

ESTRATTO

ANNO V — N. 8-9

PUBBLICAZIONE MENSILE

SETTEMBRE-OTTOBRE 1939-XVII

SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE

La Clinica

DIRETTORI:

PROF. ANTONIO GASBARRINI

PROF. RAFFAELE PAOLUCCI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA MEDICA
PADOVA

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA CHIRURGICA
ROMA

REDATTORE CAPO
MARIO TRINCAS

REDATTORI PER LA MEDICINA

G. BASSI e G. SOTGIU

REDATTORI PER LA CHIRURGIA

A. QUIRI e E. RUGGIERI

SEGRETARIO DI REDAZIONE

E. BERNABEO

ANNO SESTO

1939

*Misc B
67
3*



**Possibilità chirurgiche nel trattamento
della colite ulcerosa idiopatica.**

DOTT. G. BENDANDI
ASSISTENTE E DOCENTE

DOTT. P. JACOBELLIS
ASSISTENTE

L. CAPPELLI — EDITORE — BOLOGNA

La Clin.

Possibilità chirurgiche nel trattamento della colite ulcerosa idiopatica.



DOTT. GIUSEPPE BENDANDI
ASSISTENTE E DOCENTE

DOTT. PASQUALE JACOBELLIS
ASSISTENTE

La colite ulcerativa idiopatica è essenzialmente malattia medica, che si giova di una terapia medicamentosa, la quale riesce nella grande maggioranza dei casi a dominare i sintomi del male e a reintegrare l'individuo colpito nel suo stato di salute. È quando subentrano i fenomeni gravissimi, iperacuti, che non regrediscono sotto l'azione dei medicamenti e le complicazioni, prime fra tutte la peritonite, sia sotto forma di pericolite adesiva soprattutto biliare, sia di vasti accessi pericolitici, e sia infine per perforazione di ulcere sotto forma di peritonite diffusa che è richiesta l'opera del chirurgo alle possibilità del quale è affidata la vita in pericolo del malato.

Per questo la malattia deve essere conosciuta nelle sue linee fondamentali anche dal chirurgo, perchè attraverso l'esperienza accresciuta e un possibile ampliamento delle indicazioni all'intervento, le statistiche degli esiti finali possano migliorare.

La colite ulcerosa idiopatica che oggi BARGEN chiama anche « trombo-ulcerativa », è stata descritta fin dal 1875 da WILKS e MOOAN; non è molto frequente nel nostro paese, se si deve giudicare almeno dalle molte centinaia di casi che sono raccolti e descritti dagli AA. americani, dal fervore col quale essa è studiata e dalle numerose serie di lavori apparsi e volti particolarmente alla ricerca dei mezzi terapeutici più adatti.

Particolarmente i chirurghi che hanno tentato diverse vie per aggredire il male e

hanno già, sulla base di una esperienza solida, ottenuto dei notevoli successi. La nostra letteratura medica sull'argomento è indice dell'interesse che la malattia ha sia da un punto di vista scientifico che pratico; al contrario quella chirurgica è del tutto inesistente.

Un caso capitato alla nostra osservazione e ricoverato in clinica in condizioni gravissime, operato e guarito ha tratto la nostra attenzione sui problemi riguardanti questa malattia e lo studio della terapia della colite ulcerosa idiopatica dal punto di vista chirurgico ci è parso quanto mai avvincente.

È molto probabile che una fattiva collaborazione fra medici e chirurghi in questo campo, anche fra noi, porti a migliorare sensibilmente i risultati terapeutici.

CASO CLINICO. - Si trattava di un giovane di 19 anni, M. Vittorio, di Grottaferrata, operaio, celibe, che presentava la seguente storia clinica:

Anamnesi famigliare: I genitori, sei sorelle ed un fratello sono viventi e sani. Non tare erodofamiliari.

Anamnesi fisiologica: Quintogenito nato a termine da parto eutocico, ebbe allattamento baliafico. Primi atti fisiologici come di norma. Ha condotto vita sobria facendo il manovale. Non beve, non fuma.

Anamnesi patologica: Tranne la rosolia, non ricorda di aver sofferto malattie degne di nota nell'infanzia e nella prima giovinezza.

Nel febbraio 1938 il paziente cominciò improvvisamente a soffrire di diarrea, senza che tale disturbo si potesse mettere in rapporto con eventuali disordini alimentari. Le scariche in-

sorgevano un'ora circa dopo il pasto e non erano precedute, accompagnate o seguite da dolori. Le feci non contenevano, almeno macroscopicamente nè muco nè sangue.

Solo dopo 15 giorni le feci, sempre diarroiche, divennero modificamente mucose e sanguinolenti e con tali caratteri rimasero per circa un mese e mezzo.

