

683
DOTT. MARCELLO PETACCI

**Infarto ed ulcerazione di un'ansa del tenue
da arteriosclerosi distrettuale: perforazione e peritonite**

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

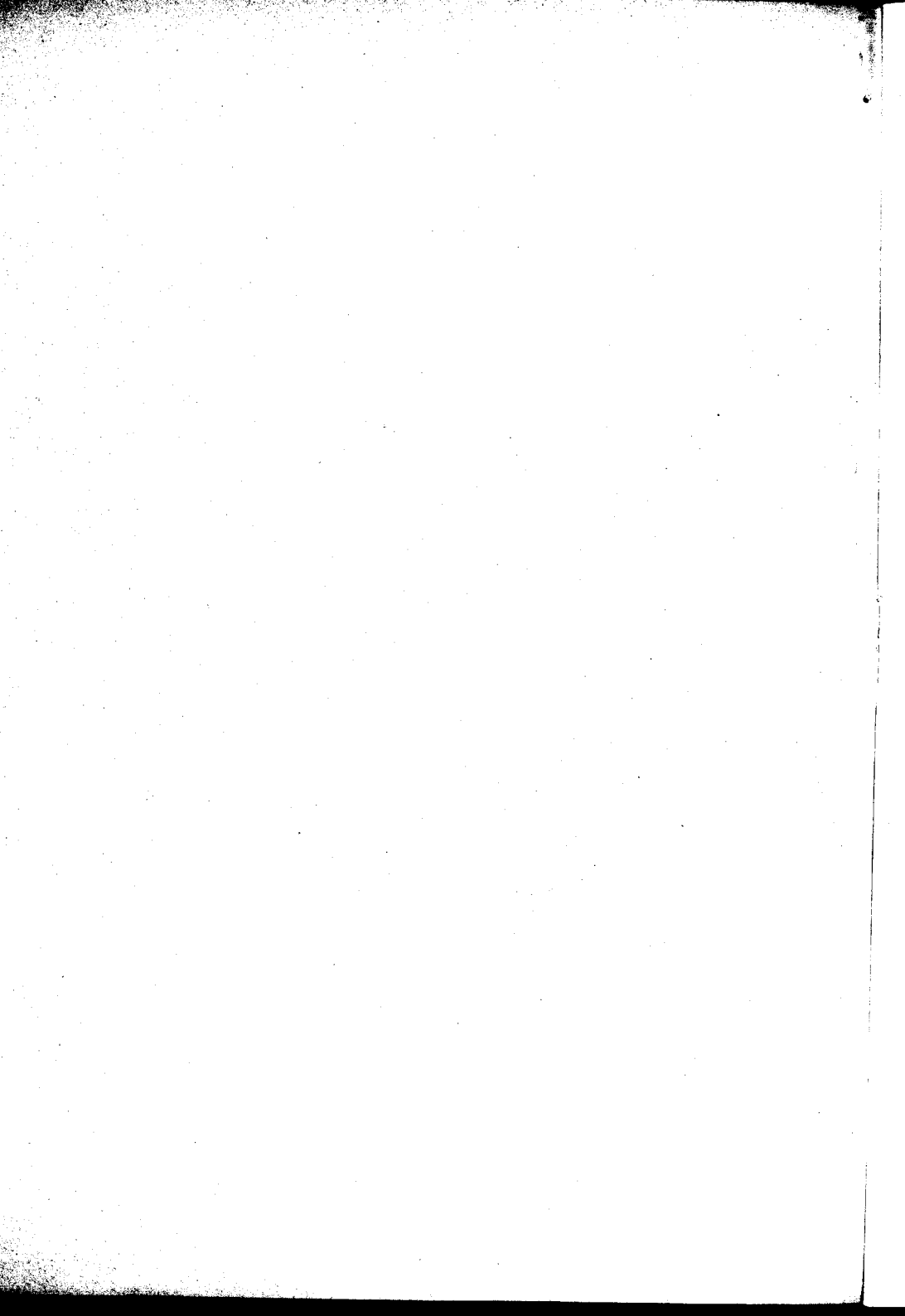


R O M A

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »

N. 14 -- Via Sistina --- N. 14

1938



DOTT. MARCELLO PETACCI

**Infarto ed ulcerazione di un'ansa del tenue
da arteriosclerosi distrettuale: perforazione e peritonite**

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

R O M A

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »

N. 14 -- Via Sistina -- N. 14

1938

PROPRIETÀ LETTERARIA

Roma. Stab. Tip. Ditta Armani di M. Courrier

CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI MILANO

Direttore: Prof. MARIO DONATI

**Infarto ed ulcerazione di un'ansa del tenue
da arteriosclerosi disrettuale: perforazione e peritonite.**

Dott. MARCELLO PETACCI, assistente militare

Capitano medico nella R. M.

