



Dott. ALESSIO NAZARI

CONTRIBUTO ALLO STUDIO ISTOPATOLOGICO DELLE APPENDICITI

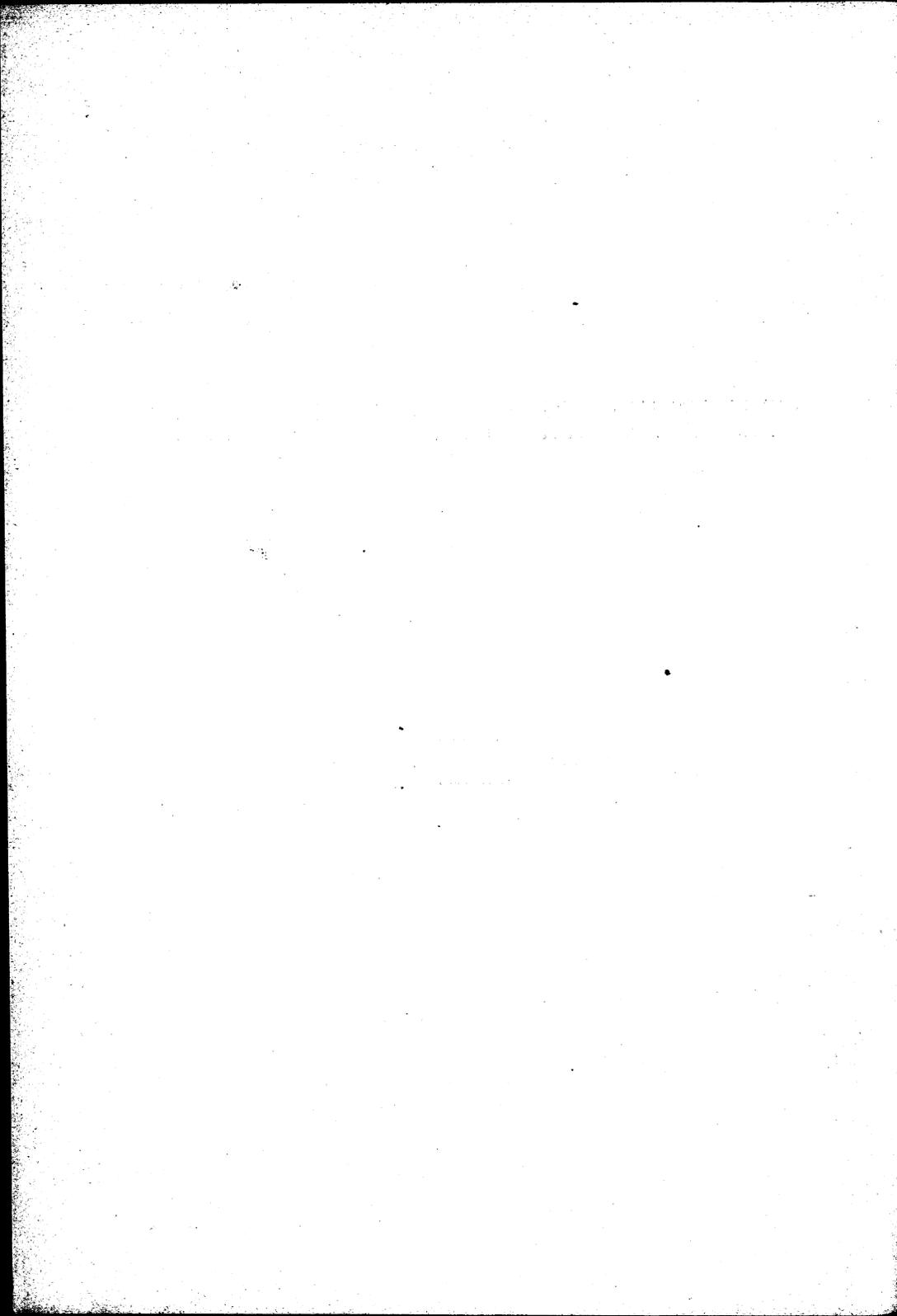
Estratto dal POLICLINICO, Vol. XII-C., 1905

