

454
DOTT. MARCELLO PETACCI

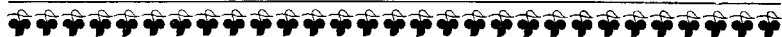
Considerazioni diagnostico-differenziali sui tumori infiammatori e neoplasie del ceco

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Chirurgica) anno XLV (1938)



ROMA
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »
N. 14 — Via Sistina — N. 14

1938



CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI MILANO

Direttore: Prof. MARIO DONATI

Considerazioni diagnostico-differenziali sui tumori infiammatori e neoplasie del ceco.

DOH. MARCELLO PETAGGI

Capitano medico nella R. Marina, assistente militare.

L'occasione di queste considerazioni mi è dato da un caso osservato nella Clinica Chirurgica della R. Università di Milano, perchè in esso la diagnosi differenziale fra tumore infiammatorio e neoplasia del ceco fu particolarmente difficile non solo al clinico ma anche all'anatomopatologo, così che soltanto con il controllo istologico si poté dimostrare l'esattezza della diagnosi clinica.

Il caso riguarda una donna di 52 anni (G. V.), entrata in Clinica Chirurgica il 29 dicembre 1937. Mancano dati anamnestici di cancro nella famiglia. Sette fratelli morirono in assai giovane età. Una sorella morì a 19 anni di tubercolosi polmonare.

La paziente nacque da parto eutocico. Mestruò a 15 anni. A 21 anni fu sposata. Il marito vive in buona salute. Ebbe tre gravidanze a termine. I figli sono sani.

Da circa due anni ha notato un deperimento progressivo. Da allora sono anche comparsi dolori addominali distanti dai pasti, sembra senza un orario fisso, con aggravamenti sporadici di tipo colico. L'alvo, che all'inizio dei disturbi era diarroico, divenne in seguito stitico. L'appetito conservato, ma la donna, che un tempo era una forte mangiatrice, ha dovuto ridurre la quantità degli alimenti ad ogni pasto, perchè la digestione è difficile e perchè essa teme che i dolori addominali ne siano accresciuti. Soffre anche di eruttazioni acide.

All'ingresso in clinica si presenta in condizioni generali alquanto scadute. La pelle e le mucose sono pallide. Regolare lo sviluppo scheletrico. Masse muscolari esili. Pannicolo adiposo sottocutaneo scarso. La lingua è patinosa, umida. L'ispezione del torace, l'esame palpatorio del fremito polmonare e la percussione danno reperto normale. Il mormore vescicolare è un poco aspro, l'espirio modificamente prolungato. Cuore nei limiti normali; toni puri e ritmici.

L'addome è globoso, con pareti piuttosto cedevoli. La palpazione profonda desta, difesa muscolare e dolore, che tuttavia è modesto, nel quadrante inferiore, dove si percepisce un corpo elastico, cilindrico, mobile contro i piani profondi, percorso da spontanei borborigmi e, se si eseguisce un movimento di spremitura, da rumori di filtrazione. La dolenza palpatoria si desta anche lungo il decorso del colon ascendente, del trasverso, e

del discendente. L'esame palpatorio e percussorio dello stomaco dimostrano che il viscere è contenuto nei limiti normali. Timpanismo alto e rumori di guazzamento sulle anse del tenue.

Il fegato e la milza risultano nei limiti normali.

All'esplorazione vaginale: vagina ampia, collo uterino di pluripara. Fornici liberi e indolenti.

Con l'esplorazione rettale non si percepisce nulla di anormale.

Polso 66. Mx. 115, Mn. 60. Reperto urinario normale. Azotemia 0,16 ‰. Reazioni di Wassermann e di Kehn negative. Hb. 70. Eritrociti 3.300.000. Leucociti 6.000. Valore globulare 1,11.

Esame radiologico. All'esame preliminare dell'addome si notano numerosi livelli idroaerei nei quadranti superiori. Il liquido di contrasto passa normalmente attraverso l'esofago. Lo stomaco appare schiacciato sotto il fegato dalle anse intestinali contenenti livelli idroaerei; è piccolo, tonico, con margini regolari. La peristalsi è superficiale ed efficace. Bulbo retroposto all'antro, di aspetto regolare. Deflusso in duodeno lento. Nelle anse digiunali il mezzo di contrasto si diluisce nel liquido già esistente, dimostrando anse dilatate ipocinetiche nelle quali è percepibile il disegno delle valvole conniventi. Il transito è piuttosto lento, alla sesta ora il mezzo di contrasto è distribuito ancora in una lunga ansa digiunale atonica, dilatata uniformemente, che dalla fossa iliaca di S. si porta alla fossa iliaca di D. La diluizione del mezzo di contrasto fa sì che non sia più possibile notare particolarmente i caratteri dell'ultima ansa ileale e della valvola ileocecale. La notevole stasi e la dilatazione delle anse del tenue fa supporre l'esistenza di una stenosi in sede ileo-cecale. Il colon è privo di haustra con sigma piuttosto lungo e ripiegato su se stesso. Conclusione: probabile stenosi ileo-cecale con fatti di mesenterite.

Sulla radiografia eseguita si nota un difetto di riempimento in sede ceco-cescendente con contorno un poco irregolari, a monte del quale v'è un'ansa intestinale imputabile con probabilità come l'ultimo tratto dell'ileo fortemente disteso.

Intervento chirurgico (5 gennaio 1938). Anestesia locale pressocainica per infiltrazione. Laparotomia mediana sopra e sottoombelicale. Reperto di ernia del segmento omentale erniato. Il resto dell'omento è diffusamente aderente alla parete addominale. L'esplorazione del cavo addominale mette in evidenza quanto segue: l'ultimo tratto dell'ileo, per una lunghezza di circa 50-60 cm. è fortemente dilatato, con pareti ispessite ma atoniche, coperto di sierosa cosparsa di chiazze cicatriziali; il tratto corrispondente di mesentere è retratto con note evidenti di cronica infiammazione. L'imbocco dell'ileo nel ceco non è riconoscibile perché appare confuso in una massa del volume di un pugno, dove l'ileo il suo mesentere e presumibilmente il ceco con l'appendice sono fusi in una massa inestricabile. Questa massa è tuttavia discretamente mobile. Poiché ogni tentativo di liberazione riesce insufficiente, per portare un rimedio alla stenosi ileale l'operatore si limita ad eseguire una ileotrasversostomia, unendo l'ansa ileale libera a monte dell'ammasso tumorale con la porzione destra del trasverso. Si passa quindi alla chiusura della breccia laparotomica provvedendo all'ernia ombelicale. Chiusura con grafette della cute.

