

Prof. GIULIO DOLFINI

Primario Medico

Un quadro morboso che il medico
pratico deve conoscere:
La fistola gastro-colica

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 9, del 15 Maggio 1936 - XIV)

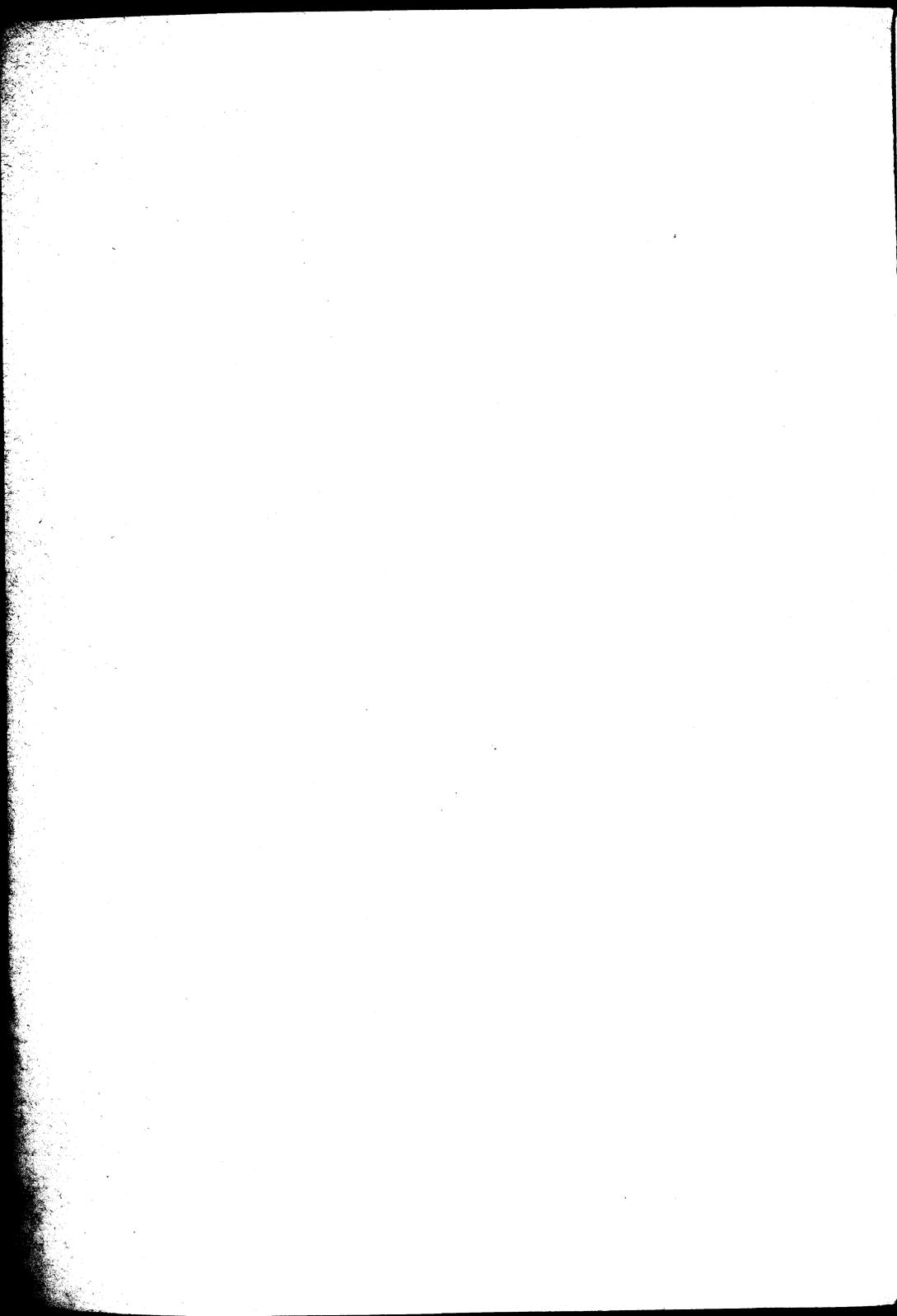
Man

B

56

136





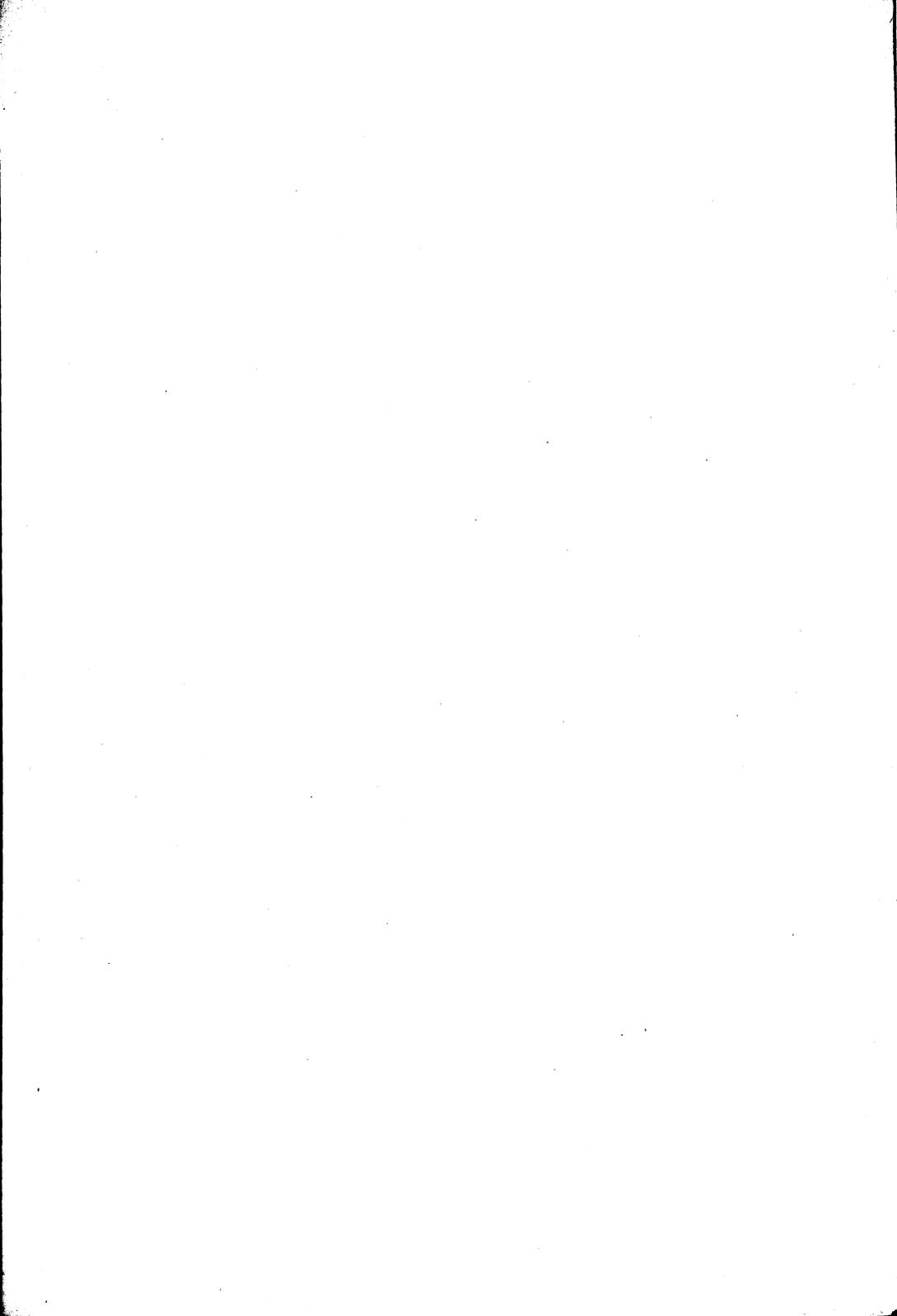
Prof. GIULIO DOLFINI

Primario Medico

Un quadro morboso che il medico
pratico deve conoscere:
La fistola gastro-colica

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 9, del 15 Maggio 1936 - XIV)

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



Prima dell'avvento della grande chirurgia gastrica, la fistola gastro-colica (o gastro-digiuno-colica, o gastro-duodeno-colica) rappresentava un'evenienza rarissima; oggi essa è diventata non rara, ed è fatale che la sua frequenza aumenti in avvenire, perdurando l'attuale indirizzo chirurgico in tema di ulcere gastro-duodenali. L'esperienza dimostra che generalmente il medico pratico non conosce questa grave sindrome, e non pone la diagnosi esatta (LA GRAVINESE, HINRICHSSEN, MC LEAN): altrimenti non tratterebbe con cure mediche, per settimane e mesi, un paziente suscettibile soltanto di cura chirurgica, il quale arriverà all'ospedale troppo tardi, perchè il suo stato si sarà aggravato irrimediabilmente (o non arriverà mai).

E' necessario quindi che questa sindrome — della quale si sono occupati sinora chirurghi e radiologi — diventi familiare anche a noi medici, per la ragione molto semplice che a noi si rivolgono il più delle volte i sofferenti di fistola g. c.

Io reco il frutto della mia modesta esperienza, avendo avuto occasione di osservare tre casi di fistola g. c. in poco più di sei mesi.

