Dott. GIOVANNI LUPACCIOLU

Diagnosi cliniche e indagini radiologiche al controllo operatorio

(Dati statistici)

ROMA

Estratto dalla Rivista
«CROCE ROSSA»
Anno X - N. 11-12 - Nov.-Dic. 1935-XIV
ROMA

ISTITUTO DI RADIOLOGIA MEDICA DELLA R. UNIVERSITA'
E DEGLI OSPEDALI RIUNITI
POLICLINICO UMBERTO I - ROMA
PROF. A. BUSI - Direttore PROF. U. NUVOLI - Primario e Incar.

Diagnosi cliniche e indagini radiologiche al controllo operatorio

(Dati statistici)

DOTT. GIOVANNI LUPACCIOLU - Assistente Ospedaliero

Estratto dalla Rivista
« C R O C E R O S S A »
Anno X - N. 11-12 - Nov.-Dic. 1935-XIV
R O M A

Ho affidato al dott. G. Lupacciolu, il più anziano dei miei collaboratori, il delicato compito di redigere questo lavoro statistico, nella convinzione che non sarebbe venuto meno a quella scrupolosa onestà che gli ho sempre riconosciuta e sulla quale ho basato e baso la mia amicizia per lui.

Ho voluto che su 563 casi da me interpretati in un periodo che va dall'inizio del mio servizio radiologico al Policlinico Umberto I di Roma fino all'agosto del 1934 si stabilisse la percentuale degli errori commessi *dalla sola diagnosi clinica e da quella sussidiata dall'indagine radiologica.* Sono stato costretto a ciò dalle discussioni, non sempre serene, sorte fra me ed i miei con i colleghi medici e chirurgi, sia sul valore in se dalla radiologia sia sulla opportunità di applicare i metodi della nostra Scuola ritenuti troppo lunghi e costosi.

Circa il valore dell'indagine radiologica ogni discussione deve cadere quando si stabilisce, come si vedrà leggendo il lavoro, che con questo sussidio la diagnosi presenta una percentuale di errori del 5%.

La bontà del metodo che giunge a tali risultati diviene una logica conseguenza per cui ogni chiosa è superflua.

D'altra parte le cifre della nostra statistica concordano perfettamente con quelle di ogni Istituto Radiologico serio, in Italia ed all'estero.

Non siamo quindi nè migliori nè peggiori degli altri che meritino il nome di medici radiologi.

Dopo di che mi sembra opportuno tornare *silenziosamente* al lavoro collaborando con fraterna, francescana, umiltà, ciascuno per la sua parte, a lenire le sofferenze dei malati, scopo unico della nostra fatica.

Prof. U. Nuvoli

Il nostro servizio di radiologia nella sezione ospedaliera del Policlinico Umberto I ha avuto inizio nel settembre 1932 in modo burrascoso. In seguito all'esito del concorso di primario radiologo avvenuto in quel periodo di tempo, l'Amministrazione degli Ospedali Riuniti di Roma assegnava a dirigere la sezione di Radiologia del suddetto Ospedale il Prof. Nuvoli.

Noi stessi, per medesima disposizione, venivamo trasferiti al Policlinico Umberto I. Avevamo collaborato col nostro attuale Primario, sotto l'alta direzione del prof. Busi, per circa 3 anni, all'Istituto Radiologico del Littorio, svolgendo in ampie ed igieniche sale, attrezzate perfettamente, un notevole lavoro quotidiano.

Se affetto di discepoli ed obbedienza alle disposizioni impartite ci consigliavano di raggiungere senz'altro la nuova destinazione, tuttavia, nell'allontanarci da un Istituto che avevamo visto sorgere ed avevamo avviato, e nel quale per molto tempo avevamo compiuto una sana e proficua fatica, non potevamo non provare un comprensibile rimpianto, maggiormente giustificato dal nostro ingresso nell'allora « Gabinetto Centrale di Radiologia del Policlinico » rappresentato da due antiquati apparecchi capaci di svolgere soltanto una diagnostica grossolana e situati in due sale nelle quali il « bel sole d'Italia » aveva ricevuto assoluto divieto di penetrare.

Rendiamo tuttavia doveroso omaggio alla memoria del cosidetto « Gabinetto Centrale di Radiologia del Policlinico » che pure, in altri tempi, ha reso i suoi buoni servigi.

Se antiquato era il gabinetto radiologico per necessità di cose non dovevano essere modernissimi i sistemi d'indagine applicati ai quali i colleghi ospedalieri erano abituati da una consuetudine trentennale ed ai quali si erano, naturalmente, affezionati.

Nostro primo compito fu quindi di riportare la radiologia del Policlinico all'altezza dei tempi e delle nuove acquisizioni.

Si cercò di sostituire i vecchi ambienti con più nuovi e più adatti, si spezzarono le vecchie trentennali abitudini, si instaurarono metodi nuovi con tenacia fascista e con coraggio chirurgico, d'onde le recriminazioni, le parole aspre, e le discussioni senza fine sul valore dei nuovi sistemi e sulla utilità di applicarli o di abbandonarli.

Noi italiani siamo un popolo caldo e prolifico non solo di figli ma di idee e concetti nuovi e per questo portiamo un entusiasmo spinto in ogni manifestazione polemica su argomenti rispecchianti la novità dei concetti e delle idee. E' perciò che anche nel campo radiologico si è polemizzato e si polemizza con forza, per non dire con violenza. Abbiamo quindi deciso di portare dei fatti nella discussione col mezzo di dati statistici.

Ritornando in argomento diremo che, in seguito alla convenzione stabilita tra il Rettorato della R. Università e la Presidenza degli Ospedali Riuniti, in attesa della costruzione di un nuovo Istituto di Radiologia rispondente alle odierne esigenze scientifiche, diagnostiche e terapeutiche gli ammalati degenti nei vari padiglioni dell'Ospedale vengono inviati, temporaneamente, per gli opportuni accertamenti, alla Clinica Radiologica. Anche questo Istituto, un tempo perfettamente all'altezza dei suoi compiti, non è oggi in grado, per la ristrettezza degli ambienti, di sopperire alle necessità dei numerosi esami radiologici dei diversi padiglioni, alle quali, durante il periodo estivo, si aggiungono quelle delle Cliniche e Patologie. Vogliamo con questo affermare che pur avendo raggiunto da parte nostra, come in seguito vedremo, risultati diagnostici lusinghieri, questi sarebbero stati certamente migliori se ci fossimo trovati in condizioni più favorevoli e con minore ingorgo e maggiore tranquillità di lavoro.

« Il tempo a volte lunghissimo — ha affermato il prof. Nuvoli in una conferenza da lui tenuta all'Accademia Lancisiana di Roma — che ciascuna indagine richiede rende indispensabile la istituzione di parecchie sezioni, ognuna diretta da un assistente e specializzata ad un determinato lavoro ».

Quando si pensi al grande movimento di ammalati che giornalmente si ha nel Policlinico Umberto I e si consideri che vengono inviati ogni mattina all'esame radiologico una trentina di casi in media e che si dispone di sole 4 sezioni installate in ambienti ristretti, si può avere una nozione esatta del gravoso lavoro sostenuto nelle condizioni più sfavorevoli.

Dobbiamo al prof. V. Puccinelli, Chirurgo Primario al I padiglione di Chirurgia del Policlinico Umberto I, che ha messo a nostra disposizione i controlli operatori eseguiti su malati radiologicamente studiati dal settembre 1932 all'agosto 1934, la possibilità di eseguire un tale lavoro: di ciò lo ringraziamo.

In questa nostra esposizione non sono compresi gli esami dei pazienti degenti nei padiglioni di medicina ed in seguito trasferiti a quello di chirurgia.

Escludiamo in modo assoluto che sia stata fatta una selezione essendo nostro desiderio riportare i risultati con tutta obbiettività. La frase di Moynihan: « Si può far dire alle statistiche chirurgiche quello che si vuole, anche la verità » deve essere da noi intesa solo nel senso della verità. D'altronde i dati che riferiamo, possono essere facilmente controllati e noi conserviamo interi gli incartamenti a disposizione di chi li voglia consultare.

Il seguente prospetto rappresenta il numero complessivo dei pazienti osservati nel suddetto periodo di tempo, dei controlli operatori od autoptici eseguiti, degli errori clinici e radiologici constatati dai controlli, considera infine il numero dei reperti operatori od autoptici in contrasto con i dati radiologici. La casistica non appartiene ad un solo organo o sistema, ma a tutti gli apparati.

Riportiamo inoltre alcune osservazioni le quali o per essersi rivelate al controllo in contrasto con le conclusioni radiologiche o perchè dimostrano il valore di un esame Röntgen praticato con tecnica rigorosa ed interpretato, nei suoi risultati, con critica severa possono, a nostro avviso, apparire di particolare interesse.

Numero complessivo dei pazienti sottoposti all'esame Röntegn	563
Numero complessivo dei controlli operatori o necroscopici	284
Numero complessivo degli errori clinici al controllo e percentuale	72 = Perc. 24%
Numero complessivo degli errori radiologici al controllo e percentuale	18 = Perc. 5%
Numero dei controlli operatori discutibili . . .	8

Per facilitare la nostra esposizione illustriamo senz'altro gli 8 casi che si prestano a discussione.

Caso I.

Del. S. B., di anni 56. 21 agosto 1934. Da circa 20 giorni avverte dolore in corrispondenza dell'ipocondrio destro che si accompagna a vomito, a subittero, a feci acoliche. Mai febbre. Frequenti eruttazioni con meteorismo. Alvo normale. Viene inviato all'indagine radiologica con la diagnosi di epitelioma gastrico.

Esame Röntgen: Stomaco normale per forma e grandezza. La porzione antrale di esso sembra animata da scarsa peristalsi ma le pliche si dimostrano come di norma. Durante il prosieguo dell'indagine anche la porzione antrale è animata da onde peristaltiche. Il reperto rilevato non autorizza il radiologo ad emettere il responso di neoplasma (fig. 1).

Intervento chirurgico: Cistifellea a pareti ispessite, biancastra, flaccida, non contenente calcoli. Si esplora lo stomaco e si trova nella parte più alta una massa dura, irregolare, ovoide. Si fa una piccola apertura sulla parete anteriore destra dello stomaco per accertarsi con l'esplorazione della sede extragastrica e allora è possibile vedere la massa rilevata che ha aspetto neoplastico e corrisponde alla coda del pancreas. In conseguenza del dato clinico delle coliche, si insiste sulle vie biliari, e, a livello della terza porzione del duodeno (testa del pancreas) si sente una massa non molto dura che potrebbe corrispondere alla regione della papilla. Sulla superficie anteriore ed infe-

riore del fegato si vedono due piccole ombelicature bianche di tipo neoplastico. Se ne asporta una.

Diagnosi operatoria: Neoplasma della papilla (?) con metastasi retrogastrica.

La descrizione operatoria di questo caso è tutt'altro che chiara e ci sembra contrastare con la diagnosi definitiva la quale esclude tuttavia in modo assoluto la presenza di un tumore intrinseco dello stomaco e ciò è per noi inte-

Fig. 1.

ressante perchè conferma il dato radiologico dimostrando inoltre che a volte nemmeno a ventre aperto il chirurgo riesce ad orientarsi in modo esatto.

Caso II.

P. R., di anni 29, carbonaio, 1 maggio 1933. Precedenti famigliari negativi. Ha sofferto di polmonite all'età di 16 anni. Nel 1923 ha cominciato ad avvertire senso di peso all'epigastrio, acidità e pirosi. Questi disturbi, che sono alternati a periodi di perfetto benessere, si attenuano con l'ingestione dei cibi. Mai vomito. Non ematemesi nè melena. Alvo regolare. Non itterizia. Viene inviato all'indagine radiologica con la diagnosi clinica di « stenosi duodenale ».

Esame Röntgen: Niente a carico dello stomaco. Si nota una dilatazione notevole ma non costante della prima porzione duodenale dovuta ad una lesione ulcerativa situata in corrispondenza del ginocchio superiore (fig. 2).

