



R. Istituto Ostetrico-Ginecologico della Università di Roma  
diretto dal Prof. E. PESTALOZZA

## Occlusione duodenale congenita

(Contributo allo studio delle atresie congenite del tubo digerente)

per

**Dott. C. Politi Flamini**, assistente

Nella seduta dell'11 novembre u. s. della Società Ostetrica di Parigi i dottori Deroide e Funk-Brentano hanno comunicato un'osservazione di atresia del duodeno in un neonato maturo di primipara senza tara patologica. L'anomalia anatomica fu scoperta solo all'autopsia: nei quattro giorni di vita il neonato aveva ripetutamente presentato delle gravi ematemesi. La oblitterazione risiedeva nel punto d'unione fra la prima e la seconda porzione del duodeno; la porzione soprastretturale era fortemente ectasica, così anche lo stomaco.

Fatti di questo genere non hanno un interesse esclusivamente anatomico-patologico. Ci sembra che possano averne anche dal punto di vista clinico e pratico e, come tali, sono di pertinenza della Clinica Ostetrica, almeno per quel che riguarda il diagnostico.

Stimo pertanto non inutile di portare a contributo della casistica e dello studio delle atresie congenite dell'intestino un nuovo caso da me osservato nell'Istituto Ostetrico-Ginecologico di Roma.



Il parto si era effettuato col meccanismo della faccia; lo scolo delle acque amniotiche tinte di meconio attestava la sofferenza del feto avanti l'espulsione. Il feto, di sesso femminile, era prematuro: lunghezza totale del corpo cm. 41; peso gr. 1900. Il diametro biparietale misurava 78 cm. Poco dopo la nascita cominciarono vomiti di un liquido semifluido di colorito grigio-verdastro. Nei giorni successivi il neonato si prestava male all'allattamento: il poco latte ingerito veniva quasi subito rigettato. La funzione renale compievasi regolarmente.

L'*atresia ani* poté subito escludersi, sia coll'esame obiettivo, sia perchè contemporaneamente ai vomiti si avevano deiezioni alvine costituite di meconio. L'esame dell'addome non rilevava un meteorismo molto accentuato; anzi, nelle regioni inferiori il ventre mostravasi trattabilissimo e la percussione riusciva pressochè ottusa. Al disopra della linea ombelicale invece il suono era timpanico in alto grado, prevalentemente a destra. È notevole che questo suono diminuiva sensibilmente subito dopo gli accessi di vomito. Si pensò quindi ad una occlusione alta del tubo digerente, forse in qualche ansa del tenue, o anche più in alto in prossimità dello stomaco. Il fatto però dei vomiti biliosi e delle contemporanee deiezioni alvine di meconio oscurava la diagnosi. Intanto le condizioni generali del neonato si aggravarono sempre più; comparve un inizio di seclerema agli arti inferiori, finchè in quarta giornata sopravvenne l'esito letale.

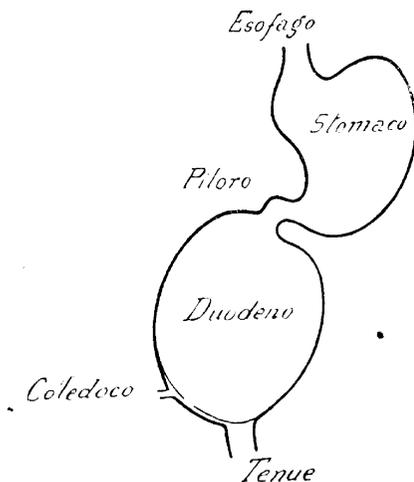
Il reperto dell'autopsia confermò in modo indubbio la diagnosi dell'occlusione ed offrì la spiegazione della coesistenza dei vomiti verdastri e delle deiezioni meconiali.