Alla fine di aprile il paziente migliorò: le feci si fecero meno liquide e il sangue scomparve; questo miglioramento durò fino alla metà di giugno, quando incominciarono le perdite sanguigne con le feci, perdite che da allora non sono più cessate divenendo sempre più imponenti. Malgrado tali disturbi il paziente continuò il suo lavoro, ritenendo che le perdite di sangue fossero dovute alla presenza di emorroidi.

Andava progressivamente anemizzandosi e astenizzandosi al punto che 15 giorni fa dovette sospendere il suo lavoro. Visitato alla Cassa Malattie fu fatto ricoverare in Clinica Chirurgica; quivi avendo un esame rettoscopico messo in evidenza delle ulcerazioni nella parte alta del retto fu sospettata una colite ulcerosa e solo dopo 4 giorni di degenza il paziente fu trasferito in Clinica Medica.

Dall'inizio della malattia fino ad oggi il paziente non ha mai avuto febbre e non ha mai avvertito dolori addominali. Egli ha perduto 5-6 kg. di peso ed è notevolmente impallidito.

Diuresi normale.

Esame obiettivo: Individuo longilineo in condizioni generali scadute. Cute e mucose visibili pallide. Facies composita, decubito indifferente. Sensorio integro, sistema linfoghiandolare, osteoghiandolare, muscolare: normale.

Nulla ai nervi craniici nè punti dolenti alla scatola cranica. Pupille isocriche ben reagenti alla luce, alla accomodazione e alla convergenza. Lingua umida e leggermente patinosa. Faringe iperemica.

Torace simmetrico di forma c'indrica, normalmente espansibile. Marmorio vescicolare normale su tutto l'ambito polmonare.

Aia cardiaca nei limiti: toni normali su tutti i focolai.

Addome: Trattabile, indolente alla palpazione, di forma e volume normale.

Fegato e milza nei limiti.

Arti normali per tono e trofismo.

Sensibilità, motilità, riflessività normali.

Esame delle urine (9-XI-38): Densità 1031, tracce di acetone; presente l'indacano; cloruri 17,4 ‰. Normali gli altri componenti. Nulla nel sedimento. Weber: ++ +.

Esame del sangue (11-XI-38): Esame emocromocitometrico ed istologico del sangue: HB 70; Gl. rossi 3.640.000; V. G. 0,98; Gl. bianchi 10.200; Granul. neutrof. 67; Granul. eosin. 1; Granul. basof. —; Monociti 4; Linfociti 28.

Cutirreazione alla tubercolina: negativa.

Reazione di Wassermann, di Meinicke, di Kahn: negativa.

Calcemia 11,40 ‰.

Agglutinazione R. W. per disenterici e paradisenterici: negativa.

Emocultura negativa.

Gruppi sanguigni: 2° gruppo.

Ricerca del bacillo di Koch nelle feci con arricchimento: negativo.

Esame delle feci: Semiliquide color rosso scuro, quasi inodori, a reazione alcalina. Abbondanti fiocchi di muco, numerosi leucociti ben conservati e abbondantissimi globuli rossi. Non parassiti.

Rettosopia: Si notano nel retto, specie nella parte alta di questo, delle piccole ulcerazioni superficiali multiple, sanguinanti, se urta e con l'apparecchio o con i tamponcini.

Esame radiologico (12-XI-38): Normale l'esofago, stomaco a sifone allungato e medializzato con peristole buona e peistalsi regolare sulle due curve. Piloro che si forma eccentricamente e lateralmente. Il bulbo duodenale è abbassato alla IV lombare. Pliche grossolane anche sulle altre porzioni. Normale il tenue. Ceco e colon meteorici ed ipotonicici. Con clisma opaco si osserva una normale ascesa del liquido opaco. Voluta suppletiva del sigma che nel tratto discendente si presenta picchiettato di bario dopo la prima evacuazione del clisma, con aspetto come si presenta nelle colite ulcerose.

9-III-39: L'esame radiologico del crasso mediante clisma opaco ha mostrato tutto il colon diminuito di calibro, rigido, nel quale non sono più apprezzabili le auste, il cui contenuto opaco ha un aspetto bucherellato.

3-IV-39: L'esame radiologico del crasso mediante clisma opaco ha mostrato una notevole riduzione di calibro con scomparsa delle auste nel trasverso e nel discendente, mentre il tratto ceco ascendente appare normale.

Terapia: coagulanti (avizina, ca'cio endovenoso 10 cc.), enterovioformio, tannino in cartine, cartine di bismuto e oppio, cloruro di calcio, cacolidato e glicerofosfato per iniezioni. Perette di amido. Sangostop 20 cc. Emetina 6 ctgr. Perette di Dermatolo caolino sottonitrato di bismuto in acqua.

