ESTRATTO

ANNO VI — N. 5 PUBBLICAZIONE MENSILE LUGLIO 1940-XVIII
SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE

La Clinica

DIRETTORI:

PROF. ANTONIO GASBARRINI
DIRETTORE
DELLA R. CLINICA MEDICA
BOLOGNA

PROF. RAFFAELE PAOLUCCI
DIRETTORE
DELLA R. CLINICA CHIRURGICA
ROMA

REDATTORE CAPO
MARIO TRINCAS

REDATTORI PER LA MEDICINA
G. BASSI E G. SOTGIU

REDATTORI PER LA CHIRURGIA
A. QUIRI E E. RUGGIERI

SEGRETARIO DI REDAZIONE
E. BERNABEO

ANNO SESTO
1940

R. ISTITUTO MEDICA ROMA

Torsione del ceco-ascendente per mesenterium comune simulante una sindrome appendicolare acuta.

DOTT. LUIGI PIERANGELI
AIUTO CHIRURGO F. F.

L. CAPPELLI — EDITORE — BOLOGNA

PADIGLIONE CHIRURGIA D'URGENZA DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
PRIMARIO: Prof. FRANCO ROSSI

Torsione del ceco-ascendente per mesenterium comune simulante una sindrome appendicolare acuta.

DOTT. LUIGI PIERANGELI
AIUTO CHIRURGO F. F.

Il mesenterium commune è un'anomalia della dinamica evolutiva dell'ansa media, per mancata coalescenza del mesentere con il peritoneo parietale.

La prima osservazione sull'argomento è di GRUBER (1862), seguirono nel secolo XX i lavori radiologici, e nel 1924 la malformazione venne per la prima volta da ALTSCHULL diagnosticata radiologicamente e confermata al tavolo operatorio; poi la casistica operatoria si accrebbe e, ad essa diedero un notevole contributo anche Autori italiani come FERRANDU, SCOLLO, DOTTI, CAVINA, POSSATI, ROSSI, TATTONI, DALL'ACQUA, BELLUCCI, LUCCHERINI, GATTI-CASAZZA, PREVITERA, ecc.

L'importanza clinica del M. C. fu variamente interpretata; vi è chi la considera come un'entità morbosa a sè stante (VELDÉ-LITTEN, 1927), poichè in alcuni casi descritti essa arrecava disturbi di notevole gravità, mentre qualche altro Autore ne fa semplicemente un locus minoris resistentiae (SCHIASSI, 1925), come causa favorevole all'impiantarsi di gastropatie ed enteropatie; qualcuno infine ritiene che l'anomalia possa rimanere a lungo silente fino a che non insorga una lesione che conduca l'ammalato all'osservazione del radiologo o del chirurgo.

DALL'ACQUA, che ha accuratamente studiato l'argomento, asserisce di non avere mai osservato una sindrome caratteristica, e afferma che l'anomalia può restare a lungo silente, ammettendo una frequente concomitanza di fenomeni gastritici, di duodenite e periduodenite, di ulcera gastrica e duodenale.

La prima diagnosi, sul vivente, dell'anomalia pare secondo FERRANDU si debba al chirurgo HAMMERSFAHR, mentre radiologicamente venne osservata per la prima volta da ALTSCHUL nel 1924.

L'anomalia del M. C. è relativamente rara, anche perchè essa è difficilmente diagnosticabile, senza un accurato esame radiologico.

Dalle statistiche pubblicate sull'argomento, SCHAFFER nel 1936 raccolse in tutta la letteratura un centinaio di casi; nel 1936 ne furono resi noti altri quattro (BJELOZERKOSKY, HORMUTH, KOSZLER). FERRANDU riferisce che sopra 7757 casi di reperti autoptici ne furono identificati solo due casi, e le statistiche radiologiche di ZWALUWENBURG, di UPSON e di GEORGE riportano rispettivamente: 7 casi su 8000 osservazioni, 5 casi su 13.000 osservazioni, 3 casi su 10.551 osservazioni. FERRANDU giunge all'affermazione che molti casi non sono sufficientemente documentati dalla necroscopia o da intervento chirurgico e che perciò a tutto il 1934 la casistica del M. C. si ridurrebbe a 45 casi sicuri.

