



Clinica Privata di Ostetricia e Ginecologia diretta dal Prof. C. Marocco

PROF. C. MAROCCO

STUDIO

DELLA

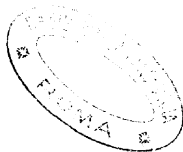
ETIOLOGIA DELLE STENOSI CONGENITE

DELL'INTESTINO TENUE

CONTRIBUTO ANATOMO-PATOLOGICO

CON FIGURE

*Estratto dal Bollettino della R. Accademia Medica di Roma
Anno XXVIII - Fascicoli VII-VIII.*



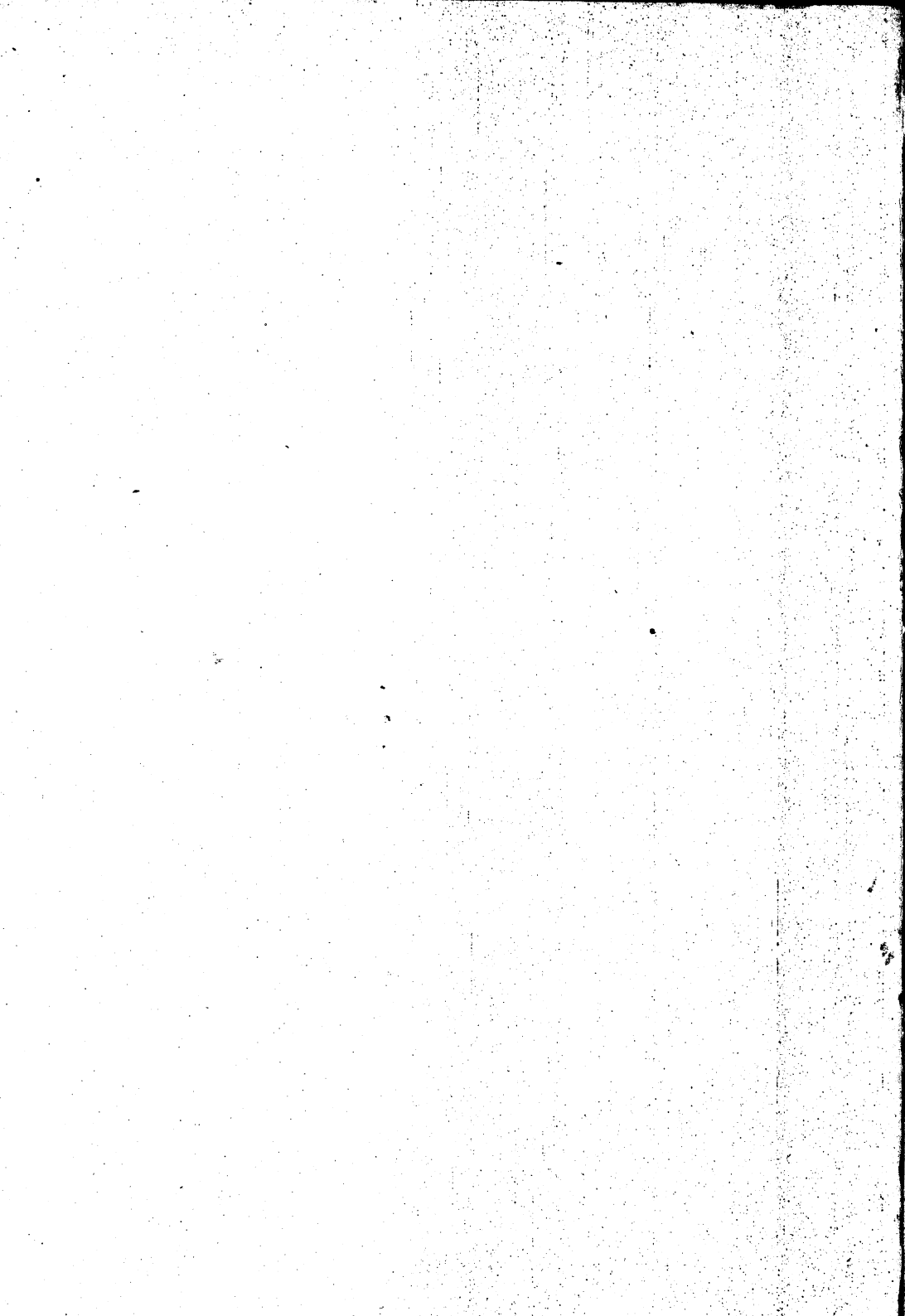
ROMA

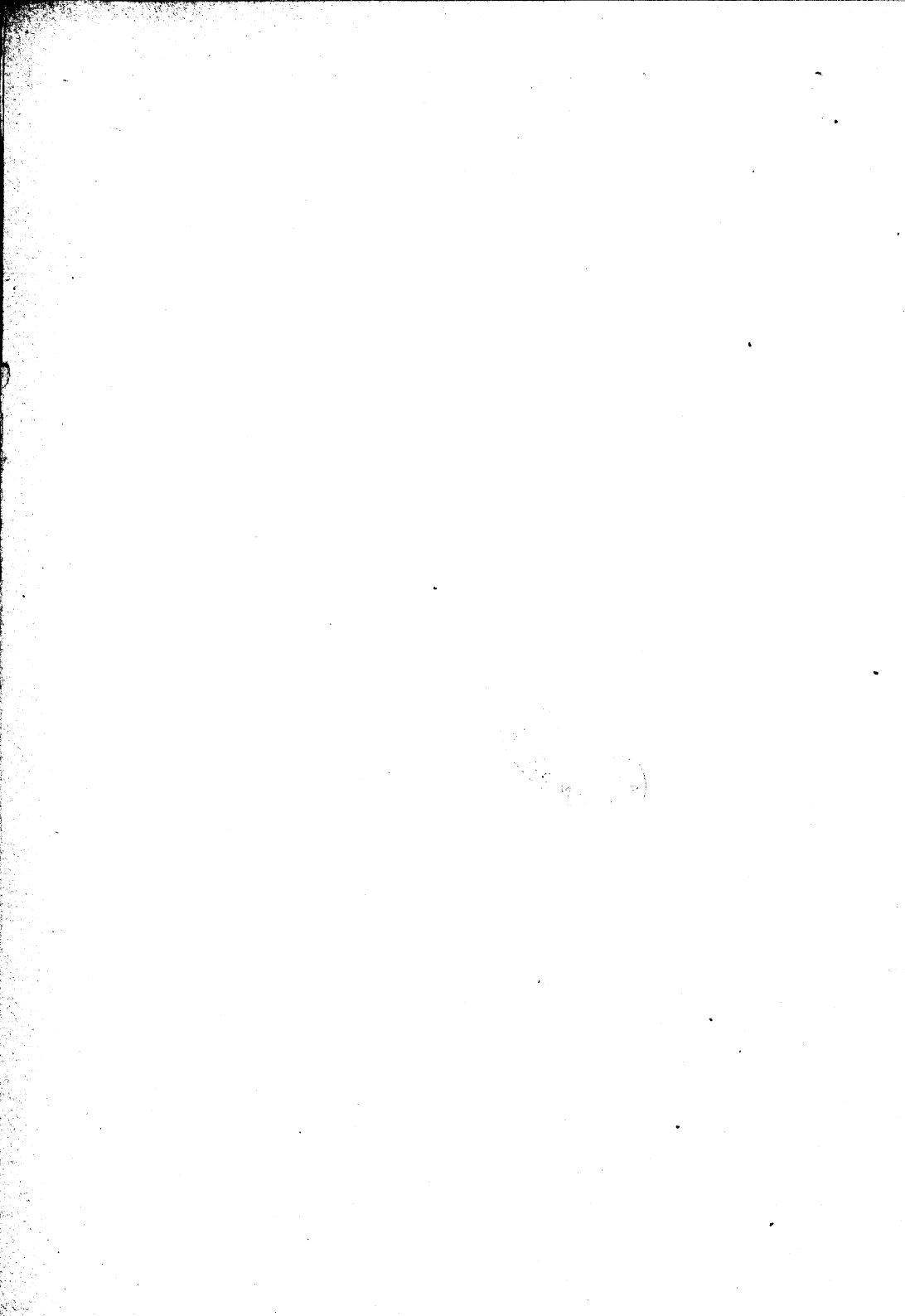
TIPOGRAFIA FRATELLI CENTENARI

Via degli Avignonesi, 30-31

Telefono 2312

1902





*All'ingegno collaipa con mi affettuos
Salute Monari*

Clinica Privata di Ostetricia e Ginecologia diretta dal Prof. C. Marocco

PROF. C. MAROCCO

STUDIO

DELLA

ETIOLOGIA DELLE STENOSI CONGENITE

DELL'INTESTINO TENUE

CONTRIBUTO ANATOMO-PATOLOGICO

CON FIGURE

*Estratto dal Bollettino della R. Accademia Medica di Roma
Anno XXVIII - Fascicoli VII-VIII.*



ROMA

TIPOGRAFIA FRATELLI CENTENARI

Via degli Avignonesi, 30-31

Telefono 2312

1902

Quattro anni or sono ebbi occasione di operare una bambina lattante di pochi mesi, figlia di un capitano dei RR. Carabinieri, che presentava la fenomenologia di uno strozzamento intestinale acuto. Vi era leggera tumescenza nel quadrante inferiore sinistro del ventre. Praticai la laparotomia tenendo la piccina al petto della balia; sbrigiai l'ansa d'intestino, di color violaceo e per un piccolo tratto ectasica, da un doppio cingolo dal lato mesenterico; e, senza permettermi indagini, che avrebbero compromesso il risultato dell'atto operativo, suturai l'addome; la bambina guarì. — Mi assisteva un egregio collega, il tenente medico, sig. Trevisani, ora capitano. In quel caso non mi venne fatto di chiarire la vera causa dello strozzamento e rimasi contento di quel poco che potei constatare direttamente col dito, che riuscì a girare attorno all'ansa distesa di color rosso ciliegia, ed a sbrigliarla posteriormente.

Nel caso odierno trattasi invece di un neonato, che venne pure da me operato dopo circa trentasei ore dalla nascita; che visse dopo l'atto operativo tre giorni e mezzo, del quale potei fare l'autopsia parziale e l'esportazione degli organi addomino-pelvici.

