

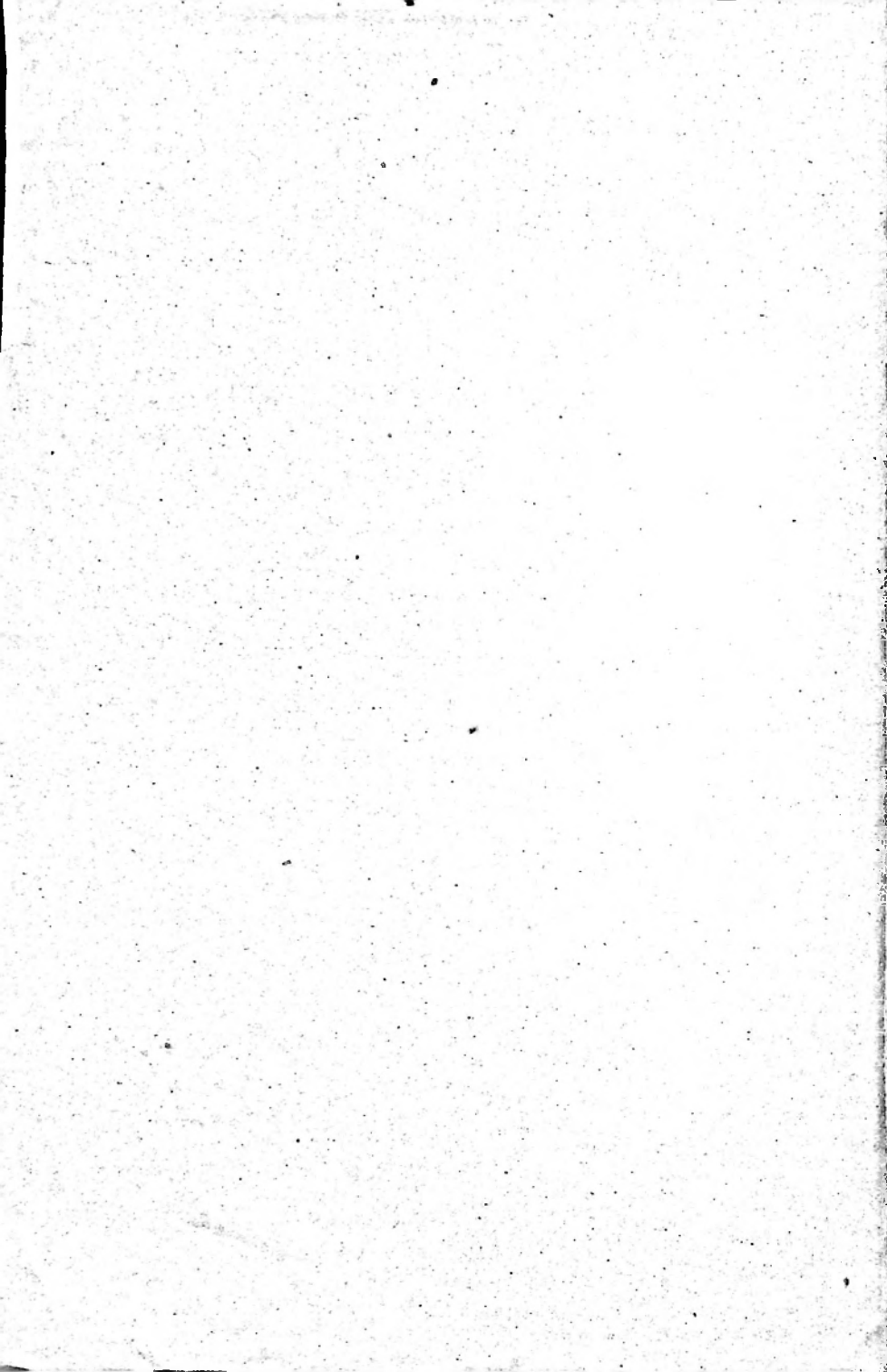
29 novembre 1900



Istituto Anatomico di Torino diretto dal Prof. GIACOMINI.

Un caso di grave spostamento dei visceri addominali osservato in una donna di 60 anni, per dott. GIUSEPPE SPERINO, settore capo, libero docente di anatomia umana, membro della R. Accademia di medicina di Torino.

Estratto dal *Giornale della Reale Accademia di Medicina*
Anno 1890, nura. 6.



*Alla R. Accademia di Scienze, Lettere
ed arti in Modena, 20 maggio 1886.*

Istituto Anatomico di Torino diretto dal Prof. GIACOMINI.