Lo stomaco, notevolmente ectasico, conservava la sua forma di cornamusa in posizione verticale ed era situato per la maggior parte a sinistra della colonna vertebrale, debordando alquanto al disotto dell'ipocondrio sinistro. Il piloro comunicava molto ampiamente con il polo superiore di un vasto sacco membranoso di forma ampollare, fortemente rigonfio, che occupava la regione epicolica destra avanzandosi anche nel mesogastrio e, superiormente, nell'ipocondrio destro, per cui il fegato trovavasi alquanto sollevato. Trattavasi evidentemente di una enorme dilatazione sacciforme del duodeno; a destra la parete del sacco era collegata al fegato per il legamento epato-duodenale; un po' più in basso si vedeva l'inserzione del coledoco insieme al dotto pancreatico; ed al polo inferiore si inseriva l'intestino tenue.

che, nel punto di attacco, non mostrava strozzatura di sorta. Posteriormente il sacco era in alcuni punti aderente alla colonna vertebrale; trovavasi pure qualche lassa aderenza con alcune anse intestinali. — Tutto il pacchetto intestinale si mostrava accasciato; il colon disceso nel fondo della grande pelvi. Le anse intestinali, all'intuori del cieco, apparivano vuote. Nel terzo inferiore dell'ileo, nel suo margine libero, si trovava un diverticolo breve, di  $\frac{1}{2}$  cm., di forma conica, che si continuava con un sottile cordone in direzione del bellico. Lo si riconobbe per il cosiddetto diverticolo intestinale vero, di Meckel, residuo del dotto onfalo mesenterico non completamente obliterato. Gli altri organi addominali non presentavano nulla di rimarchevole; la vescica conteneva scarsa quantità di urina. Degli organi toracici il pericardio conteneva del liquido sieroso piuttosto abbondante; il polmone destro aveva i caratteri di una pneumonite da stasi, in minor grado il polmone sinistro.

Alla sezione del canale digerente la porzione cardiaca dell'esofago, dilatata, lasciava vedere una estesa erosione della mucosa, di forma allungata nel senso dell'asse longitudinale dell'organo, a bordi irregolari, ricoperta da una patina giallastra. Le pareti dello stomaco erano ispessite; la cavità conteneva una discreta quantità di liquido semifluido grigio-verdastro. Il piloro era riconoscibile per un cerchione di maggiore ispessimento. La voluminosa sacca duodenale era riempita per circa due terzi di un liquido simile a quello ritrovato nel ventricolo; lo spessore delle sue pareti non appariva assottigliato, ma il rivestimento interno era perfettamente liscio essendo scomparse le sporgenze rugose proprie della mucosa intestinale. Il sacco terminava a fondo cieco e sembrava continente, perchè una espansione membranosa alquanto resistente, in continuità con la mucosa di rivestimento, obliterava il lume del sottostante intestino. Ma la mucosa, a distanza di circa  $\frac{1}{2}$  cm. dal fondo così obliterato, presentava una soluzione di continuo rotondeggiante, di pochi millimetri di diametro. La superficie di questa sconfinuità era detersa e lasciava distinguere le fibre della tunica muscolare. I bordi della mucosa che la limitavano erano tutto all'intorno scollati per un certo tratto; e sotto il bordo superiore sboccava il coledoco. In basso lo scollamento della mucosa si estendeva direttamente fino al lume del tenue sottoposto, risultandone una specie di tramite di comunicazione fra il sacco ectasico e l'intestino, tramite sondabile con un sottile specillo.

La sezione del rimanente intestino non offriva particolarità notevoli. Tutto il tubo intestinale era vuoto, all'infuori del ceco che conteneva modica quantità di meconio. La superficie mucosa



delle prime anse era ricoperta da una tenue patina giallastra, facilmente asportabile col dorso del bisturi.