Il decorso postoperatorio immediato è normale. Dal diario del 6 gennaio: addome trattabile, indolente, lingua umida, polso 120 ritmico, temperatura 37,8; urinazione normale. Il giorno seguente l'ammalata si aggrava. La frequenza del polso sale a 130, la temperatura a 38°. L'addome è dolente, massimamente a destra sul quadrante inferiore. L'alvo è chiuso. Il 10 gennaio muore con una sindrome peritonitica conclamata.

E' inviata all'autopsia con diagnosi di « Stenosi neoplastica della valvola ileocecale; mesenterite cronica in corrispondenza dell'ultimo tratto ileale; peritonite acuta ».

Reperto anatomico. (15-934: settore dott. Iosetti). All'apertura del cranio: intensa congestione della leptomeninge e della sostanza encefalica. All'apertura dei cavi pleurici: destro oblitterato da tenace aderenze fibrose, sinistro parzialmente oblitterato. Area cardiaca di dimensioni normali.

All'apertura del cavo addominale esce gas di odore fecale ed essudato fibrinopurulento denso. Il grande omento è tenacemente adeso al peritoneo parietale. Le anse intestinali sono congeste e coperte d'essudato fibrinopurulento. Alcune di esse sono adese per aderenze fibrose più antiche.

Polmoni di volume normale; al taglio congestione intensa, specialmente alle basi. Organi del collo: nulla di notevole. Cuore flaccido; cavità dilatate; degenerazione torbida-

grassa. Aorta: arterosclerosi diffusa di medio grado, specialmente all'arco. Milza alquanto ingrossata, molto molle. Polpa grigiastrea. Fegato: degenerazione torbido-grassa. Reni rigonfi, torbidi. Stomaco: edema e catarro della mucosa. Intestini: valvola ileocecale stenosa da un anello duro, fibroso; l'ultimo tratto dell'ileo ed il ceco sono avvolti in un denso mantello ditessuto biancastro di aspetto fibroso con numerosi centri necrotici bianchi asciutti in tutto simili a focolai di caseosi; lo stesso tessuto sostituisce la parete muscolare dell'intestino e si spinge fino alla sottomucosa; la mucosa è in questo tratto sollevata in guisa di vegetazioni mollicce, grigio, rosee o biancastre con fatti di necrosi che ripetono i caratteri della caseosi. Alcune linfoghiandole della catena laterocolica destra sono ingrossate e al taglio appaiono biancastre, asciutte, contenenti una sostanza quasi pastosa come di solito si osserva nella linfadenite caseosa tubercolare.

Diagnosi anatomica. Esiti fibroadesivi di pleurite, totali a destra, parziali a sinistra. Esiti fibroadesivi di peritonite. Tubercoloma stenosante della valvola ileocecale. Ileocolostomia. Peritonite fibrinopurulenta. Degenerazione torbido-grassa dei visceri.



FIG. 1. — Radiografia eseguita 6 ore dopo l'ingestione del pasto opaco. Il mezzo di contrasto è tutto raccolto in una delle anse del tenue, atonica, ampiamente dilatata.

Esame istologico. Il tessuto fibroso assai denso che costituisce la maggior parte della massa tumorale è cosparso di immagini alveolari tappezzate internamente da palizzate di cellule cilindriche, disposte più comunemente su di un solo strato, talvolta anche in due strati. Nei lumi di queste formazioni epiteliali, di grandezza assai variabile come si constata nelle microfotografie eseguite allo stesso ingrandimento ($\times 200$), è talvolta contenuta una sostanza che assume assai pallidamente l'ematossilina. Nessuna delle cellule epiteliali presenta la trasformazione calciforme. La proliferazione epiteliomatosa si spinge fino alle zone più periferiche della massa tumorale; quivi, in immediata prossimità della sierosa il connettivo fibroso è cosparso di fitti aggruppamenti adiposi, assumendo gli aspetti noti della sclerolipomatosi infiammatoria. Alle aree biancastre asciutte corrispondono fatti di necrosi ischemica. Nelle linfoghiandole si notano le stesse immagini epiteliomatose cistiche e fatti di necrosi ischemica. La *diagnosi istologica* è pertanto di *adenocarcinoma scirroso stenosante della valvola ileocecale* propagato all'ultima porzione dell'ileo.

Il caso dianzi descritto è particolarmente degno di considerazione perchè, pur trattandosi di una neoplasia cecale, alcuni segni della lesione os-

servati durante la vita del paziente erano stati tali da indurre nel sospetto di una lesione infiammatoria, forse tubercolare, e perchè la difficoltà diagnostica non cessò all'autopsia: infatti il reperto al tavolo incisivo smentiva il giudizio sulla natura della lesione espresso dal clinico, e soltanto l'esame istologico permetteva di stabilire che la diagnosi clinica, fondata su alcuni indizi che la rendevano probabile se non certa, era in realtà esatta.

La differenza con altri numerosi casi della letteratura medica, che si riferiscono al problema della diagnosi differenziale tra cancro e tumori infiammatori del ceco, consiste in ciò, che mentre comunemente si descrivono tumori infiammatori cecali che inducono alla diagnosi erronea di cancro, qui ci è accaduto di osservare un adenocarcinoma cecale i cui caratteri clinici e ancor più anatomici erano tali da far sospettare la presenza di un tumore infiammatorio, anzi da indurre il settore al giudizio macroscopico di tubercolosi del ceco.

