

269

DOTT. LUIGI MANGINELLI

IMPORTANZA DIAGNOSTICA E PATOGENETICA DELLA RICERCA RADIOLOGICA nell'ulcera duodenale

Estratto dal Giornale IL POLICLINICO, Volume XXII-M. — Anno 1915



81
B
39

ROMA
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE "IL POLICLINICO",
N. 46 — Via del Tritone -- N. 46
1915

DOTT. LUIGI MANGINELLI

IMPORTANZA DIAGNOSTICA E PATOGENETICA DELLA RICERCA RADIOLOGICA
nell'ulcera duodenale

Estratto dal Giornale IL POLICLINICO, Volume XXII-M. — Anno 1915

ROMA
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE " IL POLICLINICO ,,
N. 46 — Via del Tritone -- N. 46

1915

PROPRIETÀ LETTERARIA

Roma, 1915 - Tipografia Nazionale di G. Bertero e C.

Importanza diagnostica e patogenetica della ricerca radiologica nell'ulcera duodenale

per il dott. Luigi MANGINELLI, aiuto medico negli Ospedali riuniti.

Se si confrontano i brillanti risultati della radiologia nelle affezioni dello stomaco con quelli che si possono ottenere nelle affezioni del duodeno, si nota subito come questi siano a quelli di gran lunga inferiori.

La posizione profonda del duodeno ed il fatto di essere esso con facilità ricoperto, almeno in parte, da altri organi, come ad esempio dallo stesso stomaco ripieno, da anse del tenue, dal colon trasverso rigonfio di gas, rendono più indaginoso e difficile l'esame del duodeno. A ciò si aggiunge che il cibo o, nel caso particolare, il mezzo di contrasto adoperato si soffermano solo per alcun poco nella prima porzione del duodeno stesso, *pars horizontalis superior* (bulbo duodenale di Holzknecht), per attraversare poi in brevissimo tempo le altre tre parti del segmento duodenale, sottraendosi rapidamente all'osservazione.

Ciò spiega come nel primo fervore delle ricerche radiologiche De Quervain potesse dire: « completamente inefficace si è dimostrata la radiologia nell'ulcera duodenale; una diagnosi radiologica è attendibile finora solo nella rara forma a nicchia e nella non frequente stenosi del duodeno inferiore ». Ma le osservazioni metodiche, pazienti, e numerose di molti ricercatori, portate sia sul duodeno sia sullo stomaco, hanno fatto in modo che ormai si può ritenere come anche qui la ricerca radiologica abbia apportato notevoli vantaggi, sotto molti punti di vista, contribuendo a meglio comprendere la sintomatologia clinica dell'ulcera duodenale ed a facilitarne la diagnosi.

Tra i metodi di esame radiologici, più comune e più alla portata di ognuno è certamente il metodo radioscopico; esso ci permette un esame più prolungato, ci rende possibile l'eliminazione di alcune fra le accennate difficoltà di visione, poten-

81
B
39

dosi allontanare colla palpazione quegli organi che ci nascondono la vista completa del duodeno, ed infine ci dà importanti ragguagli sulle condizioni e sulla funzionalità dello stomaco. I rapporti inoltre cogli organi vicini (cistifellea specialmente), la spostabilità del duodeno e quindi la ricerca di possibili aderenze, la constatazione e la esatta localizzazione di eventuali punti dolorosi sono altre condizioni d'indiscutibile superiorità dell'esame radioscopico su quello radiografico. La cinematografia e la riproduzione radiografica in serie numerose è da alcuni autori (Cole, Gregory, ecc.) molto vantata, ed a ragione, in quanto riunisce i vantaggi della radioscopia e quelli della radiografia, fissandoci sulla lastra il movimento e permettendoci altresì di verificare talvolta fini alterazioni del normale riempimento che sfuggono con facilità ad un semplice esame radioscopico; sono però metodi poco pratici e troppo costosi, per entrare nell'uso corrente. Recentemente è stato applicato un nuovo metodo che sembra abbia dato buoni risultati, almeno nelle mani di chi lo ha proposto (David), ed è il metodo del riempimento diretto del duodeno per mezzo della sonda duodenale di Gross, leggermente modificata.

Quanto al pasto da somministrare è consigliabile, secondo Holzknacht, una emulsione concentrata di carbonato di bismuto o di solfato di bario, mentre i pasti eccessivamente solidi non sono indicati.

La più adatta per il malato è la stazione eretta, tanto in posizione normale antero-posteriore quanto in posizione semilaterale. È però anche utilissimo, talvolta indispensabile, l'esame in posizione orizzontale. Come piccolo accorgimento di tecnica io uso, per mettere più nettamente in rilievo il decorso e la forma del duodeno, di comprimere questo dall'esterno in corrispondenza del più basso punto possibile, cercando da una parte di ricacciare verso l'alto le porzioni di bismuto che vengono attraversando il duodeno, dall'altra di facilitare col sollevamento della parte inferiore dello stomaco, il passaggio del cibo di contrasto traverso il piloro; con tale procedimento mi riesce nella grande maggioranza dei casi di bene riconoscere ed esaminare il decorso e la forma del duodeno e le sue modificazioni patologiche. Così pure alcune volte si migliora la visione ottenendo un certo ingrandimento dell'immagine, coll'allontanare un poco lo schermo dalla parete addominale, quantunque la nettezza dell'immagine ne soffra alquanto.

* * *

Accennato così alla tecnica di esame del duodeno e prima di parlare in particolare della radiologia dell'ulcera duodenale, è bene ricordare brevemente la sua *sintomatologia clinica*, in modo che, raffrontando con essa la sintomatologia radiologica, possa di questa meglio essere apprezzato il valore.

Insiste Moynihan sull'importanza capitale che avrebbe, secondo lui, nella diagnosi di ulcera duodenale *l'anamnesi*; e di questa fissa due punti principali:

a) *Dolori epigastrici*, insorgente 2-4 ore dopo il pasto, spesso durante le prime ore della notte. Tale dolore si accompagna frequentemente a senso di fame, si attenua o scompare coll'ingestione di qualche poco di cibo, di alcalini, od anche semplicemente di bevande (*hunger pain*).

b) *Periodicità spiccata* nei parossismi dolorosi, con intervalli di completo benessere di settimane, mesi, più raramente anni. Gli attacchi dolorosi appaiono più frequentemente nelle stagioni fredde ed umide, e talora a seguito di piccole cause occasionali, non sempre bene apprezzabili. A questa periodicità va associato anche il concetto della lunga durata della malattia.

La *sintomatologia obbiettiva*, a parte naturalmente eventuali complicazioni, può presentare:

a) *Dolore alla pressione*, epigastrico, generalmente un po' a destra della linea mediana, costante e fisso. La sua sede può però essere anche sulla linea mediana od a sinistra di essa (Kuttner, Ewald, ecc.). A questo dolore non infrequentemente si associa anche una difesa del retto di destra (Moynihan, Bier, Robson, Busch, Neudorfer etc.).

b) *Ipercloridria*, frequente (nei casi di Moynihan sarebbe nel 40 %). Relativamente frequente è anche l'*ipersecrezione*, che talora interviene sotto forma di parossismi dolorosi (Kemp). L'ipersecrezione si ha con maggiore facilità nell'ulcera duodenale che non nella gastrica; Bergmann e Katsch ne fanno anzi addirittura una varietà.

c) *Emorragie occulte*.

d) *Sintomi nervosi generali*, a carico specialmente del vago e del simpatico: esoftalmo, ipertrofia tiroidea, cardiopalmo, crisi di sudorazione, sensazioni di freddo, brevi dispnee, ecc. Sui rapporti che tali fenomeni avrebbero coll'ulcera duodenale hanno di recente richiamato in modo particolare l'attenzione v. Bergmann ed i suoi allievi.

Rispetto al valore dell'anamnesi, va subito detto come uno dei suoi elementi più caratteristici, l'« hunger pain », è considerato oggi da molti come sintoma non costante e soprattutto non specifico dell'ulcera duodenale. Ewald e Gunzburg negano ad esso la grande importanza che gli attribuiva Moynihan. Così anche Bier non lo considera come sintoma costante, e Kehr, Albu, v. Bergmann, Kemp, Allard, Jenkel e molti altri non danno ad esso alcun carattere di specificità. Anche la periodicità del dolore non è da molti, Ewald, ad es., considerata come eccessivamente importante; e d'altra parte nei casi iniziali manca necessariamente il caratteristico ripetersi delle sofferenze. Nè va dimenticato anche il fatto che molti gastropazienti, in genere successivamente visti da molti medici, finiscono coll'aprendere, un po' qua un po' là, la facile sintomatologia dell'ulcera duodenale e spesso fuorviano con una storia, sia pure in buona fede, alterata il concetto diagnostico del medico.

Ma nemmeno valore assoluto può assegnarsi ad alcuno dei sintomi obbiettivi. Lasciando da parte il dolore alla pressione, che, solo se nettamente circoscritto alla zona duodenale ed assolutamente costante, può avere un certo valore e trascurando i sintomi nervosi extragastrici, sui quali certamente non può fondarsi la diagnosi, i due sintomi obbiettivi capitali che più vengono tenuti in considerazione sono i disturbi secretori a carico dello stomaco e la presenza di emorragie occulte. Per i disturbi secretori, in special modo per l'ipercloridria, si è, come spesso accade, andati dall'uno all'altro eccesso; e mentre per il passato molte ulcere erano diagno-

sticate come delle semplici nevrosi secretorie, più recentemente si volle ad ogni ipercloridria trovare esatto riscontro nella presenza di un'ulcera peptica, sia gastrica, sia, più spesso, duodenale. Ora, il concetto di Moynihan che ogni ipercloridria dolorosa e persistente corrisponde ad un'ulcera duodenale è, come fa notare anche Ewald, un concetto erroneo od almeno molto esagerato: vi sono indubbiamente ipercloridrie che si debbono considerare come riflesse ad affezioni di altri organi (fegato, cistifellea, pancreas, appendice, ecc.); ed accanto a queste esiste inoltre un numero esiguo, ma indiscutibile, di ipercloridrie, espressione di alterazioni organiche o più spesso funzionali del sistema nervoso. Oltre di ciò, non è raro trovare nell'ulcera duodenale, ipercloridria e perfino anche acloridria (Kuttner). L'ipersecrezione, sulla quale Westphall e Katsch insistono, tanto da considerare a parte una varietà di ulcera duodenale ipersecretiva, è certamente più importante: Kemp l'ha riscontrata 8 volte su 9 casi, Ewald in 16 su 18; anche Kuttner ammette che sia molto frequente. Comunque anche essa non ha valore costante, nè specifico.

