

U. ARCANGELI

# Vomiti ciclici (acetonemici) degli adulti

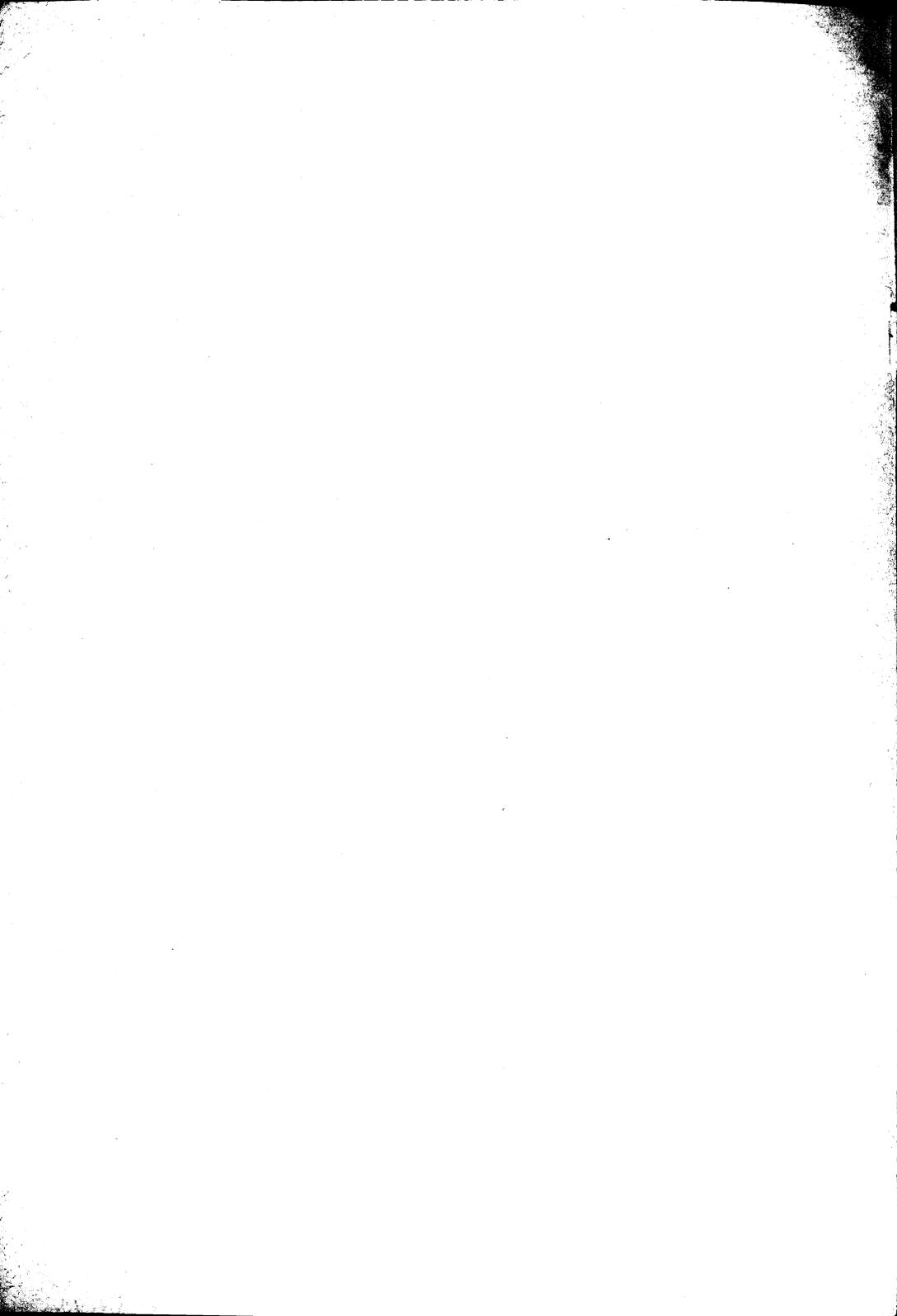
COMUNICAZIONE FATTA ALLA SOCIETÀ  