Descriverò un caso da me recentemente osservato in ospedale che ritengo particolarmente interessante, sia dal punto di vista della casistica clinica per le difficoltà di diagnosi da esso presentate, difficoltà che non poterono essere superate nemmeno sul tavolo operatorio; sia, e forse ancor più, dal punto di vista più vasto della patologia e della patogenesi, in quanto mostra una conseguenza assai rara e purtroppo fatale della multiforme malattia arteriosclerotica, che pure nel caso in questione si presentava in grado assai lieve e localizzata solamente a pochissimi distretti vascolari.

Si tratta di un uomo di 75 anni. Dalle notizie che si sono potute raccogliere dai parenti, risultano i seguenti dati anamnestici remoti degni di rilievo.

Nella prima gioventù pare abbia sofferto di una malattia a decorso sub-febrile che lo ha obbligato a letto per alcuni mesi. Da alcuni particolari riferiti parrebbe si fosse trattato di una pleurite. Da molti anni, ma non si sa esattamente quanti, il paziente è portatore di una ernia inguinale bilaterale. Questa malattia non gli ha mai causato disturbi notevoli: le ernie erano assai facilmente riducibili ed il paziente portava un cinto.

Molti anni or sono fu operato di erniectomia inguinale destra, ma dopo un tempo non ben precisato, si riformò l'ernia ed anzi il suo volume aumentò notevolmente. Dopo questo non furono più tentati altri interventi operatori. Non risultano altri dati degni di rilievo. Fino alla attuale malattia il p. ha goduto ottima salute e di una vitalità ed energia superiori a quelli propri della sua età inoltrata (75 anni). È stato sempre un buon lavoratore: egli ha lavorato come manovale. È un mangiatore e bevitore moderato di vino, non è fumatore (almeno da molti anni). Nessun dato anamnestico lascia supporre una infezione luetica progressa. Per quanto riguarda l'anamnesi recente, i parenti riferiscono quanto segue: alcune ore prima del ricovero, il p., in pieno benessere, ha avvertito dei dolori assai violenti, dapprima localizzati alla metà superiore dell'addome ma ben presto diffusi su tutto l'ambito addominale. La violenza del dolore, il vomito, il singhiozzo fecero porre al curante la diagnosi di peritonite. Fu prontamente ricoverato in Ospedale.

Quivi, all'esame clinico venne riscontrato quanto segue: individuo di condizioni di nutrizione buone. Facies abdominalis. Lingua umida velata. Addome diffusamente dolente, piano contratto. Area epatica libera. Temperatura 37°5. Polso 100 piccolo. Respiro 24.

Il chirurgo di guardia giudicò opportuno di intervenire prontamente. Previa narcosi eterea, praticata una ampia laparotomia al quadrante inferiore destro (pensando egli evidentemente ad una appendicite acuta come causa più probabile della peritonite), si pote-

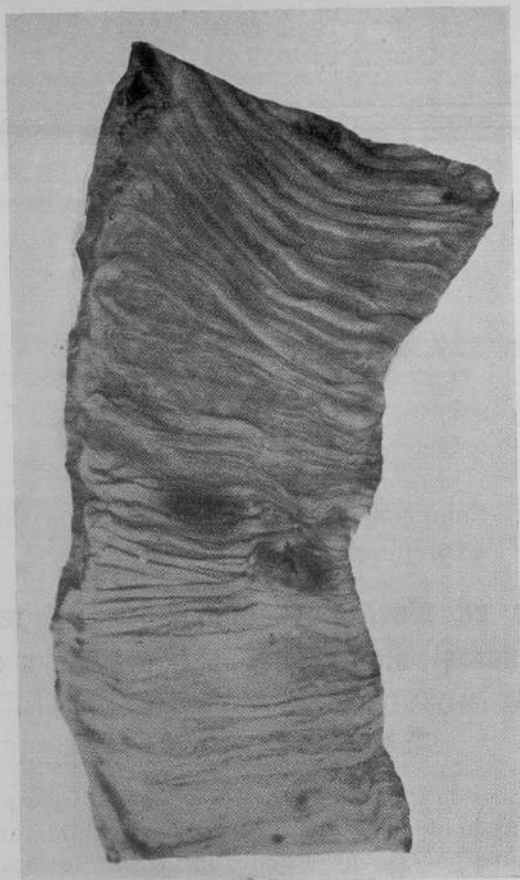


FIG. 1.

