

PATRU CAZURI

DE

ANOMALII TOPOGRAFICE

ALE

INTESTINULUI

DR. FR. I. RAINER

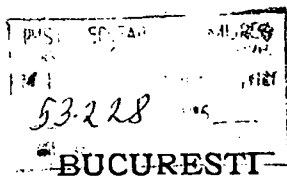
ȘEFUL LABORATORULUI MEDICAL AL SPITALULUI COLȚEA



EXTRAS DIN «REVISTA ȘTIINȚELOR MEDICALE» NO 1. 1906.

1906

23 MAY 2004



INST. DE ARTE GRAFICE CAROL GÖBL S-R. I. ST. RASIDESCU
16, STRADA DOAMNEI, 16
1906

15.274



PATRU CAZURI

DE

ANOMALII TOPOGRAFICE ALE INTESTINULUI

Lucrare din laboratorul clinicii I. medicale (Prof. STOICESCU)

În anii din urmă am avut prilejul de a observa câteva anomalii topografice rare ale intestinului. Pe lângă interesul lor anatomic, aceste cazuri prezintă și un vădit interes clinic, atât pentru medic, cât și pentru chirurg. Iată-le descripția.

I. Caz, observat în 1904 (Registrul de obducțiuni pe 1904, vol. II, No. 74) la o femeie în etate de 36 ani, moartă în urmă unei afecțiuni pulmonare. La deschiderea cavității abdominale constatăm, că *intestinul gros* e grămădit în partea *stângă* a cavității, mascat de marele epiploon în cea mai mare parte, iar *intestinul subțire* (inclusiv duodenul) cu înlesnire se lasă a fi înșirat în partea *dreaptă*, așa după cum arată figura întâia (¹). Există, așa dar, o perturbare adâncă în așezarea intestinului. Ce-i drept, nu a întregului intestin. Rectul, colonul pelvian, iliac sunt tipice (²); există chiar un colon lombar descendent, deși cam scurt, căci extremitatea sa superioară d'abiă acoperă polul inferior al ri-

(¹) Desemnurile sunt datorite d-lui Rogghé, desemnatorul Institutului de Anatomie topografică. Îl rog, să primească mulțumirile mele.

(²) Colonul iliac are un mezo, legat spre stânga de peritoneul parietal prin patru punți distante de coalescență.