Mi venne fatto di osservare, oltre le particolarità anatomiche di un'anomalia retto-vescicale, una forma di stenosi a carico dell'intestino tenue, stenosi doppia a distanza una dall'altra, valvoliforme, che mi riuscì del tutto nuova per quanto potei sfogliare nella letteratura che avevo a disposizione. Egli è perciò che mi permetto di presentarlo all'Accademia, riservandomi di aggiungere alla Comunicazione la parte istologica, dopochè gli onorevoli colleghi avranno esaminato il preparato

macroscopico nella sua integrità (1). Per quanto riguarda l'anomalia retto-vescicale, questa è comune; ne ho illustrate io stesso parecchie di portati immaturi, e due ne accenno, favoritemi dall'egregio amico dott. De-Nicola, primario dell'ospedale dei Fate-bene-fratelli.

N. 3050, anno 1901. — (L. L., età 2 giorni). Atresia del retto. Sbocco dell'ano nella parete posteriore e inferiore della vagina. Apertura interna col bisturi e sutura dell'intestino alla pelle (guarita). Morta dopo 8 mesi per sifilide.

N. 909, anno 1898. — S. F. Frattura dell'omero sinistro al 3° sup. Atresia anale. Nato il 2 dicembre. Operato d'urgenza il 3 dicembre con la ciecostomia. Morto l'8 dicembre. Reperto. Mancanza del retto e dell'S. iliaca. Morto per peritonite.

Tale deviazione della norma si riferisce a turbe evolutive che s'iniziano in embrioni di circa 5 a 6 mm., cioè dal primo al principio del secondo mese della vita embrionale. Il fondo cieco del colon discendente era nel mio caso intimamente connesso col fondo vescicale sul trigono, mentre all'esterno da parte dell'ectoderma non vi era stato lavoro di sorta che accennasse alla formazione del proctodeum, infossatura ascendente che s'inizia allo stesso periodo di sviluppo.

Il completo sviluppo del bambino, l'esame accurato di sede e misura di tutti gli organi addomino pelvici, dal quale risultò nulla di anormale, la brevissima durata dell'infezione a cui soccombette con tracce molto circoscritte di entero-peritonite, le note anatomiche di processo lento nella sede degli stringimenti, che risultano chiarissime nelle sezioni istologiche descritte successivamente e riprodotte per l'illustrazione del caso, mi fecero ammettere un nesso fra l'atresia intestinale e le due zone stenotiche del tenue; se non mi sono male apposto il mio contributo potrebbe allinearsi, fino a prova in contrario, come nuovo, agli altri momenti etiologici di originè embrionale e fetale dei quali non sono rari gli esempi.