Un caso di grave spostamento dei visceri addominali osservato in una donna di 60 anni, pel dott. GIUSEPPE SPERINO, settore capo, libero docente di anatomia umana, membro della R. Accademia di medicina di Torino.

Mentre gli organi contenuti nella cavità craniana si distinguono per una fissità quasi assoluta, i visceri del petto godono di una relativa mobilità in quanto ad ogni atto respiratorio, ad ogni contrazione cardiaca i polmoni ed il cuore non solo mutano di forma e di volume, ma compiono delle escursioni ritmiche per cui cambiano la posizione ed i rapporti che hanno sia gli uni cogli altri, sia colla cassa toracica.

Maggiore ancora è la mobilità che si mostra nei visceri dell'addome, poichè lo stato di distensione o di collasso (ventricolo, vescica, utero, tubo intestinale) ed i movimenti peristaltici (canale intestinale) modificano considerevolmente la forma, il volume ed i rapporti reciproci di quel complesso di organi svariato che è contenuto nel cavo addominale.

La stessa relazione che si osserva fra i visceri delle tre cavità splanchniche nelle condizioni fisiologiche, si ripete, anzi si esagera negli stati patologici. L'encefalo e le sue dipendenze raramente e soltanto in casi di alterazioni gravissime degli involucri ossei possono variare la loro posizione reciproca; invece con una relativa frequenza vediamo comparire spostamenti nei visceri toracici allorchè un processo patologico ha prodotto una abnorme distensione di alcune delle sierose (pleure e pericardio) od un aumento di volume dei visceri (ipertrofia del cuore, aneurisma dell'aorta toracica), od un impicciolimento abnorme dei medesimi (atelectasia polmonare).

Ma questo è, si potrebbe dire, nulla rispetto alle mutazioni che possono succedere nei visceri addominali per l'influenza dei processi morbosi.

Qui il quadro varia in limiti così ampi ed in proporzioni così notevoli che non si può per sommi tratti riprodurre; soltanto chi ha esaminato una grande quantità di cadaveri può comprendere quante e quali modificazioni di forma, di sito possono mostrare gli organi addominali in dipendenza di alterazioni patologiche svariatissime.

Di qui le difficoltà spesso insuperabili che si oppongono ad una giusta diagnosi sul vivente, di qui la necessità di una esatta conoscenza della topografia normale di queste regioni e delle parti in esse contenute, di qui l'utilità dello studio anatomico di queste anormali disposizioni affinché possa il clinico dalla retta interpretazione delle medesime ricavare criterii che gli rendano possibile la diagnosi. Sgraziatamente un tale studio è finora assai imperfetto; lo studioso di anatomia normale trascura per lo più di considerare queste condizioni che escono fuori del suo campo e d'altra parte l'anatomo-patologo per subito non si ferma a considerare con la dovuta accuratezza tali spostamenti, bastandogli di considerare l'insieme dei fenomeni morbosi che hanno condotto a quelle condizioni.

Onde sarebbe utile che accanto ad una anatomia topografica *normale* ne sorgesse un'altra la quale prendesse in esame queste abnormi disposizioni anatomiche e fornisse al medico i criterii per diagnosticare questi importanti e spesso (sul cadavere) oscuri spostamenti che subiscono i visceri addominali.

Il caso che sto per riferire può servire a conferma della mia tesi.

Il cadavere apparteneva ad una donna di 60 anni.

La porzione sopra diaframmatica del tubo digerente si presenta normale nella sua conformazione e nei suoi rapporti.

Rimarchevoli particolarità offre a considerare la porzione sotto diaframmatica.

Ventricolo.

Lo stomaco è situato completamente a sinistra della linea mediana diretto verticalmente dall'alto al basso rappresentando cioè la stessa direzione che si osserva in questo viscere

nelle sue prime fasi di sviluppo. Le due aperture cardiaca e pilorica sono entrambe collocate a sinistra della linea mediana.

Si presenta molto voluminoso, occupa tutto l'ipocondrio sinistro mettendosi in rapporto colla faccia concava del diaframma, che spinge in alto fino a livello di una linea che venga tirata in corrispondenza dell'angolo posteriore del nono arco costale. Decorre nella regione del fianco sinistro, spingendosi in basso fino al pube e nella fossa iliaca sinistra, che occupa completamente e dove contrae rapporti colla metà sinistra del colon trasverso.

Ricopre colla faccia posteriore la milza, il corpo e la coda del pancreas, i vasi mesenterici, la capsula suprarenale sinistra, il rene e l'uretere dello stesso lato, i vasi renali e l'inflessione iliaca del colon.

