

Dott. ENRICO DI POGGIO

---

# Ulcera gastro-duodenale

---

ESTRATTO

dalla Rivista « MEDICINA NUOVA » Anno XXVIII - N. 2-3

---

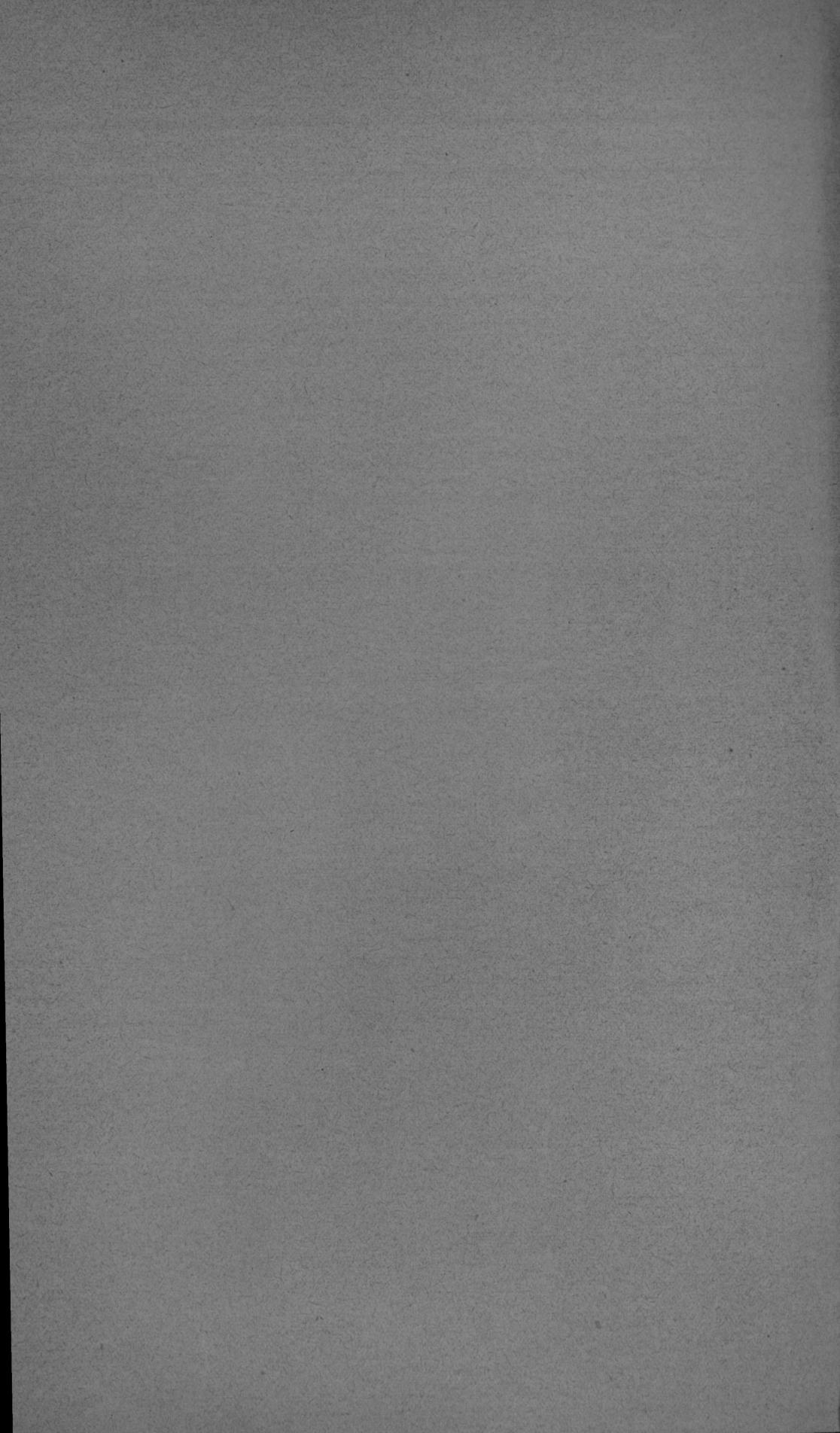


*Abbe*  
*P*  
*57*  
*3*

ROMA  
TIPOGRAFIA DITTA F.LLI PALLOTTA  
Via del Seminario N. 87

---

1937-XV



Dott. ENRICO DI POGGIO

---

# Ulcera gastro-duodenale

---

ESTRATTO

dalla Rivista « MEDICINA NUOVA » Anno XXVIII - N. 2-3

---



ROMA  
TIPOGRAFIA DITTA F.LLI PALLOTTA  
Via del Seminario N. 87

1937-XV



---

Molti sono gli autori che trattano separatamente l'ulcera gastrica da quella duodenale. In realtà sono due malattie molto affini, in particolar modo eziologicamente, per cui si pensò di riunirle in una medesima trattazione.

CENNO STORICO. — Già nel secolo xvi Marcellus Donatus e Bauhin avevano descritto casi di *ulcera gastrica*, che furono anche studiati da Bailler, ed ora l'ulcera gastrica è nota col nome di *ulcera gastrica di Cruveilhier*.

Fra i molti che si occuparono di questa malattia, ricordo Bleuland, Abercrombie, Hurst e Brinton, ecc.

Morgagni nel 1737 descrisse per primo *l'ulcera duodenale*, ed a lui seguì nel 1829 Abercrombie, e di poi Brousseau, e nel 1842 Rokitansky e nel 1887 Buequot. Ma il merito di avere bene studiata e descritta *l'ulcera duodenale* si deve allo scozzese Moyoriham ed ai fratelli Mayo. Questi furono seguiti da molti altri, tra i quali ricordo il Bier, v. Bergmann, Katsch e Westphal in Germania nel 1912.

FREQUENZA ED ETA' — In seguito alle recenti ricerche cliniche, radiologiche ed anatomopatologiche è risultato che negli ultimi decenni *l'ulcera duodenale* è più frequente della gastrica, mentre per il passato era il contrario.

Circa il sesso, che più facilmente sarebbe colpito dall'ulcera gastrica e dalla duodenale, da statistiche cliniche recenti risulterebbe che *l'ulcera duodenale* è più frequente negli uomini anziché nelle donne, nelle quali invece sarebbe più frequente *l'ulcera gastrica*.

