

Man 875/25. 26 86 40
OSPEDALE CIVILE GENERALE "BRUNO MUSSOLINI,"
TIRANA

Reparto Chirurgico diretto dal Prof. V. Lozzi

Dott. MARIO VINCENTI

già assistente effettivo

Un caso di tubercolosi gastrica

Estratto dal "Bollettino degli Atti della Società
Medico-Chirurgica Italo-Albanese - Tirana 1941."

ROMA
1941-XIX

Un caso di tubercolosi gastrica

Dott. MARIO VINCENTI

già assistente effettivo

La tubercolosi gastrica era considerata in passato come estremamente rara, e ad ogni modo fuori da tutte le possibilità chirurgiche; ma casi erano stati descritti da LOUIS nel 1825, e poi da ROKITSKI, da KLEBS. DURANTE, nel 1893 richiamò per primo l'attenzione sulla pilorite stenosante d'origine tubercolare pubblicando un caso personale. GENTILE, raccogliendo le statistiche antiche e recenti dei diversi AA. (CLAYTON e WILKINSON, GLAUBITT, GOSSMANN, GRUSDEW, HENTSMANN, OPIULS, ORSÒS, ROBERTSON) notò che su 71.871 autopsie, fu trovata la tubercolosi gastrica 53 volte, ossia nel 0,21 %. Inoltre, dalle statistiche della Majo Clinic, di CLAIRMONT, e di DEMEL, risulterebbe che su un totale di 9242 operazioni gastriche, tale affezione si troverebbe nel 0,34 %; POP, in dieci anni, su 1035 operazioni gastriche, trovò solo 4 casi di tubercolosi dello stomaco, però l'A. nota che l'esame anatomico-patologico fu eseguito solamente in quei casi in cui l'ulcera era sospetta di degenerazione neoplastica e tubercolare. Secondo altre statistiche si giungerebbe al 4,2 % (ALESSANDRI).

In genere tale affezione si presenta come una delle varie localizzazioni d'una tubercolosi diffusa, od anche addirittura di una infezione miliaria; però talvolta può incontrarsi come localizzazione solitaria o almeno predominante, che forma un quadro morboso a sè, mentre gli altri focolai esistenti nell'organismo sono silenti o cicatrizzati. Infatti, in molti dei casi descritti, l'affezione tubercolare si riscontra contemporaneamente nei polmoni, o sulla sierosa peritoneale. In casi eccezionali, lo stomaco può anche essere considerato come sede pri-

maria dell'infezione. Secondo BRODERS, solo il caso di VON WART sarebbe stato esente da tubercolosi polmonare; però secondo il KAUFMANN si avrebbero altri casi di tubercolosi primitiva dello stomaco (ALEXANDER, RUGGE).

La causa di questa rarità può sembrare a tutta prima strana, perchè nella tubercolosi polmonare, specialmente nei pazienti che hanno l'abitudine di inghiottire l'espettorato, lo stomaco riceve una quantità enorme di bacilli, quotidianamente. Ora, per la frequenza con cui l'intestino ammalia di tubercolosi, si dà ragione ai bacilli che vengono inghiottiti cogli alimenti, o in altro modo. Per lo stomaco vi deve essere dunque una causa che lo rende fino ad un certo punto indenne all'azione dei bacilli. Alcuni AA. (KLEBS, BARBACCI, SIMMONDS, DUERK) lo spiegavano ammettendo che il succo gastrico, acido, impedisse l'inoculazione della mucosa gastrica, in quanto, pur non uccidendo i bacilli tubercolari, ne ostacolasse l'accrescimento. Esperimenti hanno dimostrato che il succo gastrico è capace di attenuare la virulenza dei bacilli, ma non di distruggerli (KURLOFF e WAGNER, ARLOING, FISCHER, KJANOWSKI, ZAGARI).