nichiului. Intr'un cuvânt, segmentele intestinului gros, care de-

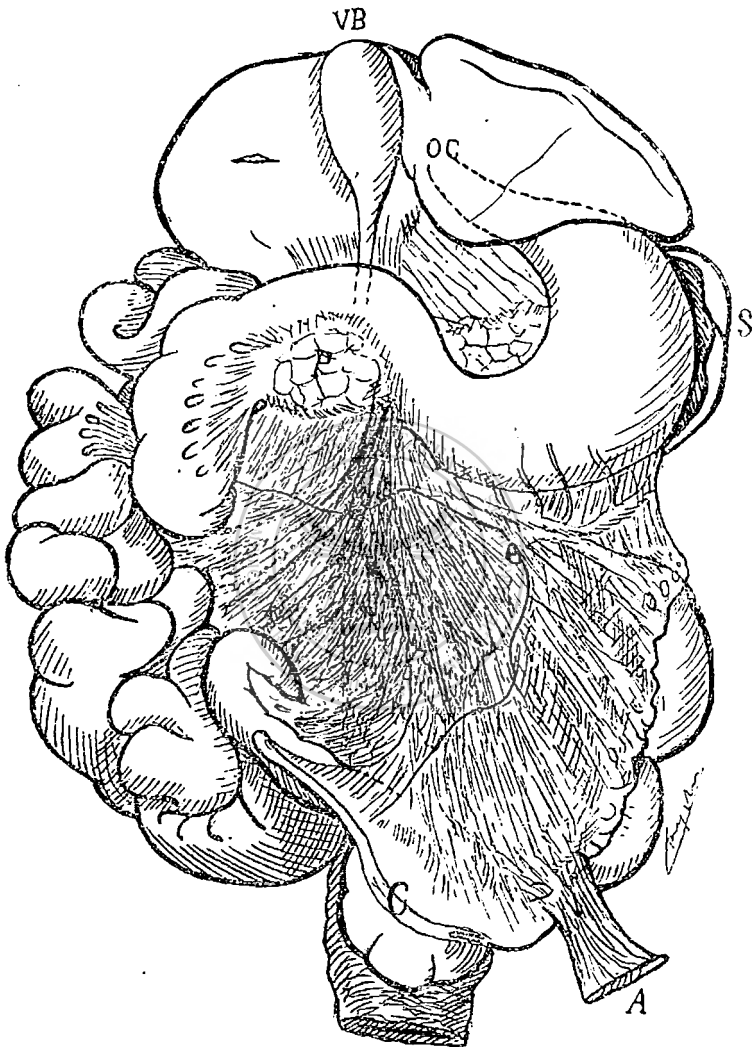


Fig. 1. După natură.

C caecum; A aderența epiploică parietală; e limita inferioară a marelui epiploon; P pancreas; S splina; OC situația orificiului cardiac al stomacului; VB vezicula biliară.

rivă din formațiunea embrionară cunoscută sub denumirea de intestin terminal, se găsește la locul lor normal. Anomalia pri-

vește, așa dar, toate segmentele intestinale, care derivă din formațiunea embrionară denumită ansă vitelină (ombilicală, intestinală) precum și pe acelea, cari derivă din ansa duodenală.

Ea constă tocmai în persistența acestor două formațiuni embrionare cu însușirile caracteristice, lesne de recunoscut, cu care se prezintă ele în timpul celei de a 4.—6. săptămână a vieții intrauterine. Într'adevăr, *duodenul* are mezo, e mobil, nu mai e „ansa fixă a intestinului subțire“ (J o n n e s c o) ⁽¹⁾, nu prezintă segmentele sale caracteristice ⁽²⁾ așa încât, nu se distinge de o ansă jejunoo-ileală oarecare, decât prin raporturile sale. Nu se poate distinge un unghiu duodeno-jejunal. Într'o privință trebuie să restrângem afirmarea noastră de mai sus: mezenterul duodenului nu e median—cel puțin în porțiunea sa superioară—cum e acela al „ansei duodenale.“ Aceasta se datorește răsturnării în stânga a stomacului (care are forma și atitudinea normală) și mai ales creșterii pancreasului. — Notez cu acest prilej, că acest din urmă organ nu prezintă cătuși de puțin formațiunea denumită „cârligul pancreasului“ (micul pancreas, pancreasul lui W i n s l o w) ⁽¹⁾

Cu privire la formațiunile derivate din *ansa vitelină*, vom adăoga următoarele amănunte, constatate în cazul nostru: *Cecul* se află așezat deasupra micului basin, pe linia mediană, în contact cu simfiza, culcat pe un pat format 1). din ansa colonului pelvian, care atârnă în micul basin, umplând fundul de sac al lui D o u g l a s; și al 2). din câteva anse ale intestinului subțire. El e atârnat în sus de mezenterul său, în jos de o aderență destul de groasă, care plecând de pe fața anterioară a cecului și a colonului, se fixează de părțile abdominal, în regiunea fosetelor inguinale, pe o întindere de 3—4 cm. dela spina pubisului în sus și în stânga. Acest cec, încolo fără aderențe, bine conformat, cu cele 3 bandelete musculare longitudinale, se continuă spre dreapta cu un apendice vermicular

(1) Țin să observ în această împrejurare, că și *ileonul*, nu rareori, își are capătul inferior fixat pe o întindere de câțiva centimetri, rareori pe o întindere de un decimetru și mai bine.

(2) Așară, bine înțeles, de prima porțiune *scurtă, ascendentă*, veșnic caracterizată prin inserția ligamentului epato-duodenal.

