

Manc. B75/38 38 65

OSPEDALE CIVILE GENERALE "BRUNO MUSSOLINI,"

TIRANA

Reparto Chirurgico diretto dal Prof. V. Lozzi

Dott. MARIO VINCENTI

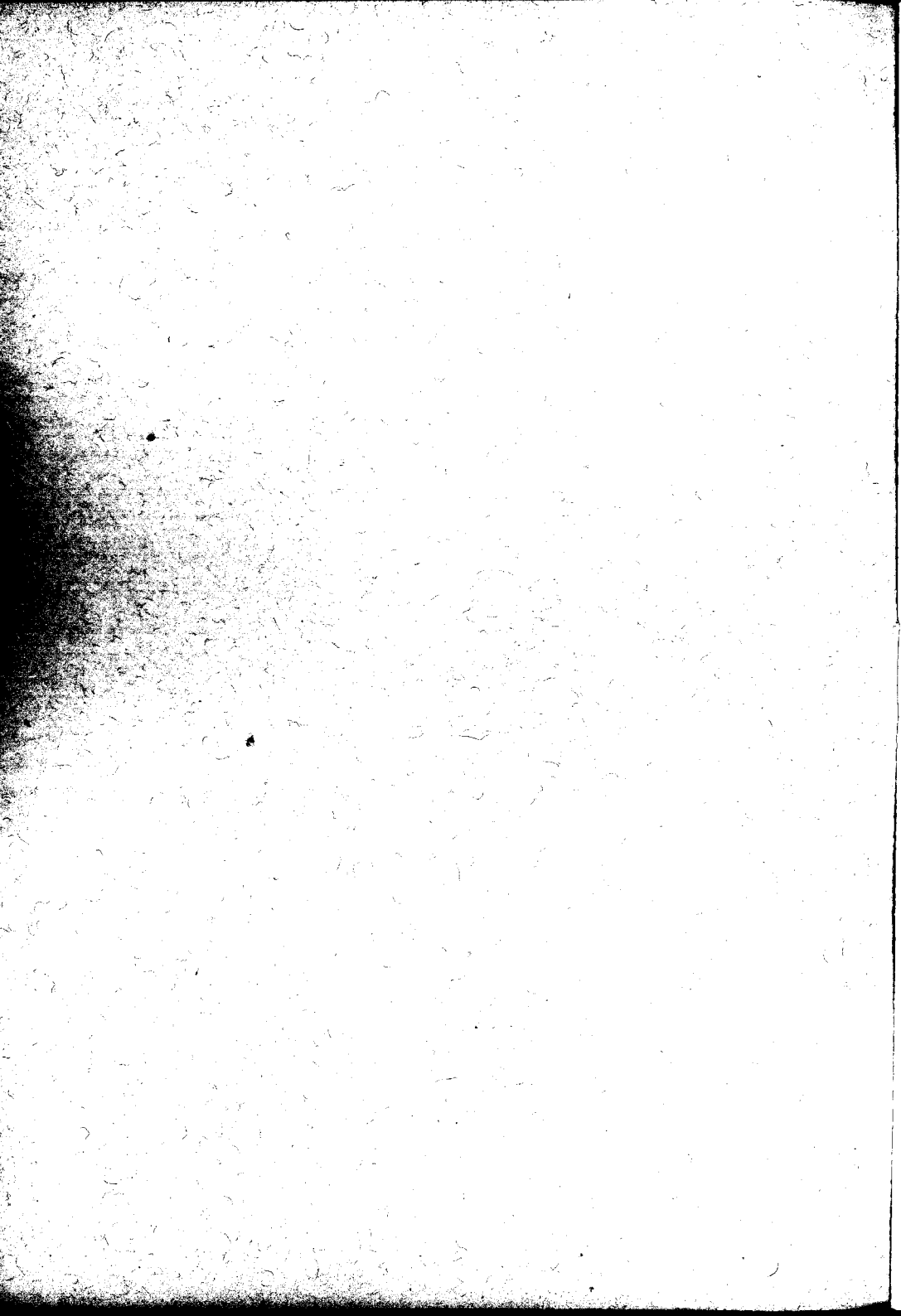
già assistente effettivo

Sulla torsione della Milza sul peduncolo

Contributo clinico

Estratto dal "Bollettino degli Atti della Società
Medico-Chirurgica Italo-Albanese - Tirana 1941."

ROMA
1941-XIX



100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

Sulla torsione della Milza sul peduncolo Contributo clinico

Dott. MARIO VINCENTI

già assistente effettivo

Questa lesione rappresenta una complicazione, la più grave, di un'anomalia congenita od acquisita: la milza migrante. Questa, è già nota dal 1718 (MORGAGNI) ed ha assunto una grande importanza chirurgica per le osservazioni moderne di BARTMANN, LIEFFING, BUREAU, GLASCOW, D'ANTONA, PATERSON, LEOTTA.

La milza può avere gradi diversi di mobilità: può essere semplicemente ptotica, quando sorpassa l'arco costale, senza essere aumentata di volume; spostabile con facilità, in modo da potersi palpare in parte dall'addome (milza mobile); può subire modificazioni di sede notevoli, anche spontaneamente, con i cambiamenti di posizione del malato (milza migrante vera e propria); e se è fissata in una posizione atipica prende il nome di milza ectopica.

In passato si considerava che tali spostamenti fossero in gran parte acquisiti e che si verificassero per cause varie: nelle donne per la presenza del busto, per rilasciamento delle pareti addominali da gravidanze numerose; o per aumento di volume e di peso della milza, per cui l'organo, obbedendo alla gravità, si abbassa e stira in lunghezza, insieme all'arteria lienale, i legamenti gastrosplenico e frenicosplenico. Anche il trauma era stato chiamato in causa.

DARFEUILLE ha fatto studi sui cadaveri a 24 ore dalla morte, misurando la resistenza dei legamenti: il legamento frenico-lienale avrebbe una resistenza variabile da gr. 2700 a 4700; il legamento pancreatico e gastro-lienale da gr. 2900 a gr. 4100; il peduncolo da gr. 3500 a 4000.