Un'altra ragione era ricercata nella scarsezza dei follicoli della parete gastrica, situati profondamente (KLEBS) e sparsi qua e là (WIRCHOW); e si era anche detto che la loro iperplasia, che talvolta si riscontra nella mucosa gastrica dei tisici, potesse favorire l'infezione. Ma quanto alla prima causa è stato più recentemente dimostrato da KIRSCHMANN e da altri che in gran numero di casi i tisici presentano un'ipocloridria o addirittura una anacloridria, mentre la tubercolosi gastrica è assai rara. Non si può quindi dare all'acido cloridrico ed al succo gastrico una così grande importanza nella produzione di quell'immunità che innegabilmente possiede lo stomaco rispetto alla tubercolosi.

Si è data importanza ai movimenti continui peristaltici dello stomaco, che disturberebbero l'attività dei bacilli (KAUFMANN) perchè gli alimenti che li contengono non si soffermano a lungo (KANZOW), o ad ogni modo all'esistenza di una specie d'immunità della mucosa gastrica. Comunque, in condizioni patologiche come per la presenza di erosioni (MARFAN, STELTER), per piccolissime lesioni (ORTH), o cauterizzazioni (BREUS), può essere favorito l'attecchimento dei bacilli, che potrebbero giungere, oltre che per via orale, anche per movimenti antiperistal-

tici col contenuto duodeno-digiunale (ZEZAS). Ma le vie attraverso le quali più sicuramente il bacillo di Koch può giungere alla mucosa gastrica, sono: quella ematogena, in cui una endarterite tuberculare porterebbe ad una ulcerazione della mucosa gastrica (ARLOING); quella linfatica, dalle ghiandole retro-gastriche (ROSSET, FUYU); ed infine per contiguità, da ghiandole vicine caseificate, che si aprono all'interno dello stomaco, o da organi vicini, o dalla stessa sierosa peritoneale (ROKITANSKI, DUERK, WINTERMITZ). REINHOLD ha comunicato un caso in cui la milza tuberculare aveva aderito allo stomaco usurandone le pareti; un caso simile, in cui l'infezione tuberculare proveniva dal duodeno, è riportato da DURANTE. Secondo TUSINI la primitiva localizzazione del tuberculoma si avrebbe nel duodeno. In un altro caso di GARRÉ, l'infezione fu propagata dalla cistifellea; infine sono da ricordare le ricerche sperimentali che dimostrarono come per via ematogena si potessero ottenere lesioni tuberculari nello stomaco (ARLOING).

Il reperto anatomico-patologico più comune, è quello di ulcere semplici, spesso multiple, con ispessimento diffuso della parete gastrica, e che può anche ripetere — grosso modo — il reperto dell'ulcera gastrica infiltrata. Raramente si trovano escrescenze polipose, piccole, multiple, sui margini e sul fondo di antiche ulcere tuberculari. La sede più comune è la regione pilorica e prepilorica, ove si vedono tali ulcere, a fondo granulomatoso, spesso ricoperto da essudato grigiastro (WILLERUNG). A volte, sul fondo stesso, vi può essere una disseminazione di noduli tuberculari. Non sono escluse le altre localizzazioni, come ad esempio, il cardias. Il KAUFMANN descrive un'ulcera formatasi per confluenza di altre più piccole e che aveva le dimensioni di un marco: era situata sulla faccia posteriore dello stomaco, nella regione del cardias, in una donna di 41 a., affetta da tubercolosi polmonare; e lo stesso reperto in un ragazzo di 15 anni affetto da un'ulcera solitaria della parte pilorica; anche LUNDGREEN, nel 1926, illustrò un caso di tubercolosi della regione cardiale che aveva prodotto stenosi, e a monte una dilatazione esofagea.

L'altro tipo anatomico è quello fibrocascoso, a forma di tumore, o iperplastico, con ispessimento della parete e produzione di ulcere callose (PFANNER). Questa forma è propria dello stomaco e del colon, e si localizza nei punti ov'è maggiore

l'attrito, o più esposti agli stimoli di qualsiasi natura: è un vero tubercoloma, analogo a quello del cieco; caratteristica del prevalere del processo produttivo, è la ricca neoformazione di connettivo, che macroscopicamente può essere scambiata con un epitelioma, ed ha così ingannato chirurghi all'atto stesso dell'intervento.

Infine è da ricordare che nelle tubercolosi miliari si possono formare tubercoli sulla parete gastrica e specialmente nella mucosa. BARCHASCH ritiene che siano invasi tutti e tre gli strati: sieroso, muscolare e submucoso (KAUFMANN, WILMS, SIMMONDS).