DI GASTRENTEROLOGIA IL 15 MAGGIO 1936

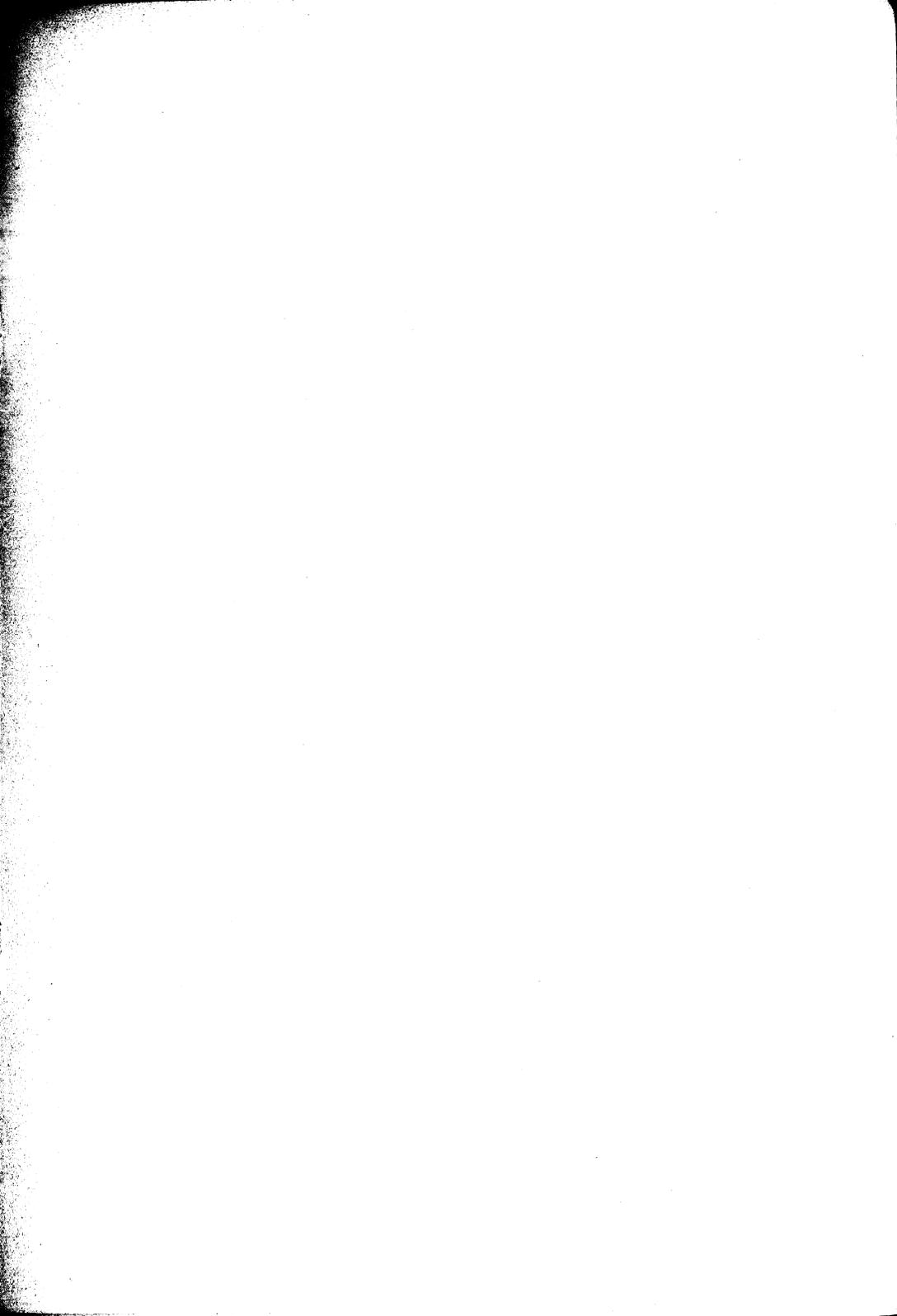
(Estratto da "Le Forze Sanitarie", - 1936-XIV)