Durante il soggiorno in Clinica Medica il pa-

ziente è andato progressivamente peggiorando, si è anemizzato e astenizzato gravemente in seguito alle copiose ed infrenabili perdite ematiche avute colle scariche diarroidiche, che sono aumentate di numero nelle 24 ore. La temperatura è aumentata. Il peso corporeo è di kg. 65,900.

In tali condizioni si ritenne opportuno provvedere ad una derivazione del circolo fecale e il paziente viene trasferito nella nostra clinica il 28-XI-38.

All'ingresso il paziente si presentava in gravi condizioni generali: la temperatura oscillava fra i 37°,5, 38°,5, 39°. Polso 110. Leucocitos: 12.900.

Nelle urine si trovavano i segni di una sofferenza renale di origine tossica con peso specifico di 1010 e con presenza di albumina.

Si procedette pertanto ad un'ileostomia il 30-XI-38.

In anestesia loco-regionale novocainica si pratica un taglio pararettale destro: il ceco si presenta fortemente arrossato ed edematoso. Si estrinseca l'ultima ansa dell'ileo, che a 10 cm. dalla valvola ileocecale, viene abboccata alla parete con una duplice corona di punti in seta.

Il paziente sopportò bene l'intervento e in 5ª giornata si aprì col termocauterio l'ano artificiale. Praticata così la derivazione del circolo fecale, le condizioni generali migliorarono immediatamente: discesa della temperatura sui 37° e del polso sui 90. Nei giorni successivi si somministrarono ipodermoclisi in soluzione glucosata (250 cc.) due-tre volte nella giornata e fu praticata una trasfusione di sangue di 200 cc. Si aumentò l'alimentazione in rapporto anche alle richieste dell'ammalato che aveva ripreso l'appetito.

In 10ª giornata la temperatura era completamente scomparsa e le condizioni generali erano del tutto migliorate.

Dall'ano ileale le feci continuarono a uscire liquide e sanguinolenti per 15-20 giorni. Dopo il sangue e il muco sono scomparsi, per ripresentarsi in quantità minime ancora rare volte. Attraverso l'ano artificiale si eseguivano lavaggi medicati (nitrato d'argento 1:3000, cloruro di magnesio 1:100) giornalieri e clisteri anche medicati per via rettale. Il peso è andato progressivamente e rapidamente aumentato (kg. 68), cosicchè il paziente si è ritrovato in breve tempo in buone condizioni generali.

Il 17 aprile, dopo 5 mesi di degenza, si è ritenuto opportuno procedere alla chiusura definitiva dell'ano ileale e dopo un mese il paziente

è stato dimesso senza che fossero apparsi altri disturbi, in perfetta salute.

Alcune considerazioni sul caso clinico descritto seguiranno, ad un rapido cenno sui principali punti riguardanti il quadro patologico della colite ulcerosa idiopatica.

Età e frequenza. - La malattia non molto frequente, colpisce a preferenza individui maschi, fra i 30 e 40 anni. Dal punto di vista chirurgico gli interventi da noi eseguiti debbono essere del tutto rari, se nella Clinica chirurgica di Roma dal 1920 ad oggi sono stati ricoverati 8 casi e uno solo, oltre al nostro, fu operato con esito infuasto.

Etiologia. - È molto discussa. Del resto è proprio dalle possibilità di escludere che si tratti di una colite amebica, tbc., o bacillare in senso lato, che è giustificato l'orientamento verso una forma idiopatica.

SCHMIDT afferma che le coliti di questo tipo dimostrano solamente una insolita sensibilità della mucosa intestinale verso quei fattori che di solito causano solamente infiammazioni benigne di tipo catarrale. Bacilli di varie specie, e sostanze tossiche sono state a volta a volta ritenuti agenti causali, come anche sono state invocate condizioni accentuate di deperimento organico.

BARGEN in un lavoro molto documentato conclude che il 70-80 % dei casi di colite ulcerosa, è determinata da uno streptococco: egli chiama questa forma trombo-colite ulcerativa, designando con questo termine la patogenesi della malattia.

Il rimanente 20-25 % dei casi sarebbe causato dall'intervento di molteplici fattori, come vari stati di deperimento organico, casi di allergia, ecc.

Controlli eseguiti nella Mayo Clinic, hanno tolto allo streptococco di BARGEN il valore assegnatogli.