Una terza forma, che però non sarebbe una manifestazione di lesioni tubercolari in atto, ma piuttosto secondo il concetto degli AA. che la descrissero, da mettersi in rapporto con le tossine tubercolari, è « la pilorite fibrosa stenosante » di PATELLA, o « gastrite tubercolare senza specificità anatomicamente dimostrabile » di PONCET e LERICHE. La tubercolosi, secondo questi AA., sarebbe capace di produrre delle lesioni banali, senza specificità istologiche. Tali lesioni consisterebbero in formazioni adenomatose, in infiltrazioni sclero-infiammatorie che — se localizzate — darebbero luogo ad una tumefazione e produrrebbero una stenosi pilorica. Questa sindrome, che si riscontra soprattutto nell'età giovanile, va sotto il nome di malattia di PATELLA.

Voglio ricordare la classificazione anatomo-patologica di D'ANTONA, il quale distingue varie fasi d'uno stesso processo tubercolare a carico dello stomaco, le quali spiegherebbero le varietà distinte dagli AA. Egli descrive una prima fase preliminare, o granuloma, sotto forma d'infiltrati, oppure di una massa costituente un vero tumore (tubercoloma); una fase fibrosa, che sarebbe l'esito d'una lesione guarita (forma atrofica); una fase di caseificazione con apertura negli organi vicini; una fase ulcerosa; ed infine una fase perforativa.

KONJETZNI, invece, alla classificazione che io ho descritto, aggiungerebbe una forma nodosa.

Secondo ALESSANDRI e GENTILE, dal punto di vista chirurgico, sarebbe più interessante una classificazione fatta in base a criteri puramente clinici. Si dovrebbe così distinguere una forma ulcerosa, con ulcera unica o multiple; una forma stenosante rappresentata da una placca di indurimento, più fre-

quente in prossimità del piloro, o da una cicatrice retraente, più facile ad osservarsi sulla piccola curva: a questi fatti di stenosi corrisponde una ectasia gastrica; ed infine una forma pseudoneoplastica, che assume l'aspetto di un tumore di varia forma e grandezza, spesso ulcerato, situato a preferenza nella regione pilorica e con diffusione costante al duodeno. Inoltre vi sono casi d'infiltrazione diffusa che simulano la linite gastrica carcinomatosa (OSELLADORE, WITHE).

L'esame istologico mette in evidenza, oltre a tutti i segni di una infiammazione cronica, la presenza di tubercoli con cellule di LANGHANS; raro invece il reperto di bacilli tubercolari: solo alcuni AA., infatti, hanno potuto osservarne (BROEDERS, CASTIGLIONI, LECÈNE). Malgrado la presenza di cellule giganti, talvolta è difficile, dal quadro istologico, il differenziare tale lesione da quella luetica (BARBER, GORDON-HEYD).

Casi di associazione di tubercolosi e cancro sono stati descritti nella letteratura (DOUGLAS, SPRUNT, TAMMAN, HURST, STEWART, BOLSAKOVA, MELCHIOR). L'USENA ha descritto un caso in cui un carcinoma si era impiantato su una tubercolosi gastrica operata con G. E. e accertata istologicamente; ad una certa distanza di tempo dall'intervento, il paziente morì ed all'autopsia si trovò un neoplasma gastrico, accanto ad esili di peritonite tubercolare.

Un caso di associazione di tubercolosi e sarcoma è stato descritto da RENTSCHLER e TRAVIS nel 1934.

L'ulcera tubercolare si può perforare in un organo vicino; esempio, il pancreas (HÖFER), il fegato (CHEVASSU); talvolta si può avere anche un ascesso nel fegato (DAX); può perforarsi in peritoneo libero (RICARD, LAPEYRE, GOSSET), od ulcerare un vaso e dare ematemesi o melene (DURANTE, TICHOFF, RAZZABONI, SANVENERO). Può dare ascessi freddi nella parete dello stomaco o negli organi vicini (JACBOVICI, SCHLESINGER, DONATI, CHARI, GOSSMANN, KELLER); fistole con organi vicini (BARBACCI) o coll'esterno (GELPKE: fistola ombellicale).

