



FOLIA MEDICA

PERIODICO QUINDICINALE
DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA
E MEDICINA DEL LAVORO

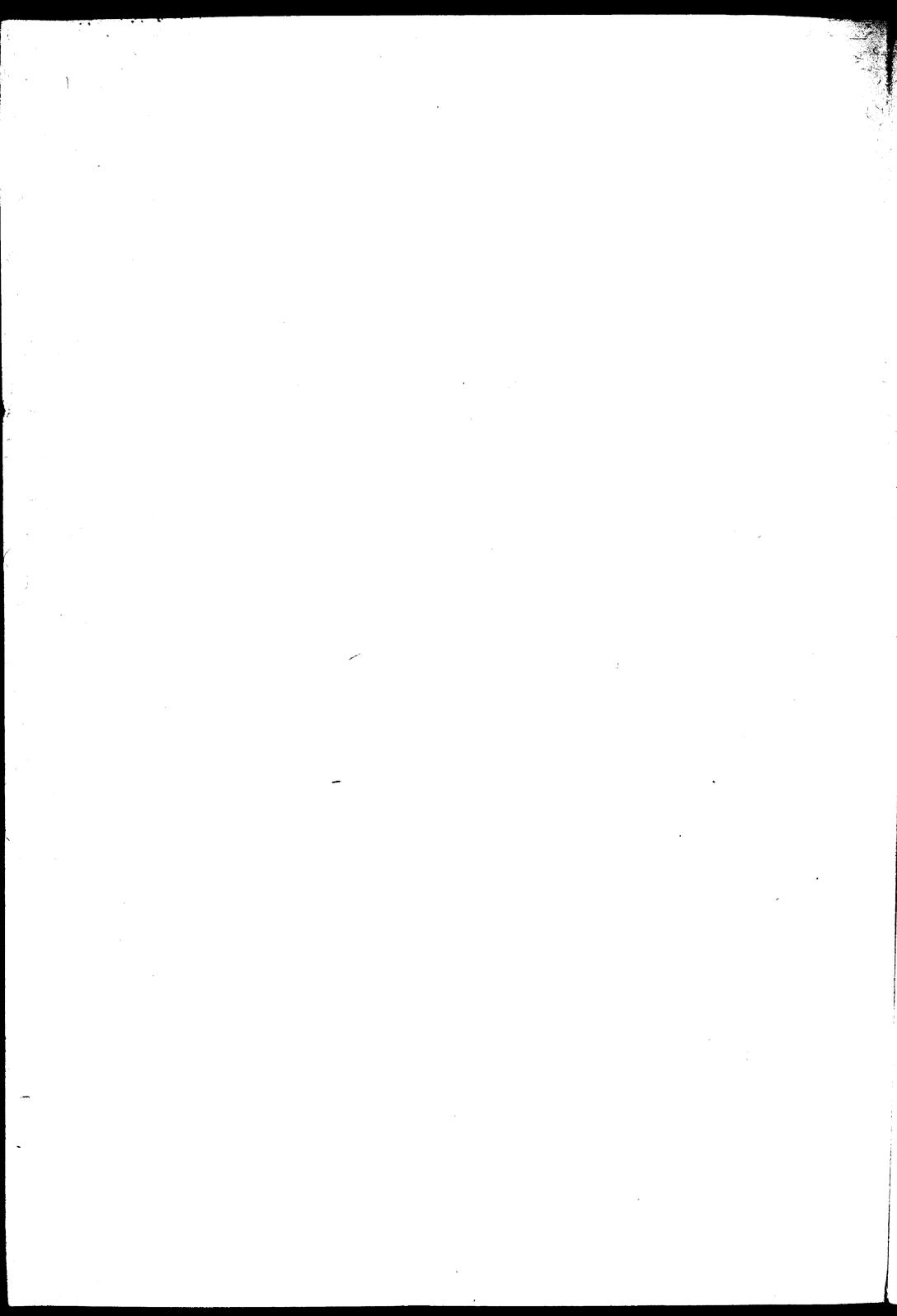
Istituto di Patologia Chirurgica e Propedeutica
Clinica della R. Università di Napoli
Direttore: Prof. L. DOMINICI

CONTRIBUTO CLINICO ALLO STUDIO DEI PSEUDO-TUMORI
INFIAMMATORI DELLA FOSSA ILEO-CECALE

Dott. EMANUELE REPETTO - Aiuto e Docente

Estratto dal n. 9, 1939

TIPOGRAFIA ALFONSO PANARO — VIA FORNO VECCHIO, 28 — NAPOLI






Istituto di Patologia Chirurgica e Propedeutica
Clinica della R. Università di Napoli
Direttore: Prof. L. DOMINICI

CONTRIBUTO CLINICO ALLO STUDIO DEI PSEUDO-TUMORI
INFIAMMATORI DELLA FOSSA ILEO-CECALE

Dott. EMANUELE REPETTO - Aiuto e Docente

In chirurgia sotto il nome di pseudo tumori infiammatori o tumori flogistici si indicano determinate forme infiammatorie che, pur non avendo eziologicamente nulla di specifico, si prestano clinicamente ad essere confusi con processi neoplastici, dato il loro accentuato carattere infiltrativo e proliferativo e, tranne in rari casi, per la poca evidenza del processo flogistico.

Queste forme morbose messe in evidenza da Terrier in una comunicazione fatta alla Società di Chirurgia di Parigi riguardante «una lesione benigna dello stomaco simulante un cancro», furono successivamente studiate ed illustrate, specialmente per le forme che riguardano l'addome, da Leyars, Lambret, Morian, Puth, Mayo, Robson ed in Italia se ne occuparono in special modo Fasano, Cassanello, Baggio e Dominici.

Dopo i primi studi di Terrier furono fatte svariate pubblicazioni illustranti queste forme. Quasi in ogni parte dell'organismo umano furono osservate delle lesioni aventi l'aspetto clinico di tumori, riconosciuti successivamente per processi infiammatori cronici con decorso asintomatico o quasi.