Però, coll'aumentare dell'esperienza clinica di casi di ptosi o di torsione, si è visto che tali spiegazioni avevano un valore relativo. Se infatti il rilasciamento delle pareti addominali ha la sua importanza perchè nelle donne multipare l'ectopia splenica si verifica con frequenza particolare, vi sono un gran numero di soggetti con pareti addominali rilasciate ed anche con visceroptosi senza che la milza abbia subito spostamenti; mentre vi sono individui con pareti addominali resistenti in cui si ha un'ectopia splenica evidente. Anche l'aumento di volume e di peso non può essere considerato argomento di grande valore, perchè mentre le splenomegalie per cause varie sono frequenti, le milze ectopiche sono relativamente rare. HIRSCHFELD ha osservato come la ptosi non sia frequente nella leucemia. Nella Clinica MAJO, su 500 splenectomie eseguite generalmente in soggetti splenomegalici, solo due volte è stata trovata una milza mobile.

Anche il fatto che le milze migranti si dimostrano generalmente aumentate di volume, non è da considerarsi come un argomento che dimostri l'importanza causale della splenomegalia nella ptosi, perchè secondo l'opinione della maggior parte degli AA. sono piuttosto i disturbi di circolo a produrre gli aumenti di volume dell'organo. Si deve piuttosto considerare questa infermità come conseguenza di una anomalia dello sviluppo, secondo quanto è stato notato in casi singoli da TOLDT e da ZUKERKANDL. Nel caso di TOLDT si trattava di un bambino con « situs viscerum inversus » e la milza era sospesa ad un legamento unito solo alla parete dorsale dell'addome. ZUKERKANDL nel suo caso vide che la milza era sospesa ad un peduncolo peritoneale lungo 9 cm. e largo 3 1/2 e libero completamente fino alla colonna vertebrale.

Più recentemente RUMMEL osservò un caso in cui la milza era attaccata solamente ad un peduncolo portante i vasi e diretto dall'alto in basso e dall'indietro in avanti. Caso analogo osservò LATZKO. Si tratta dunque di un difetto di sviluppo per arresto dell'evoluzione normale che ricorda quanto avviene negli animali. Chi ha eseguito interventi sperimentali sui cani ha notato come la milza è completamente libera e può arrivare con facilità alla colonna vertebrale; altrettanto avverrebbe nelle scimmie secondo ZUKERKANDL e CLAUSCH. Secondo BOXOME vi sarebbe anche un'alterazione congenita nell'origine

e nella distribuzione dei vasi splenici. Secondo ABELL un altro fattore che avrebbe importanza sarebbe la conformazione del cavo addominale: in questi malati lo spazio fra archi costovertebrali è diminuito, mentre le nicchie paravertebrali sono allargate; e questo causa una deviazione della pressione intraddominale dalla sua direzione normale e quindi si verifica la visceroptosi.

Questa digressione sulla patogenesi della milza migrante credo ci sia utile, anche per spiegare i casi di torsione dell'organo, che si verificano anche nei bambini, nei quali tutte le cause che di solito si portano a mo' di spiegazione, non sarebbe possibile sostenere.

I casi di torsione del peduncolo vasale della milza finora pubblicati, non sono eccessivamente numerosi. ABELL nel 1933 riunì 95 casi, più due personali. Da questa statistica, risulta che si riscontra soprattutto in giovane età: 14,3% al disotto dei 20 anni; 66,7% fra i 20 e i 40 anni, il 19% in età più avanzata. La percentuale più elevata sarebbe fra i 21 e i 30 anni (34,5%). Vi sarebbe anche una prevalenza notevole nel sesso femminile. Questo fatto sarebbe dovuto al gran numero di torsioni verificatesi durante la gravidanza od il puerperio; infatti su 88 donne della statistica di ABELL, 51 erano incinte o avevano avuto già figli. Anche la malaria ha nella stessa statistica un valore notevole come fattore predisponente: 29 casi erano infatti malarici.

Secondo una statistica più antica del BUREAU, nel 20% dei casi di milza migrante si avrebbe la torsione del peduncolo. Le cause che la determinano sono varie: innanzi tutto, quando la milza non ha più la sua posizione e le sue connessioni normali, è esposta a movimenti bruschi, a spinte determinate dai movimenti dei visceri addominali, i quali tendono a farla oscillare attorno all'unico punto relativamente fisso che è costituito dal peduncolo e dalle sue strutture. Anche le manovre di un esame obiettivo in un caso di KORT provocarono la torsione. Secondo D'URSO, si dovrebbero anche chiamare in causa condizioni anatomiche: dal modo d'impianto del peduncolo splenico risulta che la porzione antero superiore più voluminosa della milza è meno sostenuta e che se la milza diviene mobile, tende a portarsi verso il basso con la parte più pesante e perciò a ruotare da sinistra a destra e dall'alto in basso. Secondo

PAYR vi sarebbe anche in giuoco l'azione di torsione emodinamica che consisterebbe in un esagerato aumento della pressione del sistema venoso. Per effetto dell'aumentata pressione del sistema venoso lienale, le vene spleniche che avvolgono l'arteria la strozzano in parte, provocando così il meccanismo della torsione. Il peduncolo si può torcere in modo completo od incompleto, da sinistra verso destra; i giri possono essere più di uno e ne sono descritti casi di tre giri (LEOTTA) e di quattro (BRODQ, PATERSON). L'evenienza più comune è che la torsione sia d'un solo giro. La milza torta si può riscontrare in sedi varie: nel quadrante superiore destro o sinistro, nell'epigastrio, mesogastrio, nella pelvi e addome inferiore destro (molto comune), nell'addome inferiore sinistro (pure molto frequente), nell'ipogastrio.

Le conseguenze dirette della torsione del peduncolo si rivelano sulla circolazione: quella venosa è la prima ad essere lesa, infatti s'interrompe precocemente, il vaso si trombizza e così si determina un'interruzione permanente del circolo venoso. La circolazione arteriosa continua ancora per vario tempo: il lume dell'arteria si deforma, si riduce di calibro, ma rimane pervio.