Il decorso può rassomigliare in modo notevole a quello dell'ulcera rotonda infiltrata e può essere lunghissimo se non avvengono le complicazioni descritte con organi vicini, o aggravamenti di lesioni specifiche in altri organi. In questi casi l'ulcera gastrica, ostacolando la nutrizione del paziente può far rapidamente precipitare la malattia verso l'esito fatale.

Sintomatologia - Il quadro clinico di questi malati ripete notevolmente quello delle ulcere peptiche ma con dei segni particolari, alle volte opposti a quanto si riscontra nei comuni malati, i quali dovrebbero mettere sull'avviso il medico.

Il dolore è generalmente più blando e indeterminato; v'è qualche caso (ulcere perforanti nel pancreas) in cui può essere acutissimo. Il vomito è frequente soprattutto nelle forme infiltrative e stenose. La melena sarebbe rara. JACOBOWICZ l'avrebbe osservata in un solo caso su sette; anche l'ematemesi è poco frequente e si riscontrerebbe solo nelle forme ulcerative. Secondo ARLOING si avrebbe nel 9% dei casi. LUSENA l'ha riscontrata 8 volte su 64. Però può essere in forma così imponente da riuscire rapidamente mortale (casi di LOREY, GILLE, BRECHEMIN).

RICARD e CHEVRIER notarono una grande frequenza alla diarrea, contrariamente a quanto avviene nelle ulcere peptiche, nelle quali, come è noto, prevale la stipsi. La diarrea avrebbe origine da eventuali concomitanti lesioni peritoneali. Però nei casi di ALEXANDER, DEMEL, MIROLI, non vi erano disturbi dell'alvo. Vi può essere liquido libero nell'addome quando vi è una diffusione peritoneale (FRANCINI).

Si deve dare una certa importanza ai facili movimenti febbrili serotini, i quali probabilmente sono in rapporto con altri focolai, e mancano nei portatori di ulcera peptica. Frequente è il reperto di adenopatie in varie stazioni linfatiche e soprattutto nella fossa sopraclavicolare. L'esame del succo gastrico dà, contrariamente a ciò che si riscontra nelle ulcere rotonde, ipocloridria e talvolta anacloridria e achilia. Questo soprattutto si riscontra nelle forme ulcerative, mentre in quelle stenose vi può essere, all'inizio, un certo grado di ipercloridria. Nel contenuto gastrico si può trovare il bacillo di Koch. JACOBOWICZ iniettando in cavia il succo gastrico, ottenne lo sviluppo di una forma tubercolare.

L'esame radiologico non si differenzia generalmente da quello che si ha nell'ulcera rotonda: solamente, SCHINZ ha notato che si può rilevare radiologicamente un reperto infiltrativo molto diffuso che si estende al duodeno, fatto che nel carcinoma e nell'ulcera rotonda non si ha. Tale segno è confermato da POP e HANGANIATU, DONATI, LAPIDARI.

La *diagnosi*, dopo quanto abbiamo visto sulla sintomatologia, si può a buon diritto considerare molto ardua, perchè le forme ulcerose specifiche riproducono abbastanza fedelmente il quadro dell'ulcera peptica che di per sè stesso è multiforme e variabile; le forme iperplastiche con tumefazione percepibile attraverso le pareti dell'addome, richiamano talvolta alla mente le affezioni neoplastiche. Certo vi sono sempre in tali malati delle deviazioni dai quadri comuni, segni non concordanti fra loro colla sindrome di ulcera peptica o di cancro. L'intuizione del medico può talvolta dare il giusto valore a queste sfumature e indirizzare il suo criterio verso la diagnosi esatta. Ma che ciò si verifichi nella pratica è molto difficile, data la grande frequenza delle forme comuni e l'estrema rarità delle forme tubercolari.

Nelle forme iperplastiche DONATI insiste nella difficoltà e talvolta impossibilità di fare la diagnosi differenziale col cancro. FRANCINI ricorda come la lue iperplastica dello stomaco abbia una sintomatologia identica. WILLERDING mette in evidenza come tumori benigni dello stomaco (leiomioma) non si possano differenziare nella diagnosi dalla tubercolosi. Abbiamo del resto visto come vi siano delle forme tubercolari che danno delle produzioni polipose situate verso la regione pilorica.

