

74-24  
ISTITUTO DI PATOLOGIA DIGESTIVA E DI DIETETICA DEGLI OSPEDALI RIUNITI DI ROMA

DIRETTORE: PROF. P. ALESSANDRINI

---

Dott. ANTONIO BONADIES

*Endoscopista*

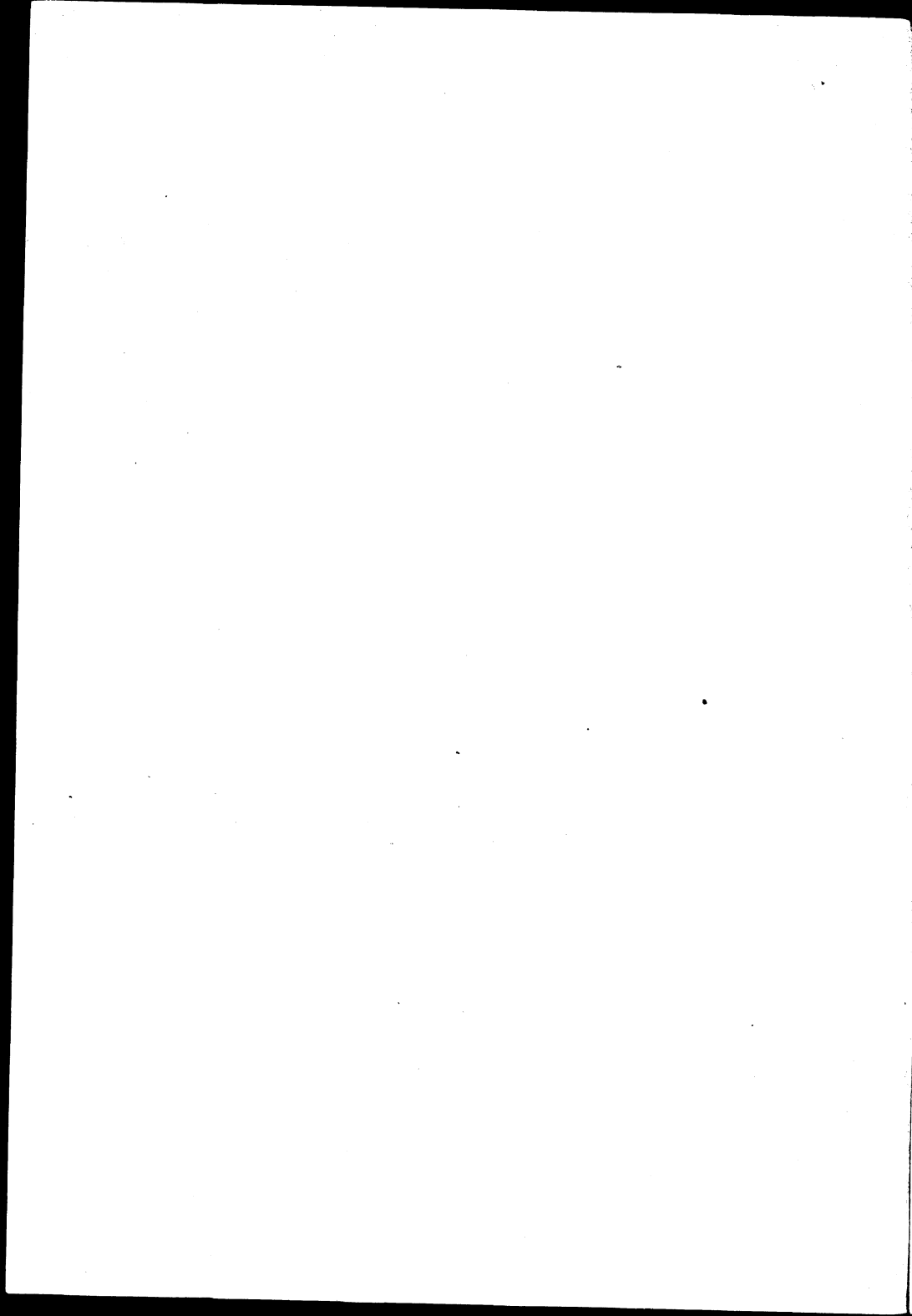
# Il valore clinico della gastroscopia

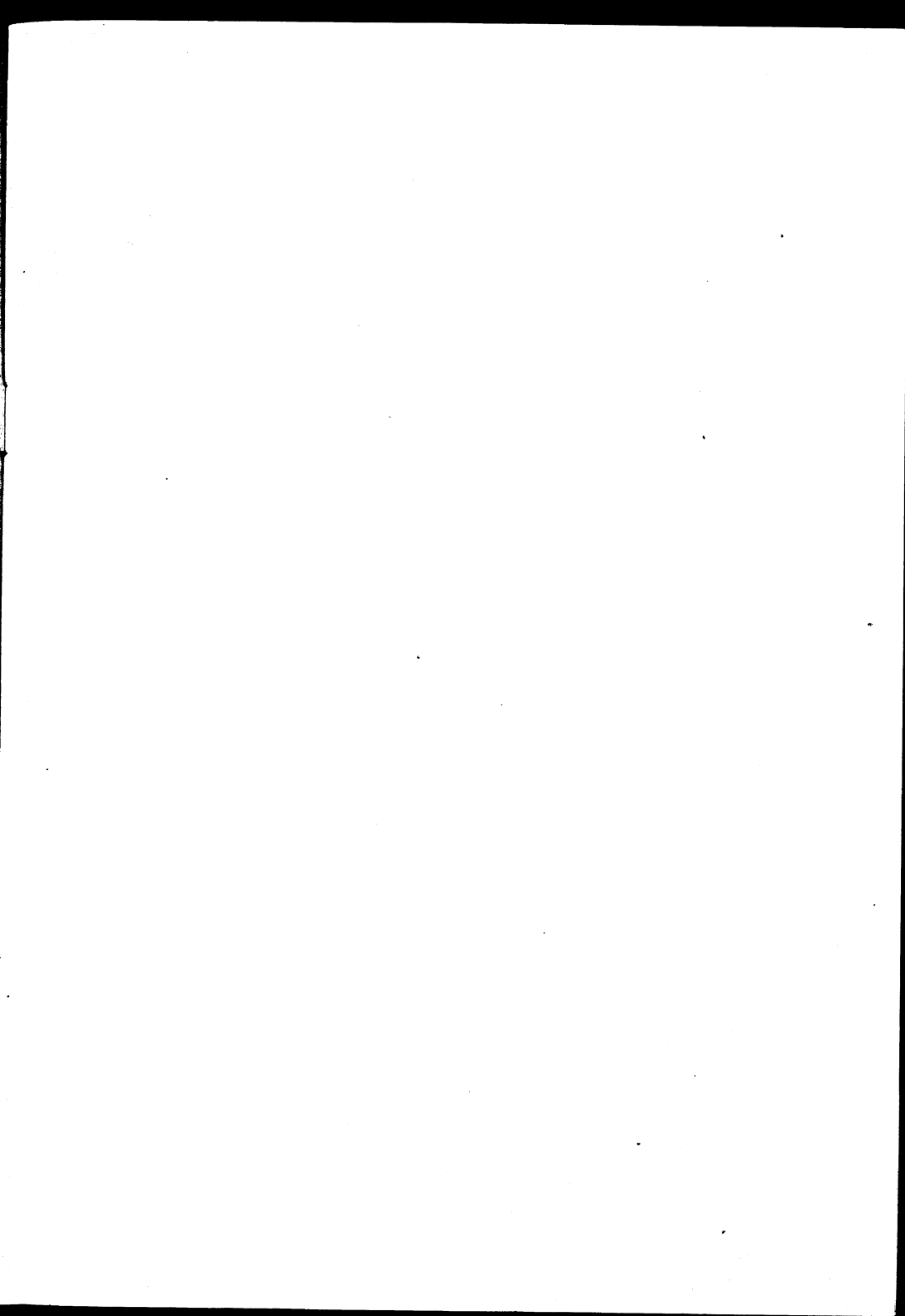
ESTRATTO DA «LE FORZE SANITARIE»