Per GALLART MONES è l'intervento di un virus filtrabile, che avrebbe rapporti non ben chiariti con lo streptococco di Bar-

gen, che scatenerrebbe la malattia ulcerosa del colon; GAMBOCH pensa ad uno streptococco come agente specifico della malattia in parola, e HURTS alla Sighella dissenteria che pare abbia isolato dalle feci dei colitici ulcerosi.

BATTIAUX, ROSEMBLATT, STRAUSS, BORDONI, BASSLER, PATRASSI ed altri hanno separato germi delle più varie specie in casi di colite ulcerosa, così che in conclusione sembra non si debba poter scartare la possibilità che la colite ulcerosa idiopatica debba essere distinta in forme specifiche (diplococco di BARGEN) e aspecifiche, legate all'intervento di agenti causali vari.

Oltre a queste teorie tutte a base infettiva, un'altra serie riporta a fattori diversi, come il terreno (BENSAUDE e ROCHET), condizioni di allergia, di carenza della vitamina C (ANDRESEN, MAEKIC, OPIE, ecc.) soli o uniti, la genesi della colite ulcerosa.

Quadro clinico. - L'inizio della malattia può essere improvviso, con alta temperatura, preceduta da brivido, simile a quello di una polmonite franca, o graduale; è caratteristica la tendenza alle remissioni e alle ricadute, fino a 5 in un anno (RANKIN) o con latenza fra due attacchi successivi di dodici anni (BANKS e BARGEN). Si produce un deperimento rapido dello stato generale, con astenia e perdita di peso corporeo al quale si aggiunge una anemia progressiva. I malati accusano diarrea, all'inizio spesso senza sangue che compare in un periodo di tempo successivo, sotto forma sia di emorragia massiva (rara, 5 % secondo RANKIN), sia sotto forma di striature sanguigne che si trovano nelle feci insieme a muco e a pus. L'addome non presenta nulla di particolare all'esame obiettivo, se non una lieve dolenzia, una sensibilità speciale sul decorso del colon. Questo silenzio addominale obiettivo è un dato negativo di grande importanza.

Le complicazioni sono frequenti ed oltre ai fatti peritonitici già accennati si possono

osservare infezioni perianali, segni di avitaminosi, poliartriti, polineuriti, emorragie imponenti, perforazioni, trasformazione maligna delle lesioni ecc. Il sistema cardiovascolare denuncia a lungo andare segni di fiacchezza.

Anatomopatologicamente si osserva che le lesioni ulcerative colpiscono di norma il retto e il sigma ove la malattia inizia e si estendono a tutto il colon fino al cieco; solo nei casi gravissimi si possono trovare lesioni infiammatorie nell'ultima ansa dell'ileo. I processi ulcerativi distruggono la mucosa e alterano la sottomucosa, ma non oltrepassano, se non raramente e nei casi che evolvono verso la perforazione, la muscolaris mucosae, che è edematosa e iperemica, e la sierosa.

Le lesioni colitiche che si osservano nella colite ulcerativa idiopatica non hanno caratteristiche morfologiche ed istopatologiche assolutamente specifiche.

Rettoscopia. - BUIE descrive le lesioni della parete del colon durante le fasi attive della colite ulcerosa direttamente osservate al rettoscopio, dividendole in quattro stadi: 1°) iperemia più accentuata nel retto basso e nel canale anale; 2°) progresso delle lesioni del primo tipo con edema e rigonfiamento della mucosa che sanguina ad ogni tocco; 3°) comparsa di ascessi miliariformi, diffusamente disseminati, immediatamente sottomucosi; 4°) gli ascessi si rompono e lasciano delle ulcerazioni con aspetti di macchie giallastre disseminate, facilmente sanguinanti. Questo metodo di indagine è di grandissima importanza, soprattutto agli effetti diagnostici ed è elemento senza il quale non è possibile stabilire l'esistenza della malattia.

La distribuzione e la invasione delle lesioni nel colon è di particolare importanza: su 352 casi studiati radiologicamente da BARGEN, BROWN e RANKIN, si vide che l'intero colon era invaso in 211 casi (59%), dall'ano alla fessura splenica in 69 casi, il

retto e il sigma erano colpiti in soli 26 casi.

COLLINS ha notato invece che nel 93-% circa tutto il colon è lesa nella colite ulcerosa e solo nel 7 % la malattia è regionale o segmentaria.

Radiologicamente si ottengono degli elementi di notevole interesse: che dimostrano una mancanza dell'aspetto austrato, un rapido riempimento, iperirritabilità e segni di distruzione della mucosa a carico del colon. Nulla però neanche qui di veramente specifico della malattia.

I risultati delle ricerche di laboratorio portate sul sangue e le feci, permetteranno di escludere una amebiasi, una colite tbc., una dissenteria bacillare, e di valutare la esistenza di una anemia: così non saranno trascurate le ricerche sierologiche.