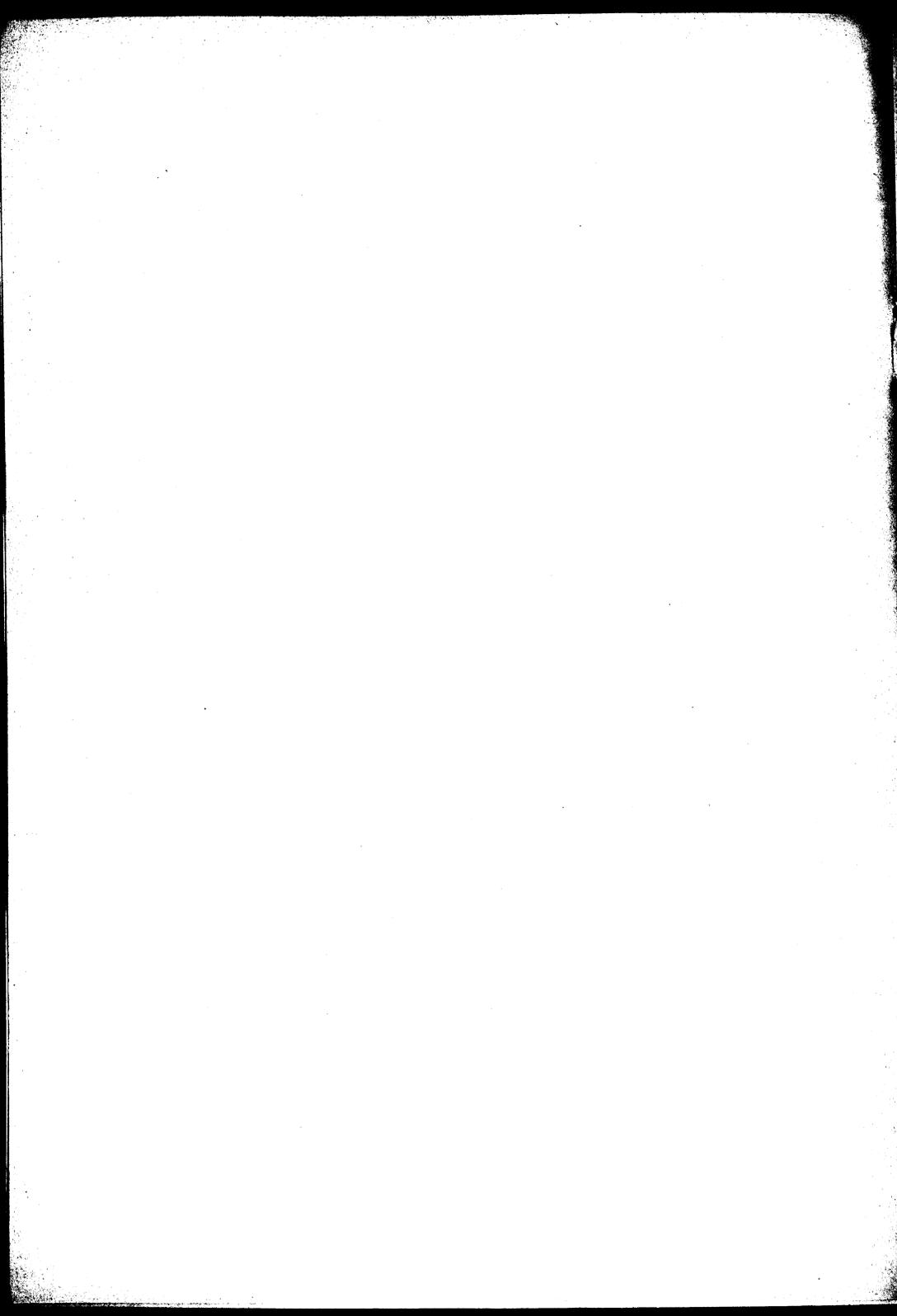
Ar  
B  
56  
—  
78



STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA",  
ROMA - VIA DELL'ANIMA 46