CASO I: Zam. Giuseppe di a. 37, contadino, di Villa del Conte (Padova); entrato nella Clinica Medica di Padova (1) il 20 maggio 1934.

Era stato operato allo stomaco 6 anni prima, per sindrome ulcerosa datante da 4 anni; dopo l'intervento benessere assoluto fino a 2 mesi prima dell'ingresso, quando fu colto da diarrea, con scariche abbondanti, schiumose, contenenti talvolta alimenti indigeriti, tenesmo e bruciore rettale, sete e fame molto intense. Da una settimana edemi ad entrambi i piedi, e alla mano sinistra. Astenia spiccata, dimagrimento estremo. Mai febbre.

All'esame obiettivo: soggetto longilineo, di aspetto molto sofferente, incapace di reggersi in piedi per l'astenia, molto denutrito; cute e mucose visibili abbastanza colorite, con accenno a cianosi. I piedi sono intensamente edematosi, con cute fredda, pallido-cianotica. Lieve edema esiste anche al dorso della mano sinistra. Sistema linfatico indifferente. Capo, collo, apparato respiratorio: reperto negativo.

(1) Ringrazio vivamente il Direttore, prof. Gasbarrini, che mi ha permesso lo studio del caso.

Apparato digerente: lingua rossa, disepitelizzata *in toto*. Addome con cicatrice epigastrica mediana, di forma globosa, a risonanza timpanica su tutta l'estensione; nella regione epigastrica la palpazione provoca vago dolore, e rileva accenno a difesa muscolare.

Fegato e milza in limiti normali.

Apparato uro-genitale: nulla di anormale.

Sistema nervoso: sensibilità normale, la compressione dei tronchi nervosi e delle masse muscolari non determina dolore. Movimenti attivi riescono con difficoltà, per la grande limitazione della forza bruta. Riflessi rotulei deboli, normali gli altri.

Esame feci: poltacee, giallo-chiare, schiumose, a reazione intensamente acida. Microscopicamente: grassi neutri abbondanti, scarsi acidi grassi e saponi, notevole quantità di fibre muscolari indigerite, o digerite solo in parte. Non granuli di amido.

Esame urine: nulla di anormale.

Emocromocitometria: Hb 84 (al Sahli), emazie 4 milioni 950.000, V. G. 1.05, leucociti 12800. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofilii 65, eosina. 0, basofili 0, monociti 12, linfociti 23.

R. Wassermann e Meinicke-klaer. negative.

Potere diastatico del sangue: U.D. — 4 (normale).

Esame radiologico (Prof. Perona): Col pasto opaco: stomaco atonico, modicamente ectasico, regione piloro-duodenale destroposta, poco mobile, bulbo deformato. Svuotamento per via pilorica. Segni di probabile fistola gastrocolica, o digiuno-colica. Col elisma opaco: mega- e dolico- colon di notevole sviluppo, per cui non riesce l'iniezione del tratto ascendente. Le gravi condizioni del p. non permettono un esame più prolungato.

Decorso: durante la degenza le condizioni del p. precipitarono; al quarto giorno comparvero segni di versamento libero nell'addome, e la puntura esplorativa diede esito a 20 c.c. di liquido citrino, limpido a reazione di Rivalta negativa. Al sesto giorno si manifestarono segni di versamento anche nella cavità pleurica d., mentre si accentuarono gli edemi agli arti. Al dodicesimo giorno per la prima volta vomito a carattere nettamente fecale, polso 120 ritmico, molle, piccolo, e so-pore continuo; per breve tempo anche convulsioni cloniche generalizzate. Al tredicesimo giorno ancora vomito stercoraceo, e decesso.

Autopsia (prof. Zanetti): Aderenze multiple tra grande omento, colon trasverso, digiuno, stomaco e peritoneo parietale e diaframmatico. Mesocolon trasverso molto retratto, gastro-digiunostomia posteriore; comunicazione rottondeggiante dal diametro di 2-3 cm., tra ansa digiunale e colon trasverso. Catarro gastrico e digiunale. Surreni e pancreas atrofici.

CASO II: Tom. Domenico di a. 46, marittimo, di Lus-sinpiccolo, entrato nella divisione medica dell'ospedale di Pola il 14 agosto 1934.

Operato allo stomaco 14 anni prima, per sindrome ulcerosa; successivamente benessere completo fino al luglio 1934, quando fu colto da diarrea ribelle alle cure, con scariche frequenti, abbondanti, semiliquide, con residui alimentari indigeriti. Appetito conservato, sete intensa, non dolori né vomito. Ha notato più volte rutti di odore fecale, che gli riescono particolarmente molesti. Dimagrimento notevolissimo, ed astenia profonda. Da 8 giorni sono insorti edemi ai malleoli, e dolori vaghi ai polpacci. Costantemente apiretico.