Nella Clinica Chirurgica di Milano su 5440 esami radiologici dell'apparato dige-

rente ne vennero osservati due casi (GATTI-CASAZZA, PREVITERA).

Farò un breve cenno sul problema patogenetico di questa particolare malformazione del tubo gastro-enterico. Il M. C. è dunque un'anomalia della dinamica evolutiva limitata all'ansa media, con conseguente mancata coalescenza del mesenterio con il peritoneo parietale. Per comprendere bene il problema patogenetico di questa malformazione bisogna rifarsi alle varie fasi embriologiche e poichè questa non è la sede più adatta per una dissertazione di tal fatta, mi limiterò brevemente ad accennare alla teoria patogenetica che gode oggigiorno il maggior numero di sostenitori e cioè quella emessa dal DOTT per il quale la causa di tali errori evolutivi risiederebbe nella eccessiva larghezza dell'orifizio ombelicale, che permetterebbe alla branca post-arteriosa di rientrare nell'addome prima della pre-arteriosa; rientrando questa in un secondo tempo, non potrà più passare al di sotto dell'arteria mesenterica superiore e compiere il suo giro di rotazione per porsi a sinistra della linea mediana, perchè questo spazio è già stato occupato in precedenza dalla branca post-arteriosa.

In genere il quadro anatomo-patologico più comune del M. C. è così descritto: il duodeno sovrapapillare è normale, la flessura duodeno-digiunale è situata a destra della linea mediana e si continua con il digiuno che è tutto situato a destra della linea mediana insieme all'ileo. L'ultima ansa ileale imbocca il cieco da destra verso sinistra. Anatomicamente il colon e l'ileo sono inseriti sullo stesso mesentere.

Come ho già avuto occasione di dire, i portatori di tale anomalia non accusano alcuna particolare sintomatologia clinica, e possono per lungo tempo non presentare alcun disturbo, il quadro del M. C. viene rilevato occasionalmente, per l'insorgere di disturbi a carico del tubo digerente. Alcuni AA. (SCHIASSI, POSSATI, COMOLLI, AGATI, MELCHIOR, ecc.) asseriscono che nei portatori di M. C. si ha quasi sempre una prevalenza del sistema vagale.

VIOLA e SCHIASSI seguendo la teoria della scuola costituzionale, giungono a dire che ovunque esista un errore evolutivo, quivi si localizzano con maggior frequenza alterazioni funzionali ed organiche.

Non si può, allo stato attuale delle nostre conoscenze, parlare di una sintomatologia che giustifichi la diagnosi clinica del M. C.

L'indagine che ci può permettere di fare una diagnosi di M. C. è quella radiologica: s'intende che essa deve essere accurata, il bario deve essere seguito in tutti i segmenti del tubo digerente con osservazioni ripetute e frequenti. Il clisma opaco deve essere sempre fatto per constatare la posizione del colon.

Numerose sono le osservazioni di lesioni organiche concomitanti al M. C.; così LENARDUZZI, MILANI, ROSSI, POSSATI, BERNER ecc., hanno comunicato casi di appendicite; DALL'ACQUA, D'AMATO, LENARDUZZI, HORMUTH, CARDONA ecc. hanno osservata la concomitanza di ulcere gastriche e duodenali; ROSSI ha constatato insieme al M. C. l'esistenza di una coprostasi ciecocolica, mentre LENARDUZZI ed altri hanno osservata la coesistenza di colecistite calcolosa.

Molto importanti da conoscere, sono le complicanze dovute all'abnorme mobilità delle anse intestinali e cioè i volvoli, le torsioni e le invaginazioni. La patogenesi di queste complicazioni è facilmente comprensibile se si pensa alla grande mobilità di cui è dotato il colon ascendente ed il tenue, che per mancanza di punti fissi del mesentere risultano fissati ad un semplice peduncolo.

