

La Clinica

DIRETTORI:

PROF. ANTONIO GASBARRINI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA MEDICA
PADOVA

PROF. RAFFAELE PAOLUCCI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA CHIRURGICA
ROMA

REDATTORE CAPO

MARIO TRINCAS

REDATTORI PER LA MEDICINA

G. BASSI E G. SOTGIU

REDATTORI PER LA CHIRURGIA

A. QUIRI E E. RUGGIERI

SEGRETARIO DI REDAZIONE

E. BERNABEO

ANNO SESTO

1939



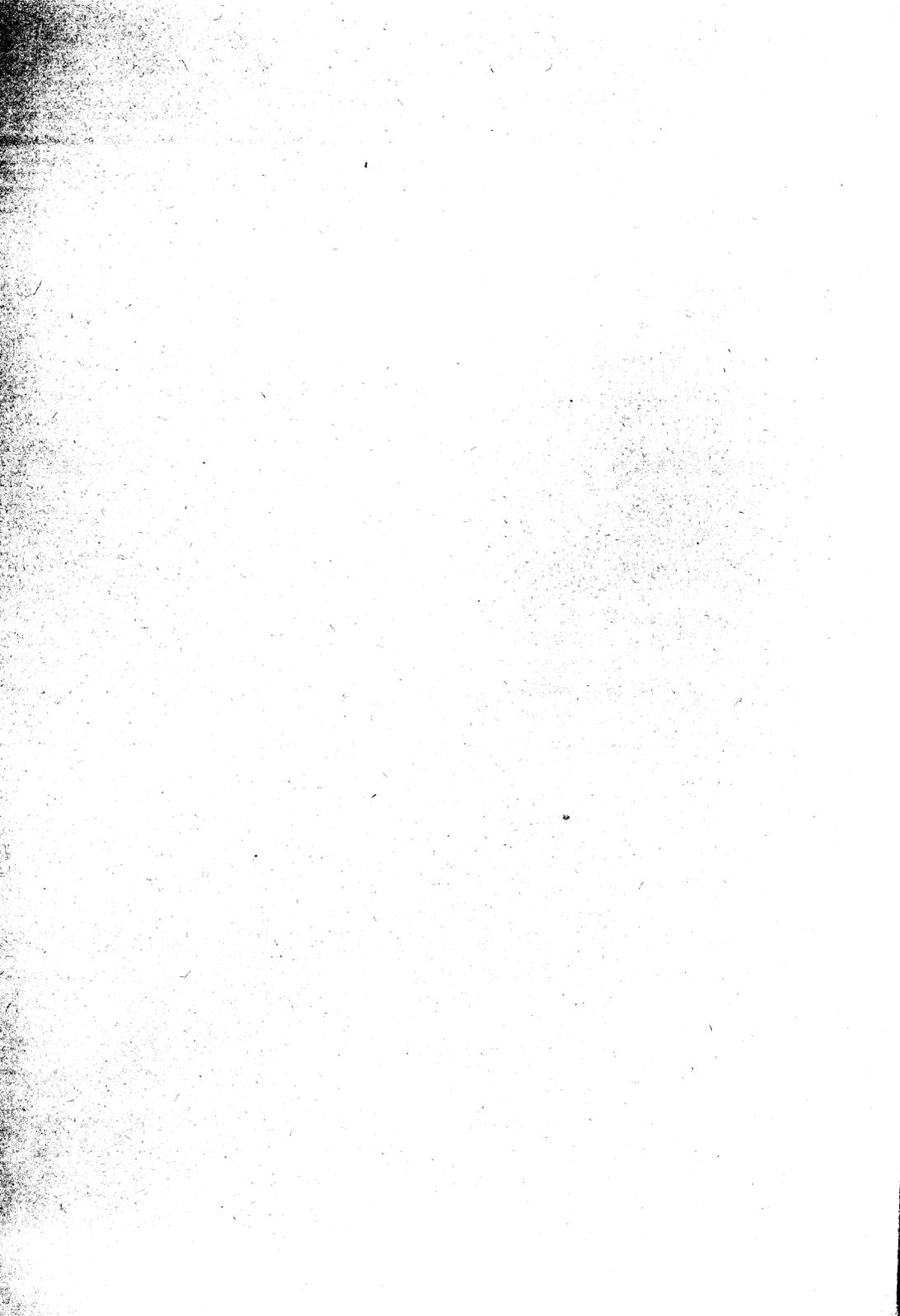
Un caso di torsione di frangia epiploica
simulante l'appendicite acuta.