Tra le infiammazioni capaci di produrre tumori infiammatori stenotici del ceco, dette impropriamente « specifiche » perchè di eziologia precisabile, sta in prima linea la *tubercolosi*, cui segue con una frequenza assai minore l'*actinomicosi*.

È noto che la *sifilide* può produrre al terzo stadio infiltrati granulomatosi in qualunque tratto dell'intestino, talvolta in numero assai grande (54 in un caso di Marchand, 31 in un caso di E. Fränkel), infiltrati che evolvono verso una fase cicatriziale e sono perciò la causa di stenosi anulari. Non risulta tuttavia che il ceco sia colpito di preferenza e che gli infiltrati granulomatosi luetici dell'intestino abbiano tendenza a sviluppi neoplastiformi.

Anche il *linfogranuloma* può insediarsi nella parete del ceco e nello spazio sottosieroso, ed estendendosi alle linfoghiandole pericecali e pericoliche simulare la filite tubercolare neoplastiforme o il carcinoma del tratto ileocecale (1).

Ma il carattere tumorale non è esclusivo delle filiti dette specifiche e del *linfogranuloma*. Dalle classiche descrizioni di Gérard Marchant (1902), di Lèjars (1906) di Hartmann (1907), di Donati (1914) risulta chiaramente che filiti croniche non corrispondenti alle cause dianzi ricordate e di eziologia non accertabile possono assumere un carattere iperplastico.

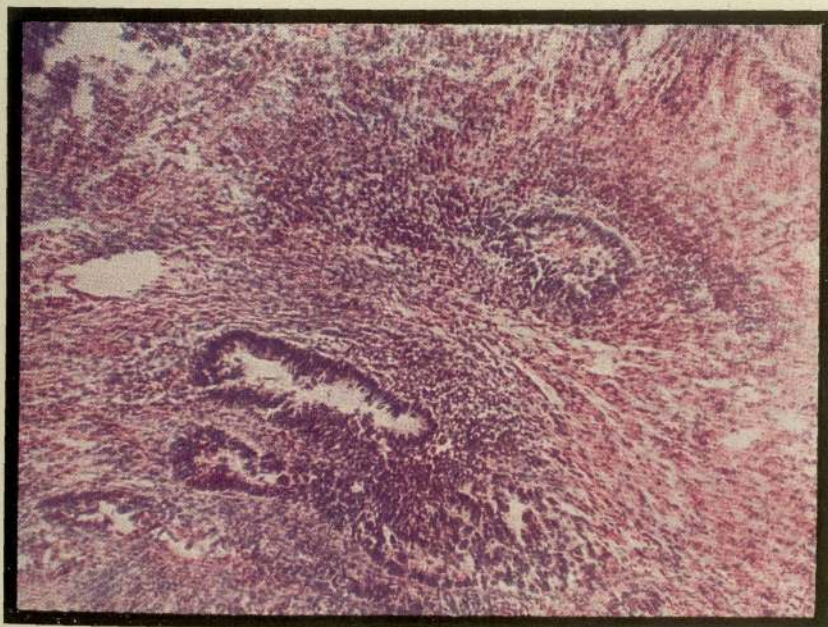
Negli ultimi anni nuove osservazioni si sono aggiunte, che non lasciano alcun dubbio sulla possibilità che pseudoneoplasmi infiammatori di etiologia non accertabile e comunque non tubercolari si stabiliscano nel tratto cecale e quivi decorrano in modo assai cronico.

I caratteri anatomo-clinici della tubercolosi pseudoneoplastica del ceco sono comunemente noti. Qui basti ricordare che molto di frequente essa è clinicamente primitiva, ossia si manifesta senza essere preceduta da alcun'altra lesione tubercolare apparente, che altre volte invece è consecutiva a lesioni polmonari, o per trasporto ematico dei bacilli o per l'impianto sulla mucosa di germi ingeriti con gli sputi. L'ablazione chirurgica del tratto di intestino malato può portare alla guarigione completa. Il ceco, o più precisamente il ceco e l'ultima parte dell'ileo costituiscono la sede di elezione

(1) Per indicazioni bibliografiche complete sulla *linfogranulomatosi solitaria intestinale* vedi i lavori citati da Ganna, Sternberg, Siegmund, Schlagendhauser, Terplan, che si riferiscono esclusivamente a questo argomento.



I. — Microfotografia dell'adenocarcinoma ($\times 200$) di aspetto cistico con elementi desquamati e liquido edematoso.



II. — Microfotografia. Le cellule cancerigne sono cilindriche disposte in uno o più strati. Intensa reazione scirrosa dello stroma con infiltrati di piccole cellule rotonde.

della tubercolosi solitaria. La forma ipertrofica, particolare manifestazione della tubercolosi nel tratto ileocecale non ne è tuttavia l'unica, poichè anche in questo tratto compaiono forme ulcerocaseose semplici, talora solitarie, che evolvono alla perforazione o alla sclerosi stenosante. Il carattere anatomico proprio della forma ipertrofica è la proliferazione di tessuto fibroadiposo che non resta limitato nella parete dell'intestino ma si estende all'intorno di questo nel tessuto sottoperitoneale; onde quegli aspetti che corrispondono al processo di sclerolipomatosi, che altro non è se non una reazione iperproduttiva del tessuto connettivo-adiposo all'infezione cronica.

La mucosa nel tratto d'intestino in cui si è sviluppato il processo tubercolare appare sollevata da piccoli corpi peduncolati, di aspetto poliposo e presenta pliche tumide in guisa di pseudo valvole. Mancano solitamente ulcerazioni diffuse, ma qua e là piccoli tubercoli rammolliti hanno vuotato il loro contenuto nell'intestino. L'appendice può restare sana, ma generalmente partecipa alla lesione ileocecale ed è ipertrofica, dura, dilatata. Qualche volta non la si può ritrovare nella massa comune. I gangli dell'angolo ileocecale sono sempre grossi, duri, talora caseificati. Tutta la catena mesenterica può essere invasa, così pure i gangli periaortici, fino nel mediastino. Queste lesioni diffuse ileocecali non sono sempre stenosanti; talvolta anzi il tratto intestinale invaso è atonico; ma anche in questi casi la rigidità delle pareti cecali disturba fortemente la peristalsi intestinale e costituisce un vero ostacolo.