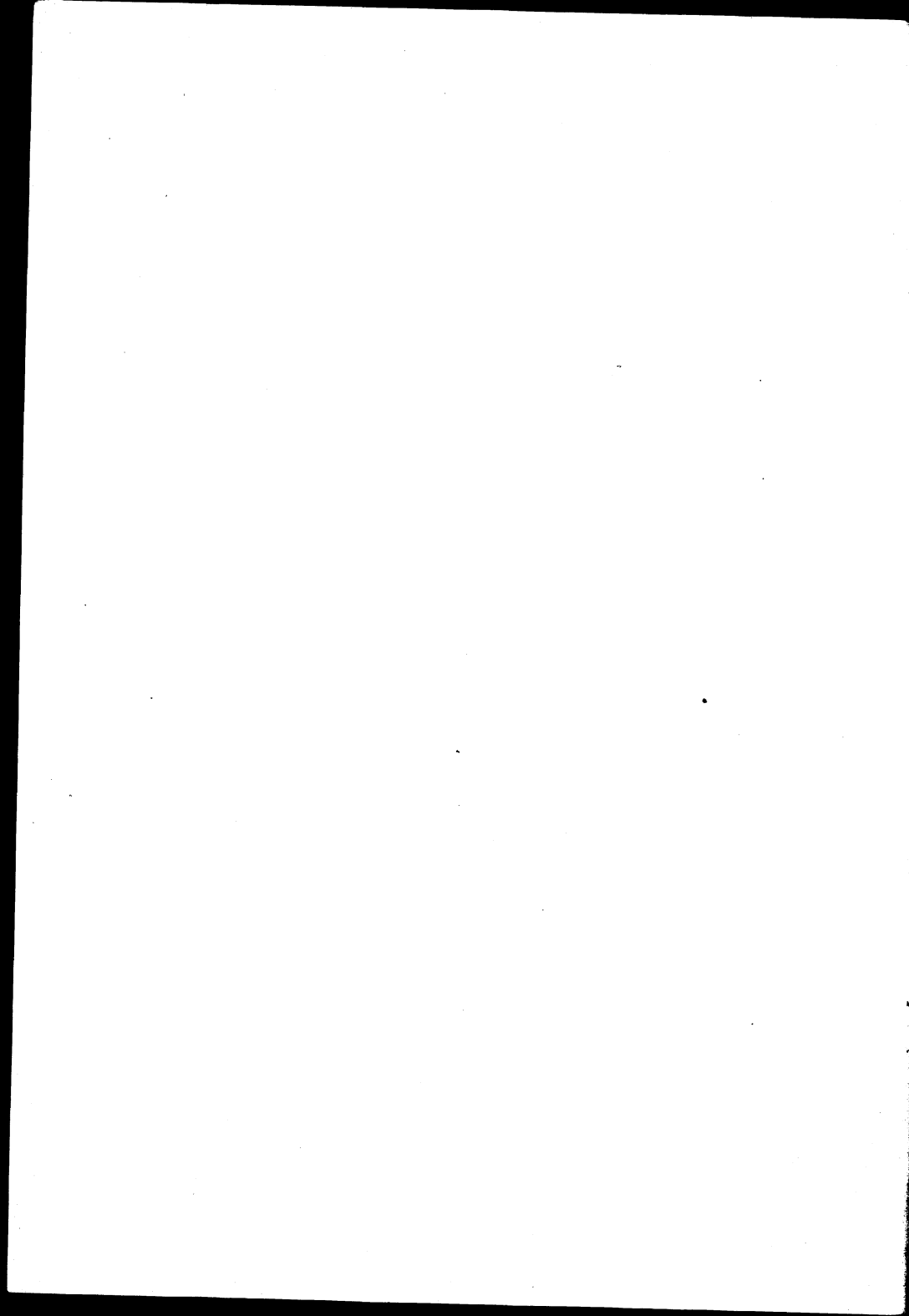
ANNO IX - N. 12, DEL 30 GIUGNO 1940-XVIII

Mise B  
68  
X

STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA







ISTITUTO DI PATOLOGIA DIGESTIVA E DI DIETETICA DEGLI OSPEDALI RIUNITI DI ROMA

DIRETTORE: PROF. P. ALESSANDRINI

---

Dott. ANTONIO BONADIES

*Endoscopista*

# Il valore clinico della gastroscopia

ESTRATTO DA «LE FORZE SANITARIE»

ANNO IX - N. 12, DEL 30 GIUGNO 1940-XVIII

STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



Da quando la tecnica gastroscopica si è perfezionata e diffusa, si è venuta sempre meglio rivelando l'importanza di questo metodo per la diagnostica di molte malattie dello stomaco. Basterà fra tutte accennare alla questione della gastrite che da quando è rientrata in patologia per opera della gastroscopia ha portato un nuovo ordine nel campo della nosografia.