Istruttivo a questo riguardo è il caso caduto sotto la mia osservazione e che verrò ora esponendo:

Si tratta di una donna di 57 anni, casalinga, entrata nel Padiglione di Chirurgia d'Urgenza dell'Ospedale Maggiore di Milano il 15-2-1940 alle ore 13.

Nulla di notevole si rileva dai dati anamnestici. Nata a termine, ebbe allattamento materno; normali i primi atti fisiologici dell'infanzia; mestruata a 15 anni poi sempre regolarmente. Menopausa a 50 anni senza alcun disturbo. Sposa a 18 anni con uomo vivente e sano. Sette gravidanze a termine; nessun disturbo nella canalizzazione intestinale durante la gestazione ed i parti; solo durante le gravidanze la paziente avvertiva sempre dolori all'emiaddome di destra, dolori che però scomparivano appena espletato il parto. Due anni fa venne colta da dolori addominali che si risolsero spontaneamente, allora venne fatta diagnosi di appendicite acuta e curata come tale.

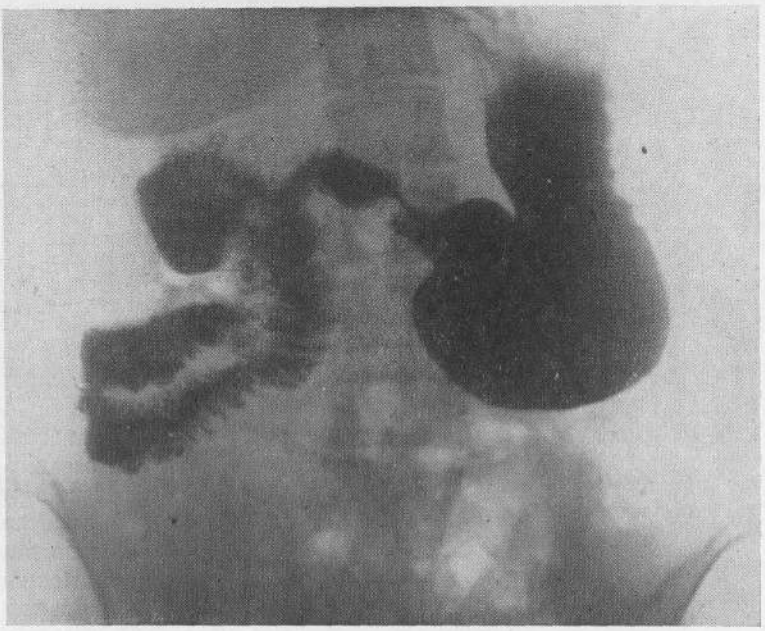

Fig. 1. — Radiogafia dimostrante la conformazioue del duodeno.

Al momento in cui l'ammalata entra in Padiglione, riferisce che la mattina del giorno precedente venne colta da violenti dolori a tipo di colica, e continuativi, alla regione addominale, con particolare localizzazione al quadrante inferiore D. Non ha avuto vomito, qualche nausea. L'alvo è chiuso sin dall'inizio della sintomatologia dolorosa; T. 38,8. Chiamato un medico, questi le praticò un'iniezione di morfina. La mattina seguente all'inizio della crisi dolorosa, comparsa di nausea e di vomito, mentre i dolori persistono ed anzi aumentano di intensità; l'alvo è sempre chiuso alle feci ed ai gas. T. 38. Perdurando la sindrome dolorosa la paziente si fa ricoverare per le cure del caso.

Al momento della visita presenta:

Aspetto sofferente. Capo mobile, pupille reagenti alla luce e all'accomodazione, lingua umida, impaniata.

Nulla si rileva all'esame dell'apparato polmonare e circolatorio.

Addome: simmetrico, globoso, resistente e dolente alla pressione, specie alla fossa ileocecale, dove la palpazione risveglia vivo dolore. Il restante addome è trattabile, poco dolente; non si apprezzano disegni di anse intestinali distese. Fegato e milza in sede. Arti e riflessi normali. T. 38.3. P. 110. R. 30.

L'esplorazione vaginale è negativa. Esplora zione rettale negativa.

Conteggio dei globuli bianchi 9000.

Esame delle urine: negativo.

Pressione arteriosa: Mx 140, Mn. 80.