L'eziologia è molto varia ; si può dire che tutti i germi piogeni obbligatori e facoltativi siano stati incriminati ora in questo, ora in quel caso come gli agenti eziologici di tale forma morbosa. Il Remedi sostiene che l'actinomyces sia capace di determinare una flogosi cronica con i caratteri del tumore infiammatorio. Reiner e Poncet misero queste forme in rapporto a stafilococchi e streptococchi. Kusnetosff le fece dipendere da proteobacilli di scarsa virulenza. Il Dalbeau illustrò un caso sviluppatosi nella regione sopra pubica in seguito ad infezione erbertiana. Il Krause e il Filardi illustrarono dei casi nei quali la puntura esplorativa, con successiva cultura, mise in evidenza lo stafilococco piogeno aureo ed albo, che inoculato nel sottocutaneo di una cavia si dimostrò pochissimo virulento. Un altro caso interessante fu pubblicato dal Braun ; era stata fatta diagnosi di cancro del sigma, mentre la ricerca istologica mise in evidenza pochi focolai perivascolari di infiltrazione parvicellulare, senza focolai infiammatori di una certa entità, senza suppurazione, senza batteri nè focolai di necrosi.

Oltre i vari germi sono causa di tumori infiammatori i corpi estranei ingeriti, i fili di seta, i frustoli, i tamponi lasciati in sito in pregresse operazioni, ed infine i corpi estranei che dalla superficie esterna del corpo in seguito ad un trauma sono pervenuti nella cavità addominale, eventualità quest'ultima molto rara.

I corpi estranei ingeriti possono eliminarsi per le vie naturali, senza dare alcun disturbo, ma può accadere (e ciò si verifica specialmente per i corpi piccoli e acuminati) che l'oggetto ingerito attraversi la parete intestinale a varia altezza. Possiamo avere allora tre eventualità : se la perforazione avviene lentamente ed è piccola può immediatamente richiudersi e l'oggetto verrà inglobato dalla reazione peritoneale ed epiploica ; se la perforazione è brusca si avrà passaggio in cavità di abbondante quantità di feci con consecutiva peritonite localizzata o diffusa ; infine se l'oggetto attraversa lentamente la parete intestinale e assieme ad esso passano piccole quantità di materiale fecale ed i germi sono di bassa virulenza rimane incistato e lentamente dà luogo intorno a sè a sviluppo di connettivo fibroso. Bisogna quindi concludere col Filardi che i « pseudo tumori infiammatori della fossa ileo-cecale non hanno alcun carattere specifico e che son dovuti ai comuni germi della suppurazione a virulenza attenuata ».

Tra i principali casi clinici di pseudotumori infiammatori riportati nella letteratura ne ricordo alcuni.

Dominici ne illustrò due casi. Il primo si riferiva ad una donna di 30 anni, che all'esame obbiettivo presentava l'addome globoso, meteorico, e nel cui quadrante inferiore destro nel punto di unione della linea spino-ombelicale con la marginale del retto si palpava una tumefazione che da questo punto si estendeva in alto per circa tre dita trasverse, rotondeggiante, piuttosto dura, dolente, non spostabile. Alla operazione il ceco apparve circondato da aderenze di aspetto flogistico ; liberatolo poté con-

statare una tumefazione dura, cilindrica, che interessava soprattutto la parete anteriore e quella laterale del ceco e che restringeva notevolmente il lume intestinale. L'appendice era fortemente aderente per tutta la sua estensione alla parete del ceco ed alla parete della fossa iliaca interna. Praticò l'appendicetomia ed una ileo-colostomia. Il decorso post-operatorio fu normale, e la paziente lasciò la clinica dopo circa un mese. Rivista dopo due anni dall'intervento la paziente stava perfettamente bene e la tumefazione non era più rilevabile all'esame clinico.

Il secondo caso riguardava una donna di 21 anni nella quale si palpava nella fossa ileo-cecale una tumefazione piuttosto cilindrica diretta dal basso verso l'alto, dura, fissa, dolente. All'intervento trovò una tumefazione che interessava tutto il ceco, dura, nodulare, fissa. Con difficoltà riuscì ad isolarla e fece una resezione ileocecocolica, asportando quasi tutto il colon ascendente, e completò l'operazione con l'ileo-colostomia latero-laterale. Il decorso post-operatorio fu abbastanza buono; si produsse però una fistola stercoracea, che richiese un nuovo intervento dopo il quale la malata guarì definitivamente. All'esame del pezzo asportato, che presentava l'appendice fortemente iperemica ma completamente libera, rilevò sulla superficie mucosa, che era di un colorito rosso scuro, delle ulcerazioni piuttosto piccole che non avevano nulla di caratteristico e delle villosità; le pareti erano piuttosto dure, bianco-grigiastre, e contenevano qua e là delle piccole cavità ripiene di una sostanza scura semiliquida. All'esame microscopico era difficile riconoscere le varie tuniche della parete intestinale e tutto lo spessore della parete era costituita da tessuto connettivo in varie fasi di sviluppo fino al fibroso, con numerosi elementi d'infiltrazione e con piccoli ascessi sparsi qua e là. Le pareti dei vasi erano ispessite ed in molti punti trombosate. Non fu possibile rilevare nessun tubercolo tipico od atipico, nè cellule giganti, nè bacilli di Koch, nè parassiti.

Baggio riportò due casi, nei quali gli studi istologici dei frammenti escissi mostrarono trattarsi non di sarcomi, come erano stati diagnosticati, ma di tumori flogistici situati il primo sul legamento gastrocolico sconfinante sullo stomaco e sul colon, ed il secondo, partendo da una larga base di impianto sul colon, si estendeva da una parte e dall'altra sull'omento con aderenze alla parete addominale.

Yandor in una donna che presentava una grossa massa al basso ventre verso sinistra, nella quale era stata fatta diagnosi di tumore profondo della parete addominale, trovò al centro della massa asportata una scheggia d'osso lunga cinque centimetri.