Sia l'ulcera gastrica che la duodenale si riscontrano sempre in individui tra i 20 ed i 40 anni; mai nell'età infantile.

ANATOMIA PATOLOGICA. — Gli anatomici hanno distinto nelle alterazioni anatomopatologiche di questa malattia, la *erosione e l'ulcera propriamente detta, rotonda*, secondo Cruveilhier.

L'*erosione* è una semplice perdita di sostanza superficiale limitata alla mucosa, è facilmente guaribile senza residuarne cicatrici. *L'ulcera propriamente detta*, la quale si divide in acuta e cronica, penetra invece negli strati profondi, intaccando perlomeno la sottomucosa e penetrando qualche volta anche negli altri strati dello stomaco.

L'*ulcera acuta* è di forma rotonda e ovale, della grandezza ordinaria di un soldo (ma può essere anche di maggiore grandezza) con bordi a picco e presentasi, come scrive Rokitansky « *come se un pezzo rotondo della parete gastrica fosse stato asportato con un tagliente perforatore di acciaio* ». La lesione provocata dall'ulcera è paragonabile alla forma di un imbuto o di un cono, con la base rivolta verso la cavità dello stomaco e con l'apice affondato nella parete gastrica.

Anche l'*ulcera duodenale* ha la medesima configurazione, solamente è di dimensioni più piccole con bordi irregolari. Quasi sempre l'ulcera acuta gastrica guarisce residuando una cicatrice stellata, ma in diversi altri casi si trasforma nella cronica come crede Kauser; mentre Ashoff ed altri sono d'opinione che l'ulcera cronica sia originata dalla erosione, per la continua secrezione corrodente del succo gastrico.

L'ulcera cronica è anch'essa rotonda od ovulare, è di un diametro variante tra 0,5 e 2 cm., ve ne possono essere anche più grandi e raggiungere la grandezza della palma della mano; ma in questo caso è di forma irregolare, rassomigliante al rene o ad una farfalla, e perfora la mucosa, la sottomucosa, e anche la muscolaris fino alla sierosa.

La principale differenza tra ulcera cronica e acuta è l'infiammazione cronica, che intacca il connettivo nel fondo dell'ulcera e precisamente della sottomucosa e della sottosierosa, originando l'ispessimento della parete gastrica, che è dura alla palpazione.

L'ulcera cronica di solito ha il bordo a picco e liscio con margini ispessiti e callosi. Nel fondo dell'ulcera cronica a causa delle aderenze avvenute tra la parete gastrica e gli organi vicini, si può vedere l'omento, il legamento epatogastrico, il mesocolon, il pancreas, ecc.

Le *ulceri duodenali* non sono mai così grosse e larghe, anzi nella zona pilorica la loro apertura è talmente piccola da sfuggire alla laparatomia; soltanto l'esame radiologico può svelarle.

L'ulcera gastrica predilige la piccola curvatura, come hanno dimostrato le statistiche di Ashoff ed altri; ma si può anche riscontrare nella porzione pilorica (raramente), nella parete posteriore e raramente nella grande curvatura.

Ashoff ha dimostrato che il maggior numero di ulcersi si riscontrano al limite superiore della regione delle ghiandole del piloro (la cosiddetta regione dell'angolo) e al limite inferiore di questa zona, essendo queste zone sottoposte ad un'azione secretrice maggiore del succo gastrico, e quindi il terreno è fertile per l'impiantarsi delle ulcersi.

Le duodenali s'impiantano nel bulbo duodenale e nella parete posteriore e sono proclivi all'emorragia ed alla penetrazione nel pancreas, mentre quelle che si insediano sulla parete anteriore più facilmente si perforano. In questi ultimi anni, in virtù delle ricerche praticate da Moszkowicz, Konjtzny, Pohl, Orator, è stata riscontrata la presenza di una gastrite o duodenite, la quale è contemporanea all'ulcera: sono state osservate ulcersi

croniche guarite con residuo di cicatrice raggiata e stellata; è da notare però che le cicatrici, esiti di grosse ulcere croniche possono causare stenosi dello stomaco con le relative conseguenze.

Le alterazioni ulcerose che si osservano nel duodeno, sono deformazioni del bulbo, restringimento del lume nella stenosi duodenale alta, accorciamento della piccola curvatura su se stessa, usura completa del bulbo.

**ETIOPATOGENESI DELL'ULCERA.** — Numerose sono le teorie sulla etiopatogenesi dell'ulcera. La più antica fu quella della *gastrite*, sostenuta da Cruveilhier, la quale recentemente ha avuto dei sostenitori e degli oppositori. I chirurghi strenni sostenitori opinano che la gastrite causasse l'ulcera, mentre i patologi, e con essi coloro che si interessano di gastroscopia, pur riconoscendo la gastrite contemporanea all'ulcera, hanno ritenuto queste due forme come manifestazioni diverse, ossia in altre parole hanno negata la gastrite quale causa dell'ulcera, e anche i clinici sono della medesima opinione, ma invece Aschoff ed altri hanno dimostrato che ci sono intimi rapporti fra gastrite ed ulcera. La questione pertanto al momento attuale rimane insoluta.

**TEORIA VASALE.** — Il primo che emise tale teoria fu il Virchow nel 1835, cui seguì nel 1883 Hauser. Secondo questi autori l'ulcera rotonda dello stomaco sarebbe dovuta a trombosi dei vasi gastrici, causanti ischemia di zone della superficie gastrica, che così restano in balia della disintegrazione prodotta dall'azione del succo gastrico. Virchow cercò di spiegare la relazione fra cardiopatia, specialmente aortica ed insorgenza dell'ulcera rotonda. Non è pertanto possibile ammettere l'esistenza di embolia e di trombosi senza che vi siano speciali condizioni dell'arterie che agevolino la trombosi. La teoria di Virchow cadde per opera di Conheim il quale dimostrò l'inesistenza di questa speciale suscettibilità vasale gastrica ed in conseguenza l'impossibilità di formazione dell'infarto. Per altro questa teoria vasale trovò sostenitori nella Scuola Francese specialmente in Charcot; ma allo stato attuale si può concludere che nessuna teoria è sufficiente a spiegare il nesso causale tra alterazioni vasali ed insorgenza dell'ulcera.