(1) Acest fapt a fost pus în legătură cu absența de torsiune a ansei intestinale de către Rogie (Lille), care susține, că formarea micului pancreas e datorită tocmai torsiunii ansei intestinale în jurul unui ax, constituit de artera mezenterică superioară. 7

bine conformat, permeabil, culcat pe ultima ansă de intestin subțire; mesenteriolul și foseta ileo-apendiculară bine dezvoltate. La stânga între cec și extremitatea superioară a colonului lombar, găsim două anse scurte de intestin gros, de o lungime totală de aproximativ 28^{cm.}, irigate de ramuri de ale arterei mezenterice superioare. Dacă, bazați mai ales pe acest din urmă fapt, dăm denumirea de unghiu *colico-splenic* unghiului dela capătul superior al colonului lombar — care, el, împreună cu restul intestinului gros, e irigat de artera mezenterică inferioară, — atunci, mergând de jos în sus, putem considera prima ansă ca reprezentând colonul ascendent, iar cea de a doua colonul transvers. Aceste două anse posedă un mezo prea puțin înalt și care se contopește cu peritoneul parietal din dreaptă intestinului gros. Mezenterul dorsal primitiv median nu persistă decât pentru *ansele intestinului subțire* (exceptând porțiunea superioară a duodenului) și pentru cec. — Restul mezenterului comun s'a contopit prin fața sa dreaptă cu peritoneul parietal. — Intestinul subțire, pe care în figură îl vedem culcat în dreapta, cu aceiași înleznire se lasă a fi așezat în poziția simetrică din stânga. Nu se găsește un diverticul al lui Meckel ori o altă urmă a canalului omfalo-mesenteric. Vasele mesenterice superioare, vizibile, grație transparenței păturilor suprapuse, se află între ele într'un raport învers celui normal: artera în dreapta, vena în stânga. — Încă câteva cuvinte despre marele epiploon:

Linia sa de inserție duodenală e lungă de 10^{cm.}; pe o lungime de vr'o 5^{cm.}, ea corespunde unei cavități epiploice. Prin partea sa mijlocie, cu foițele sale, inserate în mod normal dacă avem în vedere lipsa unui mezocolon și colon transvers, se contopește cu fața stângă a mezenterului (*superioară* pe figură); îl recunoaștem pe această față pe o întindere neregulată, limitată de linia e, după lobuli săi grăsoși. La stânga, continuând epiploonul gastro-splenic, trece pe perețele abdominal lateral, pe care rămâne inserat până puțin mai jos de spina iliacă antero-superioară, fără a oferi o suprafață de reazăm, transversală, splinei, care în caz de hipertrofie ar fi ajuns sub dânsul. Mai încolo, ascunde în mare parte intestinul gros, aderând de unghiul colico-splenic, de extremitățile ansoi care precede imediat acest unghiu; în fine în întregime de prima ansă, care urmează cecului.

De acolo, se continuă cu brida, semnalată mai sus și care asigură fixitatea intestinului gros.

Din cele arătate, rezultă în mod neîndoios natura anomaliei de care ne-am ocupat: avem a face cu o absență de torsiune a ansei intestinale, fapt foarte rar. Fredet, în ultima ediție a tratatului de anatomie a lui Poirier (T. IV. p. 898) notează patru cazuri din literatura franceză. Cauza acestei anomalii nu se cunoaște (¹). În nici un caz nu poate fi invocată acțiunea *bridei epiploice*, care să fi împiedicat migrațiunea cecului, căci torsiunea ansei viteline începe la o epocă (săptămâna a 6. a vieții intra-uterine după Toldt), la care marele epiploon e departe de a fi apărut, iar intestinul, în parte, se află în coelomul extra-embriionar. După Toldt, (Bau u. Wachstumsveränderungen der Gekröse des menschlichen Darmkanales 1879 și Die Darmgekröse u. Netze im gesetzmässigen u. gesetzwidrigen Zustand, 1889) la sfârșitul celei de a 4. lună, marele epiploon d'abia trece de colonul transvers. E posibil însă, ca această aderență să ne indice o hernie epiploică, poate intra-uterină.