All'esame obiettivo: Normotipo, di aspetto sofferente, che si regge a malapena in piedi per l'estrema astenia: stato di nutrizione gravemente scaduto, con pallore modico della cute e delle mucose. Edemi ai piedi e alle regioni perimalleolari.

Capo, collo, apparato respiratorio: reperto negativo.

Apparato circolatorio: cuore reperto negativo con toni abbastanza validi, polso un po' molle, frequenza 80.

Apparato digerente: lingua normalmente umida, molo patinosa; addome con cicatrice epigastrica mediana di vecchia data, espanso, globoso, a risonanza timpanica su tutta l'estensione; assolutamente indolente, solo poco trattabile ai quadranti superiori. Scariche alvine semiliquide o poltacee, spesso con detriti alimentari indigeriti, a reazione acida.

Fegato e milza in limiti normali.

Apparato uro-genitale: reperto negativo, compreso l'esame delle urine.

Sistema nervoso: dolorabilità alla compressione dei tronchi nervosi e dei polpacci, riflessi rotulei aboliti.

Esame radiologico (primario dott. Antonini): il clima opaco si arresta alla flessura colica sinistra, per l'esistenza di aderenze; il pasto di bario non permette una risposta al quesito categorico se esiste una fistola g. c., anche perchè il p. si stanca molto facilmente, e non può essere sottoposto ad esami prolungati e sistemati.

Visto il risultato infruttuoso dell'esame radiologico, ricorsi a un *clisma di carbone* (2 cucchiaini di carbone in un litro d'acqua tepida), e al contemporaneo sondaggio dello stomaco col sondino di Einhorn: già 5° dopo il clisma il contenuto gastrico presentava tracce microscopiche di carbone; dopo 10° questo era presente in quantità riconoscibile ad occhio nudo.

Dimostrata così in modo indubbio l'esistenza della fistola g. c., si propose al collega chirurgo prof. Pepi l'intervento; senonchè le condizioni del p. si aggravarono precipitosamente, perchè alla diarrea ribelle si aggiunse l'insistente vomito stercoraceo. Decesso il 17 settembre 1934.

Autopsia (parziale, eseguita personalmente): all'apertura dell'addome ci si trova di fronte ad un groviglio di aderenze tale che è difficile orientarsi; esse inglobano letteralmente grande omento, colon trasverso e flessura colica sinistra, digiuno e stomaco. Aprendo lo stomaco in sito, si riesce a dimostrare la gastro-digiunostomia trans-mesocolica, e, in tutta vicinanza di questa, una comunicazione, del diametro di circa 3 cm., tra ansa digiunale anastomizzata e colon trasverso.

CASO III: Miss. Matteo, di a. 34, contadino, di S. Vincenti (Istria), entrato nella divisione medica dell'ospedale di Pola il 30 dicembre 1934.

Operato 8 anni prima allo stomaco, per sindrome ulcerosa, godette ottima salute per un anno, indi fu colto da disturbi digestivi, consistenti in dolori e senso di peso all'epigastrio, e irregolarità dell'alvo; detti disturbi che erano compatibili con un discreto stato generale, e permettevano una parziale attività lavorativa, si protrassero, con alternative di remissioni e peggioramenti, fino a 4 mesi fa: a quest'epoca la situazione si aggravò repentinamente, per l'insorgenza di diarrea e di vomito. Il p. non sa dire se le numerose scariche contenessero

alimenti indigeriti; il vomito si ripeteva più volte al giorno, a varia distanza dai pasti, e presentava carattere a volte alimentare, a volte fecaloide, mai biliare. Questi disturbi persistettero per questi ultimi 4 mesi, riducendo il p. in condizioni di vera cachessia; da una settimana è insorta edema all'arto inferiore sinistro, fino all'altezza del ginocchio. Non denuncia rutti fecaloidei, non ebbe mai febbre.

All'esame obiettivo: soggetto a costituzione longilinea, estremamente denutrito, e così astenico, che si muove a stento nel letto, e risponde a fatica alle domande.

Cute sottile, pallida; edema del piede e della gamba sinistra; sistema linfatico indenne. Capo, collo presentano reperto negativo.

Il torace si presenta svasato, per abnorme ampiezza della base; apparato respiratorio: negativo. Apparato circolatorio: cuore con toni puri, ritmici, abbastanza validi, mentre il polso è piccolo, molle, frequenza 80 circa.

L'addome è globoso, teso, in maggior grado ai quadranti superiori; cicatrice sopraombellicale mediana, di vecchia data. Su tutto l'ambito, risonanza timpanica, lieve iridolenzimento, modica difesa muscolare.