Il sintoma obbiettivo più importante, rimane sempre la constatazione di emorragie occulte; dice Boas che è questo il punto cardinale della diagnosi. Moynihan, pur non avendolo trovato costante, ritiene che tale debba però trovarsi nell'ulcera duodenale florida, quando venga accuratamente e reiteratamente ricercato. Anche Bier attribuisce ad esso grande importanza diagnostica, e così pure Ewald, Jenkel, Allard e molti altri. Ma il valore di questo sintoma a me sembra che sia stato un po' svisato; esso infatti non è che l'esponente di una lesione organica, ma di quale natura sia tale lesione e a carico di quale organo esso non ci apprende. Kuttner, infatti, mette in rilievo l'eventualità che l'emorragia occulta può mancare nell'ulcera duodenale ed essere viceversa presente in altre affezioni. Kehr fa giustamente notare come nell'affezione che maggiormente può mentire l'ulcera duodenale, nella colecistite cronica, possono essere presenti piccole emorragie: gli intensi sforzi di vomito, un'eventuale ulcerazione della cistifellea, il passaggio di un calcolo traverso il coledoco, possono, come nota Mallory, spiegare perfettamente la presenza nelle feci di minime tracce di sangue.

Si può, pertanto dire, in complesso, come nessuno dei dati anamnestici ed obbiettivi presi in esame abbia un valore assoluto: ognuno di essi può mancare nell'ulcera duodenale ed essere presente in altre lesioni; solo il complesso sintomatico ci permette la diagnosi. Non è giusta, dunque, l'opinione caldeggiata specialmente dagli Inglesi e dagli Americani che l'ulcera duodenale possa in ogni caso essere con sicurezza diagnosticata anche in casi iniziali.

Ciò spiega il fervore col quale i radiologi si interessarono dell'argomento; le osservazioni si moltiplicarono in breve tempo e si vennero coordinando in modo che oggi può dirsi che esista una sindrome radiologica dell'ulcera duodenale, il cui valore esamineremo più accuratamente in seguito.

* * *

All'infuori di alcuni Autori, quali Körte, Neudorfer, Sherren e pochi altri, i quali affermano di non averne avuto alcun risultato, la maggioranza tende oramai

a ritenere che l'indagine radiologica sia nell'ulcera duodenale qualcosa di più che non un semplice complemento d'esame e giovi anche, talora, a dirimere il dubbio diagnostico. È opportuno però far notare fin d'ora come solo in casi eccezionali essa conduca direttamente alla diagnosi e come sia pertanto assurda la pretesa di ottenere dal solo reperto radiologico una diagnosi di certezza; questo fornisce infatti nel più dei casi un complesso sintomatologico, che, pur essendo buona guida alla diagnosi, non può quasi mai costituire da solo tutta la diagnosi. Questa osservazione riguarda in special modo l'interpretazione dei fatti notati, ma a ciò si debbono anche aggiungere le difficoltà che molto frequentemente si incontrano nel rilevare esattamente tali fatti senza incorrere in difettose osservazioni: gioverà più di ogni altra cosa l'attenersi scrupolosamente a rilievi netti, bene evidenti, possibilmente più volte controllati.

Oltre che per la diagnosi, la radiologia ha avuto in questo campo un merito che a me sembra ancora più grande, cioè quello di aver dato la prova di alcune erronee opinioni da tutti prima accettate sulla interpretazione di alcuni sintomi dell'ulcera duodenale e di avere aperto la via a numerosi tentativi per spiegare in modo più razionale la sintomatologia dell'ulcera duodenale stessa.

Se li consideriamo analiticamente, i sintomi radiologici dell'ulcera duodenale vanno esaminati in rapporto al duodeno, e in rapporto allo stomaco. I primi sono quasi esclusivamente morfologici, data anche la grande difficoltà che esiste per lo studio radiologico della funzionalità del duodeno; i secondi sono invece bene rilevabili sia nel campo morfologico, che in quello funzionale.

Modificazioni a carico del duodeno.

Le deformità che presenta il duodeno hanno, in genere, scarso interesse diagnostico e patogenetico, o per la loro eccezionale rarità, o per essere comuni anche in molte altre circostanze. Le modificazioni classiche sono le seguenti:

a) *Bulbo duodenale dilatato e costante.* — È molto frequente vedere come, al disopra della linea chiara del piloro, esista e permanga durante tutto il vuotamento, un'ombra scura, più spesso foggata a semisfera, che non, come normalmente, a pera (v. fig. 1 a p. 6); talora anche a trifoglio (Holzknecht e Lippmann — in seguito a processi di raggrinzamento?). La palpazione vi è quasi costantemente dolente, ma ciò ha scarsa importanza. Faulhaber, Haudek, ecc., ricordano come simile immagine possa essere del tutto normale; ciò è infatti di osservazione comune, specie quando, infettendosi la seconda porzione del duodeno bruscamente sulla prima, vi determina quasi un lieve grado di stenosi funzionale che favorisce il momentaneo soffermarsi del pasto di contrasto nel bulbo duodenale, il che è sufficiente alla formazione di un'ombra visibile, costante, e modicamente dilatata. Questo toglie al sintoma il valore che gli conferirebbe la grande frequenza con cui esso si verifica nell'ulcera duodenale.

b) *Dolore alla pressione.* — Tale dolore deve essere proiettato con esattezza sul duodeno e deve seguirne perfettamente i vari spostamenti; non va perciò confuso con dolori extragastrici e specialmente col comune dolore epigastrico, così

frequente in tutte le affezioni dello stomaco e del duodeno. In genere si vede come esso risiede nella parte più alta del duodeno, spesso anche in corrispondenza del piloro. È quasi costante nell'ulcera duodenale, ma è parimenti di comune osservazione nelle malattie della cistifellea, del pancreas, talora dell'appendice, ed anche in semplici nevrosi. Ha perciò anch'esso un significato più che modesto.

c) *Macchie residue*. — Maggior valore avrebbe la constatazione di piccole macchie di bismuto che si osservano nelle parti più alte del duodeno e che rimangono alquanto, anche dopo il vuotamento dello stomaco: vi coincide uno squisito punto doloroso alla palpazione. Questo sintoma, messo in rilievo da Haudek, è da Barclay e da Moynihan considerato come segno importante per la presenza di un'ul-

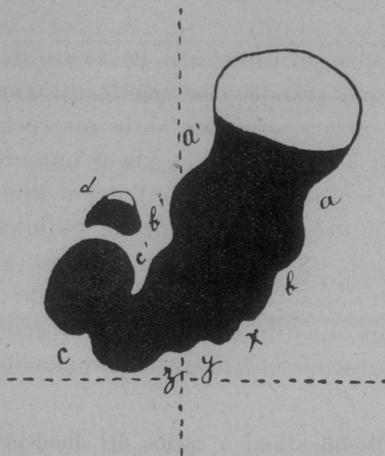


Fig. 1 (1) — *d* bulbo duodenale semisferico, dilatato, sormontato da piccola bolla di gas. Destroposizione di tutta la portio pilorica che appare arrotondata e dilatata. Iperperistalsi: *a-a'*, onda ad insorgenza alta; *b-b'*, *c-c'*, onde peristaltiche normali, alquanto esagerate in profondità, specie in corrispondenza della piccola curvatura; *x*, *y*, *z*, onde anomale, senza rispondenza alla piccola curvatura, poco profonde.

(1) Questo e gli schemi seguenti sono tutti fedelmente ripresi sulle diapositive di lastre eseguite nel R. Istituto di Radiologia Medica, e si riferiscono, per la maggior parte, ai casi che saranno descritti in seguito nel corso del lavoro.
Le linee punteggiate indicano la linea mediana e l'ombelicale trasversa.

cera duodenale; mentre invece altri Autori lo riportano piuttosto alla presenza di eventuali aderenze a carico del duodeno. Così Bier ricorda un suo caso di colecistite, in cui fu posta la diagnosi errata di ulcera duodenale, in grazia appunto dell'osservazione radiologica di simili macchie. Cole dice di avere ottenuto quasi costantemente l'immagine diretta dell'ulcera, facendo numerose radiografie in serie: 32-36 riproduzioni circa. Così pure Gregory. Max Cohn è anche della stessa opinione e vanta l'uso dei poligrammi. Io non posso nè affermare, nè negare ciò, in quanto disgraziatamente i mezzi a mia disposizione non giungono a tanto; credo ad ogni modo che il metodo, se utile dal punto di vista scientifico, non potrà mai essere un metodo pratico, perchè troppo indaginoso e spendioso, e perchè

può rappresentare un pericolo non indifferente per il malato, esponendolo a così lunghe irradiazioni.

d) *Nicchia*. — Il sintoma della nicchia è certamente l'unico sintoma che parli direttamente per la presenza di un'ulcera duodenale. A somiglianza di una nicchia gastrica, essa appare come un'ombra più o meno rotondeggiante, sporgente dal normale riempimento del duodeno ed a questo variamente connesso, sormontato talora da una piccola bolla di aria; è dolente alla pressione, poco influenzabile colla palpazione; permane più o meno a lungo.

Haudek ha molto insistito sulla facilità colla quale può scambiarsi con una nicchia patologica un'immagine normale del duodeno; così Bier, Faulhaber e molti altri. L'errore è facilitato dalla non infrequente presenza, che anche io ho notato più di una volta, di una piccola bolla di gas che sovrasta un bulbo duodenale normale; e ciò specialmente nei casi nei quali la porzione discendente del duodeno fa un angolo molto acuto colla prima porzione di esso. A questa facilità di errore va aggiunta l'estrema rarità, anzi l'eccezionalità di simile reperto radiologico. Ciò è dovuto da una parte alla rarità dell'ulcera duodenale perforante (è sufficiente la constatazione di W. Mayo sulla esperienza di 1205 ulcere duodenali operate) e dall'altra alla rapidità colla quale il bismuto viene a passare traverso il duodeno, ciò che rende più difficile il soffermarsi di esso anche quando esista un'ulcera discretamente crateriforme. Levy-Dorn considera come esagerata l'opinione dei più sull'estrema rarità della nicchia e ne riferisce tre casi da lui osservati. Di contro a ciò sta però il fatto che i casi descritti nella letteratura si contano appena. Ewald dice che non è facile evitare un errore e all'ultimo Congresso di Londra riferì un caso nel quale all'operazione si vide come l'ulcera fosse ben distante dalla sede della pretesa nicchia osservata radiologicamente. Il caso classico di Bier fu riconosciuto sulla lastra solo durante l'operazione, quando il reperto di un'ulcera perforante fece sorgere l'idea che di essa fosse dovuta esistere traccia sulla lastra eseguita. Schlesinger riporta un caso di ulcera penetrante, non apparsa affatto radiologicamente. Questa rarità estrema di osservazione e la possibilità di un facile e non sempre evitabile errore d'interpretazione tolgono al sintoma della nicchia il grande valore che esso avrebbe.

I sintomi radiologici prettamente duodenali appaiono pertanto dal lato diagnostico di importanza piuttosto scarsa.

Più importanti, se non per la diagnosi, almeno da un punto di vista teorico sono invece i sintomi a carico dello stomaco. Le alterazioni gastriche nell'ulcera duodenale sono la regola; i casi studiati con accuratezza e con tecnica esatta ben raramente mostrano uno stomaco morfologicamente o funzionalmente normale.