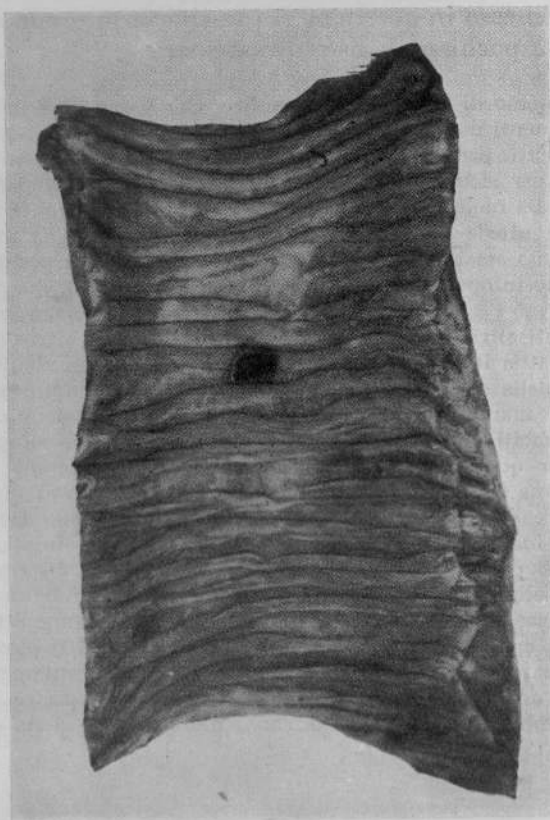


FIG. 2.

rono osservare le anse del tenue, assai congeste, stratificate da un indurito fibrinopurulento. Nel cavo addominale esisteva una piccola raccolta libera di un liquido purulento icoroso. A livello di un'ansa del tenue si notava una soluzione di continuo irregolarmente lineare, con margine abbastanza netto, della lunghezza di tre o quattro millimetri. Questa perforazione era situata al centro di una zona rotonda, delle dimensioni di un soldino; di colorito rosso-cupo. Inoltre fu osservato come alcune anse del tenue aderissero con vecchie e larghe aderenze al peritoneo parietale della parete anteriore (metà destra). Esistevano d'ambo i lati vecchie sacche crurarie, assai ampie senza un vero colletto disabitato. Il chirurgo procedette alla rafia della perforazione e successivamente alla sutura della ferita laparotomica, lasciando *in situ* un drenaggio tubolare di gomma. Ma, a causa del processo peritonitico oramai troppo avanzato, il paziente venne a morte alcune ore dopo. Dal curante fu posta la diagnosi di peritonite diffusa da perforazione di un'ansa del tenue.

Questi in breve i dati clinici del nostro caso. Su questi dati non fu possibile porre una diagnosi più precisa.

Si trattava evidentemente di un processo ulcerativo del tenue nettamente localizzato. Ma di quale natura? All'atto operatorio la soluzione di continuo apparve assai piccola lineare, così che il chirurgo, nella cartella clinica la paragona ad una ferita traumatica. Attorno alla perforazione, per una estensione brevissima, si osserva che la parete intestinale è assai rossa, d'un rosso cupo bluastrò. Oltre questo aspetto dei margini, null'altro che possa orientare sulla natura del processo.

Passando in rassegna le cause frequenti di perforazioni intestinali, vediamo come sia difficile invocare una di esse per spiegare il nostro caso.

Innanzitutto escludiamo la causa traumatica. Né la anamnesi, né l'osservazione obiettiva possono in nessun modo far pensare ad essa. Così pure si esclude subito l'ulcera peptica, per la sede, essendo qui la lesione in pieno tenue.

Anche una ulcera tifosa perforata si esclude subito, sia per la anamnesi assolutamente silente, che per i rilievi clinici.