Fegato: sull'emiliclavare d. l'aa di ottusità si estende dal 4° al 7° spazio intercostale. Milza non si palpa, plesmicamente in limiti normali.

Alvo: 2-3 scariche al giorno, liquide o poltacee, poco fetide, di odore acido, senza alimenti indigeriti.

Apparato uro-genitale: reperto negativo.

Sistema nervoso: non è possibile esame della sensibilità, per l'incapacità del p. ad applicarsi; non turbe subiettive; movimenti passivi normali, attivi molto limitati per l'estrema astenia; riflessi rotulei deboli, normali gli altri. La compressione dei tronchi nervosi e delle masse muscolari non riesce dolorosa.

Decorso: date le gravissime condizioni del p., non fu possibile sottoporlo ad esami speciali, compreso quello radiologico. Mi limitai ad eseguire un clisma di carbone, secondo le modalità seguite nel caso 2°, riuscendo a dimostrare nel contenuto gastrico il carbone dopo 10'.

Nei giorni successivi gli edemi si estesero all'altro arto inferiore, e alla regione lombo-sacrale. Decesso dopo 6 giorni di degenza.

Autopsia (parziale, eseguita personalmente): anasarca; trombosi della vena iliaca sinistra; stomaco ectasico, gastro-digiunostomia trans-mesocolica, con mesocolon trasverso ispessito, retratto, colon aderente al digiuno e alla grande curvatura dello stomaco; fistola della grandezza d'una moneta da 2 lire, tra colon trasverso e digiuno, in tutta prossimità della stomia. Fatti catarrali cronici, con atrofia, dello stomaco e dell'intestino.

RIEPILOGANDO

Vengono descritti brevemente tre casi di fistola g. c. dopo gastro-digiunostomia. Il primo ammalato aveva goduto perfetto benessere per sei anni dopo l'operazione, poi era stato colpito da una diarrea ribelle che in qualche settimana l'aveva ridotto ad uno stato di vera cachessia, con edemi discrasici. Il secondo ammalato aveva goduto ottima salute per 14 anni dopo l'intervento, e quindi era stato colto da una diarrea ribelle che in un mese aveva indotto un grave deperimento, con edemi discrasici, e fenomeni neuritici. Il terzo ammalato aveva goduto ottima salute per un anno dopo l'intervento, poi per sette anni aveva presentato modiche soffe-

renze gastro-enteriche, e infine repentinamente per l'insorgenza di diarrea, vomito a volte alimentare, a volte stercoraceo, per quattro mesi, con cachessia estrema, trombosi ed edemi di natura discrasica.

I tre ammalati giunsero all'ospedale già in istato così grave, che non fu possibile sottoporli all'intervento operativo, con esito letale inevitabile. La diagnosi fu posta nel primo caso, con difficoltà, dal radiologo; negli altri due casi l'esistenza della fistola fu dimostrata mediante un artificio molto semplice: clisma di carbone, e sondaggio gastrico immediato, con reperto del carbone nel contenuto gastrico.

Nei tre casi la diagnosi fu controllata alla necroscopia.

* * *

In base alle osservazioni personali, e all'esame della letteratura, ritengo non inutile tracciare sinteticamente il quadro nosologico della fistola g. c.

Frequenza. — Prima della diffusione della gastro-enterostomia, la fistola g. c. rappresentava una rara evenienza, dovuta a carcinomi dello stomaco, o del colon, ad ulcersi od ascessi della grande curvatura: nel 1924 BROCKNELL trovò nella letteratura 216 casi di fistola gastro-colica, dei quali 91 in gastroenterostomizzati; il numero di questi ultimi nel 1929 ascendeva a 117, almeno in base a KOTZOGLU (allievo di BIER). Negli anni successivi i casi si sono intensificati; per esempio tra gli AA. italiani che, dopo le prime 2 osservazioni di ALESSANDRI (1925), hanno portato dei contributi sull'argomento, merita di esser ricordato LA GRAVINESE, il quale nel 1930 pubblicò 9 casi, e oggi (comunicazione personale) ha al suo attivo una ventina di osservazioni. Ecco altri esempi della diffusione crescente delle fistole g. c. nei gastroenterostomizzati: nella clinica di Koenigsberg nel 1931 passarono 3 casi (MC LEAN) e in quella di Halle a. d. S. in 6 mesi 4 casi (HINRICHSSEN). Secondo una recente statistica della clinica dei MAYO, le ulcere peptiche del digiuno darebbero il 2,36 % di fistole g. c.

