e segmentari pone riparo una tecnica esperita da chirurghi vietnamiti (il primo a metterla in pratica pare sia stato Lin nel 1954), fra i quali se ne è fatto caldeggiatore convinto Ton-That-Tung dal 1962.

Tale tecnica, che prende il nome di resezione epatica per digitoclasia, utilizza l'accesso ai peduncoli vascolari per via intraparenchimale previa incisione della glissoniana in corrispondenza delle varie supposte scissure intersettoriali o intersegmentarie, rottura del parenchima epatico fra il pollice e l'indice e legatura dei peduncoli vascolari man mano che arrivano alla vista o sotto le dita che eseguono la digitoclasia.

Non è questa, come potrebbe sembrare a prima vista, una resezione atipica « alla domanda » o, come l'ha definita Couinaud nel 1966, « alla cieca », bensì una resezione tipica regolata per via scissurale giacchè la digitoclasia poggia su una predeterminazione dei tempi operatori, implica per l'operatore una precisa rappresentazione, nell'area parenchimatosa, dei vasi e dei canali biliari che bisognerà ricercare e controllare, permette un controllo vascolare a distanza dall'ilo, è più rispettosa, a confronto delle resezioni regolate ilari, della conservazione più che possibile di parenchima sano. Con essa, infatti, si arriva sia sui vasi di scarico sovraepatici, legando elettivamente le vene efferenti del settore o del segmento da resecare, sia sulla

placca ilare che viene scollata dal parenchima e ne vengono legati i singoli peduncoli vascolari che si distaccano dall'ilo penetrando nel tessuto epatico, man mano che vengono riconosciuti e secondo le necessità.

La maggiore critica che si muove alla tecnica della digitoclasia è legata al fatto che le scissure epatiche, tranne quella laterale sinistra e qualche volta quella sagittale, sono ideali e non reali e, pertanto, i loro limiti possono essere messi in evidenza soltanto dal cambiamento di colore del parenchima che consegue alla legatura vasale preventiva all'ilo (Couinaud).

A questa critica si potrebbe obiettare l'esistenza, in molti casi confermata in letteratura (Tondo, Nogueira, e lo stesso Couinaud) di anastomosi intervenose fra settori e settori e tra segmenti e segmenti alle volte così ben sviluppati da doversi ritenere sufficienti a stabilire circoli di compenso (Tondo) che impedirebbero la delimitazione dei vari settori o segmenti per il mancato cambiamento di colore anche a peduncolo ilare legato.

L'exeresi transparenchimale per digitoclasia, afferma Ton-That-Tung, mette al riparo dai danni che potrebbero derivare dalla legatura dei peduncoli ilari in caso di anomalie anatomiche vascolari; è, a differenza delle exeresi regolate per via ilare, di limitata difficoltà tecnica tanto che si può applicare alle resezioni di qualsiasi segmento (Ton-Than-Tung afferma di aver eseguito con questa tecnica tutte le segmentectomie epatiche tranne quella del segmento VII); presenta il merito della maggiore rapidità (Ton-That-Tung esegue lobectomie epatiche di destra in sei minuti, tanto che usa sistematicamente il clampaggio del peduncolo ilare che, è ben noto, non è tollerato al di là dei 15 minuti); può essere praticata senza alcun rischio.

A nostro avviso altro grosso vantaggio della resezione per digitoclasia risiede nel fatto che si possono eseguire, attraverso essa, anche exeresi subsegmentarie risparmiando così specie in affezioni benigne, quali sono le cisti da echinococco, anche parte di un segmento con tutta la sua irrorazione afferente ed efferente, cosa che non consente di fare la resezione per via ilare.

Questi concetti sulla bontà del metodo, il quale peraltro nella letteratura italiana, se non viene ignorato, viene solo elencato come metodo chirurgico (ci sono infatti poche ci-

TABELLA 1. — *Trattamento echinococcosi epatica.*

Anno	Marsupializzazione	Capitonage	Resezioni epatiche	Totale
1959	3	1	—	4
1960	3	—	—	3
1961	1	1	—	2
1962	2	—	—	2
1963	1	—	—	1
1964	2	—	1	3
1965	—	—	2	2
1966	3	—	3	6
1967	—	—	3	3
1968	—	—	3	3
1969	—	—	1	1
Totale	15	2	13	30

tazioni bibliografiche tra le quali quella di Basso che ha adottato la digitoclasia in sei casi di rottura traumatica del fegato) sono condivisi da Autori anglosassoni (Quattlebaum) e francesi (Demirleau, Churet, Champeau). Bourgeon e Guntz, che sono stati tra i primi ad adottare le exeresi regolate per via ilare, in un loro lavoro del 1967 esprimono la loro adesione completa alla digitoclasia definendola una tecnica rimarchevole per rapidità, efficacia ed eleganza a condizione di rispettare attentamente i dati anatomico-topografici e fisiopatologici e concludono con queste testuali parole: « Mais qu'on ne s'y trompe pas, le doigt est merveilleux s'il est dirigé par l'esprit, dans le cas particulier par une parfaite connaissance de l'anatomie ».

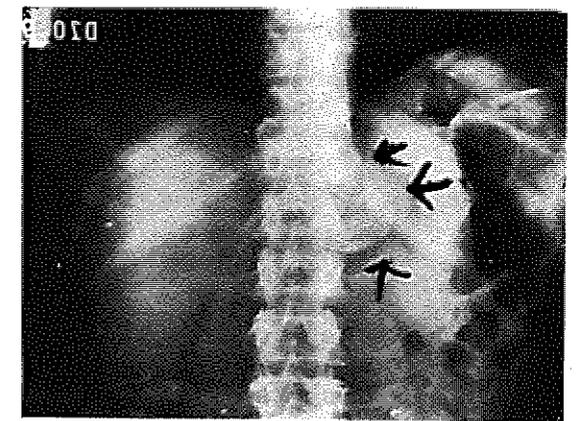


Fig. 2. — Cisti calcifica settore laterale sinistro.

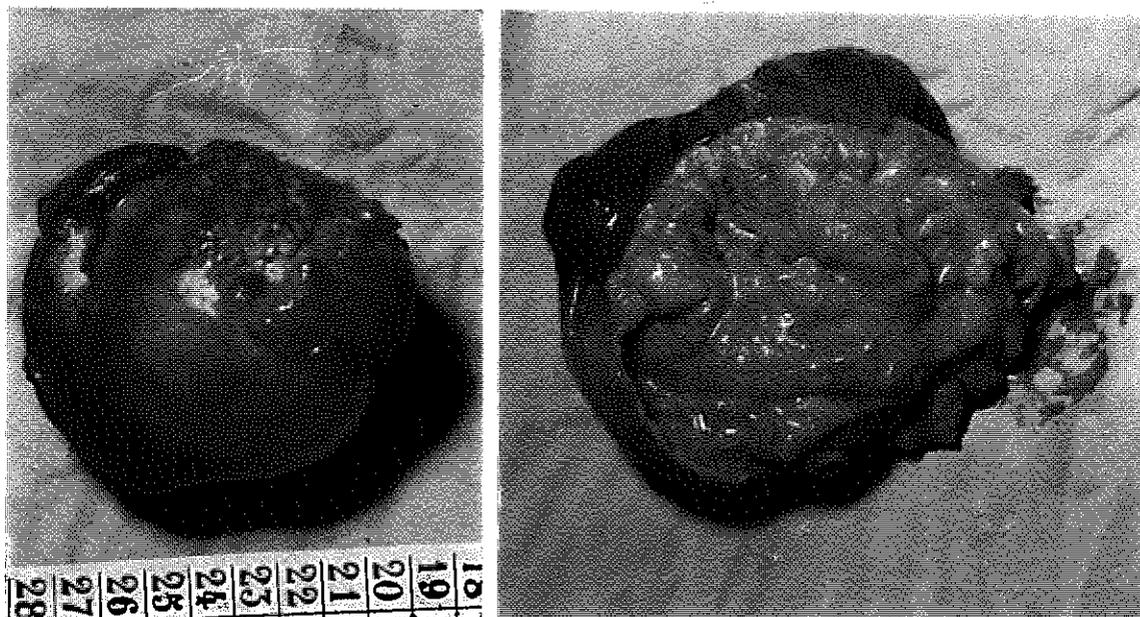


Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 3. — Cisti occupante gran parte del settore laterale sinistro, Settoriectomia laterale sinistra. Pezzo operatorio.

Fig. 4. — Stesso della fig. 3. Pezzo operatorio aperto.



Fig. 5. — Cisti calcifica VI segmento.



Fig. 6. — Cisti calcifica V segmento.



Fig. 7. — Stesso della fig. 6. In proiezione laterale.



Fig. 8. — Cisti occupante tutto il lobo sinistro.

Noi, su trenta casi di cisti da echinococco del fegato, operati nel nostro servizio chirurgico dal 1959 al 1969, abbiamo eseguito 13 resezioni epatiche per digitoclasia secondo la tecnica di Ton-That-Tung.

Il nostro comportamento nel trattamento della cisti da echinococco del fegato si è andato evolvendo col passare degli anni (tabella 1). Fino al 1963 la nostra tecnica era orientata verso la marsupializzazione, che abbiamo sempre eseguita in unico tempo, alternata qualche volta a capitonnage o a pericistectomia parziale secondo Mabit e Lagrot; dal 1964 ci siamo orientati verso le resezioni epatiche.

A questa evoluzione siamo stati portati dalle lunghe degenze che comportavano gli altri metodi operatori e dalle loro complicanze legate alla presenza della cavità residua: suppurazioni di lunga durata, fistole biliari (una volta siamo stati costretti a reintervenire per dominare una fistola biliare che si protraeva da lungo tempo).

Come si desume dalla tabella n. 1 anche in quest'ultimo periodo (dal 1964) siamo dovuti

ricorrere, per necessità, alla marsupializzazione in 5 casi che si presentavano in condizioni generali scadenti (soggetti in età avanzata con miocardiosclerosi o turbe della funzione respiratoria) che non consentivano l'esecuzione di interventi più impegnativi.

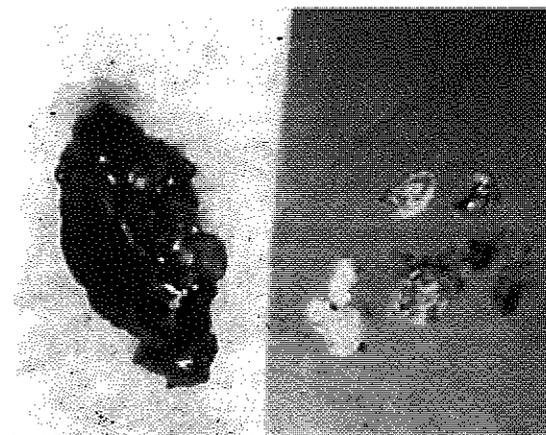


Fig. 9. — Cisti multiple del settore laterale sinistro (con cisti separate), Settoriectomia laterale sinistra. Pezzo operatorio.

Negli altri 13 casi abbiamo eseguito degli interventi di exeresi che sono consistiti in:

- Segmentectomia II: n. 2 casi.
- Segmentectomia III: n. 1 caso.
- Settoriectomia laterale sinistra (II+III segmento): n. 4 casi.
- Settoriectomia laterale sinistra + settoriectomia paramediana Sn. (II + III + IV segmento): n. 1 caso.
- Segmentectomia V: n. 2 casi.
- Segmentectomia VI: n. 3 casi.

In nessun caso siamo ricorsi al clampaggio preventivo del peduncolo ilare che, consigliato dai sostenitori della digitoclasia (Ton-That-Tung, Bourgeon e Guntz) è ritenuto dannoso da altri (Couinaud) perchè causa di ischemia, di ingorgo splancnico e di ipovolemia.

Senza clampaggio peduncolare si ha, ovviamente, dalla sezione del parenchima epatico un certo sanguinamento che, peraltro, si domina facilmente e che non compromette nè l'esecuzione nè l'esito dell'intervento.

Le indicazioni che ci hanno condotto ad eseguire interventi di exeresi sono state determinate o dalla calcificazione del pericistio, come nei casi esemplificati dalle fig. 2, 3 e 4 (cisti calcifica occupante il settore laterale sinistro), dalla fig. 5 (cisti calcifica del VI segmento), dalle fig. 6 e 7 (cisti calcifica del V segmento), o dalla presenza di cisti occupante un intero settore o lobo, come nella fig. 8 (cisti occupante i segmenti II, III e IV), o dalla presenza di cisti multiple in un settore epatico (fig. 9), o da cisti aperte nelle vie biliari intraepatiche.

Per quanto attiene alle associazioni morbose e alle complicazioni delle cisti nei pazienti che sono stati da noi sottoposti a resezione epatica, nella nostra casistica (tabella 2) abbiamo riscontrato la cisti una volta associata ad ulcera duodenale, due volte a calcolosi della colecisti, una volta a cisti multiple endoperitoneali, mentre in un caso esisteva una rottura della cisti nella colecisti ed in altri due casi una rottura della cisti nei canali biliari intraepatici.

Per quanto si riferisce agli interventi, nei casi gravati da associazioni morbose (tabella 3), alla exeresi epatica abbiamo associato:

a) alla segmentectomia: 3 volte la colecistectomia, 1 volta la resezione gastro-duodenale;

b) alla settoriectomia laterale sinistra: 1 volta l'asportazione contemporaneamente di una cisti del parametrio destro e di una del sinistro, di 4 cisti dello scavo pelvico, la resezione cuneiforme per cisti marginale del lobo epatico destro e la resezione di epiploon infarcito di cisti.

TABELLA 2. — Associazioni morbose e complicazioni nei casi operati di exeresi.

	N.
1) Ulcera duodenale	1
2) Calcolosi colecistica	2
3) Apertura della cisti nella colecisti	1
4) Apertura della cisti in canali biliari intraepatici	2
5) Cisti multiple endoperitoneali	1

TABELLA 3. — Interventi associati alle resezioni epatiche.

	N.
A) Segmentectomia V + colecistectomia	2
B) Segmentectomia VI + colecistectomia	1
C) Segmentectomia VI + resezione gastrica	1
D) Settoriectomia laterale sinistra (II e III seg.) + asportazione cisti parametrio Dx e Sx + asportazione di n. 4 cisti dello scavo pelvico + resezione cuneiforme di cisti marginale del lobo epatico destro + resezione di epiploon infarcito di cisti	1

I risultati che abbiamo ottenuto con la resezione per digitoclasia possiamo considerarli ottimi sotto tutti i punti di vista. Tutti i pazienti da noi sottoposti a sola resezione epatica e tutti quelli trattati con exeresi ed interventi associati, hanno sopportato benissimo l'intervento, hanno presentato un decorso postoperatorio privo di complicanze e tutti 13 sono guariti perfettamente dopo un periodo di degenza piuttosto breve. Infatti la degenza postoperatoria è stata in media di 20 giorni (minimo 10 - massimo 40), laddove la degenza media per le cisti marsupializzate è stata di 83 giorni (minimo 22 - massimo 240).