**TEORIA NEUROGENA.** — In seguito ad esperienze eseguite da Schiff, Brown Sèquard e di V. Bergmann è stato dimostrato che, mediante stimolo del vago o con sostanze chimiche o mediante la sua rezione o colla estirpazione del plesso celiaco o degli splanchnici si è provocata la formazione di ulcere gastriche, le quali rassomigliano in tutto e per tutto alle ulcere croniche dell'uomo.

A questa teoria neurogena si oppose Aschoff con la sua scuola, che però dovette cedere a studi più recenti di Eppinger, Hess, ed altri.

**TEORIA DELL'IPERSECREZIONE GASTRICA.** — Diversi autori, e specialmente Leube e Riegel hanno sostenuto mediante prove sperimentali, che l'ulcera gastrica è provocata da iperacidità e quindi si sviluppereb-

be là, ove si ha maggiore ipersecrezione di succo gastrico acido. Ma oggi da diversi autori si ritiene che l'ulcera non sia dovuta alla ipersecrezione; invece questa è considerata conseguenza di quella; se si sono riscontrati dei casi in cui si è avuto ipersecrezione e ulcera, si deve pensare che in quel sito già esisteva ulcera allo stato latente.

Il Kaln ritiene che un secreto, il quale si produce nell'organismo, non possa essere causa di danno all'organo dal quale viene generato.

Eppinger, Hess, Petren, Bergmann ed altri spiegano l'ipersecrezione considerandola un *sintomo vagotonico* mentre la *simpaticotonia* non ha alcuna influenza nell'ulcera gastrica, Bergmann a sua volta è di opinione che l'ulcera gastrica non è dovuta all'antagonismo vero e proprio dei due sistemi simpatico e vegetativo, ma bensì all'alterata armonia esistente tra questi due sistemi.

**TEORIA INFETTIVA.** — Questa teoria è molto sostenuta in America e da Botcher, Letulle, Robson, Trisch, ecc., secondo i quali l'ulcera sarebbe dovuta al giungere di microrganismi nella mucosa gastrica per via sanguigna e intestinale; infatti anche le esperienze di Riekel e di Hufford hanno dimostrato la formazione di ulcersi dovute allo *streptococco viridans* e Gruber ha potuto dimostrare la formazione di ulcersi in individui i quali erano affetti da setticemia, miocardite, dissenteria, ecc. La maggior parte degli autori ritiene l'infezione come un fattore secondario; e quantunque qualcuno abbia chiamato in causa la sifilide, nessuno ha rintracciato anatomicamente ulcera gastrica sifilitica.

**TEORIA ANAFILATTICA.** — Cesaris Demel nel 1923 ha avanzata una sua teoria, secondo cui la mucosa gastrica risponderrebbe alla crisi anafilattica con la formazione di pomfi, dovuti a disturbi vascolari e a disordini di nutrizione della mucosa, i quali darebbero adito all'auto digestione e quindi alla formazione dell'ulcera in quel punto.

Jwi e Saphino, Americani, hanno confermato con esperienze questa teoria, asserendo che, oltre che per la classica crisi anafilattica, l'ulcera può anche formarsi per lo assorbimento locale di proteine male digerite.

**TEORIA TRAUMATICA.** — La formazione di ulcersi in seguito a traumi è sostenuta da pochi autori, quantunque Aschoff le abbia dato una grande importanza.

**TEORIA COSTITUZIONALE.** — Alcuni autori tengono in gran conto la ereditarietà avendo dimostrato l'esistenza di ulcera in vari membri della stessa famiglia. I tipi costituzionali che più facilmente vanno soggetti all'ulcera sono *l'astenico di Stiller, il respiratorio di Sigaud, il microsplanenico di Zisa ed il longilenco di Pende*. In realtà però non si può assegnare un vero tipo costituzionale.

**TEORIA ENDOCRINA.** — Si debbono considerare le paratiroidi e le surrenali.

Diversi autori emisero l'idea che una diminuita funzione delle ghian-

dole paratiroidi provochi dei disturbi nel metabolismo del calcio e una consecutiva alterazione dello spessore delle pareti gastriche. Questa alterazione favorirebbe l'attacco da parte dei succhi gastrici. In seguito alla somministrazione di estratto paratiroideo si ristabilirebbe l'equilibrio chimico.

Sono state da diversi autori incriminate anche le *surrenali*; ma in realtà dobbiamo dire che scarsa è la compartecipazione delle ghiandole endocrine allo sviluppo delle ulcere.

**TEORIA ACIDOTICA.** — Fu proposta nel 1927 dal Balint, il quale disse che negli ulcerosi il *Ph* sanguigno ha valori più bassi del normale, e quindi in questi ammalati alcalinizzati per via endovenosa, l'alcalinizzazione delle urine è ritardata e, basandosi su questa premessa, emise la teoria secondo cui l'ulcera gastrica duodenale sarebbe dovuta a questo speciale stato acidotico, il quale è a sua volta, in rapporto con l'alterazione dei centri nervosi respiratori.

I risultati che si ottennero in seguito a ripetute esperienze furono quasi negativi.

**TEORIA DELL'ACIDOSI LOCALE.** — Questa fu emessa e sostenuta dal Prof. Manginelli di Roma, il quale in seguito ad esperienze è venuto alla seguente conclusione: « *L'ulcera è l'espressione anatomica di autodigestione che segue di pari passo le successive e progressive variazioni in senso acidotico, indotte per lo più nei tessuti da un processo flogistico, il quale altera profondamente l'equilibrio acido basico cellulare, ora attaccando direttamente i tessuti stessi, ora determinando primitivamente lesioni nerrose e vascolari* ».

Concludendo la patogenesi dell'ulcera gastrica è ancor insoluta, ma per altro si può ritenere che alla genesi di questa malattia non concorre una sola causa, ma diverse insieme, come affermano Mathieu e Montier, i quali spiegano la patogenesi dell'ulcera con la *teoria eclettica*, secondo la quale « *la genesi e l'evoluzione dell'ulcera si spiega con l'ammettere l'azione associata di diversi fattori* ».