La diagnosi perciò si baserà sul quadro clinico, sulla rettoscopia, che è fondamentale, sulla radiologia e sulle ricerche di laboratorio. Si potranno eliminare le infezioni generali con lesioni intestinali, febbre tifoide, paratifi, dissenteria, ecc. Durante l'osservazione rettoscopica si potranno prelevare frammenti di mucosa a scopo biopsico per escludere il carcinoma del crasso, la poliposi colica, la tubercolosi del colon, ecc.

Molto attentamente si dovranno vagliare gli elementi clinici e i reperti degli esami vari per eliminare la possibilità che si tratti di una delle varie altre forme di colite ulcerosa, amebiasica, tbc., ecc.

Indicazioni chirurgiche. - È l'insuccesso di un trattamento medico prolungato ed attuato coi molti mezzi a disposizione (dieta, lavaggi rettali con antisettici ed astringenti, parassitocidi, vaccinoterapia, sieroterapia, stimolo terapia aspecifica, trasfusioni sanguigne, somministrazione di vitamina, cure con ferro ridotto ad alte dosi) e il comparire di complicazioni, che deve far pensare di procedere ad una terapia chirurgica. Quando la malattia si estende a

tutto il colon, e questo perde le sue funzioni fisiologiche per trasformarsi in un serbatoio di pus e di detriti e quindi in un focolaio di infezione, e quando sopravvengono le complicanze sempre molto gravi, bisogna non indugiare nel provvedere chirurgicamente. Fra le complicanze che avvengano nel 15 % dei casi, l'emorragia, la perforazione, la formazione di ascessi pericolosi si presentano nello stadio acuto; la poliposi, le degenerazioni intestinali, la trasformazione cancerigna della poliposi (2-5 % secondo RANKIN) nello stadio cronico.

Gli interventi che si praticano più comunemente vogliono raggiungere due scopi ben distinti: derivare all'esterno il circolo fecale per eliminare il focolaio di infezione rappresentato dal colon in cui ristagnano feci e pus e per questo si possono praticare la colostomia, l'appendicostomia, la cecostomia o l'ileostomia; o infine eliminare definitivamente la regione dell'intestino ammalato, asportandola, sia per evitare i pericoli di recidive così frequenti nella colite ulcerosa idiopatica, sia per togliere un colon che ha perdute tutte le funzioni e può essere solo fomite di infezioni. Per raggiungere quest'ultimo obbiettivo si può praticare una resezione segmentaria con esteriorizzazione, una colectomia subtotala preceduta da un'ileo-sigmoidostomia e una colectomia subtotala o totale preceduta da un'ileostomia.

Cecostomia, colostomia, appendicostomia: ottengono lo scarico dei gas e delle feci e danno la possibilità di meglio aggredire con lavaggi medicati il colon malato. Tuttavia questi tre tipi di intervento sono ormai abbandonati perchè non offrono che scarsi vantaggi e molti inconvenienti di fronte all'operazione di scelta: l'ileostomia.

Ileostomia: RANKIN assegna due distinte indicazioni per questo tipo di intervento: la prima nella colite ulcerosa allo stadio di cronicità come primo tempo di una colec-

tomia oppure come intervento di drenaggio permanente: la seconda nello stadio acuto di tipo fulminante. Particolarmente nelle forme acute gravissime della colite ulcerosa idiopatica, l'ileostomia raggiunge il suo scopo immediato di risollevare le condizioni generali del paziente, mettendo a riposo il colon malato: si verifica difatti nella grande maggioranza dei casi una caduta brusca per lisi o per crisi della temperatura, del polso, e un miglioramento rapido dello stato del malato. È necessario però che quando il medico che cura un colitico ulceroso osserva un aggravamento delle condizioni del paziente tale da fargli sospettare un fallimento della terapia medica, non aspetti troppo tempo prima di affidare l'ammalato al chirurgo, ad evitare che si lasci passare inattivamente il momento utile per praticare l'ileostomia.

Se entro due mesi una colite grave non migliora (nei casi acuti fulminanti entro tre-quattro settimane), e poi non guarisce, subentra la sepsi e la tossiemia e il pericolo della fine diventa imminente.

Quando esistono emorragie abbondanti, segno di ulcerazioni vaste e profonde, la febbre è persistente con una frequenza del polso non sincrona con la temperatura, dolori addominali, vomito, nausea, anoressia assoluta, la diarrea è presente con 30-40 scariche al giorno e la crasi sanguigna non si modifica favorevolmente con trasfusioni sanguigne ripetute, l'attesa e la speranza di un'ulteriore efficacia nella terapia medica devono essere abbandonate e si deve procedere senz'altro alla ileostomia.