II. Caz. observat în anul 1903 (Registrul de obducțiuni pe 1903, vol. I. No. 40) la necropsia unui tânăr de 27 de ani, sinucis prin ingestie de acid acetic concentrat. Aici am găsit un exces de torsiune a ansei intestinale. Mișcarea de răsucire, în loc de a se opri după un arc de 270° a mers mai departe, până la aprox. 450°. Rezultatul a fost, înainte de toate, o lungime anormală a intestinului gros și *anume a acelei părți dintr'însul, care derivă din ramura ascendentă a ansei viteline*. Intestinul gros nu începe în fosa iliacă dreaptă, ci la stânga celei de a 2. vertebră lombară: cecul e culcat pe unghiul duodeno-jejunal, separat de acesta prin marele epiploon, de care aderă (fig. 2) (¹). De aci până în fosa

(¹) De altminterea nu se cunoaște nici cauza *torsionii*. Interpretarea cea mai simpatizată de autorii recentți e cea dată de Toldt; vezi și Pérignon, Etude sur le développement du péritoine dans ses rapports avec l'évolution du tube digestif et des ses annexes. Paris. 1892. La un mare număr de mamifere nerăsucirea ansei intestinale constituie un fapt normal.

(¹) Cazurile de lungime anormală a intestinului gros nu sunt rare. Când ea e *exagerată*, atunci putem avea, de pildă, un *colon pelvian* care să ajungă până sub lobul stâng al ficatului, mascând stomacul; ori o ansă a *colonului transvers*, caro prin mijlocul ei să fie în atingere cu simfiza pubiană, extremitățile ei având așezarea lor tipică. (Observații personale); ori un colon

iliacă dreaptă, intestinul gros prezintă 2 segmente: unul sagital, lung de vre-o 7^{cm.}, la stânga coloanei vertebrale; altul, aproape transversal, lung de vre-o 10^{cm.}, culcat pe a IV. vertebră lombară și care se întinde până în fosa iliacă dreaptă. De aci în-

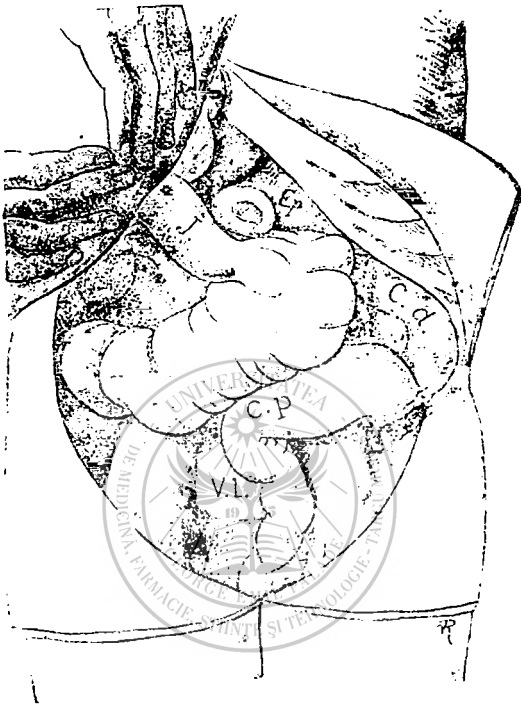


Fig. II. După un mulaj.

Masa de intestin subțire a fost atrasă în sus și în dreapta, unde e menținută prin mijlocirea unei comprese, în scop de a permite examinarea porțiunii inițiale a intestinului gros. Nu s'a putut evita o ușoară schimbare în direcțiunea segmentelor acelei porțiuni, datorită tracțiunii, exercitate de masa intestinului subțire.—J ileon; Ep marele epiploon; C. d. colonul descendent; C. p. colonul pelvian; V. L. promontoriul.

inte, găsim segmentele tipice ale intestinului gros, așezate în mod tipic¹⁾. Pe aceeași figură ne mai atrage atențiunea apendi-

descendent atât de lung, încât să se găsească cecul într'o hernie inguinală din stânga, iar o parte din colonul ascendent într'o hernie din dreapta, flexura hepatică aflându-se la locul ei normal (cazul lui Broca). În toate aceste cazurile însă nu poate fi vorba de un exces de torsiune.

¹⁾ Notăm în dreptul colonului descendent prezența a câtor-va fosete paracoliche, coexistând cu un mezocolon descendent destul de înalt; mezocolonul pelvian are o înălțime neobișnuit de mică.

cele cecal, pe care îl vedem deasupra sfârșitului ileonului, culcat pe marele epiploon, care-l separă de începutul jejunului, subiacent ori mai exact posterior. Pe figura a treia vedem situs-ul cecului, așa cum se prezintă el imediat după deschiderea abdomenului.