Anche l'adenopatia sopraclavicolare non ha valore probativo, perchè si può avere tanto nei tubercolotici, come nei portatori di tumori e non è sempre agevole differenziarne i caratteri. Di più si deve ricordare l'eventualità che entrambe le affezioni coesistano nello stesso individuo. HERTSCH ha descritto un caso in cui vi era adenopatia tubercolare sopraclavicolare destra in un portatore certo di carcinoma gastrico. Ma questo non ha nella pratica una grande importanza, perchè, come vedremo, il criterio terapeutico è uguale in queste affezioni.

La *prognosi* dev'essere riservata, data la natura dell'affezione. Mentre per le ulcere peptiche si può sperare in una guarigione non operatoria (ed è un reperto quotidiano nelle sale chirurgiche quello di ulcere cicatrizzate completamente), le ulcere tubercolari, per la natura della malattia, hanno tendenza ad estendersi, piuttosto che a guarire. Inoltre il grave deficit alimentare a cui si trova esposto il paziente per la lesione gastrica, aggrava le condizioni generali e quelle dell'affezione pol-

monare che è così spesso presente. Anche per i casi operati, vi sono da formulare molte riserve, non solo per le condizioni generalmente molto precarie con le quali i pazienti giungono al tavolo operatorio, ma per il pericolo d'una diffusione miliaria o quanto meno della riaccensione del processo in un altro organo; in un caso pubblicato da GENTILE, il paziente dimesso dalla clinica guarito operativamente, si ripresentò dopo tre mesi con diffusione miliaria che lo condusse alla morte.

La cura proposta dai diversi AA., oltre agli interventi in uso per le ulcere peptiche, comprende un intervento che nelle ulcere peptiche non sarà mai consigliato, ed è la laparatomia esplorativa; questa sarà limitata a quei soli casi di tubercolosi peritoneale alta con numerose ghiandole della piccola curvatura e del piloro interessate, in cui sia la gastroenterostomia che la resezione, non si possono praticare con vantaggio del paziente. In tale situazione, il chirurgo, anche limitandosi alla semplice laparatomia esplorativa, porta un beneficio al malato. La letteratura porta dei casi in cui tale intervento è stato seguito da un miglioramento (LAPIDARI, JACOBOWICI e tre casi radunati da GENTILE).

In quei casi in cui il processo è meno diffuso, specie a carico del peritoneo, i trattamenti di elezione sono quelli più aggressivi.

MAJO ROBSON in un caso si limitò alla piloroplastica, ma l'operazione che cura radicalmente l'ulcera è la resezione, e se questa non è possibile, bisognerà ricorrere alla G. E. che mette in riposo la porzione ulcerata dello stomaco. Anche SERAFINI, FUSINI e PALAZZO hanno avuto guarigioni con questo intervento. ALESSANDRI fu il primo ad eseguire la resezione di stomaco per tubercolosi gastrica nel 1905. Le statistiche operatorie dimostrano la gravità di questi interventi in relazione soprattutto alle condizioni del paziente. Infatti non v'è differenza notevole di mortalità tra resezione gastrica e G. E., malgrado esista un divario così notevole fra la durata, l'estensione e l'azione traumatizzante dei due interventi.

Fra gli 87 casi raccolti da NEDELEC, in 29 era stata fatta la gastrectomia, con 8 morti e 21 risultati funzionali ottimi, e in 26 la G. E., con 8 morti ed un'alta percentuale di risultati insufficienti. MIROLLI su 53 casi raccolti dalla letteratura nel 1929, nota che di essi 31 erano stati operati di G. E., 17 di resezione e

5 d'altri interventi di varia specie. GENTILE nel 1938, su 39 casi, nota che fu fatta la resezione in 21; in 11 la G. E.; in 3 ambedue tali interventi; in 1 la digiunostomia ed in tre la laparatomia esplorativa. JACOBOWICI su sette casi ha praticato 3 G. E., 3 resezioni, una laparatomia esplorativa, ottenendo 6 guarigioni ed un miglioramento.