Questa descrizione del tubercoloma, che corrisponde a quelle dei trattati classici, presenta in alcuni suoi punti caratteri assai simili a quelli che si trovano in certi carcinomi del ceco. In particolare quelle tumefazioni di aspetto poliposo della mucosa, su cui insistono alcuni anatomopatologi (1), possono rendere più difficile la diagnosi anatomica e talvolta anche la diagnosi radiologica differenziale; e con ciò si spiega come il settore, trovandole nel caso che ha riferito dianzi non le abbia ritenute sufficienti a provare la natura cancerigna del tumore e abbia espresso il giudizio di tubercoloma.

Se consideriamo i sintomi clinici fondamentali della tubercolosi cecale ipertrofica dobbiamo notare anzitutto che essi incominciano di solito con un dolore nella fossa iliaca destra, dolore sordo, progressivo, raramente brusco; tuttavia sono descritti anche accessi dolorosi improvvisi colici che simulano l'appendicite acuta. Importa in questo caso tener conto della temperatura, perchè la mancanza di febbre o un modesto rialzo termico dovrebbe far escludere l'appendicite acuta. La stitichezza è la regola, accompagnata dalla sindrome digestiva consueta (Duvall). Questo periodo iniziale di dolenzie, di dolori accessuali colici seguiti da miglioramento, da stitichezza semplice, è piuttosto lungo e dura almeno sei mesi secondo la maggior parte degli autori. Nel periodo di stato i disturbi funzionali si fanno assai più evidenti, perchè già si è stabilita la stenosi con tutte le sue conseguenze. Compaiono allora veri accessi di occlusione; tuttavia la sindrome di Koernig è meno frequente e di solito meno tumultuosa che nelle stenosi dell'ileo. L'esame dell'addome, oltre al meteorismo del tenue, permette di riconoscere il tumore cecale.

(1) « Simili lesioni furono designate col nome di *lupus intestinale*, per analogia col lupus ipertrofico della cute (Langhans, Sachs) ». (Da Donati: « Chirurgia dell'addome »: vedi in *Bibliografia*).

Tutti questi sintomi tuttavia non differiscono fondamentalmente da quelli delle tifti iperplastiche in cui l'eziologia tubercolare non è in alcun modo dimostrabile e manca al tessuto infiammatorio qualsiasi aspetto che propriamente si possa definire come granulomatoso; tifti perciò dette « aspecifiche », ma impropriamente. Anche in queste forme il tessuto infiammatorio è cecale e pericecale, si estende cioè al di fuori dei limiti della parete intestinale sollevando la sierosa. La mucosa è talvolta descritta come di aspetto pressochè normale, altre volte appare invece ispessita o addirittura sostituita da tessuto cicatriziale.

Alla produzione di tessuto fibroso iperplastico si accompagna spesso anche in questi casi la proliferazione di tessuto adiposo; perciò la sclerolipomatosi non si può dire esclusiva dei processi infiammatori iperplastici di eziologia tubercolare.

L'eziologia tubercolare diventa assai meno probabile clinicamente quando l'inizio dei disturbi e la comparsa del tumore infiammatorio seguono ad una appendicite acuta o subacuta. Anzi da alcuni esempi risulta che la precedenza di uno o di più attacchi appendicitici, seguiti o non seguiti dall'intervento chirurgico, ha guidato alla giusta diagnosi, facendo così escludere la natura blastomatosa del tumore ed una volta posta la sua origine infiammatoria, anche l'eziologia tubercolare.

Ecco alcuni esempi della letteratura più recente.

1° (da Anschütz). Donna di 52 anni. Due giorni prima dell'ingresso, dolori nel quadrante addominale inferiore di destra. Non vomito. Feci normali. Negli ultimi tempi diminuzione di peso, perdita dell'appetito, dolori colici addominali periodici. Nel quadrante inferiore di destra si palpa un tumore bernoccolato, relativamente dolente, delle dimensioni di un piccolo pugno. All'esame radiologico: ceco spostato verso la linea mediana dal tumore palpabile. All'intervento laparotomico si nota che il tumore di consistenza assai dura comprende la parete del ceco, risparmiando l'appendice. Le linfoghiandole non appaiono interessate. E' posta la diagnosi di cancro del ceco e si eseguisce la resezione ileocecale. La guarigione avviene per prima.

All'esame del pezzo l'origine dell'appendice appare situata nel centro della massa tumorale. Sulle superfici di taglio la mucosa e la sottomucosa sono ben riconoscibili, di spessore normale. La muscolare presenta nel centro del tumore una perdita di sostanza grande come un soldo con limiti maldefiniti. La sottosierosa è molto ispessita, avvolta da una massa grigiastra molto dura; essa si perde nel grasso periferico che avvolge il ceco. All'esame microscopico tutti gli strati della parete risultano ispessiti; la mucosa è infiltrata intensamente da cellule rotonde; l'epitelio, di rivestimento e le ghiandole sono indenni. La sottomucosa è irregolarmente ispessita. In prossimità della *muscularis mucosae* densi infiltrati di cellule rotonde e zone di degenerazione talina.

La muscolare è dissociata da infiltrati in cui si trovano oltre alle piccole cellule rotonde numerosi leucociti eosinofili e alcuni neutrofili. In prossimità della sierosa si notano anche piccoli focolai ascessuali. Il grasso sottosieroso è molto ispessito, sclerotico, infiltrato anche esso da cellule rotonde e polinucleate.

Si tratta quindi di una infiammazione in parte acuta e in parte cronica, specialmente degli strati più esterni; probabilmente originata dall'appendice.