Presentandosi il ventricolo molto dilatato, questa dilatazione appare assai spiccata in corrispondenza tanto della grossa come della piccola tuberosità per cui assume quasi la forma bilobata, quantunque la parte mediana non si osservi per rapporto alle altre parti tanto ristretta. Infatti i diametri trasversi presi sulla faccia anteriore del ventricolo misurano il superiore in rapporto della grossa tuberosità 14 cm., il medio 11 cm., l'inferiore in rapporto della piccola tuberosità 15 cm.

Il diametro verticale dalla grossa alla piccola tuberosità misura 35 cm.; dal cardias al piloro 11 cm.

La piccola curvatura disposta verticalmente guarda direttamente a destra, la grande curvatura si trova in rapporto colle pareti costali ed addominali.

Considerando il ventricolo mediocrementemente disteso, la faccia anteriore guarda direttamente a destra e la parte superiore di essa si trova collocata in una doccia che si osserva sulla faccia inferiore o concava del fegato, disposto verticalmente ed a destra (V. fig.).

La faccia posteriore guarda quasi completamente a sinistra ed è in rapporto cogli organi e colle pareti delle regioni sopra indicate.

L'estremità superiore formata dalla grossa tuberosità del

ventricolo essendo assai dilatata occupa tutto l'ipocondrio sinistro, la regione epigastrica, dove contrae rapporti colla faccia inferiore del centro frenico del diaframma e quindi col cuore, circostanza questa notevolissima e che avrà influito sulla direzione dell'asse cardiaco ed avrà certamente prodotto disturbi funzionali dell'organo centrale della circolazione, quando il ventricolo si trovava enormemente disteso.

L'estremità inferiore o piccola tuberosità si presenta anche essa assai dilatata, e, come già abbiamo detto, discende in basso fino al pube ed occupa la fossa iliaca sinistra dove per mezzo del mesocolon e delle lamine del grande epiploon si trova legata al colon traverso ed al colon discendente. Queste porzioni del tubo intestinale si trovano perciò spinte in basso, la prima nella regione ipogastrica, la seconda nella fossa iliaca interna sinistra, presentandosi ripiegata sopra se stessa per continuarsi colla inflessione iliaca più inferiormente situata.

Il grande epiploon o gastro-colico si continua a destra coll'epiploon gastro-epatico ed a sinistra col gastro-splenico.

L'epiploon gastro-epatico presenta una disposizione particolare che descriveremo parlando della faccia inferiore del fegato.

L'orifizio esofageo non presenta nulla di notevole, mentre all'orifizio pilorico si riscontrano le pareti assai inspessite, specialmente in corrispondenza dell'antro del piloro, misurando lo spessore di un centimetro. L'orifizio è alquanto stenoso permettendo appena l'introduzione del dito mignolo, non raggiungendo il diametro di un centimetro (mm. 6).

L'inspessimento delle tonache sopra notato si estende a tutta la piccola curvatura del ventricolo tanto in rapporto della parete anteriore quanto posteriore dello stomaco per l'estensione all'incirca di 3 cm., occupando cioè tutta quella regione che, anatomicamente parlando dello strato muscolare, vien designato col nome di cravatta svizzera.

Tale spessore misura 1 cm., proprio in rapporto della piccola curvatura e va via diminuendo verso la periferia della cosiddetta cravatta svizzera. Il resto delle pareti del ventricolo offrono uno spessore ed una consistenza normale.

Intestino tenue.

Questa porzione del tubo digerente presenta di speciale la sua brevità e ristrettezza di calibro. Infatti dalla valvola pilorica alla valvola ileo-cecale misura solo m. 3,15; il suo diametro trasverso misurato nella porzione superiore è appena di 2 cm., nella inferiore da 7 ad 8 mm. ed in qualche tratto intermedio appena 1 cm.

La brevità dell'intestino tenue si osserva esclusivamente a spese del digiuno e dell'ileo, misurando il duodeno nel caso nostro 19 cm. nelle sue quattro porzioni, cifra questa che possiamo ritenere come media normale (1).

Delle tre porzioni in cui viene diviso l'intestino tenue solo il duodeno offre qualche particolarità a notare.

La prima porzione del duodeno non ha il normale decorso ascendente, ma obliqua leggermente in basso da sinistra a destra e non contrae rapporti diretti colla cistifellea ma solo coll'arteria gastro-epiploica destra che incrocia, decorrendo al disotto, colla pancreatico-duodenale, col condotto coledoco, colla vena-porta ed è pure ricoperta dall'epiploon gastro-epatico.

La seconda porzione contrae rapporti colla cistifellea la quale corrisponde nel caso nostro col suo fondo al 12° arco costale, il decorso e gli altri rapporti sono pressochè normali. Si trova ricoperta dall'epiploon gastro-epatico e dal grande epiploon coi quali aderisce.