Duvernay riferisce di un paziente nel quale mentre ritenevano si trattasse di un fibroma, non trovò che del connettivo fibroso originatosi attorno ad un ago, che probabilmente doveva essere penetrato inavvertitamente nelle pareti addominali. Nella massa infiammatoria non si trovò suppurazione. Questo fatto potrebbe convalidare l'ipotesi formulata dal Gilberti e da altri, e

cioè che un corpo estraneo, anche sterile, per la sua presenza nei tessuti può esercitare in questi uno stimolo continuo e irritativo, iniziando e sostenendo un processo flogistico ad andamento cronico, oppure potrebbe far pensare ad una autosterilizzazione con consecutivo assorbimento dei germi lizzati.

Morian in un uomo di 30 anni, che presentava a sinistra della linea mediana fra l'ombelico e l'arco costale un'intumescenza della grandezza di un uovo d'oca, fece diagnosi di fibroma e lo asportò. Spaccato il pezzo trovò al centro un ascesso grande quanto un fagiolo, contenente pus dal quale fu coltivato il *Bacterium coli*.

Nel caso di Wagner si trattava di un tumore occupante il quadrante destro dell'addome, con aderenza al cieco e all'epiploon, in cui anche la diagnosi istologica oscillava fra un fibrosarcoma ed un tumore flogistico. Durante le medicature fu aperto occasionalmente un cavo ascessuale, nel quale oltre una piccola quantità di pus esisteva una spina di merluzzo.

Dèlore e Vachey trovarono, spaccando una grossa tumefazione sviluppatasi lentamente nella fossa iliaca destra, una piccola cavità centrale contenente pus ed un piccolo pezzo d'osso, il quale probabilmente aveva perforato un'ansa del tenue.

Lozi illustrò un caso di diagnosi dubbia fra tumore e appendicite; trovò all'operazione una massa inglobante l'appendice a larga base d'impinato sul cieco. Aperto il pezzo constatò che l'appendice non aveva a che fare con la tumefazione che l'inglobava semplicemente, mentre al centro esisteva una piccola cavità, grande come una ciliegia, con pareti anfrattuose fatte di granulazioni flaccide, che racchiudeva in mezzo a qualche goccia di pus un frammento d'osso.

Anche concrezioni fecali indurite possono agire come corpi estranei, e furono infatti trovate in un caso di Morian come causa determinante un tumore infiammatorio.

Un caso degno di interesse è quello riportato da Guzzelle e Le Kiffe nel quale, al centro della tumefazione, fu trovato un bottone di Murphy che era stato adoperato precedentemente nel compiere una ileo-sigmoidostomia.

Altri AA. descrissero casi nei quali il tumore infiammatorio era dovuto alla permanenza in sito, dopo pregresse operazioni, di lacci di seta.

Raim in una donna nella quale era stata praticata un'isterectomia totale riscontrò qualche mese dopo una tumefazione del bacino. La massa sezionata presentava nella parte centrale dei focolai di fusione purulenta ed al centro furono trovati dei nodi di legatura di seta. Jambrau, a due anni di distanza da un'operazione di ernia inguinale, riscontrò un tumore infiammatorio in corrispondenza della regione inguinale; fu praticato un intervento, e fra i tessuti si rinvennero dei punti di sutura di seta in corrispondenza dell'anello inguinale, allontanati i quali l'infermo guarì rapidamente.

Questi tumori non rappresentano patologicamente altro che processi di flogosi cronica banale, a decorso molto lento nei quali possono aversi o no fatti di suppurazione, per lo più di pochissima entità e sempre sproporzionati alla massa che assume il tumore. La reazione è varia a seconda del tessuto sul quale la flogosi si svolge ed alle proprietà insite dei vari agenti patogeni. In alcuni casi infatti si nota una massa flogistica imponente formata da proliferazioni e infiltrazioni estese, accompagnate talvolta da suppurazione, mentre in altri casi non si tratta di una tumefazione ma di un conglomerato di visceri aderenti tra loro e alla parete addominale.

Questi tumori mancano di fisionomia clinica; insorgono in genere senza disturbi locali e generali, specialmente se la perforazione intestinale è piccolissima (essendo dovuti specialmente a corpi estranei) ed i primi segni appaiono quando la tumefazione ha raggiunto un certo volume. Molte volte il paziente si accorge di una massa dura palpandosi accidentalmente (Morian). Altre volte si ha dolore locale, stipsi, febbre che in genere non si eleva mai troppo. In seguito questa sintomatologia iniziale scompare ed il paziente, che crede di essere definitivamente guarito, si accorge dell'accrescimento lento di un tumore che prima non aveva notato (Yandor). In altri casi la tumefazione si rileva con segni a carico dell'organo con cui è in intimo rapporto. Francke, avendo operato una donna per ernia crurale sinistra, fu da essa chiamata nuovamente dopo un anno per gravi disturbi vescicali. All'esame obiettivo risultò un tumore in corrispondenza della vescica. L'autore pensò fosse un mioma. Asportato il tumore si trovò in presenza di un tessuto sede di flogosi cronica con un'ansa di seta al centro. Lozzi descrisse un caso in cui la sintomatologia stava per un processo appendiciteo ad attacchi ripetuti. All'atto operativo si trovò di fronte ad una massa inglobante l'appendice, mentre questa era perfettamente integra. Sono stati descritti alcuni casi che si manifestarono per compressione sul fegato e sulle vie biliari, sul rene, sul tubo gastro-enterico. Un gran numero di casi descritti riguardano masse infiammatorie che comprimono o inglobano il cieco ed il sigma, a volte con modici ma spesso con imponenti fenomeni peritonitici. Vi sono casi che anche in vita decorrono senza determinare disturbo alcuno e che si riscontrano casualmente all'autopsia, come nel caso di Trenel.

In conclusione la sintomatologia è molto varia da caso a caso, spesso non si hanno disturbi apprezzabili, qualcuno decorre con lieve febbre e dolore localizzato, più spesso si hanno fenomeni di compressione e alterata funzione di organi che il pseudo tumore infiammatorio ingloba nella sua massa e che comprime semplicemente. Il decorso è lento. Generalmente lo stato generale del paziente si conserva soddisfacente, benchè ci possano essere casi in cui si verifica un notevole decadimento dello stato generale con perdita di forze e di appetito.