Viene posta la diagnosi di appendicite acuta e portata l'ammalata in sala operatoria alle ore 14.

Intervento: (operatore dott. PIERANGELI) ad anestesia generale eterea previo Dilaudid Scopolamina intramuscolare cc. 1; si pratica un'incisione pararettale d.

Aperto il peritoneo, non si nota la presenza ne di pus ne di gas; non si repertano nella fossa iliaca destra altro che anse del tenue, e non si riesce a trovare in sede normale il ceco; si procede ad un ampliamento della ferita operatoria, verso la regione epatica, dove però non è possibile rinvenire il ceco. Durante una manovra manuale eseguita allo scopo di repertare il ceco, verso il margine sinistro della ferita operatoria compare il colon trasverso, e sulla sua guida si estraggono gli altri segmenti del grosso intestino, fino al cieco che insieme all'ascendente sono posti total-

Fig. 2. — Radiografia dimostrante la disposizione dell'addome delle anse ileali.

sazione del colon con due punti staccati in lino fissati al peritoneo parietale. Riposizione dei visceri. Drenaggio di garza nel Douglas. Sutura della parete a strati. Agrafes alla cute.

Il decorso post-operatorio fu normale; in 8ª giornata viene tolto lo zaco e levati gli uncini metallici; l'ammalata lascia il padiglione in 13ª giornata, guarita.

In nona giornata viene praticato un esame radiologico del tubo digerente, quindi viene praticato un clisma con il seguente risultato:

« Nessun rilievo degno di nota alla scopia preliminare del torace e dell'addome. Normale il deflusso del bario lungo l'esofago; oltrepassato il cardias, il mezzo di contrasto si distribuisce sulle pareti gastriche in modo uniforme. Lo stomaco appare lievemente ipotonico, con forma ad uncino: il polo inferiore si proietta a paziente in posizione ortostatica a circa 1-2 cm. al di sotto della cresta iliaca, non estroflessioni patologiche susseguentesi sino al piloro.

Facile deflusso del bario in duodeno. Bulbo duodenale di forma normale, a contorni nettamente demarcati, senza segni sospetti di un'alterazione organica intrinseca alle sue pareti. L'ansa duodenale presenta le caratteristiche del così detto « duodeno invertito ». Le prime anse digiunali sono situate tutte a destra della linea mediana, parte nell'ipocondrio destro parte nel quadrante addominale inferiore destro. Le anse del-

mente nella metà sinistra dell'addome. L'ascendente appare torto sul suo asse longitudinale di 90°, seguito in questa sua torsione dal ceco e dall'ansa ileale. Si procede con le opportune manovre alla detorsione del ceco-ascendente, l'appendicite appare piccola atrofica, essa viene asportata. Una volta svolta la torsione, viene notato che il cieco ascendente godono di un'abnorme mobilità, e si nota la presenza di un ampio mesentere comune che comprende il ceco ascendente e tutto l'ileo, il mesentere sembra continuarsi insensibilmente con il mesocolon ascendente. Si nota inoltre che il cieco ed il colon ascendente se lasciati a sè hanno tendenza a riporsi nella primitiva situazione per cui si procede alla fis-