La terza porzione decorre quasi orizzontalmente in rapporto del corpo della 4ª vertebra lombare, dalla quale è separata dal decorso della vena cava inferiore e dall'aorta nel punto della loro biforcazione: contrae perciò rapporti colla faccia profonda coll'arteria e vena iliaca primitiva destra. È ricoperta dall'epiploon gastro-epatico e dal grande epiploon, attraversata dal decorso dei vasi mesenterici e non contrae

(1) Questa quarta porzione del duodeno accennata da Cruveilhier nel suo *Trattato di Anatomia*, 1865, Tomo II, pag. 136, come particolarità da lui riscontrata in un individuo, venne recentemente descritta come un fatto normale e costante dal dott. Bruce Joung (*Journal of Anatomy and Physiology*, 1884, pag. 100).

alcun rapporto col colon trasverso essendo questo, come vedremo, spostato in basso nella zona ipogastrica.

La quarta porzione ascende verticalmente in alto al lato sinistro della colonna lombare dal corpo della 4ª vertebra lombare per una estensione di 2 cm. e $\frac{1}{2}$, per continuarsi col digiuno. Questa quarta porzione del duodeno anteriormente è completamente avvolta dal peritoneo ed ai lati solo in parte.

L'angolo inferiore destro del duodeno si trova in rapporto colla inflessione epatica del colon, la quale si trova perciò spinta in basso nella fossa iliaca destra dalla estremità inferiore del fegato.

Le anse intestinali delle altre due porzioni dell'intestino tenue, le quali offrono la brevità e la ristrettezza del loro diametro sopra menzionato, occupano esclusivamente l'escavazione del bacino e sono ricoperte dal colon trasverso e dal grande epiploon.

Intestino crasso.

Anche questa porzione del tubo digerente si presenta breve, misurando solo in tutta la sua lunghezza m. 1,10; così pure il calibro specialmente in alcuni punti è assai inferiore alla norma.

Il cieco si trova profondamente situato nella escavazione del bacino ricoprendo colla sua faccia posteriore la faccia anteriore del retto, nella sua parte media, l'ovaia e la tuba Falloppiana di destra, le quali perciò si trovano alquanto compresse in basso.

Il colon ascendente e discendente nelle loro inflessioni epatica e splenica si presentano ripiegate sopra se stesse per modo che il colon trasverso si trova occupare la zona ipogastrica e quindi ricopre le circonvoluzioni del tenue, come già abbiamo accennato.

Anche l'inflessione iliaca si trova nell'escavazione del bacino e ricopre l'ovaia e la tuba Falloppiana di sinistra. Il retto si presenta normale nel suo decorso e ne' suoi rapporti.

Tutta la massa intestinale essendo per così dire spinta nell'escavazione del bacino, esercita nelle diverse condizioni una maggiore o minore compressione sugli organi entro con-

tenuti ed in specie sul fondo dell'utero; per cui non è ultima causa certamente questa della posizione retroversa e retroflessa che questo viscere presenta nel caso nostro.

Fegato.

Il fegato è situato completamente a destra della linea mediana con direzione verticale, parallelamente cioè alla colonna vertebrale. Occupa perciò tutto l'ipocondrio destro, la regione colica destra e la parte superiore della fossa iliaca destra, sopra la quale poggia colla sua estremità inferiore.

Per questa disposizione abnorme sono assai mutati i rapporti; e questo apparirà meglio dalla descrizione che faremo delle particolarità osservate sulle superficie di questa ghiandola.

Essendo esclusivamente collocato a destra della linea mediana, il fegato presenta nel caso nostro due estremità, *una superiore*, formata da quella parte della ghiandola, che normalmente chiamasi piccola estremità o sinistra e da una porzione della destra o grossa estremità, ed *una inferiore* formata dalla rimanente parte della grossa estremità discesa in basso.

Perciò il suo maggior diametro è verticale e misura 25 cm. di lunghezza, il diametro trasverso preso verso la parte media dell'organo 12 cm. e l'antero posteriore cioè quello compreso fra le due superficie in corrispondenza della parte media misura 6 cm. Così pure la faccia superiore o convessa diventa esterna o parietale e la inferiore interna o viscerale. I margini anteriori e posteriori sono perciò diretti verticalmente.

Per rispetto al volume si presenta inferiore alla norma.

Anche i legamenti presentano qualche varietà di disposizione.

Il legamento sospenditore o falciforme partito dall'ombelico si porta in alto ma molto più obliquamente a destra quasi disposto in senso trasversale; abbraccia nel suo margine libero il cordone della vena ombelicale e giunto al margine anteriore del fegato, si comporta come nelle condizioni normali e divide la faccia superiore convessa o parietale del fegato in due porzioni assai più ineguali del normale, per cui il lobo sinistro trovasi assai ridotto di volume, quasi linguiforme e trovan-

dosi posto a destra non contrae più rapporto alcuno col centro frenico del diaframma nè colla faccia posteriore del cuore.