(1) Alla presentazione dei pezzi anatomici il chiarissimo prof. E. Marchiava, obbedendo alla prima impressione che potesse trattarsi di quelle contrazioni spastiche preagoniche dell'intestino, ne tentò inutilmente la distensione; a un certo punto uno dei cingoli, in luogo di cedere, si fendette.

Parte anamnestica.

M. Argia di anni 23. Non ricorda malattie, prima mestruazione a 14 anni, le successive regolari. Sposa a 21 anni. Uno sgravio a termine due anni fa di bambino perfetto. L'ultima mestruazione il 2 marzo 1901. Lo sgravio normale avvenne il 14 novembre alle ore 13; il bambino bene sviluppato, del peso di Kgr. 3,500 circa, non presentava orificio anale.

Dal sig. M. Alberto, guardia scelta di Pubblica Sicurezza, la mattina del giorno 15 novembre 1901, nelle ore di ambulatorio, venne portato il neonato che presentava distensione cospicua del ventre, mancanza della normale apertura dell'ano ed il frenulo sottolinguale così breve da impedire il succhiamento.

In tale condizione venne sospettato un arresto di sviluppo della parte inferiore dell'intestino.

Il giorno seguente 16 novembre 1901, essendosi fatta più marcata la distensione del ventre ed un senso di crepitio alla palpazione facendo supporre possibile la rottura dell'intestino, dietro desiderio esplicito del padre del neonato - e da parte nostra, per controllare direttamente di qual grado fosse l'anomalia - addivenni alla constatazione diretta.

Atto operativo. — Venne prima fatta una incisione crociata nella sede normale dell'ano per la profondità di uno a 2 cm. nell'idea di scoprire se esistesse una estremità obliterated dell'estrema parte dell'intestino; quindi si passò alla laparotomia mediana. Inciso il peritoneo, si vuotò una buona quantità di liquido ascitico e si constatò la presenza di un enorme tumore elastico che occupava tutto il ventre, del colore, superficie e consistenza tale da mentire la massa epatica congesta; era il colone discendente e parte del traverso disteso in tal modo.

All'esplorazione endo-addominale detta massa globosa lasciava scorrere il dito all'inghiù, sul suo segmento inferiore che

poggiava all'entrata del bacino e aveva connessioni colla faccia posteriore della vescica.

Dapprima suturai circolarmente alla parete addominale il segmento della sacca che sporgeva, quindi lo incisi e si vuotò un'enorme quantità di meconio.

Si passò alla solita medicatura, si circondò il povero bimbo di tutti i conforti necessari; egli potè deglutire subito dopo con tutta facilità dell'acqua zuccherata.

Diario post operatorio. - 16 novembre 1901. — Il bambino si mantiene vivace; prende dell'acqua zuccherata con molta facilità. Nella sera, essendo le condizioni soddisfacenti, gli si amministra del latte tiepido allungato con dell'acqua zuccherata.

17 novembre 1901. — Passò la notte bene, prendendo sempre facilmente il latte. Si rinnova la medicazione che è intrisa abbondantemente di meconio; sulla superficie entero-addominale vi ha raccolta abbondante di meconio; i bordi della ferita sono leggermente arrossati. Lo zaffo della ferita perineale ha una tinta oscura così che sul momento si pensa ad una possibile fuoriuscita attraverso la profonda incisione crociata fatto in primo tempo.

La sera si rinnova la medicazione. L'infiltrazione della parete addominale è più estesa. Appena rimossa la medicazione si ha spontanea emissione di gas dall'intestino. La quantità di meconio è diminuita notevolmente.

18 novembre 1901. — Ha passato la notte abbastanza tranquillo. Si rinnova la medicazione asciutta; la precedente fu trovata inzuppata di un liquido verdastro, come di ipersecrezione biliare; l'infiltrazione della parete addominale pare più circoscritta; ci toglie lo zaffo dall'incisione perineale tinto in bruno, colorazione dovuta allo scolo dall'alto. La sera si rinnova la medicazione. Dall'apertura colica addominale sgorga fuori una buona quantità di materiale. Il bambino è da qualche ora dispoico, però ingerisce abbastanza bene il latte che gli si somministra.

19 novembre 1901. — Il bambino ha febbre (40°) Trisma. L'ingestione e la deglutizione del latte è notevolmente difficoltata, emette gemiti; è irrequieto. La pupilla diventa midriatica, immobile. La respirazione apnoica. Decede serrando fortemente le labbra, divenute violacee, alle ore 19.

Autopsia circoscritta agli organi del ventre.

L'autopsia viene fatta il 20 novembre 1901 alle ore 12.

Persiste la rigidità cadaverica.

Si constata l'avvenuta aderenza dell'intestino con le pareti addominali della ferita laparatomica.

Si disegna col bisturi una linea curva a concavità superiore, che partendo dalle spine iliache anteriori passa a pochi millimetri al disopra del pube. Sulla guida di detta linea si incidono i diversi strati fino a mettere allo scoperto la cavità pelvica e gli organi in essa contenuti.

La vescica a forma di una piccola pera allungata occupa lo spazio anteriore della suddetta cavità; le due arterie ombelicali decorrono ai suoi lati incrociate dall'esterno all'interno dai due ureteri sboccanti nella vescica.

L'uraco in alto sale lungo la linea mediana della parete addominale verso la cicatrice ombelicale.

Siccome la vescica, posta anteriormente nella cavità pelvica, impedisce di vedere fin dove arriva il colon discendente, si pratica una legatura dell'apice vescicale, si recide l'uraco e si abbassa la vescica sul pube; quindi si prolunga la prima incisione in alto ed in fuori, seguendo da ambe le parti il margine interno della cresta iliaca, fino alle arcate costali. Rovesciando allora in alto il lembo delle pareti addominali si passa al rilievo topografico degli organi contenuti nella cavità addominale.

Fegato. — Situato sotto l'ipocondrio di destra, deborda di circa 2 cm.; spicca per il suo volume notevole, per il suo colorito rosso-bruno, per la sua forma trasversalmente allungata quasi rettangolare. Un solco mediano distingue la piccola dalla grande ala; la sua superficie è liscia, lucente, i suoi bordi spessi; la vena ombelicale va dalla cicatrice ombelicale alla sua faccia inferiore mediana, nella branca anteriore e interna dell'H.

Nettamente distinti e abbastanza robusti sono i legamenti epato-gastro-colico-duodenale.