Intervento chirurgico: Si trova un duodeno notevolmente ectasico e flaccido; si cerca accuratamente se esistono segni di lesioni ulcerative ma non se ne riscontra alcuno. Il canale pilorico è duro, pervio, e permette in modo sufficiente il passaggio del dito esploratore. Le pareti duodenali sono più spesse della norma. Questo stato interessa tutto il duodeno fino al cordone dei vasi mesenterici. Lo stomaco è normale ed anche normale appare la prima ansa

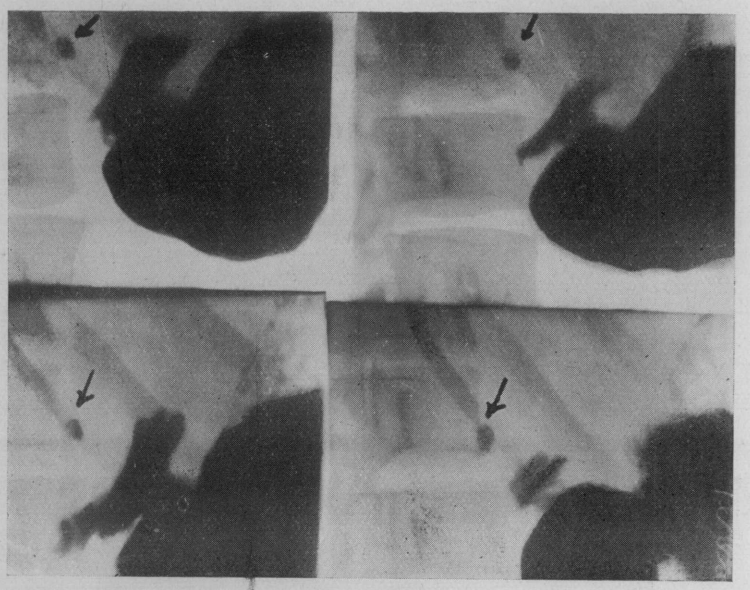

Fig. 2.

digiunale. Dato questo reperto si conclude per la diagnosi di stasi duodenale cronica da compressione vasale.

Anche il caso che segue si presenta identico sia come reperto radiologico che come conclusioni operatorie.

Caso III.

Il paziente è stato inviato all'indagine radiologica col diagnostico clinico di appendicite. L'esame Röntgen dell'apparato digerente completo ha rivelato una lesione ulcerativa localizzata nella prima porzione duodenale. Il reperto operatorio è stato negativo.

Circa la negatività di tale reperto ricordiamo che una lesione ulcerativa, dimostrata in modo inequivocabile attraverso un corretto esame radiologico può anche sfuggire alla più oculata esplorazione chirurgica.

E' questa ormai una nozione acquisita, controllata oltre che da noi da autorevolissimi autori.

Donati testualmente si esprime: « Se il reperto radiologico rivela un

segno diretto io do ragione al radiologo e torto al chirurgo che non sa trovare la corrispondente lesione anatomica ».

Abbiamo sopra riportato i radiogrammi del secondo caso in cui la nicchia è visibilissima e resa indubbia dalla sua costanza in tutte le osservazioni.

Ramond scrive che « la lesione ulcerativa può manifestarsi senza alcun carattere obbiettivo ed in presenza di segni radiologici evidenti di ulcera il chirurgo non ha il diritto di chiudere la parete addominale senza praticare un intervento più completo asserendo che non esiste alcuna traccia esterna di lesione ulcerativa ».

Wilms, Chaoul sono del parere che alcune ulcere duodenali sfuggono a qualsiasi constatazione esterna del chirurgo.

Specialmente le lesioni situate sulla faccia posteriore del duodeno possono non essere riscontrate durante un intervento anche molto accurato. Molte volte la lesione ulcerativa è soltanto reperibile sul pezzo asportato.

Non diverso avviso esprimono Wilkie, Rowsing, Carman quando avvertono che il chirurgo può trovarsi in presenza di una lesione ulcerativa senza tuttavia apprezzare alcun segno di essa attraverso l'esplorazione della parete esterna.

« Io — afferma Gutmann — possiedo molte osservazioni, assolutamente certe, d'ulcera da me diagnosticate e che il chirurgo, non avendole riscontrate, ha richiuso l'addome pensando ad un errore diagnostico. Le ulcere si sono però manifestate ulteriormente per la loro persistenza clinica e radiologica, per delle complicanze o per essere state trovate durante un reintervento. Allorchè, conclude Gutmann, attraverso la clinica ed una indagine radiologica ben praticata si fa diagnosi di ulcera duodenale, il diagnostico è diventato una certezza quasi matematica che il chirurgo deve considerare più sicura delle sue constatazioni operatorie ».

Senza quindi voler entrare in aperto contrasto col reperto chirurgico ci sembra però lecito ammettere, in questi casi, la possibilità che data la sede atipica della lesione, specialmente nella prima osservazione, essa sia sfuggita alla semplice esplorazione.

Caso IV.

F. A., di anni 37. 3 settembre 1933. Viene inviato all'indagine radiologica con la diagnosi di ulcera duodenale. Esame Roentgen: Abbondante presenza di muco (gastrite). Prima porzione duodenale gravemente deformata a tipo di periduodenite. In corrispondenza del ginocchio superiore di essa (fig. 3) si mettono in evidenza due piccole immagini diverticolari che non è possibile stabilire in modo sicuro se dovute a lesioni ulcerative o a stiramenti estrinseci.

Intervento chirurgico: Notevolissima periduodenite, meglio peritonite sottoepatica. Il duodeno nella prima e seconda porzione è spesso a tendenza spastica e però non si rilevano segni sicuri di ulcera. La cistifellea è di aspetto normale. Inciso il piloro si esplora il duodeno dall'interno e nella parete posteriore, un paio di centimetri avanti al piloro, si trova una zona appiattita che forse (per quanto permette di controllare l'esplorazione che è molto complicata) è ulcerata per una estensione di un paio di centimetri. Le ghiandole della regione sono iperplastiche.

Diagnosi operatoria: Peritonite sotto-epatica. Duodenite.

Questo caso se dimostra i risultati precisi di un esame Röntgen praticato con tecnica corretta conferma inoltre i concetti degli Autori sovraricordati sulle difficoltà che un chirurgo, pur espertissimo, può talvolta riscontrare al tavolo operatorio nel riconoscimento di una lesione ulcerativa gastro-duodenale. Non ostante l'esplorazione interna del piloro e della prima porzione duodenale la suddetta lesione non è stata nè esclusa nè ammessa, non aggiungendo quindi nulla a quanto si era potuto osservare ad addome chiuso col solo sussidio dei raggi X.

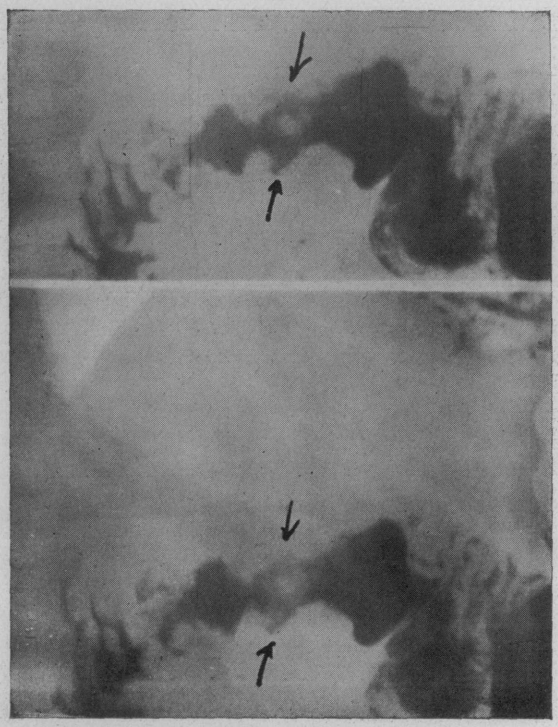

Fig. 3.

Caso V.

In questo paziente sottoposto all'indagine radiologica con la diagnosi clinica di lesione ulcerativa duodenale il risultato dell'esame Röntgen è stato negativo. Trascriviano il reperto operatorio così come è stato dettato dal chirurgo: « Stomaco di dimensioni normali con pareti forse (sic) un pò più spesse del normale specialmente lungo la piccola curvatura nel punto di flessione ».

Diagnosi operatoria: Piloroduodenite.

Gli stessi dubbi espressi dal chirurgo non si autorizzano ad accettare « toto corde » il suo giudizio definitivo.

Caso VI.

D. F., di anni 47. 24 febbraio 1933. Precedenti personali e familiari negativi. Dall'inizio del 1932 ha cominciato ad avvertire dolenzia alla fossa iliaca destra accompagnata talora a febbre (37,5-38). Nel febbraio 1933 ha emesso con le feci una notevole quantità di sangue.

Viene inviata all'indagine radiologica con la diagnosi di « tumore del ceco e dell'appendice ».

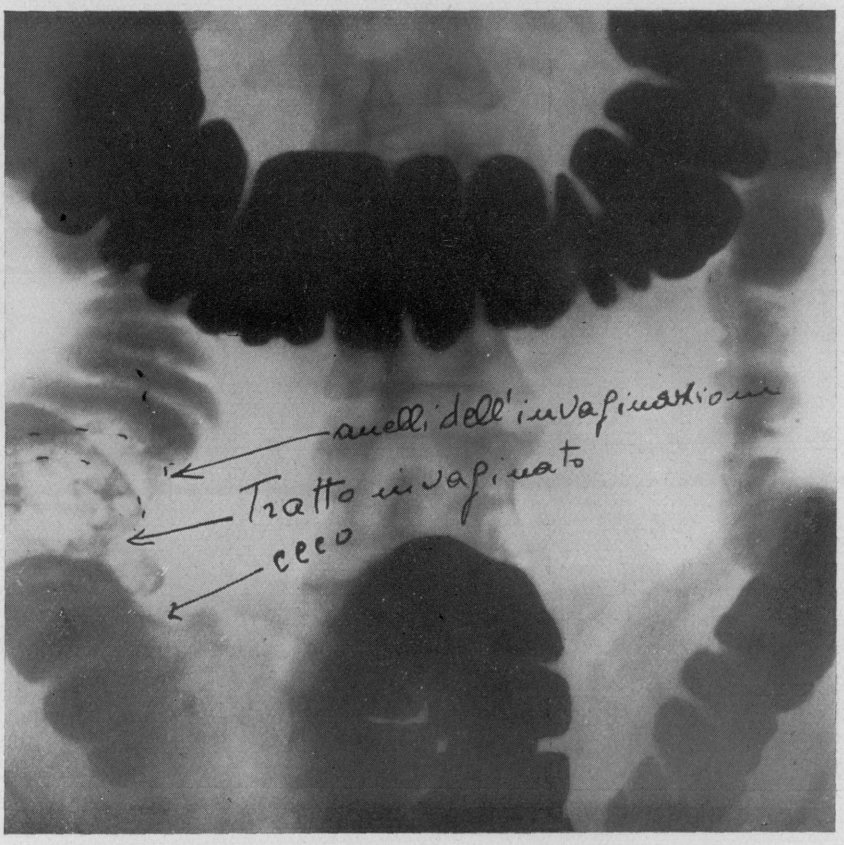

Fig. 4.

Esame Röntgen: Previa somministrazione di pasto opaco si nota una deformazione notevole dell'ultimo tratto dell'ansa ileale in corrispondenza della valvola ileo-ceco-colica, senza però ostacoli del circolo fecale. Non esiste infatti una dilatazione notevole del tratto a monte. Con il clisma opaco tutto il tratto ceco-ascendente appare fortemente irregolare, in gran parte per fenomeni spastici funzionali. Infatti in qualche osservazione il ceco riesce a distendersi sufficientemente bene. Permane invece costantemente deforme (fig. 4-5-6) il tratto sopracecale e in molti radiogrammi si mettono in evidenza le formazioni

ad anello caratteristiche dei processi d'invaginazione. A questo livello esiste quindi certamente un'intussuscepzione costante, almeno al momento dell'esame, ma la cui origine non è possibile stabilire in modo sicuro. Si potrebbe avanzare l'ipotesi che essa trovi la sua spiegazione in un processo del tipo scirroso del quale non esistono però segni radiologici certi. (Invaginazione semplice? Invaginazione su neoplasma?).