I nostri dati relativi alla degenza media non si discostano da quelli di altri Autori: Galassi e Coll. riportano per la marsupia-

lizzazione e per la resezione degenze medie rispettivamente di 76 e di 38 giorni; Lattanzio di 127 e 25 giorni; Castiglioni di 32-149 e 13-68 giorni.

Per quanto concerne invece la mortalità operatoria, mentre la nostra è dello 0%, in letteratura sono riportate mortalità che si aggirano intorno al 10% (Pettinari su 274 casi di resezioni tipiche ed atipiche per cisti da echinococco raccolte dalla letteratura nel 1962 riportava una mortalità del 9%; Bourgeon del 13% su 70 casi; Ton-That-Tung su 132 settoriectomie laterali sinistre fino al 1967, per malattie diverse, riportava una mortalità del 13,6%; Couinaud su 14 settoriectomie laterali sinistre non denuncia nessuna mortalità).

Le difficoltà tecniche, la media di mortalità, la drasticità della resezione in rapporto ad una malattia benigna, fanno restii parecchi chirurghi ad adottare, nella terapia delle cisti da echinococco, la resezione epatica. Infatti dalla letteratura mondiale si deduce che fino al 1964 tra resezioni tipiche ed atipiche se ne contavano 340, mentre sporadiche comunicazioni si rinvengono in questi ultimi anni, come sporadiche sono, anche in grosse casistiche, le resezioni denunciate nei confronti di altri metodi operatori conservativi.

Le più salenti obiezioni che si fanno alla resezione epatica, in rapporto alla terapia della echinococcosi, sono il rischio emorragico ed il sacrificio di parenchima funzionante.

Queste due obiezioni, a nostro modo di vedere, non hanno un fondamento reale, giacchè da una parte le moderne tecniche di chirurgia epatica permettono un controllo preventivo dell'emorragia e d'altra parte la ipertrofia compensatoria conseguente, o addirittura contemporanea allo sviluppo della cisti, autorizza impunemente la exeresi del settore o del segmento interessato il quale, peraltro, il più delle volte è stato già messo fuori uso, dal lato funzionale, dallo sviluppo della cisti stessa. D'altro canto, se la preoccupazione del sacrificio parenchimale può essere valido per le resezioni maggiori, non trova fondamento nella chirurgia segmentaria, giacchè, con la segmentectomia, si porta via quel tanto di parenchima che è necessario ad assicurare l'asportazione completa, e senza complicanze, del parassita.

E' ovvio che se la resezione epatica rappresenta l'intervento ideale nel trattamento

delle cisti da echinococco per tutti i motivi che abbiamo innanzi considerato (elisione della cavità residua, mancata infezione, mancate fistolizzazioni, eliminazione della vescicolazione esogena), per la sua radicalità nel giungere a risultati definitivi, per la sua relativa sicurezza oltre che tecnica anche funzionale, in rapporto ai poteri rigenerativi del tessuto epatico che non consigliano un assoluto risparmio di parenchima, non è certo diventato quello esclusivo, giacchè sarà il chirurgo a valutare, da caso a caso, l'intervento che è il più idoneo da adottare a seconda delle condizioni generali del paziente, della estensione e della localizzazione della lesione.

Questo eclettismo terapeutico è confermato dalla esiguità di numero che si rileva, specie nella letteratura italiana, delle exeresi epatiche nei confronti degli interventi conservativi nella cura dell'echinococcosi.

E' certo, però, che a condizioni generali permissivi, le indicazioni più nette che dovrebbero orientare verso la resezione sono le cisti multiple di un lobo, le cisti occupanti un intero lobo, settore o segmento, le cisti infette, le cisti calcifiche, le cisti perforate nelle vie biliari.

BIBLIOGRAFIA

- Basso R., Rocca E., Scalfari A.: «L'exeresi regolata nella terapia dei gravi traumatismi del fegato». *Osp. d'It. Chir.*, 17, 1, 1967.
- Bazan P.: «Problemi chirurgici dell'idatidiosi. Concerti generali sull'idatidiosi». *Arch. ed Atti 66° Congr. Soc. It. Chir.*, vol. I, 25, 1964.
- Benedetti Valentini S.: «Sulla chirurgia epatica d'exeresi». *Chir. Gastroenter.*, 1, 409, 1967.
- Bourgeon R.: «Hépatectomie et kyste hydatique du foie». *Rev. Int. d'Hépat.*, 10, 1020, 1960.
- Bourgeon R., Guntz M., Catalano H., Alexandre J. H., Mouiel J.: «Incidence de la topographie sur le traitement des kystes hydatiques du foie». *Jour. Chir.*, 88, 375, 1964.
- Bourgeon R., Guntz M.: «Les possibilités nouvelles de résection du foie offertes par l'écrasement parenchymateux sous clampage glissonien (à propos de 6 observations récentes, d'indications diverses)». *Mem. Acad. Chir.*, 93, 486, 1967.
- Castiglioni G. C.: Citato da Sommariva.
- Champeau: Citato da Bourgeon R. e Guntz M.
- Chidichimo G., D'Alessandro L. C., Venuti V. M.: «La chirurgia dell'idatidiosi epatica secondo i moderni concetti di anatomia chirurgica del fegato». *Arch. ed Atti 66° Congr. Soc. It. Chir.*, vol. II, 288, 1964.
- Churet J. P.: «Hépatectomies par digitoclasie». *Jour. Chir.*, 92, 21, 1966.

- Cirenci A., Ruggieri F.: «Orientamenti e limiti della chirurgia demolitrice nella cura dei tumori e delle cisti del fegato». *Osp. d'It. Chir.*, 7, 145, 1962.
- Corneli F., Galassi G.: «Contributo alla chirurgia demolitrice del parenchima epatico per cisti da echinococco». *Arch. ed Atti 66° Congr. Soc. It. Chir.*, vol. II, 308, 1964.
- Couinaud C.: «Conditions anatomiques des hépatectomies gauches». *J. Chir.*, 68, 821, 1952.
- Couinaud C.: «Hépatectomies gauches lobaires et segmentaires». *J. Chir.*, 68, 697, 1952.
- Couinaud C.: «Étude de la veine porte intra-hépatique». *Presse Méd.*, 61, 1434, 1953.
- Couinaud C.: «Lobes et segments hépatiques». *Presse Méd.*, 62, 709, 1954.
- Couinaud C.: «Les hépatectomies réglées». *Arch. Mal. App. Dig.*, 48, 1366, 1959.
- Couinaud C.: «Les hépatectomies réglées. Bases anatomo-chirurgicales, indications et résultats». *Rev. Int. d'Hépat.*, 10, 943, 1960.
- Couinaud C.: «Plaidoyer pour une segmentation hépatique exacte et une technique anatomique de résection réglée du foie. Le clampage partiel du pédicule hépatique». *Presse Méd.*, 74, 2849, 1966.
- Demirleau J., Nourredine M., Larraud Ph.: «L'abord transparenchymateux des vaisseaux par digito-clasie dans les hépatectomies lobaires ou segmentaires». *Mém. Acad. Chir.*, 99, 335, 1964.
- Esposito G., Tocca M.: «La terapia chirurgica dell'echinococcosi epatica». Ed. Pozzi, Roma, 1967.
- Galassi G., Sodaro A., Dardi F.: «Sui risultati del trattamento chirurgico di 212 casi di cisti da echinococco del fegato». *Arch. ed Atti 66° Congr. Soc. It. Chir.*, vol. II, 403, 1964.
- Goinard P., Pegullo J., Pélissier G.: «Le kyste hydatique. Thérapeutique chirurgicale». Ed. Masson, Paris, 1960.
- Goldsmith N. A., Woodburne R. T.: «The surgical anatomy pertaining to liver resection». *Surg. Gynec. Obst.*, 105, 310, 1957.
- Grassi G., Benedetti Valentini S.: «Tecnica delle resezioni epatiche». *Chir. Gastroenter.*, 1, 517, 1967.
- Lattanzio R.: «Risultati attuali nella cura della echinococcosi umana su 320 casi operati». *Arch. ed Atti 66° Congr. Soc. It. Chir.*, vol. II, 436, 1964.
- Le Roy M. A.: «Hépatectomie droite réglée pour kystes hydatiques multiples du foie dont un calcifié». *Mém. Acad. Chir.*, 81, 324, 1955.
- Lin T. Y., Chen K. M., Liutang K.: «Total right hepatic lobectomy for primary hepatoma». *Surgery*, 48, 1048, 1960.
- Lin T. Y.: «The results of hepatic lobectomy for primary carcinoma of the liver». *Surg. Gynec. Obst.*, 123, 289, 1966.
- Loreta P.: «Echinococco del fegato. Resezione del fegato». *Racc. Med.*, 50, 312, 1887.
- Lortat-Jacob J. L.: «Right hepatectomy: its technique and applications». *Rev. Int. Hepat.*, 10, 975, 1960.
- Mancuso M., Natalini E., Del Grande G.: «Contributo alla conoscenza della struttura segmentaria del fegato in rapporto al problema della resezione epatica». *Policlinico Sez. Chir.*, 62, 259, 1955.
- Nogucira: Citato da Tondo.
- Pesce G.: «Un caso di tubercolosi neoplastiforme del fegato». *Gazz. San.*, 29, 530, 1958.
- Pettinari V., Dagradi A.: «Le resezioni epatiche». *Arch. ed Atti 64° Congr. Soc. It. Chir.*, vol. I, parte V, 1, 1962.
- Quattlebaum J. K., Quattlebaum J. K. jr.: «Technique of hepatic resection». *Surgery*, 58, 1075, 1965.
- Ricceri R., Mancuso M.: «Indicazioni e limiti alla resezione epatica nelle cisti da echinococco del fegato». *Policlinico Sez. Chir.*, 71, 69, 1964.
- Scartozzi C., Enrico L.: «Problemi anatomo-chirurgici del fegato». *Min. Chir.*, 7, 602, 1952.
- Sommariva V.: «Problemi chirurgici dell'idatidosi. L'idatidosi epatica». *Arch. ed Atti 66° Congr. Soc. It. Chir.*, vol. I, 233, 1964.
- Stone H., Long W., Smith R., Haynes C.: «Considérations physiologiques sur les résections hépatiques majeures». *Amer. Jour. Surg.*, 117, 78, 1969. *Recens. in J. Chir.*, 98, 591, 1969.
- Tondo M.: «Contributo allo studio anatomo-chirurgico della segmentazione del fegato su base sovraepatica». *Gazz. Int. Med. Chir.*, 64, 1994, 1959.
- Ton-That-Tung: «Chirurgie d'exérèse du foie». Ed. Masson, Paris, 1962.
- Ton-That-Tung, Nguyen-Duong-Quang: «A new technique for operating on the liver». *Lancet*, 1, 192, 1963.
- Ton-That-Tung, Nguyen-Duong-Quang: «L'hépatectomie réglée par ligature vasculaire transparenchymateuse». *Presse Méd.*, 73, 3015, 1965.

[Indirizzo dell'Autore:

G. Pesce
Via Tansilio
85100 Potenza]

Complicazioni pleuro-polmonari della idatidosi epatica

G. PESCE

Ospedale Provinciale «S. Carlo» - Potenza
Divisione Chirurgica
(Prinario: Dott. G. Pesce)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. — Fegato - Echinococcosi - Pleura - Polmone.

Le cisti da echinococco (C.E.) della cupola epatica, che, per la maggior parte delle statistiche, rappresentano il 25-35% (Sommariva, Rubino, Galassi e De Bella, Docimo e Ferrante) di tutte le cisti del lobo destro del fegato, presentano, come evoluzione normale, una estrinsecazione toracica.

Gli elementi che agevolano questa evoluzione sono:

1) la topografia propria del fegato che nella sua proiezione toraco-addominale presenta una componente toracica preminente;

2) la pressione endopleurica negativa e la pressione endoaddominale positiva che favoriscono l'una il risucchiamento e l'altra la spinta verso l'alto degli organi endoaddominali;

3) la compattezza del parenchima epatico che agevola l'estrinsecazione della cisti, durante la sua evoluzione espansiva, verso l'esterno e perciò verso la glissoniana ed il diaframma;

4) l'atrofia che subisce il diaframma per il processo espansivo della cisti che può determinare, a lungo andare, una vera azione di decubito sul diaframma col quale viene a contatto;

5) la polarità della corrente linfatica diretta verso l'alto che favorisce il propagarsi dei processi patologici del lobo destro del fegato verso il torace;

6) l'infezione alla quale sono legate essenzialmente, ed in linea primitiva, le complicazioni intratoraciche della cisti da echinococco del fegato.

Fin quando la cisti conserva carattere di sterilità l'estrinsecazione toracica di essa assume soltanto un aspetto morfologico.

Comunicazione al 18° Convegno Regionale della Società Lucana di Medicina e Chirurgia. - Matera, 13 dicembre 1970.

Quando invece la cisti va incontro ad infezione, detta estrinsecazione cessa di essere solo morfologica e comporta una partecipazione al processo patologico della cavità toracica e degli organi in essa contenuti.

L'evoluzione propria di tutte le cisti da echinococco, e di quelle della cupola diaframmatica del fegato in particolare, dà ragione delle complicazioni pleuro-polmonari che ne vengono determinate.

La cisti, infatti, nella sua evoluzione, esercita, sul tessuto ospite, una reazione locale condizionata da un fattore meccanico compressivo (legato all'espansione dell'idatide), da un fattore tossico (legato al contatto tra i prodotti di degradazione proteica, elaborati dal parassita, e l'ospite), da un fattore irritativo-infiammatorio in relazione alla presenza dell'idatide che agisce da corpo estraneo in seno al tessuto ospite.

La compressione della cisti in evoluzione espansiva determina, a carico dei vasi sanguigni dell'avventizia, l'obliterazione con mancato apporto nutritivo, e a carico dei canalicoli biliari una erosione necrotica della parete dei canalicoli stessi con piccole fistole biliari che sono in grado di far arrivare allo spazio pericistico, insieme con la bile, anche germi in essa contenuti. Si determina così, insieme con un'ischemia del pericistio, il distacco della cisti dal pericistio che comporta, come ineluttabile conseguenza, un'alterazione degli scambi nutritivi tra ospite e parassita e quindi una sofferenza del parassita stesso che si estrinseca prima con l'aggrinzimento della membrana chitinoso (dovuto alla diminuita tensione endocistica), poi con la degenerazione colloidale con rottura della membrana chitinoso ed infine con la disintegrazione totale.