La tecnica più semplice è quella di abboccare attraverso un taglio pararettale destro l'ultima ansa dell'ileo, in un punto a circa 10 cm. dalla valvola ileocceale, alla parete addominale ove si fissa con una corona di punti in seta.

CATTEL ha recentemente proposte alcune modifiche nei particolari tecnici di esecuzione dell'ileostomia, per evitare alcuni in-

convenienti riscontrati. Egli pratica il taglio per l'ano artificiale attraverso il m. retto: sutura ambedue le aperture dell'ansa ileale sezionata alla parete, quella inferiore lateralmente a quella superiore. L'ansa superiore viene distaccata per pochi centimetri dal mesentere in modo che la sua apertura si eleva sopra la pelle circostante (ad evitare irritazioni e macerazioni cutanee) e nei primi giorni viene lasciato un drenaggio nell'intestino, in modo da evitare che la sutura dell'ansa alla parete venga distrutta dall'infezione inevitabile portata dalle materie fecali.

Con questo metodo si ha già l'ansa intestinale in ottima posizione per eseguire la colectomia.

Colectomia: la cura radicale della colite ulcerosa idiopatica cronica è nell'asportazione totale o subtotale, a seconda dei casi, del colon malato.

Raramente il colon di individuo affetto dalla forma ulcerosa idiopatica, si ripristina al suo stato primitivo, specie dopo un attacco acuto: in esso si formano delle cicatrici retraenti con stenosi multiple e contratture funzionali, si hanno delle isole in cui manca del tutto la mucosa, e in complesso il colon è trasformato in un tubo rigido in cui tutte le funzioni vengono a far difetto. È logico in queste condizioni pensare ad operare radicalmente, liberando definitivamente il malato, poichè è noto come la colite ulcerosa idiopatica, sia malattia ricorrente con pause di silenzio anche lunghe.

Le indicazioni essenziali alla colectomia sono: poliposi con o senza degenerazione carcinomatosa, emorragie ricorrenti, temperatura e malessere dopo ileostomia, anemia progressiva, stato generale scadente con perdita di peso corporeo.

Quando sia possibile l'attesa, è prudente intervallare 1-4 mesi prima di procedere alla colectomia dopo ileostomia, per permettere all'intestino tenue di adattarsi al-

meno parzialmente ad assumere alcune delle funzioni fisiologiche del colon, e all'organismo di disintossicarsi.

La colectomia è intervento sulle cui modalità tecniche è superfluo fare cenno: esse sono ormai consacrate da una esperienza nelle varie affezioni, in cui la colectomia è l'operazione di scelta.

Risultati della cura chirurgica: la colite ulcerosa idiopatica è una malattia grave, la cui prognosi è seria.

SCHMIDT calcola al 20 % la mortalità, a 39 % i casi in cui si ha la guarigione e a 41 % i casi in cui si ha una persistenza della malattia: questa è una statistica fatta su ammalati trattati con terapia medica. Bisogna tener conto anche delle differenti forme della colite ulcerosa idopatica che hanno andamenti di gravità diverse.

GALA in Tasmania ricorda di aver curato in 16 anni 146 pazienti: nessun caso grave guarì per mezzo delle cure mediche; HURST ritiene che la mortalità non superi il 5-10 % nel trattamento medico della colite ulcerosa idiopatica.

È di fondamentale importanza però nella cura chirurgica della colite ulcero a idiopatica aver posta una giusta indicazione: difatti la mortalità per interventi chirurgici di ileostomia è molto alta: alla Mayo Clinic dal 1927 al 1934 si è avuto il 52 % di mortalità; VILLARD riferisce la sua statistica in cui ebbe una mortalità immediata del 42 % e totale del 72 %.

Queste cifre diventano spiegabilissime se si pensa che i malati vengono affidati al chirurgo in condizioni molto gravi o che si è lasciato passare il tempo giusto per tentare l'operazione.

RANKIN su 149 casi conta 27 morti (18 %) e di questi 20 (74 %) consecutivi ad uno degli interventi praticati. La necropsopia fu eseguita in 18 casi: 13 erano stati operati e la causa del decesso era in 9 casi dovuta a peritonite per perforazione del colon e dell'ileo, o senza origine apprezzabi-

le; nei rimanenti 4 casi a polmonite, ascesso polmonare ecc.

Si nota che la mortalità per colite ulcerosa idiopatica è molto più alta negli individui al disopra dei 50 anni (41 %), mentre decorre in forma più lieve nei giovani (13,7 %).