Anche la tubercolosi va subito esclusa. L'anamnesi è assolutamente silente per un processo tubercolare in atto, sia pure d'andamento cronico e subdolo.

È vero che il paziente ha sofferto nella lontana gioventù di una pleurite di probabile natura tubercolare, ma da molti anni nessun sintomo soggettivo esisteva a carico dell'apparato polmonare e dell'intestino. Anche l'esame clinico sia pure necessariamente affrettato e limitato date le condizioni gravi del paziente, non ha messo in evidenza segni che potessero far sospettare una forma tubercolare interna. L'osservazione diretta poi dell'intestino sul tavolo operatorio ha pure fatto escludere questa ipotesi, nonostante che le vecchie aderenze potessero far pensare ad una partecipazione avvenuta in passato ad un processo specifico; ma il fatto che il peritoneo attorno alla perforazione non presentava diffusione e disseminazione di tubercolini lungo i linfatici come si vede comunemente nelle ulcere tubercolari, l'unicità spessa della lesione sono buoni elementi sufficienti per escludere la natura tubercolare. L'unicità della lesione è invece un elemento favorevole alla possibilità di una lesione luetica terziaria isolata e, per fenomeni regressivi secondari, ulcerata. Ma contro questa interpretazione sta l'anamnesi negativa (la Wassermann, data l'urgenza del caso, non fu praticata). Ma soprattutto è stata anche qui l'osservazione diretta dell'intestino durante l'intervento chirurgico che ha permesso di escludere con certezza la natura sifilitica della alterazione. Difatti non si osservarono in corrispondenza della perforazione

parete del tenue (a circa 2 metri dal piloro) di cui uno presenta il centro gangrenato ed ulcerato. Peritonite purulenta-icorosa diffusa. Degenerazione torbida dei parenchimi viscerali.

Causa mortis: peritonite diffusa.

Dato l'interesse e l'oscurità del caso, furono fatte ricerche istologiche. I tratti della parete intestinale in cui erano site le tre zone di infarcimento vennero osservati su numerose sezioni seriate distanti circa 15 micron l'una dall'altra, per poter studiarne le alterazioni istologiche ed in particolare il comportamento dei vasi. A parte venne sezionato (sempre in tagli seriat) il segmento distale del mesenterio in corrispondenza del tratto di intestino ammalato.

Ecco i risultati dell'esame istologico dei singoli pezzi:

1) Reperto istologico della zona di infarcimento ulcerata.

Nella porzione periferica, tutte e tre le tonache dell'intestino appaiono diffusamente infarcite da sangue. I capillari, le venule sono specialmente nella sottomucosa enormemente dilatate. I globuli rossi, usciti per diapedesi dai vasi infiltrano diffusamente i fasci di fibrille collagene e i fasci di fibre muscolari lisce. Verso l'ulcera si nota un progressivo fatto degenerativo (degenerazione torbida) sia degli epiteli ghiandolari, sia delle fibre muscolari lisce che insensibilmente trapassa in alterazioni più gravi fino alla necrosi com-

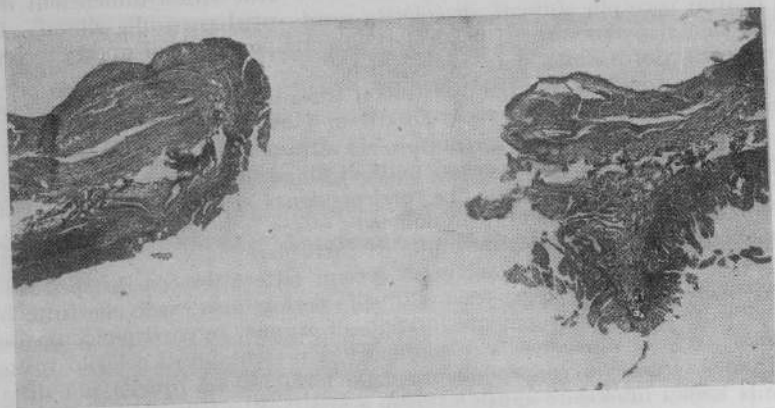


FIG. 3.

pleta e alla scomparsa per gradi di ogni struttura cellulare. I bordi dell'ulcera e la porzione di tunica sierosa adiacente sono infiltrati da leucociti assai numerosi e ricoperti da stratificazioni di fibrina e leucociti. Le piccole arterie, sia nel territorio della adesione che nelle porzioni finitime, non presentano alterazioni di sorta, salvo un forte riempimento di sangue. Interesse ancora nota che la periferia della lesione non esiste nessun segno di reazione infiammatoria demarcante da parte del tessuto circostante.