La cistifellea piccola, a pareti sottili, trasparente è notevolmente sviluppata e contiene una buona quantità di bile; si può seguire il dotto coledoco esile fino al suo sbocco nel duodeno.

Il *colon trasverso* che limita, nel suo angolo di destra, il

marginale del fegato, è notevolmente dilatato, e a guisa di una grossa sacca ricopre interamente lo stomaco, senza presentare aderenze.

Stomaco. — Allontanando il colon trasverso si scopre lo stomaco, posto sotto l'arcata costale di sinistra. Esso ha la forma di una sacca allungata ristretta ai due estremi; presenta appena accennata la grande curvatura, la sua direzione è leggermente obliqua dall'alto al basso e dall'esterno verso l'interno sulla linea mediana rappresentata dalla colonna vertebrale.

Colon discendente. — Appena accennato è l'angolo colico di sinistra. Il colon discendente, mentre l'ascendente è normale, presentasi insieme al trasverso disteso; appare inciso per 4 cm. circa; attraverso detta apertura (incisione laparo-enterotomica) si vede la sua mucosa ricca di pieghe longitudinali.

Seguendo il suo decorso, si constata che in corrispondenza della S. iliaca si piega in avanti, anzichè affondarsi nel fondo pelvico si addossa al fondo posteriore della vescica ed è con questa in intima connessione, formando una specie di sperone.

Appendice vermiforme. — Nella fossa iliaca destra notasi l'appendice vermiforme sottile, spiriforme, della lunghezza di circa 3 cm.

Intestino tenue. — Il pacchetto intestinale non offre alla ispezione alcuna nota degna di menzione. I gangli mesenterici sono ingorgati così da lasciar palpare fra le pagine della sierosa delle grosse masse disposte irregolarmente coi loro dotti e vasi molto distesi.

Constatato ciò si passa all'asportazione degli organi pelvico-addominali, mediante lo scollamento del rivestimento peritoneale posteriore

Cominciando dallo spazio prevescicale mediante la recisione del bullo uretrale, si va scollando tutta la sierosa che tappezza il bacino prima, l'addome poi, finchè si giunge in alto ai pilastri del diaframma ove si fa la legatura del *cardias* e dei vasi e si mettono allo scoperto le due loggie renali.

Reni. — I due reni si presentano normali, il sinistro molto più sviluppato del destro è fornito della sua capsula surrenale. Il destro ha una curvatura abbastanza accentuata a semiluna

e con traccie multiple di lobature. La sua capsula surrenale nei maneggi si è staccata.

Milza. — La milza, come la testa di un piccolo fungo, è di colore rossiccio e al suo margine inferiore presenta un piccolo solco.

Pancreas. — Nella sua sede normale, tra il piloro ed il duodeno, è sottile, allungata, appuntita ai due estremi.

Sistema linfatico addominale. — Notevolmente sviluppato; delle ghiandole mesenteriche si notano alcune che hanno acquistato il volume di un grosso cece.

Fatto così il rilievo topografico si asportano in toto tutti gli organi per farne uno studio più dettagliato e si conservano in alcool a 96 %.

Misure. — Il feto misura :

Lunghezza (dall' occip. al calcagno)	cm. 48
D. B. Acrom.	" 11
" B. Troc.	" 9
" Occ. Front.	" 11
" M. Occ.	" 14
" M. Bregm.	" 11
" B. Pariet.	" 9
" B. Front.	" 6
" B. Zigom.	" 5
" B. Mast.	" 6

Vescica a forma di piccola pera allungata misura :

Lunghezza	cm. 7
Larghezza (al suo apice).	" 1
" (alla sua base).	" 3

Aperta, nella sua massima lunghezza, la parete anteriore, la superficie interna si presenta solcata nel senso longitudinale da sottilissime pieghe simili a quelle che si riscontrano sulla superficie della mucosa del colon; così aperta essa viene a misurare :

Altezza posteriore esterna cm. 5 $\frac{1}{2}$

Superficie interna a colonne longitudinali con dicotomie,
collo sbocco dell'uretere compreso :

Altezza anteriore	cm. 6 $\frac{1}{2}$
Larghezza interna.	" 2 $\frac{1}{4}$
Larghezza esterna	" 2 $\frac{1}{2}$
Dallo sbocco dell'uretere sinistro all'apice.	cm. 3
Dallo sbocco dell'uretere destro all'apice.	" 3,1
Distanza interureterica	" 0,9
Dallo sbocco dell'uretere destro all'imbocco uretrale.	" 1,75
Dallo sbocco dell'uretere sinistro all'im- bocco uretrale	" 1,75

La sacca retrovescicale, fondo cieco terminale dell'intestino,
misura :

Esternamente.	cm. 3
Larghezza del suo spaccato	" 2
Spessore della vescica in basso	" 0,5
Spessore della vescica in alto	" 0,6

Praticato accurato esame del fondo vescicale non si riesce
a rintracciare comunicazione alcuna con la sacca terminale del
colon discendente.

Pervii sono entrambi gli sbocchi dei due ureteri, questi mi-
surano cm. 6 $\frac{1}{2}$ ciascuno ; pervio è l'uraco.

Fegato. — È notevolmente sviluppato, ha forma allungata,
rettangolare ; è nettamente diviso in due lobi, di colorito rosso
bruno. Esso misura :

Piccola ala :

D. Ma.	cm. 5,7
D. Mi.	" 3,9
Spessore	" 2

Grande ala :

D. Ma.	cm. 7
D. Mi.	" 4,5
Spessore	" 3,2

Cistifelea :

Lunghezza.	mm. 45
Larghezza	" 18
Al bordo epatico	" 10

Milza :

D. Ma.	mm. 45
D. Mi.	" 20

La piccola insenatura di circa mm. 2 di profondità trovasi a 34 mm. dall'apice superiore ed a mm. 11 $\frac{1}{2}$ dall'apice inferiore.

Il margine inferiore della milza è a ridosso della parete dello stomaco là dove accenna appena al suo fondo.

Pancreas :

Attaccato alla milza, lunghezza	mm. 48
Nella sua parte più larga, larghezza . . .	" 12
Nella sua parte più stretta, larghezza . .	" 11 $\frac{1}{2}$

Il pancreas è attraversato obliquamente, dal margine superiore della testa al margine inferiore della coda, da una grossa arteria che viene dalla celiaca.