(Considerazioni
patogenetiche sulle sindromi addominali acute).

DOTT. GIUSEPPE ROTOLO

AIUTO E DOCENTE

L. CAPPELLI — EDITORE — BOLOGNA







Un caso di torsione di frangia epiploica simulante l'appendicite acuta.

(Considerazioni patogenetiche sulle sindromi addominali acute).

DOTT. GIUSEPPE ROTOLO

AIUTO E DOCENTE

Nel grande capitolo delle torsioni omentali (torsione di un tumore solido, di una ciste, di un viscere sano o leso, ecc.) le torsioni dell'epiploon occupano un posto importante, sia per la loro relativa frequenza, sia per la sindrome addominale acuta con la quale anch'esse di solito si appalesano.

Il grande epiploon, che, per la sua funzione di accorrere là dove minaccia il pericolo, è stato chiamato per antonomasia il « carabiniere » dell'addome, va incontro ad alcuni accidenti che sono verosimilmente in rapporto a questa sua funzione protettiva nei riguardi dei visceri addominali. Tra questi accidenti, la torsione (totale o parziale), occupa un posto preminente.

La causa più abituale delle torsioni dell'epiploon è l'esistenza di un'ernia. In siffatta circostanza si trova segnalata nell'85-90 % dei casi. Quando l'ernia non esiste, è stata constatata ora l'esistenza di aderenze tra epiploon e visceri addominali (utero, annessi, perforazione d'ulcera, ecc.), ora una epiploite, la quale è assai spesso la conseguenza di una appendicite. Il caso di BETZ (appendicite acuta associata ad una torsione dell'epiploon) è a questo ultimo proposito assai dimostrativo.

Clinicamente la torsione dell'epiploon si manifesta col quadro dell'addome acuto più o meno caratteristico (dolori addominali, vomito e contrattura della parete del-

l'addome). Se l'ernia coesiste si pensa all'ernia strozzata; se l'ernia non c'è, si pensa all'appendicite acuta.

Fino al 1924 il BUFALINI, col contributo di due casi personali, riporta a 113 la casistica dell'affezione. Successivamente la letteratura si arricchisce di altri casi e in tutti l'errore diagnostico viene apertamente denunciato (GUCCI, INTROINI, SANTORO, HINTON, BRANDESKY, SCHWARZ, CIMINATA, ESAN, BETZ, BRILL, FARR e BACHMANN, LUCCA, URBANI, FILIPPINI, CECCHINI, BENEDETTI, VALENTINI, ecc.). Ma accanto alle torsioni totali o parziali del grande epiploon, è stata eccezionalmente osservata la torsione isolata di frange epiploiche, la quale evenienza ha dato luogo al medesimo quadro clinico e ai medesimi errori diagnostici delle torsioni del grande epiploon. Se la letteratura di questi ultimi anni è andata sempre più arricchendosi di osservazioni e studi sulle torsioni del grande epiploon, poco o nulla figura nei riguardi delle torsioni di frange epiploiche. Eccezion fatta del caso di BRAINE (torsione di frangia adiposa del colon sinistro) riferito dal MONDOR nel suo prezioso volume « *Diagnosics urgents* », nessun altro caso sono riuscito a rintracciare all'indagine bibliografica. Perciò l'eccezionale rarità della mia osservazione mi indusse a farne oggetto della presente nota. Il caso che presento venne da me osservato e operato nel settembre



Fig. 1.

scorso, presso il Padiglione di Accettazione e Guardia dell'Ospedale Maggiore di Milano. Su un complesso di 8674 interventi chirurgici d'urgenza praticati dal 1923 a tutt'oggi, nel Padiglione di Accettazione e Guardia dell'Ospedale Maggiore di Milano, i casi di torsione del grande omento ammontano a tre: un caso venne illustrato da FILIPPINI, gli altri due casi osservati da CANEVA e da NOGARA non vennero illustrati. Si trattava di torsione del gran epiploon, in soggetti portatori di ernia inguinale nei quali la diagnosi preoperatoria era stata orientata verso l'appendicite acuta. La particolarità del caso di mia osservazione, sta, come ho detto, nel fatto che la torsione riguarda una frangia epiploica dell'angolo colico di destra.