Intervento chirurgico: Disseminazione di nodi neoplastici nell'omento. Grossa massa neoplastica che invade gran parte dell'ascendente stenosandolo e si diffonde anche al peritoneo parietale laterale posteriore. Per tale reperto

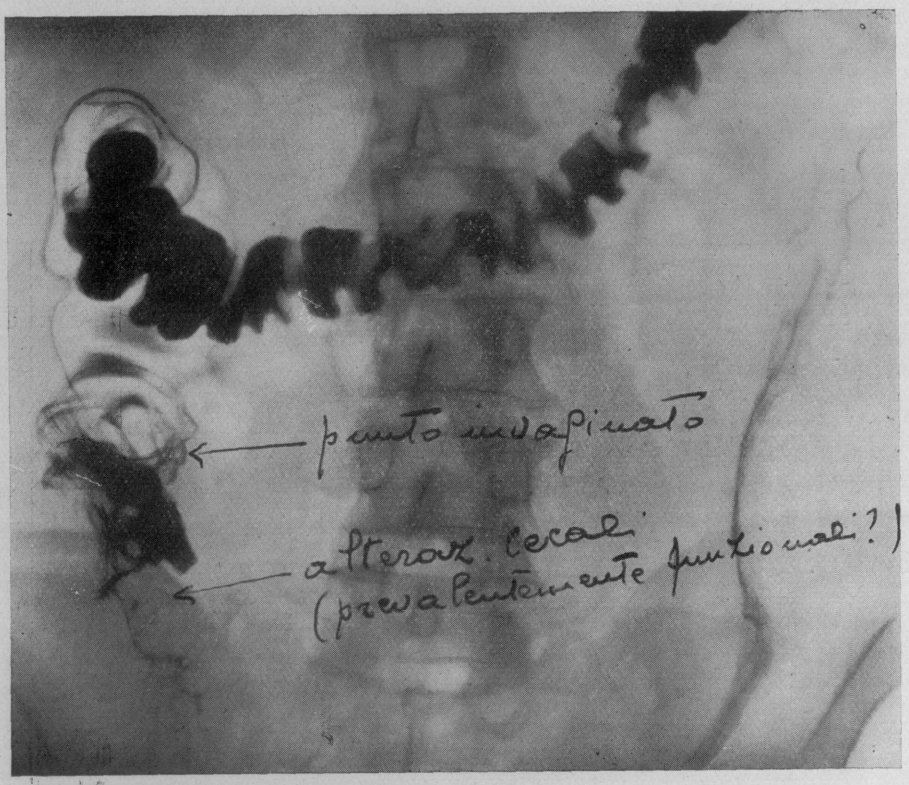

Fig. 5.

si ritiene non esistere l'indicazione di un intervento radicale e si esegue una anastomosi fra l'ultima ansa dell'ileo e la porzione media del colon trasverso con due piani di seta a ridosso dell'anastomosi. Si esclude la presenza di una invaginazione. La regione ileo-cecale è rigida per fatti che sembrano flogistici.

Diagnosi operatoria: Tumore del colon ascendente con disseminazione all'omento.

E' da ricordare che le invaginazioni all'inizio sono funzionali e diventano stabili soltanto quando sono fissate da fenomeni perivisceritici. Nel periodo dell'invaginazione instabile si possono osservare processi infiammatori della

sierosa che sono stati infatti riscontrati nel nostro paziente. E' lecito quindi ammettere che al momento dell'esame radiologico esistesse un'invaginazione scomparsa all'intervento.

Fig. 6.

Caso VII.

B. G., di anni 40, donna di casa. 24 ottobre 1932. Non ha mai sofferto malattie degne di nota. Nel febbraio 1932 ha notato diminuzione del visus specie del lato di sinistra accompagnata a crisi di ambliopia, di breve durata. Dal settembre dello stesso anno soffre d'intensa cefalea prevalentemente localizzata nelle regioni frontale ed occipitale e saltuariamente di dolori, nelle guancie, nel mento e nei mascellari.

La diminuzione del visus dell'occhio sinistro, accompagnata talvolta a lacrimazione abbondante, è andata progredendo sino alla sua totale scomparsa. La paziente inoltre si lamenta di vomito mattutino, acquoso, e di vertigini.

Esame Obiettivo: Si nota un esoftalmo con strabismo divergente a carico del globo oculare di sinistra. Si apprezza una lieve insufficienza della rotazione interna a sinistra dei movimenti oculari. La palpebra di questo lato presenta una lieve astenia. I movimenti degli arti sono normali. Ad arti protesi si ha un lieve abbassamento di quello inferiore di sinistra. I riflessi profondi appaiono simmetrici e, per quanto interessa la sensibilità, si nota una lieve ipoestesia della metà sinistra del volto. La compressione dei rami del V è indolente. La percussione del cranio provoca dolore nella regione temporale S.

Reazione di Wassermann nel sangue: negativa.

Sensi specifici:	O S	= *O*
	O D	= normale.
Esame oculare:	O D	= visus buono. Campo visivo normale.
	O S	= Esoftalmo evidente; blefaroptosi non molto pronunciata. Amaurosi.
Esame oftalmoscopico:	O D	= normale.
	O S	= Atrofia della papilla. Ostruzione di alcuni rami principali dell'arteria centrale.

Emorragie nel campo papillare. Si deve ammettere una compressione diretta sul tratto ottico al di quà del chiasma, vicinissimo alla penetrazione del nervo nell'orbita. E' da escludere una papilla da stasi. (Reperto dell'oculista).

Viene inviata all'indagine radiologica con la diagnosi di « tumore del. l'ipofisi ».

L'esame Röntgen del cranio eseguito nelle sue tre proiezioni spaziali e nelle due oblique per mettere in evidenza i forami ottici non mostra nulla di notevole ad eccezione di un lieve ispessimento del tavolato interno ed un modico grado di congestione diploica (aumento di pressione per idrocefalo?) La sella turcica appare di forma e di dimensioni normali (fig. 7). Si nota soltanto una leggerissima opacizzazione del tentorio ipofisario e dei ligamenti clinopetrosi. La lamina quadrilatera, specialmente nella porzione superiore, è leggermente inclinata in avanti (idrope del terzo ventricolo?) I forami ottici appaiono di forma e di dimensioni normali. Pure normali si rilevano i seni della faccia. Il seno sfenoidale destro è invece diminuito di trasparenza. Ciò potrebbe fare avanzare l'ipotesi di un idrocefalo cronico di origine sinusale. Non esiste a carico del cranio alcuna nota acromegalica.

Intervento chirurgico: Lembo temporo-parietale, lasciando al centro della linea basale il padiglione dell'orecchio. Poi si rovescia il lembo e si distacca la dura dalla base del cranio per largo tratto, in corrispondenza della fossa media fino alla regione del ganglio di Gasser. Non si rivela alcuna lesione ossea. Si recide quindi la dura dopo aver notato che pulsa molto debolmente. Anche l'aracnoide è molto tesa e forma piccole raccolte cistiche che si estendono fra le circonvoluzioni della volta. Se ne apre qualcuna ed il liquido fuoriesce a zampillo. La pulsazione cerebrale quindi riviene molto più evidente e l'emisfero si affloscia notevolmente.

Con una spatola si raggiunge di nuovo la base e si controlla cautamente tutta la regione centrale e durale che costituisce la parte inferiore del lobo frontale e temporale. Nella manovra di sollevamento del lobo temporale si ha l'impressione d'individuare, in corrispondenza della parte più bassa, una zona di colorito bluastro ricoperta da un sottile velamento. Questo si apre e si ottiene una abbondantissima fuoriuscita di liquido limpido. In questa zona,

sulla leptomeninge, è anche possibile vedere qualche piccolissima granulazione di colorito biancastro.

La consistenza della sostanza cerebrale sembra normale.

Si conclude per la presenza di una meningite sierosa cistica della base (secondaria?) che inoltre sembra interessare l'ottico, il quale viene scoperto. Si ricuce la dura, quasi completamente, con punti staccati in seta e si ribatte il lembo cucendolo senza drenaggio.

Diagnosi operatoria: Leptomeningite cistica? Esplorazione e cura della fossa cranica media.

L'*esame Röntgen* diretto del cranio escludendo un'alterazione della re-

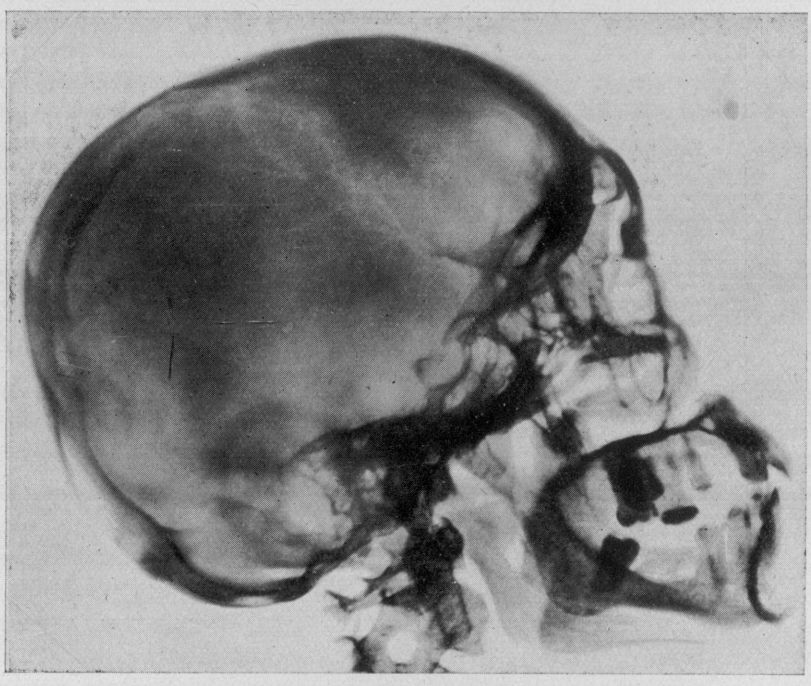

Fig. 7.

gione ipofisaria ha eliminato la diagnosi clinica di tumore ipofisario ammettendo invece l'esistenza di uno stato idrocefalico riscontrato all'intervento.

Caso VIII.

B. C., di anni 25, sarto. 1° dicembre 1932. Viene trasferito a questo padiglione dal 4° medicina con la seguente diagnosi: Atrofia dei nervi ottici con cecità completa. Il 23 dicembre 1928 ha avuto improvvisamente vertigini con perdita di coscienza ed in seguito cefalea, vomito, perdita delle urine e delle feci.

Il paziente aveva però notato in precedenza che la vista andava sempre più diminuendo. Non ha mai avuto alterazioni a carico dell'olfatto, del gusto

e dell'udito. La deambulazione da quell'epoca è rimasta completamente impedita e l'ammalato si è notevolmente ingrassato.

Esame Obiettivo - Sistema nervoso: Cecità completa.

Rigidità delle pupille alla luce. Integrità degli altri nervi cranici. Mobilità attiva e passiva conservate. Riflessi rotulei ed achillei assenti. Presente la contrazione muscolare alla fascia lata. Riflessi cutanei normali. Non disturbi della sensibilità.

L'esame del torace e dell'addome è negativo. La quantità delle urine nelle 24 ore è superiore ai due litri. Glicemia 1,25 per mille.

Viene inviato all'indagine radiologica con la diagnosi di: Morbo di

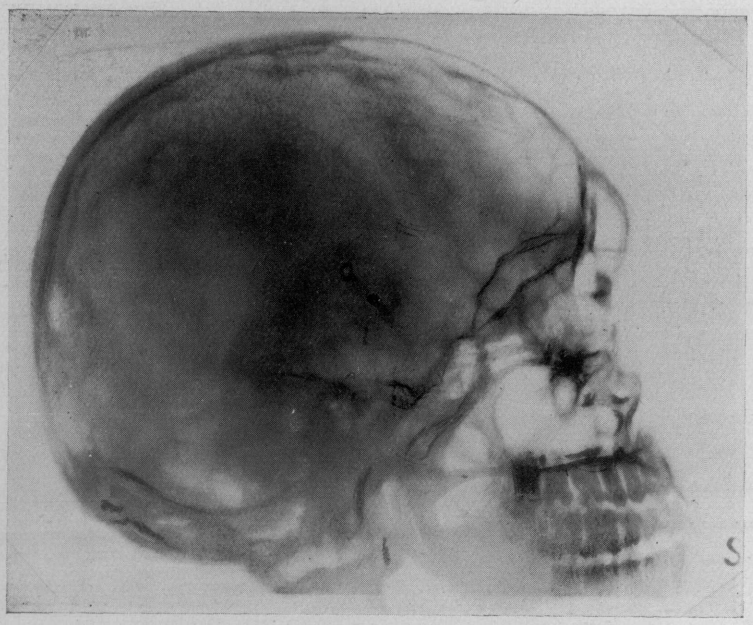

Fig. 8.