Non mi voglio occupare della tecnica della gastroscopia che in fondo non è difficile ad apprendere assistendo a qualche seduta di dimostrazioni pratiche. Mi preme però di mettere nella dovuta evidenza l'errore di chi sostiene che si tratta di una manovra molto traumatizzante e che può ripugnare per la sua brutalità. La gastroscopia è una manovra innocua se fatta con garbo e con la dovuta cautela. Sta a dimostrare questo il fatto che, se noi per un senso di giusto equilibrio abbiamo eseguito la manovra solo fino a due o tre volte nello stesso individuo, altri AA. (SCHINDLER, ecc.) dicono di avere eseguito fino a 20 gastroscopie nello stesso soggetto.

Che può dare la gastroscopia nella diagnostica gastrica? Per rispondere a questa domanda dobbiamo dividere le malattie dello stomaco in due categorie: la prima è costituita dall'ulcera e dal cancro la cui diagnosi si può fare, oltre che con i comuni mezzi, anche con la gastroscopia; la seconda è costituita da quelle malattie (gastriti) in cui l'esame gastroscopico è assolutamente indispensabile per un esatto giudizio diagnostico.

Quanto all'esame radiologico si può dire che esso ha indubbiamente un enorme valore: ma che tuttavia vi sono dei problemi di gastroenterologia che la radiologia di oggi non può ancora risolvere in alcun modo. Altri problemi infine richiedono, per essere risolti, l'associazione dei due metodi (gastroscopico e radiologico) come è, per esempio, la gastrite cancerosa, il cancro iniziale dello stomaco, ecc.

*Le gastriti.* — Questa entità clinica che, come ho

già detto, era scomparsa dal novero delle malattie note, è rientrata da vari anni in patologia grazie appunto al contributo dato dalla gastroscopia. Una vasta monografia sull'argomento ha pubblicato l'ALESSANDRINI fatto recentemente (Vallecchi edit., Firenze) con tutti i particolari di ordine etiologico, patogenetico, clinico e terapeutico: ciò mi dispensa dal trattare qui questo argomento. Dirò solo che ognuna delle forme di gastriti note in clinica: catarrale, semplice, ipertrofica, granulare, verrucosa, poliposa, atrofica totale, atrofica parziale, ulcerosa, emorragica, ecc., ha un suo quadro iconografico gastroscopico particolare ben preciso che fa parte del bagaglio che deve possedere ogni gastroscopista. In queste forme nessun esame né radiologico né chimico può fornire elementi tali da differenziare una forma dall'altra. E tale differenziazione non è solo un lusso di erudizione ma assume anche valore notevole nel campo della terapia.

A questo proposito accennerò solo fugacemente alla gastrite atrofica nei suoi rapporti con le varie specie di anemia: è noto a tutti ormai come oggi la patogenesi delle varie forme anemiche è orientata verso il tubo digerente dove si crede di avere trovato l'origine dei perturbamenti ematologici. Tale capitolo così importante della patologia umana è ancora in via di esplorazione e non potrà essere risolto, secondo me, se non ricorrendo allo studio gastroscopico fatto con la stessa cura minuziosa con cui si studia il sangue. Ricorrendo a questo sistema ci si mette su una buona strada (1).

Un altro argomento della massima importanza connesso con la gastrite è quello che si riferisce alla patogenesi dell'ulcera gastrica che è ancora avvolta nel mistero. E' noto come alcuni AA. insistono nel ritenere l'ulcera come la risultante di una gastrite cronica

(1) Cfr. A. BONADIES: *Rapporti fra sindromi anemiche e disturbi digestivi*. «Atti dell'Accademia Lancisiana di Roma», 1937.

a tipo ulcerativo (KONJETZNY), mentre altri pensano che derivi da un'emorragia gastrica sottomucosa (discrasica, anafilattica, traumatica, trombotica, ecc.). Questo problema patogenetico che, come si può facilmente immaginare, è di enorme importanza dottrinale e pratica, non ha ricevuto finora soluzioni atte a soddisfare pienamente i seguaci dell'una o dell'altra teoria. Io ritengo che anche questo problema potrà essere risolto con la gastroscopia che sola ha la possibilità di cogliere la fase per così dire preulcerosa dell'ulcera e contribuire alla risoluzione patogenetica di questa diffusa affezione.