Ecco la storia clinica:

S. T., di anni 36, da Senago. Soggetto robusto, adiposo. Nulla di notevole nell'infanzia e nella fanciullezza. Sposato a 23 anni, ha solo un figlio vivente e sano. Due anni fa ebbe bronchite acuta. Da sei mesi a questa parte ha lamentato digestioni laboriose, meteorismo, con alvo tendenzialmente stitico.

Tre giorni prima dell'ingresso viene colto da crisi dolorosa in sede del quadrante inferiore di destra dell'addome. Dopo una purga salina la crisi dolorosa aumenta di intensità e fu seguita da vomito alimentare. Non febbre. Trasportato

d'urgenza all'Ospedale, al nostro esame presentava: polso 86, valido. Nulla ai vari organi e apparati. Addome poco trattabile, assai dolente in corrispondenza del quadrante inferiore di destra e precisamente sulla zona appendicolare.

Blomberg positivo. Il riscontro rettale è negativo, come negativo è l'esame dell'urina. Conteggio leucocitario 8000. Diagnosi clinica: appendicite acuta.

Operazione (27-IX-1938). Anestesia generale eterea. Laparotomia pararettale destra. Cieco e anse del tenue congesti. Appendice aderente, sottile, atrofica, senza note di flogosi acuta. Dall'estremo superiore della ferita si ha scolo di liquido peritoneale siero-ematico. Il taglio laparotomico pararettale viene allungato in alto verso l'ipocondrio destro. La causa della sindrome addominale acuta viene tosto identificata in una tipica torsione di una frangia epiploica dell'angolo colico di destra, della lunghezza di circa cm. 13, indipendente dal grande grembiule omentale, con evidenti fatti necrotici incipienti, torta da destra a sinistra di tre giri, con l'estremità distale completamente libera (fig. 1). Resezione della frangia epiploica torta e appendicectomia complementare. Detersione e chiusura della parete. Guarigione per prima intenzione.

* * *

Varie ipotesi sono state avanzate a spiegazione delle torsioni omentali, ma nessuna di esse ha trovato l'unanime consenso. Seguaci ed oppositori irriducibili ebbe la teoria emodinamica del PAYR, secondo la

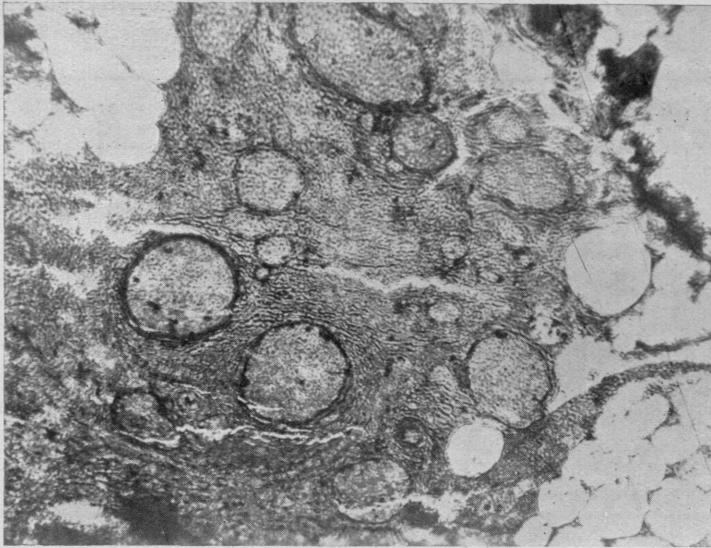


Fig. 2.

quale la torsione sarebbe preceduta da una stasi venosa che, appesantendo l'organo, causerebbe un rapido squilibrio delle parti rispetto all'asse omentale.

LEYARS e UFFREDUZZI hanno data molta importanza, per spiegare la torsione, alla omentite cronica che modifica l'elasticità del tessuto e produce la formazione di trave dure, anelastiche, e di nodi inglobati nel tessuto peduncolato. La omentite favorirebbe la torsione allo stesso modo come la mesenterite può favorire il volvolo dell'intestino (UFFREDUZZI).