Per i reperti anatomopatologici del parenchima splenico, bisogna distinguere i casi di torsione acuta da quelli di torsione cronica in cui la milza ectopica è fissata da aderenze e la circolazione, benchè ridotta, ha potuto in qualche modo ristabilirsi. In questi si ha una congestione passiva, con lo stabilirsi di alterazioni di vario grado nel parenchima; le aderenze formatesi fra milza, epiploon ed anse intestinali, fissano l'organo e impediscono ulteriori torsioni ed inoltre contribuiscono a mantenere la vitalità dell'organo per il circolo collaterale che si stabilisce (LEOTTA). Nei casi acuti, si va da una congestione iniziale a cui seguono infarti ed emorragie sottocapsulari, fino ad una rottura della capsula con emoperitoneo e nei casi di compressione sull'arteria a necrosi della milza e rottura del peduncolo (PAZZI).

Si possono avere reazioni varie negli organi vicini: è sempre presente una peritonite che può essere anche generalizzata (KORR). A carico dell'intestino si possono avere fatti di occlusione (RYDYGIER, SCHONHON, COLLINS), fatti di necrosi; a carico dello stomaco, necrosi per distensione ed obliterazione dei suoi

vasi. Per fenomeni di compressione si possono avere turbe varie a carico del digerente, ureteri, vescica, utero, annessi, e delle vie biliari (DA COSTA).

La *sintomatologia* è multiforme, date le varie sedi in cui si può trovare la milza ectopica, e data la rapidità maggiore o minore e la gravità con cui si può stabilire il quadro morboso. Da disturbi lievi che passano inosservati, si può arrivare al quadro tumultuoso dell'addome acuto e dell'emoperitoneo. E' raro che questa sindrome si stabilisca all'improvviso senza che i pazienti abbiano avuto disturbi precedenti, perchè questi malati sono già sofferenti da tempo di milza migrante; si tratta di dolori a tipo colico di modica intensità, disturbi a carico dell'apparato gastroenterico, probabilmente dovuti a trazione, o compressione sullo stomaco, intestino, pancreas, talvolta vi sono pure disturbi mestruali, dolori della sfera genitale femminile, tenesmo vescicale e rettale.

Tali disturbi possono accentuarsi nella stazione eretta e nella deambulazione e si possono irradiare verso la scapola sinistra, il dorso ed il bacino. Si possono avere melena e metrorragie (ABELL). LAUDADIO descrive milze migrate nel piccolo bacino che davano glicosuria, guarita con la splenectomia. A volte il paziente può avere la sensazione subiettiva della mobilità della sua milza.

Quando la torsione del peduncolo si è stabilita, si ha dolore generalmente notevole, improvviso, nausea, vomito, accelerazione di polso, della temperatura ed iperleucocitosi.

Fra le forme acute e quelle a tipo cronico, vi sono molte gradazioni intermedie nelle quali i dolori non sono così lancinanti, i sintomi generali più miti, il reperto obiettivo meno evidente.

I casi a decorso acuto sono più frequenti: secondo ABELL, su 95 casi, ve ne sono 58 con sintomatologia acuta, 24 con sintomatologia cronica, oltre a 13 casi in cui i dati sono così scarsi da non poter stabilire la data di inizio e l'intensità dei fenomeni morbosi.

Obiettivamente, il quadro può essere altrettanto vago come i dati anamnestici: vi può essere una viva difesa delle pareti, oppure l'addome può essere flaccido; in genere però la milza si riesce a palpare come una grossa tumefazione di consistenza

dura, parenchimatosa. Con la percussione dell'aia splenica si dovrebbe stabilire l'assenza della milza nella sede normale.

Secondo alcuni AA. si può percepire sulla milza spostata un soffio, che sarebbe prodotto da torsione o compressione dell'arteria splenica. Nelle milze scese nel piccolo bacino, si può, con l'esplorazione rettale e vaginale, ricavare qualche indicazione, per quanto vi siano stati dei casi di milza scesa nel piccolo bacino che il ginecologo considerò come un utero abnormemente cresciuto e spostato.

KLEIN riporta il caso di una milza lunga 17 cm. che si trovava in parte nella pelvi, tra la vescica e l'utero retroverso spinto verso il sacro, cosicchè era stato applicato un pessario per raddrizzare il preteso utero retroflesso (KAUFMANX).

Vi sono poi i segni generali della reazione addominale: l'addome è spesso meteorico e talvolta in modo notevolissimo; dolente, soprattutto in corrispondenza della tumefazione: se vi è emoperitoneo si avrà un'ottusità a semiluna, perchè il sangue si verserà nelle regioni declivi, non essendovi processi aderenziali che lo isolino e lo circoscrivano in sacche. Del resto, la sintomatologia è così varia, in rapporto anche alle differenti sedi che può occupare la milza, che i malati giungono al tavolo operatorio con le diagnosi più svariate. Le più comuni diagnosi sono di appendicite, di tumore ovarico o uterino, di tumore cistico del mesentere, o dell'omento, peritoniti, occlusione (ABELL, BIONDO, OULIE, RUMMEL, TAYLOR, WILHEHOUSE, MATAS, ecc.), e solo in piccola parte con diagnosi di milza torta sul peduncolo, o almeno migrante.

In molti casi il chirurgo si decise all'intervento senza avere alcuna idea sul processo morboso (ABELL: 33 su 95).

In un caso riportato da BIONDO, fu fatta diagnosi di appendicite acuta e all'intervento si trovò un'appendicite iperemica, vicino alla quale stava una grossa milza torta sul peduncolo.

L'esame ematologico non dà nulla di molto interessante: alterazioni molto notevoli sia nella serie rossa che nella serie bianca non si riscontrano, tranne che in quei casi in cui preesistevano modificazioni legate alla malattia del sangue che originò la splenomegalia. ABELL poté studiare i reperti ematologici di 48 dei 95 casi da lui raccolti e vide che tranne una certa iperleucocitosi legata al fatto emorragico ed alla reazione

infiammatoria peritoneale, non si riscontravano altre alterazioni notevoli.

La *prognosi* di questa entità morbosa è piuttosto grave: la mortalità varia dal 19% nella statistica di BESSEL-HAGEN al 37% in quella di JOHNSON, al 43% in quella di KADYGROBOLL. ABELL su 83 casi operati ebbe il 17,6% di morti.