**Ulcera gastrica.** — Nel campo dell'ulcera gastrica già costituita la gastroscopia, bisogna riconoscerlo, ha dato meno di quanto era lecito attendersi. Specialmente la patogenesi dell'ulcera è rimasta nell'oscurità di prima ed è forse per questo che l'indagine gastroscopica non ha riscosso il favore che pure si meritava.

Nell'ulcera gastrica lo stomaco appare di dimensioni normali o ridotte per la ipertonica. Talora la mucosa appare come animata da movimenti coreiformi. La visibilità dell'ulcera è in rapporto con la sede: quando essa è in una zona esplorabile dello stomaco noi la vediamo in genere a piatto oppure al fondo di una depressione imbutiforme o a forma di cupola o di aspetto digitiforme: ha forma rotonda o ovale o losangica. L'aspetto dei margini è variabile e dipende dalla eventuale infiammazione periulcerosa. Se manca questa *gastrite marginale* i contorni dell'ulcera sono tagliati a picco o a scalini più o meno netti. Se vi è invece la gastrite dei contorni dell'ulcera i bordi di questa sono edematosi, arrossati e un poco sollevati dal piano circostante. A proposito di questa infiammazione dei margini dell'ulcera si possono fare delle considerazioni di notevole importanza pratica per spiegare la causa delle ricorrenze dolorose stagionali. Noi abbiamo fatto la constatazione che, nelle ricorrenze stagionali della fase dolorosa dell'ulcera, si nota questa forma di gastrite localizzata, mentre quando l'ulcera è silente i bordi non sono né arrossati né edematosi. Sicché appare lecito di attribuire il dolore dell'ulcera e la sintomatologia che l'accompagna a questa gastrite che noi abbiamo chiamata marginale.

Il fondo dell'ulcera appare al gastroscopio di colorito giallastro per false membrane difteroidi che lo ricoprono, oppure di colorito cianotico o addirittura emorragico se l'osservazione capita in rapporto con una emorragia più o meno recente.

A proposito della nicchia radiologica che talvolta si vede scomparire da una settimana all'altra sulle radio-

grafie e che ormai da tutti è considerata come una immagine cinetica, noi abbiamo constatato la realtà di questa affermazione: nei casi in cui le ulcere, già visibili radiologicamente, apparivano come scomparse, noi le abbiamo riscontrate presenti nello stomaco con aspetto piano e senza movimenti della *muscularis mucosae*.

Queste ulcere così descritte non si devono confondere gastroscopicamente con eventuali erosioni della mucosa che non di rado si possono riscontrare all'esame. In tali casi dubbi l'esame deve essere ancor più accurato e si deve tener conto anche dell'esame radiologico e dei dati clinici che sono sempre della più alta importanza.

La gastroscopia associata alla radiologia dà risultati molto più notevoli. Noi abbiamo esaminato all'Ospedale di S. Spirito con ATTILY vari casi di ulcera e siamo venuti alle seguenti conclusioni (1). La gastroscopia nei casi favorevoli può andare anche più in là della radiologia se permette di vedere l'ulcera, la sua estensione, la presenza di emorragie, la gastrite marginale, ecc. Quando l'ulcera non può essere vista per la sua posizione, perchè si chiude a borsa di tabacco, o perchè è nascosta da un blocco di muco od altro, allora la radiologia si mostra in tutta la sua importanza.

**Tumori.** — Nel campo dei tumori la gastroscopia può dare elementi di grande importanza. In tema di diagnosi precoce del cancro dello stomaco si può dire che se si facesse la gastroscopia più frequentemente di quanto non si faccia, molti cancri verrebbero scoperti e operati in tempo. Notevole è certo il contributo che la radiologia fornisce in questo campo, ma bisogna anche considerare che, se la radiologia può mettere in evidenza una lacuna o una plica gigante (e ciò solitamente in un periodo in cui il tumore è già regolarmente costituito) il gastroscopio lo può invece scoprire in uno stadio più precoce quando esso non si rende evidente che come una superficie liscia della mucosa ma di minor lucentezza, senza pliche, come fosse una zona rigida di cartone (zona cartonosa) o di pergamena. Tale è l'aspetto del cancro dello stomaco quando non è ancora ulcerato, è poco esteso e perciò può essere operato con buon successo. Nelle fasi ulteriori della malattia la gastroscopia è capace di dare elementi diagnostici di grande importanza sui quali non mi dif-

(1) ATTILY e BONADIES: *Rapporto fra indagine gastroscopica e radiologia nelle affezioni dello stomaco*. «Quaderni di Radiologia» e «Atti del Congresso Internazionale di Gastro-enterologia di Bruxelles», 1935.



fondo in questa sede, ma sui quali ho riferito al Congresso internazionale di Parigi del 1937 e in altre pubblicazioni.