Nel caso di mia osservazione coesisteva un focolaio infiammatorio vicino, l'appendicite cronica. È probabile che la flogosi appendicolare, per via ascendente, linfatica, si sia propagata alle frange epiploiche del vicino segmento colico, realizzando una vera e propria epiploite, una di quelle condizioni, cioè, che favorirebbero l'istituirsi della torsione.

Dall'esame istologico della frangia epiploica asportata, è risultato un quadro tipico di infarcimento emorragico del tessuto fibro-adiposo, con dilatazioni vasali più o meno cospicue. Inoltre, qua e là, si notavano tralci connettivali assai spessi co-

stellati di accumuli linfocitari a tipo infiammatorio cronico (fig. 2). Questo reperto istologico, che ci orienta verso l'esistenza d'una epiploite cronica, viene giusto in appoggio dell'ipotesi di UFFREDUZZI, secondo la quale l'omentite predisporrebbe la torsione.

Come fattore determinante le torsioni omentali è stato invocato l'aumento della peristalsi intestinale. Nel caso di mia osservazione l'assunzione di una purga salina, aveva determinato un accentuarsi della crisi dolorosa ad-

dominale. È dunque probabile che anche l'iperperistalsi intestinale giuochi una sua parte nel determinismo della torsione.

CONSIDERAZIONI PATOGENETICHE SULLE SINDROMI ADDOMINALI ACUTE

Perché anche le torsioni omentali si accompagnano clinicamente alla contrattura più o meno spiccata della parete addominale, quella contrattura che è la nota predominante di ogni addome acuto? È l'interrogativo che ci si pone in tutte le affezioni acute dei visceri addominali e a questo interrogativo si risponde di solito con l'espressione troppo generica della contrattura di difesa da peritonite reattiva. Ma qual'è il meccanismo patogenetico di questa contrattura muscolare, da dove essa comincia e dove finisce? MACKENZIE e COPE (citati da MONDOR) portarono a questo quesito i primi contributi patogenetici.

La contrattura, si sa, è un fenomeno riflesso. Per MACKENZIE si tratta di un riflesso visceromotorio, per COPE di un riflesso peritoneo-parieto-motore; in altre parole, l'uno vede nascere il riflesso a livello del peritoneo viscerale, l'altro a li-

vello del peritoneo parietale. Serondo quanto è stato da me sostenuto in precedenti lavori, l'origine del riflesso può essere viscerale e può essere parietale o più precisamente: la sierosa peritoneale, sia viscerale che parietale, rappresenta il punto di partenza del riflesso.

Il peritoneo, come tutte le sierose, deve, con tutta probabilità, esercitare una funzione prevalentemente sensitiva nella economia organica, sensitiva e perciò protettiva. MACKENZIE ha paragonato la contrattura della parete addominale a quella che si ha in vicinanza di una articolazione infiammata. Il paragone non poteva essere più felice. Infatti, dalla sinoviale di una articolazione, quando questa è sede di un processo infiammatorio acuto, parte uno stimolo sensitivo, che pervenuto ai centri spinali da questi viene proiettato all'apparato muscolare pararticolare sotto forma di contrattura muscolare. La contrattura muscolare immobilizza l'articolazione, non solo al fine di attutire il fenomeno dolore, ma, ciò che è più importante, perchè nel riposo la flogosi articolare abbia a trovare le condizioni favorevoli al processo di guarigione.

Lo stesso fenomeno difensivo deve svolgersi in tutte le affezioni acute dei visceri addominali. Il meccanismo, con tutta probabilità, è unico, siccome unico è lo scopo biologico del fenomeno: difendersi dall'offesa. Qualsiasi processo infiammatorio che si svolge nell'ambito dei visceri addominali, deve trovare nella sierosa peritoneale, viscerale o parietale, una membrana, vero campanello d'allarme, capace di mobilitare tutte le difese organiche nell'unico intento di sbarrare la strada al processo patologico. Dalla sierosa peritoneale, lo stimolo arriva ai centri spinali, dai quali viene proiettato ai muscoli della parete addominale che entrano in istato di contrattura. Stimolo peritoneale e contrattura della parete diventano così i due primi anelli di

una catena protettiva che l'organismo stenderà a sua difesa.

Di quale natura sono gli stimoli raccolti dalla sierosa peritoneale? Sono stimoli di diversa natura e di intensità varia.