2) Reperto istologico della seconda lesione (quella viciniora alla zona perforata). Anche qui si nota che la mucosa e la sottomucosa presentano le venule e i capillari molto dilatati. Inoltre le emazie stanno anche fuori dei vasi ed infiltrano diffusamente il tessuto. Questa lesione non interessa la tunica muscolare che appare indenne. La sierosa presenta una iperemia che va evidentemente messa in rapporto collo stato peritonitico. Come nel caso precedente, al confine con la zona sana non si notano segni di infiammazione reattiva apprezzabile da parte di questa. Anche qui le arteriole delle varie tonache non presentano alterazioni speciali tranne lo stato congestizio.

3) Reperto istologico della terza lesione (la più distale).

Reperto analogo al precedente. In questo caso la dilatazione capillare e l'infarcimento per parte dei globuli rossi interessa anche la tunica muscolare, e meno spiccatamente anche la sottosierosa. Anche qui le arteriole non presentano note patologiche.

4) Reperto del tratto distale del mesenterio. Furono condotte sezioni in senso trasversale al decorso dei vasi.

Nelle varie sezioni, accanto ad altre sane, si sono in complesso provate quattro arteriole profondamente alterate, proprio in corrispondenza del punto di inserzione del mesenterio. Le alterazioni sono le seguenti: nella prima si trova un grave processo ateroma-

sico produttivo, con ispessimento enorme dell'intima e con la presenza d'un trombo recente completamente occludente il lume. Nella media si notano zone lineari di deposizione di sali calcarei. Il calibro di questa arteria era di circa 150 micron. Nelle altre tre arteriole alterate si notava un processo arterio-sclerotico con ispessimento intimale spiccato ed estesa calcificazione della media. In questi due vasi però, il lume, benchè assai ridotto, era ancora parzialmente pervio e rivestito normalmente da endotelio. Il loro calibro s'aggravava dai 100 ai 200 micron. Gli altri vasi arteriosi esaminati apparvero sani o solo lievemente alterati, trovandosi in alcuni un modico ispessimento dell'intima.

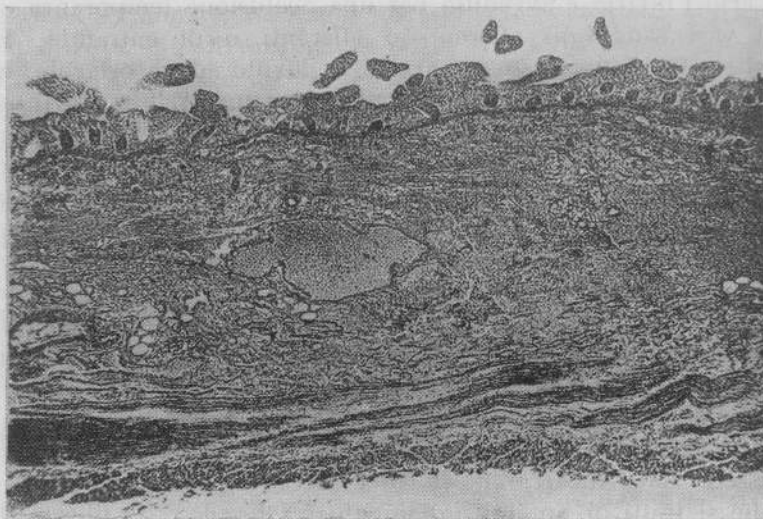


FIG. 4.

Questi i reperti macro-emicroscopici. Ora si tratta di interpretare. Dai dati sopra esposti appare indubbio trattarsi di un disturbo di circolazione e non di fatti di natura flogistica. Anche in corrispondenza della lesione ulcerosa appare ovvio come la necrosi centrale e la successiva perdita di sostanza e perforazione siano fatti secondari al disturbo circolatorio e rappresentino le ben note conseguenze che esso determina sul trofismo dei tessuti. Anche la presenza delle altre due zone in cui il disturbo circolatorio appare l'unica lesione presente, senza possibilità di dubbio, ci conforta in questa interpretazione sulla cronologia dei fatti: turba d'irrorazione — necrosi — perforazione.