Alterazioni a carico dello stomaco.

I. — MORFOLOGICHE.

a) *Gastroptosi*. — È relativamente molto frequente. Nella sua prima statistica Bier l'ha riscontrata nella maggior parte dei casi; essa però è molto più rara nella sua seconda statistica, fatto che egli spiega coll'aver in questa considerato

forme meno tardive. Müller, su 31 casi, l'ha riscontrata 11 volte. Anche Allard e Dunkeloh la ritengono molto frequente. Io l'ho osservata molto spesso (v. fig. 2-5-7-8-9). Del suo significato come di quello dei sintomi che seguono, parleremo in appresso.

b) *Destroposizione*. — Accuratamente studiata da Baron e Barsony. Essa può essere regionale, riguardando solo la *portio pilorica* (v. fig. 1-6-8), ed è allora quasi sempre in rapporto con aderenze periduodenali, od è totale (v. fig. 2), in rapporto con modificazioni generali del tono, talora anche con eccessiva distensione del colon da gas, evenienza non rara nell'ulcera duodenale. È importante rilevare la

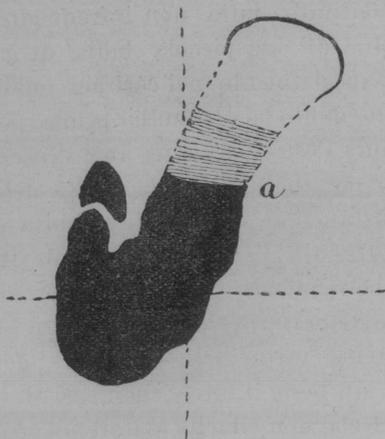


Fig. 2. — Destroposizione quasi totale. — Lieve ptosl. — Lieve ectasia. — Peristalsi poco pronunziata. — a: zona grigia intermedia di ipersecrezione.

frequenza colla quale essa si manifesta nell'ulcera duodenale; ma essa è anche tutt'altro che rara in molte altre evenienze.

c) *Pilorofissazione* (Haudek). — È da riferirsi a fatti di periduodenite; perde valore per trovarsi frequentemente in altri casi, specie di pericolecistiti e perigastriti. La spostabilità normale del piloro è notevolmente diminuita, o del tutto abolita. Si associa frequentemente alla destroposizione e alla gastropnosi.

d) *Ectasia*. — È sempre modica (v. fig. 2-5), anche in casi nei quali il duodeno si presenti notevolmente ristretto e ciò fa contrasto colle ectasie da stenosi pilorica. Si spiega questo generalmente col fatto che, per quanto la stenosi sia serrata, difficilmente essa può opporsi al rapido progredire del chimo liquido, in modo tale da determinare a monte una dilatazione di una certa entità.

A me sembra che per spiegare l'ectasia dell'ulcera duodenale si debbano considerare due fattori: meccanico l'uno, funzionale l'altro. Rispetto al primo, si avrà un'ectasia gastrica solo quando si sia rotto il compenso opposto dalla maggiore attività peristaltica duodenale e gastrica; in tali casi, che hanno la loro base in una gravissima stenosi duodenale, l'ectasia, una volta impiantatasi, rapidamente progredisce ed assume l'aspetto di una comune gastrectasia da stenosi pilorica

(v. fig. 3). Nel secondo caso, invece, l'ectasia trova riscontro in una modificazione permanente costituitasi in una muscolatura gastrica per lungo tempo iperfunzionante, ed assume il carattere delle lievi ectasie da atonia. È appunto questa la forma tipica e caratteristica dell'ectasia dell'ulcera duodenale. Non bisogna perciò

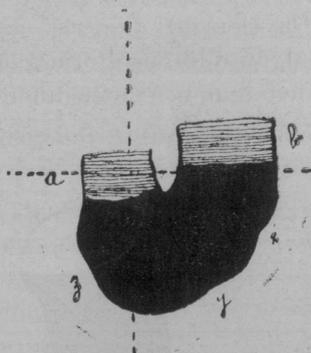


Fig. 3. — Notevole ectasia da stenosi per ulcera piloro-duodenale: la piccola curvatura è appena visibile. — La ptosi, di forte grado, è proporzionata all'ectasia esistente. Peristalsi torpida: *x, y, z*, accennano ad onde peristaltiche pianeggianti, poco evidenti. *a, b*: zona grigia di ipersecrezione che impedisce in *a* il riempimento della portio pilorica.

dare senz'altro valore di stenosi ad una lieve dilatazione riscontrata, ma si deve prima vedere se essa non possa riferirsi ad un fatto secondario all'alterata funzione motoria dello stomaco. Come carattere differenziale io mi giovo allora dell'osser-

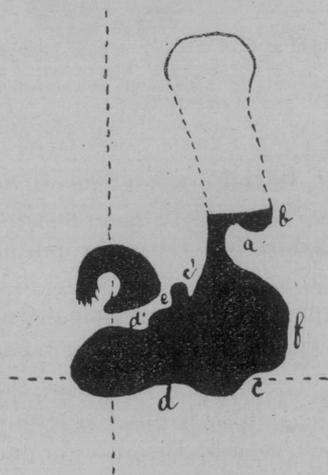


Fig. 4. — Clessidra spastica da ulcera duodenale. *a*: solco mediogastrico; *b*: lieve ectasia della sacoccia superiore. Caratteristici sono i rapporti tra portio pilorica e duodeno; la prima è come tratta o sospinta verso destra. Peristalsi vivace tanto lungo la grande che lungo la piccola curvatura.

vazione della peristalsi: questa si mantiene in genere più vivace e profonda del normale nelle lievi ectasie da stenosi, mentre è per lo più torpida ed irregolare nei casi nei quali l'ectasia è in rapporto coll'alterata funzione motoria. Le gravi ectasie,

molto rare a verificarsi, sono senz'altro alla dipendenza di una grave stenosi coesistente.

e) *Clessidra*. — L'osservazione di una clessidra spastica nel corso di un'ulcera duodenale non è affatto rara. Ne descrive un caso Kienböck, operatoricamente confermato, Holitsch due casi e così Baron e Barsony, Bier, Bensaude e Chilaiditi, Groedel ed altri. Io anche ne ho osservati due casi, esenti da ogni lesione organica dello stomaco, come risultò dal controllo operatorio (v. fig. 4 a p. 11). Tali clessidre non hanno nulla di caratteristico; non sempre è facile differenziarle da quelle dipendenti

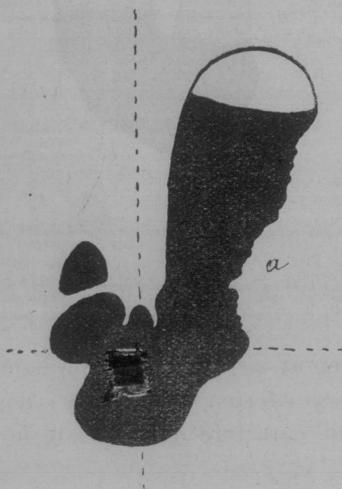


Fig. 5. — Lieve ptosi ed ectasia della tasca inferiore. Peristalsi vivace con onde strozzanti e segmentazione a grosse bolle. Margine dentato per seghettatura pronunziata della grande curvatura (a). Non ipersecrezione.

da lesioni gastriche. Baron e Barsony e Kienböck si fondano, come criterio differenziale, sul fatto che nell'ulcera duodenale lo stomaco, dopo sei ore, si trova vuoto, ma ciò ha un valore molto probativo. Ed anche più probativo è il fatto che coesistono sintomi clinici a favore di un'ulcera duodenale; io ricordo al proposito una malata in cui feci appunto diagnosi di ulcera duodenale, basandomi sui sintomi clinici e sulla clessidra osservata: lo stomaco dopo sei ore era completamente vuoto: orbene, l'intervento operatorio mostrò il duodeno integro ed invece un'ulcera in corrispondenza della piccola curvatura. D'altro canto è possibile la concomitanza di ulcers del duodeno e della piccola curvatura. Ricordo qui due casi descritti recentemente da Kienböck, nei quali esisteva una clessidra spastica, di cui la saccoccia superiore si svuotava lentamente, mentre la inferiore immetteva rapidamente il suo contenuto nel duodeno. Bouchut e Durand riportano un caso anch'esso importante, controllato all'autopsia, nel quale, a fianco di un'ulcera duodenale esistevano due ulcers della piccola curvatura. Va infine notato come pure altri processi patologici del duodeno possono dare luogo a questi spasmi medio-gastrici: così Jolasse lo notò in un caso di neoplasma duodenale in corrispondenza della papilla.

II. — ALTERAZIONI GASTRICHE FUNZIONALI.

Tralascio di accennare qui alle modificazioni secretorie, in quanto per lo studio di tali modificazioni l'indagine radiologica è certamente inferiore all'esame colla sonda e non presenta che un valore molto limitato. Dove invece la radiologia ha portato un notevole contributo, quasi anzi *ex novo*, è nello studio della funzione motoria.

Astraendo da alcuni pochissimi Autori, la grande maggioranza ammette oggi che nel suo complesso la funzione motoria gastrica sia nell'ulcera duodenale quasi sempre nettamente alterata, pur essendovi al contrario notevoli divergenze per ciò che si riferisce al valore diagnostico e all'interpretazione di questo fatto.

Il primo a porre in rilievo questa alterata funzione motoria dello stomaco fu Barclay. Le particolarità vennero in seguito meglio studiate ed a ciò si legano spe-

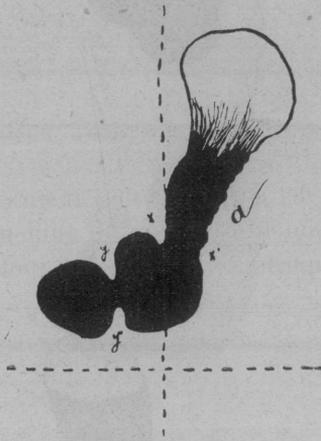


Fig. 6. — Destroposizione della regione pilorica. Peristalsi strozzante ($x-x'$, $y-y'$). Margine dentato, per seghettatura del margine della grande curvatura, in a . Non è visibile il bulbo duodenale, perchè completamente coperto dalla porzione pilorica.

cialmente i nomi di Hertz, Moynihan, Rowden, Haudek, Kreuzfuchs, Eisler, più recentemente Schlesinger ed altri. Kreuzfuchs diede a questa anormale motilità gastrica il nome di « duodenale Magenmotilität ». Questo nome è in parte giusto, in quanto dà un senso più lato al fatto, esprimendo implicitamente un punto di partenza duodenale, al di là quindi della semplice ulcera duodenale, ma appare ancora troppo ristretto, perchè non tiene conto delle altre cause che possono produrlo. È difatti noto come questa specie di motilità, pur verificandosi più spesso e con maggiore nettezza nell'ulcera duodenale, si manifesta anche e non infrequentemente in altre evenienze e principalmente nelle affezioni della cistifellea e del pancreas, più di rado dell'appendice e di altri organi addominali, ed infine in affezioni gastriche; Kummel la ricorda anche in casi di avvenute resezioni gastriche.