Varie sono le cause che predispongono alla formazione dell'ulcera, e dobbiamo ricordare le cattive condizioni igieniche, il sistema d'alimentazione (abuso di cibi e bevande irritanti, troppo calde e troppo fredde). Già abbiamo accennato alle condizioni individuali e costituzionali, essendo la formazione dell'ulcera favorita dalla costituzione astenica linfatica, nonché dalla clorosi e dalla tubercolosi.

Tra le cause di produzione dell'ulcera duodenale, oltre quelle menzionate, dobbiamo rammentare l'alcoolismo e la costituzione nevrotica, condizione questa sostenuta da Bergmann, che scrive che l'ulcera sarebbe « *un epifenomeno nel gran quadro delle neurosi gastriche* » avendo riscontrato in ammalati di quest'affezione « *stigmata del sistema nervoso vegetativo* ».

## EVOLUZIONE DELLA MALATTIA

Molto importante è l'interrogatorio dell'ammalato per raccogliere l'anamnesi. Perciò prima di tutto si faccia attenzione alla eredità. In seguito si cerchi che l'infermo ci spieghi con esattezza l'inizio dei disturbi, i quali sono atipici ed in principio consistono in ruttii e pirosi, della durata e scomparsa di questi, degli intervalli di benessere (che possono essere di mezzo anno, nella maggioranza dei casi di qualche settimana e raramente di anni ed anni), della comparsa del dolore e della sua durata (più frequente in autunno che in primavera), del vomito, dell'ematemesi, ecc.

Di grande importanza è il poter sapere dal paziente il rapporto tra l'insorgenza del dolore e la consumazione dei pasti, poichè vi è il dolore precoce, insorgente subito dopo i pasti, e quello tardivo che si manifesta dopo una, due, tre, cinque, sei ore dall'ingestione dei cibi e anche a stomaco vuoto (cosiddetto dolore da fame). L'importanza di questo rapporto non solo è grande per la diagnosi differenziale tra ulcera gastrica e duodenale, ma anche tra questa e altre malattie addominali.

Il dolore precoce è più frequente nell'ulcera gastrica che nella duodenale, in cui si ha il dolore tardivo ed il dolore a digiuno o da fame, che per altro non sono sintomi esclusivi di quest'ulcera, potendosi trovare anche in quella gastrica. I pazienti descrivono il dolore precoce come un senso di pressione o bruciore all'epigastrio o come senso di fame aumentata. Solo qualche volta il dolore è trafittivo, bruciante, dilaniante, tanto che il paziente casca in uno stato di completo abbandono: ma ripeto questo dolore simile alla violenza del dolore da colica, è molto raro.

Importante è la delimitazione della sede del dolore, perchè così si può trarre il sito dell'ulcera: nella maggior parte dei casi il dolore ha sede al disopra dell'ombelico e precisamente nel cosiddetto epigastrio; quello che viene avvertito nella linea xifombelicale o alla sua destra denota l'ulcera pilorica e duodenale, mentre quello della linea mediana dell'addome ed alla sua sinistra, fa pensare ad ulcera del corpo dello stomaco.

Il dolore che viene avvertito all'appendice ensiforme dello sterno o alla sua sinistra verso il capezzolo mammario fa supporre un'ulcera del cardias.

Una grande importanza ha anche l'indicazione di questo dolore; così il dolore che s'irradia a sinistra sino all'arcata costale e al dorso oppure gira attorno al corpo quasi dando all'infermo la sensazione come se fosse costretto da una cintura, fa pensare a ulcera del corpo dello stomaco, mentre il dolore irradiantesi a destra fino all'arcata costale ed alla parete destra del dorso dà la supposizione di un'ulcera duodenale e parapilorica. Allorchè il paziente segnala un dolore irradiantesi o alla scapola o a sinistra alla spalla, si deve pensare nel primo caso ad una complicazione delle vie biliari e nel secondo caso a quella del pancreas.

Per condurci alla diagnosi bisogna tenere presente due altri fatti che ci vengono denunziati dall'ammalato e precisamente:

1° — Il suo modo di comportarsi durante la fase del dolore, durante la quale, l'infermo sta tranquillo a letto, pallido in viso che è contratto per il dolore oppure è seduto sul letto curvo con le mani sul ventre per attutire il dolore: tale è il comportamento dell'ulceroso paziente, perchè l'infermo colpito da dolore per colelitiasi o per calcolosi renale non può stare fermo a letto.

2° Il vomito, sintomo molto frequente nell'ulcera gastrica e duodenale, che avviene senza alcuna molestia e che arreca sollievo all'ammalato ed è costituito da residui alimentari di fortissimo odore acido. Può avvenire anche a digiuno, emettendosi allora liquido fortemente acido. E l'importanza del vomito sta appunto nel fatto che, mentre negli ulcersi esso arreca un sollievo, nei casi di colecistite o di colelitiasi è tormentoso, accompagnato da conati e non arreca alcun benessere al paziente.

Naturalmente è di massima importanza la denuncia di vomito sanguigno da parte dell'individuo.

Altro sintomo molto importante per gli ammalati di ulcera gastroduodenale è l'emorragia, che avviene o sotto forma di vomito sanguigno, com'è frequente nell'ulcera gastrica, oppure il sangue viene eliminato con le feci, (*melena*), frequente nell'ulcera duodenale. Il vomito sanguigno è costituito da residui alimentari e da sangue puro o in parte aggrumato di colorito *scuro nerastro, simile a posa di caffè*.

Il sangue emesso può raggiungere la quantità di un litro e più, e la *gastrorragia* può avvenire una volta come può ripetersi ad intervalli più o meno lunghi.

Anche le feci assumono un colorito speciale nero *picco (melena)*. Questa emissione sanguigna per via rettale può ripetersi.

In genere la *gastrorragia* raramente è mortale (lo è soltanto in caso di rottura di grossi vasi); e così anche l'*ematemesi*, la quale in genere lascia delle conseguenze più o meno gravi consistenti in una forte anemia generale secondaria.

E' pacifico che l'emorragia gastrica è molto più grave di quella per ulcera duodenale.