Dalla descrizione sopra riferita risulta anche ovviamente che questo disturbo di irrorazione sanguigna ha portato ad un infarcimento emorragico. Altro dato interessante è che tutto lascia supporre che questi infarti siano piuttosto recenti benchè di data forse diversa. Soprattutto la mancanza di qualsiasi fatto di ordine reattivo-infiammatorio nella porzione del tessuto sano circostante la zona infarcita avvalora questa supposizione. Quindi l'esame istologico conferma la diagnosi macroscopica. Trattasi cioè di tre piccole zone di infarcimento emorragico, più o meno estese in superficie ed in profondità e di cui una è gangrenata e perforata; infarti emorragici di data recente.

E qui di nuovo ci troviamo a dover discutere sulla origine di questa alterazione. Escludiamo innanzi tutto che si tratti di un fatto emorragico locale in rapporto a condizioni patologiche generali dell'organismo (diatesi emor-

ragica), il paziente non ha potuto essere sottoposto ad esami clinici di laboratorio accurati, ma innanzi tutto l'anamnesi è assolutamente negativa in proposito; inoltre la lesione è così localizzata che difficilmente si può pensare ad una tendenza emorragica universale e costituzionale. Va infine notato che il fatto emorragico si dimostra istologicamente conseguenza di una stasi, di un sovrariempimento dei vasi, ciò che dimostra un ostacolo meccanico al proseguire della corrente sanguigna. Questo ultimo argomento toglie ogni dubbio. Certo l'infarto è avvenuto per una occlusione temporanea o permanente dei vasi sanguigni afferenti o efferenti o di entrambi. E subito due ipotesi si affacciano. O questo arresto è dovuto ad un ostacolo intrinseco (trombosi, embolia) dei vasi, ovvero ad una compressione estrinseca. Esaminiamo i dati che stanno pro e contro le due ipotesi. Cominciamo dalla seconda. Quale causa estrinseca può avere determinato la compressione e la chiusura dei vasi sanguigni? Il pensiero corre subito alle sacche erniarie. Ma già nella discussione dei dati clinici abbiamo visto come è impossibile pensare allo strozzamento mancando ogni dato anamnestico e clinico, ma mancando ancora e soprattutto la possibilità anatomica perchè tale evento si stabilisse, essendo le sacche erniarie ampie e prive di un vero colletto. E poi se fosse avvenuto un fatto di incarceramento, questo avrebbe interessato almeno un'ansa e avrebbe prodotto disturbi circolatori atrofici più estesi con conseguente cangrena di tutta l'ansa. E' impossibile pensare che diverse porzioni di intestino di 1/2 centimetro di diametro ciascuna e fra loro distanti possano essere state incarcerate in una sacca erniaria così vasta. Anche l'ipotesi che si tratti di un imbrigliamento fra le aderenze fibrose dell'intestino con la parete, va subito eliminata per varie ragioni in parte già esposte. Innanzi tutto la conformazione dell'aderenza è tale da non dar luogo a formazione di briglie e di fessure, entro le quali possono incarcerarsi le anse dell'intestino. Inoltre anche qui bisognerebbe supporre che tre porzioni abbastanza distanti fra loro dell'intestino si siano contemporaneamente imbrigliate fra le aderenze.

Altre cause estrinseche credo non si possano invocare: volvoli, torsioni avrebbero interessato intiere anse intestinali.

Passiamo ora ad esaminare le cause intrinseche. L'esame dei vasi mesenterici e loro principali ramificazioni ci mostra che essi sono indenni. E questo non stupisce. Una trombosi, una embolia delle arterie mesenteriche e dei rami principali avrebbe portato lesioni più estese che non quelle del nostro caso. Le lesioni dei piccoli vasi sono estremamente limitate alla zona di inserzione del mesentere ed interessano solo alcune arteriole. Una sola è ottusa. Ma qui subito va osservato come, nonostante che l'esame sia stato fatto sopra sezioni seriate e per ogni pezzo siano state osservate numerose sezioni, certamente non possiamo pretendere di avere esaminato tutti i vasi. Ed averne trovati alcuni così profondamente alterati, è indice di un processo forse più esteso che non appaia. Ed è logico supporre che la causa degli infarti sia (almeno principalmente) questa lesione arteriolare così grave, da giungere fino alla occlusione. Certo le opposizioni a queste interpretazioni sono parecchie. Innanzi tutto, data la ricchezza enorme di anastomosi dei vasi intestinali sia nel tratto intra che extra murale, come si può pensare che sia avvenuto un infarto, anzi degli infarti così localizzati e di dimensioni così piccole? L'obiezione ha molto valore. Le anastomosi sono numerosissime a livello della rete intramurale. Bisogna ammettere che i tronchicini arteriosi colpiti siano