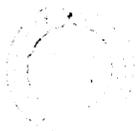


U. ARCANGELI

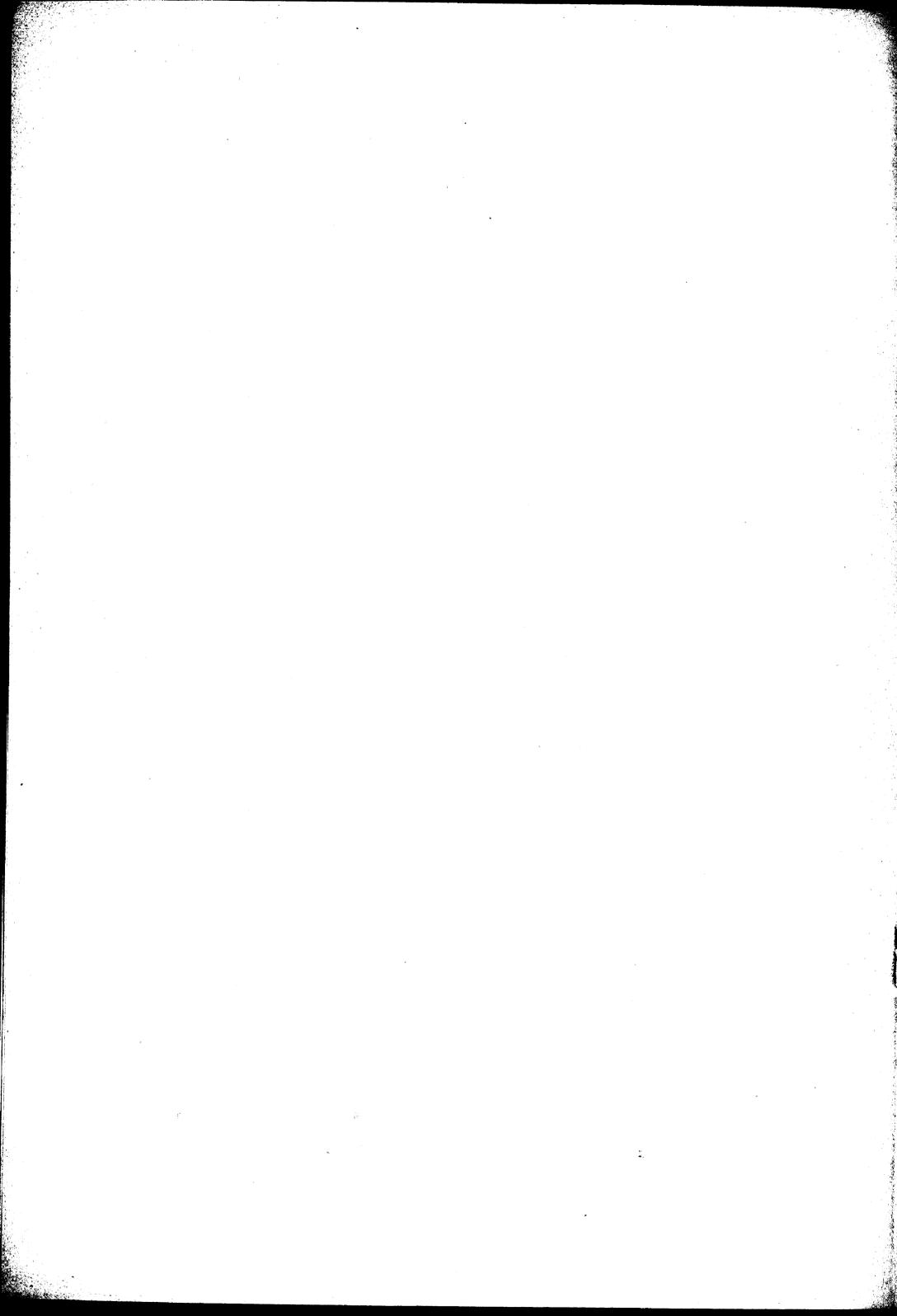
# Vomiti ciclici (acetonemici) degli adulti

COMUNICAZIONE FATTA ALLA SOCIETÀ  
DI GASTRENEROLOGIA IL 15 MAGGIO 1936

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", - 1936-XIV)



STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA",  
ROMA - VIA DELL'ANIMA 46



Sono noti a tutti i vomiti ciclici dell'infanzia; ed è appena necessario che ne ricordi succintamente i sintomi ed il decorso: vomiti che insorgono improvvisamente nei fanciulli o nei ragazzi nell'apparente benessere senza cause evidenti, talora dopo leggeri disturbi digestivi, durano giorni e settimane, si ripetono ad intervalli variabili di giorni, mesi ed anni; cessano inaspettatamente, si accompagnano a più o meno intensa acetonuria, a sintomi di acidosi come il respiro Kusmaul, qualche volta alla tetania, ad agitazione che può dar luogo a sopore e a coma, e non molto di rado determinano la morte.

Meno nota è l'etiologia di essi; ma ora si sa con sicurezza che sono unicamente dovuti alla lue ereditaria; questo è stato dimostrato in modo sicuro dalle osservazioni del prof. GENESE (1) il quale nel 1931 riferì su 10 casi di vomiti ciclici in bambini, dei quali in 8 aveva curato il padre egli stesso per sifilide; negli altri 2 la sifilide era ugualmente sicura: ricordava altre osservazioni ugualmente dimostrative di BARBIER e BABONNEIX. Per mio conto ho osservati vomiti ciclici in ragazzi eredo-luetici, sia di 1<sup>a</sup> che di 2<sup>a</sup> generazione. In tutti questi malati le cure antisifilitiche portarono più o meno rapidamente alla cessazione della forma morbosa.

Meno nota è la patogenesi di questi vomiti, sulla quale più tardi riferirò quel poco che si sa.

Meno noto ancora è il fatto che vomiti simili si possono osservare in adulti, sia maschi che femmine, sempre per cagione della lue.

Tra i primi che hanno richiamato l'attenzione sui vomiti ciclici degli adulti è stato il dott. KARL KÜPPERS (2). Egli osservò otto casi di vomiti acetonefici in donne adulte malate di mente, 2 su 125 epilettiche, e 6 su 142 schizofreniche. Egli non fa alcun accenno all'etiologia, sebbene

sia evidentissimo che queste malate fossero affette da lue quasi sicuramente ereditaria, essendo ben noto che la causa più frequente dell'epilessia è la lue ereditaria (più del 50%), e lo stesso dicasi della schizofrenia. Ma ciò che dà il suggello a questa asserzione è il reperto anatomico di una donna di 40 anni morta durante un attacco di vomiti acetonefici, nella quale all'autopsia furono trovate esostosi multiple del cranio ed un aneurisma disseccante dell'aorta ascendente, lesioni evidentemente riferibili alla lue.