non
B
65
10



ROMA
N. 219 - Corso Umberto I - N. 219

1905



DOTT. ALESSIO NAZARI

CONTRIBUTO ALLO STUDIO ISTOPATOLOGICO DELLE APPENDICITI



Estratto dal POLICLINICO, Vol. XII-C., 1905

R O M A
N. 219 - Corso Umberto I - N. 219

—
1905

ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. ETTORE MARCHIAFAVA

Contributo allo studio istopatologico delle appendiciti

per il dott. ALESSIO NAZARI, aiuto.

Le mie ricerche si riferiscono a 38 casi di appendicite che devo alla gentilezza dei colleghi chirurghi degli ospedali di Roma. Purtroppo mi mancano indicazioni cliniche precise intorno ai singoli casi; tuttavia mi risulta che nella massima parte di essi l'operazione fu eseguita a caldo. I pezzi anatomici mi pervennero tutti fissati in alcool. Se dal punto di vista della tecnica tale metodo di fissazione non è certamente il più opportuno, tuttavia, essendo lo stesso per tutti i casi, ne viene che i risultati siano comparabili.

La tecnica usata nelle mie ricerche microscopiche fu la seguente: sezioni complete a varia altezza delle singole appendici furono incluse in paraffina, sezionate al microtomo e colorate coll'ematosilina od emallume ed eosina e coi colori di anilina (bleu di metilene, vesuvina). Ho anche eseguito l'esame batterioscopico delle sezioni usando le colorazioni Löffler e di Gram.

Dei 38 casi da me studiati, in due casi si trattava di appendicite tifosa, in un altro caso di tubercolosi dell'appendice e negli altri 35 casi di appendiciti nel senso ristretto della parola.

Di queste 35 appendiciti 15 erano della forma che gli autori chiamano semplice; in 12 vi erano fatti suppurativi e in 8 si trattava di forme croniche e di esiti di appendiciti.

Nella maggior parte delle forme *semplici* l'epitelio di rivestimento fu trovato quasi sempre intatto e così le glandole tubulari della mucosa, le

quali non presentavano generalmente altre alterazioni all'infuori di deformazioni di vario grado dovute all'aumento di volume dei follicoli linfatici. Soltanto in due casi trovai lievi alterazioni catarrali della mucosa. Il connettivo proprio della mucosa e la muscolare della mucosa non presentavano che una infiltrazione linfocitaria di vario grado, generalmente però poco accentuata, e una modica infiltrazione parvicellulare. In tutti i casi invece furono costantemente riscontrate lesioni dei follicoli linfatici, lesioni che costituiscono il fatto più saliente di questo gruppo di appendiciti e giustificano pienamente la denominazione di *angina appendicolare*.

Esse consistevano essenzialmente in una ipertrofia più o meno considerevole dei follicoli linfatici con una evidente iperplasia dei loro elementi linfocitari, parecchi dei quali erano in cariocinesi, e in una infiltrazione linfocitaria più o meno considerevole dei tessuti circostanti, irraggiandosi dai follicoli stessi. Secondo il grado minore o maggiore di ipertrofia, i follicoli linfatici ora apparivano soltanto aumentati di volume e arrotondati, ora formavano per la fusione delle loro parti periferiche uno strato quasi continuo nel quale erano ancora più o meno distintamente riconoscibili i singoli follicoli.

Spesso l'infiltrazione linfocitaria si propagava alla sottomucosa accanto alla costante infiltrazione parvicellulare. Queste due specie di infiltrazioni furono riscontrate frequentemente anche negli altri strati più esterni, nei quali non si trovarono altre alterazioni degne di nota.