stati parecchi. Questa spiegazione può forse sembrare un po' forzata. Ma altrimenti come si può spiegare il nostro reperto? Io credo che, anche se non avessimo i dati di fatto su cui si basa questa spiegazione, dovremmo ricorrere ad essa per esclusione.

Pensare ad una embolia multipla non è nel nostro caso giustificato. Nessuna lesione nell'albero vascolare può avere dato origine a materiale embolico.

Nelle vene polmonari, nel cuore di sinistra, nel tronco aortico mesenterico, non si trova una alterazione che possa aver fornito materiale embolico. Anche le due o tre ultime ulcere ateromasiche si trovano casualmente alla origine delle arterie celiaca e mesenteriche. D'altra parte i reperti di occlusioni vasali sono proprio in corrispondenza di gravi alterazioni arterio-sclerotiche. Casi di piccoli infarimenti multipli per occlusione di più piccoli vasi (sottoseriosi in genere) sono assai rari. Per lo più essi sono dovuti ad embolie multiple. (Sono esclusi naturalmente i casi di così detta enterite acuta embolica, dovuti ad emboli settici).

Tali ad esempio i casi descritti da Fiket, in cui furono osservati più infarti emorragici; il caso di Ingebrigsten, in cui coesistevano piccoli infarti anemici ed emorragici; il caso di Michaelis in cui, sempre per embolie multiple dei piccoli vasi sottoseriosi, si ebbero emorragie puntiformi e necrosi emorragiche della mucosa e dello strato interno della muscolatura.

IN CONCLUSIONE.

La complicazione si può considerare conseguenza di lesioni che entrano nel proteiforme quadro dell'arteriosclerosi. La sua rarità — vorrei dire la sua stranezza — sta nel fatto che l'arteriosclerosi ha risparmiato quasi completamente la massima parte del sistema arterioso nell'età in cui esso ne è quasi costantemente e per lo più gravemente colpito. Ha invece inciso profondamente sopra un distretto limitatissimo determinando, attraverso disturbi circolatori distrofici del territorio corrispondente e conseguenti complicazioni, la morte del paziente.

RIASSUNTO.

Un uomo di 75 anni viene a morte per peritonite da perforazione di un'ansa del tenue, nonostante un tentativo operatorio in extremis. L'A. studia il caso dal punto di vista clinico e anatomo-patologico sia macro che microscopico. Dalla discussione dei dati conclude trattarsi di perforazione della parete intestinale in corrispondenza di un piccolo infarto emorragico, dipendenti da alterazioni arteriosclerotiche di arteriole intestinali extra ed intramurali. Il soggetto, nonostante l'età avanzata, non presenta altre gravi localizzazioni della malattia arteriosclerotica.

BIBLIOGRAFIA.

- FIKET e MALVOZ. Arch. de Méd. exp., T. 3, p. 615, 1891.
 BIER A. Virchow's Arch., Bd. 147, n. 153.
 BRADZ. The Journ. of the Americ. med. assoc., vol. 80, p. 722, 1923.
 POMMER. G. Virchow's Arch., Bd. 200, s. 522, 1910.
 INGEBRIGSTEN. R. Zentrbl. f. allg. Pathol. und pathol. Anat., Bd. 1915, S. 313.
 Id. Ref. Münch. med. Wochschr., 1915, S. 985.
 MICHAELIS W. Virchow's Arch., Bd. 156, S. 181, 1899.