Data la scarsa e subdola sintomatologia di questa affezione si intuisce quanto sia difficile farne la diagnosi. Lozzi asserisce che la diagnosi esatta pre-operatoria non sia stata mai fatta finora. Ed infatti è molto difficile poterla fare con certezza. Al massimo questa affezione si può sospettare, ma non si può mai affermare escludendo gli altri processi a decorso cronico, specialmente i neoplasmii che più facilmente si confondono con essa. E' meno difficile fare una diagnosi differenziale con la lue e la tubercolosi, dato che l'anamnesi, le reazioni sierologiche, le modalità di accrescimento, la fluidificazione o meno, sono segni che ci sono di grande aiuto, per quanto nella letteratura non manchino casi di tumori infiammatori che vennero diagnosticati per accessi freddi di origine tubercolare. Più difficile riesce la diagnosi differenziale con i tumori benigni e maligni. Mentre i pseudotumori infiammatori che si sviluppano nel connettivo sottocutaneo o nel grasso preperitoneale o dove abbonda il tessuto connettivo sono stati spesso confusi con i tumori benigni e talvolta anche con i sarcomi quando sono profondi; invece quelli che si sviluppano in regioni dove il connettivo è scarso, e che danno luogo ad aderenze estese ed a conglomerati di visceri, possono simulare il più delle volte il cancro per i loro disturbi imponenti, che, data la localizzazione, si manifestano spesso con alterazioni gravi della nutrizione e rapido decadimento delle forze e del peso corporeo.

L'esame delle urine ci dice ben poco. All'esame del sangue alle volte si può trovare una modica leucocitosi, che però non ha un grande valore diagnostico.

L'ispezione e la palpazione ci mettono di fronte ad una massa di durezza variabile: da molle-elastica a duro-ligneaa; di volume anche variabile; ora sessile, ora pedunculata, aderente talvolta ai piani ossei, talora ai muscoli, che spesso infiltra trasformandoli in tessuto sclerotico fibromatoso.

La radiografia ci dà dei dati preziosi riguardo alla sede, al volume, agli organi inglobati, compressi, o più o meno interessati; e ci dà anche la spiegazione dei disturbi dell'apparato digestivo e dei fenomeni peritonitici quando esistono, ma non ci fa fare mai diagnosi certa lasciandoci sempre dei dubbi nei casi di pseudo tumori infiammatori della fossa ileo-cecale. A seconda del risultato dell'esame anamnestico, generale e locale rimarrà il dubbio con una appendicite cronica, con una peritonite localizzata ma soprattutto con un tumore maligno del ceco.

E nella letteratura sono numerosi i casi in cui la diagnosi operatoria smentì nettamente quella pre-operatoria.

Lejars riporta due casi. Nel primo fu fatta diagnosi di neoplasma cecale probabilmente inoperabile, mentre la laparotomia mise in evidenza un ceco normale, circondato da aderenze che comprendevano un'ansa del tenue. Liberata l'ansa ed asportata l'appendice, che era molto alterata, si ebbe una rapida guarigione. Nel secondo la diagnosi era dubbia fra neoplasma e appendicite. La laparotomia mise allo scoperto un'appendice in-

grossata e perforata al centro, un focolaio di aderenze attorno ad un flemmone cronico latero-cecale. L'atto operativo consistè nell'asportare l'appendice, che in poco tempo portò alla guarigione completa.

Morian illustra due casi. Nel primo la diagnosi pre-operatoria era di tumore maligno del ceco. Alla laparotomia si trovò una tumefazione dura e talmente aderente alla fossa iliaca che non potè asportarla. Anche in questo caso si ebbe una rapida guarigione. Nel secondo caso la diagnosi era di tumore maligno del ceco. Aperto l'addome si enucleò la massa; si asportarono dieci cm. di grosso intestino e cinque del tenue; si fece una anastomosi latero-laterale e si applicò dell'omento a colmare una perdita peritoneale sullo psoas. Drenaggio. Sepsi fulminante e morte in due giorni.

Fasano riporta un caso in cui la diagnosi pre-operatoria era di probabile neoplasma ileo-cecale. Alla laparotomia si trovò su di un focolaio di aderenze nel quale si fece strada a stento senza potersi orientare per la completa alterazione dei tessuti; finalmente verso l'estremità inferiore interna della tumefazione scoprì una specie di cordone duro e prominente che era l'appendice, la quale venne liberata ed asportata. Dopo due mesi non si rilevava alcuna traccia di tumore.

Lambret in un caso fece diagnosi di cancro doppio del colon e del cieco. Alla laparotomia trovò una tumefazione bozzuta ed irregolare che aveva invaso il colon trasverso ed infiltrava ugualmente una parte dell'epiploon. Il colon era ipertrofico e notevolmente duro, un'ansa del tenue aderiva a sinistra. Il caso fu ritenuto inoperabile. Senza ricercare l'altra tumefazione sul cieco, si praticò un'ileo-sigmoido-stomia. Dopo cinque settimane era scomparsa ogni traccia di tumefazione.

Potherat in un caso fece diagnosi di neoplasma del colon ascendente, mentre alla laparotomia trovò una massa formata dal colon e dall'epiploon aderente alla parete addominale; fu fatto il raschiamento e messo un drenaggio. Dopo breve tempo la tumefazione scomparve.

Nel caso di Mayo-Robson la diagnosi era di neoplasma. Alla laparotomia si trovò una estesa tumefazione bernoccoluta comprendente il colon trasverso, l'omento ed alcune anse del tenue. Constatata l'impossibilità di asportare questa grossa massa fu praticata un'ileo-sigmoido-stomia. Scomparsa della tumefazione e guarigione completa in due mesi.

Cassanello in un caso fece diagnosi di probabile carcinoma del grosso intestino. Alla laparotomia trovò all'angolo fra il colon ascendente e quello trasverso e in quasi tutta la estensione di quest'ultimo diffuse neoformazioni fibrose, dure, aderenti in parte al peritoneo e che conglobavano a tutto spessore le pareti del tratto menzionato. Per le gravi condizioni l'operazione fu limitata a una semplice entero-entero-stomia. Si ebbe guarigione in poco tempo.