Oltre a questi sintomi principali il paziente si lamenta di eruttazioni più o meno acide, di pirosi, di scialorrea, di vertigine, di deliquio, di stipsi (frequente nell'ulcera duodenale), di tolleranza o meno di alcuni cibi come i cibi acidi, agri, oppure poco digeribili come insalata, patate, frutta cruda, ecc.

Anche importante è conoscere il comportamento dell'appetito e del peso del paziente, poichè può darsi che a seguito del *dolore da fame* introduca più frequentemente cibi e aumenti quindi di peso, mentre l'affetto di ulcera nel corpo dello stomaco ha poco appetito, molta sete e diminuisce di peso.

**ESAME OBBIETTIVO.** — Alcuni autori, e specialmente Bergmann, hanno parlato di tipo *costituzionale* speciale per l'ulcera. Invero sino ad oggi ciò non si è potuto accertare. Soltanto possiamo dire che l'ammalato di ulcera gastrica ha un aspetto molto depauperato in confronto di quello di chi è affetto da ulcera duodenale, nel quale non si riscontra alcuna modificazione nel suo stato di nutrizione, a meno che non vi siano delle complicazioni.

L'ammalato è spiccatamente pallido, il polso è aumentato e frequente ed ascoltando il cuore si odono rumori anorganici. Vi può essere anche elevazione termica (febbre da anemia).

L'ispezione dell'addome non fa rilevare nulla d'importante, ed alla palpazione in linea generale non si sente affatto l'ulcera, tranne che sia un'ulcera grossa, callosa, ed allora si ha la sensazione di palpare un tumore. Nella maggior parte delle ulcere duodenali si *palpa il fegato*, ed il cuore è leggermente ingrandito.

Importante nella palpazione è la ricerca del punto doloroso che nell'ulcera semplice si trova sulla cosiddetta linea alba, mentre se con la pressione il dolore si estende verso l'arcata costale destra, è da pensare ad ulcera pilorica o duodenale, se invece si estende verso sinistra, raggiungendo il bordo costale sinistro, si propende per l'ulcera del corpo dello stomaco o del cardias.

Gli stessi dati si traggono dalla percussione.

Alcuni autori hanno parlato di zone di iperestesia e di iperalgesia cutanea (zone di Head), le quali però ci servono soltanto come dati differenziali per la diagnosi di ulcera da quella di malattie delle vie biliari e del pancreas. Per altro queste zone difficilmente sono rivelabili, e i punti dolorosi di Boas (al dorso, all'altezza della decima-dodicesima vertebra toracica), che da alcuni sono considerate come il punto terminale delle zone di ipersensibilità, non sono affatto da considerarsi come patogene dell'ulcera.

**ESAME DEL CONTENUTO GASTRICO.** — Molto importante è l'esame del contenuto gastrico per la ricerca dell'iperacidità come riscontrò Riegel. Questo medico esaminando il contenuto gastrico a stomaco a digiuno, trovò un liquido ricco di acido cloridrico, che è aumentato se l'esame viene praticato un'ora circa dopo i pasti.

Due sono i metodi usati per l'esame del contenuto gastrico: ossia quello di un unico sondaggio, praticato dopo la colazione di prova, tipo *Ewalds Boas*, consistente in un panino e del thè; e l'altro moderno del sondaggio frazionato.

Troppo lungo sarebbe discutere e vagliare tutto quello che si è scritto sulla preferenza o meno dell'uso dell'uno o dell'altro metodo; certo è che col primo metodo si è giunti ad avere la dimostrazione dell'esistenza del cosiddetto *acido libero nel contenuto gastrico* di un'ulcera gastro duodenale, mentre le cifre che si sono ottenute con lo svuotamento frazionato

hanno dato dei risultati incerti. Però il sondaggio frazionato è importante dal punto di vista della diagnosi differenziale, perchè esso ci dimostra più chiaramente la presenza o meno di achilia, permettendoci così la differenziazione tra ulcera duodenale e carcinoma e colecistopatia, ecc.

**EMORRAGIE OCCULTE.** — Di grande importanza per stabilire la diagnosi di ulcere gastroduodenali è la ricerca delle cosiddette *emorragie occulte*, ricerca che viene eseguita o col metodo del *guaiacolo*, consigliato da Weber, oppure con quello del *cloridrato di guaiacolo*, proposto da Boas e modificato da Gregersen con la *benzidina*. Bene intesa questa ricerca deve essere eseguita tenendo il paziente per qualche giorno ad alimentazione priva di carne, e dev'essere eseguita diversi giorni dopo la emorragia. Se questa ricerca, come dicono diversi autori, non ha un grandissimo valore per l'ulcera gastro duodenale nella quale, nel maggior numero dei casi, mancano le emorragie occulte, ha invece importanza per la diagnosi differenziale tra queste e carcinoma, poichè si può dire con quasi certezza che la loro mancanza sia sufficiente per scartare la diagnosi di carcinoma gastrico, ove la emorragia è continua.

**ESAME RADIOLOGICO.** — In questi ultimi anni grande aiuto alla diagnosi di ulcera gastroduodenale è stato dato dall'esame radiologico dello stomaco e del duodeno. Non è compito mio di trattare dettagliatamente la tecnica della ricerca radiologica, soltanto dirò che questo mezzo ci ha dato la possibilità di vedere nello stomaco l'esistenza della *nicchia*, la quale è varia di forma e di volume a secondo della sede dell'ulcera, essendo di solito più grande nel corpo dello stomaco che non al cardias o al piloro; la *nicchia* è infatti piccola e spianata (ulcera semplice) oppure ha la grandezza di una ciliegia o di una noce (ulcera callosa).

Oltre alla presenza della *nicchia*, la quale nell'ulcera duodenale raffigura l'impronta del cratere ulceroso e la cui dimensione varia da un grano di pepe ad un pisello e molto raramente ad una nocciola, con l'esame radiologico possono osservarsi le altre alterazioni delle zone vicine all'ulcera, nonchè le retrazioni della parete gastrica, il riempimento brusco o ritardato del bulbo duodenale, del passaggio del cibo attraverso esso, la peristalsi, ecc.

**GASTROSCOPIA.** — In questi ultimi anni si è voluto tentare a scopo diagnostico la *gastrosopia*, ma in realtà dal punto di vista pratico è di molto inferiore a quello radiologico, mentre ha grande importanza scientifica.