In rapporto al tipo di intervento praticato nei casi di RANKIN, in 54 fu fatta l'ileostomia, in 11 casi appendicostomia ciecocolostomia o ileostomia, e in 10 casi la colectomia. Quindi il 36 % fu operato di ileostomia con una mortalità del 35 %.

VERNON DAVID su 50 casi ne trattò 28, i più lievi, con cure mediche; nei 22 casi più gravi praticò in 7 un'ileostomia con 3 guarigioni, due miglioramenti e due morti.

BEYE ebbe una mortalità operatoria del 50 % in 12 casi in cui eseguì un'ileostomia: dei 6 sopravvissuti, due morirono dopo poco tempo dall'intervento, altri due erano così insoddisfatti che richiesero fosse ristabilita la continuità dell'intestino e subito dopo decedettero; solo due quindi guarirono.

In 21 casi che trattò con appendico- e cecostomia ebbe in generale notevole miglioramento: 5 morirono, 2 guarirono e il resto ebbero un miglioramento notevole. Dei migliorati, 5 ebbero in seguito una colectomia.

RANKIN dice che la mortalità per colectomia eseguita per colite ulcerosa idiopatica non è affatto superiore a quella che si ha normalmente per qualunque altra indicazione.

In 12 colectomie, 7 totali e 5 subtotali, 5 volte operò per colite ulcerosa e 7 per adenomatosi. Ebbe un solo decesso in un caso di adenomatosi.

CAVE riferendo due casi di colectomia totale e 4 subtotale fa notare come ebbe tutti esiti favorevoli; CATTEL su 16 colectomie totali, 6 subtotali eseguite per colite ulcerosa, ebbe un solo esito infausto.

In generale la mortalità per interventi

chirurgici in casi di colite ulcerosa appare alta: ma bisogna considerare che la chirurgia deve intervenire in rari casi con indicazioni limitate, e sempre in individui nei quali o è fallito il trattamento medico e si ricorre all'intervento come *ultima ratio*, o sono sopravvenute complicazioni decisamente gravissime. Si tratta di ammalati che sono considerati quasi perduti e nei quali il tentativo chirurgico è ragionevole: anche se si riesce a salvare una percentuale qualunque, bisogna pur sempre considerarlo, in questo campo, un successo.

Considerazioni sul caso personale: Si trattava di un giovane che da 10 mesi, in due periodi, aveva sofferto di diarrea con feci sanguinolente e nel quale comparve febbre: le perdite sanguigne aumentarono col tempo e si instaurò un'anemia.

La diagnosi fu basata, oltre che sul quadro clinico, sul reperto positivo dell'esame retto-sigmoido-scopico, di quello radiologico, e sui risultati degli esami coprologici, i quali escludono la presenza di parassiti intestinali. Non esistevano precedenti che lasciassero sospettare né una infezione luetica (Wassermann negat.), né Kocchiana.

Fu trattato con cure dietetiche prime e al 9° mese essendo aggravate le sue condizioni fu ricoverato in Clinica medica, dove fu instaurata una terapia razionale: dopo 25 giorni di degenza fu rapidamente dai medici deciso l'intervento. Evidentemente non si è aspettato che il tempo strettamente necessario e ciò ha influito decisamente sul decorso del male.

Sottoposto il paziente a ileostomia quando le condizioni generali erano gravissime, con alta temperatura, disidratazione, stato anemico, diarrea e perdite sanguigne abbondanti, dopo pochi giorni si notò una netta ripresa delle forze e un miglioramento dei sintomi, decisivo. In capo a 6 mesi durante i quali furono praticati lavaggi dall'ano artificiale e cure generali, si ri-

tenne di poter distruggere la stomia e far riprendere alle feci il loro corso normale, date le condizioni ottime del paziente. Egli è dimesso già da 6 mesi e rivisto più volte ha dichiarato di sentirsi in perfetta salute. Quali lesioni si siano stabilizzate nel tratto del colon ammalato è difficile dire. Radiologicamente si è potuto osservare che quando la malattia era in piena evoluzione tutto il colon era leso; già a distanza di 4 mesi dalla ileostomia si notava che il tratto ceco ascendente appariva normale. Orbene, le lesioni non dovrebbero esser tali da avere abolito completamente la funzionalità colica, dato anche il tempo relativamente breve di durata della malattia. È probabile che nuovi attacchi del male possano presentarsi: in questo caso si provvederà, quando si stabilisca la necessità dell'intervento, a una nuova ileostomia, alla quale si farà seguire una colectomia radicale. È certo fin qui un fatto: che l'intervento eseguito ha salvato questa volta la vita del malato.