La prognosi dei pseudotumori infiammatori è buona. E' eccezionale che queste tumefazioni rcrediscano da sè. Si è avuta in qualche caso

la spontanea eliminazione del corpo estraneo, con consecutiva guarigione, esclusivamente però nelle forme superficiali delle pareti addominali.

L'intervento chirurgico è necessario. Se si riesce, cosa assai rara, a diagnosticare questa forma con sicurezza, trovandosi di fronte a tumore facilmente aggredivibile per la sua sede, l'intervento può limitarsi ad aprire ampiamente e drenare, asportando eventualmente il corpo estraneo, se è questo causa del processo flogistico. Quando invece ci troviamo in presenza di un pseudotumore infiammatorio di grosso volume, che dà disturbi più o meno imponenti a carico di organi vicini, sarà necessario asportare la massa. Tale compito sarà più o meno facile a seconda della localizzazione delle aderenze che detta massa avrà prese con gli organi vicini. Il chirurgo si regolerà caso per caso, dato il polimorfismo di queste forme. Il pericolo di una vasta asportazione data la benignità dell'affezione dipende unicamente dalla gravità dell'asportazione per se stessa e non dalla natura dell'affezione.

*
**

Riporto tre casi clinici di pseudotumore infiammatorio della fossa ileo-cecale capitati alla mia operazione che per la sintomatologia, la difficoltà diagnostica e l'origine di tali neoformazioni ritengo siano di una certa importanza e rappresentino un discreto contributo allo studio di tale affezione.

Casi Clinici.

Caso I. — R. Alessandro, di anni 68, muratore.

Nulla di notevole nell'anamnesi familiare. Il paziente ha sofferto in tenera età i comuni esantemi dell'infanzia e disturbi intestinali non meglio precisati. Ha sofferto, verso i 45, di adenite latero-cervicale ad andamento cronico, per cui è stato operato di asportazione delle ghiandole. Le ferite hanno cicatrizzato normalmente, però ogni tanto si ulceravano dando esito a qualche goccia di liquido puriforme. Nega lue ed altre malattie veneree. Ha avuto sette figliuoli, che godono ottima salute.

Il paziente racconta che sette giorni prima dell'ingresso in clinica aveva notata la presenza di una tumefazione nel quadrante inferiore destro dell'addome, tumefazione che era leggermente dolente. Due giorni dopo il paziente ebbe leggero rialzo febbrile (37,8°) che scomparve il giorno seguente. Il dolore dopo pochi giorni scomparve completamente. Alvo normale.

Esame obiettivo. Nulla a carico dell'apparato respiratorio e circolatorio. All'ispezione l'addome è leggermente aumentato di volume nei quadranti inferiori, ma soprattutto a destra, dove si nota una piccola tumefazione in corrispondenza della fossa ileo-cecale. Cicatrice ombelicale introflessa, pulsazione epigastrica evidente. Alla palpazione l'addome è trattabile in tutti i quadranti; nel quadrante inferiore di destra si rileva la suddetta tumefazione che ha la grandezza di una grossa arancia, di forma leggermente ovoidale, a superficie leggermente irregolare, a margini netti superiormente, medialmente ed inferiormente, mentre il margine laterale è meno netto

e si perde verso l'arcata di Poupart; il margine superiore arriva all'ombelicale trasversa; il mediale a due dita trasverse della linea xifo-ombelicale e l'inferiore tre dita trasverse al di sopra del pube. La consistenza è duro-elastica. Alla palpazione non si provoca dolore. Tale tumefazione non si sposta nei movimenti respiratori, mentre con la palpazione è un po' spostabile in senso laterale, è pochissimo dall'alto in basso. La percussione su tutto l'addome dà suono timpanico che si smorza in corrispondenza di detta tumefazione e diviene quasi ottuso nella sua parte più sporgente.

Esame dell'urina negativo.

Esame del sangue: globuli rossi 4.600.000; leucociti 11.400.

Formula leucocitaria: 70 % neutrofilii; 20 % linfociti; 9 % mononucleati e forme di passaggio, 1 % eosinofili.

Esame radiologico dell'apparato digerente: stomaco ortotonico, di volume normale, cinesi normale, svuotamento normale. Normali anche le anse dell'ileo per forma e funzione; le ultime sono un po' spostate verso sinistra e presentano un ritardo di svuotamento, l'ultima particolarmente descrive una curva a grande raggio aperto verso l'esterno ed è lievemente dilatata. Il fondo cecale presenta un irregolare difetto di riempimento; margini sfrangiati, interessanti pressochè completamente il suo contorno. Diagnosi radiologica: tumore del fondo cecale.

Diagnosi pre-operatoria: probabile tumore maligno del cieco.

Operazione: Rachianestesia. Laparotomia pararettale destra. In corrispondenza del cieco si palpa una grossa tumefazione mobile che viene facilmente estrinsecata. Si constata che essa è formata da un'appendice notevolmente infiammata, circondata di omento. Detto omento è di consistenza duro-fibrosa, iperemico, facilmente sanguinante ed aderisce fortemente alla parete latero-esterna del cieco. Resezione omentale; appendicectomia. Drenaggio e chiusura parziale delle pareti.

Il decorso post-operatorio fu normale ed il paziente dopo venti giorni dall'operazione lasciò la clinica completamente guarito.

Caso II. — S. Rosa, di anni 46, casalinga.

Nulla di notevole nell'anamnesi familiare e nella prima infanzia della paziente. Ebbe la polmonite all'età di sei anni. A 16 anni mestrudò ed i flussi seguenti furono sempre regolari per qualità, quantità e ciclo sino a sei mesi prima dell'ingresso in clinica, epoca in cui scomparvero. A 29 anni contrasse matrimonio con uomo tuttora vivente e sano. Ebbe due gravidanze ben condotte a termine, con parto eutocico. I due figli sono viventi e sani.