D'altra parte l'apporto nello spazio perivescicolare della carica batterica contenuta nella bile determina ed aggrava il processo

infiammatorio a carico del pericistio che, già compresso e male vascolarizzato, va più facilmente incontro a processi regressivi di tipo necrotico aggravati a loro volta dalla azione necrotizzante-digestiva della bile.

Nelle cisti della cupola epatica al processo infiammatorio che si istituisce a carico del pericistio conseguono dei fatti aderenziali tra glissoniana (nella quale si è estrinsecata l'evoluzione della idatide), peritoneo diaframmatico e diaframma con partecipazione al processo infiammatorio di detti organi oltre che per contiguità anche per la polarità della corrente linfatica diretta verso l'alto.

E se si pensa che l'azione espansiva della cisti, esprimendosi sulla cupola epatica, ha potuto determinare un'atrofia da compressione del diaframma nel punto del suo massimo affioramento, è facile che si possa arrivare, sia per l'azione del processo infiammatorio sia per l'azione digestiva della bile, alla perforazione del diaframma stesso al quale ha preso aderenza, per lo stesso processo infiammatorio, la pleura diaframmatica, con versamento del contenuto cistico nel cavo pleurico.

Si determina così un cole-pio-torace con fistola bilio-pleurica. Ad essa può conseguire una idatidiosi pleurica secondaria per innesto pleurico del parassita, evenienza questa non frequente giacché la dinamica respiratoria si oppone allo sviluppo del parassita stesso e principalmente perchè le cisti del fegato rotte in pleura, per le ragioni che abbiamo enunciato, essendo infette, hanno perduto gran parte della loro vitalità.

Se invece nella cavità pleurica esistono delle sepimentazioni infiammatorie pregresse, si determinerà un empiema bilio-idatideo seccato. D'altra parte il cole-pio-torace nella sua evoluzione tende sempre a diventare un empiema bilio-idatideo giacché intervengono processi reattivi locali e generali che tendono a localizzare il processo patologico.

All'empiema bilio-idatideo può seguire secondariamente, a seguito del proseguire dell'azione deleteria dei germi e della bile sul tessuto polmonare adiacente, una fistola bilio-bronco-pleurica se si determinerà una perforazione dell'empiema bilio-idatideo nell'albero bronchiale.

Se alla pleura diaframmatica è adeso il polmone, o per pregressi processi patologici o per compartecipazione della base polmonare al processo infiammatorio che ab-

biamo descritto nella sua evoluzione, la perforazione non si avrà in pleura bensì nel polmone al quale si estenderà il processo infiammatorio descritto e sul quale si estrinseccherà anche l'azione necrotizzante della bile. La perforazione avverrà così in un bronchiolo segmentario o sottosegmentario con la costituzione di una fistola bilio-bronchiale.

Sono queste, in sintesi, le modalità patogenetiche con le quali si istituiscono le complicazioni pleuriche e polmonari spontanee della C.E. della cupola epatica. Di esse noi prenderemo in considerazione solo l'empima bilio-idatideo e le fistole bilio-bronchiali, giacché abbiamo avuto modo di osservare, nella nostra Divisione, due empiemi bilio-idatidei ed una fistola bilio-bronchiale.

Queste complicazioni sono piuttosto rare a riscontrarsi. Infatti di tutte le cisti da echinococco del fegato, stando alle statistiche più ampie (Devé, Makkas, Toole, Kourias), solo il 2% circa va incontro a rotture in torace. Più rara è la rottura in pleura, con conseguente empiema bilio-idatideo, di quanto non sia la rottura nel polmone con formazione di fistola bilio-bronchiale, giacché, molto spesso, al processo infiammatorio che inevitabilmente, col passar del tempo, colpisce il pericistio ed il diaframma ad esso adeso, partecipa anche la pleura diaframmatica ed il polmone.

Infatti diversi Autori per tutte le cisti del fegato rotte in torace riferiscono percentuali che vanno dal 12 al 30% per le rotture in pleura e dal 70 all'88% per le rotture nel polmone [Devé: 21,6% contro 74,7% (3,3% rottura contemporanea in pleura e polmone); Kourias: 31% contro 69%; Sulis e Pirastu: 12,5% contro 85,5%; Ferro: 12,5% contro 87,5%; Monod e Weill: 15,4% contro 84,6%; Catucci: 33,4% contro 66,6%].

D'altra parte le statistiche dei diversi Autori variano a seconda degli Istituti nei quali essi operano: è chiaro che negli Istituti specializzati per malattie chirurgiche polmonari le complicazioni pleuriche e polmonari della C.E. del fegato rappresentano percentuali più alte di quanto non siano rappresentate in statistiche ampie di osservazione di cisti del fegato. Così per le fistole bilio-bronchiali le percentuali oscillano dall'1,2% al 18,7%: Biancalana riporta una percentuale del 18,7% (6 casi su 32 cisti del fegato), Cappellini e Galassi dell'8,9% (su 189

casi di echinococcosi epatica), Imperati dell'8%, Galassi, Sodaro e Dardi dell'8% (17 casi su 212), Fojanini e Monti del 6,9%, Martelli e Morganti dell'8,4% (su 71 casi), Bagolan del 5% (su 61 cisti del fegato), Docimo e Ferrante del 3,9% (su 76 casi), Giubilei e Moltoni del 3,5% (su 28 casi), Catucci del 3% (su 193 casi), Rubino dell'1,1% (su 95 casi), Chidichimo dell'1,9% (su 52 casi), Sommariva dell'1,2% (su 240 casi), Mestiri del 2,5% (su 146 casi), Devé del 2,5% (su 1743 cisti del fegato raccolte in letteratura), Kourias del 2,7% (su 1296 casi), Toole dell'1% (su 1250 casi), Ibba e Coll. dell'1,6% (su 6486 casi raccolti).

Per gli empiemi bilio-idatidei, invece, le percentuali oscillano dallo 0,77% all'8,7%: Lattanzio infatti riporta una percentuale dell'8,7% (su 69 casi), Biancalana del 3,1% (su 32 casi), Catucci dell'1,5% (su 193 casi), Rubino e Coll. dell'1,1% (su 95 casi), Kourias dello 0,77% (su 1037 casi).

La sintomatologia delle rotture delle C.E. del fegato in torace segue l'evoluzione anatomico-patologica della lesione. Così alla fase di compartecipazione del diaframma al processo patologico si accompagna una sintomatologia a tipo frenico che si somma alla sintomatologia propria della cisti del fegato: dolori gravativi alla regione ipocondriaca destra con irradiazione all'emitorace omologo, tosse secca, febbre di tipo bilio-settico, epatomegalia, specie a carico del limite superiore epatico, e sfregamenti pleurici basali.

In fase di rottura della cisti in torace la sintomatologia si distingue a seconda che la rottura avvenga in pleura o nei bronchi.

Per la rottura in pleura si hanno tutti i sintomi da versamento pleurico massivo infetto (tosse, dispnea, cianosi, febbre, ottusità percussoria, scomparsa del F.V.T., silenzio respiratorio) cui si accompagnano dolore puntorio alla base dell'emitorace interessato, irradiato verso la regione mammaria e la regione sopraclaveare (da irritazione delle terminazioni diaframmatiche del nervo frenico), ed i segni propri della rottura delle cisti idatidee (shock anafilattico e, dopo qualche giorno, eruzioni cutanee orticarioidi diffuse). Il versamento pleurico è giallo-verdastro (per presenza di pigmenti biliari) con i caratteri dell'essudato e contiene spesso elementi idatidei (scolici, uncini, frammenti di membrane cistiche) e frustoli necrotici (residui di tessuto epatico necrotizzato).

Se il paziente supera il grave shock anafilattico cui va incontro, le condizioni generali migliorano e il versamento pleurico massivo tende a riassorbirsi passando dalla fase di versamenti saccati distinti alla fase di versamento basale postero-laterale, giacché è in quella sede che generalmente avviene la perforazione diaframmatica, costituendo l'empima bilio-idatideo.

I segni radiologici di questa fase della malattia sono rappresentati dall'opacamento pleurico diffuso, nella fase acuta, seguito dall'instaurarsi di opacamento pleuro-basale postero-laterale, dalla presenza, in sede sotto-diaframmatica, di aree di iperdiafania, a volte con immagini di livelli idro-aerei, e sollevamenti del diaframma con immagine a pan di zucchero (caratteristici di processi espansivi sotto-frenici).

La diagnosi di natura e di sede scaturisce dalla conoscenza della malattia idatidea epatica e si basa, oltre che sui dati anamnestici e radiologici, anche, e specialmente, sui dati che si ricavano dalla toracentesi che mette in evidenza, nel versamento pleurico, la presenza di pigmenti biliari e di elementi propri dell'idatide (scolici, uncini, membrane). In assenza infatti di alcuni di tutti questi elementi, clinici, radiologici e laboratoristici, potrebbe sfuggire la diagnosi di sede, giacché la sintomatologia della rottura di una cisti del fegato in pleura è sovrapponibile a quella della rottura in pleura, anche se meno frequente, di una cisti del polmone; così come potrebbe sfuggire la diagnosi di natura giacché lo stesso quadro clinico e radiologico possono dare le rotture in pleura di ascessi subfrenici derivanti da processi patologici endoaddominali, o di ascessi epatici.

La rottura delle cisti nei bronchi si rivela con tosse stizzosa e dolore urente retrosternale, seguiti da vomica o da scarsa emissione di escreato giallo-verdastro, di sapore salato, contenente a volte piccole cisti figlie o frammenti di membrane cistiche, che si accompagna, in caso di vomica, a sintomi di asfissia per l'inondazione bronchiale. Se la perforazione epato-bronchiale è di scarsa entità, può mancare la vomica, ma persiste l'emissione di escreato, più o meno abbondante, con i caratteri che abbiamo elencato, sostenuto dall'aspirazione del contenuto della cavità cistica dovuta alla pressione negativa che si istituisce nella cavità stessa durante la inspirazione. Il paziente continua

nei giorni seguenti ad avere crisi di soffocazione con cianosi e dispnea ed emissione di escreato che si fa più scarso ma più palesemente a pigmentazione biliare, giacchè con la prima vomica il carattere biliare o può mancare, o può passare inosservato, o può, infine, essere scambiato con pigmento emoglobinico da emoftoe.

Tale sintomatologia, tipica della fistola bilio-bronchiale, a volte può essere incompleta per assenza di alcuni elementi, tanto che si possono instaurare dei quadri di infezione bronco-pneumonica di difficile interpretazione se non si hanno dati anamnestici che possano far pensare alla compartecipazione del polmone alla rottura di una cisti del fegato.

I segni radiologici si compendiano nella deformazione della cupola diaframmatica con zone di iperdiafania sottofrenica associata ad opacità della base polmonare, opacità più o meno estesa a seconda della compartecipazione, più o meno ampia, di tessuto polmonare al processo patologico.

L'esame broncografico, in casi fortunati, può mettere in evidenza il tramite fistoloso che fa comunicare la cisti con il bronco segmentario o sottosegmentario, giacchè, sia per la ristrettezza della comunicazione fistolosa, sia per la saltuaria impervietà del tramite in rapporto, oltre che alla ristrettezza, anche all'edema infiammatorio perifistoloso, sia per l'aspirazione verso l'alto del contenuto cavitario, in rapporto alla dinamica respiratoria, è raro che venga messo in evidenza il tragitto del tramite. Tuttavia, specie nei casi di lunga durata, l'esame broncografico ci può dare degli elementi che denunciano la partecipazione dei bronchi al processo patologico.

La diagnosi di natura e di sede si fonda sulla nozione di una preesistente cisti del fegato, cui si accompagna una sintomatologia polmonare, sulla presenza di pigmenti biliari e di elementi idatidei nell'escreato bronchiale, sul quadro broncografico di visualizzazione della fistola bronco-epatica.

Non sempre la diagnosi di sede si pone facilmente giacchè, come è accaduto nel caso da noi osservato, in assenza di escreato biliare, per comunicazioni cisto-biliari minime, e con quadri radiologici e broncografici eminentemente polmonari, si è portati a porre diagnosi preoperatoria di echinococcosi primitiva polmonare aperta nei bronchi. In questi casi può essere utile ri-

correre alla ricerca splenoportografica ed alla scintigrafia epatica che, mettendo in evidenza un processo espansivo intraepatico, condurrà alla giusta diagnosi di sede. Utili anche alla giusta diagnosi possono rivelarsi il pneumoperitoneo ed il pneumotorace diagnostici che metteranno in evidenza, rispettivamente, una scomparsa dello spazio epato-frenico ed il mancato collasso polmonare.

La prognosi di queste complicazioni è di estrema gravità, in rapporto allo shock anafilattico, in rapporto alle complicità della meccanica respiratoria, in rapporto alle conseguenze pleuriche e polmonari della suppurazione di cui la cisti primitiva era in preda, in rapporto alla gravità degli interventi chirurgici, alle volte reiterati, ai quali questi pazienti vanno incontro.

Nelle casistiche più estese, infatti, si registrano delle mortalità postoperatorie che sono del 21 % per Kourias, del 27 % per Toole, del 36,3 % per Demirleau, del 38,6 % per Devé. Va puntualizzato, comunque, che con la migliorata conoscenza diagnostica di queste complicazioni, con l'adozione dell'intervento precoce, con il progredire delle tecniche operatorie toraciche e toraco-addominali e dei presidi rianimativi, la prognosi di queste complicazioni ha subito in questi ultimi tempi, nei casi che non soccombono precocemente, un netto miglioramento. Così lo stesso Kourias, dopo il 1950, riporta una mortalità postoperatoria del 7 %, Galassi dell'11,7 %, Biancalana del 16,6 %.

La terapia non può essere che chirurgica e varia a seconda del tipo di complicazione e del momento in cui si interviene.

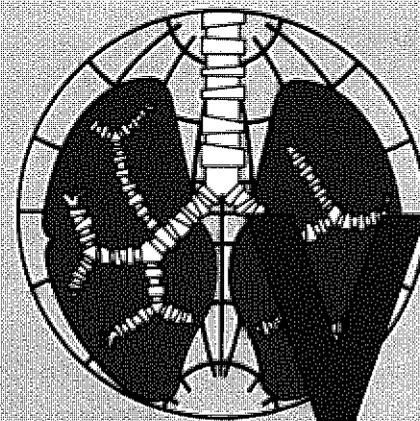
Nel caso di empiema bilio-idatideo acuto il primo presidio chirurgico è rappresentato dallo svuotamento dell'empiema stesso e dal drenaggio di esso.

In un secondo momento, a fatti flogistici acuti spenti e tossici superati, si interverrà con una toracotomia postero-laterale bassa, accompagnata da una frenotomia, e, se sarà il caso, da una laparotomia per dominare e trattare la cisti epatica iniziale o le cisti multiple di cui il paziente è affetto.