Istologicamente la membrana obliterante sopraddetta poteva considerarsi come una ripiegatura della mucosa intestinale. La sua faccia superiore era costituita dalla stessa mucosa che tappezzava il sacco duodenale: mucosa in istato di avanzata atrofia, ridotta ad un appiattito strato di epitelio, senza tubi ghiandolari riconoscibili, con qualche raro vestigio di villosità in aspetto di piccoli rialzi papillari. La superficie inferiore era invece ricoperta dalla mucosa del tenue, con epitelio bene conservato, villi abbondanti e rigogliosamente sviluppati.

Sotto la mucosa uno strato muscolare, a fascetti più o meno diradati, della muscularis mucosae; la zona mediana del sepimento era costituita di connettivo a maglie notevolmente lasse. Infiltrazione leucocitaria diffusamente distribuita. Le tonache muscolari del tubo intestinale non prendevano alcuna parte alla formazione del setto; salvo una sensibile ipertrofia dello strato di fibre circolari in corrispondenza dell'inserzione del setto, la

muscolatura si continuava direttamente e normalmente dal tenue nelle pareti del sacco costituito dal duodeno.

Dai risultati dell'esame anatomo-patologico si ha chiara la spiegazione dei fatti clinici, cioè dei vomiti biliosi e delle contemporanee deiezioni di meconio a malgrado dell'occlusione duodenale. La figura schematica qui riprodotta può sufficientemente dimostrare il meccanismo di produzione di questi singolari fenomeni. La bile, provenendo dal coledoco, esercitava una « vis a tergo » della mucosa scollata e sollevandone facilmente i bordi liberi poteva riversarsi entro il sacco duodenale e, nello stesso tempo, fluire anche nell'intestino a traverso il tramite di comunicazione posto sotto la stessa mucosa. Di qui la genesi del meconio. Ma, viceversa, i liquidi ingeriti e la stessa bile riversatasi nel sacco non potevano passare per lo stesso tramite nell'intestino; perchè, con la loro pressione, la mucosa veniva ad aderire alla parete retroposta, ostruendo così a guisa di valvola il tramite di comunicazione. D'onde l'origine dei vomiti di bile e di latte.

L'ectasia dell'intestino e la gastrectasia, conseguenze di questo meccanismo, dovevano essersi iniziate ed avere raggiunto un grado considerevole già durante la vita intrauterina. Gli indizi clinici di porzioni ectasiche del tubo digerente riscontrati fin dalla prima comparsa dei vomiti e più ancora il reperto anatomico possono convalidare questa presunzione.

Difatti, la sensibile ipertrofia delle pareti gastriche, specie nella regione pilorica, e lo spessore del sacco duodenale, non assottigliato in confronto del rimanente intestino, non depongono certo per una produzione rapida, brusca dell'ectasia sotto l'azione, di molto breve durata, dei liquidi ingeriti dopo la nascita.

Nè l'osservazione microscopica dimostrava alcun segno di sfiancamento delle pareti del sacco: la lamina mucosa, in istato di avanzata atrofia, appariva integra nella sua continuità; e, come si è detto, le tuniche muscolari erano perfettamente conservate. Anzi, circa il punto dell'occlusione, era riconoscibile un discreto grado di ipertrofia delle fibre circolari. Dai quali dati è lecito arguire la formazione graduale della dilatazione, anteriore alle prime ingestioni di latte.

Tale rilievo può ben essere di appoggio all'opinione che i feti ingeriscono dei liquidi durante il loro sviluppo intrauterino ed in epoca abbastanza precoce. Il neonato della nostra osservazione era settimembre.

Le stenosi congenite del canale digerente sono più rare nella porzione superiore allo stomaco che nella inferiore. Puech (1) ha raccolto pochissimi casi di obliterazione dell'esofago (2); rarissima è la stenosi congenita del cardias e l'occlusione completa del piloro: meno raro il restringimento anormale dello stesso. Escherich (3) è d'opinione che in molti casi descritti di stenosi pilorica congenita si tratti di una contrattura spastica dei muscoli del piloro nei primordi della vita, causata dallo stimolo di eccessiva quantità di prodotti di scomposizione nel contenuto gastrico. In questi casi non esisterebbe alcuna indicazione allo intervento chirurgico: la cura consiste in mezzi sedativi, bagni, lavande gastriche sistematiche per dare il tono necessario alle pareti gastriche.