Riguardo alla patogenesi il KÜPPERS ritiene che la sindrome morbosa sia prodotta da attacchi accessuali di iperinsulinemia, dimostrata dall'utilità della somministrazione di idrati di carbonio e particolarmente di glucosio per le vene, e dal fatto che, malgrado alte dosi di glucosio, la glicemia si manteneva sempre bassa. Crede che la causa della malattia sia un'anomalia costituzionale propria dell'età infantile e di alcune malattie mentali, epilessia e schizofrenia.

\* \* \*

E' probabile che la patogenesi dei vomiti acetonefici sia più complessa e non sia soltanto dovuta ad iperinsulinemia; infatti è stata usata con successo in alcuni casi l'insulina unita agli idrati di carbonio. Si può affermare che la sindrome è dovuta ad una disfunzione del pancreas e forse anche del fegato della quale la causa evidentemente è la lue ereditaria, causa essa stessa delle alterazioni mentali. Queste non hanno nessuna importanza per i vomiti, in se stesse, ma sono fenomeni collaterali dovuti alla medesima causa. Errore assai frequente, come io ho dimostrato nel mio ultimo articolo sulla lue ereditaria (3) questo, di far dipendere i fenomeni morbosi dell'eredità uno dall'altro, mentre sono tra di loro indipendenti e tutti dovuti alla stessa causa prima.

(1) Dott. GIOVANNI GENESE: *Vomiti ciclici e sifilide*. «La Pediatria», 1931.

(2) KARL KÜPPERS: *Azetonämiches Erbrechen bei Erwachsenen Geisteskranken und seine Bedeutung*. Münch. «Mediz. Wochenschrift», anno 1931, n. 16, pag. 661-663.

(3) Prof. U. ARCANGELI: *Sindromi da eredità e rapporti tra questa e malattie ereditarie*. Conferenza tenuta alla Scuola Medica Ospitaliera, 22 genn. 1936-XIV.

\* \* \*

Recentemente ho veduto due casi di vomiti acetonefici in giovani perfettamente sani di mente e di nervi, di sviluppo corporeo normale, senza alcun carattere di infantilismo, ambedue ereditetici di 1° generazione.

Il primo riguarda una signorina di 23 anni, figlia di padre sifilitico prima del matrimonio e di madre con stigmate sospette di eredolue. La ragazza ben sviluppata, di alta statura, di un notevole peso del corpo, mestrata regolarmente, aveva sofferto di enuresi notturna (altro sintomo ben noto dell'eredolue) fino all'età di 17-18 anni. Un paio di anni fa (1934) ebbe il primo attacco di vomito spontaneo, senza cause apparenti, preceduto e accompagnato da leggero malessere senza nausea e senza dolori. Il vomito che si ripresentava ad ogni tentativo di mangiare, durava un paio di giorni e poi cessava spontaneamente senza cure speciali. Fece cure antiluetiche con treparsolo, ed il vomito non si presentò se non 9 mesi dopo cessata la cura. In questo nuovo attacco, essendo io assente da Roma, fu curata da un ottimo collega il quale, non conoscendo la causa del vomito, sospettò un'appendicite (fatto che si ripete molte volte nella storia dei vomiti ciclici dell'infanzia, i quali sono stati attribuiti da alcuni ad un'appendicite scarsa di sintomi locali). Il collega ricorse ad un illustre chirurgo, il quale sospettò anche lui un'appendicite; tanto più che la ragazza, dopo molte palpazioni della regione appendicolare e domande insistenti, finiva per ammettere un leggero dolore. Ma il chirurgo, con molto buon senso, non trovando nè difesa nè febbre, si astenne da operare. Nel frattempo io tornai a Roma, e potei rassicurare la famiglia ed il medico curante che non si trattava di appendicite, ma di uno dei soliti vomiti acetonefici. Riprese una cura con treparsolo ed è stata bene circa 8 mesi, avendo di nuovo un attacco leggero poco dopo sospesa la cura, attacco guarito presto con la somministrazione di bevande zuccherate e di bellafolina.

La malata, come sintomo somatico dell'eredolue presenta uno scarso sviluppo del mascellare inferiore, e mento sfuggente, carattere che io ho notato frequente nella lue ereditaria, sia di prima che di seconda generazione.