Circa sette mesi prima dell'ingresso in clinica la paziente fu colta improvvisamente durante la notte da brivido intenso seguito da febbre, che finì con sudorazione profusa. Dopo otto giorni si ripresentò la medesima sintomatologia e la febbre durò circa tre mesi. Durante tale periodo fu diagnosticato un paratifo. Durante questi tre mesi in cui la temperatura si era mantenuta frequentemente alta la paziente aveva notato una tumefazione nella fosse iliaca destra ed un leggero dolore nella stessa regione. La febbre scomparve per lentissima lisi. Un mese prima dell'ingresso in clinica la paziente era completamente sfebbrata, mentre la leggera dolenzia nella fossa iliaca destra era persistente e la tumefazione era andata sempre più aumentando di volume. Le furono praticate varie cure fra cui alcune applicazioni di raggi X, in seguito alle quali, a detta della paziente, la tumefazione si ridusse un poco di volume. L'alvo e la minzione furono sempre normali.

Esame obiettivo. Donna di costituzione normale; stato di nutrizione buono. Nulla a carico dell'apparato circolatorio e respiratorio. All'ispezione l'addome presenta una iperpigmentazione da applicazioni calde. Respirazione prevalentemente addominale; pulsazione trasmessa dell'aorta addominale. Alla palpazione le pareti

addominali sono ben trattabili; non v'è difesa nè resistenza; nulla di anormale nei due quadranti di sinistra ed in quello superiore di destra. Nel quadrante inferiore di destra la parete è trattabile ed indolente, ma si apprezza nella fossa iliaca, molto lateralmente, una tumefazione che presenta i seguenti caratteri: ha una forma ovoidale con massimo diametro quasi parallelo all'arcata di Poupart; ha il volume di una testa di feto a termine; ha una superficie perfettamente liscia, una consistenza duro-fibrosa; i margini sono abbastanza netti in basso, dove giunge fino alla spina del pube, in alto alla spina iliaca anteriore-superiore, medialmente a quattro dita trasverse dall'ombelico, lateralmente i margini si confondono con il legamento di Poupart e con la parete del bacino. La tumefazione non ha rapporti con la parete anteriore dell'addome, ma è fissa sulla parete latero-posteriore del bacino e non è spostabile in nessuna direzione. E' indolente. Alla percussione si ha timpanismo normale nei quadranti superiori; in corrispondenza della tumefazione si ha una ottusità assoluta preceduta medialmente da una ottusità relativa, come se fra la tumefazione e la parete si frapponesse l'intestino.

La paziente dice che la tumefazione negli ultimi tempi le sembrava un po' diminuita di volume, ma il periodo di osservazione in clinica non l'ha confermato. Non si palpavano linfoghiandole in nessuna stazione. Nessun disturbo nella defecazione e nella minzione. Da circa sei mesi le mestruazioni non sono più comparse.

Cutirazione alla tubercolina negativa.

Reazione di Wassermann e di Müller sul siero di sangue negativa.

Esame dell'urina: albumina tracce, zucchero assente; sedimento: scarsi globuli rossi e cellule di sfaldamento delle ultime vie.

Esame del sangue: globuli rossi 4.000.000, globuli bianchi 8.000.

Formula leucocitaria: polinucleati neutrofilii 74%; linfociti 17%; monociti e forme di passaggio 8%, eosinofili 1%.

Esame radiologico dell'apparato digerente: non esiste alcuna anomalia morfologica e funzionale sia gastrica che intestinale. Il tempo di svuotamento e la progressione del bario nei vari segmenti del tubo digerente è completamente normale. Specialmente da escludere ogni rapporto delle anse dell'ileo e del fondo cecale con la tumefazione che si palpa nel quadrante inferiore destro dell'addome.

Nessuna lesione ossea del bacino.

Diagnosi pre-operatoria: probabile pseudotumore infiammatorio della fossa ileo-cecale di origine appendicolare.

Operazione. — Rachianestesia. Incisione curvilinea nella fossa iliaca destra in corrispondenza della tumefazione. Si procede a strati. Muscoli pallidi ed edematosi. Peritoneo aderente alla tumefazione. Scollandolo si apre un piccolo ascesso antico, con pus denso, situato fra la parete e il peritoneo. Apertura del peritoneo in corrispondenza dell'ascesso; vi aderisce la salpinge destra che è ingrossata e infiammata, l'omento, l'appendice, che sono notevolmente infiammati, e l'ultima porzione del tenue per un piccolo tratto, distante circa cm. 10 dalla valvola ileo-cecale, sul quale dopo la dissezione rimangono aderenti residui dell'ascesso. Resezione dell'omento; salpingectomia; appendicectomia. Si lascia un piccolo tampone di garza perchè non si riesca ad arrestare l'emorragia a nappo peritubarica e periovarica. Chiusura parziale delle pareti. Drenaggio filiforme nel sottocutaneo.

La paziente lascia la clinica dopo venti giorni dall'operazione completamente guarita.

Caso III. — L. Adolfo, di anni 40, calzolaio.

Nulla di notevole nell'anamnesi familiare. Il paziente racconta di non aver sofferto malattia alcuna prima dell'attuale, se si eccettua l'itterizia sofferta durante l'ultima

guerra e guarita in circa un mese di tempo, ed un attacco malarico durato pochi giorni e non più ripetutosi, anche questo sofferto durante la guerra. Nega lues ed altre malattie vaneree. E' sposato con donna sana ed ha prole sana, eccettuato un bambino che ha avuto in tenera età paralisi infantile. Modico bevitore, forte fumatore.

Circa sei mesi prima del suo ingresso in clinica il paziente fu improvvisamente colpito da forti dolori diffusi a tutto l'addome, senza febbre e senza vomito. Alvo stitico; minzione normale. Dopo circa un mese di benessere, il paziente si accorse di essere affetto da emorroidi, ed attribuì a queste l'insorgenza di altri disturbi, quali la necessità di sforzarsi nel defecare, il bruciore all'ano durante la defecazione e la emissione di feci schiacciate a nastro; insonnia, senso di stanchezza generale; nervosismo; senso di bruciore durante la minzione e pollachiuria specie notturna. Questi disturbi si andarono attenuando negli ultimi due mesi, ma perdurò la necessità dello sforzo per defecare e la forma a nastro delle feci. Il paziente afferma di doversi sforzare per emettere aria dall'anno e di sentirsi spesso l'addome gonfio con borborigmi. Minzione normale ed urine di aspetto normale. Mai febbre; mai vomito. Qualche volta durante la defecazione il paziente si è accorto anche di emettere qualche goccia di sangue rosso-rutilante. Il paziente afferma di essere molto dimagrito. Per questa sintomatologia entra in clinica.