Nel secondo gruppo, che comprende 12 appendiciti che ho chiamate suppurative, le alterazioni erano di gran lunga più gravi che nel gruppo precedente. Innanzi tutto in questi casi si trovarono costantemente alterazioni dell'epitelio e dello strato glandolare della mucosa, alterazioni che giungevano fino alla distruzione completa di queste parti. Anche in questo gruppo trovai costantemente l'ipertrofia e l'iperplasia dei follicoli linfatici. Oltre a queste alterazioni ed oltre a lesioni necrotiche ed ulcerative di vario grado a carico soprattutto degli strati interni dell'appendice (mucosa e sotto-mucosa) ma talora diffuse anche agli strati esterni, riscontrai un'altra alterazione che costituisce la nota caratteristica di questo gruppo di appendiciti, cioè la *suppurazione*. Accanto alla infiltrazione linfocitaria e parvicellulare i tessuti appendicolari presentavano un'infiltrazione di vario grado di leucociti polinucleati neutrofilii; questa infiltrazione polinucleare era più intensa nella sotto-mucosa e nella sotto sierosa. L'esame istologico dimostrava quasi sempre vicine e in certo modo quasi indipendenti l'infiltrazione linfocitaria e l'infiltrazione polinucleare suppurativa.

Questo fatto chiaramente constatato non mi permette di essere della opinione di coloro i quali credono, in base alle loro osservazioni, che la suppurazione abbia luogo quasi sempre nei follicoli linfatici. È difficile dire

se la comparsa secondaria dell'infiltrazione polinucleare in quei determinati punti originasse da un'esaltata virulenza dei germi ordinari dell'appendicite semplice o dall'intervento di nuovi germi dotati di attività piogenica; tuttavia mi sembra che non si possano trascurare come momenti eziologici, e precisamente come porte d'ingresso, le lesioni di continuo dovute ad alterazioni necrotiche degli strati più interni dell'appendice. La prevalenza già notata della infiltrazione suppurativa nella sotto-mucosa e nella sotto-sierosa la dimostra in istretto rapporto coi numerosi e cospicui vasi sanguigni di queste regioni.

Nei casi del primo gruppo trovai talora, oltre ad una iperemia spesso considerevole dei tessuti appendicolari, qualche chiazza circoscritta di infiltrazione emorragica, specialmente nella sotto-sierosa, nel connettivo proprio della mucosa e nella sottomucosa. In alcuni casi di questo secondo gruppo vidi talora accompagnarsi alla infiltrazione polinucleare una infiltrazione emorragica, la quale prevaleva talmente sulle altre lesioni da giustificare per questa varietà di appendiciti suppurative l'epiteto di *emorragiche*. Alcuni autori considerano le appendiciti emorragiche come una varietà dalle appendiciti semplici. Nei casi di appendicite semplice da me osservati non ho mai riscontrato infiltrazione emorragica tale da giustificare la denominazione di appendicite emorragica, e tutte le volte che ho riscontrato un'infiltrazione emorragica, veramente notevole, l'ho trovata associata alla infiltrazione polinucleare suppurativa. L'infiltrazione emorragica rappresenterebbe quindi un segno di maggiore gravità del processo appendiciteo. Come l'emorragia costituiva la caratteristica di alcuni dei miei casi di appendicite suppurativa, in altri casi di questo stesso gruppo la caratteristica anatomica era data da un processo di necrosi più o meno grave e diffuso. Mentre in alcuni casi non era rilevabile alcuna causa delle alterazioni necrotiche, in altri casi esse erano state determinate dall'azione meccanica di coproliti associata probabilmente ad altre cause necrotizzanti. Un esempio veramente brillante di coprolito è quello che potei studiare in un caso di appendicite suppurativa conservata nel museo di anatomia patologica del nostro istituto. Questo coprolito della grandezza di una grossa nocciuola, costituito da un nucleo centrale di materie fecali e da un rivestimento a strati di carbonati e fosfati terrosi, aveva determinato una necrosi gravissima delle pareti appendicolari. Colla necrosi e colla suppurazione si collega anche un altro grave episodio dell'appendicite da me osservato tre volte: *la perforazione*. Solo in un caso potei mettere in relazione questo grave avvenimento colla presenza di un corpo estraneo (coprolito).