\* \* \*

Altro caso simile al precedente: un giovanotto di 23 anni, robusto, di alta statura, di un peso corporeo notevole, senza alcun sintomo di infantilismo, perfettamente sano di nervi e di mente, ma sofferente fino all'età di 14-15 anni di enuresi notturna, cominciò a

soffrire a circa 21 anno di vomiti apparentemente senza causa, senza nausea, senza dolori, che si ripetevano ad ogni tentativo di alimentazione e che dopo 2-3 giorni cessavano senza alcuna terapia. Questo, secondo il racconto del paziente che io conosco da parecchi anni, e che venne da me qualche giorno dopo l'ultima crisi di vomito che si era presentata a distanza di 4-5 mesi dalla precedente. Il malato non presenta nessun sintomo somatico evidente di eredolue, ma è figlio di padre sifilitico prima del matrimonio, e che io avevo curato per circa 15 anni per una grave aortite luetica, con insufficienza delle valvole aortiche ed attacchi di asma cardiaca. Con ripetute iniezioni nella vena di alte dosi di neosalvarsan, ero riuscito a liberarlo degli attacchi di asma e metterlo in condizione di riprendere il suo ufficio, sebbene quando io lo avevo preso in cura le sue condizioni apparissero disperate. Purtroppo, una polmonite con endocardite diplococcica, lo aveva condotto a morte pochi mesi fa. Il figlio, il giovane con vomiti acetonefici, a 4 anni aveva presentato Wassermann positiva; aveva fatto lunghe cure mercuriali; quando fu osservato da me, aveva Wassermann negativa, ma Hecht positiva: prescrissi una cura antiluetica con treparsolo alternato con sciropo di Gibert.

\* \* \*

In questi malati evidentemente la causa del vomito è la lue ereditaria, alla quale si deve ugualmente attribuire l'enuresi notturna della quale avevano sofferto.

\* \* \*

Mi sono domandato se la sifilide acquisita possa, negli adulti, produrre la sindrome dei vomiti ciclici (acetonefici). Evidentemente sì.

Infatti nella tabe dorsale si osservano, talvolta, le così dette crisi gastriche le quali consistono essenzialmente in vomiti più o meno incoercibili che vengono improvvisamente senza causa occasionale manifesta, durano più o meno per alcuni giorni, e cessano all'improvviso come i vomiti ciclici dei bambini e degli adulti ereditetici. Nè i dolori che talora accompagnano i vomiti, nè le nausea sono sintomi costanti (GOWERS): cosicchè nessuna differenza essenziale si può trovare tra le cosiddette crisi gastriche dei tabici ed i vomiti ciclici dei bambini e degli adulti ereditetici, tutti dovuti alla stessa cagione, la lue. E poichè nella grande maggioranza dei tabici si tratta di lue acquisita (le tabi per lue ereditaria sono rare), dobbiamo concludere che anche la lue acquisita possa forse dar luogo ai vomiti ciclici dei tabici. Tuttavia

non si può escludere a priori che tabici con crisi gastriche siano anche ereditolucici, perchè non è raro che ereditolucici contraggano la sifilide per conto loro (sifilide doppia); ne ho visto più casi, ed uno vidi anche diventare tabetico. Soltanto con osservazioni ripetute e diligenti potremo decidere se nei tabici con crisi gastriche si debba per queste incriminare la lue acquisita o l'ereditaria. Non so se siano state fatte ricerche recenti sulla patogenesi delle crisi gastriche: sulla natura di esse, GOWERS scriveva che non se ne sa nulla, sebbene da alcuni siano state attribuite ad irritazione del pneumogastrico essendo state trovate alterazioni nel centro del detto nervo (PIERRET). Si sono osservati sintomi d'ipervagotonia, come si osservano non di rado nei vomiti ciclici in malati senza sintomi di tabe.

Evidentemente è molto più ragionevole attribuire dette crisi alla stessa causa dei vomiti ciclici dell'infanzia, vale a dire alla sifilide e ad alterazioni della funzione pancreatica e forse anche epatica, in rapporto alla glicolisi e alla scomposizione dei grassi. E' questo un campo di ricerche che potranno far luce sulla vera patogenesi delle crisi gastriche. Le alterazioni sensitive, i dolori, etc. debbono ritenersi semplicemente complicazioni non necessarie, ed effetto, come il vomito, d'una stessa causa, cioè dalla sifilide: così le alterazioni mentali nelle malate del dott. KÜPPERS. Le crisi gastriche si possono osservare in malati che non presentano ancora i sintomi della tabe, o che li presenteranno molti anni dopo (STRÜMPPELL): vale a dire si possono osservare in sifilitici, non ancora tabici e che forse non lo saranno mai.