Patogenesi. — La fistola g. c. si osserva in operati di gastro-enterostomia posteriore, transmesocolica: il colon trasverso aderisce all'ansa anastomizzata, e l'ulcera peptica che si forma in quest'ultima, approfondendosi perfora la parete del colon; in altri casi la fistola si stabilisce tra stomaco e colon aderenti.

Invece la gastro-enterostomia anteriore, per l'approfondirsi dell'ulcera peptica insorta nell'ansa anastomizzata, dà luogo di preferenza a

perforazione (170 casi raccolti da MAKKAS), oppure, previa aderenza collo parete addominale, ad apertura all'esterno.

Notevole il fatto che le donne vanno del tutto esenti dalla fistola g. c.: sui 117 casi raccolti nella letteratura da KOTZOGLU, solo 3 sono di sesso femminile. Ciò dipende, almeno in parte, dal fatto che, com'è noto, l'ulcera peptica nelle donne è più rara.

Anatomia patologica. — La fistola può essere digiuno, o duodeno-colica (a seconda del tratto utilizzato per l'anastomosi), oppure gastro-colica; questa distinzione è possibile anatomo-patologicamente, ma non clinicamente, perchè in ogni caso i sintomi sono identici, e dovuti cioè al passaggio immediato del contenuto gastrico nel colon, e viceversa. Perciò la diagnosi può essere solo generica di fistola gastro-colica.

Di solito esistono aderenze multiple, interessanti stomaco, digiuno, duodeno, colon e mesocolon trasverso, grande omento. Lo stomaco presenta più o meno intense alterazioni gastritiche croniche.

Sintomi. — I pazienti, gastro-enterostomizzati da alcuni anni (per lo più 6-10), dopo un periodo più o meno lungo di benessere, vengono colpiti nuovamente da sofferenze gastriche (tipo sindrome ulcerosa), attribuite all'istituzione dell'ulcera peptica; in 2° tempo compaiono i sintomi caratteristici della comunicazione gastro-colica: odore fecaloide dell'alito, rutti fecaloidi (che determinano nei p. vivo senso di disgusto), vomito stercoraceo. Notevole che il vomito stercoraceo non è preceduto da vomito biliare, né accompagnato da segni di occlusione intestinale.

Altro sintoma fondamentale è la diarrea, con scariche in genere non molto numerose, contenenti cibi in parte indigeriti, e introdotti poco tempo prima; quest'ultimo dato talvolta è denunciato spontaneamente dai p., altre volte sfugge loro, e dev'essere ricercato dal medico. A volte coesistono tenesmo rettale, bruciori e ragadi anali, in rapporto coll'elevata acidità delle feci (per la presenza dell'acido cloridrico gastrico). Talvolta anzichè diarrea, si ha stipsi, per lo stabilirsi di stenosi del colon, dovute ad aderenze.

Il vomito fecaloide può mancare, o insorgere solo tardivamente, o essere rimpiazzato da vomito alimentare, perchè la fistola è pervia soltanto in un senso (dallo stomaco al colon e non viceversa). Disturbi subiettivi, che molestando non poco, sono costituiti dalla fame e sete insieme.

La lingua è per lo più arida, disepitelizzata, o fortemente impaniata, con papille ipertrofiche. L'addome è generalmente meteorico, indolenzito specialmente nella regione sopraombelicale, nella quale si può palpare un certo grado di difesa muscolare, e talvolta una tumefazione, dovuta a neoformazioni infiammatorie, ad adenenze; ciò può portare fuori strada e far pensare a un tumore, e tanto più facile può essere l'errore per lo stato generale del p., che è dimagrito di 10-20 kgr., in breve tempo. L'eccezionale grado di deperimento è dovuto all'innazione acuta, da mancata utilizzazione dei cibi, la quale è responsabile pure degli edemi, che insorgono in un certo numero di casi (6 su 117 secondo KOTZOGLU); essi erano presenti in tutti i 3 casi da me riferiti, giunti all'osservazione in condizioni già gravi. Nel 1° caso nel periodo terminale si generalizzarono, assumendo tipo anasarcativo; nel 3° caso, prima di estendersi l'edema rimase per qualche tempo circoscritto ad una gamba, e all'autopsia si riscontrò trombososi della vena iliaca comune dello stesso lato (di natura marantica, o secondaria infettiva).

Altri sintomi, di osservazione meno frequente, sono di natura neuritica; alterazioni della sensibilità subiettiva (parestesie, dolori, specie alla muscolatura degli arti inferiori) e obiettiva (zone di ipo- e analgesia tattile), della motilità (diminuzione cospicua della forza bruta), dei riflessi (indebolimento e abolizione dei riflessi rotulei). Queste turbe erano particolarmente cospicue nel caso illustrato clinicamente da PRIMANGELI, e radiologicamente da FAGNANO, e accennate nel 2° caso da me riferito. Evidentemente queste alterazioni neuritiche sono attribuibili a deficit alimentare qualitativo, a fatti di avitaminosi B, e non prive di analogia con quelle proprie del beri-beri.