Gli strozzamenti congeniti dello stomaco, per cui esso acquista la forma di un orologio a polvere, sono stati studiati accuratamente, soprattutto dal lato clinico, in questi ultimi tempi (Kammerer, Saundby, Ilrig, Hakanson, Chabrie ecc.). L'Hirsch (4) ne ha raccolti 22 casi e conclude che la forma biloculare dello stomaco non è molto rara.

Nell'addome è stato constatato un maggior numero di anomalie: per esempio, l'eventrazione e suoi diminutivi, l'esofalo e l'ernia ombelicale, non sono reperti affatto eccezionali.

L'atresia, l'inflessione e l'occlusione del canale intestinale, finalmente la completa mancanza di alcuni tratti d'intestino non sono meno degni d'interesse. Secondo il Durante (5) le stenosi intestinali congenite sono un fatto ovvio nel retto e nella S iliaca, ma raro nel restante intestino, specialmente nel colon.

Nel tenue i siti prediletti dalla anomalia sono sopra e sotto il tubercolo di Vater (Theremin). La più parte delle atresie sono al disotto della detta ampolla, quasi prima del ceco; tutta-

(1) *Puech*. — Des anomalies de l'homme.

(2) *T. Holmes*. — (Therap. des malad. chir. des enfants). Ricorda tre casi di obliterazione congenita dell'esotago di Ogle, Ward, pubblicati nelle *Pathological Transactions*. VII-VIII. Altri casi nella letteratura sono di Padiou, Schoeller, Levy, Quain e Tarnier.

(3) *Wiener Klin. Woch.*, 1898.

(4) *Virchow's Archiv*, Bd. CXL, H. 1895.

(5) *Durante*. — Trattato di pat. e ter. Chir.

via nessun tratto del tenue è escluso. Di 75 casi di occlusione ed atresia del tenue 24 spettano al duodeno (statistica del Sieberman).

Queste atresie spesso si associano ad altre malformazioni, per lo più alla imperforazione dell'ano. Thorel (1) trovò in un caso atresie congenite multiple del tenue: la prima occlusione si riscontrò nel digiuno ed era stata prodotta, come dimostrò l'autopsia, da torsione dell'intestino attorno alla radice del mesentere.

Esistono grandi varietà nel modo d'imperforazione. Nella riportata osservazione di Deroide e di Funk-Brentano l'obliterazione era costituita da un setto trasversale molto spesso, di tessuto apparentemente muscolare. Gli stessi Autori citano un caso di Champney e Darey Power (2) nel quale la continuità della mucosa esisteva fra le parti sopra e sottostretturali, ma l'obliterazione era fatta da un setto trasversale costituito dalla mucosa, sottomucosa e dallo strato circolare della tunica muscolare. Il Kirmisson (3) ha descritto un caso in cui il duodeno dilatato era chiuso in basso da una valvola perforata, presso la sua inserzione inferiore, da uno stretto orifizio. La valvola spiegava i vomiti di meconio del bambino.

Queste atresie, secondo Puech e secondo Baginski, sono in genere sotto la dipendenza di processi peritonitici decorsi nel periodo fetale.

In più casi di stenosi duodenale si è anche riportata la causa ad una abnorme disposizione anulare del pancreas che, com'è noto, si forma a spese dello epitelio della parete dorsale del duodeno.

A noi sembra peraltro che non debbano escludersi i fenomeni molto complessi dello sviluppo del tubo endodermico e soprattutto i complicati movimenti di torsione e d'inflessione che subiscono tanto lo stomaco quanto l'ansa intestinale primitiva allorchè si designa la disposizione propria dell'adulto. Ed in questi movimenti il segmento duodenale dell'ansa, fissato contro la colonna vertebrale per un corto mesentere, è segnatamente esposto a stiramenti ed a strozzamenti.