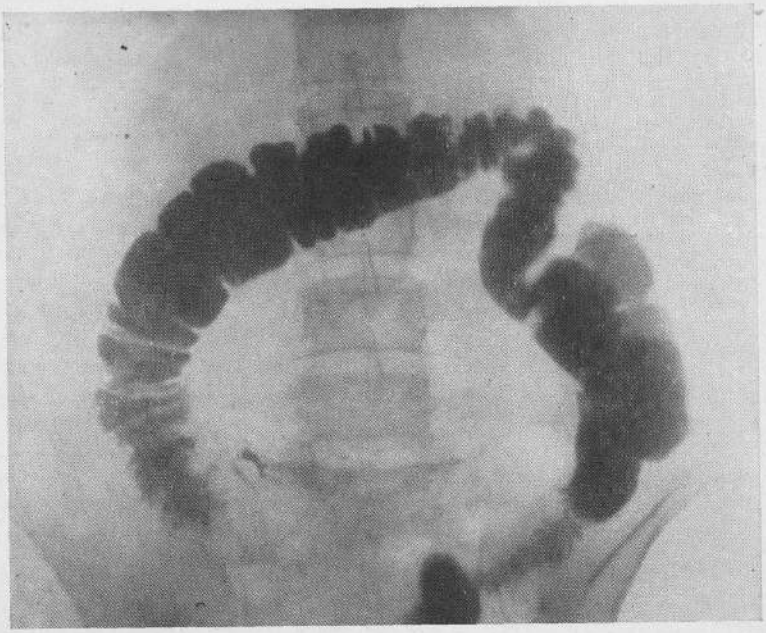

Fig. 3. — Radiografia dimostrante la posizione del cieco-ascendente dopo la fissazione.

l'ileo sono distribuite in modo diffuso in tutta la zona media dell'addome. La canalizzazione del tenue è normale. Non si osservano ritardi di transito del bario dal tenue al colon. L'ansa ileocolica imbocca il cieco nel contorno mediale. L'esame del crasso mediante clisma opaco ha dimostrato una situazione normale delle varie porzioni coliche all'infuori del cieco che è apparso localizzato a destra, ma in sede più alta di quella abituale. I contorni del viscere sono risultati irregolarmente frastagliati, le pareti ciecali reagiscono vivamente allo stimolo dovuto alla distensione da parte del liquido baritato, contraendosi vigorosamente; il cieco si mostra quasi costantemente pressochè vuoto. Data la particolare dolorabilità della regione ciecale alla palpazione, non si è potuto accertare il grado di mobilità del cieco. Fra discendente e sigma, il crasso presenta una ampia inflessione che peraltro non ostacola la regolare canalizzazione intestinale ».

Nel caso descritto i disturbi lamentati dall'ammalata prima che insorgesse la sintomatologia dolorosa (due anni fa) erano sempre stati vaghi, senza presentare alcuna caratteristica peculiare che poteva fare pensare ad una malformazione come il M. C.

Il disturbo lamentato durante le gravidanze era dovuto senza dubbio allo spostamento che subivano le anse intestinali che venivano compresse, con l'aumentare del volume uterino, nell'addome destro.

La sintomatologia acuta presentata dalla paziente al momento dell'ingresso in Padiglione ed interpretata come segni di appendicite acuta può trovare la sua giustificazione nelle seguenti considerazioni: innanzi tutto la presenza nell'anamnesi di una pregressa colica addominale diagnosticata come appendicolare e curata come tale, colica accompagnata da temperatura, alvo chiuso alle feci ed ai gas che si risolse completamente in terza giornata; lasciando però una dolenzia in sede ileocecale. Durante tutto il suddetto periodo sembra non sia comparso nessun sintomo che potesse far sospettare la presenza di una occlusione bassa intestinale.

Al momento della visita prima dell'intervento, la paziente presentava dei sintomi che bene analizzati facevano concludere più facilmente per un processo infiammatorio di origine appendicolare che per una sindrome iniziale occlusiva.

Infatti l'inizio dei dolori avviene in sede ileo-cecale e quivi si mantengono per tutta la durata dell'attacco, le crisi dolorose sono accompagnate da nausea e vomito, prima acquoso e poi misto a bile. Compare il secondo giorno rialzo termico fino a 38,2, mentre l'alvo si mantiene chiuso.

L'esame oggettivo fa rilevare un leggero aumento del polso (98), la lingua è umida, mentre l'addome si presenta simmetrico, globoso, resistente e dolente alla pressione in modo particolare alla fossa ileo-cecale, mentre tutto l'emiaddome sinistro sembra quasi non partecipare alla malattia, poichè esso è trattabile e poco dolente.

Non vengono rilevate presenza di anse dilatate che potessero far sorgere il sospetto di una sindrome occlusiva. La presenza di 9.000 globuli bianchi, per quanto non fosse una prova probatoria, era più favorevole alla presenza di un fatto acuto che di una sindrome occlusiva.

L'esplorazione vaginale non ci diede nessuna indicazione perchè negativa.