\*\*\*

Il caso mi ha fatto conoscere la storia di un malato, la quale sta a dimostrare appunto che la sifilide, anche senza la presenza della tabe, può forse essere cagione di vomiti del tutto simili alle crisi gastriche ed ai vomiti ciclici dell'infanzia, come ben si poteva aspettare.

Ecco la storia del malato che io non ho veduto: uomo di 52 anni che ha goduto sempre apparentemente buona salute; mai sofferenze di stomaco. Nel mese di marzo u. s. senza cagione manifesta, è preso improvvisamente da vomiti che si ripetono ad ogni assunzione di cibo, senza nausea, ma con dolore retrosternale negli sforzi del vomito, coi quali prima emetteva il cibo, poi un liquido acquoso e per ultimo liquido tinto di bile; i vomiti si ripetono incessantemente per quasi un mese, compromettendo la nutrizione. Venuto in Roma, un radiologo molto competente procede all'esame radiologico dello stomaco, ma non può constatare

nulla che faccia pensare ad una stenosi del piloro. Malgrado ciò, il medico, assai distinto, che lo aveva preso in cura insiste sulla diagnosi di stenosi pilorica ed affida il malato ad un chirurgo: questi pratica una laparatomia con la quale constata l'assenza di alterazioni sia dello stomaco sia del duodeno. Persistendo i vomiti, in seguito ad un nuovo esame radiologico che aveva fatto sospettare una stenosi bassa dell'intestino, si pratica una seconda laparatomia, con la quale si constata la completa integrità dello stomaco e di tutto l'intestino. Un medico, già mio aiuto, che aveva veduto il malato nell'operazione, pensò alla possibilità di crisi gastriche, cercò i sintomi abituali della tabe, ma questi non erano evidenti; con tutto ciò volle indagare per la lue, benchè il malato negasse di avere avuto malattie veneree. La Wassermann fu completamente positiva: praticata una prima iniezione nelle vene di 0,60 di neosalvarsan il vomito si attenuò moltissimo; 5-6 giorni dopo praticata un'iniezione di 0,75, il vomito cessò del tutto. Nel paziente era stata provata la persuasione e la suggestione, tanto i caratteri del vomito somigliavano a quelli del vomito delle isteriche e delle gravide; ma senza alcun frutto.

Questo caso mostra come sia possibile osservare vomiti simili alle crisi gastriche dei tabici, anche in sifilitici che non presentano sintomi evidenti di tabe. Del resto anche GOWERS nota che crisi gastriche si possono osservare in malati assolutamente all'inizio della tabe, e STRÜMPPELL dice che possono precedere di più anni gli altri sintomi della tabe.

Il caso anche dimostra (sia detto questo di passaggio) l'utilità di cominciare la cura con dosi piuttosto alte di neosalvarsan, perchè soltanto quelle di 0,60 o più hanno una qualche utilità, le minori invece aggravano i fenomeni morbosi, come io ho più volte constatato. In questo malato la Wassermann era positiva completa, il che accade di rado nella lue ereditaria, perciò è probabile che si sia trattato di lue acquisita; ma come ho detto a proposito delle crisi gastriche, non è rara la sifilide doppia (congenita ed acquisita) nello stesso soggetto; perciò soltanto osservazioni ripetute e diligenti potranno accertare se anche la lue acquisita da sola possa (come è verosimile) dar luogo a vomiti acetonefici.

\*\*\*

L'esistenza di vomiti ciclici la cui causa è unicamente la lue sia ereditaria che acquisita, ci obbliga ad una revisione dell'etiologia e patogenesi di altri vomiti, non legati a malattie dello stomaco, che si presentano su per giù coi medesimi caratteri: intendo parlare dei vomiti co-

sidetti incoercibili delle gravide, e dei vomiti isterici.

Che esistano in donne vomiti che fino a prova contraria dobbiamo ritenere legati all'isteria, in quanto ch'è possibile arrestarli rapidamente colla persuasione o colla suggestione, pare non si possa mettere in dubbio. A questa classe di vomiti appartiene la grande maggioranza dei vomiti cosiddetti incoercibili delle gravide, come io credo di aver dimostrato col mio articolo sul vomito gravidico (4).

E' evidente che in caso di vomiti gravidici realmente incoercibili e non guaribili colla persuasione e suggestione, si debba ricercare la lue sia acquisita che ereditaria, che quasi sicuramente ne sarà la cagione. Attesa la grande frequenza dell'eredolue nella popolazione, questa cagione dei vomiti non deve essere rara.