Reni. — Quello di sinistra molto più sviluppato di quello di destra : esso misura :

con la capsula surrenale . .	lunghezza cm. 4,8
senza capsula	" 3,2
	larghezza " 2,5
	spessore " 2

Rene destro molto incurvato

senza capsula surrenale . .	lunghezza " 3,5
	larghezza " 2,6
	spessore " 2

Stomaco, a pareti spesse bianco-grigiastre, presenta una forma cilindroide ; appena accennata è la grande curvatura, la sua lunghezza dal *cardias* al piloro cm. 6, la sua larghezza cm. 4,5.

Intestini. — Il tubo gastro-enterico viene inciso longitudinalmente senza staccare le inserzioni mesenteriali, dal basso

all'alto fin al piloro. Al taglio nel suo lungo decorso presenta le seguenti misure e particolarità :

<i>Intestino crasso.</i> — Dal fondo cieco retrovescicale all'angolo superiore della apertura addominale		cm. 2
Ampiezza della apertura		" 4
Dall'angolo superiore al punto in cui si allarga		" 9
Parte distesa e assottigliata e senza pieghe trasverse		" 13
Dal punto dove tornano ad apparire le pieghe alla valvola di Bauino compreso il cieco		" 12 $\frac{1}{2}$
Lunghezza del crasso		cm. 44 $\frac{1}{2}$

<i>Appendice vermiforme:</i> Lunghezza		cm. 4 $\frac{1}{2}$
Circonferenza.		" 0,8
Larghezza		" 0,4 $\frac{1}{2}$

Essa sbocca nel ripiegamento valvolare, quasi di fronte alla distensione del crasso, disposizione idonea ad impedire che il meconio entri nella appendice vermiforme.

<i>Intestino tenue.</i> — Dalla valvola del Bauino ad una prima introflessione valvoliforme anomala con alterazione della parete		cm. 162
Dalla prima alla seconda strettura analoga		" 20
Dalla seconda valvola al piloro		" 15
Lunghezza totale del tenue.		" 197
Totale lunghezza intestina		cm. 241 $\frac{1}{2}$

L'altezza delle due introflessioni notate è di circa 1 cm. Oltre alle due stenosi valvoliformi succennate si riscontrano lungo il tenue altri punti ristretti, ma senza modificazioni macroscopiche della struttura delle pareti (1).

(1) È bene di accennare nei riguardi delle misure che i pezzi si trovavano da più giorni nell'alcool a 96°.

Parte istologica.

Prep. 336, n. 1-3. - *Pezzi di tubo intestinale corrispondente al primo e secondo restringimento valcoliforme.*

Fissazione in sublimato, desublimazione in alcool iodato, indurimento in alcool assoluto, inclusione in celloidina, colorazione al litio-carminio.

Sezione longitudinale all'asse del tubo intestinale. Fatta eccezione delle misure micrometriche differenti, la descrizione istologica dei due preparati è per ambedue la stessa.

A partire dalla superficie esterna: strato ineguale, esile e spesso interrotto di connettivo sottosieroso. Al disotto: strato di fibre muscolari a decorso sinuoso longitudinale, proporzionalmente molto più scarsa del sottostante ordine di fibre muscolari in sezione trasversa (circolari), da cui è separata da uno stratterello connettivo cellulo-fibrillare. Sottomucosa con elementi connettivali fibrillari a grossissimo strato ed elementi cellulari più scarsi e presenta delle sporgenze a sezione di cono, che vanno verso il lume intestinale sollevando in più punti le pieghe della mucosa.

Mucosa, propriamente detta, costituita da tubuli ghiandolari perpendicolari alla sua superficie, ad epitelio cilindrico alto, i cui nuclei basilari sono leggermente allungati e nettamente distinti. Scarso tessuto interghiandolare connettivo. Scorrendo le sezioni osservai, verso la loro metà, una marcata introflessione della parete intestinale *in toto*, corrispondente al punto del restringimento. A questa altezza notasi in uno dei preparati un principio di fusione tra loro delle pagine sierose introflesse; non subisce modificazione la tonaca muscolare, mentre la sottomucosa presenta all'estremo della introflessione delle sezioni irregolarmente quadrangolari allungate e le due pieghe disposte a guisa di valvole. Le fibre connettive decorrono prevalentemente sui bordi e sono longitudinali a dette ripiegature, continuandosi poi colle fibre connessive della sottomucosa sopra e sotto i punti descritti. La mucosa propriamente detta non presenta speciali note che la differenzino dalle altre zone; solo in una delle sezioni del primo restringimento, è più lussureggiante.

Prep. 311, n. 1. - *Misure della sezione
del primo restringimento.*

Spessore della sierosa nei punti ove si riconosce in sede	mm. 0,0327
Spessore della muscolare. Strato esterno in corri- spondenza della introflessione	" 0,0668
Strato interno	" 0,131
Altezza della sottomucosa al punto della formazione valvolare	" 0,5845
Altezza dei punti vicini dove è più sottile	" 0,0835
Altezza media delle pliche	" 0,501
Altezza dello strato ghiandolare	" 0,4008

Prep. 336, n. 3. - *Secondo restringimento.
Misura massima e minima.*

All'estremo inferiore della sezione :

Mucosa a tutto spessore	mm. 0,1670
Sottomucosa	" 0,1336
Muscolare	" 0,0835

Alla prima ripiegatura :

Mucosa a tutto spessore	mm. 0,8875
Sottomucosa	" 0,5010
Muscolare leggermente introflessa	" 0,1003

In un altro punto molto più ispessito si ha :

dall'estremo dello sperone papilli- forme alla linea basale sottomu- cosa	mm. 0,8851
per una larghezza di	" 0,2505
con uno strato muscolare di	" 0,1670

Tutte le altre misure si trovano tra gli estremi sopranotati.

Prep. 336, n. 2. - *Pezzetto di tubo intestinale immediatamente soprastante ai restringimenti, di cui venne fatto il disegno.*

Fissazione in sublimato - desublimazione in alcool iodato - indurimento in alcool assoluto - inclusione in celloidina - colorazione al litio-carminio.

Per rendersi esatto conto delle differenze che intercedono tra le note anatomiche delle pareti di questo intestino tenue ed i punti stenotici con introflessione dell'intera parete da noi descritti e micrometricamente apprezzati, abbiamo studiato istologicamente sezioni trasverse e longitudinali della parete intestinale sopra e sotto le zone ristrette.