Il legamento coronario è meno esteso del normale, ma si presenta assai robusto.

Il legamento triangolare sinistro, che nel caso nostro è superiore, assai esteso, misura 10 cm. in lunghezza e si presenta bifido sul faccia inferiore del diaframma; la linguetta superiore misura 5 cm., la inferiore 4.

Il legamento triangolare destro od inferiore misura 4 cm. in lunghezza e si presenta normale nella sua conformazione.

Altre lamine peritoneali legano la faccia inferiore del fegato alle parti vicine, come vedremo fra poco costituendo così nel caso nostro un nuovo legamento assai robusto.

La faccia superiore convessa o parietale guarda l'ipocondrio destro, il fianco e la porzione superiore della fossa iliaca destra. Oltre ai rapporti colla faccia inferiore del diaframma e delle quattro ultime coste di destra si trova ancora in rapporto colle pareti addominali della regione del fianco destro e della fossa iliaca destra; spingendosi la estremità inferiore di esso sino in corrispondenza di quest'ultima regione, dove contrae rapporti di vicinanza col colon ascendente e non col cieco, essendo questo disceso nella cavità del bacino al disotto del distretto superiore.

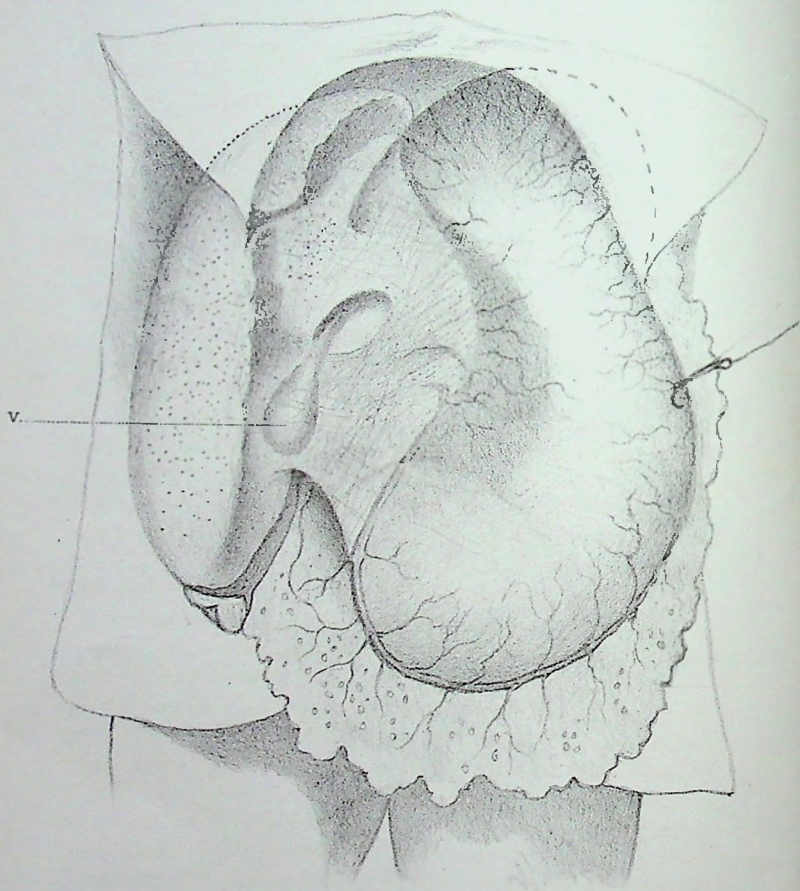
La faccia inferiore o viscerale guarda all'indietro ed a sinistra e si presenta alquanto diversamente conformata, per la disposizione che offre il peritoneo nel costituire l'epiploon gastro-epatico.

Infatti le due lamine di tale legamento che racchiudono gli elementi arteriosi, venosi, nervosi e linfatici, che si recano al fegato, si estendono in direzione verticale, dal legamento triangolare sinistro fino al fondo della vescichetta del fiele, la quale dista di 5 cm. dall'estremità inferiore del fegato, ed in senso trasversale si portano obliquando leggermente in alto, sulla piccola curvatura del ventricolo, ed in basso sulla piccola tuberosità continuandosi direttamente col grande epiploon.

Questo epiploon gastro-epatico ricopre il lobo di Spigelio, i rami della tripode celiaca, il duodeno, la testa del pancreas, l'arteria mesenterica superiore ed i pilastri del diaframma.