L'esplorazione rettale fu anch'essa negativa.

L'unico segno che poteva essere adattabile ad una occlusione intestinale era quello della chiusura dell'alvo, ma sappiamo come questo possa avvenire anche nell'appendicite acuta; credo quindi che la diagnosi di appendicite acuta fosse pienamente giustificata dal complesso del quadro sintomatologico presentato dalla paziente. Si può dire solo, che se l'ammalata fosse stata visitata invece che 48 ore dopo l'inizio della sintomatologia, più tardi, probabilmente si sarebbero instaurati i sintomi di un'occlusione bassa.

* * *

Questo caso presenta certamente interesse per la sintomatologia a carattere nettamente appendicolare. Ho scorso la letteratura sul M. C. e non ho potuto rintracciare nessuna pubblicazione al riguardo.

La concomitanza di una sintomatologia di appendicite acuta in portatore di M. C. può essere spiegata solamente pensando ai centri nervosi riflessogeni dell'addome destro; infatti la torsione constatata in corrispondenza del ceco ascendente, può avere provocato, malgrado la sua situazione nella metà sinistra dell'addome il dolore alla fossa ileocecale, per il probabile stiramento delle vie nervose ileo-ceco-coliche.

* * *

In tema di terapia del M. C. i pareri non sono concordi; alcuni Autori hanno avanzata l'idea di una cura profilattiva della malformazione, nel senso che in presenza di M. C. si dovrebbe fissare l'intestino in posizione prossima alla normale. Altri Autori non sono dello stesso parere, perchè ritengono che non sia possibile riportare in posizione normale tutti i visceri spostati, poichè ciò che non è stato fatto dalla natura, difficilmente potrà essere fatto con l'armonia necessaria e senza far correre rischi al paziente.

Tutti sono d'accordo nell'ammettere che nei casi di lieve entità, con scarsi disturbi è meglio non praticare nessun intervento.

Altro aspetto assume la cosa, allorquando intervenga un incidente di ordine meccanico a tipo di torsione, di volvolo o di invaginazione.

Nei casi in cui si intervenga durante un episodio acuto, la cura sarà, a seconda dei casi, la detorsione, la disinvaginazione, ecc., e si procederà quindi con la tecnica operatoria più utile ed adatta, in modo da evitare il ripetersi della complicazione.

Il cieco è la parte più pendula e più mobile, e quindi quella più soggetta alle torsioni ed ai volvoli.

La cura chirurgica quindi in questi casi deve essere rivolta a fissare in posizione che si avvicini alla norma il cieco e l'ascendente.

Il caso descritto presentava appunto una torsione del cieco ascendente con un giro sul proprio asse longitudinale di 90° e dopo avere provveduto alla detorsione si è fatto in modo di fissare la porzione del segmento di colon, fissandolo al peritoneo parietale con due punti staccati in lino.

I punti sono stati inseriti sulla tenia laterale; la posizione, come risulta dall'esame radiologico, è stata fatta un poco alta perchè non si è potuto tirare molto in basso il colon che presentava una certa resistenza ad uno spostamento maggiore.

* * *

Il M. C., con torsione del cieco ascendente, può simulare una colica appendicolare acuta, specialmente se l'inizio dei sintomi è recente.

Come terapia nei casi di torsione, volvolo del cieco ascendente, riteniamo insieme agli altri Autori che si debba sempre procedere dopo eseguita la detorsione o la disinvaginazione, alla fissazione del viscere in una posizione più prossima alla normale possibile, usando come tecnica quella di fissare il colon al peritoneo parietale, con punti staccati.

La diagnosi clinica del M. C. è solo possibile in seguito ad un esame radiologico; poichè la suddetta malformazione non ha una sintomatologia caratteristica.

Insieme al M. C. possono coesistere affezioni concomitanti che non hanno nessun rapporto diretto con la malformazione.

RIASSUNTO

L'A. descrive un caso di mesenterium comune giunto alla sua osservazione e simulante una sindrome appendicolare acuta.

Riassume brevemente le notizie patogenetiche riguardanti l'argomento, passando poi ad una minuta descrizione del caso clinico occorso alla sua osservazione.