Si tratta dunque d'una entità nosologica rara, ma di grande interesse per la difficoltà di diagnosi, per la gravità del suo decorso e la prognosi severa che comporta e per la mortalità relativamente alta nei casi operati. Tanto più avrà importanza una diagnosi precoce fatta dal medico, perchè in questi malati, più che nelle ulcere peptiche, è necessario che l'intervento sia fatto per tempo, prima che l'aggravarsi del processo tubercolare, talvolta a rapida evoluzione, renda il caso superiore ad ogni risorsa chirurgica.

Riferisco ora il caso osservato nel luglio 1941 nell'Ospedale Civile « Bruno Mussolini » di Tirana ed operato da LOZZI.

Xhemal R., uomo di anni 23 da Fieri.

Ha avuto malaria, a più riprese.

Da un anno si lagna di un vago malessere epigastrico, con inappetenza sempre più spiccata, pesantezza dopo i pasti, che a volte diventa dolenzia, eruttazioni acide insieme a senso di nausea. Il paziente è andato lentamente dimagrendo. L'alvo presenta spesso alternative di stipsi con diarrea.

Da un mese i disturbi sono diventati più intensi, è comparso spesso il vomito alimentare, con espulsione di residui alimentari dei giorni precedenti. Mai ematemesi o melena. Spesso dolore epigastrico dopo 1-2 ore dal pasto.

Il paziente ha da qualche mese tosse con espettorato.

E. O.: Uomo in condizioni generali scadenti. Pallido. Pannicolo adiposo scarso. Polso 80. Temp. 37,5 (molto spesso nel pomeriggio).

Addome pianeggiante, mobile nella respirazione. A livello dell'epigastrio, nello sua parte media e destra si apprezza una tumefazione ovoidale, liscia, teso-elastica, leggermente dolente alla pressione, grande come un uovo di gallina, poco mobile colla respirazione e passivamente, indipendente dal fegato, la cui ottusità si arresta più molto della massa. Spesso visibile peristalsi gastrica, che si arresta a livello della tumefazione. Non liquido libero addominale. Fegato e milza nei limiti. Esplorazione rettale negativa.

App. resp. segni di apicite sinistra con qualche fatto umido.

L'esame radiologico del torace mette in evidenza una velatura dell'apice sinistro con piccoli noduli di infiltrazione.

Cuore e vasi normali.

L'esame radiologico dello stomaco mostra una modica gastrectasia, che nella regione centrale, presenta un difetto di riempimento a margini irregolari, dentellati. A questo punto il bario incontra un ostacolo alla progressione verso il duodeno, che poi è vinto con manovre palpatorie e con massaggio. Nulla a carico del resto.

L'esame dello sputo è negativo per B. di Kock. L'esame del succo gastrico mostra una ancloridria completa, con acido lattico. La ricerca del sangue occulto nelle feci è positiva. La Wass. è negativa. Urine normali.

Pensando ad una stenosi pilorica neoplastica, con una certa riserva per una forma tuberculare, il 10 luglio 1941 il paziente viene operato in anestesia locale.

Intervento (Lozzi): laparatomia mediana sopraombelicale. Stomaco fortemente ecclastico, per una massa a tipo neoplastico, che prende la regione antrale, pilorica e parte prossimale della prima porzione del duodeno. Essa è discretamente fissa sul pancreas. Grossi gangli sulla grande curvatura, specie a livello dell'antrò, di vario calibro, di consistenza teso-elastica, con aderenza alla massa gastrica. Altri gangli con gli stessi caratteri sulla piccola curva. Alcuni noduli grigiastri sulla sierosa dell'antrò subito prima del tratto ingrossato.

Dai caratteri dei gangli e dalla mancanza di limitazione dell'infiltrazione dal lato del duodeno viene ritenuto potersi trattare con grande probabilità, di una forma di tubercolosi gastrica, e perciò si procede alla resezione duodeno-gastrica ed alla ricostituzione della continuità secondo REICHEL-POLYA. La exeresi riesce un po' indagginosa per l'aderenza del blocco dei gangli profondamente. Sutura della parete e guarigione operatoria in 15 giorni.