G. SPERINO - Un caso di grave spostamento dei visceri addominali



v. Vescicola biliare

Le lamine del peritoneo che costituiscono l'epiploon gastro-epatico si presentano assai più robuste che nelle condizioni ordinarie.

Il margine inferiore o libero dell'epiploon gastro-epatico si presenta falcato, colla concavità che guarda in basso ed a destra e la lamina posteriore di tale legamento forma la parete anteriore del *hiatus di Winslow*.

Per questa disposizione dell'epiploon gastro-epatico, ne risulta un piano formato dalle due lamine della sierosa peritoneale, il quale divide la faccia inferiore del fegato in direzione verticale per quasi tutta la sua estensione in due porzioni, una superiore meno estesa ed una inferiore.

Gli elementi che si recano all'ilo per la grande scissura, occupano quasi la parte media dell'epiploon gastro-epatico.

Una particolarità degna di nota che si osserva sulla pagina anteriore di questo epiploon si è la presenza di una fossetta ovolare ben marcata, la quale si trova in corrispondenza del collo della vescichetta biliare (V. fig.).

La cistifellea non raggiunge il margine anteriore del fegato e si trova disposta obliquamente in basso sulla porzione superiore della faccia inferiore o viscerale ed il suo fondo corrisponde sulla parete addominale al prolungamento del dodicesimo arco costale.

Per la disposizione del legamento falciforme e della cistifellea, che limitano l'eminenza porta anteriore o quadrata, questa si presenta di forma losangica.

La porzione inferiore della faccia viscerale del fegato più estesa resta ancora divisa in altre due porzioni da lamine peritoneali molto aderenti al fegato, le quali partendo dalla vena cava inferiore si portano obliquamente in basso ed all'esterno sulla faccia inferiore del fegato in modo da raggiungere il margine posteriore dell'organo, estendendosi in basso fino in rapporto della cartilagine di prolungamento della dodicesima costa.

Queste lamine costituite dall'addossarsi del peritoneo parietale e viscerale formano per così dire un nuovo legamento il quale misura 10 cm. e serve così a fissare il fegato nella sua abnorme posizione alle parti circostanti.

Tale legamento portandosi all'interno ricopre la faccia anteriore della seconda e terza porzione del duodeno; la capsula suprarenale destra ed il rene dello stesso lato, i vasi renali, comportandosi cioè come il peritoneo nelle condizioni normali, costituendo il legamento epato-renale, epato-duodenale, ed in basso la lamina parietale della regione colica ed iliaca destra e la lamina viscerale si confonde col mesocolon ascendente e metà destra del colon trasverso.

La lamina anteriore di questo legamento così esteso, costituisce nel nostro esemplare la parete posteriore del *hiatus di Winslow*, il quale perciò si presenta sotto forma di un lungo imbuto. La parete esterna resta formata dal decorso della vena cava inferiore ricoperta dal peritoneo. La parete interna dalla porzione della faccia inferiore o viscerale del fegato, compresa tra la lamina posteriore dell'epiploon gastro-epatico e la lamina anteriore del legamento sopra descritto; la parete anteriore, dall'epiploon gastro-epatico.

Del resto questa faccia inferiore o viscerale del fegato presenta rapporti col ventricolo, col duodeno, colla capsula suprarenale destra, col rene dello stesso lato e col colon ascendente.

Per la direzione verticale che presenta il fegato nel nostro caso, i solchi che si riscontrano sulla sua faccia inferiore o concava, presentano una direzione alquanto diversa dal normale, vale a dire, il solco formato dalla vena ombelicale e dal canale venoso d'Aranzio, ha una direzione quasi trasversale per rispetto all'asse verticale del viscere; la docciatura della vescicola biliare e della vena cava inferiore si dirige obliquamente dal basso in alto ed il solco trasverso segue quasi la direzione dell'asse verticale del fegato e si presenta come la continuazione della docciatura della vescichetta biliare.

Le vena cava inferiore decorre bensì in rapporto del margine posteriore del fegato; ma interessa per poco il parenchima della ghiandola ed abbandona il rapporto del fegato in corrispondenza della base del legamento triangolare sinistro.

L'eminenza porta anteriore non ha nulla di notevole all'infuori della sua forma losangica.

L'eminenza porta posteriore o lobo di Spigelio è poco pronunciata, si presenta di forma allungata con un prolungamento

linguiforme in corrispondenza della parte media della faccia inferiore dell'epiploon gastro-epatico, fatto questo abbastanza frequente ad osservarsi; del resto per rispetto ai rapporti di questo lobo di Spigelio, sono normali.