Viene discussa la tecnica da usarsi in casi di M. C. affermando che deve essere sempre, nei casi di torsione, di volvolo o di invaginazione applicato il metodo della fissazione dell'ansa interessata.

Sono acclusi al lavoro le immagini radiografiche dello stomaco e del colon, eseguite dopo l'intervento.

BIBLIOGRAFIA

ABBERS - *Klin. Wochen.*, 16, n. 16, 1937.
ALTSCHU - *Fortschr. Rontgenstr.*, vol. XXXII, 1924.
ANDERSEN - *Hospitalstid d. P.*, 911, 1935.
BANU - *Spitalul*, vol 56, 1936.
BELLUCCI - *L'Ospedale C. Ciano*, n. 2, 1938.
BERNER - *Med. Klin.*, pag. 1166, 1933.
BJELZEKOSKY - *Zbl. f. Chir.*, 280, 11, 1937.
BOIDI - *Diario Radiologico*, 1931.
BROMAN - *Geburt. Munchen*, 1927.
CARBONA - Citato da RUNCO.
CAZZAMALI - L'inversione cecale. Cappelli, Bologna, 1938.
COMOLLI - *Radiologia Medica*, vol. XII, p. 593, 1925.
DALL'ACQUA - *Arch. Ital. Radiol.*, 1929.
D'AMATO - *Rass. Ital. di Clin. e Ter.*, fasc. 6, 6, pag. 503, 1929.
DE QUERVAIN - *Arch. f. Klin. Chir.*, vol. 65, 1902.
— — *Semaine Med.*, vol. 41, 1901.
DES JACQUES - *Lyon Chir.*, vol. 33, pag. 485, 1936.
BOBBS - *Proced. Roy Soc. of Med.*, vol. 30, n. 4, 1937.
DOTTI - *The Brit. Journ. fo Surg.*, vol. XI, 24, 1923.
— — *Riv. Chir. I.*, pag. 354, 1935.
FARABEUF - *Progres Med.*, vol. II, p. 441, 1885.
FERRANDU - *Ann. It. di Chir.*, fasc. 5, pag. 511, 1934.
FRAZER - *Journ. of. Anat. and. Fis.*, vol. L, p. 15, 1915.
GATTI-CASAZZA - *Arch. It. di Chir.*, vol. LII, 1938.
GRUBER - *Arch. f. anat. u. Phis.*, 1862.
HAMMERSHAR - *Zbl. f. Chir.*, vol. 40, 1925.
HORMUTH - *Brans' Beitr.*, 165, 641, 1937.
KOSZLER - *Arch. Kinderheilk*, 110, 160, 1937.
LENARDUZZI - *Riv. di Radiol. e Fis. Med.*, 1931.
LUCHERINI - *Riv. Osped.*, vol. XXVIII, pag. 97, 1938.
MALL - *Arch. f. Anat. und. Phy suppl.*, 1897.
MECKEL - *Dtsch. Arch. f. Phys.*, vol. III, 1871.
MORITZ - *Amer. J. Path.*, 8, pag. 735, 1932.
PETERSON - *Acta Chir. Scand.*, vol. LXXV, sup. XXXII, 1934.
POSSATI - *Rad. Med.*, vol. XII, pag. 604, 1925.
PREVITERA - *Arch. It. Chir.*, vol. LV, 1939.
ROSSI - *Polic. Sez. Prat.*, n. 17, 1928.
RIGHETTI - *Monit. Zool. Ital.*, 1909.
RUNCO - *Rad. Med.*, vol. XXII, pag. 147, 1935.
SCHIASSI - *Rad. Med.*, vol. XII, pag. 593, 1925.
— — *Endo. e Pat. Costit.*, vol. III, p. 50, 1930.
SCOLLO - *Pol. Sez. Chir.*, n. 3, 1933.
TOLDT - *Dekschr d. Kaid Ak d. Wiss.*, vol. XLI, Vienna 1879.
VOGT - *Zeitschr. f. angew. Anat. und. Konstitution*, vol. II, pag. 87, 1917; vol. 53, 1920.