La toracotomia sarà utile, oltre che per la toilette del cavo pleurico empiematoso, anche a condurre una eventuale decorticazione sui tratti di parenchima polmonare che, qualche volta, per il lungo decorso delle lesioni, sono ricoperti da cotenne che impediscono la riespansione polmonare completa.

ventolin
capostipite di una nuova classe di broncodilatatori:
le **saligeninamine**

**broncodilatazione prolungata
senza effetti cardiovascolari**



ventolin
Glaxo

ventolin (salbutamolo glaxo)

il ventolin è indicato per la risoluzione del broncospasmo in:

- tutti i tipi di asma bronchiale
- bronchiti croniche
- enfisema



inalatore da 20 mg di salbutamolo

l'inalatore, grazie ad una speciale valvola dosatrice, fornisce 200 erogazioni, corrispondenti ciascuna a 100 µg di salbutamolo aerosolizzato.

POSOLOGIA: una-due inalazioni con un intervallo di almeno 1 minuto da ripetersi, se necessario, ogni 4 ore.

scatola da 30 compresse da mg 2 di salbutamolo

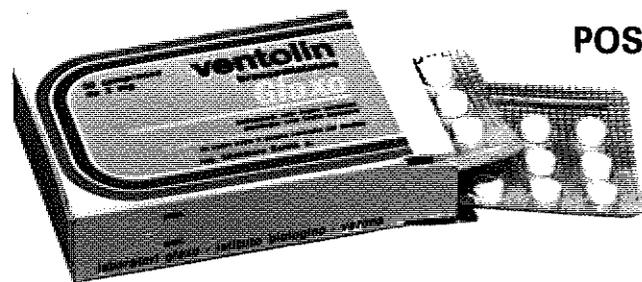
POSOLOGIA: bambini

3-6 anni: ½ compressa
3-4 volte al dì

6-12 anni: 1 compressa
3-4 volte al dì

adulti 1 compressa
3-4 volte al dì

nei casi in cui le particolari condizioni del paziente lo richiedano, la dose singola può essere raddoppiata.



Una volta trattata la lesione epatica, con uno dei vari interventi atti a dominare le cisti del fegato, interventi che saranno adeguati al tipo di lesione, alla sede di essa ed alle condizioni generali del malato, il diaframma sarà accuratamente ricostruito e sarà drenata la cavità pleurica in aspirazione.

Nel caso di fistola bilio-bronchiale, se l'intervento è eseguito precocemente e la fistola è di minime dimensioni, da alcuni Autori è consigliato un intervento laparotomico che, da solo, ha dato dei buoni risultati giacchè la fistola bronchiale, minima, che non si accompagna a gravi lesioni del parenchima polmonare perifistoloso, si chiude spontaneamente una volta trattato il focolaio primitivo epatico che sosteneva il tramite fistoloso.

Nei casi di più vecchia data, o di fistola ampia, nei quali il tessuto polmonare perifistoloso è sicuramente in preda ad un processo di sclerosi infiammatoria, l'intervento più indicato è la toracotomia, preferibilmente postero-laterale, accompagnata anche in questo caso da una frenotomia ed eventuale laparotomia. La toracotomia darà la possibilità di trattare adeguatamente, oltre che il tramite fistoloso ed il bronco segmentario o sottosegmentario che in esso si apre, anche quelle parti di parenchima polmonare che funzionalmente non saranno più efficienti per il processo sclero-infiammatorio a carico di esso istituitosi. Così l'intervento sul polmone potrà andare da una semplice sutura del bronchiolo che affaccia nel tramite fistoloso, alla resezione atipica di un piccolo tratto di parenchima polmonare, fino alle exeresi tipiche segmentarie, lobari o plurilobari in rapporto alla estensione delle lesioni anatomopatologiche del parenchima polmonare.

Il tempo frenico ed addominale, che non differiscono da quello accennato per l'empiema bilio-idatideo, completerà l'intervento.

In tutti i casi è indispensabile preoperatoriamente assicurarsi che la via biliare principale sia pervia se si vuole sicuramente e definitivamente dominare la lesione.

Se tale assicurazione non la si è potuta ottenere preoperatoriamente, sarà indispensabile aggiungere alla toraco-frenotomia anche la laparotomia, che metterà in condizioni di esplorare la via biliare principale e di portare su di essa eventuali interventi atti a stabilirne la completa pervietà.

La laparotomia riesce anche utile per il fatto che mette l'operatore nelle migliori condizioni di esplorazione di tutto il fegato nel quale, oltre alla cisti aperta nella pleura o nel tessuto polmonare, possono indoversi altre cisti, così come noi abbiamo osservato in due dei nostri casi.

Nel nostro servizio chirurgico abbiamo avuto la possibilità di osservare, su 32 casi di cisti da echinococco del fegato operate, 3 casi di cisti fistolizzate in torace, pari al 9,6%. Due, pari al 6,4%, erano rappresentati da empiema bilio-idatideo cronico ed uno, pari al 3,2%, era rappresentato da una fistola bilio-bronchiale.

Tutti e tre i casi sono passati a guarigione completa.

CASO I. — P. G., da Avigliano (PZ), di anni 79. Entra in Divisione il 19-5-1958.

A.F.: Negativa.

A.P.R.: Riferisce che nei primi mesi del 1955, in pieno benessere, fu colto da un dolore alla base toracica destra che si accompagnò ad orticaria e modica temperatura febbrile. Gli fu diagnosticata una pleurite e seguì una terapia in seguito alla quale ottenne scomparsa della sintomatologia ed, a suo dire, guarigione. A distanza di qualche mese da questo episodio acuto, il paziente fu ricoverato in Ospedale perchè si lamentava di un dolore gravativo all'ipocondrio destro. Fu diagnosticata una cisti da echinococco del fegato e sottoposto ad intervento chirurgico. Dopo una degenza di circa due mesi fu dimesso guarito.

A.P.P.: E' stato bene fino ad alcuni mesi fa, epoca in cui ha ricominciato ad avvertire un dolore gravativo alla regione ipocondriaca di destra che si accompagnava a difficoltà di digestione e ad inappetenza.

E.O.G.: Condizioni di nutrizione e sanguificazione discrete. Pannicolo adiposo scarso. Assenza di linfonodi di particolare carattere patologico nelle stazioni ghiandolari palpabili.

Apparato cardio-circolatorio: Toni deboli sui focolai di ascoltazione cardiaca. Aia di ottusità cardiaca leggermente ingrandita.

Apparato respiratorio: F.V.T. assente alla base toracica destra; ipomobilità della base polmonare destra ed ottusità in corrispondenza di essa; murmure vescicolare assente alla base di destra; qualche rantolo a grosse bolle sui due ambiti polmonari.

Addome: di forma e volume normale. In sede ipocondriaca destra si rileva una cicatrice chirurgica, guarita per seconda intenzione, in senso trasversale; tumefazione all'ipocondrio destro, che fuoriesce di 10 cm. dall'arcata co-

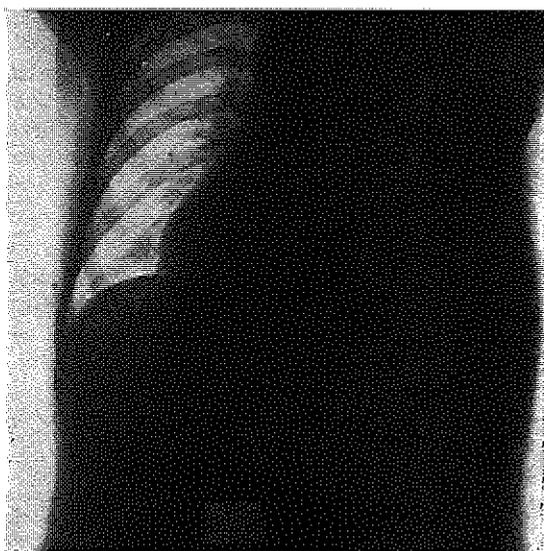


Fig. 1.



Fig. 2.

stale, della grandezza e forma di una grossa arancia, poco dolente, di consistenza duro-elastica, a superficie liscia, facente corpo col fegato. La percussione conferma i dati palpatori e non mette in evidenza liquido libero intraperitoneale. Milza nei limiti della norma.

Nulla a carico degli altri organi ed apparati. Esami di laboratorio: Urina, azotemia, glicemia, prove di funzionalità epatica, bilirubinemia nei limiti della norma.

Esame emocromocitometrico: Gl.R. 3.200.000; Hb 60; V.Gl. 0,90; Gl.B. 5.200; N. 48 %, L. 48 %, E. 4 %.

Casoni e Ghedini: Weinberg: Negative.

Esami radiologici: Diretta epatica: epatomegalia: Rx torace: opacamento pleurico basale destro.

La toracentesi dà esito a pochi cc. di liquido verdastro per presenza di pigmenti biliari.

Per i caratteri clinici della tumefazione dell'ipocondrio di destra e tenuto conto dei dati anamnestici, degli esami radiologici e degli esami di laboratorio, si pone diagnosi di cisti da echinococco del fegato aperta in pleura con empiema bilio-idatideo saccato.

Intervento (30-5-1958): Toracotomia destra transcostale sulla IX costa. Si rinviene una sacca pleurica ripiena di poltiglia di membrane cistiche, di color giallo-verdastro, che viene svuotata. Nella parte postero-laterale del diaframma si mette in evidenza una perforazione che fa comunicare la sacca pleurica con una grossa cavità cistica del fegato, ripiena anche essa di una poltiglia giallo-verdastro con residui di membrane. La cavità cistica del fegato occupa tutto lo spessore epatico fino ad estrin-

secarsi sulla sua faccia anteriore. Attraverso la frenotomia, eseguita per mettere in luce la sacca epatica, si procede allo svuotamento della sacca stessa. Si esegue una laparotomia minima in corrispondenza del punto più declive della sacca epatica e, previa resezione parziale del pericistio, si marsupializza la cisti alla breccia laparotomica. Sutura a strati del diaframma e della toracotomia previo drenaggio in aspirazione.

Il decorso postoperatorio fu normale. A ri-espansione completa del polmone destro, si elimina il drenaggio in aspirazione. Dopo circa 3 mesi di degenza il paziente viene dimesso completamente guarito.

Dalla storia clinica si deduce che quasi certamente questo paziente, nel 1955, era andato incontro ad una perforazione della sua cisti del fegato in pleura con l'istituzione di un empiema bilio-idatideo che era passato misconosciuto sia in fase di perforazione acuta, sia all'atto del primo intervento eseguito per sola via addominale che non permise il completo dominio della lesione. Interessante il fatto che, malgrado fossero passati tre anni dall'istituirsi dell'empiema idatideo, dopo lo svuotamento della sacca pleurica si sia avuta una ri-espansione completa del polmone che ha evitato al paziente un ulteriore intervento di decorticazione o di toracoplastica.

CASO 2. — B. M., da Rapolla (PZ), di anni 60. Entra in Divisione il 12-7-1966.

A.F.: Negativa.

A.P.R.: E' stato sempre bene fino al 2-2-1961,

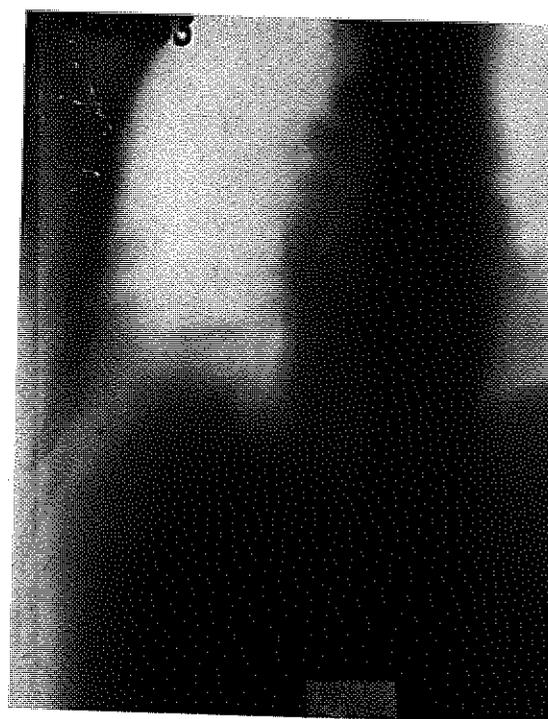


Fig. 3.

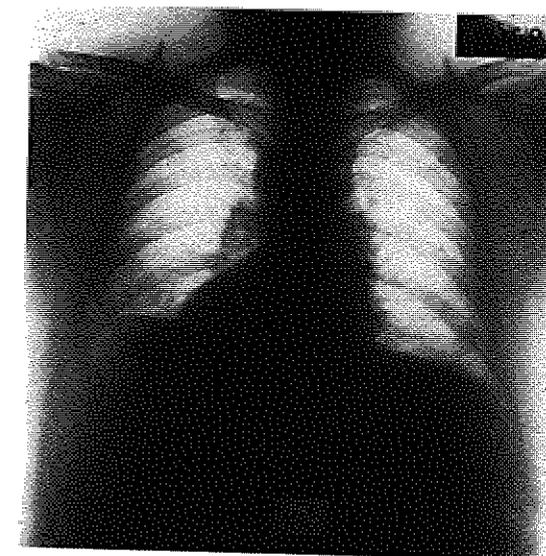


Fig. 4.

giorno in cui, nel sollevare un peso avvertiva un improvviso dolore all'ipocondrio e all'emitorace destro, con irradiazione alla regione mammaria ed alla fossa sopraclavare omolaterale. Tale dolore si accompagnava ad eruzione orticarioide cutanea diffusa, a febbre e a dispnea con crisi asfittiche. Non espettorazione. In un Reparto Medico ospedaliero, in base ai dati clinici (ottusità massiva su tutto l'emitorace destro, con assenza completa del M.V. e del F.V.T., epatomegalia dolente), laboratoristici (leucocitosi con 17 % di eosinofili, liquido pleurico di color giallo-verdastro a Rivalta positiva) e radiologici (opacamento massivo dell'emitorace destro) (figura 1), veniva posta diagnosi di probabile cisti da echinococco suppurata della faccia superiore del fegato con pleurite reattiva. Fu sottoposto a terapia medica accompagnata da toracentesi frequenti con esito di liquido giallo-verdastro torbido, in attesa di trasferimento in Reparto Chirurgico per intervento. Dopo due mesi di degenza il paziente chiedeva la dimissione e si faceva ricoverare in altro Ospedale (maggio 1961). Ne veniva dimesso, sempre su sua richiesta, dopo un mese di degenza con diagnosi di cisti da echinococco del polmone rotta in pleura (erano stati riscontrati nel liquido pleurico uncini di tenia da echinococco). Il paziente peregrinava ancora di ospedale in ospedale dal 1961 al 1966; rifiu-

tando sistematicamente gli interventi chirurgici propostigli per le diagnosi di volta in volta diverse (luglio 1961, diagnosi: C.E. del fegato aperta in cavo pleurico; maggio 1965, diagnosi: pachipleurite secondaria ad empiema di origine echinococcica; giugno 1966, diagnosi: echinococcosi polmonare in parte rotta in pleura), finché in 12-7-1966 si faceva ricoverare presso il nostro Servizio Chirurgico.