Esame del pezzo asportato: Aperto lo stomaco per lungo, si mette in evidenza una vasta ulcerazione, che occupa, dal lato della piccola curva, l'antrò, il piloro ed una parte della prima porzione del duodeno. L'ulcerazione ha margini scollati, sottominati e dentellati, un po' sollevati da una infiltrazione che si estende perifericamente. Nessuna limitazione dal lato del duodeno, ma passaggio per gradi, come nello stomaco, verso il tessuto sano. Incisi i gangli più grandi si trovano in parte caseificati e rammolliti.

L'esame istologico dei gangli mette in evidenza delle lesioni tubercolari chiarissime con tubercoli tipici, e così pure nelle zone intorno all'ulcera. Nel fondo dell'ulcera, costituito dal piano muscolare, si mettono in evidenza scarsissimi fatti flogistici banali e prevalenza di fatti degenerativi.

Rivisto il paziente nell'ottobre 1941 si trova in buone condizioni. E' cresciuto di peso, più colorito e digerisce bene.

RIASSUNTO

L'A. riporta un caso di tubercolosi dello stomaco operato di resezione gastroduodenale alla Reichel-Polya, con buon risultato. Dopo aver passato in rivista le caratteristiche anatomicopatologiche e semeiotiche di questa lesione, non frequente, l'A. si sofferma sui criteri di diagnosi differenziale date le difficoltà che spesso s'incontrano nell'individuare con esattezza tale sindrome.

LETTERATURA

- ALBERTAL e LATIENDA: *Ulcerae gastricae tuberculosae*. Rev. Ass. Med. Arg., n. 50, 1936, pag. 1975.
- Arch. Tisiol., 12, 1936, pag. 437-445.
- ALESSANDRI: *Tubercolosi del piloro. Resezione. Guarigione*. Bull. R. Acc. Med. Roma, fasc. 7-8, 1903, pag. 267.
- *Due casi di tubercolosi dello stomaco*. Ann. Ist. Forlanini, 2, 1938, pag. 208.
- Schweiz. mediz. Woch., a. 68, n. 18, 30 aprile 1938.
- Manuale di Chirurgia, Vol. IV, pag. 431, Pozzi, Roma, 1933.