Terapia. — L'intervento s'impone sempre, in qualunque forma ed in qualunque periodo evolutivo della torsione splenica. Infatti, lasciando anche da parte le torsioni con decorso acuto su cui non vi è dubbio nell'indicazione circa l'intervento, anche nelle forme subacute e croniche i disturbi notevoli e le complicazioni a cui la milza può andare incontro e che possono affacciarsi improvvisamente nel quadro morboso anche dopo un lungo periodo di silenzio, consigliano una cura attiva. Vi può essere discussione solamente sulla qualità di intervento che il chirurgo si prefigge. La splenopessia è stata eseguita in scarso numero di casi: può essere consigliabile solo nei casi di milze poco mobili ma queste ben di rado vanno soggette a crisi per torsione del peduncolo. Ma nei casi di milza molto mobile, che più frequentemente giungono al tavolo operatorio, la splenopessia non può dare buoni risultati, perchè qualunque sia la tecnica impiegata per la splenopessi, ben difficilmente vi può essere la guarigione. Nella statistica di ABELL figurano solamente tre splenopessi senza casi mortali.

Un altro procedimento seguito da qualche chirurgo, è quello della detorsione del peduncolo con riposizione della milza in sede normale. ABELL ne ha raccolti 7 casi, ma 2 di questi dovettero subire successivamente la splenectomia. Evidentemente i disturbi circolatori, reliquati alla torsione del peduncolo, la consecutiva splenomegalia, e la poca sicurezza di buon risultato che danno tutti i metodi di splenopessi, sconsigliano questo procedimento, che come si è visto ha obbligato spesso i chirurghi a reintervenire.

L'intervento d'elezione, per parere concorde di tutti gli AA. che si sono occupati dell'argomento, è la splenectomia. La facilità con cui altre strutture e tessuti ricchi in cellule reticoendooteliali sono capaci di dare un pronto compenso alla perdita della milza, toglie ogni dubbio che si potrebbe avanzare sui danni che l'organismo potrebbe risentire per la perdita di quest'organo. Noi vediamo anzi, che la formula leucocitaria

ed il conteggio delle emazie e dei leucociti tende a normalizzarsi dopo l'operazione.

Nelle milze asportate per torsione cronica, si possono trovare cisti ematiche di notevoli dimensioni: in un caso, riferito da ABELL, di 14 litri, in cui la splenectomia portò a rapida guarigione. In un certo numero di casi, all'intervento si trova liquido libero, che può essere anche abbondante, giallo citrino o sieroso torbido, o siero-emorragico, francamente ematico o con grossi coaguli. Nel peduncolo, si trovano generalmente i vasi trombizzati.

In un periodo di tempo di appena 2 anni e mezzo (1939-1941) nel reparto chirurgico dell'Ospedale Civile « Bruno Mussolini » di Tirana, diretto da Lozzi, sono stati osservati ed operati ben 6 casi di torsione della milza sul peduncolo. Riporto brevemente le storie cliniche:

Caso I. - Xtenie B., donna di a. 35. Malarica cronica. Ha avuto 10 gravidanze.

Da tre mesi frequenti crisi di nausea, vomito insieme a dolore epigastrico, irradiato all'ipocondrio e spalla destra, alvo stitico, e tumefazione dolente apprezzabile all'ipogastrio. Appetito scarso, leggero dimagrimento. Minzione regolare. Mestruazioni scarse.

E. O.: Addome da pluripara a pareti flaccide, atoniche. Tumefazione mesogastrica ovoidale, della grandezza di una testa di feto a termine, duro-elastica, dolente, a margini netti, quello anteriore liscio, rotondo, quello posteriore con due incisure, immobile nella respirazione, discretamente mobile in tutti i sensi passivamente; indipendentemente dagli organi genitali.

Fegato nei limiti. *Milza* non palpabile e non apprezzabile la sua normale ottusità.

Esame radiologico dell'intestino: negativo.

Con diagnosi di milza migrante con probabile crisi di torsione, il 21 agosto 1939 la paziente viene operata in eteronarcosi (Lozzi). Taglio mediano sotto-ombelicale. Si trova una milza, che ha un giro completo sul suo peduncolo, che ha però qualche lassa aderenza coll'epiploon. Le vene del peduncolo grosse e dilatate sono pervie e così pure l'arteria. Vasi brevi mancanti. Legamento frenicosplenico assente. Coda del pancreas lunga. Splenectomia. La milza al taglio è congesta.

Guarigione p. p. in 15 giorni.

Caso II. - Lule Xh., donna di a. 28, da Durazzo. Malarica cronica. Pluripara.

Da circa 5 mesi soffre di crisi dolorose addominali, con nausea, vomito, alvo chiuso. Il dolore si inizia all'epigastrio, si diffonde all'ipocondrio sinistro e verso la spalla sinistra e dura una o due ore, lasciando una dolenza diffusa a tutto l'addome sinistro. Le mestruazioni sono diventate scarse e dolorose; la minzione frequente. E' dimagrita.

E. O. Addome da pluripara a pareti rilasciate. Si apprezza una tumefazione a livello del mesogastrio ed epigastrio, ovoidale a mo' di focaccia, con un margine netto, liscio a destra, mentre a sinistra è dentato, immobile colla respirazione, mobile passivamente in tutti i sensi, leggermente dolente alla pres-

sione, di consistenza teso-elastica. Essa è indipendente dagli organi genitali. Non liquido libero endoaddominale.

Fegato nei limiti. Assenza dell'area di ottusità splenica. Urine normali.

Esame radiologico dell'intestino; negativo.

Con diagnosi di milza migrante con crisi di torsione, viene il 10 gennaio 1940 operata in eteronarcosi (Lozzi).

Laparotomia mediana sottombelicale. Grossa milza a livello dell'ipocondrio, torta di un giro sul peduncolo, che è lungo, senza legamento frenico-splenico, con grosse vene dilatate, pervie, arteria splenica grossa e tortuosa. Vasi brevi assenti. Fegato di aspetto normale. Splenectomia facile. La milza ha contratto solo lasse aderenze coll'epiploon. Guarigione.

Caso III. - Ali G., uomo di a. 42, da Kavaja. Malarico cronico.