La porzione della faccia inferiore del fegato situata superiormente all'epiploon gastro-epatico, presenta una profonda ed ampia doccia, che decorre lungo tutto l'asse verticale dell'organo, assai più marcata nel terzo superiore.

Questa doccia accoglieva il ventricolo, quando era disteso da gas o da materie alimentari.

Il margine anteriore del fegato si presenta sottile e tagliente nei tre quarti superiori, mentre il quarto inferiore è grosso e rotondeggiante. Notasi su questo margine una sola incisione assai profonda che corrisponde al solco della vena ombelicale e non osservasi la seconda per la disposizione sopra descritta che presenta la vescichetta del fiele.

Il margine posteriore è spesso ed arrotondato superiormente e va via assottigliandosi inferiormente; mentre si trova situato tra il rene destro e le pareti costali.

L'estremità superiore si presenta ingrossata e si applica in tutta la sua estensione alla faccia concava del diaframma, raggiungendo il 9° spazio intercostale.

L'estremità inferiore più piccola arrotondata riposa sulla fossa iliaca destra, contraendo rapporti col colon ascendente, come già abbiamo accennato.

La milza ed il pancreas non presentano nulla di notevole.

I reni si trovano situati sul medesimo livello e raggiungono colla loro estremità inferiore la cresta dell'osso iliaco. Nulla di notevole presentano le capsule suprarenali.

Oltre alle particolarità che siamo andati descrivendo intorno al tubo digerente ed agli organi annessi, a complemento della nostra osservazione accenneremo ad alcune varietà riscontrate nel circolo sanguigno arterioso della cavità addominale, varietà le quali se non hanno potuto influire sulla disposizione anomala dei visceri che siamo andati studiando, sono tuttavia di un qualche interesse per l'anatomico e meritano di essere ricordate, atteso pure la loro frequenza, menzionata dai diversi autori.

La tripode celiaca normale nei suoi rapporti, somministra nel caso nostro subito dopo la sua origine l'arteria diaframmatica inferiore sinistra, la quale si comporta poi come nelle condizioni ordinarie, quindi si divide tosto in tre tronchi.

Il primo o coronaria stomacica si dirige in alto ed a sinistra raggiunge l'orifizio esofageo dello stomaco e si comporta come nelle condizioni normali dando rami cardiaci, esofagei e gastrici. Fornisce inoltre un ramo epatico abbastanza cospicuo, il quale si porta trasversalmente da sinistra a destra in mezzo alle lamine dell'epiploon gastro-epatico verso il terzo superiore di esso e si distribuisce alla estremità superiore del fegato (1).

Il secondo tronco che si distacca dalla tripode celiaca è nelle condizioni normali l'arteria epatica; nel caso nostro questo secondo tronco assai cospicuo si porta da sinistra a destra descrivendo una curva colla concavità a sinistra di 6 cm. circa, poi ritorna a sinistra e raggiunge la piccola tuberosità del ventricolo. Nella sua prima porzione si trova al disopra del tronco della vena porta, poi decorre fra la prima porzione del duodeno ed il pancreas, portandosi lungo la grande curvatura del ventricolo. Per il modo di comportarsi di questo cospicuo tronco e per la sua distribuzione, dobbiamo dire che questa è la gastro-epiploica destra (2). Essa somministra nel suo decorso l'arteria pilorica e dalla convessità della curva due esilissimi rami che si recano al fegato verso la parte media, decorrendo in mezzo alle lamine dell'epiploon gastro-epatico, fornisce poi la pancreatico-duodenale e numerosi rami pancreatici.

L'arteria splenica che costituisce il terzo ramo della tripode celiaca si presenta normale nella sua origine, nel suo decorso, nel suo calibro e nella sua distribuzione.

Immediatamente al disotto della tripode celiaca si distacca la mesenterica superiore la quale, a due centimetri dalla sua origine, somministra l'arteria epatica (3) abbastanza cospicua

(1) CRUVEILHIER. — *Traité d'Anatomie*, 1867, Tomo III, pag. 62.

(2) — Op. cit., pag. 62.

(3) CRUVEILHIER. — Op. cit., pag. 62.

che si porta trasversalmente a destra all'ilo del fegato, distribuendosi essenzialmente al terzo inferiore di esso, e si trova situata alla faccia inferiore del tronco della vena porta e dei canali epatici e cistico. Questo tronco fornisce l'arteria cistica. Del resto l'arteria mesenterica superiore si presenta normale nel suo ulteriore decorso e nella sua distribuzione, come pure nulla offrono di notevole la mesenterica inferiore, le capsulari, le emulgenti e le utero-ovariche.