Mesenterul are o rădăcină foarte scurtă, transversală; fețele lui, așa dar, sunt orientate francamente în sus și în jos. Cu fața sa superioară s'a contopit marele epiploon, lezne de recunoscut după lobulii săi grăsoși. Această din urmă formațiune peritoneală nu și-a păstrat independența, decât numai într'o zonă strîmtă, cu-

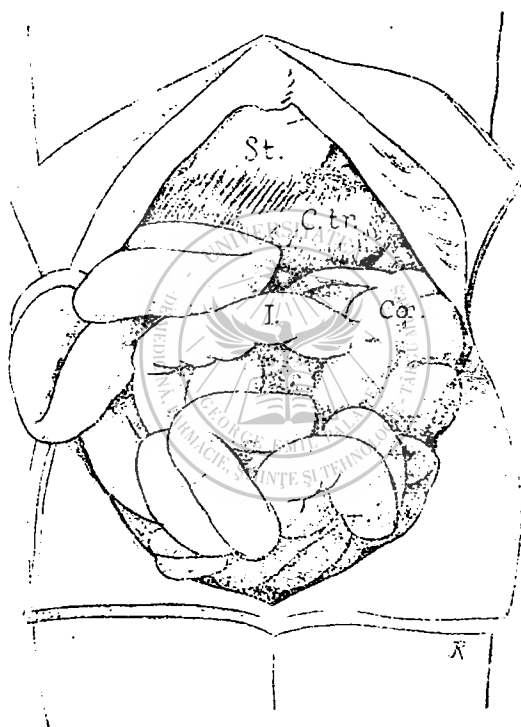


Fig. III. După un mulaj.

Topografia cavității abdominale în momentul deschiderii ei. Intestinele destinse de gaze. Cœ caecum; I ileon; C. tr. colon transvers; St stomac.

prinsă între colonul transvers pe de o parte ¹⁾, iar pe de altă parte limita superioară a conrescenței epiploico-mezenterice, așezată puțin dedesuptul rădăcinei mezenterice. Lobulii grăsoși ai epi-

¹⁾ Mai exact limita inferioară a coalescenței dintre foița directă a epiploului și mezocolonul și colonul transvers.

eploonului se disting pe fața superioară a mezenterului până la o distanță de 3—4^{cm.} de marginea aderentă a intestinului subțire. Repet că marele epiploon trece pe dinaintea unghiului duodeno-jejunal, pe care-l separă de cec; el se contopește cu fața inferioară a acestui din urmă, iar mai departe spre stânga se contopește atât cu seroasa parietală, cât și cu seroasa părții superioare a colonului descendent. Astfel el dă cecului și intestinului următor o fixitate *relativă*. Duodenul compus din patru porțiuni tipice. Nici o altă anomalie viscerală.

E cert, că marele epiploon era bine dezvoltat, înainte ca cecul să fi ajuns în poziția anormală, în care l-am găsit. Nu putem fixa însă epoca la care s'a petrecut acest fenomen. Pe baza cercetărilor lui *Toldt*, (*Bau u. Wachstumsveränderungen etc.*) și *Pérignon* (l. c.) putem admite că marele epiploon era dezvoltat suficient prin luna a 5. Nu posedăm însă o dată fixă, când e vorba de ocuparea locului său *normal* de către cec. *Toldt* (l. c.) indică luna 8.—9. a vieții intra-uterine, ca perioada normală a opririi migrațiunii cecului. *Pérignon* (l. c.) însă, arată, că există deosebiri individuale *foarte mari* în această privință. Nu putem face dar nici o supoziție probabilă; mai mult, nu putem afirma măcar cu tărie, că avem a face cu rezultatul unui proces petrecut în timpul vieții intra-uterine. — E interesant, deși de prevăzut, faptul, că unghiul duodeno-jejunal e așezat la locul lui tipic.