Viene portato di urgenza in ospedale, il 21 maggio 1940, perchè da due giorni soffre di un violento dolore a carico del mesogastrio, insorto dopo uno sforzo, con irradiazione all'epigastrio, fianco sinistro e dorso, vomito con qualche striatura ematica ed alvo chiuso. I dolori vengono a crisi subentranti, pur non scomparendo mai completamente. Minzione regolare.

E. O. Condizioni generali depresse. Polso 110, piuttosto piccolo. Temp. 37,8. Facies sofferente.

L'addome è leggermente tumido, la regione periombelicale è sporgente, esso si muove bene negli atti respiratori che non sono profondi. Scarsa difesa addominale in alto. Nella regione mesogastrica si apprezza una tumefazione ovoidale, delle dimensioni di circa cm. 12 per 18, teso-elastica, dolentissima, immobile con gli atti respiratori e poco mobile passivamente. Non ottusità declive.

Fegato nei limiti. La milza non si palpa, nè si delimita colla percussione nella sua sede. Negativa l'esplorazione rettale.

Nulla nel resto dell'esame obiettivo. Emazie 4.200.000. Leucociti 14.000.

Pensando alla torsione acuta di una milza migrante, si interviene di urgenza in eteronarcosi.

Alla laparotomia mediana mesogastrica (Lozzi) si trova che la tumefazione palpata è costituita dalla milza torta 2 volte sul peduncolo, di grandezza tre volte la norma, nerastra ed ecchimotica. Il peduncolo, con due giri completi, presenta le vene completamente chiuse e trombizzate a livello della torsione, mentre l'arteria è ancora pervia. Il peduncolo è lungo, edematoso e non presenta vasi brevi, scarso liquido ematico in peritoneo. Splenectomia facile.

Al taglio, la milza presenta zone nerastre ecchimotiche, e sotto la capsula si scorgono numerosi piccoli ematomi.

Guarigione in 15 giorni.

Caso IV. - Xtemaln H., donna di a. 37. Pluripara. Malarica cronica.

Da 4 mesi soffre di leggeri dolori epigastrici spesso diffusi all'ipocondrio sinistro ed al dorso, che sopravvengono a crisi, insieme ad inappetenza, nausea e spesso vomito; durano qualche ora, lasciando una dolenza diffusa a tutto l'addome. L'alvo è diventato stitico. Minzione regolare. E' dimagrita. Mestruazioni dolorose ed abbondanti.

E. O. Addome da pluripara, globoso.

Sull'ipogastrio si apprezza una grossa tumefazione di circa cm. 20 per 19, a superficie liscia, di consistenza teso-elastica, leggermente dolente, a margini lisci, con delle incisure sul lato sinistro, immobile nella respirazione, ma mobilissima passivamente. E' indipendente dagli organi genitali.

Fegato nei limiti. La milza non si palpa, nè si apprezza colla percussione in sede.

Esame del sangue: null'altro che una leggera oligoemia. Wassermann negativa. Urine normali.

Apparato digerente normale all'esame radiologico. L'utero è retroverso, premuto dalla tumefazione.

Il 25 novembre 1940, con diagnosi di splenomegalia con crisi di torsione, la paziente viene operata in eteronarcosi. Alla laparotomia mediana (Lozzi), si trova che la milza occupa l'epigastrio, è molto ingrossata (4 volte la norma),

ed è torta sul suo peduncolo di un giro e mezzo. Le vene, tranne a livello della torsione (ove non sono neppure occluse) sono dilatate. L'arteria splenica è aumentata di calibro. Il fegato è normale. Lasse aderenze epiploiche. Splenectomia. Guarigione.

La paziente rivista dopo due mesi, è in buone condizioni, l'utero è nella posizione normale, e le mestruazioni sono indolori.

Caso V. - Afrodite L., donna di a. 32. Pluripara. Malarica cronica.

Viene in ospedale il 5 maggio 1941 perchè da 3-4 mesi soffre di crisi dolorose modiche a carico dell'epigastrio ed ipocondrio sinistro, con irradiazioni al dorso, nausea, vomito ed alvo chiuso. Intanto l'appetito è diminuito, l'alvo è stitico ed è dimagrita. Tali crisi si sono ripetute 7-8 volte in questo breve periodo di tempo.

E. O. Addome da pluripara a pareti rilasciate. Si apprezza una grossa tumefazione fra il mesogastrio e l'ipogastrio, ovoidale, della misura di circa cm. 25 per 15, a superficie liscia, di consistenza teso-elastica, dolente, a margini netti, immobile con gli atti respiratori, ma molto mobile passivamente. E' indipendente dagli organi genitali.

Fegato nei limiti. Milza non palpabile, nè delimitabile alla percussione nella propria sede. Non liquido libero. Nulla a carico degli organi toracici.

Emazie 3.900.000. Leucociti 8.000. Formula ematica normale. Casoni e Ghedini-Weinberg, negative. Apparato digerente radiologicamente normale.

Con la diagnosi di crisi di torsione in milza migrante la paziente viene operata in eteronarcosi (Lozzi). Laparatomia mediana sottombellica. Si trova una grossa milza, che occupa il centro dell'addome basso, ove ha contratto delle aderenze. Essa è torta di un giro sul proprio peduncolo, che è lunghissimo, ed inoltre sul proprio asse verticale in modo che la sua faccia anteriore è diventata posteriore. Assenza di legamenti e vasi brevi. Vene pervie, ectasiche sotto e sopra la torsione. Splenectomia. Guarigione.

Caso VI. - Rossami B., donna di a. 32, da Lushnia. Malarica cronica. Pluripara.

Da 5-6 mesi si lagna di dolenzia diffusa all'addome alto e verso l'ipocondrio sinistro, spesso intercalata da crisi di dolore più forte con pesantezza epigastrica: ha poco appetito ed è stitica. Le mestruazioni sono abbondanti e dolorose. Non febbre.

E. O. Addome da pluripara, con la parte media leggermente sollevata. Si apprezza in tale zona una grossa tumefazione, ovoidale, a focaccia, di cm. 20 per 15 a superficie liscia, a margini netti, immobile nella respirazione, ma molto mobile passivamente. E' indipendente dagli organi genitali. Non liquido libero endo-addominale.

Fegato nei limiti, la milza non si apprezza nè colla palpazione nè colla percussione nella sua sede normale. L'apparato digerente è radiologicamente normale. Nulla a carico del torace.