Schuller. L'esame Röntgen del cranio eseguito unicamente nelle due proiezioni anteriore e laterale perchè il paziente non sopporta la proiezione submento bregmatica mostra i segni di una accentuata e notevole pressione endocranica (fig. 8). La sella turcica è piccola, profondamente decalcificata, ma le sue parti sono conservate e la lamina quadrilatera è inclinata in avanti. Ciò fa supporre l'esistenza di una atrofia da compressione. Si potrebbe avanzare l'ipotesi di una alisteresi dovuta ad una massa soprasellare (idrope del terzo ventricolo?) Radiologicamente non si apprezzano segni che depongono per l'esistenza di un tumore endosellare. I fenomeni oculari ed infundibolari potrebbero essere messi in rapporto con uno stato idrocefalico e con la consecutiva compressione dei gangli ipotalamici. Sarebbe utile procedere a una pneumoventricolografia estraendo la maggior quantità di liquido. Non si nota alcuna alterazione ossea che denoti una malattia di Schuller.

Intervento chirurgico: Lembo fronto-parietale a base esterna. Si pratica un lembo durale. La massa encefalica non appare tesa e si lascia scostare ab-

bastanza facilmente. E' perciò possibile raggiungere la regione del chiasma e scoprirla tutta. Si trova al disotto dell'ottico di sinistra una formazione cistica che si apre. Si asporta un tratto della membrana ed allora si scopre meglio la regione posteriore del chiasma e verso destra si vede sporgere una piccola tumefazione grigio-giallastra che in parte si schiaccia con le pinze e in parte si asporta. Si richiude la dura quasi completamente ad eccezione dell'angolo anteriore. Si ribatte il lembo ricucendolo completamente.

Conclusioni chirurgiche: Adenoma ipofisario, distrofia adiposa.

Anche qui la diagnosi operatoria non concorda con la descrizione dell'intervento nel quale non è menzionato nulla che si riferisca alla esplorazione della sella turcica e del contenuto. Si accenna solo ad una piccola tumefazione grigio giallastra visibile dietro il chiasma che viene in parte schiacciata, in parte asportata.

Non possiamo quindi accettare, almeno nel modo in cui ci sono presentate, le conclusioni del chirurgo anche perchè la sella turcica appariva radiologicamente normale mentre un tumore ipofisario che già abbia sorpassato i limiti ossei di essa deve avere di necessità distrutto le pareti. D'altra parte di questo malato esistono dei radiogrammi del dott. Culmone che abbiamo avuto occasione di osservare poco tempo fa dove, in seguito a pneumo-ventricolografia, si mette in evidenza un imponente idrocefalo interno e non necessita che noi insistiamo sulla importanza assoluta dell'esame radiologico in questo campo.

Illustrati brevemente i pochi casi il cui reperto operatorio appariva discutibile riportiamo alcune osservazioni nelle quali indagine radiologica ed intervento operatorio hanno perfettamente corrisposto. Essi ci danno l'occasione di esporre brevi considerazioni sul valido aiuto che apporta una sana radiologia ad un padiglione, specialmente chirurgico, e su concetti non corrispondenti alla realtà che alcuni possono ancora esprimere in materia di diagnostica radiologica.

Per ciò che riguarda la ricerca sul tubo digerente ci interessa far notare l'importanza diagnostica assunta nello studio dello stomaco e del duodeno col metodo del piccolo riempimento. Forsell per primo ha richiamato l'attenzione sulla importanza della disposizione delle pliche nell'esame radiologico dello stomaco. In seguito Berg ha portato un notevole contributo perfezionandone la tecnica e dando una dimostrazione esatta dei rilievi ottenuti. Ai lavori del Berg hanno fatto seguito quelli di molti altri: Allrecht, Chaoul, Adams, Dayes, Izzaelski-Linchowtz, Garcia, Calderon, Pinos, Imenez-Diaz, Bonorino, Groedel, Bastrupp, ecc., e da noi in Italia: Busi, Vespignani, Vallebona, Dell'Acqua, Nuvoli, Galifi, ecc. Di recente Kadrnka e Naz, rispettivamente della Clinica Chirurgica e dell'Istituto Radiologico di Ginevra si sono occupati ancora una volta dell'argomento nel « Journal de Chirurgie ».

Il metodo che va oggi col nome di Berg era applicato, come hanno ricordato Vespignani prima e Nuvoli e Galifi dopo, già da molti anni,

nello studio delle diverse affezioni del tubo digerente (stomaco, duodeno, appendice), dal prof. Busi.

Esso, secondo la nostra Scuola, costituisce piuttosto una ricerca di dettaglio da praticarsi soltanto in alcune contingenze dipendenti dal quesito radiologico da risolvere.

« Il suo uso corrente esporrebbe troppo il radiologo all'azione nociva dei razzi X senza veri vantaggi diagnostici e si potrebbe anche aggiungere che nella ricerca eccessiva, spesso non necessaria, del particolare si perdono di vista le linee generali dell'esame completo del tubo digerente che è invece di capitale importanza e deve essere sempre eseguito, perchè molto spesso fenomeni notati a carico dello stomaco sono o secondari o di origine riflessa e trovano la loro spiegazione in affezioni di parti lontane » (Nuvoli-Galifi).

Ordinariamente ci serviamo di una soluzione molto fluida di acqua e bario che somministriamo al paziente sotto lo schermo, a piccolissimi sorsi. Completiamo la nostra osservazione radioscopica con la presa di radiogrammi a breve posa, utilizzando il Potter-Bucky e in diverse proiezioni (a tronco eretto, prono, laterale ed oblique) previa compressione dosata o no. Vale la pena di affermare che nello svolgimento del nostro piano di lavoro non abbiamo formule fisse alle quali dobbiamo rimanere assolutamente fedeli: proiezioni, particolari di tecnica, ecc., ci vengono soltanto imposti dal caso in esame e dalle necessità della nostra ricerca (Busi).

Senza addentrarci in dettagli di natura diagnostica per i quali rimandiamo ai numerosi lavori esistenti nella nostra letteratura ed in quella d'Oltralpi, possiamo decisamente ammettere che « lo studio radiologico delle pliche ha apportato alla semeiotica delle affezioni dello stomaco elementi del tutto nuovi che completano molto bene le lacune del vecchio metodo del riempimento massivo. (Kadrnka e Naz). La gastrite che presenta un aspetto iperplastico con ispessimento delle pliche, o quella di aspetto iperplasico nodulare con formazioni di pseudo-poliposi sono suscettibili di essere individuate dall'esame radiologico.

Il seguente caso dimostra chiaramente quanto affermiamo:

Caso IX.

S. V., di anni 23, domestica. 5 dicembre 1932. Da ottobre ha cominciato ad avvertire senso di pesantezza e modica dolenzia all'epigastrio che insorgono in genere circa un'ora dopo i pasti, eruttazioni, acidità, digestioni laboriose e non di rado è assalita da vomito. 5 giorni sono avrebbe avuto ematemesi e melena.

Viene inviata all'indagine radiologica con la diagnosi di ulcera gastrica.

Esame Röntgen: A carico dello stomaco si nota costantemente la presenza di abbondante muco. Le pliche mucose sono piuttosto evidenti e rigide. Nella regione antrale esse sono notevolmente disordinate e presentano un aspetto mammellonato (fig. 9). Questo reperto depone per l'esistenza di fenomeni gastritici cronici con ipertrofia delle pliche mucose, queste specialmente evidenti nell'antro dove assumono un aspetto papillare (polinosi semplice? ga-

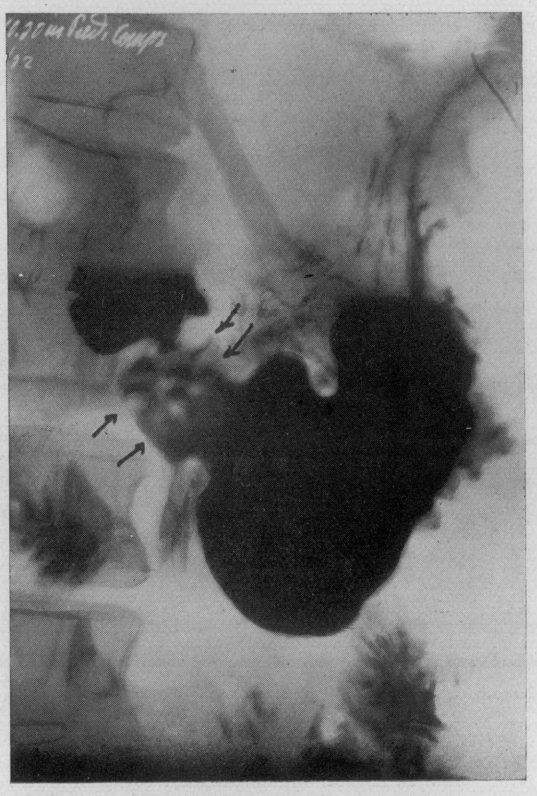

Fig. 9.

strite proliferante?) Non sono visibili lesioni ulcerative che tuttavia potrebbero esistere sotto forma di erosioni.

Intervento chirurgico: Stomaco piccolo e duodeno di aspetto normale. Alla palpazione aumento di spessore della piccola curvatura in tutta la regione antrale senza sentire nicchie vere e proprie. Dato il fatto emorragico ed il reperto anatomico e radiologico di poliposi della mucosa si esegue la resezione.

Diagnosi operatoria: Gastrite emorragica della piccola curvatura.

Se le variazioni di direzione, di calibro, di ampiezza, di sinuosità delle pliche e dell'intervallo che le separa sono espressioni di aspetti macroscopici e radiologici della gastrite, esse tuttavia non ne rappresentano una forma particolare isto-patologica.

Caso X.

D. P. F., di anni 22, autista. 26 giugno 1933. La malattia attuale avrebbe iniziato 4 anni or sono con senso di pesantezza all'epigastrio insorgente durante l'ingestione degli alimenti per cui molto spesso era costretto ad interrompere i pasti. Mai acidità, nè eruttazioni, nè vomito. Durante questo periodo di tempo ha avuto inoltre 4 cicli dolorosi, intercalati a brevi periodi di benessere,

Fig. 10.

localizzati all'epigastrio ma d'intensità tale da costringerlo a comprimersi l'addome. Queste crisi hanno avuto la durata di circa un quarto d'ora e si sono accompagnate a sudori freddi. Non ha mai avuto ematemesi nè melena.

Appetito scarso, alvo regolare, diuresi normale.

Mai itterizia.

In seguito ad un esame radiologico eseguito in altro ambiente, molto superficialmente, è stato dichiarato affetto di lesione ulcerativa della prima porzione duodenale. L'ammalato non ha sofferto di alcuna malattia degna di nota. E' un modico fumatore. Non bevitore. Nega lues e malattie veneree. Viene inviato all'indagine radiologica col diagnostico di ulcera gastrica.

Esame Röntgen: Presenza di abbondante secrezione gastrica e muco con pliche mucose molto accentuate (fenomeni gastritici). Nella regione antrale poco al di sopra dell'anello pilorico si scorge inoltre, in molti radiogrammi (fig. 10) una immagine riferibile ad una piccola nicchia. (Gastrite con lesione erosiva?).

Intervento chiurgico: Stomaco di volume e di aspetto normale con sierosa modicamente arrossata nella regione dell'antro. La zona pilorica costituisce come una prominenza fra il duodeno, piccolo e flaccido, e lo stomaco. Al di sotto si trova un vero edema dei legamenti. Nessun segno di ulcera sulla piccola curvatura gastrica. S'incide il piloro trasversalmente e si guarda dall'interno il duodeno e la porzione antrale dello stomaco. La mucosa, nell'uno e nell'altro versante, presenta un aspetto infiammatorio (forte arrossamento, discreto ispessimento), ma in nessun punto si trovano lesioni di continuo. Si esegue la piloroplastica ricucendo verticalmente l'incisione trasversale fatta con due piani di catgut. La cistifellea sembra normale. Diagnosi operatoria: piloroduodenite.

Gli studi sulla duodenite sono molto scarsi.