III. Caz observat în anul 1903 (Registrul de obducțiuni pe 1903, Vol. II, No. 54) la un tânăr în etate de 19 ani, mort de febră tifoidă. Și aici, ca și în cazul precedent, cecul s'a găsit așezat în partea stângă a cavității abdominale, în contact cu marginea toracelui, însă înaintea *colonului descendent*. În opoziție, însă, cu acel caz, aci avem a face cu o torsiune incompletă a ansei intestinale și anume cu o torsiune oprită după descrierea unui arc coprins între 90° și 180°. Rădăcina mezenterului e orientată ușor oblic, de jos în sus și dela dreapta la stânga; la dreapta se oprește la nivelul celui de al III-lea disc intervertebral lombar, iar la stânga, extremitatea ei e așezată puțin mai sus, dedesubtul cecului. Ca și în cazul I., intestinul subțire se lasă a fi grămadit în jumătatea dreaptă a cavității abdominale, *la dreapta vaselor mezenterice superioare*, (1) iar intestinul gros e localizat în partea

(1) Caracter suficient pentru diagnosticul unei anomalii de torsiune.

stângă. — Figura 4. ne arată topografia cecului la deschiderea abdomenului. El e așezat în linia mamilară, orientat dela stânga la dreapta. Apendicele vermicular, lung de 7—8 cm., bine dezvoltat, e așezat dedesubtul cecului și urmează aceeași direcție; există o fosetă ileo-apendiculară bine dezvoltată. Locul îmbucăturii ileocolice, de asemenea e ascuns dedesubtul intestinului gros.—Înainte de a completa descripția intestinului gros, voi arăta dis-

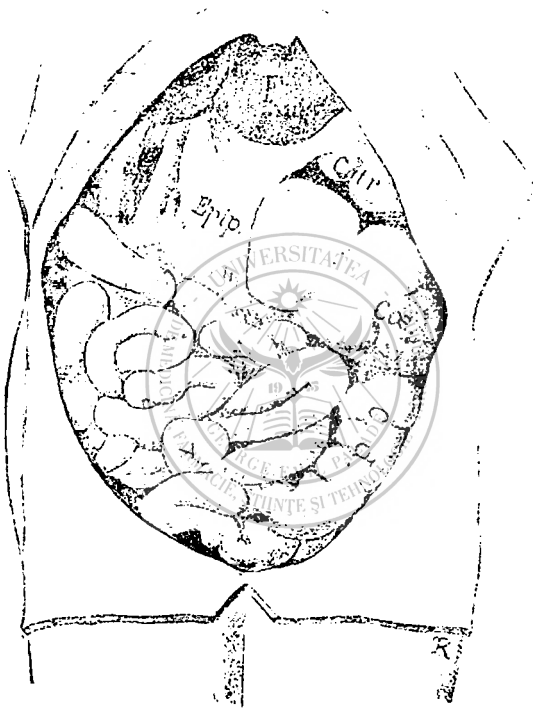


Fig. 4. După un mulaj.

Cec cecul destins; *Epip* marele epiploon; *C.tr.* colonul transvers; *C.d.* colonul descendent; *F.* ficatul.

poziția duodenului. Voi considera ca unghiul duodeno-jejunal, punctul, de unde începe mobilitatea definitivă a intestinului subțire. Acest duoden e culcat pe latura dreaptă a coloanei vertebrale și se întinde dela primul disc intervertebral lombar până la al treilea. Între aceste două puncte extreme îi distingem 4 porțiuni și anume: I.) o porțiune sub-hepatică tipică; II.) o por-