Per quel che si riferisce ai tumori benigni, nella cui categoria entrano anche la gastrite poliposa, i polipi veri e propri, i fibromi, ecc., è evidente che in questi casi la gastroscopia ben fatta può dare più dei raggi X.

Oltre che alla diagnostica del cancro, un contributo non trascurabile può portare la gastroscopia alla risoluzione della patogenesi di tale diffusa affezione. E' noto che HURST in base a studi compiuti specie nella « Mayo Clinic » ritiene che il cancro dello stomaco sia il più delle volte una derivazione della gastrite. In appoggio a tale tesi KONJETZNY, studiando preparati istologici allestiti su stomaci di cancerosi, ha constatato il reperto di una gastrite atrofica iperplastica, di rado puramente atrofica o talmente atrofica da dar luogo ad una poliposi. L'iniziale metaplasia maligna fu in taluni casi riscontrata solo microscopicamente e talora in più punti separati dello stesso preparato. Poichè vi sono casi di cancro in cui è recentissima la sofferenza dello stomaco, sarebbe fatto di ritenere il cancro come primitivo: ma oggi si sa che la gastrite cronica, specie se unita ad acloridria, è spesso del tutto silente. Tuttavia un esame accurato rivela che per molti anni i pp. furono deboli di stomaco e dovettero evitare l'alcool, il fumo, ecc. In base a questi concetti dovrebbe essere possibile di cogliere il primo inizio di un tumore se si esaminasse accuratamente e sistematicamente la mucosa gastrica dei soggetti affetti da gastrite atrofica. Intesa in questo senso la gastroscopia avrebbe addirittura un ruolo di mezzo profilattico del cancro dello stomaco.

*Gastroscopia e allergia.* — Accanto a queste affezioni ben note clinicamente e anatomopatologicamente

abbiamo poi il quadro molto vasto dell'allergia che da vari anni ha interessato gli endoscopisti dello stomaco. Risulta ormai certo che, accanto alle lesioni cutanee proprie della reazione allergica (orticaria, eritemi, ecc.) si determinano anche delle lesioni della mucosa dello stomaco (enantema). Tali lesioni sono anch'esse fugaci come i ponfi di orticaria che si vedono sulla cute ed hanno sede varia presentandosi sotto l'aspetto di chiazze iperemiche, edematose, con qualche punto emorragico qua e là. Tali lesioni in genere durano qualche tempo e poi scompaiono: residuano più a lungo i punti emorragici che qualche A. ha pensato che potessero, per successive complicazioni, rappresentare il punto di partenza di lesioni più gravi a tipo permanente (teoria anafilattica dell'ulcera dello stomaco).

Lesioni dello stomaco endoscopicamente evidenti sul tipo descritto sopra si determinano anche in alcuni casi nei quali, anche in assenza di manifestazioni cutanee, si ha una esplicazione clinica dell'allergia con sintomi a carico del tubo gastro-enterico, con diarrea, vomito, ittero, ecc. Tali manifestazioni si hanno con una certa frequenza quando sono in campo fattori di intolleranza alimentare. Qualche volta anzi la intolleranza alimentare si rende evidente solo con lesioni di tipo allergico localizzate nel punto di applicazione dell'allergene (come ha visto ALESSANDRINI): e allora il fenomeno diventa ancora più interessante specie dal punto di vista della patogenesi dei disturbi di questo genere ancora allo studio.

Come appare da questo breve accenno, il capitolo dell'allergia ha una grande importanza per la gastroscopia per i numerosi problemi che involge dal punto di vista di molte malattie di tipo allergico. Noi ci stiamo occupando di questo argomento da vario tempo e ci proponiamo di pubblicare i risultati ottenuti quando essi saranno accertati per ripetute osservazioni.

61559

*Stampa*