Per primo Mac Carthy ne ha dato una descrizione. Per Doberer si tratta di una affezione che colpisce a tutto spessore la parete gastrica e duodenale: la mucosa è arrossata, echimotica ed erosa; la muscolare è ispessita, la sierosa ha un'aspetto rosso vinoso in corrispondenza del piloro, dell'antro e del duodeno. Inoltre aderenze sottili, di colorito biancastro, prive di vasi, si formano con gli organi circostanti. I gangli, aumentati di volume, sono di natura nettamente infiammatoria. Le lesioni appaiono del tutto sovrapponibili a quelle che si riscontrano nello stomaco colpito da processo ulceroso. La gastro-duodenite infatti, secondo Doberer, rappresenta il primo stadio della malattia ulcerosa. L'anamnesi del paziente la quale rileva un lungo passato di sofferenze e turbe gastriche che precedono i dolori più intensi e tipici dell'ulcera, conforterebbe queste vedute. Perciò la gastro-duodenite, l'ulcera, e l'ulcera callosa non rappresentano che tre tappe evolutive della medesima affezione. La trasformazione di questa in una neoplasia potrebbe essere l'esito finale.

Distinguere quindi, secondo il citato autore, clinicamente una gastro-duodenite da un'ulcera appare un'impresa molto ardua. I primi casi di gastro-duodenite furono infatti operati in seguito a errori diagnostici. E' merito specialmente degli AA. Americani l'aver portato un notevole contributo allo studio di questa affezione sia dal lato istopatologico che diagnostico. Di recente Kirklin, della Clinica Mayo, sulla scorta di 32 casi di duodenite che hanno avuto il controllo operatorio e l'osservazione istologica, riferisce sulle caratteristiche radiologiche che ne permettono la differenziazione.

Il radiologo americano ritiene che i principali segni sui quali si fonda la diagnosi di duodenite sono i seguenti: eretismo del duodeno,

rappresentato da spasmo ed ipermotilità. La sua ombra è poco densa ed i margini appaiono nei radiogrammi deformati. Le deformazioni non sono localizzate, ma mutevoli.

L'aspetto del rilievo delle pliche è reticolare e le pliche stesse si rilevano ispessite quasi turgide. Nei roentgenogrammi inoltre non si riesce mai a constatare una immagine riferibile a lesione ulcerativa.

Questo quadro radiologico sarebbe completato dalla presenza di uno stomaco piccolo, animato da vivace peristalsi, spesso disordinata, ed ipertonico.

Da quanto abbiamo esposto riteniamo che se la diagnosi di gastroduodenite appare clinicamente pressochè impossibile essa presenta non lievi difficoltà anche con l'ausilio dei mezzi Röntgen. Spesso un bulbo eretistico, scarsamente iniettabile, può essere l'espressione di affezioni di organi circostanti, (colecisti, pancreas, ecc.) o lontani (appendice, colon, ecc.). Non di rado anche un radiologo esperimentato si trova in condizioni difficili nell'ammettere o negare in un bulbo deformato da stiramenti, aderenze, ecc., la presenza di una lesione ulcerativa, vuoi pregressa, vuoi in stato di evoluzione. Sulla scorta dei casi da noi diagnosticati e controllati dall'intervento chirurgico crediamo che ai segni radiologici sopra indicati se ne debba aggiungere un altro di non scarso valore e cioè la presenza della secrezione mucosa, specialmente in corrispondenza dell'antro.

Osiamo inoltre affermare che le più accurate ricerche di laboratorio accompagnate ai più fini accorgimenti di semeiotica debbono, non poche volte, cedere il passo ad una diligente indagine radiologica, non solo per la gastrite accompagnata o no a lesione superficiale ulcerativa ma anche per i tumori di natura benigna (adenomi, lipomi, fibromi, miomi), o maligna allo stato inizialissimo.

Nuvoli e Galifi, fra gli altri, ne hanno dato una dimostrazione molto esauriente, e pure molto dimostrativi sono i casi di neoplasie iniziali pubblicati di recente da Frik ed Ott dell'Ospedale Municipale di Berlino.

Lo stesso fatto, affermano Fontaine e Lériche, di mettere in evidenza l'ipersecrezione mucosa in un modo così semplice, permette senza dubbio lo studio dei rapporti tra secrezione mucosa, gastrite ed ulcera, questione molto importante sia dal punto di vista diagnostico che dal punto di vista della patogenesi dell'ulcera. Anche la gastrofotografia, ritengono Berney, Moutier, Baumel, se è in condizioni di individuare elementi di gastrite inaccessibili al metodo radiologico (arrossamento, erosione, ecc.), dinanzi all'indagine Röntgen, presenta lo svantaggio di non poter esplorare alcune parti dello stomaco e sopratutto l'antro, regione prediletta della gastrite, di molte lesioni ulcerative, di neoplasie iniziali, ecc.

« Nella diagnosi di cancro dello stomaco, afferma Carman, i raggi Röntgen predominano su tutti gli altri metodi. Alla clinica Mayo il 95% dei casi di cancro dello stomaco hanno dato segni evidenti della loro presenza, percentuale che non si avvicina ad alcun altro metodo di esame. Di una lunga serie di casi verificati operatoriamente il 67% aveva già un tumore palpabile. E' precisamente negli altri casi — 33% — dove il tumore non è palpabile che i raggi X presentano la loro grande utilità ».

Per merito della tecnica del piccolo riempimento che spessissimo permette la diagnosi dei tumori maligni inizialissimi, in quello stadio cioè che offre le più grandi speranze di successo all'intervento chirurgico, la chirurgia può dirsi entrata effettivamente nella sua fase attiva per la terapia delle neoplasie maligne dello stomaco.

Per ciò che riguarda l'indagine radiologica dell'ulcera gastrica e duodenale iniziamo la disamina con ciò che in una recente conferenza tenuta dal prof. Alessandri al Cogresso della Società Italiana per il progresso delle Scienze sullo « Stato attuale della diagnosi e terapia dell'ulcera gastroduodenale » è affermato testualmente: « L'anamnesi, se ben rilevata e bene interpretata sia nella espressione più imponente, il dolore, che nei caratteri di questo e nella durata, alcuni dati dell'esame obiettivo come la contrattura del retto di destra e il dolore localizzato in una zona ben delimitata, sono gli elementi sui quali, nell'assoluta maggioranza dei casi, dobbiamo porre la diagnosi. Le ricerche sussidiarie come l'esame del succo gastrico, l'esame delle feci, e l'esame radiologico devono valere a confermare la diagnosi o a controllare la diagnosi differenziale, mai, *specie l'esame radiologico*, può sostituirsi da solo alla diagnosi clinica nonostante il suo valore diagnostico che certamente notevole è inferiore a quello derivato dall'esame clinico ».

Più che sorpresi siamo addolorati di constatare che un insigne nostro Maestro abbia ancora concetti che sono così profondamente lontani dalla verità. Riportiamo quì subito delle cifre che costituiscono la confutazione più efficace ed assoluta di essi, dedotte dai risultati dell'esame Röntgen praticato nei pazienti ritenuti clinicamente affetti di lesione ulcerativa gastro-duodenale comprese nella presente statistica.

Esame Röntgen in pazienti diagnosticati clinicamente affetti di ulcera gastrica	30	
Controlli operatori	14	
Diagnosi cliniche esatte al controllo	4	Perc. 28.5%
Errori clinici al controllo	10	Perc. 71.5%
Diagnosi radiologiche esatte al controllo	13	Perc. 92.8%
Errori radiologici al controllo	1	Perc. 7.2%

Esame Röntgen in pazienti diagnosticati clinicamente affetti di « ulcera duodenale »	190	
Controlli operatori	123	
Diagnosi cliniche esatte al controllo	99	Perc. 78,9%
Errori clinici al controllo	24	Perc. 21,1%
Diagnosi radiologiche esatte al controllo	119	Perc. 96,7%
Errori radiologici al controllo	4	Perc. 3,2%

Durante il nostro servizio all'Ospedale del Littorio (marzo 1930-settembre 1932) abbiamo avuto modo di esaminare non poche centinaia di pazienti affetti di lesioni ulcerative gastro-duodenali e di diverse affezioni del canale gastro-enterico.

Riportiamo gli esiti degli interventi raccolti e pubblicati dal prof. L. Urbani durante il suo primariato al padiglione Flaiani del suddetto Ospedale (19 ottobre 1930-31 dicembre 1931). Ammalati ricoverati n. 108 (che avevano sofferenze epigastriche).

Soltanto 50 di essi hanno subìto l'intervento operatorio, e cioè:

28	in seguito	a	ulcera duodenale.
3	»	»	» lesione ulcerativa della piccola curvatura gastrica.
12	»	»	» neoplasma dello stomaco.
2	»	»	» ulcera peptica digiunale.
3	»	»	» fistola gastro-digiuno-colica.
1	»	»	» stenosi dell'ansa efferente per vaste aderenze alla breccia mesocolica.
1	»	»	» gastro-entero-stomia in stomaco sano.
50			

« *Le diagnosi radiologiche — conclude il prof. Urbani — formulate dall'Istituto Radiologico dell'Ospedale del Littorio hanno sempre corrisposto al reperto operatorio: due volte solamente ho operato degli stomaci per sindrome ulcerosa con esame radiologico negativo per ulcera ed ho trovato lo stomaco ed il duodeno sani* ». (L. Urbani « Statistica clinica-operatoria », 1932 pag. 97).

L'entusiasmo suscitato dai lavori di Cole, George, Case, Leonard, Akerlund, Haudek, Busi e di numerosi altri in un epoca in cui l'esame Röntgen non aveva raggiunto i progressi di tecnica dei quali dispone attualmente appare oggi del tutto giustificato. L'affermazione di allora di Akerlund che su 106 ulcere duodenali l'esame radiologico aveva potuto emettere un responso positivo in 79, si è dimostrata non soltanto completamente vera, ma i fatti hanno sorpassato la speranza e la cifra delle conferme è salita, come anche noi abbiamo sopra dimostrato, notevolmente.

Già nel 1930, nella Clinica Mayo, le ulcere duodenali erano individuate nell'84% dall'esame radiologico.

Non condividiamo nemmeno il parere del prof. Alessandri quando ammette « che la diagnosi di certezza può essere posta *senza difficoltà* qualora il quadro clinico sia netto e probativo *anche se l'esame radiologico sia stato negativo* ».

Noi stessi non diamo valore all'esame radiologico quando questo viene eseguito da medici o chirurgi o radiologi che praticano la radiologia solo perchè in possesso di una installazione radiologica più o meno costosa. Questa radiologia da strapazzo non può naturalmente avere nessun significato.

Per pudore non parliamo di coloro che fanno praticare l'esame Röntgen dei loro pazienti dai così detti tecnici.

Fedeli ai dettami della nostra Scuola siamo persuasi che la clinica è e deve essere la guida suprema di ogni responso diagnostico. L'indagine radiologica, secondo quanto afferma ed insegna da anni il nostro Maestro, non rappresenta che una particolare semeiotica. Tuttavia in base alla nostra esperienza, forte ormai di varie migliaia di esami radiologici dell'apparato digerente e di non poche centinaia di diagnosi di lesioni ulcerative gastro-duodenali dobbiamo fare qualche riserva ai concetti espressi dal chirurgo romano. Senza addentrarci in una disamina dei sintomi anamnestici ed obbiettivi e degli esami di laboratorio (eccettuato quello radiologico) che non appartiene ai fini propostici affermiamo, almeno sulla scorta delle diagnosi radiologiche dei pazienti da noi osservati, che il numero delle diagnosi esatte di lesione ulcerativa gastrica o duodenale stabilito clinicamente non rappresenta affatto l'assoluta maggioranza.

Assai spesso accade di individuare radiologicamente gastriti, neoplasie, tumori benigni, diverticoli, periduodeniti, colecistiti, appendiciti, fistole interne (duodeno-coledocali, duodeno-colecisti, ecc.), insufficienza dello sfintere di Oddi con consecutivo reflusso di pasto opaco nelle vie biliari, ecc., là dove in seguito ad una anamnesi raccolta religiosamente, ad un esame obbiettivo praticato con cura e confortato da ricerche di laboratorio, (sangue nelle feci, chimismo gastrico, ecc.), vengono emesse le diagnosi cliniche più disparate fra cui frequentemente quella di lesione ulcerativa gastrica o duodenale.