Emazie 4.000.000. Leucociti 7.000. Formula ematica normale. Tempo di emorragia e coagulazione normali. Urine normali, tranne una lieve glicosuria. Casoni e Ghedini-Weinberg negative.

Colla diagnosi di milza migrante e di crisi acute di torsione la paziente viene operata il 5 ottobre 1941, in eteronarcosi (Lozzi).

Laparatomia mediana. La milza grande 5-6 volte il volume normale, occupa la parte media bassa dell'addome, ove è circondata da lasse aderenze epiploiche. Essa è torta di un giro completo sul suo peduncolo, che è molto lungo e presenta un plesso venoso ricchissimo, formato da vene fortemente dilatate. Tale dilatazione venosa (come un pollice) si estende a tutta la vena splenica, alla gastro-epiploica ed al resto delle vene gastriche fino alla cava. L'arteria splenica è anch'essa dilatata e presenta una dilatazione saccaiforme, subito prima della torsione, simile ad una noce avellana. Tutti i vasi sono pervii. Il fegato è di aspetto normale. Splenectomia facile, isolando la lunga coda del pancreas che è anch'essa girata.

Guarigione. La glicosuria è scomparsa.

Queste osservazioni cliniche raccolte nello spazio di circa due anni, non richiedono un lungo commento, dopo quanto è stato detto precedentemente.

Si tratta di sei casi di milze malariche croniche, migranti nell'addome, che cinque volte cronicamente, a piccole crisi, ed una volta in modo acuto e grave si sono torte sul proprio lungo peduncolo dando dei disturbi più o meno intensi che hanno richiesto sempre l'intervento chirurgico demolitivo per la guarigione definitiva.

Contrariamente ai dati raccolti da ABELL nei casi finora conosciuti, nelle mie osservazioni predomina l'andamento cronico della sindrome. Infatti solo in un caso la crisi di torsione si è svolta acutamente e tanto gravemente da richiedere l'intervento d'urgenza. Negli altri casi ad andamento generale cronico, la torsione, avvenuta certamente a crisi, non è stata tanto serrata da interrompere completamente il circolo, per cui la circolazione della milza ha subito semplicemente un leggero intoppo al circolo refluo venoso, che subiva probabilmente un aggravamento durante le passeggere crisi dolorose.

In tutti i casi, la sindrome ha rappresentato una complicazione di una grossa milza malarica migrante, in cui nessuna traccia di legamento sospensore e sostentore della milza si è trovato, tranne un lungo ilo, che lasciava libero gioco all'organo. Da questa osservazione e da altre numerosissime fatte in questo periodo in operati di splenectomia per lesioni varie, si possono mettere in rapporto la ptosi e la mobilità eccessiva della milza non direttamente coll'aumento di volume e di peso dell'organo e col rilasciamento delle pareti addominali, ma primitivamente con un difetto di sviluppo dei legamenti sospensori della milza. In seguito si stabilisce un circolo vizioso per cui la malformazione congenita e l'aumento di volume della milza sommano la loro azione dannosa, per cui il peduncolo diviene sempre più lungo e l'organo sempre più mobile. In queste condizioni, in un addome a pareti rilasciate, qualsiasi variazione brusca dell'equilibrio di pressione, indotta sia da uno sforzo che da un trauma, può determinare la torsione dell'organo sul proprio peduncolo ed anche sul proprio asse maggiore, come è stato osservato nel caso V, ove i due tipi di torsione erano entrambi presenti.

Come condizione coadiuvante la torsione abbiamo trovato sempre un addome a pareti rilasciate, infatti in cinque volte si trattava di donne, che avevano molte volte partorito.

Le conseguenze anatomiche e fisiopatologiche della torsione sono ovvie, essendo in gran parte comuni a tutte le formazioni torte: se la torsione giunge fino all'arresto del circolo, sia esso in primo tempo semplicemente venoso, l'organo in assenza di germi, va incontro ad un processo di necrobiosi, con una reazione peritoneale e generale proporzionata all'importanza dell'organo.

Fortunatamente, nei nostri casi, solo una volta, la torsione è stata talmente grave da interrompere il circolo venoso, e determinare grave sindrome corrispondente, che è stata risolta solo con la splenectomia d'urgenza. In tutti gli altri casi la torsione non è arrivata mai a tanto, ed il circolo è risultato inceppato solo episodicamente e momentaneamente, in rapporto alle piccole crisi dolorose.

Il reperto operatorio è stato sempre interessante. La milza, molto grande, malarica, era sempre nell'addome basso, e presentava sempre le note di una modica stasi venosa nei casi ad andamento cronico, con basse adherenze epiploiche, con un peduncolo molto lungo, torto per metà, o completamente, ed anche una volta e mezzo. La torsione comprendeva anche la coda del pancreas, sempre molto lunga e sottile. Le vene erano sempre dilatate, e tale dilatazione raggiungeva un grado enorme ed una estensione straordinaria nell'ultimo caso. L'arteria splenica, in questi casi, non aveva note particolari, tranne un aumento del calibro proporzionato del resto alla grandezza della milza, tranne nell'ultimo caso ove presentava una dilatazione aneurismatica, come una noce avellana, subito prima del giro di torsione. Tale reperto è veramente degno di nota, se si pensa alle conseguenze, che avrebbe potuto determinare l'eventuale rottura della sacca, in un'arteria talmente grossa.

Nel III caso di torsione, decorsa acutamente, la milza era in necrobiosi iniziale, con ecchimosi, ematomi sottocapsulari, zone di infarto e trombosi dei vasi dell'ilo. Non si sono osservate reazioni gravi a carico degli organi vicini, stomaco, pancreas ed intestino, tranne una ematemesi passeggera in un sol caso, ed in un altro una leggera glicosuria scomparsa dopo la splenectomia, come nel caso di Laudadio. Non abbiamo osser-

vato infarti, nè occlusioni, nè necrosi intestinali. In alcuni casi si è trovata una scarsissima quantità di liquido endoaddominale, ematico, e più abbondante nel caso decorso acutamente.