A.P.P.: Il paziente si lamenta di un dolore gravitativo all'ipocondrio destro che si accompagna a tosse secca e a dolenzia dell'emitorace destro durante gli atti respiratori. Denuncia altresì decubito preferibilmente destro per disturbi dispnoici che intervengono nel decubito sinistro.

E.O.G.: Condizioni generali buone. Sensorio vigile. Assenza di edemi. Nulla a carico del sistema linfoglandolare, muscolare ed osteo-articolare.

Apparato cardio-vascolare: Nulla a carico del cuore e dei grossi vasi.

Apparato respiratorio: Ipomobilità respiratoria dell'emitorace destro nella cui metà inferiore postero-laterale si apprezza ipofonesi con abolizione del F.V.T. e diminuzione del M.V. Nulla a carico dell'emitorace sinistro.

Addome: Cicatrice ombelicale normalmente retratta. Il margine inferiore del fegato fuoriesce, sulla mammillare, di due dita dall'arcata costale, con superficie liscia, non dolente. Milza nei limiti della norma. Non tumefazioni o liquido libero intraperitoneale. Nulla a carico degli altri sistemi ed apparati.

Esami di laboratorio: Urina, Azotemia, Gli-



Fig. 5.

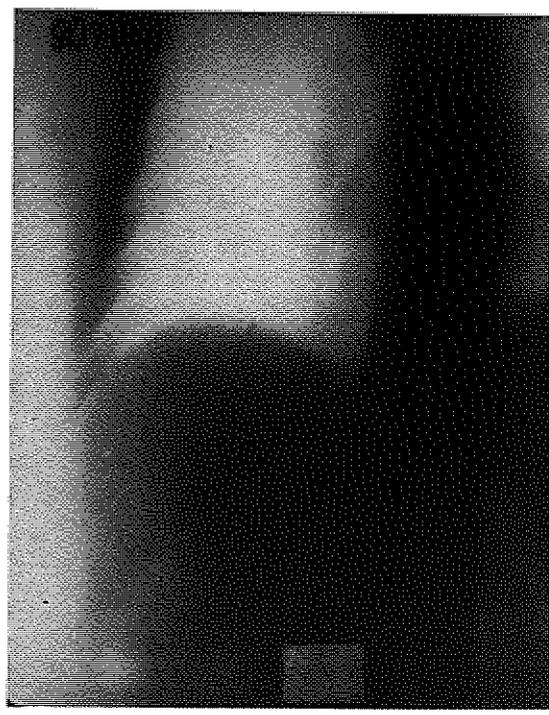


Fig. 6.

cemia, Prove di F.E., Proteinemia: nei limiti della norma.

Esame emocromocitometrico: Gl.R. 4.150.000; Hb 85; V.Gl. 1,00; Gl.B. 7.600; N. 55%; L. 30%; E. 12%, M. 3%.

Casoni: Positiva.

La toracentesi dà esito a limitata quantità di liquido giallo-verdastro contenente dei frustoli biancastri che all'esame istologico risultano essere composti da scolici, uncini e membrane chitinose.

Esami radiologici: Rx torace: Opacamento pleurico basale destro (fig. 2) che in proiezione laterale appare come una formazione emisferica della parete posteriore dell'emitorace a margine anteriore netto e convesso (pleurite saccata).

Stratigrafia emitorace destro: Non formazioni cistiche a carico del polmone destro; deformità a pan di zucchero dell'emidiaframma destro (fig. 3) da neoformazione sottofrenica.

Diagnosi: Cisti da echinococco della cupola epatica suppurata ed aperta in pleura con empiema bilio-idatideo saccato.

Intervento (5-8-1966): Toracotomia postero-laterale transcostale sulla IX costa. Svuotamento della sacca pleurica della grandezza di una testa di feto ripiena di residui di cisti figlie idatidee macerate e poco liquame giallo-verdastro. La cavità pleurica saccata comunica,

attraverso una piccola perforazione del diaframma situata sulla regione posteriore, con una cisti della grandezza di un'arancia della regione supero-posteriore del fegato. Il diaframma in quella sede è sclerotico. Frenotomia e svuotamento della cisti che contiene anch'essa cisti figlie macerate. Nella parete mediale ed anteriore di questa cisti aperta in pleura, si rinviene altra cisti sterile della grandezza di un mandarino che, dopo formalizzazione, viene aperta e svuotata e viene messa in comunicazione con la prima, mediante asportazione di gran parte della parete epatica di separazione, in modo da formare un'unica cavità che viene marsupializzata in posizione laterale destra addominale dopo sutura completa del diaframma e della toracotomia a strati previo drenaggio in aspirazione della cavità pleurica.

Decorso postoperatorio: febbrile per il primi 20 giorni, normale per il seguito. A riespansione completa del polmone destro, avvenuta dopo dieci giorni, si rimuove il drenaggio pleurico in aspirazione. Ad un mese dall'intervento un controllo radiografico (fig. 4) fa apprezzare una buona espansione della base polmonare destra con elisione del cavo pleurico ed una cavità (fig. 5) sottodiaframmatica intraepatica (esito delle due grosse cisti) della grandezza e forma di uno spicchio di arancia. Tale cavità intraepatica va man mano colmandosi fino a



Fig. 7.



Fig. 9.

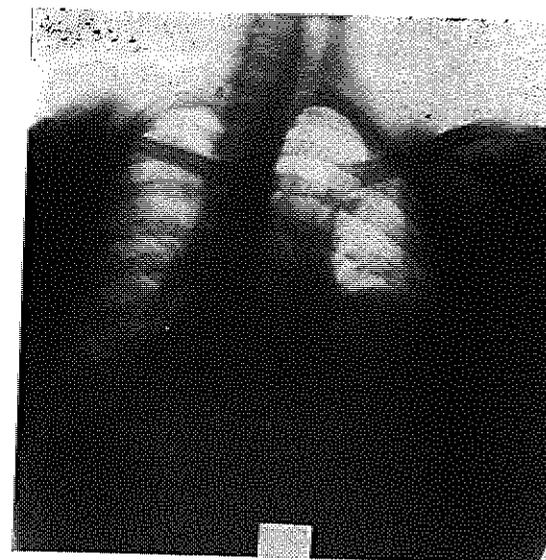


Fig. 8.

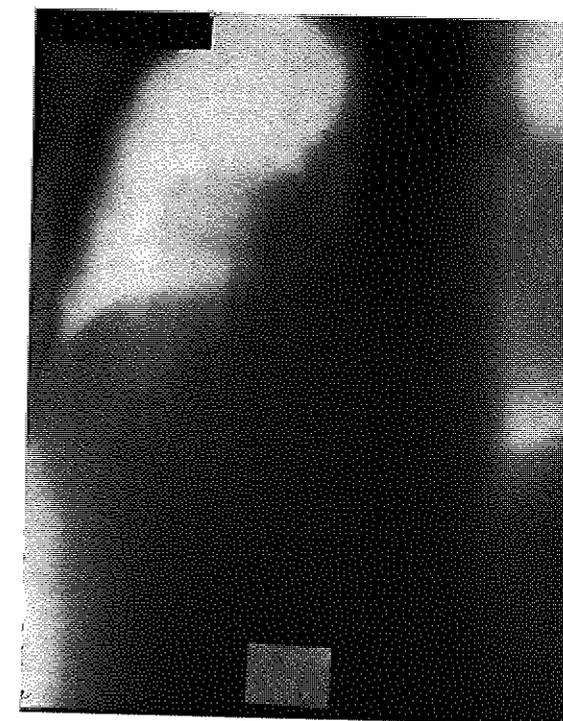


Fig. 10.



Fig. 11.



Fig. 12.

guarigione completa avvenuta a 70 giorni dall'intervento.

Un controllo stratigrafico ad un anno dalla dimissione (fig. 6) ha evidenziato la stabilità della guarigione della lesione ed il normale aspetto della cupola diaframmatica che presenta contorno netto e regolare.

L'interesse di questo caso sta nel fatto che nel lungo decorso della malattia (5 anni dall'inizio all'intervento) siano state affacciate di volta in volta le diagnosi più disparate, il che sta a testimoniare le difficoltà diagnostiche che tali lesioni presentano, data la loro sede che può far risalire la malattia primitiva sia ad organi endoaddominali che ad organi endotoracici. Anche in questo paziente, malgrado il lungo decorso patologico, non sono residuati postumi sugli organi toracici che, per la verità, noi ci aspettavamo e che si avrebbero costretti a reinterventi successivi per la loro eliminazione.

Caso 3. — A. A., da Potenza, di anni 39. Entra in Divisione il 7-3-1964.

A.F.: Negativa.

A.P.R.: Alcuni anni fa operata di cisti ovarica e di poliposi del canale cervicale dell'utero.

A.P.P.: Da qualche mese la paziente ha notato degli accessi di tosse con espettorato modico e striato di sangue. Il giorno precedente all'in-

gresso in Divisione, in seguito ad accesso di tosse, ha emesso una discreta quantità di liquido mucoso, di sapore salato, al quale erano frammentate delle vescicole bianche. Non ha avvertito temperatura febbrile né altri sintomi di rilievo.

E.O.G.: Condizioni generali buone. Sensorio integro. Stazioni linfoghiandolari indenni. Polso e respiro a caratteri normali.

Apparato cardio-circolatorio: Non presenta alterazioni di rilievo.

Apparato respiratorio: Torace normalmente espansibile. Abolizione del F.V.T. alla base dell'emitorace di destra. Ipoforesi non spostabile al piano polmonare medio ed inferiore con diminuzione del M.V. Rantoli a medie bolle nella parte alta dell'emitorace destro. Nulla a carico dell'emitorace sinistro.

Addome: globoso con cicatrice ombelicale introflessa. Cicatrice chirurgica ombelico-pubica ben consolidata. Organi ipocondriaci nei limiti fisiologici. Non tumefazioni né segni di versamento libero intraperitoneale.

Nulla a carico degli altri organi ed apparati. Esami di laboratorio: Urina, Azotemia, Glicemia, Proteinemia, Prove di Funzionalità Epatica: nei limiti della norma.

Esame emocromocitometrico: Gl. R. 4.300.000; Hb. 70; V. Gl. 0,80; Gl. B. 11.000; N. 53 %, L. 30 %, E. 11 %, M. 6 %.

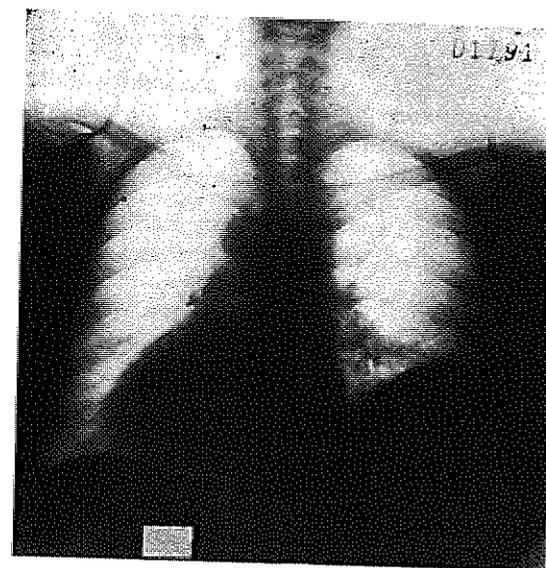


Fig. 13.

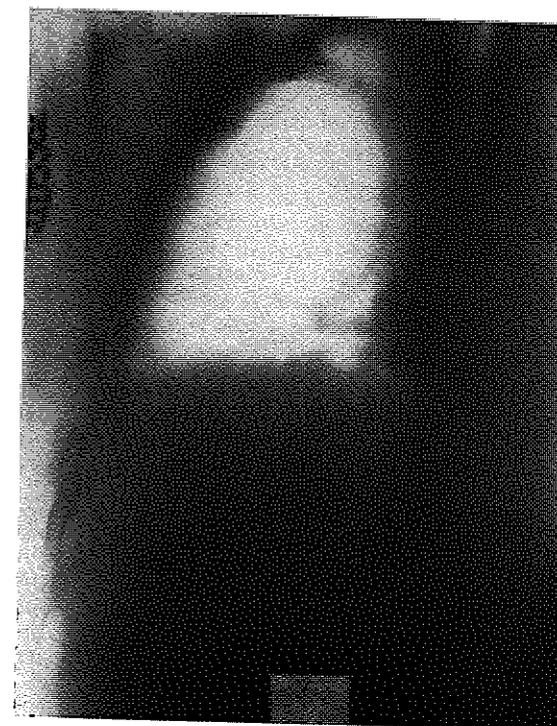


Fig. 14.

Casoni: positiva (+ +).

Esami radiologici: Rx torace: in antero-posteriore formazione rotondeggiante della grandezza di un'arancia, di opacità omogenea, a contorni netti interessante il seno costo-frenico (fig. 7); la stessa formazione si mette in evidenza nella proiezione O.A.S. (fig. 8); in proiezione laterale tale formazione sembra interessare il lobo polmonare medio (fig. 9).

Stratigrafie in frontale (fig. 10) ed in laterale (fig. 11): suffragano la precedente interpretazione.

Broncografia (fig. 12): tutto il sistema bronchiale di destra appare sospinto in fuori. I rami segmentari del bronco lobare superiore appaiono sospinti in alto e raggruppati. I rami segmentari del bronco lobare inferiore appaiono affastellati. Il bronco lobare medio non appare iniettato. In proiezione laterale i rami segmentari bronchiali appaiono modellati ad impronta sulla formazione.

In base ai dati clinici, laboratoristici e radiografici si pone diagnosi di cisti da echinococco del lobo medio del polmone destro parzialmente aperta nei bronchi.