D'accordo colle osservazioni di numerosi altri osservatori, in un numero considerevole dei casi di appendicite semplice e suppurativa che, per i

pochi dati clinici raccolti o per il reperto istologico, dovevo ritenere come appendicitì acute, trovai un'infiltrazione parvicellulare più o meno diffusa del connettivo e la presenza di un numero maggiore o minore di mastzellen nei tessuti appendicolari; segno questo che il processo non era così acuto come poteva sembrare, o almeno che all'ultima fase acuta erano preceduti per un tempo più o meno lungo altri fatti infiammatori.

Dall'esame batteriologico delle sezioni, quale mi è stato permesso dal modo di conservazione dei pezzi anatomici esaminati posso, soltanto rilevare la frequente concomitanza di bacilli e di cocchi nelle appendicitì suppurative.

Nel terzo gruppo di casi da me studiati si comprendono otto appendicitì croniche o esiti di appendicitì.

Oltre alle alterazioni della mucosa e alla iperplasia generalmente modica dei follicoli osservata in questi casi, ciò che ne costituiva la caratteristica era la presenza di mastzellen in mezzo all'infiltrazione parvicellulare, la sclerosi dei connettivi, specialmente del sotto-mucoso e del sotto-sieroso, e la presenza di aderenze connettivali in corrispondenza della sierosa. Degno di nota tra i casi da me osservati fu uno nel quale riscontrai la obliterazione completa del lume dell'appendice per tessuto connettivo cicatriziale.

Riguardo alle appendicitì *specifiche*, si presentarono alla mia osservazione due casi di appendicite tifosa.

Non mi sembra inutile ricordare il reperto di questa forma di appendicite, specialmente dal punto di vista della diagnosi differenziale colle altre forme. Il processo tifico era nei miei due casi abbastanza avanzato. Tutte le tonache appendicolari, ad eccezione della muscolare, erano necrotiche. Caratteristica di questa forma di appendicite mi è sembrata la diffusione omogenea del processo necrotico a tutti i tessuti e per tutta l'estensione dell'appendice, fatto che generalmente non si riscontra nelle altre forme di appendicitì sebbene accompagnate da necrosi. Come uniforme appariva la necrosi, così appariva uniforme la infiltrazione linfocitaria tifosa dei vari tessuti costituenti l'appendice; nelle parti più interne di questa anche gli elementi linfocitari avevano subita la necrosi. In mezzo all'uniforme infiltrazione tifosa non erano più riconoscibili i follicoli linfatici.

Nel caso di tubercolosi dell'appendice da me osservato lo strato glandolare della mucosa appariva normale, ad eccezione di una modica infiltrazione parvicellulare del suo connettivo.

Immediatamente al disotto dello strato glandolare si vedeva un grosso focolaio tubercolare rotondeggiante svoltosi in corrispondenza di un follicolo linfatico con necrosi caseosa nella sua parte centrale e numerose cellule giganti alla periferia. Gli altri follicoli linfatici apparivano scarsi di

numero e normali. Notavasi inoltre un'infiltrazione parvicellulare della sotto-mucosa, della muscolare e della sierosa, più accentuata in vicinanza del focolaio tuberculare. Nel connettivo del mesenterio riscontra la presenza di un altro grosso focolaio tuberculare.