2° (da Anschütz). Uomo di 23 anni, in cura per lesioni biapicali. Incidentalmente il medico scopre durante un esame dell'addome una tumefazione nel quadrante inferiore destro. Feci regolarmente emesse senza muco né sangue. Nel 1918 ha sofferto di tifo, nega infezioni veneree. E' ammesso nella clinica nel luglio 1923 per sospetto di tubercolosi ileocecale. All'intervento laparotomico si nota un tumore retrocecale grosso come un pugno e tumoretti numerosi retroperitoneali lungo il colon ascendente. L'appendice è sospinta in alto ed è libera. Il reperto corrisponde ad una tubercolosi ileocecale con ghiandole infiltrate del mesentere e del mesocolo. Resezione dell'ultima ansa ileale e del colon fino ad un terzo del trasverso. Guarigione.

All'esame microscopico, nella mucosa edematosa, all'infuori di infiltrati linfocitari interstiziali e di un grande ispessimento dei noduli linfatici, mancano lesioni che corrispondano ad una infiammazione tubercolare. Mancano completamente essudati fibrinosi cosicchè bisogna anche escludere l'eziologia dissenterica. Tutti gli strati della parete, massimamente la muscolare e la sottosierosa sono ispessiti con infiltrazioni linfocitarie e plasmacellulari. Si tratta quindi di un processo infiammatorio cronico senza eziologia riconoscibile.

3° (da Nemilov). Questo autore descrive neoformazioni tumorali infiammatorie senza caratteri di specificità, insorte in conseguenza di una appendectomia: esse dettero segni clinici circa due anni dopo l'operazione, a cui era seguita la guarigione per primam. Con un secondo intervento chirurgico si trovarono corpi tumorali diversi, assai duri,

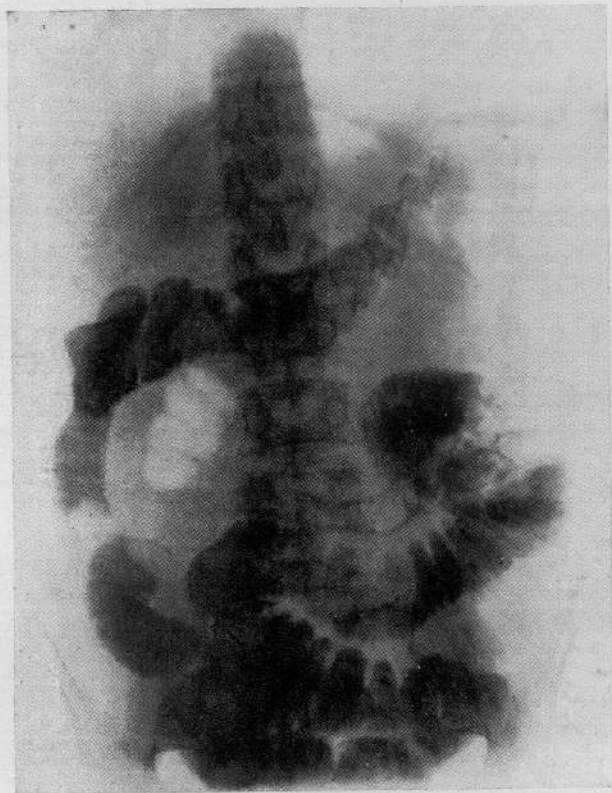


FIG. 2. — Difetto di riempimento del ceco ascendente e l'ultimo tratto dell'ileo fortemente dilatato.

di grandezza variabile da quella di una nocciuola a quella di una mela, connessi con il moncone appendicolare, che in parte stenosavano la valvola ileocecale.

4° (da Mikkelsen). Il malato soffriva da tempo di disturbi diagnosticati come « colite ». Un mese dopo l'ingresso in clinica fu notato un tumore bernoccolato nel quadrante inferiore destro. Fu posta la diagnosi di tumore infiammatorio apicifico in considerazione della colite precedente. Il reperto chirurgico e istologico del pezzo asportato confermò la diagnosi.

5° (da Haberer). Il malato fu sottoposto all'operazione dopo 18 anni di disturbi. Oltre ad una alterazione appendicolare di tipo infiammatorio si trovarono ispessimenti pseudo-tumorali de ceco di cui si sospettò la natura tubercolare; ma l'esame istologico ne dimostrò la natura non specifica.

6° (da Haberer). Fistola stercoracea insorta dopo incisione di un accesso della parete addominale in sede di una cicatrice laparatomica per appendictonia eseguita 23 anni

prima. Gli esami di Laboratorio per l'accertamento della sospetta natura tubercolare furono negativi. Il ripetersi di attacchi d'ileo resero necessario una enteroanastomosi. Ma la stasi dolorosa nel tratto cecale rese un secondo tempo necessaria la resezione.

Anche in questo caso le lesioni infiammatorie non avevano alcun carattere di specificità.

Queste considerazioni sulla maggiore o minore probabilità del tumore infiammatorio piuttosto che del tumore neoplastico non possono essere fondate sui dati statistici: infatti di tutto l'intestino il ceco — quando non si consideri il retto — è la parte prediletta tanto da infiammazioni croniche « aspecifiche » quanto da infiammazioni « specifiche », in prevalenza tubercolari e actinomicotiche (1); e questa predilezione è dimostrata pure dal cancro.

Nella statistica eseguita da Bich i 71 casi di neoplasmi del grosso intestino raccolti nella clinica chirurgica diretta dal prof. Donati, erano così distribuiti:

Colon destro	{	1) Ileo ceco	21	Colon sinistro	{	5) Angolo splenico . . .	9
		2) Ascendente	10			6) Discendente	3
		3) Angolo epatico . . .	7			7) Sigma	12
		4) Trasverso	9				

Anche dalla statistica di Waldenstrom risultano rapporti analoghi a quelli osservati nella Clinica di Milano, con una prevalenza di carcinomi del ceco in confronto con quelli degli altri segmenti del crasso: 27 nel ceco rispetto a 19 nel colon pelvico. Okinczye riunendo il materiale delle 8 più grandi statistiche pubblicate fino al 1924, ha ottenuto una cifra globale di 1404 cancri dell'intestino crasso, di cui 566 con sede nel colon destro (40,3 %), 577 nel colon sinistro (40,6 %), 267 nel trasverso (19,07 %), con una differenza di distribuzione fra i due segmenti appena rilevabile.