71005 71005



1870

1871

1872

1873

1874

1875

1876

1877

1878

1879

1880

1881

1882

1883

1884

1885

1886

1887

1888

1889

1890

1891

1892

1893

1894

1895

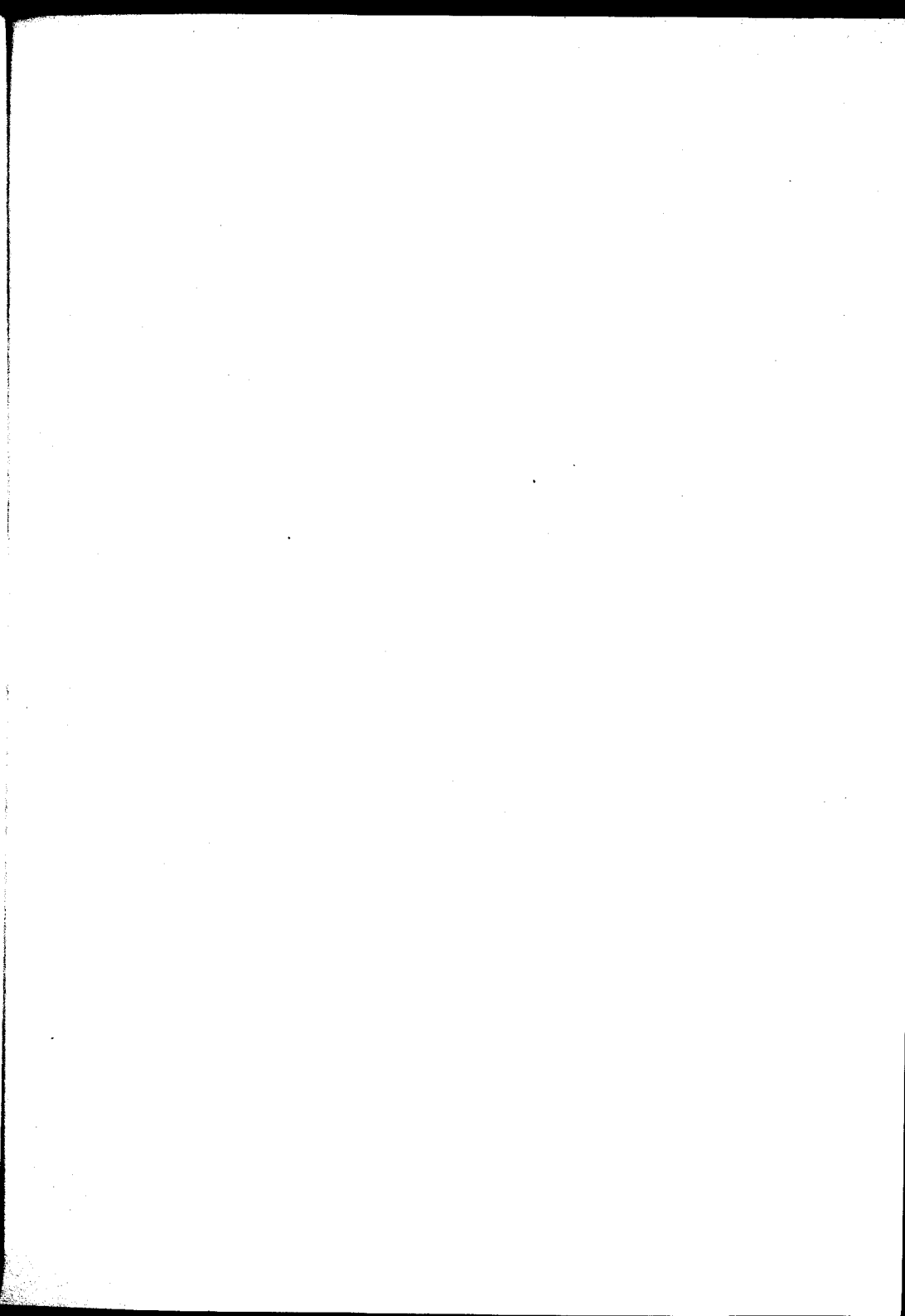
1896

1897

1898

1899

1900



"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:

Medica - 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 sé 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, nonché ad una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

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

Racconta 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 « Policlino » 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)	» 35	—	» 65
1-b) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	» 35	—	» 65
Cumulativi:			
2) Alle due sezioni (pratica e medica)	» 110	—	» 165
3) Alle due sezioni (pratica e chirurgia)	» 110	—	» 165
4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgia)	» 140	—	» 195
Un numero della sezione medica e chirurgica		L. 6, della pratica L. 4	

Il Policlino 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 in fine d'anno formano due distinti volumi.

La Sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32-56-64 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 o Vaglia Bancari all'editore del "Policlino", LUIGI POZZI

Uffici di Redazione e Amministrazione: Via Salaria, 14 — Roma (Telefono 42-300)