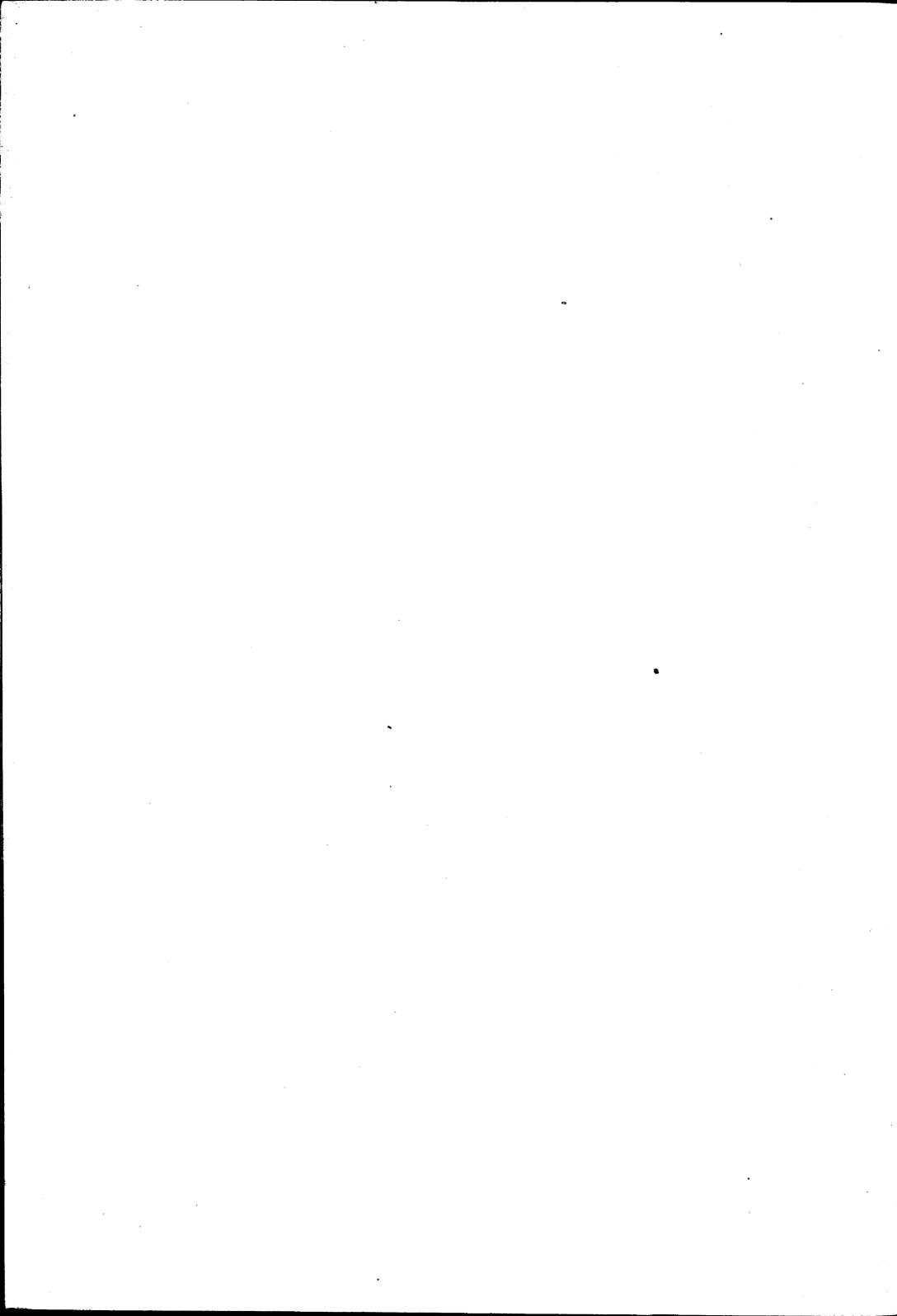
Prima di chiudere questo mio studio mi piace di ricordare un fatto anatomico che meriterebbe uno studio particolareggiato, ed è la straordinaria quantità di cellule gangliari nervose, che si trovano fra le due tonache muscolari dell'appendice. Il numero di esse così considerevole in un organo che ha il significato di una porzione d'intestino in via di involuzione e che può forse essere invocato per spiegare l'imponente sindrome dolorosa e nervosa dell'appendicite, fa sorgere l'idea che l'apparato nervoso di quest'organo non abbia subito il processo involutivo in grado eguale a quello delle altre parti dell'appendice. Ciò si accorderebbe con quanto avviene nel sistema nervoso centrale rispetto all'intero organismo nei processi involutivi e d'inanizione. Dal punto di vista istopatologico in parecchi dei miei preparati colorati col metodo di Nissl ho potuto riscontrare in questi elementi nervosi alterazioni cromatolitiche e regressive di vario grado, fino alla loro scomparsa completa.