È vero che questi dati non si accordano del tutto con le statistiche di altri autori, che trovarono una prevalenza dei cancri del sigma sui cancri del retto; ma solitamente anche in queste statistiche l'altissima percentuale dei cancri cecali è superata di poco dalla frequenza dei cancri sigmoidei (2).

(1) L'infezione actinomicotica, che inizia per l'impianto della actinomicia sulla mucosa (Hofmeister), procede poi nella parete del ceco fino alla sottosierosa. Il tessuto di granulazione può acquistare uno sviluppo tumorale (Actinomicoma); non soltanto produce reazioni peritoneali con esito in aderenze fibrose, ma anche progredisce nella parete addominale e nei visceri vicini, con successive fistolizzazioni. Più volte furono descritte irruzioni del processo actinomicotico iniziato dal ceco o dall'appendice nelle vie genito-urinarie (Sigmund, Grondahl).

La diagnosi di actinomicosi è nel primo stadio impossibile (Donati); quando però si sa costituita la tumefazione e tanto più quando si siano formate fistole, la diagnosi si basa sulla durezza e sul lento, irregolare sviluppo della tumefazione, sul lento rammolimento con colorazione violacea della cute, sulla formazione di fistole multiple e sul loro persistere nel senso di un tessuto di durezza lignea. E soprattutto ha importanza come quello che costituisce l'unico criterio diagnostico sicuro, il reperto dei granuli actinomicotici del pus (Donati).

(2) Per soffermarci soltanto sui più recenti lavori che trattano di questo argomento, riportiamo i dati che seguono:

Su 192 casi di carcinoma osservati nel Johns Hopkins Hospital e raccolti da Raiford (1933), le diverse parti del crasso ne furono colpite con questa frequenza: ceco-ascen-

Gli studi fisiologici e soprattutto i contributi della radiologia hanno dimostrato che il soggiorno più lungo delle scorie alimentari avviene nel ceco, ove la materia giunge ancora semiliquida, e nel sigma dove essa arriva già in forma di feci solide. Proprio in questi due segmenti i canceri, per quanto risulta dalle statistiche dell'ultimo decennio, si insediano con la maggiore frequenza. Il fattore patogenetico dell'irritazione conserva pertanto tutto il valore che gli spetta nella patogenesi del cancro in generale. Mentre per il sigma si può ammettere l'effetto dello stimolo meccanico esercitato dalle materie compatte e quindi forse traumatizzanti, per il ceco bisogna prospettare piuttosto l'ipotesi di una irritazione da sostanze chimiche.

Il quesito è importante e si inquadra nel vasto problema della patogenesi delle neoplasie maligne e della supposta azione provocatrice di stimoli meccanici e chimici.

Questa breve digressione patogenetica che abbiamo fatta per la maggior frequenza del cancro nel ceco e nel sigma, a maggior ragione dovrebbe essere ripetuta per spiegare la prevalenza delle tiffiti e delle sigmoiditi su processi infiammatori che si insediano negli altri tratti del grosso intestino, quando si faccia la dovuta eccezione per l'intestino retto.

Per ritornare al problema diagnostico differenziale, quando si trova innanzi alla sintomatologia di una stenosi cecale o ileo-cecale, e quando la palpazione rivela in corrispondenza della stenosi una tumefazione dura non meglio precisabile, si possono raccogliere elementi sufficienti per la diagnosi di natura della stenosi? Elementi per una diagnosi di certezza mancano: questa si può porre soltanto con l'esame del pezzo chirurgicamente asportato, ma talvolta nemmeno l'osservazione diretta del pezzo si dimostra sufficiente, e soltanto l'esame istologico può dare la certezza della diagnosi, come è accaduto nel nostro e negli altri casi ricordati della letteratura.

Anzi, il nostro caso prova che non solo può essere frequente l'interpretazione erronea di tumori infiammatori con caratteri simulanti quelli dei blastomi, ma perfino può darsi che il cancro del ceco, esattamente diagnosticato durante la vita del paziente, si presenti poi al tavolo anatomico con caratteri tali da indurre nel giudizio erroneo di tubercoloma cecale.

Se non è possibile la diagnosi di certezza non mancano tuttavia dati clinici che permettono di porre almeno una diagnosi di probabilità. Per quanto riguarda il problema se il sintomo radiologico dello Stierling stesso, correggendo nel 1916 le sue affermazioni troppo recise del 1911 e mettendosi così d'accordo con gli altri osservatori, rispondeva non poter tale reperto significare che la presenza di una alterazione grossolana, ulcerativa o ipertrofica, della parete di questa parte dell'intestino e la sua funzione alterata, qualunque ne fosse il processo morboso: tubercolare, luetica, actinomycotica o carcinomatosa.

dente 67 (35,3 %); flessura epatica 18 (9,5 %); trasverso 14 (7,4 %); flessura splenica 11 (5,7 %); discendente sigma 72 (7,4 %); sede imprecisa 10 (4,7 %).

Nella clinica di Mayo dal 1915 al 1931 furono ricoverati 359 casi di carcinoma del colon, di cui: 71 nel ceco, 28 nella flessura epatica, 23 nella flessura splenica, 104 nel sigma, 44 nell'ascendente, 50 del trasverso, 39 nel discendente. Ossia il 36 % apparteneva al sigma, e il 25 % al ceco.

Stimone da queste cifre su 220 casi di cancro del colon: 91 nel colon destro, 22 nel trasverso, 107 nel colon sinistro.