Da quanto siamo andati dicendo risulta che la circolazione arteriosa del fegato nel caso nostro si trova sotto la dipendenza di due sorgenti; della tripode celiaca per mezzo dei rami somministrati dalla coronaria stomacica e dalla gastroepiploica destra, e della mesenterica superiore.

Il sistema venoso generale e quello della vena porta non offrono nulla di notevole.

L'esame istologico delle pareti del ventricolo dimostra la presenza di un catarro cronico gravissimo della mucosa stomacale e di una ipertrofia che potrebbe dirsi enorme della tonaca muscolare del viscere. Nel fegato soltanto un certo grado di degenerazione grassa delle cellule epatiche e qua e là un lieve aumento del connettivo interacinoso periportale.

Quale interpretazione si deve dare al caso singolare da me osservato? Si deve cercarne l'origine in una malformazione congenita? Evidentemente no: la disposizione reciproca dei visceri, dei mesenterii e degli omenti è (tuttochè variata profondamente) basata sull'ordine che normalmente debbono avere. Nessuna inversione di parti, nessun arresto di sviluppo; sola alterazione realmente congenita l'origine dell'arteria epatica dalla mesenterica superiore. Ma questo fatto fu osservato replicatamente anche da me in condizioni che nulla avevano di comune col caso presente; d'altra parte l'anomalia non basterebbe a spiegare lo spostamento grave degli organi endoaddominali.

Bisogna dunque rivolgersi alla patologia per una ragione di un così grave spostamento.

Sappiamo che nel corso dei catarrhi gastrici cronici avvengono con somma frequenza due fatti: una dilatazione dello stomaco e consecutivamente uno spostamento del medesimo.

A tutti gli anatomici è avvenuto di osservare lo stomaco dilatato discendere fino al limite dell'ombelico ed anche più in basso colla porzione pilorica della sua grande curvatura: tanto più quando si tratti di persona di sesso femminile solita a stringersi la parte inferiore del torace con busti o con cinture molto strette. In questi casi il ventricolo dilatato e disteso non trova posto nella regione epigastrica e non potendolo spostarsi per la sua estremità cardiaca perchè fissa all'esofago, si spinge in basso colla sua estremità pilorica, ritornando ad assumere, ma sotto tutt'altra forma, quella disposizione verticale che esso ha nell'embrione.

Anche il fegato viene spinto in basso dalla costrizione del torace; nelle donne frequente si osserva tale abbassamento del fegato, mentre altre volte si nota un'impressione o solco trasversale, corrispondente al cinto di costrizione, per modo che la parte anteriore od inferiore del lobo destro appare quasi a guisa di appendice del viscere. Ma allorchè il ventricolo è enormemente dilatato, come nel caso da me descritto, il fegato non trova posto per discendere direttamente in basso, esso deve disporsi per ragioni di spazio, lateralmente ad esso e così assumere quella posizione laterale e verticale che si verifica in questa donna, forzata anche a ciò dalla presenza dell'epiploon gastro-epatico, che certamente avrà contribuito, data la posizione verticale del ventricolo, a modificare la situazione del fegato.

Tutto adunque secondo me dipende da due cagioni: la enorme dilatazione del ventricolo (causata questa da un catarro cronico e fors'anco da ingestione di copiose sostanze alimentari solide o liquide) e la consecutiva posizione verticale dal medesimo assunta da una parte; dall'altra la compressione della parte superiore dell'addome.

Lo spostamento della rimanente parte dell'intestino è evidentemente un fenomeno secondario; queste parti, di per sè mobilissime, subiscono ogni sorta di spostamenti con somma frequenza e facilità. Quanto al duodeno ben si comprende come stirata in basso la sua prima porzione, le altre abbiano dovuta seguirla e modificare il loro percorso.

Non ho bisogno di far osservare quali e quanto gravi difficoltà avrebbe presentato un tale caso alla diagnosi clinica. Certamente è difficile pensare riscontrando una ottusità così estesa di tutta la parte destra dell'addome, ed una sonorità così ampia e di forma singolare ad un tale bizzarro spostamento di visceri; la mente ricorre più volentieri a processi morbosi più complicati che non sia un catarro cronico semplice.

L'esame anatomico del caso da me studiato dimostra invece di quali modificazioni di forma, di posizione siano capaci i visceri addominali sotto l'influenza protratta di condizioni morbose che sono certamente fra le più comuni che il medico possa osservare.

Estratto dal *Giornale della Regia Accademia di Medicina*
Anno 1890, num. 7.

TO 41097769 am

ACCADEMIA NAZIONALE
DI
SCIENZE LETTERE ED ARTI
IN MODENA

BIBLIOTECA

Scaffale CXXVII

Palchetto 5

Numero 82

Provenienza

Inventario