## COMPLICAZIONI DELL' ULCERA

Due complicazioni abbastanza gravi si devono tenere presenti: *la grave emorragia e la perforazione*.

Dalle statistiche risulta che l'emorragia è più frequente nell'ulcera

gastrica anzichè nella duodenale, ed infatti la mortalità per emorragia è più alta nella prima che nella seconda. Come abbiamo già detto, l'emorragia può avvenire per *ematemesi* e per *melena*; più frequente la prima nell'ulcera gastrica, la seconda nell'ulcera duodenale. La quantità di sangue emessa può giungere fino a tre litri.

L'emorragia, dopo la quale i disturbi e i dolori da ulcera scompaiono, non ci permette di poter fare una diagnosi differenziale, dato che essa si può avere in tre malattie, ulcera, carcinoma e cirrosi epatica. Molto più grave è l'altra complicazione ossia la *perforazione*, che da statistiche risulta essere più frequente nell'ulcera duodenale anzichè nella gastrica. La perforazione più frequente avviene per ulcere della parete anteriore sia per lo stomaco che pel duodeno e tale perforazione può avvenire nella cavità addominale producendo la peritonite generalizzata oppure nella cavità pleurica sinistra.

La perforazione si rende evidente con un dolore violentissimo quasi come una coltellata che attraversa la parete superiore dell'addome e che qualche volta si irradia alla spalla.

L'ammalato cade in deliquio col viso pallido, contratto, ricoperto di sudore, con polso che da prima buono, diventa piccolo, frequente, con respiro superficiale e frequente. Appena avvenuta la perforazione vi è il vomito che scompare per ricomparire poscia. La temperatura da prima al disotto del normale, diviene febbrile anche molto elevata.

Si è così formata la peritonite diffusa, la quale provoca la morte del paziente in pochi giorni. Ma non sempre il decorso della perforazione è così rapido, poichè si possono avere casi in cui sin dai primi giorni si ha la sintomatologia della formazione di un ascesso intraperitoneale oppure dell'ascesso subfrenico.

Molto raramente si ha la guarigione spontanea. Allorchè si sia in presenza della perforazione, anche se non si è potuto indovinare la sede, è consigliabile ricorrere all'operazione.

La diagnosi di sede della perforazione è facile, allorchè vi siano già stati sintomi di ulcera.

Altra complicazione importante è la *degenerazione carcinomatosa dell'ulcera*, la quale fu per primo dimostrata da Hauser nel 1883. Difficilmente in vivo si potrà fare diagnosi di *ulcera cancro*; può soltanto sospettarsi dal fatto che l'iperacidità improvvisamente si trasforma in anacidità e che l'emorragie occulte, rare nell'ulceri, divengono continue.

## DECORSO E PROGnosi DELL' ULCERA

Il *decorso* è cronico e quantunque vi sia un periodo in cui i disturbi sono cessati, non tutti gli autori ammettono la loro definitiva scomparsa, e quindi la guarigione dell'ulcera. In realtà mi sembra che tali autori siano un po' troppo severi, non volendo ammettere la guarigione di questa

malattia: piuttosto è necessario diagnosticarla e curarla subito, essendo soltanto così facile provocare la guarigione.

La *prognosi*, eccettuato le gravi complicazioni summenzionate, è buona *quoad vitam* e non è niente affatto vero che l'ulcera duodenale sia più pericolosa della gastrica.

L'*ulcera semplice* più facilmente guarisce; e all'esame radiologico e gastroscopico, dopo una stringata cura medica non si osservano più le *nicchie*. Bene si comprende che la evoluzione dell'ulcera è in rapporto alla sede della medesima; ed infatti le ulcere piloriche sono causa di stenosi pilorica, quelle della piccola curvatura cagionano l'inghinocchiamento di questa, ecc. Anche la contemporanea affezione di un organo vicino è sempre in relazione alla sede dell'ulcera e così l'ulcera duodenale e quella della parete posteriore dello stomaco tende alla partecipazione del pancreas.

## DIAGNOSI DIFFERENZIALE

L'esame radiologico come abbiamo detto, ci ha giovato per la diagnosi differenziale, avendo questo metodo potuto fornirci i segni diretti dell'ulcera.

Anche dimostrazione del comportamento dell'acidità gastrica e della emorragia occulta ci offrono la possibilità di fare la diagnosi differenziale tra ulcera e carcinoma.

Alquanto difficile è la diagnosi differenziale tra ulcera e gastrite, poichè clinicamente non abbiamo alcun punto sicuro sul quale fondare la diagnosi; un qual certo aiuto lo possiamo avere nell'esame microscopico del contenuto gastrico, nel quale si trova un'aumentata concentrazione di leucociti. Ma tale aumento di leucociti non è molto sufficiente per stabilire la diagnosi di gastrite; come pure non ci suffraga il contenuto di muco nel succo gastrico.

Perciò, come ho già detto, la diagnosi differenziale sicura tra *ulcera e gastrite* si ha dall'esame radiologico che ci mostra la classica *nicchia*. E se qualche volta l'esame radiologico è negativo per la nicchia, qualche autore ritiene essere sufficiente il risultato dell'esame del succo gastrico, il quale se ci dimostra *anacloridia* ci fa propendere verso la gastrite, mentre se ci dimostra *iperacidità* si può subito pensare all'ulcera.

Mediante i mezzi moderni d'indagine, è molto facilitata la diagnosi differenziale tra ulcera e *colecistopatia*.

Si differenzia dalle *gastralgie nervose* specialmente per i dolori che si presentano ad accessi ed irregolarmente e non hanno alcun rapporto con l'ingestione degli alimenti.

Difficile è anche la diagnosi tra ulcera e *dispepsia nervosa*, la quale è caratterizzata da dolori vaganti ed indipendenti dall'alimentazione.

Oltre i sintomi differenziali già enumerati per la diagnosi tra ulcera e carcinoma bisogna tener conto del *dolore* che nel carcinoma è sordo per-

manente, è in rapporto con l'ingestione dei cibi, e che è soggetto a parossismi: inoltre è da notarsi che mentre l'*ematemesi* del cancro è rosso vivo, quella dell'ulcera è color posa di caffè.