Nella diagnosi differenziale del cancro cecale con i tumori infiammatori e soprattutto con il tubercoloma, secondo Obratzof il carattere capitale del cancro cecale è costituito dalla mobilità del tumore, che è sempre molto maggiore di quella della tubercolosi o della actinomicosi, e le cui lesioni invadenti sono immobili sul piano profondo. Questa mobilità ha talora lasciato in dubbio fra il cancro del ceco e il rene mobile neoplastico (Chavannaz).

Tra i caratteri differenziali della tubercolosi cecale pseudo-neoplastica deve essere ricordata anzitutto la sua tendenza alla progressione lungo il colon ascendente, tendenza che non si osserva nel carcinoma (Donati).

Il reperto radiologico e palpatorio associati potranno anche orientare verso la diagnosi precisa: ad esempio, se la mancanza di riempimento si estende fino alla flessura eplica e non si palpa nessuna grossa tumefazione, ciò depone piuttosto per la tubercolosi, perchè di solito un carcinoma di tale estensione dovrebbe possedere anche una massa notevole (Busi).

Meno importante invece ci sembra il reperto radiologico di piccoli focolai tubercolari quiescenti nei polmoni come indizio di tubercolosi piuttosto che di cancro del ceco, poichè troppo grande è la frequenza di tali lesioni in tutte le età della vita per tenerne un particolare conto nella diagnosi differenziale tra cancro e tubercoloma. Un valore assai maggiore avrebbe il riconoscimento di un processo tubercolare in atto nei polmoni o in un'altra parte dell'organismo.

L'età deve essere presa in considerazione per la diagnosi differenziale, ma non si deve neppur dimenticare che i cancri del grosso intestino possono comparire molto precocemente, perfino nel primo decennio di vita (1).

L'anamnesi infine avrà sempre una grande importanza: se i dolori e i disturbi attribuiti al passaggio del contenuto intestinale attraverso il tratto malato risalgono a qualche anno addietro, quasi certamente la stenosi sarà di natura infiammatoria.

La sintomatologia della tubercolosi ileocecale — scrive il Donati (2) —

(1) Nella statistica eseguita sui cancri del grosso intestino nella Clinica chirurgica della R. Università di Milano, l'età media fu per uomo di 58 anni, per la donna di 57. L'ammalato più giovane aveva 28 anni, il più anziano 75.

Stemler descrisse un caso in cui il carcinoma della flessura sigmoidea era comparso in un giovane di 21 anni; un secondo caso di cancro cecale in donna di 22 anni; infine un terzo caso di cancro al limite tra il colon discendente e il sigma in uomo di 24 anni.

Recentemente Hamaut e Vichard, riferendo sui carcinomi dei giovani comunicarono due casi interessanti il grosso intestino. Il primo si riferiva ad un uomo di 26 anni, curato a lungo per disturbi digestivi, già operato di appendectomia, con sindrome di stipsi, deperimento, nel quale all'intervento fu riscontrato un grosso tumore vegetante, infiltrativo, esteso all'ascendente e al primo pezzo del trasverso; l'altro caso interessava un giovane di 29 anni, in cui fu eseguita la colectomia segmentaria con fissazione dei monconi intestinali alla cute, per cancro del ceco, con punto di origine nella valvola ileocecale.

Nella recente pubblicazione di Cronersw sono riferiti nuovi casi di tumori maligni localizzati nel colon in età giovanile: tra questi ve n'è uno citato da un lavoro di Lindmann, di cancro gelatinoso del colon discendente in un giovane di 17 anni.

Da questa breve rassegna risulta che i cancri dell'intestino crasso possono insorgere anche nel secondo decennio della vita. Ma nemmeno mancano alcune osservazioni di carcinoma del crasso nel primo decennio: così quella di Kennedy, riferentesi ad una bambina di 9 anni e quella di Rutz riferentesi ad un bambino di 6 anni.

(2) Tubercolosi extrapolmonare (ed. Wassermann, Milano, 1938).

è polimorta e nelle prime fasi subdola e incerta. Essa può anche limitarsi ai segni di una semplice dispesia e vi è chi afferma con ragione che molte dispepsie in tubercolotici polmonari in atto o progressi si rivelano all'esame radiologico come dovute a lesione del ceco, così che l'esplorazione radiologica completa del tubo digerente si impone a scopo diagnostico in casi di questo genere. Di fatti tale esplorazione metodica ha permesso di individuare anche con notevole frequenza localizzazioni ileocecali in tubercolotici polmonari.

Il carcinoma d'altra parte insorge generalmente in età più avanzata e decorre più rapidamente che la tubercolosi. Così, mentre in media la durata della malattia può essere di mesi nel cancro, e di anni nella tubercolosi (Donati). Di più nella tubercolosi si possono osservare sintomi o temporanei miglioramenti, che non accadono o sono eccezionali nel carcinoma (Donati). Per il carcinoma, dunque, ancor più che la melena, come alcuni autori hanno scritto, e ancor più che la presenza di sangue occulto nelle feci, reperibile in tanto numerose e diverse malattie gastroenteriche, compresi i tumori infiammatori del ceco, sono di grande significato il rapido aggravamento dei sintomi dal momento del loro esordio, l'anemizzazione progressiva, il rapido dimagrimento e gli altri segni comuni alle cachessie cancerigene.

RIASSUNTO.

L'autore nel riferire sopra un caso di neoplasia del ceco dall'apparenza di un processo infiammatorio e individuato soltanto istologicamente prospetta le difficoltà diagnostico-differenziali e segnala alcuni sintomi che possono meglio indirizzare sulla natura del processo. Prende occasione per far lo storico della casistica dei neoplasmi del colon e della loro sede di elezione in confronto dei processi infiammatori cronici (tubercolosi, actinomicosi, sifilide).

BIBLIOGRAFIA.