La sintomatologia delle forme ad andamento cronico dei nostri cinque casi è stata presso a poco la stessa. In donne pluripare, malariche croniche, portatrici di una grossa milza, molto mobile, compaiono lentamente disturbi vaghi a carico dell'addome, come inappetenza, stipsi, pesantezza, pollachiuria, che ogni tanto sono intercalati da piccole crisi acute con dolore più vivo, a sede varia, con frequenti irradiazioni all'ipocondrio ed alla spalla sinistra, nausea, vomito, chiusura dell'alvo.

Nelle forme gravi, ad andamento acuto, la sindrome clinica si stabilisce all'improvviso in tutta la sua gravità, con un dolore violento addominale, a sede epigastrica ed ipocondriaca sinistra, e spesso con irradiazioni al dorso ed alla scapola sinistra, nausea, vomito, a volte ematico, alvo chiuso, addome dolentissimo alla pressione e teso, condizioni generali e circolatorie gravi.

Obiettivamente nelle forme croniche si apprezza bene una tumefazione addominale, a sede varia, più o meno grande, ovoidale, a focaccia, con margini netti, in cui si possono apprezzare delle incisure, più o meno dolenti alla pressione, immobile nella respirazione, e mobilissima passivamente, indipendente dagli organi genitali, e nello stesso tempo che si constata l'assenza della milza nella sua sede normale.

Nelle forme acute, tali reperti obiettivi addominali precisi sono mascherati in gran parte dalla dolorabilità e da un certo grado di difesa addominale, però è molto spesso possibile rilevarli, se si coglie un momento di pausa del dolore, o, si rinnova l'osservazione dell'addome prima di intervenire a paziente narcotizzato.

In tutti i nostri casi è stata posta la diagnosi clinica preoperatoria con esattezza. Questo è stato possibile dall'esatta valutazione della sindrome clinica, avendo presente tale eventualità, in una regione ove la patologia della milza ha un posto preminente.

La terapia, in questi casi, richiede senz'altro la splenectomia, escludendo senza discussione tutti i mezzi conservativi. Del resto la splenectomia con una milza libera nell'addome, ed un peduncolo molto lungo, è cosa di poco momento e di nes-

suna gravità. Basterebbe legare in massa il peduncolo e reciderlo, e tutta l'operazione sarebbe eseguita. Ma appunto perchè l'intervento si presenta facile e piano è necessario eseguirlo benissimo, in maniera che il paziente non corra nessun pericolo.

Noi leghiamo isolatamente, con doppio laccio, l'arteria, e poi le vene, quando esse sembrano svuotate, isolando e preservando accuratamente la coda del pancreas. E' necessario che l'arteria sia bene allacciata a distanza conveniente dal punto sezionato, perchè, appena tolta la milza, ha tendenza, col resto del peduncolo, a retrarsi. Completiamo sempre l'intervento con una peritoneizzazione accurata del peduncolo. Abbiamo eseguito l'intervento sempre in narcosi eterea, ma avremmo potuto benissimo eseguirlo in anestesia locale, nei casi a decorso cronico.

I risultati sono stati tutti buoni, sia immediatamente, che ad una certa distanza, pel miglioramento notevole di tutti i disturbi.

Possiamo quindi riassumere e concludere in questa maniera:

La torsione della milza è sempre una complicazione di una milza ptosica migrante.

La torsione può decorrere acutamente con un quadro clinico imponente e minaccioso, oppure evolvere cronicamente a crisi ripetute.

Tale sindrome è piuttosto rara tanto che nel 1933 ABELL ne riportava soltanto 97 casi.

Noi ne abbiamo osservati e curati sei casi, di cui cinque a decorso cronico, in una ragione ove la patologia della milza ha una grande importanza.

Degno di nota è il reperto operatorio osservato in un caso, di un aneurisma dell'arteria splenica e dell'enorme dilatazione delle vene spleniche, gastroepiploiche e gastriche.

In tutti i casi è stata eseguita con facilità la splenectomia, che ha condotto sempre a guarigione.

RIASSUNTO

L'A. riporta 6 casi di torsione della milza sul peduncolo, di cui 5 decorsi cronicamente e uno in modo acuto, e pone in evidenza l'importanza che le lesioni patologiche della milza così

frequenti in Albania, a motivo della malaria e della lues, hanno sulla patogenesi di questa affezione. Dopo aver ricordato alcuni caratteri importanti dei casi pubblicati dagli altri AA., descrive la sintomatologia e la terapia seguita nei suoi malati che è consistita nella splenectomia con esito felice.

LETTERATURA

- ABELL: *Wandering Spleen with torsion of the pedicle*. Ann. of Surg., vol. XCVIII, 1933, fasc. 4, pag. 722.
- ADKINS: *Ptose Spleen with torsion of Pedicle*. Ann. of Surg., vol. CVII, 1938, pag. 832.
- AILLAND: *Sur la torsion chronique du pedicule dans la rate mobile*. Tesi di Montpellier, 1910.
- ALBUTT: C.H. da Sutton.
- ALESSANDRI: *Anomalia della milza*. Manuale di chirurgia, ed. Pozzi Roma, 1933, vol. IV, pag. 363.
- ARMITAGE: *Traumatic suptur of the spleen involving the pedicle. Splenectomy. - Complete recovery - A rare Rugby Foot-ball*. Brit. Journ. Surg., 17, 1929, pag. 335.
- BIONDO: *Un caso di torsione della milza sul peduncolo con sindrome appendicolare acuta*. Il Policl., Sez. Prat., vol. XLI, 1934, pag. 650.
- BONOME: Arch. Ital. Clin. Med. Milano, 1888.
- BROSSMANN: *Extirpation einer stielgedrehten Wandermiltz*. Zentralbl. f. Chir., 1922, pag. 675.
- BÜDINGER: Wien. Klin. Woch. n. 10, 1903 - Wien. Klin. Woch. n. 46, 1902.
- BULLARD: *Rate pelvique avec torsion du pedicule*. Amer. Journ. of Obst. g. Gynec., vol. XXV, 1933, 4.
- BUREAU: *Contribution à l'étude de l'ectopie de la rate: torsion du pedicule*. Tesi di Parigi, 1896.
- CANTELMO: *Generalità e patogenesi delle torsioni*. Ann. Ital. Chir., vol. XI, 1932, 10.
- CHANDELUX: *Splenectomie pour rate mobile avec torsion du pedicule*. Lyon méd., vol. XCIII, 1900, pag. 452.
- CASIANO e BREA: *Bol. de la Societ. de Obst. y Ginec. de Buenos Aires*. V. XII, n. 2, 1933, pag. 82.
- DARFÈVILLE: *Rate mobile avec torsion du pedicule*. Tesi di Parigi, 1894.
- D'URSO: *Studio clinico e sperimentale dell'infarto splenico nella rotazione di milza*. Il Policl., 1896, 1-3.
- FATOUT: *La rate mobile*. Gaz. des Hôpit., 23 mai 1896.
- FATA: *Splenectomy for Torsion of the spleen*. Riv. veneta di sc. med., vol. LIX, 1913, pag. 252.
- GALLO e MARANO: *Torsione del peduncolo della milza*. Boll. y trab. Soc. de Cir. de Buenos Aires, 1932, XVI, 19.
- *Torsione del peduncolo della milza, ecc.*, Prensa med. argent., XX, 1933, 7.