L'esame della motilità gastrica è delicato e richiede alcune cautele: esso, come giustamente consiglia Kreuzfuchs, deve essere praticato sempre a digiuno,

a stomaco completamente vuoto; e non va dimenticato che talvolta il comportamento caratteristico può iniziarsi dopo alcun tempo, nè sempre è costante in tutti gli esami; non bisogna quindi basarsi su di una singola rapida osservazione, ma occorre ripeterla nei casi dubbi.

La funzione motoria dello stomaco va studiata in tutti i suoi elementi fonda-

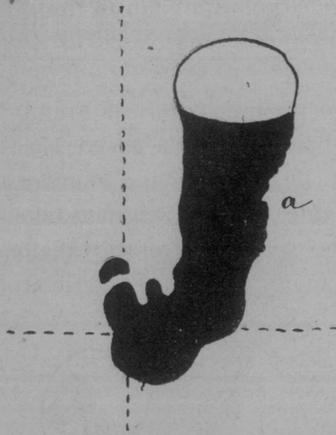


Fig. 7. — Lieve ptosi con lieve ectasia. Peristalsi vivace.
Margine dentato in *a*.

mentali: tono, peristalsi (sia del corpo che dell'antro), comportamento del piloro.

a) *Ipertonia*. — Il primo ad osservare un aumento del tono nell'ulcera duodenale ed a porlo in contrapposto colla frequente ipotonia dell'ulcera gastrica fu

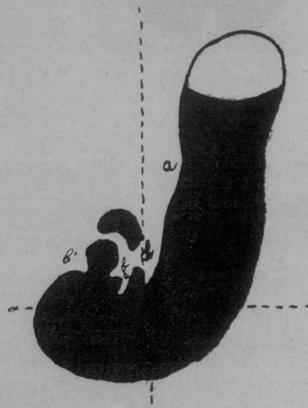


Fig. 8. — Lieve ptosi ed ectasia. Onde peristaltiche bene visibili alla piccola curvatura: *a, c, d*, senza alcuna rispondenza alla grande.

Hesse. L'ipertonia si può già rilevare durante il riempimento, notando come piccole quantità di pasto siano sufficienti a dare un completo riempimento dello stomaco; ma in modo migliore essa appare, dopo che il riempimento è avvenuto, dalla forma ipertonica che lo stomaco assume. Schlesinger nota un fatto importante consistente in ciò che in alcuni casi, nei quali ad un primo esame lo stomaco appariva quasi ipotónico, all'improvviso, in seguito a stimoli apportati dall'esterno (mas-

saggio, compressione, ecc.), esso cambia bruscamente la sua forma, assumendo quella ipertonica. Io ho notato ciò due volte con molta evidenza e senza che esercitassi altro stimolo all'infuori della leggera pressione dello schermo sulle pareti addominali; in uno di questi casi ricordo di avere avuto a che fare con uno stomaco gravemente ptosico (un dito sopra l'ombellico), che manteneva ad una prima osservazione una tipica immagine a navicella, con assenza o quasi della peristalsi; la piccola curvatura non era visibile. Da ciò io fui tratto dapprima in errore, ritenendo di trovarmi di fronte ad una banale ectasia da stenosi pilorica; riesaminato però il malato dopo un quarto d'ora, fui meravigliato di osservare uno stomaco ptosico sì, ma anche fortemente ipertonico ed iperperistaltico, il piloro funzionava benissimo ed il bulbo duodenale appariva notevolmente dilatato, il vuotamento più rapido del normale. Queste brusche modificazioni del tono nel senso di un aumento apparirebbero certo più comuni, se si praticassero più spesso esami ripetuti;

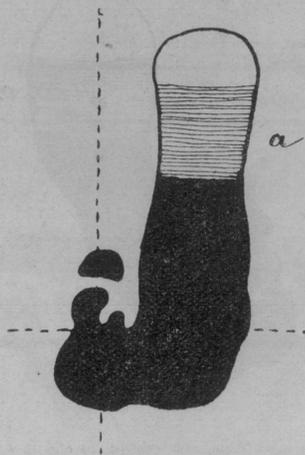


Fig. 9. — Notevole zona di ipersecrezione: a. Le onde peristaltiche, discretamente vivaci in corrispondenza dell'antro, sono torpide ed irregolari lungo il corpo dello stomaco. Bulbo duodenale a semisfera.

esse sono però più frequenti nel senso opposto, cioè di una rapida caduta del tono, ma la loro importanza diagnostica è allora scarsa, perchè tale fatto è comune anche ad altre circostanze.

Del resto nell'ulcera duodenale può esservi un tono gastrico perfettamente normale, così come può esservi pure ipotonia e più raramente atonia. La diminuzione del tono in malati di ulcera duodenale è considerata da alcuni (Hertz) come un sintoma che parla per una incipiente stenosi organica e quindi di un certo valore nei rapporti dell'indicazione operatoria. Io sono d'accordo con Hertz per quest'ultima parte, considerando la diminuzione del tono come l'espressione di una grave alterazione motoria, ma l'interpreto non come necessariamente dipendente da un fatto organico stenotico, chè anzi questa è l'eccezione, sibbene al seguito di un disturbo funzionale troppo a lungo protratto. Chiarirò meglio il mio pensiero in appresso.

A lato dell'ipertonia va considerato poi il *gastrospasmo totale*, nell'etiologia

del quale, sui 16 casi riportati da Holz knecht e Luger, figurano due ulcers duodenali.

E, a rigor di termini, in questo paragrafo andrebbero anche considerati gli spasmi gastrici, già da noi notati tra le modificazioni morfologiche.

b) *Iperperistalsi*. — Secondo l'esperienza comune, nella grandissima maggioranza dei casi la peristalsi, sia del corpo che dell'antro, è notevolmente aumentata. L'onda peristaltica ha il suo punto d'inizio più in alto del normale, corre più rapida verso il piloro, è più profonda, talora addirittura strozzante, specie in corrispondenza dell'antro; il suo ritmo d'insorgenza è accelerato. È questo il tipo che può dirsi classico della iperperistalsi; ma esistono piccole, numerose varietà, che ancor meglio dimostrano l'anormalità della funzione motoria. Così, mentre per lo più l'onda si approfondisce in alto grado equabilmente dall'una parte e dall'altra,

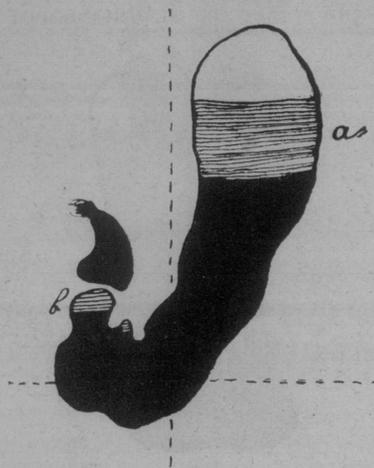


Fig. 10. — Ipersecrezione notevole (a, b) che in b rende male visibile l'estremità dell'antro pilorico. Le onde peristaltiche sono numerose, ma poco profonde. Bulbo duodenale dilatato.

sicchè l'antro viene talora ad esserne in modo quasi completo strozzato (v. fig. 6), altre volte l'aumento della peristalsi si presenta a preferenza lungo la grande curvatura, in corrispondenza della quale si notano anche piccole onde irregolari, spesso senza alcun effetto utile e senza rispondenza alla piccola curvatura (v. fig. 1); altre volte infine l'iperperistalsi è massimamente sviluppata alla piccola curvatura e può anche darsi il caso che contemporaneamente la grande curvatura non venga in alcuni momenti percorsa da alcuna onda (v. fig. 8). Questa è però evenienza molto rara. A tale partecipazione della piccola curvatura, talvolta così caratteristica, Carman dà grande importanza e ne fa anzi un carattere differenziale colla peristalsi vivace della stenosi pilorica. Riguardo alla rapidità colla quale progredisce l'onda, va osservato come generalmente, al contrario di quello che correntemente si dice, tale rapidità non esiste, chè anzi per lo più l'onda si mostra tanto più lenta per quanto più si approfondisce. Su di un'ultima particolarità vorrei fermarmi un momento. Non è infrequente l'osservazione di una caratteristica ed accentuata seghettatura lungo il margine superiore della grande curvatura. Questa

seghettatura è stata descritta in stomaci normali da molti autori; non se ne conosce bene il valore: trattasi forse di una maggiore accentuazione delle pliche della mucosa gastrica o anche, secondo altri, di piccoli movimenti irregolari e circoscritti. Io non voglio dare ad essa un'importanza speciale; mi basta ricordare di averla notata relativamente di frequente, specie quando la peristalsi era maggiormente accentuata (v. fig. 5-6-7). Non l'ho riscontrata invece nei casi nei quali coesisteva ipersecrezione, così come in questi non ho mai notato notevole vivacità peristaltica (v. fig. 2-9-10). Potrebbe pertanto considerarsi come un segno di più di aumentata attività motoria.

Non è ammessa in genere la possibilità dell'insorgenza di un'antiperistalsi.

c) *Iperfunzionamento del piloro.* — L'esame radiologico del piloro è certamente ancora incompleto, e da ciò deriva l'incertezza che si prova nell'interpetra-



Fig. 11. — s: stomaco; a: ultime anse dell'ileo con tracce di bismuto; b: cieco; c: colon ascendente; d: colon trasverso; e: discendente. La lastra è stata eseguita 7 h. dopo il pasto: malgrado le prime parti di bismuto siano già nell'ultima porzione del colon discendente, testimoniando la rapidità iniziale del vuotamento, pure esistono ancora residui nello stomaco; il bulbo duodenale si mostra tuttora bene iniettato.

zione di alcuni fatti che appaiono molto complessi. In genere ci si contenta di notare se il piloro funziona nel suo doppio movimento sistolico e diastolico: sfuggono però altri fattori importanti, quali l'ampiezza di apertura, l'energia di chiusura, e il tempo e il ritmo del doppio movimento. Approssimativamente però è possibile, con un certo esercizio, di riuscire, nei casi nei quali naturalmente siano nettamente visibili antro, piloro e bulbo duodenale, ad apprezzare abbastanza bene questi fattori. Ora l'impressione che si riceve studiando i malati di ulcera duodenale sotto questo punto di vista è che il piloro funzioni in modo abnormemente aumentato e ciò sia per una più energica contrazione e per una più ampia dilatazione, sia per una maggiore rapidità nel suo ritmo.

Peristalsi esagerata, ed aumentata funzione pilorica dànno come logico risultato un più *rapido vuotamento* del contenuto gastrico nel tenue; ed è ciò che si osserva

di regola nell'ulcera duodenale. Lo stomaco infatti in molti casi è già vuoto dopo 2-3 ore ed anche meno.