## TERAPIA

Moltissimi sono i rimedi che sono adoperati nella cura di questa malattia che tratteremo brevemente.

Lo scopo di un'adatta dieta è quella di far sì che lo stomaco lavori il meno che sia possibile somministrando quegli alimenti che sono considerati inibenti la funzionalità gastrica; e pertanto è necessario mettere contemporaneamente anche il malato a riposo assoluto a letto, obbligandolo per alcuni giorni ad una dieta assolutamente lattea, incominciando da pochissimo quantitativo, giungendo ad un litro e mezzo a due.

In seguito si passa a pappe, semolino, purea, pastine e poscia a minestre asciutte, frutta ben cotte, e dopo due mesi a carni bianche e pesce lessato.

In realtà la tanto vantata dieta lattea assoluta, la quale è considerata come un'ottima alimentazione, ha i suoi vantaggi e svantaggi: vantaggi, inquantochè è diuretica, si somministra facilmente: svantaggi sono nella sua pochissima proprietà energetica, poichè pur dandone tre e più litri, a causa dell'eccesso di proteine e specialmente dei grassi e per la poca quantità di idrati di carbonio, si hanno disturbi digestivi e deficienza nutritiva, per cui si è costretti a sospendere la somministrazione. A ciò va aggiunto la difficile digeribilità, la mancanza del ferro, per cui facilmente produce anemia, la intolleranza. Perchè quindi l'alimentazione possa corrispondere agli scopi prefissisi dal medico è necessario rendere il latte omogeneo, correggendone la scarsezza di idrati di carbonio e diminuendo il contenuto dei grassi e ciò si può ottenere associando al latte altri alimenti misti.

Da alcuni autori si è prescritta una dieta *dechlorurata* poichè la ritenevano giovevole per l'ipercloridia e l'acidità; ma Landaun e Glals videro invece aumentare l'acidità gastrica, che fu osservata anche da Eimer. Da ciò si deduce dunque che non si può stabilire una dieta speciale voluta dai Tedeschi e dai Nord Americani, nè chiuderci in schemi troppo rigidi, ma piuttosto si deve eseguire una *dieta individuale*, tenendo sempre presente però che il relativo riposo dello stomaco è la nutrizione dell'individuo. Allo scopo giusto di non affaticar molto lo stomaco ed il duodeno si è pensato da molti autori quali Damade, Henning, Einhor di introdurre il cibo nel duodeno con la sonda inventata da quest'ultimo. Ma diversi autori pur ritenendo questo sistema, come quello digiunale, buono, sono molto perplessi nel dichiarare la sua assoluta bontà, dati i gravi inconvenienti, come l'insorgenza di crisi vagali.

Studi recenti hanno dimostrato che sulla secrezione e la motilità

gastro duodenale si può avere ragione usando polveri inerti e l'atropina.

Moltissime sono le polveri inerti, ma la principale è il *bismuto* sotto forma di *carbonato di bismuto* che si deve dare alla dose di 15 gr. al giorno divisi in tre o quattro dosi, durante o dopo i pasti; quale sia la sua vera azione ancora non è stato ben dimostrata, ma si ritiene che esso deve avere un'azione topica sia anche assorbente, antiacida e sedativa; è stato dimostrato che giova molto.

Da qualche autore è stato usato in sua vece il *solfato di bario* alla dose di 35 a 50 grammi al giorno, il quale provoca parecchi inconvenienti: altri ancora usano il *citobarium*, il *caolino*, la *kaolinae*, il *silicato d'alluminio*, la *gelatina*, ecc., i quali però hanno azione molto inferiore a quella del bismuto. Anche poco nota è l'azione dei *sali d'alluminio*, di cui sono noti il *silicato*, l'*idrato colloidale*.

Molto usata è stata la cura di Sappey a base di latte e bicarbonato di sodio; ma ora di questa si accenna come fatto puramente storico.

L'*atropina* ha un'azione nettamente vago inibitrice sulla funzionalità gastrica motoria e secretoria dello stomaco; però praticamente i suoi effetti non sono stati molto rilevabili, specie per quanto riguarda la sua inibizione secretoria, ritenendosi invece che essa agisca sulla motilità gastrica.

L'*atropina* va data alla dose di uno o due milligrammi al giorno in due volte.

Il Lo Monaco ed i suoi allievi hanno dimostrato la bontà dell'uso di *soluzioni glucosate* per via sottocutanea o endovenosa.

Il Bazzano pochi anni or sono ha introdotto nella terapia dell'ulcera l'uso del *benzoato di sodio* in soluzione al 25 % per iniezione endovenosa ed egli, come il Bottino e Cantone, ha constatato un notevole miglioramento consistente in benessere, aumento del peso e nella completa scomparsa della sintomatologia dell'ulcera, quantunque poco variata si osserva all'esame radiologico.

Da alcuni autori si è parlato dell'uso della *mucina*, la quale avrebbe la proprietà di essere oltre un protettivo meccanico, anche un antiacido ideale, perchè fissa l'acido in eccesso senza provocare disturbi nella digestione, ragione per cui questo mezzo terapeutico non è ancora entrato nella pratica.

Allo scopo di combattere la flogosi e l'infezioni si usa la *proteino-terapia sia aspecifica che specifica*. Ricordiamo la pepsinoterapia, della quale si è molto parlato in questi ultimi anni, specialmente per opera di Lœper, al quale seguirono Defray, Michaux e M. de Santon, i quali dissero che la *pepsina* aveva un'azione desensibilizzatrice provocando così un antifermimento: l'*antitrepina*.

Molti lavori sia di autori esteri che Italiani sono stati scritti sulla applicazione della *pepsina*, la quale pare arrechi un notevole giovamento, specialmente se essa viene preparata insieme col benzoato di sodio.

Contro la flogosi è stato anche adoperato il *sale di argento*, tra i

quali il *nitrate* alla soluzione 1/200 somministrandone un cucchiaino mezz'ora prima dei pasti.

Il Manginelli adopera prima dei pasti in dosi moderate l'*iodo per via orale*.