E' noto che la semeiotica del crocicchio sotto-epatico è una delle più delicate della clinica. Il dolore a questo livello e le turbe dispeptiche riflesse derivano da non poche circostanze tra le quali assume grande importanza anche la mobilità e la posizione degli organi che qui hanno sede. La constatazione di un punto doloroso fisso non significa che il viscere si trovi nella sua sede anatomica abituale. Esso può essere in un altro punto mentre la sua sede è occupata da un'altro organo dolente (Ramond). Le piloriti, le duodeniti, le periduodeniti, gli spasmi, i processi infiammatori della testa del pancreas, le coliti

dell'angolo epatico e del trasverso provocano una sensibilità più o meno diffusa di questa regione, così pure le affezioni della colecisti e dei canali biliari extra-epatici (coledoco particolarmente), e poichè questi processi si accompagnano spesso a lesioni ulcerative (Oettinger) balza chiara la difficoltà del diagnostico. Inoltre esiste una rete di innervazione complessa che si origina dal plesso solare, per cui non di rado si riscontrano punti dolorosi, sine materia (Ramond), riflessi, originantesi dalla sfera gastrica, colica, renale, appendicolare, di natura puramente nervosa, presso soggetti nevropatici, ipocondriaci. Keher infatti non esita a consigliare una estrema prudenza. « In presenza, afferma questo Autore, di un punto doloroso sotto epatico io mi contento di registrare il fatto, pensando che, con tutta probabilità, a questo livello esiste una irritazione di natura organica che mi è impossibile molto spesso precisare ».

« L'emorragia (Gutmam) può essere una complicanza precoce o tardiva dell'ulcera, ma un buon numero di ulcerosi non ne hanno mai sofferto. Da una nostra statistica risulta che su cento ulcerosi gastro-duodenali operati abbiamo trovato 32 volte emorragia negli antecedenti. Il 68% dunque di questi pazienti hanno avuto la conferma della loro diagnosi senza avere avute emorragie macroscopiche. Anche le emorragie occulte rappresentano un segno incostante ».

« Lo stesso Boas mentre insiste nel suo lavoro sul grande valore delle emorragie occulte, ammette che vi sono delle ulceri in attività con ricerca del sangue negativa.

« Si può accertare che su cento ammalati che vanno a consultare il medico perchè hanno avuto una ematemesi, meno di un quarto sono ulcerosi ed un terzo solamente di questi hanno avuto emorragia ».

« Alla produzione delle amatemesi le colecistiti danno il più alto contributo. Sono per lo più delle colecistiti banali. L'appendicite cronica, l'associazione dell'appendicite alla colecistite provocano anche esse delle turbe gastriche.

Le ematemesi sono allora provocate da cause multiple, tra le quali sono specialmente importanti le *pousses* d'origine infettiva, e le *pousses* congestizie provocate da tessuti aderenziali ».

Abbiamo, fra i tanti, osservato il caso di una signorina che da vari anni era sofferente di acidità, eruttazioni con conati di nausea, dolori all'epigastro, che si esageravano tre, quattro ore dopo l'introduzione dei cibi e che molto di frequente andava soggetta a melene. Orbene tutti gli esami, dal chimismo gastrico alla ricerca del sangue nelle feci, dai dati anamnestici ai rilievi semeiologici orientarono provetti clinici verso la diagnosi indiscussa di ulcera duodenale. L'indagine radiologica mise in evidenza nel bulbo duodenale la presenza di

immagini riferibili ad ascaridi. La banale somministrazione di santonina, cloroformio, ecc., valse a liberare in breve tempo l'inferma dalle suddette sofferenze.

Caso XI.

S. A., di anni 30. Donna di casa. Da un anno e mezzo ha cominciato ad avvertire dolori all'epigastrio che insorgono due ore dopo i pasti ed hanno la durata di circa ¾ d'ora. Detti dolori si attenuano con l'ingestione degli alimenti. Qualche volta avverte dei bruciori, acidità, e conati di vomito. Spesso i dolori dall'epigastrio si irradiano a tutto l'addome senza però assumere mai il carattere di vere coliche. All'inferma sono state praticate ultimamente inie-

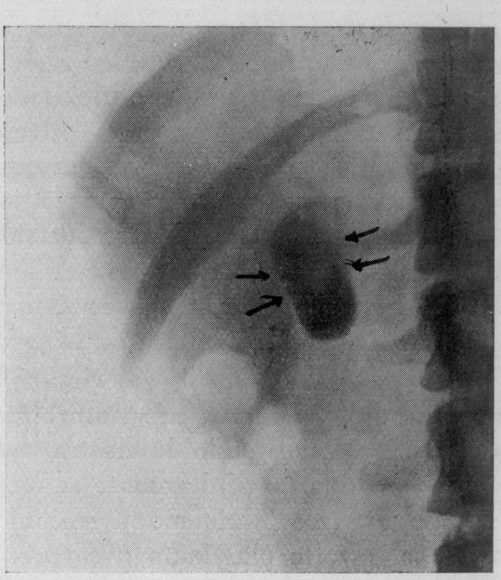

Fig. 11.

zioni di pepsinina con qualche vantaggio. Da quattro mesi, in prossimità dei periodi mestruali, avverte vertigini e senso di astenia. Viene inviata all'indagine radiologica con la diagnosi di « ulcera duodenale ».

Esame Röntgen: Nulla di notevole a carico dello stomaco. Sulla prima porzione del duodeno esiste spesso una impronta dovuta ad organi vicini e verosimilmente alla colecisti. Tenue, appendice e colon normali.

La paziente è rinviata al nostro esame dopo aver praticato l'iniezione endovenosa di tetraiodo, la quale mette in evidenza una buona opacizzazione della colecisti. In essa si nota una immagine negativa riferibile a calcolo mobile (fig. 11). Con la prova di Bronner si ottiene svuotamento in tempo normale.

Intervento operatorio: Taglio transrettale destro. Stomaco e duodeno normali; completamente liberi. Cistifellea, grossa, con piccole zone giallastre sottosierose. Si asporta. Appendicectomia.

Diagnosi operatoria: Colecisti a fragola contenente un calcolo.

« Da molti anni — si esprime testualmente Gutmann — noi abbiamo rinunziato a fare affidamento sullo studio del chimismo gastrico per precisare la diagnosi delle malattie dello stomaco e. in particolare, dell'ulcera. L'ipercloridria è frequente, ma essa è anche frequente nelle dispepsie ipersteniche senza ulcera. Essa ci sembra in favore dell'ulcera un segno così poco sicuro come l'ipocloridria o l'anacloridria nel cancro. Esiste un certo numero di ulcerosi con acidità diminuita (230 su 1000 studiati da Friedrnwald; 20% da Moynihan; 35% da Schneider). Anche l'acloridria non è eccezionale (7,5% secondo Strauss; 3,7% secondo Kutner; 3,8% secondo Urrutia). Su 27 ulcerosi studiati col metodo del prelevamento frazionato Bell trova tre ipocloridrici e 4 acloridrici completi. Udaondo, sull'osservazione di 500 ulcerosi. ha trovato il 19% di formule ipoacide ed il 3% di acloridria con apepsia constatata dopo il pasto d'Ewald e mediante il tubagio frazionato. Abramson ritiene che esistono ulcerosi acloridrici malgrado gli eccitanti più energici della secrezione. Il chimismo gastrico — conclude Gutmann — presenta un certo interesse terapeutico perchè la ipercloridria aumenta i dolori e necessita misure speciali; presenta un interesse scientifico, patogenetico, per esempio per lo studio dell'origine delle ulcere, della fisiologia post-operatoria, ecc., ma non ha un grande interesse diagnostico ».

Siamo ben lontani dal voler con ciò svalorizzare la clinica generale.

Il nostro compito di radiologi viene notevolmente agevolato dal precedente esame clinico, rivolgendo la nostra maggiore attenzione verso quel dato organo supposto clinicamente sofferente. Tuttavia non tralasciamo mai dall'esaminare le rimanenti sezioni del canale gastro-enterico dove non poche volte riusciamo a sorprendere la causa originaria, responsabile, di disturbi localizzati altrove.

Purtroppo ciò non avviene sempre ed ancora oggi medici e chirurgi autorevoli usano inviare all'esame Röntgen i loro pazienti accompagnati da quesiti clinici come i seguenti: « Esame radiologico dell'apparato digerente », « transito gastro-enterico », « indagine radiologica del torace », « apparato urinario diretto e con mezzi di contrasto », « indagine del cranio », ecc., ecc.

A dimostrazione esatta di quanto affermiamo valgono le seguenti cifre comprese nelle 563 osservazioni della nostra statistica:

n. 23 pazienti furono inviati alcuni con la richiesta « esame dell'apparato digerente » altri: « esame radiologico stomaco, duodeno, appendice »;

n. 19 con la richiesta: esame radiologico diretto oppure diretto e con mezzi di contrasto dell'apparato urinario, oppure « esame radiologico reni, ureteri, vescica »;

n. 9 con la richiesta: « torace »;

n. 10 con la richiesta: « bacino, femore, ecc. ».

Ciò è frutto di scarsa collaborazione o di tiepida confidenza nei risultati radiodiagnostici oppure d'impotenza diagnostica? E' però certo che se talvolta accade che in qualcuno di questi pazienti il reperto del controllo non corrisponde alle conclusioni radiologiche la responsabilità della diagnosi fallita è fatta ricadere unicamente sul radiologo.

Ancora oggi alcuni dicono d'inviare all'indagine radiologica unicamente perchè i pazienti ci credono e lo richiedono come i moribondi invocano il prete.

I dati statistici che presentiamo non solo svalutano completamente questa frase ma dimostrano con quanta leggerezza sia pronunciata. Quando un metodo d'indagine dà risultati positivi nel 95% dei casi al controllo chirurgico od autoptico nessuna svalutazione, a meno che non sia fatta tendenziosamente, può scusare frasi del genere.

Il metodo, scrupolosamente applicato, da questi risultati malgrado che la mancanza di collaborazione si spinga fino al punto da non lasciare il tempo di praticare l'indagine per intero. A documentazione di ciò ecco una cifra: dei 563 pazienti soprariferiti 46 interessano malattie delle vie biliari. Soltanto in 36 è stato praticato un esame radiologico completo.

Se non si ha fiducia nella radiologia perchè s'inviano all'esame Röntgen malati spesso appena prelevati dal deposito per i quali non è stata raccolta l'anamensi nè praticato l'esame obbiettivo ipervalutando così le possibilità radiologiche? E se si ha fiducia perchè rinunciare ai vantaggi grandissimi di una vera collaborazione in cui la valutazione obbiettiva dei dati clinici uniti a quelli radiologici può spesso portare ad una sottigliezza di diagnosi che ha del miracoloso?

E' chiaramente dimostrato quindi che se in un gran numero di pazienti la clinica basta da sola ad affermare la esistèza dell'ulcera gastro-duodenale esistono anche numerosissimi casi dove essa non ci fornisce che delle probabilità più o meno forti ma insufficienti per escludere un'altra affezione e particolarmente della colecisti. « Tutto il complesso di turbe, afferma un autorevole clinico medico, sul quale una volta si faceva una ingenua e semplicista distinzione a seconda delle ore in cui un disturbo o l'altro comparivano per trarne un giudizio diagnostico a favore di una lesione gastrica o duodenale non è esclusivo nè dell'una nè dell'altra di essa, ma è comune ad ambedue ed è comune anche alla colecisti come lo è anche a determinati stati neurastenici » (Aresu: « Malattie delle vie biliari » - Medicina Interna, vol. II, 1931 pag. 731).

Infine i risultati dei nostri esami stanno sopra tutto a dimostrare il predominio in materia di diagnostica gastro-duodenale, assoluto, in-

negabile, che la radiologia, sempre quando sia eseguita con tecnica corretta ed interpretata con rigoroso spirito di osservazione, ha sui metodi clinici. Non pecchiamo quindi affatto di presunzione se riteniamo che i nostri errori, nelle condizioni suddette, rappresentino una entità trascurabile.