Talvolta però, alla fine del vuotamento, subito prima o subito dopo, il piloro, con meccanismo a noi non ancora ben noto, si chiude e permane così alcun tempo spasticamente contratto. Si può avere un esponente radiologico di ciò sia negli scarsi residui che si osservano in alcuni casi dopo sei ore (v. fig. 11), malgrado la peristalsi energica ed il buon funzionamento iniziale del piloro, sia nell'osservazione diretta dell'occlusione improvvisa e durevole dello sfintere pilorico. Spesso però, quando questa chiusura pilorica si effettua, lo stomaco è già vuoto e nulla si può osservare allora radiologicamente. Ad ogni modo i residui quando esistono, sono sempre scarsi. L'ingestione di cibi o di alcalini, talvolta anche di HCL, l'uso di atropina o di papaverina provocano spesso, ma non costantemente, la risoluzione dello stato di chiusura del piloro; si può allora vedere, se lo stomaco contiene ancora residui, il piloro tornare ad aprirsi ed il bismuto finire di passare nel tenue. Collo spasmo pilorico coincide in genere un abbassamento del tono e della peristalsi gastrica.

* * *

Rapidamente così analizzati i più importanti sintomi dell'ulcera duodenale, riporterò qui in succinto le storie di alcuni malati maggiormente d'interesse, da me studiati; specialmente per quei pochi per i quali non potei avere un controllo operatorio, ho preso solo in esame casi tipici, in cui la diagnosi di ulcera duodenale poteva essere posta con quasi certezza. Comunque le mie conclusioni si basano particolarmente sui casi nei quali la diagnosi potè rigorosamente essere stabilita operatorialmente o all'autopsia.

CASO I. — F... M..., anni 22, domestica. Marzo 1913 (osservazione personale).

La sintomatologia gastrica ebbe inizio nel febbraio 1910: l'inferma fu colta all'improvviso, due ore circa dopo il pasto, da violenti dolori epigastrici, con irradiazioni posteriori. Non vomito nè melena. I dolori scomparvero con ingestione di un po' di bicarbonato di soda; si ripeterono ancora per 5-6 giorni. In seguito periodo di benessere per circa tre mesi. Nuovo periodo doloroso più grave per la durata di una quindicina di giorni circa. Cura lattea. Benessere per circa 4 mesi. Ancora periodo doloroso. Comparsa di tipico « hunger pain ». Non dolori notturni. In seguito e fino al momento attuale: alternanza di periodi di benessere e di periodi dolorosi, mentre la sindrome si fa sempre più netta. Compagno ad intervalli feci picce. Senso di acidità. Disturbi secondarii da anemia.

Nel marzo 1913 fu da noi osservata. Obbiettivamente: lieve grado di anemia a tipo secondario. Stato di nutrizione discreto. Leggera ipertrofia del lobo medio della tiroide. Tachicardia. Nulla a carico degli organi interni. Punto doloroso xifoombellicale; non punto doloroso destro, nè difesa del retto di destra.

L'esame delle feci diede negativa per tre volte la prova delle emorragie occulte; ed è da notare che fu negativa anche subito dopo un violento attacco doloroso. Ad un quarto esame risultò invece positiva.

Succo gastrico: Acidità totale (riferita ad HCl) 2.40 ‰. Non ipersecrezione.

Esame radiologico: limite inferiore dello stomaco all'ombellicale trasversa; destroposizione netta di tutta la regione pilorica; tono normale; peristalsi sia del corpo che dell'antra esagerata per profondità e punto d'insorgenza; bulbo duodenale visibile, costantemente iniettato, ma non dilatato, appare sormontato da una piccola bolla di gas, è dolente alla pressione. Non diverticoli, nè altre modificazioni morfologiche o funzionali; vuotamento: rapido in primo tempo; dopo 6 h. perman-

gono ancora piccoli residui nello stomaco, mentre il rimanente è accumulato nel cieco, colon ascendente e prima porzione del trasverso.

23 aprile 1913. *Operazione*: prof. R. Alessandri. Ulcera della parete anteriore del duodeno, un dito e mezzo sotto la vena pilorica, del diametro di circa un centesimo, di aspetto cicatriceo. Gastroenterostomia senza esclusione del piloro.

Ad un esame radioscopico praticato dopo 20 giorni, apparvero bene e quasi alternativamente funzionanti vecchio e neo-piloro.

La malata stette bene perfettamente per 5 mesi. Poi nuovamente dolori, in minor dipendenza dai pasti ed accompagnati da vomito. I dolori erano spesso notturni e si calmavano con ingestione di cibi ed alcalini. Un nuovo esame radioscopico mostrava come il cibo passasse tutto per il vecchio piloro, mentre il neopiloro non funzionava affatto.

Nell'ottobre nuovo intervento (prof. Alessandri). Esclusione del piloro con laccio.

Scomparsa dei sintomi dolorosi. Condizioni di nutrizione ottima: l'inferma aumenta in poco tempo chilogrammi 10 circa in peso.

In questi giorni essa è tornata nuovamente alla mia osservazione, accusando ancora gli antichi disturbi. Radioscopicamente noto come il neopiloro non funzioni più ed il cibo continui a passare per il vecchio piloro, precedentemente escluso. Ogni cura medica ha avuto esito negativo.

Ho riportato questa storia per prima appositamente perchè essa presenta un quadro classico sotto tutti gli aspetti:

1. Tipica per l'anamnesi: spiccata periodicità delle sofferenze; *hunger pain* che compare netto al terzo periodo doloroso; probabili melene; senso subiettivo di acidità; giovamento colla dieta latte e cogli alcalini.

2. La sintomatologia obbiettiva è scarsa semeiologicamente, non presentando nulla di caratteristico. Ho ricordato il lieve grado di ipertrofia tiroidea e la tachicardia presentata dalla mia malata, per un probabile rapporto con disturbi del sistema nervoso vegetativo (v. Bergmann e Katsch). Viceversa abbiamo un dato importante nella iperacidità, ed uno importantissimo nel reperto positivo di sangue nelle feci. Mi sembra interessante notare come tale reperto sia stato positivo solo ad un quarto esame e come si sia mantenuto negativo anche durante e subito dopo un violento periodo doloroso, il che dimostra sempre più l'indipendenza del fenomeno dolore dalla floridità dell'ulcera. Un'ulcera, nel massimo della sua floridità, può passare inavvertita ed è non raramente una grave melena che la pone in evidenza; mentre al contrario si osservano spesso ulceri perfettamente cicatrizzate che danno luogo alle sindromi più dolorose.

3. Il quadro radiologico dà a favore dell'ulcera:

- a) destroposizione della regione pilorica;
- b) bulbo duodenale costantemente iniettato, dolente alla pressione;
- c) peristalsi energica, e ciò malgrado
- d) residui scarsi dopo le 6 ore.

È interessante il reperto della piccola bolla di gas, che a prima vista si sarebbe potuta confondere colla bolla di un diverticolo.

4. Anche importante si è in questo caso dimostrata l'indagine radiologica come controllo all'intervento operatorio. Essa ha confermato due fatti: che il piloro vecchio, quando non sia precedentemente stenotico e non venga escluso, continua a funzionare per suo conto, malgrado il neopiloro; ed inoltre che l'esclusione

di un piloro pervio ha spesso breve durata, riprendendo esso molto di frequente a funzionare dopo un tempo più o meno lungo. Un'ultima osservazione vorrei fare: dopo il primo intervento i dolori cessarono per un periodo di circa 5 mesi, e ciò, malgrado il cibo continuasse, in buona parte, a passare traverso il vecchio piloro. Può questo avere avuto rapporto col fatto della concomitante gastroenterostomia in primo tempo anch'essa parzialmente funzionante, o si tratta di un casuale periodo di benessere?

Concludendo, rispetto all'indagine radiologica, diremo che essa, pur avendo dato un risultato positivo, non ha avuto qui che un valore di maggior conferma per una diagnosi che si presentava già molto evidente; mentre da sola essa non sarebbe stata sufficiente; la sua importanza è stata forse maggiore negli esami postoperatorii.

CASO II. — D'A... P..., anni 26, muratore. Ottobre 1912 (osservazione personale).

I disturbi gastrici rimontano a circa 4 anni fa e consistono in: dolori, due, tre ore dopo il pasto, localizzati all'epigastrio ed alla regione periumbellicale, irradiantisi lateralmente ed in basso, leggermente remittenti nel decubito laterale sia destro che sinistro, poco influenzati dalla qualità dei cibi, mai notturni; *hunger pain* poco netto; periodicità spiccata tanto da far credere al malato all'eventualità di una guarigione definitiva; i periodi di tregua sono durati fino a 3-4 mesi; non vi era rapporto evidente coll'avvicinarsi delle stagioni, nè con altre cause; melene tipiche, frequenti, specie negli ultimi tempi; vomito da 3-4 mesi circa, quasi quotidiano, con scarsi residui alimentari, interveniva dopo l'inizio del dolore che talora attutiva; non ematemesi; pirosi, frequenti eruttazioni.

Obbiettivamente non presenta nulla di notevole, all'infuori di un dolore alla pressione, lungo la xifoombellicale, all'unione dei due terzi superiori col terzo inferiore e un centimetro a destra di questo punto: questo dolore appare bene circoscritto e costante.

Succo gastrico: acidità totale (in HCL): 2.30 ‰, non sangue, non ipersecrezione.

Feci: presenza di sangue anche colla prova del guaiaco.

Esame radioscopico: limite inferiore dello stomaco all'ombellicale trasversa; ipertonìa, iperperistalsi; bulbo duodenale dilatato, costantemente iniettato, dolente alla pressione; piloro bene visibile, permeabile, piuttosto fisso; vuotamento in due ore circa, completo; non residui.

9 febbraio 1913. *Operazione*: prof. R. Bastianelli. Si trova un'ulcera del duodeno a meno di un centimetro dalla vena pilorica anteriore, con indurimento e retrazione del peritoneo. Si invagina e si cerca di legare i vasi sopra e sotto l'ulcera. Esclusione del piloro. Gastro-digiunostomia posteriore verticale tipo Mayo.

La mattina dopo l'intervento 3 gravi ematemesi a brevissimo intervallo.

Si riapre la ferita; si estrae lo stomaco e lo si incide trasversalmente sulla parete anteriore. Si esteriorizza la anastomosi che al momento dell'esame non sanguina. Tuttavia si orla due volte tutto il margine interno dell'anastomosi con catgut. L'ematemesi non si ripete più, ma, malgrado ogni mezzo messo in opera, l'infermo, profondamente anemizzato, muore la sera alle ore 18.