In quanto ai vomiti che si presentano coi caratteri di vomiti isterici, anche in questi dobbiamo pensare alla possibilità della presenza della lue, specialmente ereditaria. Noi sappiamo quanto spesso i vomiti cosiddetti ciclici dei bambini e degli adulti ereditari, cessino improvvisamente da un momento all'altro senza cura o con le cure più svariate. Perciò è possibile che un vomito legato alla lue, sia ereditaria, sia acquisita, cessando improvvisamente dopo una cura di persuasione o di suggestione per pura coincidenza, possa far credere alla sua natura isterica. Si aggiunga il fatto che molto spesso le isteriche sono ereditarie, specialmente di seconda generazione; cosicchè la presenza dell'isteria non esclude l'eredolue, nè l'acquisita, nè la natura organica del vomito. Nello stesso modo ovarialgie e mastodinie, come io ho ricordato (5), che talora si osservano associate all'isteria, possono mentire la natura isterica, mentre sono dovute all'eredolue, come è dimostrato dal fatto che soltanto le cure antisifilitiche possono guarirle con sicurezza.

Perciò, è indispensabile sottoporre tutti i casi di vomiti delle gravide e dei vomiti apparentemente isterici a uno studio accurato della loro patogenesi, studiando il comportamento della glicemia e della secrezione pancreatica, perchè questo studio soltanto (oltre beninteso la ricerca della lue, sia acquisita sia ereditaria) ci permetterà distinguere con sicurezza i casi riferibili unicamente all'isteria ed alla suggestione, da quelli dovuti all'alterazione funzionale di glandole a secrezione interna ed esterna d'origine luetica. E questo è un campo di ricerche che io addito agli studiosi come promettente utili risultati.

(4) Prof. U. ARCANGELI: *Sul vomito gravidico* (Risposta al prof. PATTI). « Forze Sanitarie », n. 35-36, dicembre 1933.

(5) Prof. U. ARCANGELI: Conferenza tenuta alla Scuola Medica Ospitaliera, 22 gennaio 1936-XIV.

\* \*

Avevo scritto questa nota quando venni a conoscenza di un articolo dei dott. MICHON e COLLESON sui vomiti acetonefici degli adulti (6). Gli AA. dopo aver ricordato le osservazioni di SCHLOZS e di KÜPPERS riferiscono la storia di una donna di 25 anni con attacchi di vomiti acetonefici. Durante questi constatarono abbassamento della pressione arteriosa e sintomi di vagotonia. Non dosarono la glicemia; ricordano che SCHLOZS la trovò normale in una sua malata, mentre KÜPPERS l'aveva trovata abbassata sulle sue. Notano che l'acetonefia è anteriore ai vomiti, e perciò non può considerarsi conseguenza di questi.

Non discutono l'etiologia della sindrome, mostrando non conoscere le osservazioni di questi ultimi cinque anni le quali ne dimostrano l'indubbia origine luetica.

Nel n. 45 della « Presse Médicale » del corrente mese (3 giugno 1936) è riportata una comunicazione alla Società di Medicina di Marsiglia dei dott. BRAHIE, M. RECORDIER e P. SARADOU sui « Vomissements incoercibles chez des syphilitiques - Guérison par le traitement spécifique »; 2 osservazioni: la 1ª riguarda una donna di 25 anni che da 1 mese vomitava 5-6 volte nelle 24 ore senza cause apparenti: esame clinico e radiologico negativo: Wassermann positiva: cura con movarseno-benzolo, cessazione del vomito. La 2ª, una donna di 23 anni, vomiti insistenti da 8 giorni, stato generale più grave che nella 1ª: esame clinico e radiologico negativo, Wassermann positiva: i vomiti cessarono dopo la 3ª iniezione di cianuro di H.G.

Considerano casi simili molto rari e non credono possibile indicarne una patogenesi certa.

## CONCLUSIONI

Da quanto ho esposto risulta che in tutti i vomiti spontanei acetonefici si deve ricercare la lue sia congenita che acquisita e curarla a dovere: ciò anche nei vomiti delle gravide sia quelli così detti incoercibili, sia quelli apparentemente isterici. Data poi l'identità delle così dette crisi gastriche dei tabetici, coi vomiti acetonefici dei sifilitici, risulta la necessità di curare le crisi gastriche con i rimedi antisifilitici (malaria-neosalvarsan); e non con le più o meno inutili, sempre gravi e mutilanti operazioni (cordotomia, resezione delle radici dorsali, ecc. ecc.) proposte a correggere anche le crisi gastriche credute a torto in dipendenza della tabe mentre sono dovute alla lue.

(6) PAUL MICHON et LOUIS COLLESON: *Vomissements acetonefiques chez l'adulte*. « Le Concours Médical », 8 mars 1936, Paris, 37 Rue Bellefond.

54059

312171