BIBLIOGRAFIA.

- RIBBERT. *Beitrage zur normalen und pathologischen Anatomie des Wurmfortsatz.* Virchow's Arch. Bd. 132, S. 66.
- EDUARD SONNENBURG. *Pathologie und Therapie der Perityphlitis.* 1897, Leipzig.
- LETULLE. *L'anatomie pathologique de l'appendicite.* Comptes-rendus de la Société de Biologie, 1897, p. 816.
- LIANZIO. *Die pathologisch-anatomischen Grundlagen der Appendicitis* (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 38, 1903). Centralblatt f. allg. Path. u. path. Anat., 1903.
- TALAMON. *Appendicite e perityphite,* 1892.
- WEINBERG. Thèse de Paris. *Resumé des Lésions histologiques des formes communes de l'appendicitis,* 1898.
- NOTHNAGEL. *Specielle Pathologie und Therapie.* XVII Band.
- ASCHOFF. *Ueber die Topographie der Wurmfortsatzentzündung.* Verhandl. d. Deutsch. Path. Gesellschaft. Jahrgang 1904. Heft 1.



57400



IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

DIRETTO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI | **FRANCESCO DURANTE**

DIRETTORE DELLA R. CLINICA MEDICA
DI ROMA

DIRETTORE DEL R. ISTITUTO CHIRURGICO
DI ROMA

con la collaborazione di altri Clinici, Professori e Dottori italiani e stranieri

si pubblica 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 scienze mediche in Italia e all'estero. Pubblica perciò numerose e accurate riviste su ogni ramo delle scienze suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono fatte da valenti specialisti.

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

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

Pubblica articoli e quadri statistici intorno alla mortalità e alle malattie contagiose nelle principali città d'Italia, e dà notizie esatte sulle condizioni e sull'andamento dei principali ospedali.

Pubblica le disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, potendo esserne informato immediatamente, e una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Pubblica in una parte speciale tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Condotte vacanti, ecc.

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

A questo scopo dedica una rubrica speciale e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli verranno richieste.

IL POLICLINICO contiene ogni volta accurate recensioni bibliografiche, e un indice di bibliografia medica, col titolo dei libri editi recentemente in Italia e fuori, e delle monografie contenute nei Bollettini delle Accademie e nei più accreditati periodici italiani ed esteri.

A questo proposito si invitano gli autori a mandare copia delle opere e delle monografie da loro pubblicate.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO adunque, per gli importanti lavori originali, mercede rubriche d'interesse pratico e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia più completi possibili e che meglio rispondono alle esigenze dei tempi moderni.

ABBONAMENTI ANNUI:

	Italia	Unione postale
1. Alla sezione medica e alla sezione pratica . . . l.	15	20
2. Alla sezione chirurgica e alla sezione pratica »	15	20
3. Alle tre sezioni insieme »	20	27
4. Alla sola sezione pratica »	10	12.50

Un num. separato della sezione medica o chirurgica Lire UNA

Un num. separato della sezione pratica cent. 50



Gli abbonamenti cominciano a decorrere dal primo di gennaio di ogni anno.

Il *Policlinico* si pubblica sci volte il mese.

La sezione medica e la sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli illustrati di 48 pagine, che in fine di anno formeranno due distinti volumi.

La sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32 pagine.