11 febbraio 1913. *Autopsia*: prof. Marchiafava. Si trovano lo stomaco, il duodeno e le prime anse del tenue contenenti sangue. Nello stomaco non si vedono vasi beanti. Si riscontra un'ulcera nel duodeno, grande circa come una moneta da due centesimi, a margini callosi, fondo brunastro; dista due dita dal piloro, in corrispondenza della porzione discendente del duodeno, parete posteriore; non ha vasi beanti.

Questa ulcera non è quella trovata chirurgicamente, la quale risiede invece un dito più in alto. L'ulcera più bassa è perforante ed il fondo di essa è costituito dal pancreas. Non si riesce a vedere il vaso beante, ma si ritiene che da questa ulcera sia venuta l'emorragia, anche per la pigmentazione ematica trovata sul fondo

e sui margini dell'ulcera. Il sangue può essere passato nello stomaco traverso l'anastomosi.

Anche questo caso si presenta oltremodo tipico nella sua sintomatologia e la ricerca radiologica non potè che confermare una diagnosi resa certa dalla netta anamnesi e dalle ricerche complementari eseguite, nè riuscì d'altra parte a mettere in evidenza l'ulcera perforante, riscontrata all'autopsia.

A parte la doppia localizzazione dell'ulcera, causa indiretta dell'inafasto decorso e che dà notevole interesse al caso descritto, è importante in questo malato il vomito, comparso negli ultimi 3-4 mesi della malattia. Il vomito nell'ulcera duodenale è fatto piuttosto raro ed incostante e compare alquanto tardivamente, è scarso, talvolta alimentare, tal'altra costituito semplicemente da secrezione gastrica iperacida. La comparsa del vomito, dopo un certo tempo che la malattia dura, può, come nel nostro caso, fare a prima vista sospettare un fatto di stenosi pilorica o giustapilorica. L'esame radiologico può dirimere rapidamente la questione, come appunto nel nostro malato, e riporta il vomito, nella maggior parte dei casi, al suo giusto valore di sintoma legato alla lesione duodenale in sè, e non, come molto più raramente, al fatto meccanico della stenosi. Di ciò vedremo più tardi l'importanza.

Caso III. — S... G..., anni 57, artista. Giugno 1913 (1° Pad. diretto dal professor R. Bastianelli).

Sofferenze gastriche da circa 15 anni consistenti in: dolori epigastrici, insorgenti 2-3 ore dopo il pasto, della durata di circa 3-4 ore, si attenuavano con cure medico-dietetiche; *hunger pain* presente; periodicità spiccata, con periodi di benessere lunghi anche 1-2 anni; mai melena; sembra ematemesi; vomito frequente con attenuazione dei dolori; senso subbiettivo di acidità. Da 5 mesi i disturbi sono più gravi, i dolori quasi costanti, il vomito frequentissimo, quasi quotidiano.

Obbiettivamente nulla di notevole.

L'esame del succo gastrico dà iperacidità.

Esame radioscopico: lo stomaco appare notevolmente abbassato (3 dita sotto la cicatrice ombelicale); modica ectasia *in toto*. Tutto l'antrum pilorico appare però abnormemente dilatato, e situato tutto a destra; esso è inoltre diviso da un solco persistente dal rimanente dello stomaco; il piloro funziona normalmente; la prima porzione del duodeno è durevolmente iniettata, ma non dilatata, dolente alla pressione; tono discreto, forse un po' diminuito; onde peristaltiche rare, lente, profonde, aritmiche; vuotamento completo in poco più di tre ore.

18 giugno 1913. *Operazione*: prof. R. Bastianelli. Si trova lo stomaco abbassato, con porzione pilorica ipertrofica e con disposizione a bisaccia (solco tra porzione pilorica e cardiale). A cominciare dalla vena pilorica tutta la prima porzione del duodeno è di aspetto cicatriceo con un punto centrale infossato e duro, dal quale la cicatrice s'irradia: pare ristretto e la parete anteriore appiattita ed infossata rispetto alla posteriore (ulcera della parete anteriore). Si restringe il lume del duodeno con 4 punti introflessi. Gastroenterostomia posteriore verticale, con sede un po' a sinistra del solco della bisaccia.

Anche in questo caso la diagnosi di ulcera duodenale era giustificata dall'anamnesi del malato, soprattutto dalla tipicità del dolore e dalla spiccata periodicità della sintomatologia. Dove però si poteva restare dubbiosi era sull'esistenza o meno di una stenosi consecutiva ed autorizzava a ciò la lunga durata della malattia e la frequenza ed il carattere del vomito. L'indagine radiologica che, a prima vista, poteva lasciare anch'essa incerti, faceva invece, accuratamente vagliata, escludere

la presenza di una stenosi. A parte la ptosi, il cui grado non era certo proporzionale alla lieve ectasia totale riscontrata, e che quindi doveva considerarsi come un fatto da essa indipendente, l'alterazione che appariva più grave era a carico dell'antrum pilorico, notevolmente dilatato e destroposto. Di una stenosi duodenale bassa mancava ogni carattere, mentre contro una stenosi duodenale alta o pilorica parlava la netta pervietà del piloro e di tutto il duodeno, nonché il vuotamento completo dopo 4 ore. Poteva al massimo sospettarsi una stenosi parziale perfettamente compensata, ma contro questo perfetto compenso c'era l'osservazione di una peristalsi già alquanto alterata ed il fatto della limitazione della dilatazione al solo segmento prepilorico. Per queste ragioni io credo che in casi consimili si debba escludere la presenza di una stenosi, almeno nel senso corrente della parola, e riportare il reperto radiologico descritto ad altro fattore che non sia quello puramente meccanico.

CASO IV. — T... P..., anni 40, vignarolo. Ottobre 1913 (1° Pad. diretto dal prof. R. Bastianelli).

Disturbi gastrici da 13 anni. Da allora: senso di peso e dolore all'epigastrio. 3-4 ore dopo il pasto, specie se questo era abbondante ed accompagnato da soverchie libazioni; i dolori si irradiavano verso l'apofisi ensiforme e verso i lombi, si attenuavano nel decubito laterale sinistro; non *hunger pain*; periodi di benessere di mesi ed anche anni; pirosi, mai vomito spontaneo; il paziente si provocava però spesso il vomito perchè questo attenuava le sue sofferenze; mai ematemesi, nè melene.

All'esame obiettivo poco di notevole: stato generale scaduto; dolore alla pressione 2 centimetri sotto l'arcata, lungo l'emicleaveare destra.

L'esame del succo gastrico diede ipercloridria.

Esame radioscopico: stomaco a navicella, ptosico (due dita sotto l'ombellicale); atonia; peristalsi fiacca, quasi abolita; piloro e bulbo duodenale non sono visibili; vuotamento: dopo 24 ore permane ancora $\frac{1}{3}$ circa del pasto nello stomaco.

1 febbraio 1913. *Operazione:* prof. R. Bastianelli. Notevole gastrectasia. Si trovano due ulcere cicatrizzate, una a livello del piloro, l'altra nella prima porzione del duodeno. La prima siede sulla faccia anteriore ed ha determinato solo un raggrinzamento circoscritto; la seconda è invece circolare ed ha determinato una stenosi gravissima. Gastroenterostomia posteriore trasversale.

Se si confronta questo col caso precedente, si vede subito come ambedue, poco dissimili nel quadro clinico, si allontanano invece notevolmente nel quadro radiologico. In ambedue la lunga durata della malattia (15-13 anni), il caratteristico dolore tardivo, la netta periodicità delle sofferenze, il senso subiettivo di acidità, l'ipercloridria; solo nel caso III era presente l'*hunger pain* che nel IV mancava. Il quadro radiologico invece si differenzia molto; e mentre nell'un caso presenta le caratteristiche che abbiamo avanti descritte, nell'altro esso dà la sindrome netta della stenosi pilorica. In casi simili, nei quali cioè in malati con tipica storia di ulcera duodenale si abbia il reperto radiologico della stenosi pilorica le evenienze da discutere possono essere le seguenti: stenosi del duodeno da pregressa ulcera pampilorica, doppia ulcera pilorica e duodenale con stenosi consecutiva del duodeno o del piloro, infine ulcera unica duodeno-pilorica stenosante. Esistono caratteri che ci permettono di differenziare queste tre possibilità? Non credo. L'unica cosa che si può dire con certezza è che, dato il quadro radiologico, la stenosi non può risiedere più in basso della prima porzione del duodeno, mentre la storia clinica ci indica la presenza di una lesione in atto o pregressa del duodeno; ma accertare se questa

lesione sia o meno estesa al piloro, o se al piloro esista una seconda ulcerazione, e nel caso quale delle due sia la stenosante, non mi sembra che possa affermarsi con sicurezza. Un dato favorevole per una stenosi pilorica può aversi quando i fatti di stenosi siano relativamente precoci, cosa invece molto rara nell'ulcera duodenale. Il caso che segue è un esempio appunto di un'ulcera duodeno-pilorica stenosante.

CASO V. — A... P..., anni 44, commesso. Aprile 1913 (1° Pad. diretto dal professore R. Bastianelli).

Tre anni fa l'infermo ebbe sofferenze gastriche così caratterizzate: 3-4 ore dopo i pasti, peso molesto all'epigastrio, accompagnato da senso di fiamme al volto e alla testa, da lieve cefalea, difficoltà di respiro, spesso anche da singhiozzo. Queste sensazioni moleste, alle quali presto si aggiunsero veri, benchè lievi, dolori epigastrici si protraevano per un'ora circa, mentre l'ingestione di un po' di latte attenuava alquanto le sofferenze. Mai vomito nè melene. Dopo un mese l'infermo vide dileguarsi tali disturbi, tanto da credersi guarito completamente; ma 3-4 mesi più tardi ebbe un nuovo periodo doloroso della durata di 40-50 giorni circa. Così per due, tre volte all'anno fino al novembre 1912, epoca nella quale, dopo 6 mesi di benessere, i disturbi ripresero, maggiormente accentuati; si aggiunse inoltre senso di acidità. Nemmeno questa volta ebbe però vomito.

All'esame obbiettivo, l'infermo appare notevolmente emaciato, ma all'infuori di un punto dolente alla pressione lungo la xifoombellicale (terzo superiore), e di un altro punto dolente sul retto di destra, non si riscontrò nulla di notevole.

L'esame del succo gastrico dà ipercloridria.

Esame radiologico: limite inferiore dello stomaco a due dita trasverse sopra il pube; forma a navicella; grave ectasia totale; piccola curvatura, piloro e bulbo duodenale non sono visibili; tono debole; onde peristaltiche profonde, lente, rare; netta antiperistalsi; vuotamento: in 36 ore circa.

26 aprile 1913. *Operazione:* prof. R. Bastianelli. Si trova una grossa ulcera che occupa circolarmente il piloro che ne è quasi totalmente ristretto; essa si estende per più di un dito verso il duodeno. L'ulcera è in parte aderente al pancreas. Gastrodignostomia posteriore verticale.