Intervento (25-3-1964): Toracotomia postero-laterale destra nel VI spazio intercostale. Aperta la cavità toracica si rinviene il lobo medio del polmone libero ma compresso dal basso da una formazione cistica sottodiaframmatica che collassa tutto il lobo polmonare. Tale cisti è della grandezza di una testa di feto e comprime in senso medio-laterale i segmenti basali del lobo inferiore del polmone. Questo, nel suo segmento posteriore, è aderente fortemente al diaframma col quale fa corpo. In corrispondenza di esso,

nella regione sottodiaframmatica, si rileva palpatariamente un'altra tumefazione cistica della grandezza di un mandarino. Nell'isolamento del lobo polmonare inferiore si mette in evidenza un tramite fistoloso che fa comunicare detta cavità cistica sottodiaframmatica con il segmento basale posteriore del polmone destro. Isolato il lobo polmonare inferiore dalle aderenze diaframmatiche si procede a resezione atipica di tessuto polmonare del segmento posteriore basale, in preda a processo di sclerosi, insieme col tramite fistoloso, ed a resezione parziale del diaframma perifistoloso; si chiudono i bronchioli aperti a punti staccati e si procede a pneumorrafia. Si apre indi ampiamente il diaframma e si procede a laparotomia sezionando l'arcata cartilaginea della VI e VII cartilagine costale per il trattamento delle cisti epatiche. Oltre a quella fistolizzata nel lobo polmonare inferiore ed a quella che mentiva la cisti del lobo polmonare medio, si rinvennero altra cisti della cupola epatica, postero-laterale, che viene svuotata e marsupializzata per via transpleurodiaframmatica nell'VIII spazio intercostale, ed altre due cisti poste in situazione antero-mediale a quella della cupola epatica che collassava il lobo polmonare medio. Queste due cisti, svuotate, vengono messe in comunicazione ed a piatto, mediante asporta-

zione di tessuto epatico che ne costituisce la parete di separazione, e marsupializzate sulla breccia laparotomica. La cisti fistolizzata nel lobo polmonare inferiore viene svuotata ed, eseguita la pericistectomia, ne viene eliso il cavo con affondamento dei margini della cavità stessa. Altre tre piccole cisti, della grandezza di una ciliegia, della faccia antero-mediale del fegato, vengono asportate con una resezione economica di tessuto epatico, seguita da epatorafia. Ricostruzione del diaframma, sutura a strati della laparotomia e della toracotomia con drenaggio pleurico declive in aspirazione.

Decorso postoperatorio: in 4ª giornata, con polmone completamente a parete, viene eliminato il drenaggio pleurico. Le cavità marsupializzate man mano vanno colmandosi e la paziente viene dimessa completamente guarita dopo una degenza di 3 mesi.

Un controllo radiologico eseguito a 4 mesi dall'intervento (fig. 13) conferma la completa guarigione. Residua solo un sollevamento della cupola diaframmatica con strie di atelettasia lamellare sopradiaframmatica ed ispessimenti parieto-basali. Un esame radiografico eseguito a distanza di un anno dall'intervento (fig. 14) ha dato lo stesso quadro iconografico.

Lo studio di questo caso riconferma le difficoltà di diagnostica differenziale tra cisti sopra e sottodiaframmatiche. Gli esami radiologici e broncografici, infatti, depongono per una cisti del lobo medio del polmone, diagnosi che veniva anche suffragata dall'assenza, nell'escreato bronchiale, di elementi che facessero pensare ad una cisti del fegato aperta in un bronco. Tutta la sintomatologia indirizzava ad una lesione sopradiaframmatica.

Dal lato terapeutico l'interesse di questo caso è rappresentato dal fatto che, in un unico tempo, si sono potute trattare chirurgicamente oltre che la fistola epato-bronchiale, anche tutte le numerose cisti (n. 8) che erano indovate nel fegato. E, date le loro disparate sedi di dislocazione nel tessuto epatico, si è dovuto, in questo caso, eseguire una gamma di trattamenti delle cisti da echinococco del fegato, dalla marsupializzazione, alla pericistectomia, alla resezione parziale atipica, interventi che hanno portato la paziente alla completa guarigione.

Conclusioni

Fra le complicazioni delle cisti da echinococco del fegato, quelle pleuro-polmonari, anche se rare, rivestono una grande importanza perchè impongono dei problemi diagnostici, prognostici e terapeutici di rilievo:

— diagnostici perchè non sempre è facile porre una diagnosi di natura e di sede della

lesione iniziale, trattandosi di lesioni che sono a cavallo tra il torace e l'addome alto;

— prognostici perchè gli ammalati, nella fase acuta, corrono serio pericolo di vita per lo shock anafilattico grave cui possono andare incontro a seguito della rottura della cisti nella pleura, o per i pericoli di asfissia a seguito dell'apertura nei bronchi; perchè possono andare incontro, anche se questa è un'evenienza molto rara, ad un innesto pleurico secondario dell'idatide, in caso di rottura di pleura; perchè possono istituirsi delle lesioni polmonari, in caso di perforazione in un bronco, che, in fase di trattamento, potrebbero determinare il sacrificio di vaste zone di parenchima polmonare;

— terapeutici perchè, nonostante i migliorati trattamenti chirurgici, ancora oggi la terapia di queste lesioni comporta una mortalità abbastanza alta in rapporto alle difficoltà tecniche che le lesioni stesse possono determinare.

BIBLIOGRAFIA

- Bagolan P.: «La nostra esperienza chirurgica sull'idatidiosi epatica». Gazz. San., XXXV, 340, 1964.
 Bazan P.: «Concetti generali sull'idatidiosi». Arch. Atti 66° Congr. Soc. It. Chir., Vol. I, 24, 1964.
 Bernard M., Maret G., Cosson R.: «Le migration thoracique transdiaphragmatique des lesions de la corticalité du foie». Lyon Chir., 55, 835, 1950.
 Biancalana L.: «Idatidiosi del fegato». Gazz. San., XXXV, 328, 1964.
 Cappellini G., Galassi G.: «Le fistole biliobronchiali di origine idatidea». Gazz. San., XXXV, 368, 1964.
 Catucci G.: «La rottura intrapleurica di cisti da echinococco viscerali primitive». Omnia Med. et Ther., XLV, 719, 1967.
 Chidichimo G., D'Alessandro L. C., Venuti V. M.: «La chirurgia della idatidiosi epatica secondo i moderni concetti di anatomia chirurgica del fegato». Arch. Atti 66° Congr. Soc. It. Chir., Vol. II, 288, 1964.
 De Maria A., Cozzi F.: «Sulla echinococosi epatica in età pediatrica». Arch. Atti 66° Congr. Soc. It. Chir., Vol. II, 341, 1964.
 Demirleau G.: «Traitement des Kistes hydatiques du foie ouverts dans les bronches ou la plevre». Mém. Acad. Chir., 82, 470, 1956.
 Devé F.: «L'échinococcose primitive». Ed. Masson, Paris, 1949.
 Devé F.: «L'ouverture des kistes hydatiques du foie dans le poumon et les bronches». V Congr. ann. Sci. Méd. Oran, 1935.
 Docimo R., Ferrante G.: «La nostra esperienza sull'idatidiosi epatica». Arch. Atti 66° Congr. Soc. It. Chir., vol. II, 360, 1964.
 Ferro A., Loyarte H., Curutchet J. L., Tasende D. F.: «Consideraciones generales acerca de los quistes hidaticos calcificados del higado. Su tratamiento actual». Atti 7° Congr. Inter. Idatidol., 19, 490, 1960.

- Fojanini G., Monti G. F.: «Sulle complicanze toraciche della echinococosi epatica: fistola biliopleurica e fistola bilio-bronchiale». Arch. Ital. Chir., 85, 327, 1959.
 Fossati G.: «Considerazioni clinico-statistiche sulle cisti da echinococco del fegato aperte nei bronchi». Gazz. San., XXXVII, 190, 1966.
 Galassi G., Sodaro A., Dardi F.: «Sui risultati del trattamento chirurgico di 212 casi di cisti da echinococco del fegato». Arch. Atti 66° Congr. Soc. It. Chir., vol. II, 403, 1964.
 Galassi G., De Bella E.: «L'idatidiosi epatica nel bambino». Arch. Atti 66° Congr. Soc. It. Chir., vol. II, 399, 1964.
 Giubilei G., Moltoni G.: «La nostra esperienza in tema di cisti da echinococco». Arch. Atti 66° Congr. Soc. It. Chir., vol. II, 419, 1964.
 Ibba e Coll.: Citato da De Maria A. c Cozzi F.
 Imperati L.: «Le fistole bilio-bronchiali di origine idatidea». Gazz. San., XXXV, 333, 1964.
 Kourias B.: «Complications principales des kistes hidatiques du foie». J. de Chir., 94, 35, 1967.
 Kourias B.: «Kistes hidatiques du foie ouverts dans le poumon et les bronches». J. de Chir., 74, 138, 1957.
 Lattanzio R.: «Risultati attuali nella cura dell'echinococosi umana. Su 320 casi operati». Arch. Atti 66° Congr. Soc. It. Chir., vol. II, 436, 1964.
 Makkas M.: «Statistiques de l'échinococcose humaine en Grèce». Arch. Intern. de la hidatidiosis, 12, 61, 1951.
 Martelli A., Morganti I.: «Complicanze polmonari nella idatidiosi epatica». Gazz. San., XXXV, 346, 1964.
 Mestiri S.: «Les kystes compliqués du foie en Tunisie. Intérêt de la kystectomie». Gazz. San., XXXV, 365, 1964.
 Monod O., Weill J.: Citati da Catucci C.
 Rubino M., Gabrieli G., Oliva V.: «Rilievi clinico-statistici su 95 casi di echinococosi epatica». Arch. Atti 66° Congr. Soc. It. Chir., vol. II, 632, 1964.
 Sommariva V.: «L'idatidiosi epatica». Arch. Atti 66° Congr. Soc. It. Chir., vol. I, 233, 1964.
 Sulis E., Pirastu F.: «Echinococosi epatica e splenica». Ed. Abruzzini, Roma, 1959.
 Toole H., Proiatoridis J., Pangalos N.: «Intrapulmonary rupture of hidatid cistis of the liver». Thorax, 8, 274, 1953.

[Indirizzo degli Autori:

G. Pesce
 Via Tansillo
 85100 Potenza]

Libri

P. Bucalossi, U. Veronesi: Oncologia clinica. - Tre volumi rilegati di 2.560 pagine, con 1.679 figure in nero ed a colori e 364 tabelle. - Ed. Ambrosiana, Milano. - Lire 80.000.

«Oncologia clinica» può considerarsi in Italia il fratello maggiore di «Clinical oncology», l'ormai famoso manuale edito ad opera del Comitato per l'Educazione Professionale dell'Unione Internazionale contro il Cancro (U.I.C.C.).

All'opera che porta il nome dei due oncologi milanesi P. Bucalossi ed U. Veronesi, hanno dato il loro apporto oltre 90 Autori cui va la responsabilità dei 77 capitoli raccolti in tre volumi per complessive 2.456 pagine, cui si deve aggiungere il ricco indice analitico.

Questi semplici dati numerici danno idea della importanza dell'opera, che è senza dubbio di utilità ed interesse non solo per gli oncologi ma per quanti nell'ambito delle scienze mediche sono interessati per un verso o per l'altro al problema dei tumori.

Il primo volume è dedicato ad argomenti di indole generale, con nozioni di base e cliniche, ed a problemi organizzativi ed assistenziali.

Nei due volumi successivi sono trattati i vari capitoli della patologia oncologica, ed in essi è possibile ritrovare tutte le relative nozioni eziopatogenetiche ed anatomopatologiche, diagnostiche, prognostiche e curative; assai utili anche sono i dati delle sopravvivenze, con confronti tra i risultati ottenuti da diversi e qualificati Autori.

E' giusto l'affermare che questa opera occupa meritatamente uno spazio che in Italia era rimasto disabitato, nel senso che non esisteva una trattazione realmente e compiutamente oncologica.

Anche la veste tipografica è assai dignitosa, e bene contribuisce al successo del Trattato.

A. Oliaro

L. S. Filippi: Maturità umana e celibato. (Problemi di psicologia dinamica e clinica). - Ed. La Scuola, Brescia, 2ª edizione. - Un volume di pagine 362. - Prezzo: Lire 2.800.

Questo studio dello psichiatra romano Dott. Filippi potrebbe intitolarsi anche «I problemi psicodinamici della maturazione e delle scelte umane».

In effetti l'Autore espone, con chiarezza accessibile anche al profano e con rigore scientifico, il cammino di crescita della personalità verso una maturità sufficiente per compiere delle scelte «autentiche» (e valide anche sotto il profilo etico e giuridico): delle scelte cioè non solo sincere, ma anche «vere», che non siano il camuffamento di bisogni infantili inconsci.

Esamina dunque gli ostacoli che si incontrano in tale sviluppo psicoaffettivo e umano globale; i quadri di piccola e grande immaturità che spesso ne derivano e la loro interpretazione psicodinamica; le pseudovocazioni che possono conseguire; i rimedi per l'immaturità oggi disponibili (psicoterapie individuali e di gruppo, psicoterapie della famiglia,

tecniche del «dialogo» e della «partecipazione» e via via fino alle modalità di intervento più recenti).

E' piacevole, seguendo l'esposizione, osservare come l'Autore serenamente dimostri che il massimo grado di maturità possibile per la maggioranza è, com'è noto, l'accettare di essere... immaturi, ma capaci di crescere tutta la vita. Ciò non toglie che dinanzi a scelte molto impegnative, come il matrimonio o il celibato religioso — sul quale l'Autore ha centrato in alcuni capitoli la sua attenzione —, occorre che gli interessati e gli operatori sociali si pongano con serietà il problema della loro autenticità, senza la quale spesso tali scelte sono destinate a fallire: come con tanta frequenza oggi si constata.

A questo proposito l'Autore fa notare in particolare che il grado di maturità necessario per «sublimare» le pulsioni sessuali (e aggressive) nella scelta celibataria è il frutto di una serie di circostanze — personali, familiari, sociali — che raramente si verificano tutte insieme, specie oggigiorno. Perciò i candidati e i responsabili devono usare una speciale oculatezza e farsi ampiamente aiutare — un certo tempo prima dell'impegno definitivo — dalle tecniche psicodiagnostiche e psicoterapeutiche convenienti.

Queste ovviamente aiuteranno anche i soggetti che scoprissero di aver seguito una «pseudovocazione» a trovare la propria strada e ad inserirsi armoniosamente in essa.

La prefazione alla 1ª edizione, del Prof. Gian Carlo Reda, è già da sola una lucida messa a fuoco dei problemi più scottanti della psichiatria dinamica moderna.

L'ampia problematica esaminata dall'Autore ne consiglia la lettura in particolare agli psichiatri: vi troveranno una vasta bibliografia e saranno facilitati da un accurato indice analitico e da un Glossario dei termini poco usuali o pertinenti ad altre discipline, aggiunto in questa 2ª edizione a cura della Dottoressa E. Lanza.