In queste sezioni come risulta chiaramente dai *clichés* abbiamo rappresentata (a 67 D) la sierosa, i due strati muscolari, la sottomucosa e la mucosa, con le note normali a demarcazione nitidissima; la circolazione ricca della sottomucosa non è accompagnata da nessun ispessimento così che la nota istologica del connettivo è uniforme. Come per le altre misurazioni, anche in queste, là dove avevamo spessori leggermente diversi dovuti a normale disposizione anatomica, vennero prese le rispettive misure nel punto più alto e nel punto più basso.

Misure della sezione.

Strato sieroso e sottosieroso	mm.	0,013
" " " muscolare: esterno a fibre longitudinali .	mm.	0,00524
" " " interno a fibre circolare.	"	0,00393
Intero strato muscolare		mm. 0,091
Strato sottomucoso	mass. mm.	0,1441
" " " in corrispondenza d'una		
piega con grossi vasi . min.	"	0,0589
" " " Idem	mass.	" 0,399
" " " ghiandolare	min.	" 0,183

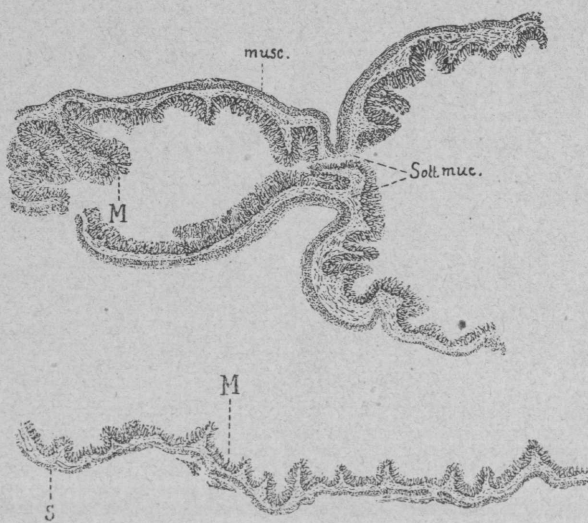


Fig. I. — A) Primo punto stenotico a 162 cm. dalla valvola ileocecale.
B) Parete intestinale normale.



Fig. II. — Sezione longitudinale dell'introflessione e stenosi iniziale a 182 cm dalla valvola ileocecale. - Secondo restringimento.

Prep. 336, n. 4. - *Parete dell'intestino ingrossata da flogosi acuta
tolta vicino alla ferita laporo-enterotomica.*

Strato esterno	mm. 0,334
Strato interno	" 0,2004
Strato sottosieroso	" 1,670
Sottomucosa	" 0,2505
Sottomucosa in corrispondenza di una sporgenza papillare.	" 0,668
Altezza dello strato ghiandolare.	" 0,334

In questo preparato le alterazioni anatomiche sono più considerevoli di quelle osservate nelle precedenti zone stenotiche, le quali presentavano un ispessimento notevole della sottomucosa e punto accennato quello a carico della sottosierosa; la sierosa e sottosierosa di queste sezioni sono enormemente ispessite; le modificazioni anatomiche sono rappresentate da ingrossamento di tutti gli strati connettivali della parete dell'intestino con una progressione dall'interno all'esterno.

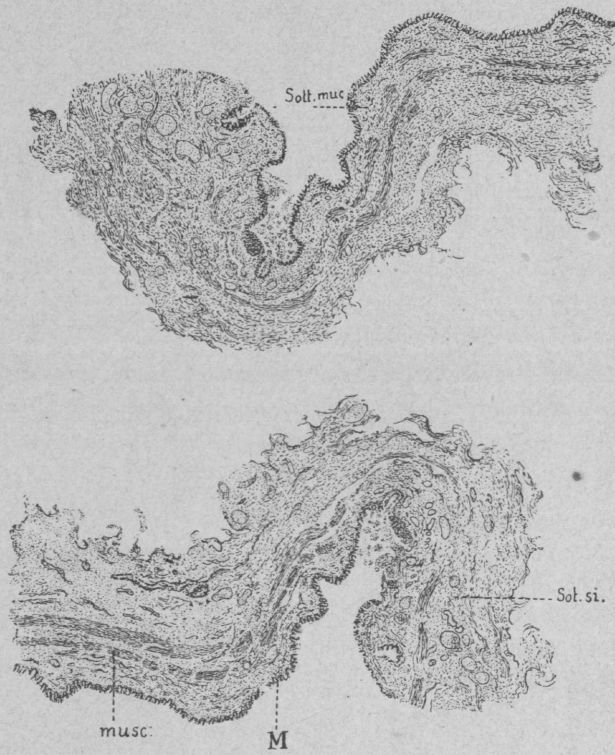


Fig. III. - *Parete dell' intestino ingrossata da flogosi acuta*

Prep. 336, n. 5. - *Sezione trasversa del fondo vescicale
e fondo cieco dell'intestino.*

Superficie interna della vescica. — Molto sinuosa costituita da mammelloni con rivestimento epiteliale qua e là interrotto di cellule cubiche stratificate.

Connettivo della mucosa. — Si nota uno strato uniforme, immediatamente sotto lo strato basale dell'epitelio di tessuto connettivo molto maturo; qua e là qualche fibrilla muscolare. Al di sotto di questo strato si ha lo strato sottomucoso intrecciato, ricchissimo di capillari e di vasellini di piccolo calibro, la cui direzione in qualche punto del preparato accenna alla loro provenienza dalla periferia. Lo strato della sottomucosa è considerevole e da esso si passa allo strato muscolare che presenta le note caratteristiche seguenti: si può distinguere una doppia disposizione muscolare nella parte anteriore del preparato: dei fasci che decorrono paralleli alla sottomucosa, più all'esterno un grosso strato di connettivo ricco di vasi, a cui seguono delle masse muscolari in sezione obliqua che vengono a costituire il grosso della muscolatura della vescica. Al di sotto di questa vi ha una zona connettivale ricchissima di vasi di grosso calibro (arterie e vene) che viene ad esser limitato posteriormente da una vena colta in sezione longitudinale piena di globuli sanguigni; nel nostro preparato la si potrebbe chiamare la vena terminale di spettanza dello strato posteriore che viene a costituire la parete del fondo cieco dell'intestino.

Le due tonache muscolari di questo fondo cieco, non sono regolarmente rappresentate, come normalmente nella parete intestinale si osserva; e neppure è conservato il rivestimento epiteliale di detta parete, del quale solo qua e là si vedono i residui rappresentati da cellule appiattite, alcune staccate; ed un grosso strato di esse che va a confondersi con la robusta parete connettivale; dietro la quale in sezione più o meno trasversa, più o meno obliqua, si notano delle grosse vene ripiene di sangue.