Un primo punto importante è qui quello accennato a proposito del caso precedente: il contrasto tra l'anamnesi del malato, che portava verosimilmente al concetto dell'ulcera duodenale, e l'esame radiologico che pareva concludere per una stenosi del piloro. In questo caso, però, a differenza dell'altro, la relativamente breve durata delle sofferenze (3 anni circa) e l'osservazione di una netta antiperistalsi facevano propendere piuttosto a favore di una vera stenosi pilorica, pur ammettendo, data una storia così tipica, la coesistenza di una lesione duodenale.

Il secondo punto interessante di questo caso consiste nella sintomatologia subbiettiva presentata dal malato. Qui, a parte la spiccata periodicità dei dolori e la presenza del dolore di fame, le sofferenze si allontanano da quelle comuni dell'ulcera duodenale e rivestono un loro carattere del tutto particolare: senso di fiamme al volto, cefalea, singhiozzo, difficoltà di respiro, cardiopalmo, peso all'epigastrio. L'osservazione di simili disturbi non è di recente data, nè si palesa come evenienza rara. Collin descriveva come frequente il cardiopalmo, mentre Mayne e Potain notavano l'insorgere talora di brevi accessi dispnoici durante il periodo doloroso. Recentemente però, v. Bergmann, Westfall e Katsch a questi e ad altri sintomi analoghi, quali la midriasi, l'esotalmo, la facile sudorazione, l'ipertrofia della tiroide (vedi il caso I), ecc. danno una grande importanza, in quanto essi li considerano come

sintomi di eccitamento vagale simpatico in diretto rapporto colla nevrosi, causata a sua volta dall'ulcera duodenale stessa. In questo malato i sintomi descritti, e che appaiono specialmente come a carico del simpatico, sono veramente netti e suggestivi.

CASO VI. — G... M..., anni 41, falegname. Settembre 1914 (I Pad. diretto dal professor R. Bastianelli).

Riporto in questo caso per primo l'esame radiologico, in quanto fu da me eseguito, appena entrato l'infermo all'ospedale e prima che io ne conoscessi la storia.

Esame radiologico: stomaco con normale riempimento. Il limite inferiore giunge un dito sotto l'ombellicale trasversa e lo stomaco mostra nella sua parte più bassa ed in primo tempo una lieve ectasia. In seguito lo stato notevolmente iper-tonico ed iperperistaltico mascherano la leggera ectasia già notata. Le onde hanno un punto d'insorgenza alto, sono frequenti, si approfondano notevolmente, tanto lungo la grande che lungo la piccola curvatura, specie in corrispondenza dell'antro. Non anti-peistalsi; non punti dolenti; il piloro funziona, ma in piccolo grado; il bulbo duodenale non è visibile in modo netto; vuotamento: dopo sei ore esistono ancora residui.

Nel complesso, all'indagine radiologica vi sarebbero elementi che potrebbero parlare a favore di un'ulcera duodenale: così la ptosi e l'ectasia lievi, l'iper-tonia e la spiccata iperperistalsi. La mancanza però di un bulbo duodenale evidente e costante e l'assenza di ogni altro sintomo a carico del duodeno fanno pensare che l'ulcera, se esiste, debba essere in immediata vicinanza del piloro. Qualora venisse confermata da dati anamnestici e da ricerche collaterali positive, la diagnosi radiologica potrebbe perciò indirizzarsi (da sintomi indiretti) ad un'ulcera parapiloricica su versante duodenale o ad un'ulcera piloroduodenale con lieve stenosi del piloro.

L'anamnesi mostrò che le sofferenze dell'infermo si erano iniziate 14 anni fa con ematemesi e melene durate tre o quattro giorni e non accompagnate a dolori. Dopo sei mesi ancora melena. In seguito dolori epigastrici periodici, accompagnati talvolta da vomito. Da 4 anni e fino al maggio scorso completo benessere. Da allora ripresa dei dolori epigastrici, due ore dopo il pasto; vomito spontaneo o provocato, con conseguente sollievo. I dolori cedevano a nuova ingestione di cibi.

All'esame obiettivo, costante difesa del retto di destra.

Nel succo gastrico notevole iperacidità; acidità totale (in HCL): 4.15 %.

Operazione: dott. Di Paola. Si trova il piloro e la prima porzione del duodeno ricoperti da false membrane vascolarizzate. Nelle pareti dell'intestino, vicinissimo al piloro si sente una durezza e si vede una cicatrice: ulcera duodeno-piloricica cicatrizzata.

È questo un altro esempio di ulcera duodeno-piloricica, ma a differenza del precedente, la stenosi era qui lieve, e la diagnosi precisa di sede, clinicamente non apprezzabile, fu possibile radiologicamente per il contrasto fra la presenza dei sintomi radiologici indiretti a carico dello stomaco e l'assenza di qualunque sintoma diretto a carico del duodeno. Tipico da ultimo è il caso per dimostrare sempre più l'assoluta indipendenza del sintoma dolore dalla floridità dell'ulcera: nei primi periodi della malattia infatti, le gravi melene ed ematemesi, attestanti la floridità dell'ulcera, costituirono solo esse tutto il quadro morboso; nell'ultimo periodo, al contrario, quando l'ulcera, come provò l'intervento, era completamente cicatrizzata, il dolore fu costante e caratteristico.

CASO VII. — G... F..., anni 27, donna di casa. Marzo 1913 (I Pad. diretto dal prof. R. Bastianelli).

Da 7-8 anni sofferenze periodiche per dolori epigastrici dopo il pasto, tardivi. Non *hunger pain*. Frequente il vomito, spesso alimentare, molto acido. Pirosi.

Obiettivamente nulla di notevole.

Acidità totale del succo gastrico in HCL: 3.20 % .

All'esame radioscopico: forma dello stomaco ad uncino; lieve ptosi; ipertonìa, iperperistalsi; piloro normale; ombra del bulbo duodenale costantemente iniettata, dilatata, non dolente alla palpazione; vuotamento rapido.

All'operazione, prof. R. Bastianelli, si trova uno stomaco non grande con piloro pervio; cicatrice anulare lungo il duodeno, un dito sotto il piloro. Gastroenterostomia posteriore verticale.

CASO VIII. — F... C..., anni 38, negoziante. Ottobre 1913 (I Pad. diretto dal prof. R. Bastianelli).

Sofferente da 8 anni: dolori epigastrici, insorgenti un paio d'ore dopo i pasti, specie se di cibi pesanti. Primo periodo di benessere durato tre anni. Nuovo periodo doloroso, con ematemesi e melena. Secondo periodo di benessere fino a due mesi fa. Ora i dolori intervengono dopo 4-5 ore dal pasto e cessano col vomito, provocato dall'infermo; non dolore di fame; ha avuto di nuovo abbondante ematemesi e melena.

Nulla di notevole all'esame obiettivo.

Non fu praticato l'esame del succo gastrico, perchè l'emorragia era cessata da poco.

Esame radioscopico: stomaco ptosico con lieve ectasia; tono e peristalsi debole; bulbo dilatato e costantemente iniettato, poco dolente alla pressione; residui scarsi dopo le sei ore.

22 ottobre, 1913. *Operazione*: prof. R. Bastianelli. Si trova uno stomaco grande ad uncino, con lieve stenosi della prima porzione del duodeno. La cicatrice sembra di antica data. Il fegato appare grande, granuloso, a granulazioni molto fini (cirrosi?) Gastroenterostomia.

L'esame radiologico mostra, all'infuori della ptosi, una lieve ectasia, alla quale si accompagna un tono ed una peristalsi molto fiacca. Questa fiacchezza della muscolare, indice di incipiente stanchezza, non può essere certo in rapporto con il lieve grado di stenosi duodenale riscontrata all'intervento operatorio, in quanto che tale stenosi non era tale da determinare un disturbo meccanico anche di piccolo grado; presumibilmente essa era in rapporto con un disturbo funzionale, come più dettagliatamente vorrei dimostrare in seguito.

Ma oltre che per questa considerazione ho riportato questo caso, per il fatto importante che mentre l'infermo pochi giorni prima aveva avuto grave melena ed ematemesi, all'intervento operatorio l'ulcera duodenale appariva completamente cicatrizzata. L'esistenza di un fegato alterato per probabile cirrosi, ed il ricordo di un altro mio caso consimile, ma ancora più tipico e controllato all'autopsia, mi fanno sospettare essere stata l'ematemesi indipendente dall'ulcera duodenale ed in rapporto forse colla lesione epatica. Non raramente si vedono infatti cirrosi epatiche esordire con gravi ematemesi iniziali. È da tenersi presente questa evenienza, giacchè si è per lo più abituati a considerare l'ematemesi con un fatto tardivo della cirrosi epatica, al seguito sempre degli altri classici sintomi.

CASO IX. — Z... S..., anni 32, contadino. Novembre 1913 (osservazione personale).

Da due anni dolori epigastrici 2 ore dopo i pasti, senza particolari irradiazioni; essi duravano 3-4 ore; spesso notturni. *Hunger pain* presente. Non pare che abbia avuto melene od ematemesi. Mai vomito; appetito ben conservato. Dopo 2 mesi di

sofferenze, periodo di 6 mesi circa di benessere e così alternativamente fino a 4 mesi, fa. Da allora è comparso vomito di sostanze fortemente acide, vomito che attenuava notevolmente la sensazione dolorosa. Qualche volta, prima del vomito l'infermo era preso da sudore freddo, vertigini, oscuramento della vista. Tali disturbi si dileguavano poi col vomito. Influenza della cura dietetico-medicamentosa scarsa.

Obbiettivamente: stato di nutrizione molto deperito. Dolore alla pressione in corrispondenza del retto di destra, che si mostra alquanto teso.

Acidità totale in HCl: 2.20 %.

Sangue nelle feci presente in discreta quantità.

Esame radiologico: ptosi, lieve ectasia; spasmo mediogastrico, poco sotto la regione cardiaca, persistente, con lieve ectasia della saccoccia superiore; la saccoccia inferiore si costituisce in secondo tempo; peristalsi vivace: onde ad insorgenza alta, iniziantisi poco sotto il solco mediogastrico, rapide, profonde; piloro pervio, bene visibile, poco spostabile; bulbo duodenale normale, dolente alla pressione; residui scarsi dopo le sei ore.

9 dicembre, 1913. *Operazione:* prof. R. Bastianelli. Si trova un'ulcera circolare, deformante, un dito trasverso sotto la vena pilorica. Leggera infiltrazione della porzione pilorica dello stomaco. Gastroenterostomia posteriore verticale.

Anche qui l'anamnesi era tipica e la diagnosi poté essere posta con sicurezza, malgrado l'inizio della malattia relativamente recente. Interessanti sono i sintomi nervosi: vertigini, sudori freddi, obnubilamento della vista, che precedevano il vomito (vedi caso V). Dal punto di vista radiologico era caratteristica l'osservazione di una clessidra spastica permanente. Per escludere la contemporanea presenza di un'ulcera gastrica mi giovai dell'assenza di dolore alla pressione in corrispondenza dello spasmo e soprattutto del comportamento della peristalsi: malgrado la vivacità di questa, permanevano residui dopo le sei ore. La fissità del piloro fu spiegata all'intervento; non accertai invece radiologicamente la constatata deformità del duodeno, forse per difetto di tecnica o per essere stato poco accurato nella mia osservazione.