U. Piazza

Università Cattolica Sacro Cuore: Contributi dell'Istituto di Psicologia. - Un volume di 403 pagine con diverse figure e tabelle. - Ed. Vita e Pensiero, Milano, 1972. - Prezzo: L. 10.000.

Questo volume contiene la III serie di Contributi della Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, il 9° delle «Scienze Psicologiche», con 13 lavori di psicologia: probabilità della comprensione nell'età prescolare e scolare; frustrazione sperimentale; conflittualità extrafamiliare e protesta giovanile; intelligenza e disponibilità emotiva; tendenza al ruolo di malato cronico; studi sulla psicologia alimentare; sublimazione secondo Freud; ogni studio richiederebbe una recensione particolare dato lo stile e l'idea dell'Autore.

Una raccolta di studi psicologici molto attuali e integrati dall'apposita iconografia e da citazioni bibliografiche.

G. Maschiatti

V. Zardini, M. Lutteri: Prontuario di dietetica infantile. - Un volume di 99 pagine con 28 tabelle. - Ed. Piccin, Padova, 1972. - Prezzo: L. 2.500.

La prima parte del prontuario è dedicata alle basi dottrinarie della nutrizione; la seconda contiene ricette per alimentare il bambino sano; segue un ricettario per bambini ammalati; infine alcune indicazioni alimentari nella età scolare del bambino.

Questo libretto sarà un utile «vademecum» culinario per puericultrici, visitatrici d'infanzia, maestre d'asilo, infermiere professionali, assistenti sanitarie, ostetriche, ecc.

G. Maschiatti

Novità nella chirurgia dell'ipertensione arteriosa. - Un volume di 301 pagine con numerose figure e tabelle. - Ed. Piccin, Padova, 1972. - Prezzo: L. 8.000.

Questo estratto dall'«Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia» (74° Congresso; Roma, 15-18 ottobre 1972) contiene e illustra le principali novità sulla terapia chirurgica (indicazioni ed esiti) della ipertensione essenziale, surrenalica e renovascolare. Da segnalare, nelle 15 relazioni tenute da 28 Autori, la dovizia iconografica e bibliografica, e l'impegno editoriale della raccolta.

G. Maschiatti

Lesioni vascolari acute degli arti. - Un volume di 283 pagine con figure e tabelle. - Ed. Piccin, Padova, 1972. - Prezzo: L. 8.000.

In questo estratto e negli Atti del 74° Congresso della Società Italiana di Chirurgia sono contenute le relazioni sulla terapia d'urgenza nelle lesioni vascolari degli arti (Roma, 15-18 ottobre 1972): 12 Autori hanno trattato lesioni traumatiche acute, problemi inerenti la terapia chirurgia delle trombose venose acute, problemi attuali sulla terapia chirurgica delle trombo-embolie e degli aneurismi complicati degli arti.

Oltre all'iconografia bisogna sottolineare l'attualità e il numero delle citazioni bibliografiche.

G. Maschiatti

H. Rajaona: Questions de sémiologie et pathologie médicales. - Fascicule 1: Appareil digestif, foie et voies biliaires, pancréas. - Un volume di 365 pagine con 22 figure. - Ed. Libr. Maloine S.A., Parigi, 1972.

Le «Questioni di patologia e semeiotica mediche» formano una serie di 10 volumi (fascicoli): una chiara sinossi didattica e mnemonica della semeiotica funzionale e patologica dei diversi organi e apparati umani. Con essa studenti, specializzandi e generici, troveranno un semplice e pratico aiuto per studio e consultazione.

Il 1° fascicolo è suddiviso in 3 parti: I) Apparato digerente, con elencati gli esami clinici e poi quelli paraclinici, ad esempio: notizie e caratteri di un dolore addominale e poi esami radiografici in bianco e contrastati. - II) Fegato e vie biliari, in cui sono raccolti gli esami clinico, radiologico, scintigrafico e funzionale, e poi sindromi e ma-

lattie epatiche, coledociche, della cistifellea, ecc. - III) Pancreas: esame funzionale del pancreas esocrino, pancreatiti acute e croniche, neoplasie e sindrome di Zollinger Ellison.

G. Maschiatti

H. Rajaona: Questions de sémiologie et pathologie médicales. - Fascicule 2: Système nerveux: Sémiologie élémentaire. - Un volume di 303 pagine con 50 figure. - Ed. Libr. Maloine S.A., Parigi, 1972.

Questo secondo fascicolo della Collana è dedicato alla semeiotica elementare del sistema nervoso, un elenco dei diversi esami clinici (sensibilità, motilità, riflessività, tono muscolare, equilibrio e coordinazione motoria, ecc.) e di quelli paraclinici (puntura lombare, esami oculistici, acustici, radiologici ed elettrici); da segnalare l'iconografia.

G. Maschiatti

H. Rajaona: Questions de sémiologie et pathologie médicales. - Fascicule 3: Système nerveux: Syndromes et maladies. - Un volume di 288 pagine con 16 figure. - Ed. Libr. Maloine S.A., Parigi, 1972.

Il 3° fascicolo della Collana comprende un'accurata e completa elencazione delle sindromi encefaliche e di quelle midollari, con iconografia soprattutto anatomica e con suddivisione basata sui sintomi di ogni affezione.

G. Maschiatti

G. Bogni: Una riforma ospedaliera del '500. - Un volume di 94 pagine e alcune illustrazioni. - Ed. Az. Aut. Turismo, Prato, 1973.

Assume particolare interesse questo libretto in cui sono riassunti gli antichi «Statuti Medici dei Luoghi Pii di Prato», per lo spirito che pervadeva allora i fondatori e benefattori, rispettosa e scrupolosa volontà; si trovano ordini sapienti per la buona conduzione di questi luoghi perchè fosse assicurata la continua opera di sovvenzione e di carità verso i poveri, gli infermi ed i «gittarelli».

Interesse e curiosità documentaristiche rendono utile questa lettura, non certo scevra della moralità oggidi sempre più rara e lontana.

G. Maschiatti

P. Stefanini, V. Speranza: Proceedings of the 18th World Congress of the International College of Surgeons (Rome, 28-31 may 1972). - Un volume di 778 pagine con illustrazioni. - Ed. Excerpta Medica, Amsterdam, 1973. - Prezzo: Dfl. 180 (dollari 72).

In elegante veste editoriale vengono presentati gli Atti del XVIII Congresso Mondiale dell'International College of Surgeons, tenuto a Roma il 28-31 maggio 1972. I numerosi lavori clinici vertono sugli argomenti più diversi in campo chirurgico, dal trapianto di organo ai gravi incidenti stradali, dalle ustioni alla chirurgia vascolare, da temi di oftalmologia e gastroenterologia ai problemi dello shock, dalla bioingegneria all'oncologia.

A. Pagani

J.-S. Abbatucci e Coll.: Techniques de télécobal-thérapie radicale (2^a ediz.). - Un volume di 210 pagine con 192 figure e 110 isodosi-tipo. - Ed. L'Expansion, Parigi, 1972. - Prezzo: fr. 83.

L'auspicato successo di questa monografia (la 6^a degli «Annali di Radiologia») si è attuato con la seconda edizione a breve scadenza dalla prima; è stata arricchita e completata e costituirà ancora un sicuro mezzo per la opportuna e sempre più necessaria applicazione della radio-telecobalto-terapia, in cancerologia.

G. Maschietti

R. Froment, A. Gonin, P. Michaud, A. Perrin, J. Des-cotes: 6^e Série d'Actualités cardio-vasculaire mé-dico-chirurgicales. (Troubles du rythme cardia-que). - Un volume di 332 pagine con 131 figure. - Ed. Masson, Parigi, 1972. - Prezzo: fr. 115.

Questo 6^o volume della serie «Attualità cardio-vascolari medico-chirurgiche» tratta: introduzione di nuove tecniche per l'esame ritmologico; pratica della sorveglianza monitorizzata in unità di cure intensive; messa in atto di nuovi farmaci e dell'elettro-stimolazione; puntualizza i disturbi del ritmo e della conduzione cardiaca, nella migliore e più consona attualità. Tachicardia e blocchi di branca sono estesamente descritti in diversi capi-toli con tracciati ecgrafici, fotogrammi anatomo-istologici e citazioni bibliografiche.

G. Maschietti

A. Boitzky: Périarthrite de l'épaule - Ostéogénèse et compression. - Un volume di 307 pagine con 143 illustrazioni (di cui 6 a colori) e 55 tabelle. - Ed. H. Huber, Berne, 1972. - Prezzo: fr. sv. 54; D.M. 48.

Il volume raccoglie i lavori presentati in occa-sione delle «Giornate franco-svizzere» svoltesi a Berna nel maggio 1971.

La periartrite della spalla, problema difficile sia nei riguardi della sua diagnosi etiologica che per il suo trattamento, vi è trattata alla luce della grande esperienza degli Autori di questo simposio. Sul se-condo argomento, osteogenesi e compressione, viene fatto il punto in merito alle attuali conoscenze sper-imentali e cliniche. Altri lavori diversi, che com-pletano l'opera, formano una pleiade di trattazioni scelte nel campo dell'ortopedia.

Il libro si presenta di immediato interesse pratico per ortopedici, chirurghi anatomisti, clinici e pato-logi, e viene altresì consigliato per arricchire le biblioteche poste a disposizione di tutti coloro che si dedicano allo studio dei suddetti argomenti.

E. Zeta

A. Remond: Handbook of electroencephalography and clinical neurophysiology. - Vol. 14: Clinical EEG. - IV) Part B: Traumatic disorders. - Un volume di 104 pagine con illustrazioni. - Ed. Elsevier Publ. Company, Amsterdam, 1972.

Il contenuto di questa monografia è dedicato agli aspetti clinici ed elettroencefalografici dei traumi cranici. Descritte inizialmente le manifestazioni precoci dell'EEG e l'organizzazione delle alterazioni e la loro evoluzione nei primi giorni, la trattazione si diffonde sulle manifestazioni nei vari tipi di

trauma cranico; sono poi presi in esame i traumi non cranici acuti e gli effetti tardivi del trauma cranico; gli ultimi capitoli sono dedicati ai proble-mi che si pongono in particolari pazienti ed alle conseguenze medico-legali.

L. Bussi

Radiation protection. - ICRP Publication n. 19: The metabolism of compounds of plutonium and other actinides. - Un volume di 59 pagine con illustrazioni. - Ed. Pergamon Press, Oxford-New York, 1972. - Prezzo: sterline 1.50.

Questo volume, edito dalla Commissione Inter-nazionale per la Protezione dalle Radiazioni, è dedi-cato al metabolismo dei composti del plutonio e di altri actinidi. Un elenco bibliografico di 208 voci compendia la trattazione, corredata da nu-merose tabelle indiscutibilmente esplicative.

L. Bussi

D. Cameron, L. M. Mac Bean: A clinical study of infectious mononucleosis and toxoplasmosis. - Un volume di 56 pagine con illustrazioni in nero ed a colori. - Ed. John Wright & Sons Limited, Bristol, 1973.

In questo volumetto gli Autori hanno schemati-camente trattato gli aspetti clinici della mononu-cleosi infettiva e della toxoplasmosi. L'esposizione è compendiosa da una serie di illustrazioni a co-lori e da aggiornati riferimenti bibliografici.

L. Bussi

ICRP Publications 18: The RBE for high-LET ra-diations with respect mutagenesis. - Un volume di 45 pagine. - Ed. Pergamon Press, Oxford-New York, 1972. - Prezzo: sterline 1.50.

Viene presentato in questo volume un resoconto preparato da un gruppo di studio del Comitato I della Commissione internazionale sulla protezione radiologica. Nei particolari, la trattazione punta-lizza i concetti più recenti circa l'azione delle ra-diazioni ad elevato passaggio di energia lineare sulla mutagenesi.

L. Bussi

G. L. Leempert: Advanced electrocardiology (volume 1, 2^a edizione). - Un volume di 389 pagine. - Ed. G. Witzstrock, Baden-Baden, Brüssel, 1973.

L'Autore di questo libro, già direttore del Centro cardiologico repubblicano di Riga, presenta questa «Elettrocardiologia progredita» come 4^a parte di una pentologia didattica, dedicata ad una branca particolarmente importante della «cardiologia cli-nica».

Dopo che le prime tre parti (pubblicate rispetti-vamente a Riga nel 1961, a Mosca nel 1963 ed a Vienna nel 1966) hanno trattato l'introduzione alla elettrocardiologia clinica, le basi, e gli sviluppi dell'elettrocardiogramma, la 4^a Parte rappresenta un manuale di informazioni in cui sono raccolte espe-rienze, concetti e discussioni dialettiche su nume-rosi problemi controversi della moderna cardiolo-gia, quali sono stati pubblicati in circa 10 mila arti-coli e più di 350 monografie nel corso di questi ul-

timi dieci anni. In particolare l'accento viene posto su problemi della semantica e della terminologia che hanno importanza didattica.

Una caratteristica del libro è la classificazione della bibliografia secondo la lingua ed il Paese in cui sono state edite le pubblicazioni. A tali fonti, oltre che al testo del volume, potrà attingere ulte-riormente l'elettrocardiologo interessato, al fine di approfondire le basi teoriche della sua pratica quo-tidiana.

E. Zeta

H. Grahnis, K. W. Horn: Taschenbuch der Hygiene (2^a edizione). - Un volume di 678 pagine, 66 ta-belle ed 1 inserto. - Ed. Volk und Gesundheit, Berlin (DDR), 1972. - Prezzo: D.M. 19.20.

Sono raccolti in questo «Tascabile sull'Igiene» — pubblicato nella sua seconda edizione — dati informativi, consigli e norme di legge che rispec-chiano la situazione sanitaria della Repubblica De-mocratica tedesca al 1^o settembre 1971.

La vasta materia, allo svolgimento della quale hanno collaborato ben 42 Autori, si articola in una serie di capitoli, raggruppati come segue: norme per l'attività delle ispezioni sanitarie; epidemiologia delle malattie contagiose e non contagiose; igiene idrica, del suolo e dell'aria; l'igiene nell'edilizia, nelle abitazioni e nell'agglomerato cittadino; norme sanitarie per l'infanzia e la gioventù; igiene dei ge-neri alimentari e della nutrizione; disposizioni profi-lattiche e di lotta contro le malattie contagiose; epidemiologia speciale delle più importanti di queste affezioni; disinfezione, sterilizzazione e lotta di disin-fettazione, a cui è da aggiungere un prospetto, fuori testo, che sintetizza i dati epidemiologici delle più importanti infezioni contruibili per via orale.

Il volume è destinato come guida di pratica con-sultazione ai medici igienisti, ed a tutti i collabo-ratori degli Organi di ispezione sanitaria.