- GIORDANA: *Di un caso di milza torta sul peduncolo*. Rif. Med., vol. XLV, 1929, pag. 339.
- GRIEFFENHAGEN: Zbl. f. Chir., n. 5, 1897, pag. 124.
- HALBAN: *Zwei Falle von Torsion einer Wandermilz*. Arch. f. Gynak. CVII, 1922, pag. 432.
- HARTMAN et TERRIER: *Sur une observation de splénectomie pour torsion du pédicule de la rate, suivi d'accidents de péritonite aigue*. Bull. et mem. Soc. Chir. de Paris, vol. XX, 1894, pag. 348.
- HEURTAUX: *Rate déplacée dans la fosse iliaque droite et a pedicule torta: Splénectomie*. Boll. et mem. Soc. Chir. de Paris, vol. XIX, pag. 752.
- KATFMANN: *Trattato di Anatomia Patologica Speciale*, ed. Vallardi, Milano, 1929; P. I., pag. 187.
- KEHR: Cit. da Bädinger.
- LAHEY: *Prolapsed spleen with acute Torsion; Splenopexy*. Ann. of Surg., vol. LIV, 1911, pag. 612.
- LATZKO: *Vien. Klin. Woch.*, n. 46, 1902.
- LAUDADIO: *Milze migrate nel piccolo bacino che provocano glicosuria. Splénectomia e rapida scomparsa della glicosuria*. Arch. di Pat. e Clin. Med., XII, 1932, 3.
- LEJARS: *Ectopies et torsione cronique du pedicule de la rate*. Boll. et Mem. Soc. Chir. de Paris, vol. XXIX, 1903, pag. 870.
- LEOTTA: *Chirurgia della milza*. Congr. Intern. di Chir., Bruxelles, 1926.
- MACDONAL e MACKAY: *Case of acute Torsion of Wandering spleen; Splenectomy; Recovery*. Lancet, vol. II, 1909, pag. 917.
- MAJO: *Ann. of Surg.*, LXXXVIII, 1928.
- MATAS: *Wandering Spleen with Twisted Pedicle Producing Tumor in Pelvis*. Ann. of Surg., vol. LII, 1910, pag. 138.
- MACRO: *Due casi di milza malarica ectopica e torta sul peduncolo, complicati ad occlusione intestinale meccanica*. Rif. med., n. 30, 1934, pag. 1153.
- MERHAUT: *Torsion der ektopischen, enorm vergrößerten Milz, mit Inkarnation der Omentum*. Casopis lekara ceskích, 1917, n. 4.
- MONTI: *Volvolo del cieco per ectopia splenica*. Boll. Soc. Med., XCII, 1911, serie IX, f. 5-9.
- MONTUORO: *Die Wandermilz in ihren Beziehungen zu Geburtshilfe und Gynakologie*. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynak., vol. LXXIII, 1913, pag. 702.
- MORAUULT: *De la torsion du pedicule dans l'ectopie splénique*. Tesi di Bordeaux, 1895-1896.
- MÜLLER: *Ein Falle von Stieldrehung der Wandermilz mit parasplenischen Hamaton*. Deutsch. Ztschr. f. Chir., vol. CXIX, 1912, pag. 189.
- OUÏLE: *Rate ectopique dans la fosse iliaque droite, torsion du pedicule avec occlusion intestinale*. Ann. d'Anat. Path., vol. IX, 1932, pag. 85.
- PAYR: Cit. da Biondo.
- PERINI: *Sindrome da ectopia splenica*. Rass. Intern. di clin. eter., vol. X, 1929, pag. 198.
- PULLET: *Des les lesions de la rate mobile*. Semaine méd., 1895, n. 54.
- RUMMEL: *Stieldrehung einer Wandermilz, unter dem klinischen Bild der Stieldrehung einer Ovarialtumors verlaufend*. Munch. med. Woch., vol: LXXVI, 1929, pag. 371.

- RUNGE: *Extirpation einer Wandermilz mit Aschendrechung der Stieles*. Berl. Klin. Woch., vol. XXXII, pag. 346.
- SALIS: *Ein Fall von Torsion der Milz. Extirpation*. Corresp. für Schweiz. Aertze, XLIII, 1913, pag. 1669.
- SOUTHAM: *Note on Splenectomy for Torsion of in Child*. Lancet, vol. I, 1921, pag. 642.
- SOEWARTZ: *Cil. da Rummel*.
- SUBBOTIC: *Beitrage zur Pathologie und Chirurgischen Therapie einiger Extran-
kugen der Milz*. Deuts. Ztschr. f. Chir., vol. LIV, 1899-1900, pag. 487.
- SUTTON: *Case of Axial Rotation of Wandering Spleen; Splenectomy; Recovery*. Trans. Clin. Soc. London, vol. XXVI, 1892, pag. 46.
- *Wandering Spleen with Torsion of Its Pedicle*. Ann. of. Surg., vol. LXXXI, 1925, pag. 239.
- TOLDT: *Deutsch. d. Kais. Akademie*, Wien, 1879.
- ULLMANN: *Milzextirpation wegen Stieltorsion der Wandermilz*. Klin. Therap. Woch., vol. X, Vienna, 1903, pag. 41.
- ZUKERKANDL: *Cil. da Büdinger*.