- ALEXANDER: Dtsch. Arch. f. Klin. Med., 86, 1905.
- BALDERI: *La tubercolosi dello stomaco in chirurgia*. L'Osped. Magg., 6-7, 1935, pag. 325.
- BARBER: *Tuberculosis or syphilis of stomach*. Ann. of Surg., XCX, 1932, pagina 259.
- BEER: *Subtotal gastrectomy for extensive tuberculosis of the stomach*. Ann. of Surg., LXXIV, 1921, pag. 245.
- BERTOLONI: *La tubercolosi dello stomaco*. L'Osped. Magg., n. 10, 1921, pag. 197.
- BOLSAROVA: *Das gleichzeitige Auftreten von Krebs und Tuberkulose des Magens*. Vestg. Rentgenol., vol. XV, 1935, pag. 268.
- DROEDERS: *Tuberculosis of the stomach, with report of a case of multiple tuberculous ulcers*. Surg. Gynec. and Obst., vol. XXV, n. 5, 1917, pag. 490.
- CALZAVARA: *Contributo alla conoscenza della tubercolosi chirurgica dello stomaco*. Arch. Ital. Malattie appar. diger., vol. II, 1933, pag. 136.
- CASTIGLIONI: *Contributi di terapia operativa per forme tubercolari a sede gastrica e intestinale*. Atti Soc. Lomb. Sc. Med. e Biol., vol. X, f. 3.
- COLP: *Tuberculous ulcer of the stomach*. Ann. of Surg., vol. LXXXVIII, 1928, pag. 311.
- CORDERO: *Tubercolosi del ventricolo a forma neoplastica*. La Clin. Chirur., 1910, n. 6, pag. 1247.
- D'ANTONA: *Tubercolosi gastrointestinale*. La Riv. Med., 1912, n. 1.
- DAX: *Zur Magentuberkulose*. Zentralbl. f. Chir., 1934, n. 7, pag. 1036.
- DEMEL: Dtsch. Zeitschr. f. Chir., vol. CLXXXIII, pag. 348.
- DONATI: *La tubercolosi extrapolmonare*. Ed. Wassermann, Milano, 1938.
- FRANCINI: *Sulla tubercolosi iperplastica dello stomaco*. Il Policl. Sez. Chir., vol. XXXV, 1928, pag. 589.
- FRUGONI: *Di una rarissima forma di stenosi pilorica*. La Clin. Mod., 1906, n. 10.
- GENTILE: *Contributo allo studio chirurgico della tubercolosi dello stomaco*. Arch. Ital. Chirur., vol. LII, 1938, pag. 629.
- GOOD: *Tuberculosis of the stomach*. Arch. of Surg., vol. XXII, 1931, n. 3, pag. 415.
- JACOBOWICZ: *Contribution à l'étude de la tuberculose gastrique*. Arch. Ital. Chir., vol. LII, 1938, pag. 561.
- KAUFMANN: *Trattato Anat. Patol. Speciale*. Parte I, pag. 597. Ed. Vallardi, Milano, 1929.
- LAPIDARI: *Sulla tubercolosi dello stomaco*. Arch. Ital. Chir., vol. LII, 1938, pag. 600.
- LERICHE et MOURICAUD: *Les formes chirurgicales de la tuberculose de l'estomac*. Revue de Chir., 1909.
- LEVY: *Die tuberkulose des Magens und des Zwölffingerdarmes*. Sovet. Chir. vol. VI, 1934.
- LUNDGREN: Zentr. Org., XXXVII, 741. Act. Chir. Scand., 61, 172, 1926.
- LUSENA: *Stenosi pilorica da granuloma tubercolare*. Arch. Ital. Chir., vol. IV, 1921, n. 1.
- MARCHESINI: *Ulcera gastroduodenale e tubercolosi*. Ann. Ital. Chir., 1925, fascicolo 8, pag. 770.
- MAREGGIANI e VENTURA: *Due osservazioni di tubercolosi gastrica*. Riv. di Pat. e Clin. della Tuberc., n. 9, 1931, pag. 727.

- MIBOLLI: *Contributo alla conoscenza della tubercolosi chirurgica dello stomaco*. Arch. Ital. Chir., vol. XXIV, 1929, pag. 83.
- NEDELEC: *La tubercolosi dello stomaco*. Arch. Franco-Belg. de Chir., A. XXXIV, n. 2, febr. 1934, pag. 76.
- OSELLADORE: *Contributo allo studio della linite plastica dello stomaco*. Arch. Ital. Malattie app. diger., vol. II, 1933, pag. 259.
- PAZZI: *Osservazioni radiologiche sulla tubercolosi dello stomaco*. La Radiol. Med., vol. XV, 1928, n. 9, pag. 934.
- POHL: Citato da Gentile.
- POP e HANGANIATU: *Klinische und Roentgenologische Betrachtungen über die Tuberkulose des Magens*. Zentralbl. f. Chir., n. 27, 1932, pag. 1628.
- RABINO: *La tubercolosi gastrica*. Sanatorium, n. 8, 1932, pa. 26.
- RAZZABONI E.: *Gastrectomia subtotala per tubercolosi gastrica a forma pseudoneoplastica*. Il Policl., Sez. Chir., 1919, n. 5, pag. 153.
- SANVENERO: *Contributo allo studio ed alla cura chirurgica della tubercolosi gastrica*. La Clin. Chir., 1915, n. 6, pag. 947.
- SPRUNT e DOUGLAS: *Carcinoma and Tuberculosis of the stomach*. Surg. Gynec. and Obst., vol. LI, n. 2, 1930, pag. 245.
- STEROLNIKOV: *Ueber die Tuberkulose des Magens*. Med. Mysl'Uzbek, III, n. 8, 1929, pag. 16.
- SULLIVAN, FRANCONA, KIRSHBAUM: *Tuberculosis of the stomach*. Ann. of Surg., vol. CXII, 1940, pag. 225.
- VITALI: *Tubercolosi gastrica*. Il Policl., Sez. prat., 1920.
- WHITE: *Tuberculosis of the stomach*. Ann. of Surg., vol. CV, n. 4, 1937, pagina 626.

345118