Diagnosi. — Conoscendo il quadro clinico della fistola gastro-colica, la diagnosi è facile, basta pensare ad essa. Infatti i sintomi, che presi isolatamente possono presentarsi in molte altre affezioni, costituiscono complessivamente un quadro così caratteristico, quale effettivamente è difficile riscontrare in altri casi.

Infatti la diarrea con alimenti indigeriti (lienteria), il vomito fecaloide, con alito e rutti di odore fecaloide, in un soggetto operato precedentemente di gastro-enterostomia, impongono per la diagnosi di fistola g. c. Questa è appoggiata da altri dati, come il sesso maschile, il dimagrimento eccezionale, gli edemi che non trovano giustificazione nello stato del circolo e dei reni, le alterazioni neuritiche.

Certo è che, a seconda della varia successione ed associazione dei sintomi, si può anche

essere indotti a pensare ad altre possibilità diagnostiche: per esempio il vomito fecaloide può far pensare all'occlusione intestinale (e perciò qualche caso fu sottoposto a laparotomia), però il vomito biliare non precede quello stercoraceo, l'alvo non è chiuso. Un'altra possibilità, che va tenuta presente, è che il vomito stercoraceo sia dovuto a coprofagia, specie in soggetti isterici, o dementi. La diarrea invincibile può far pensare alla colite, e questo sembra l'errore più frequente, che fa sì che i p. vengono a lungo sottoposti a restrizioni dietetiche, a cure con astringenti, con anti-diarroici, con enteroclistmi, mentre la malattia si aggrava progressivamente. In altri casi vien fatto di pensare all'esistenza di un tumore, per il fatto che si palpa una massa in sede epigastrica (dovuta ad adenenze), e che il p. deperisce in modo impressionante; contro il tumore depone però l'appetito, che è conservato, e anzi non di rado esagerato. Altre possibilità diagnostiche che si possono affacciare in singoli casi sono rappresentate dalla gastrite cronica, dalle crisi gastriche, dalla peritonite acuta o cronica, dalla pancreatite acuta o cronica.

Ogni dubbio è destinato a scomparire, soltanto che si pensi alla possibilità di una fistola g. c. — il che non dovrebbe riuscire difficile, in base ai capisaldi più sopra fissati — grazie ad un artificio molto semplice, che permette di documentare in modo categorico l'esistenza della fistola gastrocolica: l'esecuzione di un clisma contenente una sostanza colorata (bleu di metilene, carbone animale), e l'immediata estrazione del contenuto gastrico a mezzo di sonda. In 2 dei casi da me osservati la diagnosi fu stabilita per mezzo appunto di un clisma di carbone animale (2 cucchiaini in un litro d'acqua), con dimostrazione micro- e macroscopica del carbone nel contenuto gastrico, estratto 5'-10' dopo. Risultato questo tanto più apprezzabile, oltre che per la sua semplicità, per il fatto che l'esame radiologico era rimasto infruttuoso in un caso, e non si era potuto eseguire per le gravissime condizioni del p. in un altro.

In caso d'impervietà della fistola in senso retrogrado, si potrà ricorrere vantaggiosamente alla somministrazione per via orale di liquido colorato, con immediato lavaggio rettale.

Tanto più vantaggiosi riescono questi semplici artifici, accessibili a qualsiasi medico, in confronto dell'esame radiologico, che è più indaginoso, non alla portata di tutti, di esecuzione difficile, e non privo d'inconvenienti, in ammalati gravemente defedati, quali sono in genere quelli in parola; senza contare che non di rado l'esame radiologico, anche in mani molto esperte, fallisce lo scopo, e non arriva a dimostrare la

fistola, a causa soprattutto delle molteplici adenozene che arrestano il clisma e complicano il quadro radiologico. Tra i radiologi che si sono occupati dell'argomento alcuni hanno trovato vantaggioso il clisma opaco, altri il pasto di bario. In ogni caso è stato consigliato il ricorrere all'uno e all'altro, avendo l'accorgimento di variare le posizioni del p. (ASCARELLI), non trascurando la posizione di Trendelenbourg (LA GRAVINESE). Secondo CIVIDALI i segni radiologici principali della fistola g. c. sono i seguenti: *dopo il pasto opaco* riempimento parziale o nullo dello stomaco, riempimento del colon discendente e del sigma e non del cieco e colon ascendente, possibilità di spingere con la compressione il pasto opaco dallo stomaco nel colon e viceversa. *Dopo il clisma opaco* presenza di bario nello stomaco, possibilità di spingere con la compressione il bario dal colon nel tenue (poichè abitualmente il clisma non oltrepassa la valvola ileo-cecale). *Associando pasto opaco ed insufflazione del retto* si vede lo stomaco aumentare di volume.