L'atresia dell'intestino porta per conseguenza una morte rapida, fra 2-5 giorni e propriamente con i sintomi della peri-

(1) Münch. med. Woch., 1899.

(2) British. Med. Journ., 1897.

(3) Kirmisson. — Leçons sur les malad. chir. d'origine congénitale.

tonite acuta (Baginski). Certamente si ha vomito, che dura fino alla morte. Espulsione di meconio può verificarsi nelle atresie delle porzioni superiori dell'intestino (1).

Le oblitterazioni alte sono clinicamente contraddistinte da meteorismo e timpanismo localizzati, provenienti dalla dilatazione del tratto intestinale che si trova sopra il punto in atresia. Herz (2) distingue nel duodeno una stenosi soprapapillare (di Vater), molto simile a una stenosi pilorica, da una infrapapillare che difficilmente si differenzia da una stenosi della porzione alta del digiuno, ma che invece bene si distingue dalla pilorica o da stenosi che risiedono in basso. Per la diagnosi differenziale della stenosi pilorica può servire il criterio della mescolanza della bile al vomito: questo depone per un'occlusione al disotto della papilla di Vater. (Naturalmente, se le cause che ostruiscono il duodeno occludono anche il coledoco, la bile mancherà; ma comparirà allora l'ittero).

Le stenosi delle porzioni più basse dell'intestino si contraddistinguono per questi caratteri: nelle stenosi del digiuno e dell'ileo il vomito diviene man mano fecaloide, il che è raro nelle stenosi duodenali. La gastrectasia si sviluppa tanto più difficilmente quanto più in basso è la stenosi intestinale. Nella stenosi del duodeno mancano d'ordinario l'aumento della peristalsi intestinale e il rigonfiamento generale dell'addome. Occasionalmente il forte meteorismo con la risonanza di percussione metallica nelle regioni superiori del ventre scompare rapidamente per mezzo del vomito; il che non accade nelle stenosi più basse del tenue.

∴

Nelle atresie intestinali l'unica probabilità di salvezza, se il diagnostico è posto a tempo, consiste nell'intervento chirurgico. Abbandonati a sè stessi, i restringimenti organici conducono irrimediabilmente alla morte. E la via operativa per ristabilire la circolazione enterica è stata molte volte tentata, con esito più o meno favorevole; il successo è subordinato alla varietà, alla sede, alla molteplicità dei restringimenti ed alla

(1) V. Monti. — Darmocclusion in Kindesalter (Allgem. Wien. med. Zeit., 1891, 35).

(2) Deutsch. med. Woch., 1896.

concomitanza di altre alterazioni intrinseche od estrinseche al tubo digerente.

Non è nostro compito di occuparci dei processi d'intervento che possono variare dalla enteroplastica e dalla resezione intestinale alla enteroanastomosi ed all'operazione dell'ano preternaturale. Riguardo a quest'ultimo, è evidente che la colotomia posteriore di Callissen o il metodo del Littre possono solo trovare utile applicazione nelle stenosi dei segmenti inferiori dell'intestino. Se la diagnosi resta indeterminata, limitandosi ad ammettere un'occlusione senza diagnosi di origine e di sede, ma che si dubita un ostacolo nel tenue, la laparotomia mediana è sempre l'operazione di elezione. L'entero-enterostomia, permettendo di escludere dalla circolazione intestinale il tratto obliterato, può considerarsi come mezzo di cura radicale per la maggior parte dei casi d'occlusione del tenue; per la stenosi duodenale l'Ucke di Pietroburgo ha recentemente proposto la gastroenterostomia (1).

(1) Presse médic., septembre 1907.

SSC

27793