Conclusioni: La colite ulcerativa è malattia che si giova delle cure mediche ed è solamente quando intervengono complicazioni o episodi acuti gravi che l'intervento chirurgico è giustificato. La mortalità, date anche le condizioni gravi nelle quali gli ammalati arrivano al chirurgo dopo che la terapia medica ha fallito al suo scopo, è elevata per l'ileostomia, che sarà l'intervento di scelta nei casi gravissimi e come primo tempo di una successiva colectomia.

L'intervento radicale di asportazione del colon si praticherà in presenza di ammalati che vanno soggetti a frequente ripresa di episodi acuti e nei quali si deve pensare che il colon non abbia più alcuna funzione utile, non rappresentando altro che un focolaio d'infezione, o in alcune complicanze.

La mortalità per colectomia non supera quella che si ha normalmente quando si pratica per altre indicazioni.

RIASSUNTO

Illustrazione di un caso clinico di colite ulcerosa idiopatica nel quale, fallite le cure mediche, si procedette a una ileostomia: risultato ottimo con guarigione del malato. Nell'occasione vengono ricordate le possibilità della chirurgia nella colite ulcerosa idiopatica, che pure essendo malattia che si giova della terapia medica, trova nell'intervento molto spesso una netta risoluzione, quando sia posta una giusta indicazione.

BIBLIOGRAFIA

- BANKS e BARGEN - *Arch. Int. Med.*, vol. 53, pag. 131-139, 1934.
 BARGEN - *Arch. Surgery*, 561, pag. 225, 1938.
 BARGEN e BRUST - *New England Journ. Med.*, 210, pag. 692-96, 1934.
 BARGEN C. e BRUST M. - *New York State J. Med.*, n. 97, pag. 1852-1853, nov. 1937.
 BARGEN J. A. MAYO - *Proced. Staff. Mayo Clinic.*, vol. 9, pag. 257-259, 1934.
 BELTRAMETTI L. L. - *Congressi della Soc. Ital. di Med. Int.*, pag. 193, 1937.
 BERG A. - *Annals of Surgery*, 2, pag. 1019, 1936.
 BUIE L. A. - *J. Am. M. Ass.*, vol. 87, p. 1271, 1926.
 BURT E. - *Surg. Gyn. a. Obst.*, vol. 57, p. 71, 1933.
 BUSI - *J. Am. M. Ass.*, 87, pag. 1271-1274, 1926.
 CAVE H. W. - *Annals of Surg.*, pag. 806, 1938.
 CATTÉL e RICHARD R. - *Surg. Clin. N. Americ.*, 19, pag. 629, 1939.
 CHIRAY, LARDENNOIS e BANMANN J. - *Le colites chroniques*. Masson, 1934.
 GAHA I. F. - *The Lancet*, vol. 236, n. 6021, pag. 146, 1939.
 COFFEY R. C. - *Annals of Surg.*, vol. 83, pag. 364, 1926.
 COLOSIMO - L'esame Roentgen nella colite ulcerosa idiopatica. *La radiologia Medica*, 1940.
 Congresso Internazionale di Medicina di Bruxelles 1935. Relazione sulle colopatie.
 DELLA VOLTA A. - *Medicina Interna Ceconi. Minerva Medica*, Torino, 1936.
 DOMINICI E. - *Arch. e Atti Soc. It. Chir.*, 51, pag. 5, 1934.
 FLICK - *Annals of Surg.*, 1, pag. 638, 1936.
 GROSSFELV H. - *Arch. f. Verdauungskr.*, 36, pag. 304-391, feb. 1926; *J. A. M. A.*, 86, 1406, maggio 1926.
 HURST A. F. - *Lancet*, 2, 1194, 1935.
 JONES D. F. - *Nelson e S. New York*, vol. 5, pag. 233, 1928.
 MATTIOLI A. - *Archivio e Atti Soc. It. di Chirurgia*, XXVII, pag. 57, 1920.
 MARTIN - *J. A. M. A.*, vol. 98, pag. 27-31, 1932.
 MILLER e MCKITTRICK - *Annales of Surg.*, 2, pag. 656, 1935.
 PELLEGRINI G. - *Congressi della Soc. It. Med. Int.*, pag. 3, 1937.
 RANKIN F. W. - *Surg. Gynec. and Obstet.*, vol. 68, pag. 306, febbraio 1939.
 — — *Ann. Surg.*, 102, pag. 707-723, 1935.
 — — *Annals of Surg.*, vol. 94, pag. 677, 1931.
 RANKIN F. W., BARGEN I. A., BROWN - *Surg. Gynec. a. Obst.*, 55, pag. 196-202, 1932.
 SCEFISCH - *Deutsche Med. Wochen.*, 4-5 nov. 20, 1925.



60669