țiune descendentă, culcată pe latura dreaptă a coloanei vertebrale până în dreptul celei de a 3-a vertebre lombare și înzestrată cu un scurt mezo; aici se găsește ampula lui Vater; III) urmează o foarte scurtă porțiune antero-posterioară, fixă, urmată și ea de o porțiune ascendentă, fixă care se întinde în sus până în dreptul pilorului, unde, după o cotitură bruscă, se continuă cu a IV-a porțiune, descendentă, mascată de dânsa, și care se sfârșește în dreptul celui de al 3-lea disc intervertebral. Nici una din aceste porțiuni nu intră în raport cu rinichiul. În cazul de față, așa dar, mezoduodenul a dispărut în cea mai mare parte, spre deosebire de primul caz; iar locul de așezare al unghiului duodeno-jejunal ne indică, că *lorșiunea ansei intestinale a ajuns până aproape de 180°*. Vasele mezenterice superioare au rămas *la stânga intestinului subțire*, artera fiind așezată *la dreapta venei*. Nu găsim notată forma capului pancreasului ⁽¹⁾. — Ne întoarcem acum la descripția intestinului gros. Între cec și unghiul colico-splenic (acesta așezat la locul lui normal și ascuns de către părțile costale) se întinde o ansă transversală de intestin gros, cu ramurile suprapuse în sens vertical, (cea inferioară lungă de 10—12 cm., cea superioară de aprox. 25 cm.) cu unghiul așezat în dreapta, înaintea capului pancreasului, *neatingând însă duodenul*. După unghiul colico-splenic urmează un colon lombar descendent normal, și un *colon iliac*, prevăzut cu un mezo înalt, așa încât în cazul de față putem vorbi de un *colon ilio-pelvic*; mezocolonul pelvic e foarte dezvoltat. Nimic de observat la rectum. *Ramura superioară* a ansei e un *colon transvers*, — ce-i drept mai scurt, — după cum se dovedește și prin contopirea mezo-ului său cu foaia directă a marelui epiploon; *ramura inferioară*, fixă trebuie considerată ca echivalentul colonului lombar ascendent; iar unghiul ei, inter-gastro-duodenal în cazul de față, corespunde unghiului hepatic al intestinului normal. Marele epiploon ascunde acel unghi pe care-l învelește în cea mai mare parte, aderând de el. De asemenea aderă și de porțiunea vecină a colonului transvers-*anormal*. În jos se contopește cu fața superioară (și dreaptă) a mezenterului. Notăm că nu

(1) Ee interesant faptul, că există o fosetă *quasi-duodenală* superioară, venoasă ca întotdeauna. Firește, însă, că plica peritoneală determinată de vena mesenterică inferioară (normală ca traect) nu avea și nu putea să aibă nici un contact cu duodenul.

există un mesenterium commune (lucru ce dealtminteră se înțelege din descripție), căci partea sa, corespunzătoare intestinului gros, a suferit coalescența. Ligamentul colico-frenic drept (adică ceva corespunzător) nu există; marele epiploon se inseră numai pe prima și pe a doua porțiune a duodenului. Există însă un ligament colico-frenic stâng.—Incolo, nici o anomalie viscerală topografică ori morfologică. Relevez că *cecul*, în timpul vieții bolnavului a putut fi luat, o clipă, drept o splină mărită.

Nu există în literatură o duzină de cazuri suficient descrise de *torsione incompletă a ansei viteline*.

IV. Caz observat în Decembrie 1905, iarăși la un adult. Particularitatea sa e bine vizibilă pe figura 5. Flexura hepatică a



Fig. 5. După un mlaj.

F lobul pătrat al ficatului; Sp lobul lui Spiegel; F.h. flexura hepatică a colonului; Col. tr. colonul transvers; R rinichiul; St. stomacul; Epipl. marele epiploon, secționat; C. D. colonul descendent; Cce caecum.

colonului e așezată la o adâncime anormală, în contact cu părțile posterior al abdomenului, între ligamentul coronar al ficatului și mai ales porțiunea de parenhim hepatic vecină (având în vedere înălțimea nulă a ligamentului coronar) și polul

superior al rinichiului, care organ e cu totul ocolit de colon. *Lucru de notat: rinichiul, de mărime normală, nu e dislocat.* Unghiul colonului maschează capsula suprarenală, vena cavă precum și hiatul lui Winslow.

Percuția ar fi dat, așa dar, une-ori, o zonă de timpanism, cuprinsă între zona de matitate a ficatului și aceea a rinichiului; o puncție exploratrice, tot atunci, ar fi dat eșire la gaze. Lucrarea lui *Curschmann*, „Topographisch-Klinische Studien“ (Deutsches Archiv für klin. Med. vol. 53) cu numeroase cazuri interesante de anomalii intestinale, nu conține nici un caz la fel. Dintre cazurile sale un singur, cel reprezentat în figura II-a a lucrării sale, se apropie de cazul nostru no. III.