Decorso e prognosi. — Il decorso della malattia è rapidamente progressivo, con morte inevitabile se non interviene il chirurgo. Non è noto alcun caso di guarigione senza intervento. Nella casistica riportata da KOTZOGLU, su 97 operati, 70 sopravvissero, 18 morirono, di 9 mancò ogni notizia. La mortalità è ancora più elevata in osservazioni ulteriori: LA GRAVINESE su 9 operati, ne perdette 4; i 3 casi illustrati da ASCARELLI soccombettero tutti all'operazione. Recentemente FORNI operò 2 casi con esito favorevole (COTTIN).

Cura. — In via profilattica, mi pare debba essere tenuto presente che la fistola g. c. costituisce una temibile complicanza, non del tutto rara, della gastro-enterostomia posteriore, nei p. di sesso maschile; e anche questo fattore va posto sulla bilancia, quando si tratta di decidere o meno la terapia chirurgica in un ulceroso.

La cura è esclusivamente chirurgica; è necessario sopprimere la fistola, con abolizione o conservazione della gastro-enterostomia. Posso-

no essere seguiti due metodi, conservativo l'uno, che si limita a staccare il colon e ad affondare i fori di comunicazione; radicale l'altro, basato su vaste resezioni. Quest'ultimo costituisce un intervento sempre molto grave, e i risultati sono per lo più disastrosi (MC LEAN, DE CALUWÉ, KOTZOGLU). LA GRAVINESE in base alla sua esperienza è fautore dell'intervento in più tempi, con cecostomia preventiva, e lavaggi ripetuti del colon. MC LEAN raccomanda lavaggi gastrici sistematici, prima dell'intervento. Contro i disturbi polineuritici, FAGNANO usò nel suo caso, dopo l'intervento, il lievito di birra, per il suo alto contenuto in vitamina B.

RIASSUNTO

In base a 3 osservazioni personali, l'A. traccia il quadro nosologico della fistola gastro-colica, che dev'essere noto ai medici, non meno che ai chirurghi ed ai radiologi. Infatti detta sindrome va diventando relativamente frequente, come complicanza lontana della gastro-enterostomia. Si insiste sull'importanza della precocità della diagnosi della cura chirurgica.

BIBLIOGRAFIA

- ALESSANDRI: « Archivio Ital. di Chir. », vol. XIII, 1925.
 ASCARELLI: « Annali di Radiol. e Fis. Med. », vol. VIII, pag. 560, 1934.
 BACICALUPI: « Riv. di Radiol. e Fis. Med. », f. 4, 1933.
 BROCKNELL, cit. da MC NEAL.
 CIVIDALI: « Policlinico », Sez. Chir., vol. XXVII, 1920.
 COLUCCI: « Policlin. », Sez. Chir., vol. XI, pag. 439, 1933.
 COTTIN: « Giorn. Ven. di Scienze Med. », n. 11, pag. 1203, 1934.
 DE CALUWÉ: « Le Scalpel », n. 52, pag. 1805, 1934.
 FAGNANO: « Riv. Ospitaliera », n. 2-3, pag. 126, 1934.
 GOSSET, cit. da DE CALUWÉ.
 HENRICHSEN: « Arch. f. Klin. Chir. », Bd. 171, S. 149, 1932.
 KOTZOGLU: « D. Zeitschr. f. Chir. », Bd. 221, S. 223, 1929.
 LA GRAVINESE: « Policlin. », Sez. Chir., vol. 37, n. 2-5, 1930.
 LOEWI: *Les fistules gastro-coliques* « Thèse de Paris », 1921.
 LUPAGGIOLU: « La Radiologia Med. », nov. 1932.
 MC LEAN: « Brun's Beitr. », Bd. 155, S. 525, 1934.
 MAKKAS: « Brun's Beitr. », Bd. 159, 1934.
 PRIMANGELI: « Policlin. », Sez. Prat., n. 32, pag. 1250, 1934.
 SARACENI: « Radiologia Med. », vol. 10, 1932.
 SPINELLI: « Policlin. », Sez. Chir., vol. 38, pag. 310, 1931.
 STRAUSS: « Brun's Beitr. », Bd. 144, S. 289.
 STURSBURG: « Zblatt f. Chir. », Bd. 54, S. 300, 1927.
 VISCHIA: « Archivio di Radiol. », vol. 7, pag. 1089, 1931.

~~312067~~