- ANSCHUTZ. Deuts. Zeits. F. Chir. 243, 277.
 BICH A. *I carcinomi del Colon*. Cappelli, Bologna, 1935.
 BUSI A. *Tecnica diagnostica radiologica delle malattie chirurgiche*. U.T.E.T., Torino, 1933.
 CHIVANNAZ. Citato da DUVAL.
 GIURCO G. *Contributo clinico-radiologico ed anatomo-patologico ai tumori del colon*. Studi della Facoltà Med. Sen., 1933.
 DONATI M. *Chirurgia dell'addome*. U.T.E.T., Torino, 1914.
 Id. *Diagnosi e cura del cancro*. Minerva Medica, n. 40, 1928.
 Id. *Tumori maligni dell'intestino tenue e crasso*. Tumori Maligni, 1933.
 Id. *L'indagine radiologica nella diagnosi dei tumori dello stomaco e del colon*. Minerva Medica, n. 32, 1928.
 Id. *I progressi della chirurgia gastro-intestinale nell'ultimo decennio*. Rassegna internazionale di Clinica e terapia, n. 11, 1929.
 Id. *Technique et résultats de l'exercice iléo-ceco-colique dans certaines affections du colon droit*. Bruxelles Méd., n. 33, 1928.
 Id. *La tubercolosi extrapolmonare*. Ed. Wassermann, Milano, 1938.
 DUVAL. *Patologia del grosso intestino*. Compendio di patologia chirurgica, Vallardi, Milano, 1924.
 FRANKEL E. *Mill. a. d. Hamburg. Staatskrankenanst.* 1895-96.
 GÄMMIA L. *Linfogranuloma primitivo dell'intestino*. Arch. p. le scienze med. 42, 1919.
 GÉRARD MARCHAND. *Chirurgie du gros intestin*. O. Doim, 1902.

- GRÖNDAHL H., HARBITZ F. Beitr. z. pathol. anat. u. z. allg. path. 50, 1911.
 HABERER. Citato da ANSCHÜTZ.
 HAMAUT e VICHARD. Revue méd. de l'Est, 62, 1933.
 HARTMANN. Zbl. f. Chir., pag. 1455, 1907.
 HOFMEISTER. Bruns' Beitr. z. klin. Chir., 17, 1896.
 KENNEDY. Citato da BICH.
 LÉJARS. Sem. Méd., 1906.
 MARCHAND. Citato da SIEGMUND.
 MIKKELSEN. Bibl. Laeg. (dän), 119. Citato da NEMILOV.
 NEMILOV. Arch. klin. Chir. 153, 346-357, 1928.
 RAIFORD. Surg. Gyn. a. Obst. 56, pag. 820.
 RUTZ. Citato da SIEGMUND.
 SCHLAGENHAUFER. Virch. Arch. 227, 1920.
 SIEGMUND. Verdauungsschlauch in Handb. d. spez. pathol. Anat. u. Hist. Springer, Berlin, 1931.
 SIMEONI. Congresso di Chirurgia, 1928.
 STAEMMLER M. Beue Deuts. Zeits. 33, 1924.
 STERNBERG. Zeitsch. f. Heilk. 19.
 TERPLAN. Virch. Arch. 237, 1922.
 WALDESTRÖM. Nord. med. Arch. 49, 1911.

71609



“IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da Guido Baccelli e Francesco Durante

diretto dai proff. CESARE FRUGONI e ROBERTO ALESSANDRI

Collaboratori: Clinici, Professori e Dottori Italiani e stranieri

Si pubblica a ROMA in tre sezioni distinte:

Medico - Chirurgica - Pratica

IL POLICLINICO

nella sua parte originale (Archivi) pubblica i lavori dei più distinti clinici e cultori delle scienze mediche, riccamente illustrati, sicchè i lettori vi troveranno il riflesso di tutta l'attività italiana nel campo della medicina, della chirurgia e dell'igiene.

LA SEZIONE PRATICA

che per sè stessa costituisce un periodico completo, contiene lavori originali d'indole pratica, note di medicina scientifica, note preventive, e tiene i lettori al corrente di tutto il movimento delle discipline mediche in Italia e all'estero. Pubblica accurate riviste in ogni ramo delle discipline suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono redatte da studiosi specializzati.

Non trascura di tenere informati i lettori sulle scoperte ed applicazioni nuove, sui rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, sui nuovi strumenti, ecc. Contiene anche un ricettario con le migliori e più recenti formule.

Pubblica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di Medicina, e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici.

Contiene accurate recensioni dei libri editi recentemente in Italia e fuori.

Fa posto alla legislazione e alla politica sanitaria e alle disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, nonchè ad una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Prospetta i problemi d'interesse corporativistico e professionale e tutela efficacemente la classe medica.

Reca tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Cronaca varia, dell'Italia e dell'Estero.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgono al « Policlinico » per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica rubriche speciali e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli vengono richieste.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO

per gli importanti lavori originali, per le copiose e svariate riviste, per le numerose rubriche d'interesse pratico e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia più completi e meglio rispondenti alle esigenze dei tempi moderni.

PREZZI DI ABBONAMENTO ANNUO		Italia	Estero
Singoli:			
1) Alla sola sezione pratica (settimanale) L.	70	—	L. 115
1-a) Alla sola sezione medica (mensile) .	55	—	65
1-b) Alla sola sezione chirurgica (mensile) .	55	—	65
Cumulativi:			
2) Alle due sezioni (pratica e medica) .	110	—	165
3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica) .	110	—	165
4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica) .	140	—	195
Un numero della sezione medica o chirurgica L. 6, della pratica L. 4			

Il Policlinico si pubblica sei volte il mese.

La Sezione medica e la Sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli mensili illustrati di 48-64 pagine ed oltre, che a fine d'anno formano due distinti volumi.

La Sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32-36-40 pagine, oltre la copertina.

— Gli abbonamenti hanno unica decorrenza dal 1° di gennaio di ogni anno —

L'abbonamento non disdetto prima del 1° Dicembre, si intende confermato per l'anno successivo

Indirizzare Vaglia postale, Chèques e Vaglia Bancari all'editore del "Policlinico" LUIGI POZZI

Uffici di Redazione e Amministrazione: Via Salaria, 14 — Roma (Telefono 43-300)