« E' all'esame radiologico, si esprime testualmente Ledoux-Lebard, che noi dobbiamo rivolgerci domandandogli di confermare o d'infirmare la diagnosi clinica, di localizzazione d'ulcera e di apportarci, per la visualizzazione obbiettiva della lesione, dei dati definitivi, perchè *è in grado di fornirci ormai una diagnosi completa di certezza nella grandissima maggioranza dei casi*. Non bisogna dimenticare che la trasformazione delle nostre conoscenze in patologia digestiva, e specialmente nel capitolo delle ulcere duodenali, è dovuta essenzialmente agli immensi ed incessanti progressi realizzati da una trentina di anni dalla tecnica radiologica al punto tale che noi possiamo legittimamente distinguere nel dominio della gastro-enterologia come in quello dell'urologia, delle affezioni dell'apparato respiratorio e dell'apparato locomotore, un'era preradiologica ed un'era attuale radiologica ».

Il prof. V. Puccinelli ha affermato in un suo recente articolo pubblicato sulla Sezione Pratica del « Policlinico » che « fatti ulcerativi gastro-duodenali si possono verificare per molte cause e svariate » per le quali l'indagine radiologica non può fornire dati utili. Il radiologo, fedele alla sua particolare semeiotica che si basa su dati di fatto obbiettivi, con la dimostrazione di una lesione ulcerativa gastro-duodenale, e col riferire complicanze, concomitanze morbose in loco o lontane od anche riflesse radiologicamente apprezzabili, ha assolto felicemente e, possiamo dire, definititivamente, il suo compito. Al medico od al chirurgo, sulla scorta della costituzione del paziente ulceroso, dell'anamnesi di esso, delle sofferenze più o meno gravi che lo affiggono, eventualmente degli antecedenti ereditari, di altri rilievi di laboratorio quali il chimismo gastrico, la ricerca di sangue nelle feci, le formule ematologiche, ecc., è devoluto l'altro compito, d'altronde tutt'altro che facile allo stato attuale delle nostre conoscenze, di esprimere un giudizio sulla patogenesi della lesione ulcerosa.

Ed infine il medico od il chirurgo unicamente dovranno trarre le conclusioni d'indole terapeutica.

Il prof. Puccinelli ha richiamato inoltre l'attenzione sulla realtà anatomo-patologica della nicchia, la quale denominazione, creata dai radiologi, starebbe ad indicare oltre e più che un fatto anatomico un fatto funzionale e per cui lesioni ulcerative che al tavolo operatorio o sul reperto autoptico si dimostrano di piccole dimensioni, nei röntgenogrammi invece appaiono di maggiore volume mentre « ulcere profonde anche due o tre centimetri possono sfuggire ad una indagine ra-

diologica anche se questa viene eseguita in modo perfetto ». Non pretendiamo avere il dono della infallibilità e pur trascurando di attingere ad altre e autorevoli fonti abbiamo esaurientemente dimostrato attraverso i risultati dei controlli operatori eseguiti sia al Policlinico che all'Ospedale del Littorio che soltanto di rado, molto di rado, lesioni ulcerative gastro-duodenali, più o meno profonde, sfuggono ad una sana radiologia.

D'altra parte le affermazioni del prof. Puccinelli per cui le dimensioni reali dell'ulcera sono ben lontane dal corrispondere effettivamente a quelle vedute radiologicamente non sono per noi una novità. Infatti già da un pezzo i reperti operatori sullo stomaco ci hanno reso edotti « che la nicchia può corrispondere non solo ad una perdita di sostanza in profondità (ulcera intraparietale) ma anche, dove la perdita è superficiale, ad una cavità che si formi per un inturgidimento della massa che la circonda, o per sollevamento di questa dovuto ad una contrazione spastica della muscolaris mucosae. (Busi: « Tecnica e Diagnostica Radiologica » - II Edizione, 1933, pag. 759).

Ma il valore dell'esame Röntgen non consiste unicamente nel rivelare una lesione ulcerativa gastro-duodenale clinicamente ammessa. E' ormai una comune constatazione che uno stesso ammalato può essere portatore di più lesioni ulcerative.

Il riconoscimento della sede esatta e della molteplicità della lesione ulcerativa non rappresenta una questione puramente dottrinaria: si pensi alla decisione di un provvedimento terapeutico d'indole chirurgica ed alle modalità di esso nella evenienza di due o più lesioni ulcerative situate nello stomaco e nel duodeno dello stesso ammalato.

Gutmann si esprime testualmente: « L'examen radiologique est capital pour le diagnostic exact de l'ulcus duodenal. Le clinique permet presque toujours d'affirmer la presence d'un ulcère, bien plus rarement de le situer ».

(R. Gutmann: « Les sindromes douloreux de la règion èpiigastrique » - t. I., 1934, pag. 95).

Riportiamo il caso seguente dove l'esame Röntgen mettendo in evidenza una lesione ulcerativa gastrica non sospettata clinicamente ha felicemente completato il diagnostico clinico:

Caso XII.

G. S., di anni 40. 24 novembre 1932. Da circa sei mesi avverte dolori all'epigastrio che diventano più intensi a stomaco vuoto. I suddetti disturbi si attenuano dopo l'ingestione degli alimenti. Non di rado soffre di vomito che si verifica dopo circa un'ora dall'introduzione dei pasti. Accusa inoltre acidità. Non ematemesi. Avrebbe avuto melena.

Viene inviato all'indagine radiologica con la diagnosi di « ulcera duodenale ».

Esame Röntgen: Si nota un'immagine diverticolare scodelliforme e rigida situata nella porzione media della piccola curvatura (fig. 12) dai caratteri di una grossa nicchia riferibile a lesione ulcerativa crateriforme e callosa. Anche la prima porzione del duodeno si presenta costantemente deformata dalla caratteristica sindrome di Akerlund e in essa si riconosce una immagine riferibile ad una piccola nicchia la quale depone per un'altra lesione ulcerativa (fig. 13).

All'intervento si trova una vasta zona d'infiltrazione in corrispondenza

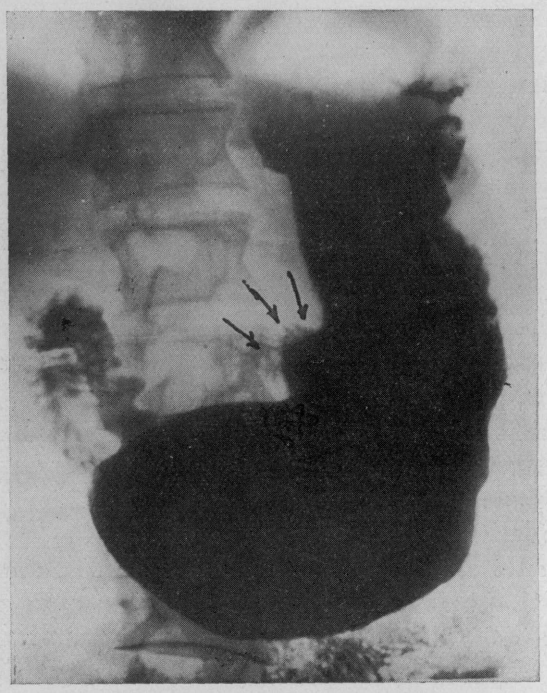

Fig. 12.

della piccola curvatura dello stomaco. La palpazione mette in rilievo una grossa ulcera crateriforme grande come una moneta da 50 cent. La retrocavità è libera. Sul duodeno, subito dopo il piloro, è evidente una cicatrice stellata da ulcera. Si procede a una resezione più ampia possibile iniziando da destra.

Diagnosi operatoria: Ulcera gastrica della piccola curvatura e del duodeno.

« E' ovvio come la diagnosi sicura di ulcera multipla, afferma Benassi, sia sempre impossibile a raggiungersi sulla base dei comuni elementi clinici, anamnestici ed obbiettivi. Del resto non è da tacersi come anche al tavolo anatomico possano sfuggire, mascherate o nascoste da alterazioni cadaveriche della mucosa, talune delle ulcerazioni, più su-

perficiali e meno antiche. Assai più che dagli altri metodi d'indagine e forse anche più che dai rilievi operatori, può e deve attendersi in questo campo dall'indagine radiologica, purchè essa venga condotta con grande rigore di metodo e con una cura minuziosa dei particolari di osservazione ».

« ....Sindromi molto complesse e difficilmente interpretabili sulla base della semeiologia soggettiva e dell'obbiettività palpatoria, e che anche le diagnosi di ulcera lascia un po' inesplicate, così da indurre il dubbio che alla lesione gastrica altre ne coesistono di organi vicini, s'illuminano ed appaiono perfettamente delineate quando si conosca la

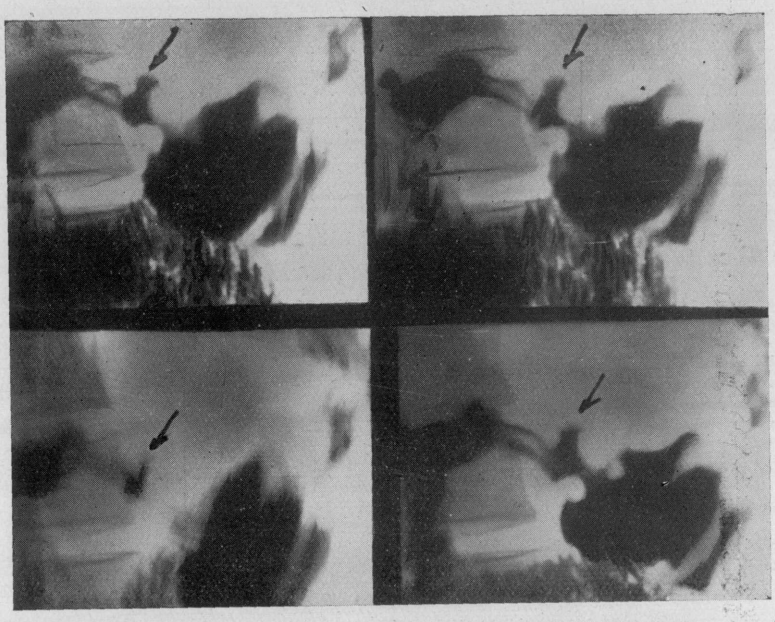

Fig. 13.

presenza di ulcere in sedi diverse; e storie morbose apparentemente strane e tali da far pensare a successioni e intercorrenze di malattie diverse trovano la loro logica spiegazione nella presenza di ulcere a differenti stadi ed il cui inizio risale a diversi periodi ».

Il citato A. su 900 esami radiologici praticati in pazienti diagnosticati clinicamente affetti da ulcera gastrica o duodenale ha trovato:

N. 8 casi con ulcere gastriche doppie.
N. 1 caso con ulcere gastriche triple.
N. 27 casi con ulcera gastrica e duodenale.
N. 1 caso con due ulcere gastriche e una duodenale.
N. 30 casi con ulcera duodenale doppia.
N. 1 caso con ulcera duodenale tripla.

Hanno avuto il controllo chirurgico:

N. 2 casi con doppia ulcera gastrica (in uno di questi si trovarono tre ulcere invece delle due diagnosticate).

N. 3 casi con doppia ulcera gastro-duodenale.

N. 10 casi con doppia ulcera duodenale.

La diagnosi radiologica è stata sempre confermata dal reperto operatorio. Anche Wilfrid Adams ha illustrato di recente un caso di ulcere multiple dello stomaco.

La diagnosi clinica era stata quella di ulcera. L'esame radiologico dimostrò la presenza di tre nicchie gastriche. In seguito ad un gastropilorectomia fu facile stabilire l'esistenza lungo la piccola curvatura di 4 ulcere in evoluzione e di due cicatrici da vecchie ulceri.

Terminiamo la nostra esposizione riportando il caso seguente che rappresenta un'altra inequivocabile dimostrazione delle possibilità diagnostiche che si possono ottenere da un buon esame radiologico. Errata la diagnosi clinica di ulcera, errata la diagnosi operatoria di peritonite tubercolare i dati radiologici hanno avuto la più esplicita conferma dal reperto di autopsia.

Caso XIII.

V. M., di anni 24, meccanico. 13 novembre 1932. Precedenti personali e familiari negativi. Nega lues. Da circa un mese accusa dolori all'epigastrio che insorgono un'ora e mezza dopo i pasti e che scompaiono con l'introduzione di nuovi cibi. Non di rado è assalito da senso di nausea e da vomito. Non ha avuto mai ematemesi e melena. Non ittero. Alvo e diuresi normale.

Viene inviato all'esame radiologico con la diagnosi clinica di « Ulcera duodenale ».