E. Zeta

D. Dettmer, R. Winter: Regulation von Lebenspro-cessen auf molekularer und zellulärer Ebene. (Bd. 9 der Ergebnisse der experimentellen Me-dizin). - Un volume di 236 pagine con numerose illustrazioni e tabelle. - Ed. Volk und Gesundheit, Berlino, 1972. - Prezzo: D.M. 47.

La 2^a Giornata della Società tedesca di Medicina sperimentale, svoltasi a Lipsia il 21-24 settembre 1970, ha avuto come tema principale «I mecca-nismi di regolazione di processi biologici». Il pre-sente volume contiene la maggior parte dei con-tributi biochimici a questo tema.

Per quanto riguarda l'indagine di regolazioni negli organismi viventi, le ricerche sui meccanismi mole-colari sono di decisiva importanza e di alto valore scientifico-teorico. Studiosi tedeschi e stranieri hanno trattato — in numerosi lavori riassuntivi ed origi-nali — problemi della regolazione a livello mole-colare e della regolazione cellulare ed intercellulare, ponendo a discussione i più recenti risul-tati conseguiti.

Con questo 9^o volume dei «Risultati di Medicina sperimentale» il materiale del Congresso viene reso accessibile ad un'ampia schiera di interessati. Anche gli stessi partecipanti alla riunione vi potranno rico-noscere il valore del contributo da essi apportato alla letteratura scientifica.

E. Zeta

E. Rossi: Paediatriche Fortbildungskurse fuer die Praxis. (Vol. 36: M. Bettex: Neues aus der Kin-derchirurgie). - Un volume di 193 pagine con 73 illustrazioni e 32 tabelle. - Ed. S. Karger AG, Basel, 1973. - Prezzo: fr. sv. 48; D.M. 44.

Nella collana dei «Corsi di Perfezionamento in Pediatria per il medico pratico», questo 36^o Fasci-colo è dedicato al «Aggiornamenti in Chirurgia in-fantile».

I diversi Autori che hanno collaborato alla com-pilazione dello stesso, hanno trattato i seguenti temi: indicazione alla decorticazione polmonare; la re-laxatio diaphragmatica; omfalocelo e laparoscisi (teratologia e nuovi aspetti del trattamento); ileo del neonato da meconio abnorme; colite ulcerosa e morbo di Crohn; progressi nella diagnosi morfo-logica del morbo di Hirschsprung; perforazione spontanea delle vie biliari nel neonato; nuove pos-sibilità terapeutiche nella ipertensione portale del bambino; il pediatra e l'uretere; aspetti manome-trici delle turbe vescicali neurogene nel mielomenin-gocelo; ectopia vescicale; deviazione urinaria o ri-costruzione della vescica?; importanza degli inter-venti terapeutici e delle particolarità biologiche per la prognosi del neuroblastoma; osteomielite ema-togena.

Una nutrita iconografia, massimamente radiolo-gica, correda validamente gli argomenti esposti.

E. Zeta

E. Günther, R. Hymmen: Unfall Begutachtung. (6^a edizione). - Un volume di 158 pagine con schemi e tavole illustrate. - Ed. W. de Gruyter & Co., Berlin, 1972. - Prezzo: D.M. 42.

La presente 6^a edizione del volume di «Perizia per infortuni» — fondato da Paul Rostock — si propone di mantenere inalterato lo scopo dell'opera, con informazioni aggiornate alle più recenti dispo-sizioni legislative ed a criteri sempre più elaborati per la stima dell'invalidità. Attraverso l'esposizione dei compiti che, nella Repubblica Federale tedesca, l'assicurazione sociale ed in particolare l'assicura-zione obbligatoria contro gli infortuni si propon-gono di assolvere, il libro soddisfa alle esigenze del medico e del profano per un orientamento panora-mico in materia.

Di particolare valore per il medico-perito sono, come direttive per i singoli casi, le misure di risar-cimento, classificate in tabelle per i diversi tipi di invalidità. In appendice sono prese in esame, con relativo quadro clinico e diagnostico, le malattie professionali figuranti nell'elenco di quelle inden-nizzabili secondo la 7^a «Disposizione sulle malattie professionali», emessa il 20 giugno 1968.

E. Zeta

W. Rick: Klinische Chemie und Mikroskopie. - Un vo-lume di XVI, 389 pagine con 56 illustrazioni. - Ed. Springer, Berlin-New York, 1972. - Prezzo: D.M. 24.80; dollari 7.90.

Il presente volume — una introduzione alla «Chi-mica clinica e Microscopia» — fornisce un pano-rama sugli esami chimico-clinici e microscopici di «routine» nel moderno laboratorio. Largo spazio è stato dato, con dettagliate descrizioni, ad impor-tanti metodi ritenuti idonei anche alla diagnosi di emergenza, e sono elencati i principi di procedi-

menti, non ancora standardizzati, per la determinazione di numerose concentrazioni metaboliche, di attività enzimatiche, ecc. Vengono inoltre chiariti rapporti fisiopatologici, in base ai quali è facilitata la comprensione delle misure diagnostiche. Particolare cura è stata ancora posta alla classificazione della materia, alla scelta dell'iconografia ed alla compilazione delle tabelle che corredano il testo.

Il volume fornisce agli studenti di medicina ed alle future preparatrici di laboratorio chiari elementi fondamentali nel campo della chimica clinica e della microscopia. Per di più si propone di rappresentare un'utile guida nel lavoro pratico dello stesso laboratorio, ed in particolare nella ricerca di errori.

E. Zeta

F. Cornu: Katamnesen bei kastrierten Sittlichkeitsdelinquenten aus forensisch-psychiatrischer Sicht. - Un volume di 132 pagine e 40 tabelle. - Ed. S. Karger AG, Basel, 1972. - Prezzo: fr. sv. 55; D.M. 49.

149° Fascicolo della « Bibliotheca Psychiatrica », la presente monografia è dedicata alle « Catamnesi nei delinquenti sessuali castrati, dal punto di vista psichiatrico-forense ».

La trattazione si articola in una serie di capitoli, ove trovano luogo: scopo del lavoro e basi giuridiche della castrazione; il materiale d'esame (diagnosi psichiatriche, atteggiamenti sessuali viziosi, concetto della perversione sessuale, i delitti, ambiente familiare e comportamento dei soggetti da esperimento nel lavoro, effetto criminogeno dell'alcool, responsabilità mentale, pene e provvedimenti); speciali aspetti del problema della castrazione; risultati osservati all'esame di controllo di soggetti castrati; altri metodi di cura; indicazione e procedimento nella castrazione volontariamente richiesta dal paziente.

Dalle 40 tabelle inserite nel testo è possibile seguire le fasi ed i principali rilievi che hanno accompagnato lo svolgimento dell'indagine.

E. Zeta

H. Nolte, J. Meyer: Die rückenmarksnahen Anästhesien. (Internationales Symposium in Minden, 1972). - Un volume di 105 pagine con 57 illustrazioni e 46 tabelle. - Ed. G. Thieme, Stuttgart, 1972. - Prezzo: D.M. 26.

Sono raccolti in questo volume i contributi apportati alla pratica dell'« Anestesia regionale » in occasione del secondo Simposio internazionale, svoltosi a Minden (Westfalia), nel gennaio 1972.

Allo scopo di aggiornare le conoscenze sull'anatomia, la fisiopatologia e l'emodinamica, l'anestesia spinale e peridurale, gli errori, le complicanze ed i pericoli, i relatori si sono soffermati sui seguenti argomenti: storia delle anestesi in prossimità del midollo spinale; anatomia e patologia dello spazio epidurale e subdurale; fisiologia e fisiopatologia dei nervi spinali; influenze emodinamiche dell'anestesia peridurale e spinale su altri organi; opportunità o meno delle anestesi in prossimità del midollo

spinale; concetti attuali; complicazioni, errori, pericoli dell'anestesia spinale; tecnica, indicazioni e controindicazioni dell'anestesia peridurale continua; anestesia caudale: tecnica, indicazioni e controindicazioni; tecniche speciali nell'anestesia caudale; possibilità e complicanze delle anestesi praticate in prossimità del midollo spinale.

Il volume è indirizzato all'attenzione di anestesisti, chirurghi, neurochirurghi, ginecologi ed urologhi.

E. Zeta

K. Thomas: Träume-selbst verstehen. - Un volume di 192 pagine con 3 illustrazioni ed 1 tabella. - Ed. G. Thieme, Stuttgart, 1972. - Prezzo: D.M. 12,80.

L'« autointerpretazione dei sogni », come si originano, cosa significano, perchè gli si attribuisce un valore terapeutico della psiche, psicologia e pratica sono gli argomenti sui quali si svolge la materia di questo volumetto.

Con esso si nega che una significativa spiegazione dei sogni debba essere riservata ad una piccola cerchia di specialisti, e che la loro interpretazione possa rappresentare persino un pericolo per soggetti nevrotici i quali, data la pericolosa conoscenza superficiale di un vero lavoro analitico, ne trarrebbero più danno che utilità. L'Autore si augura che il libro vada ad arricchire la biblioteca dei molti medici che, anche senza una completa formazione analitica, vogliono meglio comprendere e meglio consigliare i loro pazienti psicopatici. Con la loro guida, e da essi seguiti, questi malati potranno imparare a ricordare i sogni e, consultando questo volumetto, penetrarne il loro recondito significato.

E. Zeta

J. Bastiaans et al.: Advances in psychosomatic medicine. (Vol. 8: Z. J. Lipowski: Psychosocial aspects of physical illness). - Un volume di XIV, 280 pagine con 17 illustrazioni e 4 tabelle. - Ed. S. Karger AG, Basel, 1972. - Prezzo: fr. sv. 118; D.M. 108.

L'accento sugli « Aspetti psicologici e sociali della malattia fisica », e dell'« inabilità », è una caratteristica delle attuali tendenze in medicina. Questo lato medico, da tempo trascurato nella teoria e nella pratica, è ora riemerso in tutta la sua importanza, come testimoniano le molte pubblicazioni che ora si contano al riguardo.

Il presente volume tratta, con numerose osservazioni cliniche, delle diverse reazioni manifestate dai pazienti, sia ai sintomi della malattia, sia alla comunicazione della diagnosi, sia ancora al doversi adattare ai più svariati ambienti ospedalieri. Vengono inoltre considerati gli antecedenti psicosociali alla insorgenza dell'affezione, e l'effetto della stessa nei rapporti con i familiari.

Poichè alcuni di questi argomenti sono esaminati qui per la prima volta, il libro si dimostra di particolare valore, oltre che per gli studenti di medicina, anche per i loro Maestri.

E. Zeta

Atlante di Radiologia Ortopedica

di

Peter - Friedrich Matzen

e di

Horts Kurt Fleissner

Edizione in lingua italiana

a cura di Carlo Re

488 pagine - 680 illustrazioni - L. 36.000

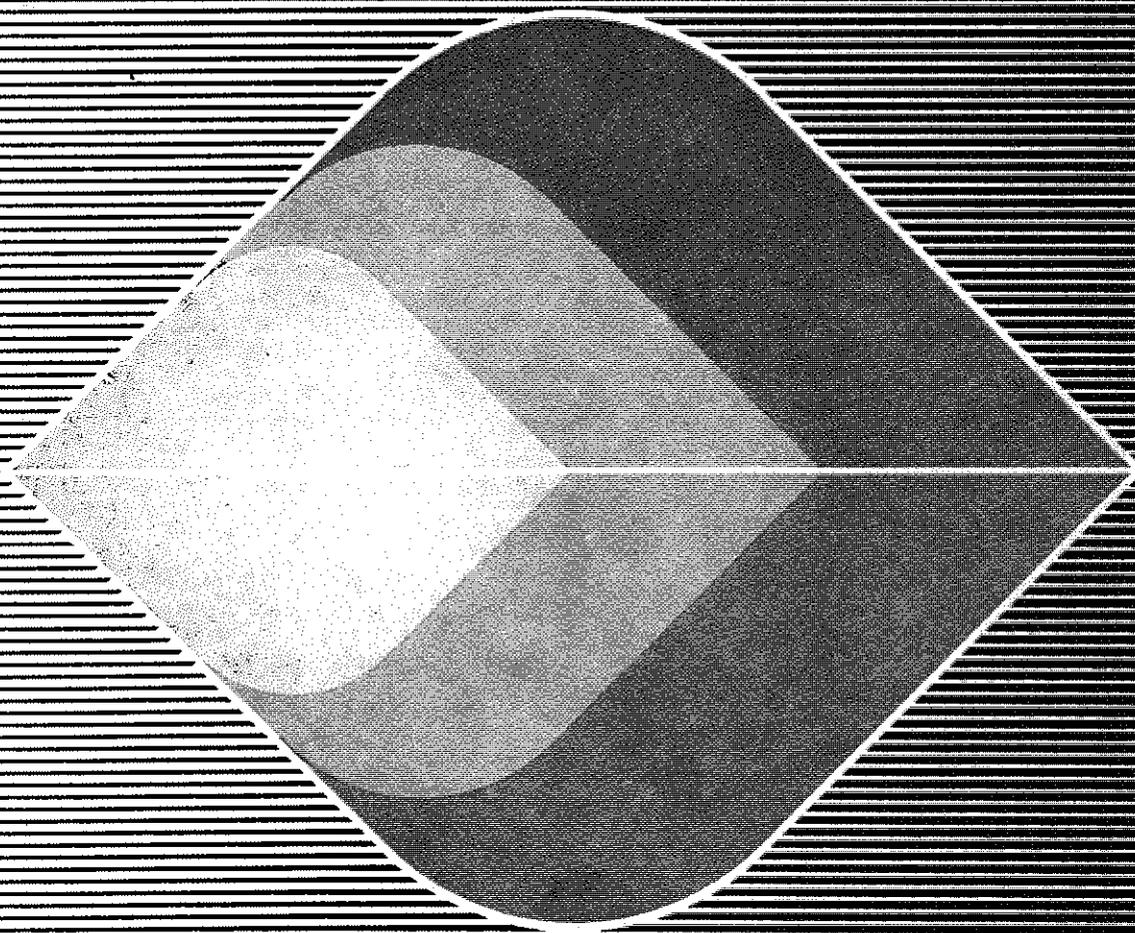
Opera di indirizzo eminentemente pratico che troverà motivo di interesse in una larga cerchia di medici e chirurghi ed occuperà un posto nella biblioteca o sul tavolo di lavoro dei cultori della Chirurgia degli organi di movimento, conservando la sua validità per un non breve periodo di tempo.

47/M

EDIZIONI MINERVA MEDICA

NORMO-CALCIUM

... PER UNA CORRETTA AMMINISTRAZIONE SOMATICA!



ANTICATABOLICO - EUTROFICO - ANABOLIZZANTE

MAGGIONI

1972 Design/Ad

Mag. n. 2292 Lit. Sestis