Esame del sangue: globuli rossi 4.700.000; globuli bianchi 9.000. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofilii 69%; linfociti 21%; monociti e forme di passaggio 9%; eosinofili 1%.

Esame delle urine: albumina tracce, presenza di abbondanti sostanze riducenti, pigmenti biliari presenti. Sedimento: numerosi globuli rossi, scarsi cilindri ialini; sali di carbonati e fosfati.

Esame obiettivo. Niente a carico dell'apparato circolatorio e respiratorio. All'ispezione dell'addome si nota che la regione ipogastrica è leggermente più sporgente delle altre regioni vicine. Cicatrice ombelicale introflessa. Pulsazione aortica epigastrica. Alla palpazione l'addome è trattabile su tutti i quadranti. Alla palpazione profonda in corrispondenza dell'ipogastrio si apprezza una tumefazione della grandezza di un'arancia, fissa, indolente, a superficie irregolare, a margini non netti. La percussione dell'addome dà suono timpanico su tutti i quadranti mentre in corrispondenza della suddetta tumefazione il suono si smorza e diviene quasi ottuso nella zona più evidente. Esplorazione rettale negativa.

Esame radiologico: nessuna lesione a carico delle ossa del bacino; assenza di lesione vescicale con speciale riguardo a calcoli, a diventricoli e forme tumorali. Stomaco di forma e volume normali, svuotamento normale, nessuna alterazione morfologica e funzionale a carico del piloro e del duodeno. Progressione normale del pasto opaco nel tenue, il quale è anche normale per aspetto e posizione. Lieve ectasia delle ultime anse del tenue, a carico delle quali è possibile mettere in evidenza fatti di peristalsi esagerata. L'esame del colon con clisma opaco fa apprezzare l'esistenza di una compressione sul lato destro del tratto ampollare — sigmoideo terminale; la compressione non è intensa e permette il passaggio del bario senza notevole difficoltà; il tratto intestinale sopradetto si presenta sotto forma di arco concavo a destra, con lume modicamente ristretto, a contorni regolari. Nulla di patologico si rileva a carico del tratto prossimale del sigma, del discendente, del trasverso ed dell'ascendente. A carico del cieco si nota: fondo cecale stirato molto in basso e fisso con incontinenza della valvola ileo-cecale, per cui il bario refluisce copiosamente nelle ultime anse dell'ileo. L'esame radiografico del tratto cecale mostra un difettoso riempimento del fondo, oltre alla incontinenza della valvola ed al riempimento di molte anse ileali.

Diagnosi pre-operatoria: probabile tumore maligno del ceco.

Operazione. Rachianestesia. Laparotomia mediana sottoombelicale. Tumefazione nel bacino situata nella zona mediana, della grossezza di una grossa arancia, fissa verso il sacro, di aspetto molto edematoso con anse del tenue aderenti. A questa tumefazione aderisce sul suo margine destro l'appendice vermiforme con la punta ingrossata ed edematosa. Appendicectomia lasciando una lunghetta in corrispondenza del punto della tumefazione ove essa aderiva. Decorso post-operatorio normale. Il paziente lascia la clinica sedici giorni dopo l'intervento chirurgico completamente guarito.

*
* *

Con l'intervento operatorio in tutti e tre i casi da me riportati si stabili trattarsi di pseudotumore infiammatorio della fossa ileo-cecale di origine appendicolare. Tale patogenesi non è certo fra le più frequenti, trovandosi riportati nella letteratura soprattutto casi di pseudotumori infiammatori endoaddominali originatisi intorno a corpo estranei. La relativa rarità delle osservazioni e soprattutto la mancanza di una netta, chiara e particolare sintomatologia di tale affezione clinica, giustificano i numerosi errori diagnostici fatti nei casi sinora illustrati. Anche nei miei tre casi solamente in uno (II caso) venne fatta diagnosi preoperatoria di probabile pseudotumore infiammatorio della fossa ileo-cecale di origine appendicolare, mentre negli altri due la diagnosi si indirizzava verso un tumore maligno del cieco. Nel primo caso infatti il paziente solamente sette giorni prima del suo ingresso in clinica aveva notato la presenza di una tumefazione in corrispondenza del quadrante inferiore destro dell'addome; tumefazione che era dolente nei primi giorni e poi completamente indolente. Nessun altro disturbo ad eccezione di un leggero rialzo febbrile, durato però una sola giornata. L'esame radiografico poi convalidava la diagnosi di un tumore del ceco; infatti mise in evidenza uno spostamento delle ultime anse dello ileo verso sinistra ed un ritardo di svuotamento di esso, mentre a carico dell'ultima ansa, che appariva lievemente dilatata, si notava una curva a grande raggio aperta verso l'esterno, ed a carico del fondo cecale un irregolare difetto di riempimento, a margini sfrangiati, interessanti pressochè completamente il suo contorno. L'unico dato positivo per un processo flogistico era dato dall'esame dei globuli bianchi nel sangue, che dava una leggera leucocitosi (11.400), mentre la formula leucocitaria era normale, non essendovi affatto tendenza alla neutrofilia. Anche nel terzo caso la sintomatologia era molto vaga ed incerta. Sei mesi prima dell'ingresso in clinica il paziente aveva accusato improvvisamente dolori intensi a tutto l'addome, ma tali dolori non erano accompagnati da nessun altro sintomo che potesse far pensare ad una reazione peritoneale e neppure da rialzi febbrili. Inoltre in seguito il paziente si accorse di essere affetto anche da emorroidi, che potevano spiegare benissimo gli altri disturbi di cui il paziente si lamentava. In questo caso anche l'esame dei globuli bianchi nel sangue

risultò quasi normale e così pure la formula leucocitaria. Invece l'esame radiografico dell'apparato digerente mise in evidenza una lesione a carico del ceco, il cui fondo era stirato molto in basso, era fisso e presentava un diftoso riempimento, oltre alla incontinenza della valvola ileo-cecale ed al riempimento di molte anse ileali.