Esame Rötgen: 19 novembre 1932: La prima e seconda porzione del duodeno si rivelano notevolmente deformate ma sulla natura di questa deformazione non è possibile esprimere un esatto giudizio (periduodenite semplice? Infiltrazione?). Si nota invece (fig. 14) un processo infiltrativo di una delle prime anse del tenue, a poca distanza al disotto del Treitz. Altra deformazione si rivela in corrispondenza del tratto terminale dell'ileo. I rilievi radiologici descritti permettono di affermare una lesione neoplastica multipla del tipo linfosarcomatoso con focolaio principale situato in prossimità dell'angolo di Treitz.

Intervento chirurgico: 24 novembre 1932: Si trova nell'addome un pò di liquido chiaro. Si estrae un'ansa del tenue e da questa si esplora verso il basso, verso l'alto gran tratto del pacchetto intestinale: quasi tutto. Un tratto medio ha aspetto un pò avvoltato e succolento e alla palpazione fa sentire piccole zone di ispessimento. Le ghiandole del mesentere sono tutte iperplastiche, molto evidenti, di aspetto grigio. Se ne escide una per l'esame.

Diagnosi operatoria: 8 dicembre 1932: Tbc. intestinale e ghiandolare. Viene inviato all'indagine radiologica con il seguente quesito: « controllo tumore del digiuno? ».

Il nuovo esame Röntgen conferma i dati precedentemente rilevati e dimostra che l'ansa intestinale immediatamente al disotto dell'angolo di Treitz

appare rigida, a forma di V, a concavità rivolta in alto, priva di valvole conniventi (fig. 15). A quest'ansa fa seguito un tratto dell'intestino notevolmente dilatato.

Il 20 febbraio 1933 il paziente è ricoverato all'8° Padiglione del Policlinico ed ancora una volta rinviato all'indagine radiologica con la seguente diagnosi clinica: « Versamento chiloso. Probabile linfogranulomatosi retroperitoneale ».

Eseguito l'esame Röntgen rispondiamo confermando l'esito dell'indagine precedente ed aggiungiamo che l'infiltrazione, di natura neoplastica, si è

Fig. 14.

estesa. Si notano infatti molte dilatazioni del tenue accompagnate a spostamenti delle anse le quali fanno avanzare l'ipotesi dell'esistenza di voluminose masse gangliari mesenteriche.

19 marzo 1933: Obitus.

20 marzo 1933: Stralciamo dal reperto di autopsia (prof. Guiccione) quanto segue: All'apertura della cavità peritoneale fuoriesce abbondante liquido giallastro, piuttosto torbido. Le anse intestinali, sono distese, specie il colon trasverso. L'epiplon è retratto ed ha un aspetto quasi encefaloideo per la sostituzione completa di un tessuto biancastro, consistente, risultante dalla confluenza di numerosi noduli infiltranti l'epiplon in alto, immediatamente

il colon trasverso. Anche nella parte del grembiule omentale che ricopre il trasverso si ha il carattere di noduli piccoli non confluenti, senza alone iperemico, non caseosi, senza fatti reattivi all'intorno.

Il polmone destro è tenacemente aderente in totalità alla base e alla colonna vertebrale, di volume aumentato. Le ghiandole dell'ilo sono aumentate di volume: alcune presentano l'aspetto precedentemente descritto, encefaloideo, altre sono iperemiche, centralmente caseificate.

Rimovendo le anse intestinali si notano in queste fatti infiammatori re-

Fig. 15.

centi (deposizione fibrinosa), retrazione del mesentere con noduli, di varia grandezza, alcuni giallastri, altri con centro giallastro, disseminati. I linfatici, infiltrati a placche e a piccoli noduli, traspaiono sotto la sierosa. La stessa caratteristica della diffusione già descritta si trova nel mesoceco e nei linfatici della stessa regione. Asportata l'ultima porzione dell'intestino tenue le appendici adipose hanno subito la stessa trasformazione; esse sono di colorito biancastro diffuso con aspetto linfoide del tessuto lipomatoso.

Fegato di volume normale. Sotto il periepate si notano noduli di varia grandezza (dall'aspetto di grosse goccie di cera fuse) disseminate in superficie nel tessuto della glissosiana. Alcuni non si approfondano nel parenchima sottostante.

Diagnosi anatomica: Neoplasma peritoneale (endoteliomatosi?). Anemia dei vari organi - Piletrombosi - Mesenterite retrattile - Metastasi alle linfoghiandole, al periepate, al mesocieco.

Dall'esame autopsico risulta quindi trattarsi in questo caso di tumore e non di tubercolosi. Data la diffusione del processo è naturale che, a distanza di 4 mesi, l'anatomo-patologo non abbia potuto constatare il focolaio di origine della neoplasia da noi localizzato durante il nostro primo esame.

CONCLUDENDO

La statistica eseguita su 284 controlli operatori praticati dal prof. Puccinelli dimostra che i reperti radiologici sono esatti nel 95 % dei casi controllati. Trascuriamo naturalmente l'esiguissimo numero di malati dove il presunto errore radiologico, vagliato al lume dell'incertissimo ed oscuro reperto chirurgico testualmente riportato, risulta assai discutibile come infatti è stato da noi discusso.

I metodi radiologici, da noi per la prima volta instaurati negli Ospedali di Roma, corrispondono perciò pienamente ai fini che ci siamo prefissi e se portano a grandi sacrifici da parte nostra, chè il lavoro che c'imponiamo è duro e non scevro di pericoli, questi ci sono compensati dal convincimento assoluto di riuscire veramente utili ai malati ed ai colleghi.

AUTORIASSUNTO

L'A. ha eseguito una statistica su 563 esami radiologici dei quali 284 hanno avuto il controllo operatorio o necroscopico. Dimostrato il valore dell'indagine Röntgen, purchè questa sia praticata con tecnica rigorosa ed i suoi risultati siano interpretati con critica severa, in materia di diagnostica gastro-duodenale, l'Aut. riporta e discute otto osservazioni la cui diagnosi stabilita in seguito al controllo operatorio poteva apparire in contrasto con i risultati dell'esame radiologico. Illustra inoltre cinque casi che rappresentano una chiara dimostrazione della precisione diagnostica che può raggiungersi attraverso una sana radiologia. Infine riferisce alcuni concetti di autorevoli clinici, chirurgi e radiologi i quali, in constrasto con lo scetticismo di altri, per vero pochi, medici o chirurgi, assegnano all'indagine radiologica fra i metodi di diagnostica gastro-duodenale, il posto di primaria importanza.

RESUME

L'A. a fait une statistique sur 563 examens radiologiques, dont 284 ont eu un contrôle opératoire ou necroscopique. L'A. démontre la valeur de la recherche Röntgen, à la condition que celle-ci soit pratiquée avec une techni-

que rigoreuse et que ses résultats soient interpretés d'une façon sévère, en matière de diagnostic gastro-duodénale. Il rapporte et discute huit observations, dont la diagnose, établie d'après le contrôle opératoire, pouvait paraître en contraste avec les résultats de l'examen radiologique. Il décrit encore cinq cas qui représentent une claire démonstration de la précision diagnostique qu'on peut atteindre par una radiologie consciencieuse. Enfin il refère encore sur quelques idées de cliniciens, chirurgiens et radiologues compétents qui, en opposition au scepticisme d'autres médicins ou chirurgiens peu nombreux, assignent à la recherche radiologique une place d'une importance principale entre les methodes de diagnostic gastro-duodénale.

SUMMARY

The A. has made a statistics about 563 radiological examinations, of which 284 were subjected to the operative or to the necroscopical control. He demonstrates the value of the Röntgen research, on the condition that it is to be practiced with rigorous technics and its results interpreted with a severe criticism, especially when concerning the gastro-duodenal diagnostic. The A. relates and discusses eight observations, whose diagnosis, prononnced after the operation control, could appear in opposition to the results of the radiological examination. He describes other five cases, which represent an evident demonstration of the diagnostic exactness to be attained through a conscientious radiology. At last he refers some notions of well known clinics surgeons and radiologist, who, in opposition to the skepticism of a few physicians or surgeons, assign to the radiological research a very important place among the methods of gastro-duodenal diagnostic.

ZUSAMMENFASSUNG

Verf. hat eine Statistik über 563 radiologische Untersuchungen ausgeführt, 284 davon wurden auch der operativen und der necroscopischen Controlle unterworfen. Er beweist den Wert der Röntgen Forschung, unter der Bedingung, dass sie mit genauer Technik ausgeführt werde, und die Ergebnisse mit strenger Kritik ausgelegt seien, besonders im Falle von gastro-duodenaler Diagnostik. Verf. berichtet und erörtert acht Beobachtungen, deren Diagnose, nach dem operativen Eingriff festgestellt, mit den Ergebnissen der radiologischen Untersuchung in Contrast zu sein scheinen konnte. Er beschreibt noch fünf Fälle, die einen sicheren Beweis bilden über die diagnostische Genauigkeit, welche durch eine gewissenhafte Radiologie zu erzielen ist. Zuletzt berichtet er noch einige Behauptungen von bekannten Klinikern, Chirurgen und Radiologen, die, im Gegensatz zum Skepticismus von wenigen anderen Aerzten oder Chirurgen, der radiologischen Forschung unter die Methoden der gastro-duodenalen Diagnostik einen Platz von grosser Wichtigkeit einräumen.

F 0941

BIBLIOGRAFIA

ALESSANDRI. — *Sullo stato attuale della diagnosi e terapia dell'ulcera gastro-duodenale* - « Le Forze Sanitarie ». Anno IV, n. 1, 10 gennaio 1935.

ALLODI e CERUTI. — *Contributo allo studio della patogenesi dell'ulcera gastrica e duodenale* - « Archivio Italiano delle Malattie dell'apparato digerente ». vol. I.

ARESU. — *Malattie delle vie biliari* - « Medicina Internaz. », vol. II, 1931.

BENASSI. — *Le ulcere gastro-duodenali doppie o multiple* - « La Radiologia Medica ». vol. XX, n. 4, aprile 1933.

BERNEY. — *La gastro-fotografia* - « These de Lyon » 1931.

BUSI. — *Tecnica e diagnostica radiologica* - U.T.E.T., Torino 1933.

DIOCLÈS. — *Studio radiografico delle pliche della mucosa digerente* - « Paris Medical. » 6, 1932.

DOBERER. — *La gastro-duodenite adesiva* - « Wiener Klinische Wochenschrift », an. XLVI, n. 14, aprile 1933.

FONTAINE. — *Contributo allo studio del muco gastrico. Il suo ruolo* - « La Presse Médicale », t. 1, 1932, pag. 678.

FRIK e OTT. — Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. 49, 441, maggio 1934.

GUTMANN. — *Il problema dell'ulcero-cancro nella pratica* - « Le Monde Médical », anno XLV, n. 172. 1935.

GÜTMANN. — *Le sindromi dolorose della regione epigastrica* - Doin, 1934.

KADRNKA e NAZ. — *Stato attuale della radiodiagnostica dello stomaco mediante il piccolo riempimento* - « Journal de Chirurgie », t. XLIII, n. 6, Juin 1934.

KIRKLIN. — *Duodenite e sue caratteristiche radiologiche* - « Amer. Journ. of. Röntgen. », maggio 1934.

MONAUNI. — *La radiologia della gastrite* - « Wiener Klinische Wochenschrift », an. XLVI. n. 15, 14 aprile 1933.

MOUTIER. — *La gastro-fotografia* - « La Presse Médicale » 1932, t. I., pag. 681.

NUVOLI U. — *Insegnamenti tratti da circa 600 interventi dell'apparato gastro-enterico dopo l'esame radiologico* - Estratto dal « Bollettino ed Atti dell'Accademia Lancisiana di Roma », 16 marzo 1933.

NUVOLI e GALIFI. — *Lo studio delle pliche gastriche nella diagnosi radiologica di gastrite e di neoplasia incipiente.* Scritti Medici in onore di A. Busi, parte II - Cappelli, 1931.

PUCCINELLI. — *Sulla diagnosi e cura delle ulcere gastriche e duodenali* - Estratto dal « Policlinico » (sez. prat.) 1935.

RAMOND. — *Le malattie dello stomaco e del duodeno* - Masson, Paris 1927.

Trattato italiano di diagnostica radiologica - Taddei. 1928.

URBANI. — *Statistica clinica ed operatoria* - Marsili, Editore. Orvieto 1932.

WILFRID ADAMS. — *Un caso di ulceri gastriche multiple* - « The British Medical Journal ». n. 3782, 1 luglio 1933.