Ai lati del preparato abbiamo da ambe le parti intimamente connesse sia al fondo cieco dell'intestino sia alla parete vesci-

cale circondate da vasi prevalentemente a sinistra, un tubo a molte ripiegature, a rivestimento cilindrico, con sottomucosa spessa e molto intrecciata, all'esterno della quale si osserva uno strato muscolare non molto robusto. Merita speciale menzione la presenza di elementi epitelioidi che con una certa nota di indipendenza occupano lo strato immediatamente sottoposto alla membrana basale dell'epitelio (strato mucoso). La grandezza di questo tubo con le sue molteplici ripiegature, da somigliarlo ad una sezione di tromba, e la sua topografia simmetrica ai due lati del preparato, ad onta si trovi a ridosso del fondo cieco intestinale, quasi vi appartenesse, rappresenta il condotto deferente o meglio ancora un piccolo tratto delle vescicole seminali.

Agli estremi del preparato, del tutto all'infuori del fondo cieco intestinale, si hanno i due ureteri colti obliquamente ed aperti ambedue con tutte le note istologiche normali; qua e là presentano l'epitelio pavimentoso.

Misure della Sezione.

Mucosa vescicale	mm. 0,721
Strato muscolare circolare	mm. 0,183
" " lungo a grossi fasci	" 1,419
Connettivo tra lo strato muscolare e la parete intestinale	" 0,501
Parete intestinale	" 0,133

<i>Uretere.</i> — Lume	mm. 3,006 × 9,835
Strato muscolare	" 0,183
Sottomucosa	" 0,1169
Mucosa	" 0,334

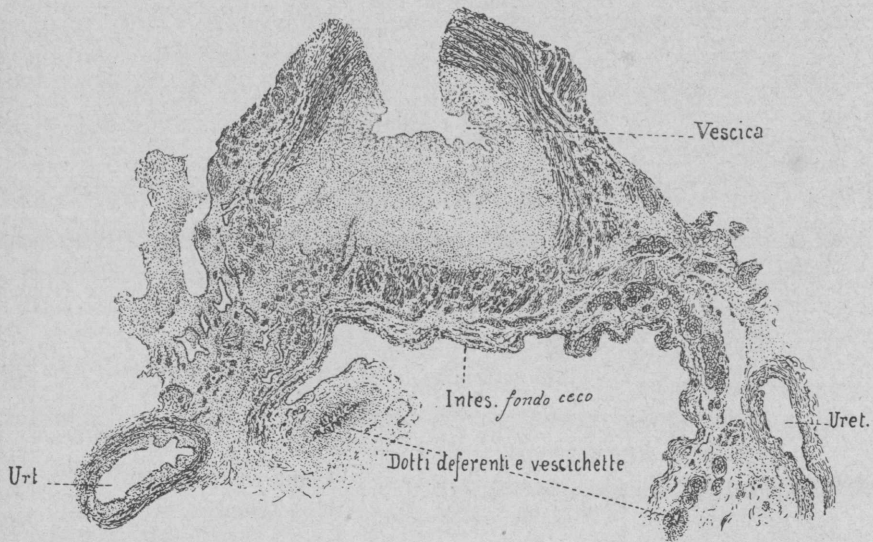


Fig. IV. - *Sezione trasversa della vescica e del fondo cieco
dell' intestino terminale.*

Alla descrizione dettagliata del caso, faccio seguire poche considerazioni che si legano sia al fatto anatomico, sia alle deduzioni cliniche che logicamente derivano nei riguardi dei periodi successivi dell'esistenza.

Tali soggetti venuti alla luce con una atresia anale, alla portata di un soccorso diretto che può essere coronato da successo, possono, più tardi, presentare la fenomenologia di improvvisa difficoltà di viabilità intestinale da alterazioni che risalgono, per la loro origine, alla vita intrauterina. Come accennai, non mi venne fatto di trovare nella letteratura fatti analoghi a questo descritto, mentre sono abbastanza numerose le atresie ani le quali, dall'assenza di un tratto del tubo per mancata individualizzazione dei canali escretori, possono ridursi alla sola impervietà del semplice strato cutaneo che disteso lascia in qualche caso trasparire il meconio accumulato nel retto. In tutte queste forme atresiche le condizioni viscerali nel feto sono sempre le stesse.

Egli è perciò permesso avanzare l'ipotesi, che le due stenosi valvoliformi da noi descritte, sieno state determinate dalla irregolarità del movimento intestinale, il quale in primo tempo per disordine antiperistaltico dei muscoli della parete, abbia preparato un leggero grado di invaginamento cui tennero dietro successivamente quelle alterazioni che costituiscono il fatto anatomico della stenosi. A rendere più patente il fatto cronico delle alterazioni della sottomucosa nelle due introflessioni, abbiamo aggiunto la descrizione di un tratto d'intestino enteroperitonitico in cui prevalgono quelle della sierosa e della sottosierosa.

Quello che mi sembra fuori discussione è il fatto che alla atresia anale della forma la più semplice, possono associarsi tali forme stenotiche a carico dell'intestino tenue. Questi restringimenti della vita intrauterina, insieme a quelle ostruzioni legate ad altre note etiologiche dovute al diverticolo di Meckel (che probabilmente fu causa di ostruzione nel caso della bambina Pirota da me felicemente operata), ai concrescimenti visceroparietali, visceroviscerali, devono esser tenuti presenti quali possibili cause *futuri morbi*, allorquando dall'anamnesi risulti

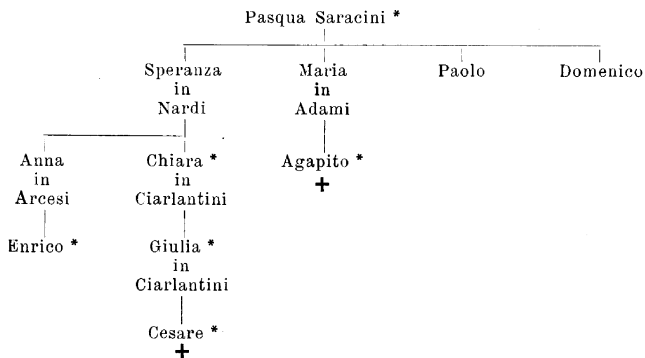
il fatto atresico alla nascita facilmente vinto col soccorso diretto. Non resta escluso però, che tali fatti stenotici, da noi studiati in questo caso di atresia alta del retto, possano determinarsi anche per altre ragioni, subordinate ad altri momenti causali.