Nel secondo caso invece la diagnosi preoperatoria di probabile pseudotumore infiammatorio fu confermata dall'operazione. In questo caso, esclusa senz'altro una flogosi acuta, si presero in considerazione la lue, la tubercolosi, l'actinomicosi, e le forme flogistiche croniche da piogeni. Una gomma del bacino si poté facilmente escludere e così pure una periostite luetica per il decorso clinico ed anche perchè le reazioni sul siero di sangue risultarono negative. Anche non si pensò ad una tubercolosi glandolare, ad un ascesso freddo in sito o migrante, perchè la tumefazione era dura e non presentava nessun carattere delle lesioni tubercolari, oltre all'esito negativo della cutireazione alla tubercolina, che, sebbene abbia un valore relativo, pur tuttavia non si deve trascurare. L'actinomicosi del ceco si poté escludere facilmente perchè il volume della tumefazione avrebbe certamente dato dei disturbi intestinali, si sarebbe con certezza fistolizzata, ed all'esame radiologico si sarebbero messi con certezza in evidenza lesioni a carico del ceco. In questo caso si escluse anche il tumore e si pensò ad un processo flogistico cronico soprattutto per l'inizio della malattia che si manifestò con febbre preceduta da brivido, seguita da sudorazione ed accompagnata da lieve dolenzia. Anche il fatto che la paziente aveva notato una riduzione della tumefazione faceva propendere più per una flogosi cronica che per un tumore, sebbene tale fatto talvolta si verifichi anche nei tumori. In questo caso l'esame dei globuli bianchi del sangue era normale e così pure la formula leucocitaria. L'esame radiologico poi dell'apparato digerente risultò completamente normale ed escluse ogni rapporto fra le anse dell'ileo ed il fondo cecale con la tumefazione.

La cura in tutti i miei casi consistette nell'asportazione dell'appendice ed in un caso (II) anche della salpinge destra, che presentava evidenti lesioni infiammatorie; nell'apertura e nel drenaggio delle piccole cavità ascessuali, nei casi in cui si trovarono. In tutti e tre i casi l'operazione portò alla guarigione completa degli infermi in un tempo relativamente breve.

Da quanto ho esposto ed in base sia allo studio dei casi raccolti dalla letteratura sia da quelli da me osservati si può dunque concludere che i pseudotumori infiammatori della fossa ileo-cecale, pur non rappresentando anatomicopatologicamente che un banale processo di flogosi cronica in cui i processi di infiltrazione connettivale hanno la prevalenza su quelli suppurativi, che invece sono scarsi e talvolta assenti completamente, tuttavia costituiscono una entità morbosa caratterizzata da una sintomatologia vaga e differente da caso a caso, che giustifica gli errori diagnostici cui sinora ha dato luogo, ma

che è necessario tenere presente per poterla diagnosticare almeno all'intervento operatorio, che quasi in tutti i casi porta ad una guarigione rapida e completa.

Riassunto.—L'A. illustra tre casi di pseudotumore infiammatorio della fossa ileo-cecale di origine appendicolare. In un solo caso venne fatta diagnosi preoperatoria di probabile pseudotumore infiammatorio della fossa ileo-cecale, mentre negli altri due la diagnosi si indirizzava verso un tumore maligno del ceco.

In tutti e tre i casi l'operazione portò alla guarigione completa degli infermi in breve tempo.

LAVORI CONSULTATI

Alessandri. - Neoformazioni a tipo progressivo intorno ad un corpo estraneo. - Boll. della R. Accademia Medica di Roma, 1905. — *Baggio.* - Intorno ai così detti « Tumori flogistici » dell'addome. - Il Policlinico (Sez. Chir.), p. 40 e 53, 1915. — *Cosentino.* - Contributo allo studio del flemmone legneo del Reclus. - Il Policlinico (Sez. Chir.) pag. 145, 1912. — *Dominici.* - La chirurgia del colon. Atti della Soc. It. di Chir. XLI Congresso, Roma, 1934. — *Filardi.* - Contributo allo studio delle neoformazioni flogistiche a decorso lentissimo. - Il Policlinico (Sez. Chir.), pag. 345, 1917. — *Fredet.* - Cancer sténosant du grêle, granulomes par corpus étrangers. Presse Médiciale, pag. 837, 1917. — *Fioravanti.* - Contributo allo studio dei così detti tumori infiammatori del cieco. - Il Policlinico (Sez. Chir.) pag. 536, 1909. — *Fasano.* - Flemonne ligneo e tumori infiammatori. - Gazz. degli Osp., pag. 1345, 1912. — *Giannantoni.* - Sui tumori infiammatori degli arti. - Il Policlinico (Sez. Chir.) pag. 317, 1921. — *Gangitano.* - Dei sarcoidi sottocutanei. - La Clinica chir., I, 1908. — *Grouzelle et Le Kieffre.* - Pseudo tumeur inflammatoire de l'iléon par corps étranger. - Presse Med., pag. 953, 1926. — *Lenormant.* - Corps étranger dégluti ed enkysté en dehors de l'intestin. - Presse Med., pag. 135, 1928. — *Losio.* - Tumori infiammatori della parete addominale da corpi stranieri migrati. - La Rif. Med., pag. 19, 1908. — *Lozzi.* - Tumori flogistici endoaddominali da corpo estraneo. - Il Policlinico (Sez. Chir.), p. g. 253, 1932. — *Pouchet.* - Faux ulcères gastriques par corpus étrangers. - Presse Med., pag. 456, 1926. — *Paolucci.* - Contributo alla conoscenza del ficroma delle pareti addominali. - La Clin. Chir., pag. 313, 1909. — *Repetto.* - Fibroma della parete addominale anteriore. - Policlinico (Sez. Chir.), 1934. — *Scalone.* - Sull'origine infiammatoria di alcuni tumori fibrosi della parete addominale. - La Clin. Chir., pag. 313, 1909. — *Wehik.* - Sulle forme infiammatorie e degli ematomi della parete addominale. - La Clin. Chir., pag. 232, 1929.]