1°) *Stimoli batterici.* - Germi provenienti e dall'esterno (ferite penetranti) o dal canale intestinale stesso (perforazioni intestinali) e che agiscono per la loro presenza e per le loro tossine.

2°) *Stimoli chimici.* - Acido cloridrico delle perforazioni gastriche, acidi biliari dei versamenti biliari (coleperitoneo).

3°) *Stimoli tossici.* - Prodotti della proteolisi cellulare: steatonecrosi delle pancreatiti acute, necrosi viscerali degli strozzamenti e delle torsioni, versamenti emorragici di qualsiasi natura (tubercolare, neoplastica, da rottura vasale).

4°) *Stimoli meccanici.* - Da una parte distensioni acute di limitati distretti del peritoneo viscerale (cistifellea, milza, ecc.) e dall'altra parte raccolte ascessuali od ematiche extraperitoneali, le quali ultime realizzano le cosiddette sindromi addominali acute paraperitoneali.

Tutti questi stimoli, pervenuti alla sierosa peritoneale, danno origine al fenomeno riflesso della contrattura muscolare, vera contrattura di difesa che ha il compito di bloccare il focolaio infiammatorio. Ogni arco riflesso, presuppone una superficie sensitiva, un centro nervoso, una superficie muscolare, e delle vie nervose afferenti ed efferenti. La superficie sensitiva, dalla quale si originano i riflessi visceroviscerali e visceroparietali sarebbe, dunque, rappresentata dalla sierosa peritoneale, sia viscerale, che parietale.

L'ipotesi della funzione sensitiva della sierosa peritoneale è fondata su una serie di ricerche sperimentali da me condotte sul cane in tema di riflessi visceroviscerali. Recentemente nell'Istituto di Patologia Chirurgica della R. Università di Milano, GIANNI eseguì delle interessanti ricerche sul

conglio, le quali indirettamente vengono in appoggio alla ipotesi della funzione sensitiva della sierosa peritoneale. Secondo dette ricerche « l'immissione in peritoneo di una soluzione acida determina un eccitamento doloroso che è in funzione della concentrazione dell'acido stesso e della quantità di soluzione iniettata. Se la soluzione acida viene sostituita da una soluzione neutra, la reazione dolorosa manca ».

Come diversi di natura e di intensità sono gli stimoli che pervengono alla sierosa peritoneale, così di diverso grado ed estensione sarà il tipo della contrattura della parete addominale. Se, riferendoci a quanto si osserva in Clinica, volessimo stabilire una certa corrispondenza tra la natura dello stimolo e il grado della contrattura di difesa, potremmo pensare che lo stimolo minimo è rappresentato dalle compressioni extraperitoneali, poi vengono i versamenti emorragici, o siero-emorragici e infine il versamento di natura chimica (acido cloridrico, acidi biliari) e quello di natura batterica, nei quali l'intensità dello stimolo è notevole come notevole è il grado di contrattura della parete addominale.

Questa ipotesi patogenetica, mentre riconosce una funzione sensitiva alla sierosa peritoneale, viscerale e parietale, precisa meglio il significato di quello che nelle sindromi addominali acute rappresenta il vero segno patognomonico: la contrattura di difesa della parete addominale. La Contrattura di difesa della parete addominale, in clinica, integra e costituisce il quadro dell'« addome acuto », espressione quanto

mai felice per affermare un'assioma, che equivale ad indicazione operatoria assoluta.

I dati anamnestici e il rilievo obiettivo, nella clinica generale, sono elementi essenziali di orientamento diagnostico; in chirurgia d'urgenza sono anche elementi di decisione se il quadro dell'addome acuto è costituito.

In quasi tutti i casi di torsione omentale il chirurgo è arrivato all'intervento sulla base di una diagnosi errata o approssimativa e tuttavia il successo non è mancato. Non è mancato perchè in ogni caso il quadro dell'addome acuto rappresentava la nota essenziale della sindrome clinica.

L'orientamento diagnostico può trovare valido appoggio nelle ricerche collaterali (esame radiologico, esami di laboratorio), e nel nostro Padiglione di Chirurgia d'urgenza dette ricerche vengono eseguite sistematicamente. Ma vi sono dei casi, nei quali i dati che possono essere raccolti appaiono contraddittori o comunque insufficienti per una precisazione diagnostica e tuttavia il quadro dell'addome acuto è in atto e la responsabilità del chirurgo cimentata in pieno. Se in questi casi è giustificata l'attesa di qualche ora, qualora la sindrome acuta non accenni a regredire, la parola conclusiva va lasciata ancora al bisturi.