Poichè diversi autori Americani, tra i quali Mc. Carrison ritengono l'ulcera una malattia da carenza vitaminica e particolarmente delle Vitamine B.C. hanno consigliato l'uso delle *Vitamine*, le quali se non hanno un'azione cicatrizzante come da alcuni si ritiene, hanno perlomeno la proprietà di aumentare il trofismo.

Contro il dolore si prescrivono gli oppiacei, oppure il *luminal*, i *bromuri*, il *cloralio*, nonchè l'*atropina*, la quale come sappiamo, ha un'azione vagoinibitrice.

Alcuni autori hanno dimostrato che sul sistema vegetativo si poteva agire mediante il sistema endocrino, per cui hanno pensato che la somministrazione di *ormone paratiroideo*, sotto forma di *ormone di Collip* alla dose di 10, 20 unità al giorno o di *paratiroidina* alla dose giornaliera di 1, 2 emc.; e così si correggerebbe lo squilibrio endocrino neurovegetativo e biochimico provocando azioni antispastiche, antisecretive ed antinfettive. Quantunque molti autori Tedeschi e Francesi abbiano avuto dei buoni risultati, constatando la sparizione dei dolori ed il vomito e osservando un miglioramento nello stato generale dell'ammalato e l'aumento di peso, e abbiano notato un evidente miglioramento locale dell'ulcera all'esame radiologico, pur nondimeno diversi altri autori sono molto scettici e adducono ad una strana coincidenza i benefici descritti dagli altri, perchè essi sostengono che il meccanismo d'azione dell'*ormone paratiroideo* sull'ulcera gastroduodenale è molto scura, ed il Manginelli ed altri spiegano i felici risultati constatati, dicendo che questi sono dovuti all'azione *spasmomoderatrice* sulle terminazioni vagali.

Qualche altro autore ha usato l'estratto *pancreatico desinsulinizzato*, ottenendo, secondo Vaquez, buoni risultati, che si avrebbero anche dall'uso dell'*estratto del lobo posteriore dell'ipofisi*, come hanno dimostrato Drouet e Simonin.

Allo scopo di sopperire l'alterato equilibrio acido basico portandolo verso l'alcalosi, si è pensato di ricorrere alla somministrazione di alcali in eccesso e si ritorna così al metodo di Sippy, il quale però se arreca giovamento, non è scevro di inconvenienti.

Si è pensato allora di ricorrere ad altri rimedi e così buoni effetti si sono avuti dall'uso dell'*insulina*, che fu studiata da diversi autori, i quali giunsero ad iniettare dalle 40 alle 200 unità al giorno a seconda della tolleranza degli ammalati, constatando un miglioramento dei disturbi, i dolori e l'acidità, la pirosi diminuiva fino a scomparire, il dolore locale era diminuito. L'esame radiologico fece notare la scomparsa dei segni del processo ulcerativo. E giustamente scrive il Manginelli: « *Gli effetti benefici dell'insulina sono chiaramente espressi dalle sue riconosciute proprietà, alca-*

*litolica e parasimpaticomimetica* » ed anche egli ha ottenuto ottimi risultati.

Non posso chiudere il capitolo della terapia medica dell'ulcera gastro-duodenale senza menzionare la cura degli *aminoacidi* e la somministrazione del *triptofano e della istidina*, che hanno sperimentato Weiss e Aron; nonchè Sandweiss e Batsshkod, i quali scrivono di avere ottenuto la guarigione clinica, però non tutti sono d'accordo, poichè sono state riscontrate delle recidive, per cui è consigliabile attendere ancora ulteriori studi prima di applicare questo sistema.

Concludendo nei riguardi della terapia medica, se essa non possiede uno specifico, pur tuttavia ha dei presidi terapeutici, i quali bene adoperati conducono alla guarigione completa e definitiva dell'ulcera.

Se vi è *emorragia* si porrà l'individuo a riposo a letto, a dieta assoluta, permettendogli solamente qualche pezzettino di ghiaccio in bocca, gli si applicherà la borsa di ghiaccio sull'addome e si faranno ingerire dei medicinali emostatici (estratto fluido di *hydrastis canadensis* e di *hamamelis virginica*) e si inietteranno delle sostanze coagulanti.

Allorchè vi sia la perforazione, la quale è una complicanza temibilissima o quando vi sia la *cancerizzazione dell'ulcera*, si ricorre all'intervento chirurgico, il quale consiste nella *gastroenterostomia o nella resezione*.

Siccome la cura chirurgica è stata criticata essendosi dopo l'intervento chirurgico, ripresentati disturbi simili a quelli antecedenti all'operazione, riportò quanto a questo proposito scrive il Leotta: « *in conclusione, quindi, è la inesatta concezione patogenetica e clinica dell'ulcera che porta ad imprecise ed incomplete applicazioni chirurgiche. Bisogna che tutti i chirurghi, che operano l'ulcera gastroduodenale, tengano bene presente come l'ulcera, lungi da essere quell'affezione isolata e bene individualizzata qual finora è stata ritenuta, è sempre, senza eccezione alcuna, accompagnata da quel complesso di lesioni della sindrome addominale destra, in cui esiste, fra l'altro, una appendicite in atto o spenta, ma sempre riacutizzabile. Ed in conseguenza di questo dato anatomopatologico costante, la guarigione dell'ulcera non potrà essere stabile se non si rimuovono tutti i focolai flogistici extra gastro duodenali. Questi focolai, che hanno tanta parte nella sintomopatologia e nell'evoluzione dell'ulcera, hanno importanza capitale nel trattamento chirurgico dell'ulcera, e conseguentemente, anche sui cattivi risultati di questo. Bisogna convincersi che l'asportazione del focolaio in parola, che nella grandissima maggioranza dei casi si riduce alla appendicectomia ed alla riscecolisi del colon destro, ha, nella cura chirurgica dell'ulcera importanza superiore al trattamento che direttamente si applica al focolaio ulceroso* ».

RIASSUNTO

*L'A. dopo aver largamente illustrato la sintomatologia, il decorso e la prognosi dell'ulcera gastro-duodenale ed aver passato a rassegna i numerosi mezzi a disposizione per un'adeguata terapia, conclude che essa possiede vari presidii i quali, se bene adoperati, conducono alla guarigione definitiva e completa.*

~~318658~~

---



•••

54674

10146