La persistenza dell'intima connessione dell'intestino terminale col trigono vescicale, ordinariamente determina espulsione abortiva, precoce, prematura, del rispettivo portato; tale anomalia viene spiegata dagli embriologi per un'intromissione mesodermale che turba in quella sezione l'evoluzione normale.

Vi sono altre anomalie che si osservano in molti membri della stessa famiglia per le quali la scienza rimane senza spiegazione.

A me si presentò un'esempio curioso se non rarissimo, perchè ne trovai notati parecchi altri, di sindattilia, nei più degli individui delle stesse dita, senza differenza nel sesso. Tre dei soggetti li potei io stesso esaminare nel giugno del corrente anno.

Ne riproduco l'albero sindattiliaco perchè il fatto possa venir registrato.



Pasqua Saracini, morta nel 1837 per colera. — Sindattilia del medio e dell'anulare della mano sinistra. Madre a

Chiara Ciarlantini, anni 44, nata Nardi. — Sindattilia del medio ed anulare della mano sinistra. Madre a

Giulia Ciarlantini, anni 20, in Venditti. — Sindattilia del medio e dell'anulare di entrambe le mani. Madre a

Cesare Venditti, nato Ciarlantini, morto all'età di 2 anni. — Sindattilia del medio e dell'anulare di entrambe le mani.

Enrico Arcesi, anni 26, nato Nardi. — Sindattilia del medio e dell'anulare della mano sinistra. Nipote a Pasqua Saracini da parte materna.

Agapito Adami, nato Saracini, morto all'età di 32 anni. — Sindattilia del medio e dell'anulare della mano sinistra. Nipote a Maria Adami da parte materna.

Nel caso nostro è degno di nota il fatto che alla nascita del povero bimbo era preceduto uno sgravio normale di bimbo normalissimo; e che la gravidanza del portato da noi studiato aveva percorso tutte le sue fasi, senza accenni intercorrenti di turbe gravidiche e senza note anamnestiche che accennassero a cause turbatrici del sistema nervoso materno. Il nostro intervento *quo ad vitam* a nulla valse e fu subordinato al desiderio del padre che, udita la inesorabile condanna del suo bimbo, volle che pur si tentasse la constatazione diretta.

Dallo studio anatomico-patologico abbiamo però rilevati dei fatti che possono avere, come già dissi, una certa importanza etiologica per quegli esseri che, operati felicemente di atresia anale, avessero a presentare successivamente, senza altre cause note, turbe più o meno gravi nella viabilità dello intestino.

3549



BIBLIOGRAFIA

- (1) KOLLMANN. - *Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen*, - (Verlag. G. Fischer, 1898, Jena), Darmsystem.
- (2) DE MEURON. - Compt. rend. Acad. Paris 1886, juin 15.
- (3) NEUMANN. - Arch. f. mikr. Anat., Bd. 12, 1876.
- (4) TOLDT. - Wiener Sitzungsber., Bd. 82, 3 abteil 1880. Für den Menschen, Salvioli. Arch. Ital. Biolog., Bd. 14, 1891.
- (5) BRAND E. - Würzburger Verhandl, 1877.
- (6) GÖTTE. - Arch. f. mikroskop. Anat., Bd. 5, 1869, und Uuke, a. a. O. S. 774.
- (7) *Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde*. - 1895, Missbildungen-Verdaungsorgane.
- (8) H. v. LUSKA. - *Blinde Endigung des Halstheiles der Speise röhre und Communication ihrer Pars thoracica mit der Luftröhre*. - Virchow's Archiv. 1869, XLVII, pag. 387.
- (9) IDEM. - *Entero-Teratome des Nabels*. - Archiv. f. Klin. Chir., 1875, XVIII.
- (10) O. KÜSTNER. - Virchow's Archiv., 1877, LXIX, p. 286.
- (11) M. ROTH. - *Ueber Missbildungen im Bereiche des Ductus omphalomesentericus*. - Ebenda 1881, LXXXVI.
- (12) MARCHAND. - Anatomische Beschreibung einiger Missbildungen in Ahlfeld's Berichten und Arbeiten, 1881-1882.
- (13) TILLMANN'S. - *Ueber angeborenen Prolaps von Magenschleimhaut durch den Nabelring (Ectopia ventriculi) und ueber sonstige Geschwülste und Fisteln des Nabels*. - Deutsche Leitschr. f. Chirurgie, 1883, XVIII, p. 161.
- (14) P. DITTRICH. - *Zwei seltene, auf mangelhafte Involution des Ductus omphalomesaraicus zu beziehende Darmbefunde*. - Prager Zeitschr. f. Heilk., 1885, VI.
- (15) A. BARTH. - *Inversion des offenen Meckel'schen Divertikels*. - Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1887, XXVI.
- (15) SIEGENBEK VON HEUKELOM. - *Die genese der Ectopia ventriculi*. - Virchow's Archiv., 1888, CXI, p. 475.
- (16) KONITZKY. - *Cyst. Erweiterung d. Duct. choledochus*. - Dissert. Marburg 1888.

(17) TOLDT. - *Ueber die Darmgekröse und Netze.* - Denkschrift der Akademie der Wissenschaften in Wien 1889, LVI.

(18) FRANK. - *Ueber die Angeborene Verschlussung des Mastdarmes und die begleitenden inneren und ausseren angeborenen Fistelbildungen.* - Wien 1892.

(19) L. ISRAËL. - *Die äbnormen Mündungen des enddarmes beim weiblichen Geschlecht.* - Dissert, Marburg 1891.

(20) NAUWERK. - *Neben Pankreas.* - Ziegler's Beiträge 1892, XII.

(21) FH. SCHNEIDER. - *Atresia ani uterina et vesicalis.* - Arbeiten aus dem pathologischen Institute in Föbingen von Baumgarten, 1891-1892, pag. 413.

(22) NEURATH. - *Persistierend Dottergang.* - Wiener klin. Wochenschr. 1896, n. 49.

(23) A. RUNKEL. - *Ueber cystische Dotterganggeschwulste.* - Dissert. Marburg 1897.

(24) KIRCKNER. - *Atresie im Anfangstheil Jejunums beim neugeborenen Kinde, etc.* - Berliner klin. Wochenschr., 1886, n. 27. Centralblatt. f. Gyn. 1886, n. 25.