Una cosa è certa ed è che le statistiche di morte, in chirurgia d'urgenza figurano ancora elevate là dove l'intervento è stato tardivo o non è stato affatto praticato e che, per contro, nessun decesso è stato mai addebitato alla semplice laparotomia esplorativa.

RIASSUNTO

Viene illustrato un caso di torsione di frangia epiploica, osservato in soggetto di a. 36, simulante il quadro clinico dell'appendicite acuta.

Il caso stesso dà l'occasione all'A. di intrattenersi su considerazioni patogenetiche riguardanti le sindromi addominali acute e precisamente la funzione sensitiva che la sierosa peritoneale, parietale e viscerale, deve esercitare sul determinismo della contrattura di difesa della parete addominale.

BIBLIOGRAFIA

- BETZ - *Zentralblatt für Chir.*, vol. 59, n. 14, 2 aprile 1932, pag. 863-867.
- BLOK e DARISTÄLTER - *The Journ. of Am. Med. Ass.*, vol. 74, 1920, pag. 881-892.
- BRANDSKY - *Zentralblatt für Chir.*, vol. 56, n. 30, 27 luglio 1929, pag. 1859-1861.
- BRAINE - Citato da MONDOR.
- BRILL - *The British Med. Journ.*, 6 maggio 1932, pag. 784.
- BENEDETTI VALENTINI - *Il Policlinico (Sez. Chirurgica)*, 15 aprile 1939.
- BUFALINI - *Il Policlinico (Sez. Chirurgica)*, anno 31, fasc. 6, 1924, pag. 289-311.
- CECCHINI - *L'Ospedale Maggiore*, anno 23, n. 6-7, giugno-luglio 1935.
- CERNEZZI - *La Clinica chirurgica*, vol. 17, n. 3, 1909, pag. 664-693.
- CIMINATA - *Minerva Medica*, 1932, pag. 309-311.
- DABATY - *Rinascenza Medica*, 1930.
- DEMONS - *Revue de Chir.*, 1893, pag. 151.
- ESAU - *Zentralblatt für Chir.*, n. 14, 1932.
- FARR e BACHMANN - *Ann. of Surgery*, vol. 97, n. 5, maggio 1933.
- FILIPPINI - *Atti della Soc. Ital. di Chir.*, 1933.
- GIANNI - *Atti e Mem. della Soc. Lomb. di Chirurgia*, 1938, vol. VI, n. 11-12.
- HAMAUT, ROTHAN, THOMAS - *Rev. Méd. de l'Est*, vol. 62, n. 18, 15 settembre 1934.
- GUCCI - *Policlinico (Sez. Pratica)*, 1926.
- GUNTON - *Arch. of Surgery*, vol. 13, n. 4, ottobre 1926, pag. 507-511.
- LECÈNE e MONDOR - *Bull. et M.m. de la Soc. d'Anat. de Paris*, vol. 13, n. 5-6, maggio-giugno 1911, pag. 346-349.
- LEJARS - *Semaine Méd.*, 1907.
- LUCCA - *Il Policlinico (Sez. Pratica)*, 1927, pag. 847-849.
- MAGNANI - *Il Policlinico (Sez. Pratica)*, giugno 1928.
- MONDOR - Masson Ed., 1938.
- PATEL e SANTY - *Lyon Chir.*, vol. X, n. 1, pag. 35-37.
- PAYR - Citato da FILIPPINI.
- PIZZETTI - *Boll. e Mem. della Soc. Tosco-Umbra di Chirurgia*, vol. III, n. 4, 1937, pag. 303.
- POLLIDORI - *Arch. Ital. Chir.*, vol. 17, fasc. 4.
- ROTOLO - *Arch. Ital. Chir.*, 1935, vol. XL, fascicolo II.
- SANTORO - *La Clinica Chirurgica*, dic. 1929.
- SCHWARZ - *Zentralblatt für Chir.*, vol. 53, n. 1, 2 gennaio 1926, pag. 5-8.
- URBANI - *Il Policlinico (Sez. Pratica)*, anno 34, fasc. 24, 1927, pag. 847-849.

555