CASO X. — R... E..., anni 33, donna di casa. Aprile 1914 (VI Pad. diretto dal prof. Panegrossi).

Ebbe un anno fa un periodo doloroso, durato un mese circa, con dolori insorgenti un paio d'ore dopo i pasti, lievi e di breve durata, non rappresentanti alcunchè di caratteristico; non dolore di fame. Da allora sempre bene. Quattro giorni fa vertigini, lipotimia e poco dopo abbondantissima melena, che si protrasse fino a pochi giorni dopo l'ingresso dell'inferma all'ospedale.

Obbiettivamente, all'infuori dello stato anemico grave, non si riscontra nulla di notevole. L'addome si presenta trattabile, indolente in tutte le regioni, anche alla palpazione profonda.

L'esame del succo gastrico dà iperacidità e abbondanza di HCl libero.

Tutte le ricerche fatte per trovare una causa evidente della grave melena sofferta dall'inferma riescono negative.

Esame radiologico: lo stomaco assume rapidamente una forma a bisaccia, con incavo in corrispondenza della grande curvatura, separante dal rimanente dello stomaco tutta la regione antrale. Detto incavo è diretto dal basso in alto, in corrispondenza della linea mediana, è ampio, arrotondato ed il suo centro corrisponde esattamente all'ombellico. Le due tasche, destra e sinistra, alle quali esso dà luogo, sono di grandezza pressochè uguali, la sinistra un po' più grande. L'antra pilorico appare pertanto fortemente dilatato e situato tutto a destra della linea mediana: è però bene spostabile. I caratteri della clessidra sono per una forma spastica; il tono è normale; la peristalsi è torpida: le onde insorgono raramente, sono poco profonde, irregolari nel loro ritmo d'insorgenza; il giuoco del piloro è normale;

ampio e costante il bulbo del duodeno, che appare sormontato da una piccola bolla di gas; non formazioni diverticolari; nessun punto dolente; il vuotamento è più rapido del normale: dopo 30 minuti infatti non si vede più sullo schermo che la sola saccoccia antrale; respingendo però verso sinistra il Bi. si riesce a formare di nuovo la descritta immagine a bisaccia; dopo 4 ore lo stomaco è vuoto.

In questo caso non esiste un'anamnesi caratteristica a favore dell'ulcera duodenale; ed unico argomento, certamente però della massima importanza, è la grave melena sofferta dall'inferma, in età giovanile, senza altre cause apprezzabili. L'esame radiologico, molto ricco, fornisce invece vari punti d'appoggio. La netta destroposizione di tutta la *pars pilorica* e la sua notevole dilatazione, la maggiore ampiezza e la persistenza del bulbo duodenale, la formazione a clessidra, di natura spastica, sono caratteri in questo caso molto probativi per la diagnosi di ulcera duodenale. Parlerebbe invece a favore dell'ulcera gastrica lo stato leggermente ipototonico dello stomaco accompagnato con una peristalsi fiacca ed irregolare. Ma, ciò malgrado, il vuotamento appare accelerato, ed a me sembra che appunto in tale contrasto di peristalsi debole e vuotamento celere esista un dato importante per l'ulcera duodenale: questo parla per uno stato di apertura più frequente o almeno più ampio del piloro; e ciò può bene mettersi a riscontro col fatto inverso della presenza di residui dopo le sei ore, malgrado una vivace, profonda peristalsi.

Riguardo alla clessidra, molto simile a quella descritta nel caso III, appare strana la formazione di uno spasmo circoscritto in uno stomaco che presenta così scarse note di ipertonìa generale; ad ogni modo anche nel rimanente del quadro radiologico questi due casi appaiono gemelli e pertanto giustificato mi sembra il sospetto di un'ulcera duodenale. Se qui si fosse intervenuti e l'intervento avesse confermato la diagnosi, questa avrebbe dovuto molto all'indagine radiologica.

CASO XI. — C... U..., anni 25, spazzino. Novembre 1913 (osservazione personale).

Un anno e mezzo fa, senso di bruciore e di stramento all'epigastrio, talvolta veri dolori, insorgenti 3 ore dopo il pasto; la flessione del corpo in avanti li attenua; netto dolore di fame. Senso di molesta acidità. Mai ematemesi, nè melena. Dopo 6 mesi di completo benessere, nuovo periodo doloroso di maggiore intensità.

Obbiettivamente: punto dolente all'epigastrio lungo la xifoombellicale, alla unione del terzo inferiore coi due terzi superiori; altro punto dolente alla pressione, allo stesso livello, ma a destra sul muscolo retto; questo presenta leggera difesa.

All'esame del succo gastrico: ipercloridria.

Prova microscopica del sangue nelle feci ripetutamente positiva.

Esame radioscopico: stomaco a corno di bue; ipertonìa, iperperistalsi; nulla a carico del bulbo duodenale, che appare semplicemente dolente alla pressione: il punto dolente sul retto di destra corrisponde ad esso; vuotamento: dopo 3 ore lo stomaco è completamente vuoto.

Qui scarso è il reperto radiologico, o meglio non caratteristico, mentre più evidente è l'anamnesi, alla quale aggiunge autorevole conferma, oltre l'ipercloridria, la presenza di sangue nelle feci ripetutamente accertata.

CASO XII. — S... C..., anni 45, donna di casa. Giugno 1913 (osservazione personale).

Nel giugno dell'anno precedente, improvvisamente, 3 ore dopo il pasto, ebbe dolori epigastrici, dapprima lievi, in seguito molto intensi; poco dopo grave melena.

Curata con i comuni mezzi, si rimise e cessarono anche i dolori finchè fu a dieta lattea. Non appena però riprese l'alimentazione solida, ricomparvero i dolori, che insorgevano 2 ore circa dopo il pasto, s'irradiavano posteriormente fino alla colonna vertebrale; non dolore di fame. Dopo tre mesi si riebbe completamente. Da un mese sono tornati i dolori, questa volta specialmente notturni, ed ha avuto nuovamente melena.

Nulla d'importante all'esame obiettivo.

Esame del succo gastrico normale.

Positiva la prova del sangue nelle feci.

All'esame radioscopico non riscontro nessuna modificazione degna di nota.

È questo l'unico dei miei casi, nel quale, pure parlando l'anamnesi nettamente per la presenza di un'ulcera duodenale, l'esame radiologico sia stato completamente negativo e di ciò va tenuto il debito conto, considerando come un esame radiologico anche completamente negativo non ci dia alcun diritto di escludere l'esistenza di un'ulcera duodenale.

CASO XIII. — R... F..., anni 50, ingegnere. Dicembre 1913 (osservazione personale).

Malato da circa 7 anni con periodi dolorosi della durata media di circa 3 mesi, alternati a più lunghi periodi di benessere. I dolori epigastrici sono tardivi (3-4 ore dopo il pasto), più intensi la notte. Da tre anni circa ha notato come essi si calmino con ingestione di cibi ed anche di bevande. Mai ematemesi, nè melene. Senso molesto di acidità.

Obbiettivamente: dolori vaghi alla palpazione in corrispondenza dell'epigastrio.

Succo gastrico: acidità totale: 2.93 in HCl.

Sangue nelle feci: negativo.

Esame radioscopico: stomaco ptosico, non ectasico; tono normale; peristalsi vivace per profondità di onde, specie in corrispondenza dell'antro pilorico; piloro nettamente visibile, bene funzionante; bulbo del duodeno a forma di semisfera, costantemente iniettato; vuotamento in circa 4 ore completo.

Malgrado la lunga durata della malattia, non ci sono in questo caso modificazioni radiologiche che possano far pensare ad un disturbo di stenosi anche lieve, nè esistono alterazioni gravi della funzionalità motoria gastrica. Questo fatto di per sè ha già un certo valore a pro dell'ulcera duodenale. Vi si aggiungono la ptosi, la iperperistalsi, e la forma e persistenza del bulbo duodenale.

CASO XIV. — M... P..., anni 55, meccanico. Dicembre 1912 (osservazione personale).

Sofferenze gastriche da 20 anni con periodi di remissione, che l'infermo riferisce a periodi di più rigorosa dietetica. I dolori erano tardivi, nettamente influenzati da una nuova introduzione di cibo. Si accompagnavano a forte senso di acidità. Gli alcalini di cui l'infermo ha fatto abbondante uso, avevano benefica influenza sul senso di acidità, ma non sui dolori. Tre volte nel passato ha avuto gravi melene per cui fu ricoverato all'ospedale, dove venne diagnosticato emorragia da ulcera duodenale.

All'esame obiettivo, nulla di caratteristico, all'infuori di un addome discretamente meteorico, e di una spiccata dolenzia epigastrica.

All'esame del succo gastrico: subacidità: 1.10 ‰ (in HCl).

Sangue nelle feci: presente in minime tracce (l'infermo non era nel periodo doloroso).

Esame radiologico: modica ectasia; atonia; peristalsi quasi completamente assente; piloro bene funzionante; bulbo duodenale notevolmente dilatato e persi-

stente, dolente alla pressione; vuotamento: dopo sei ore scarsi residui, dopo otto ore lo stomaco è vuoto.

L'infermo ricusa l'intervento operatorio.

È questo il caso di più antica lesione duodenale che io abbia osservato. È importante notare come, malgrado un ventennio di malattia, le modificazioni anatomiche a carico dello stomaco sono molto modeste; ed il processo patologico è ancor florido, come dimostra, pur nella momentanea assenza di dolori, la presenza costante di sangue nelle feci. Gravi però e durature appaiono le alterazioni funzionali dello stomaco, sia chimiche (ipoacidità), sia motorie (ipotonia, assenza quasi completa della peristalsi). È questo un caso tipico, nel quale il contrasto fra le scarse modificazioni anatomiche e le gravi alterazioni funzionali mostra sempre più chiaramente come queste non siano affatto alla dipendenza di quelle e come altrove debba cercarsene la causa.

Non insisto ulteriormente nell'esame di casi non controllati operatoriamente, in quanto la loro importanza è certamente molto meno netta e le conseguenze che se ne traggono poggiano su basi poco solide, ancorchè dallo studio clinico la diagnosi appaia più che probabile, quasi certa.

*
*
*

L'esame di questi casi, che io ho cercato di studiare il più accuratamente possibile, dimostra in modo evidente quanto segue:

1. *Nell'ulcera duodenale, pur essendo rarissimo un reperto radiologico assolutamente negativo, non esiste alcun dato radiologico costantemente presente.*

2. *Tutta la sindrome radiologica dell'ulcera duodenale, ancorchè presa al completo, non basta di per sé a dare un assoluto fondamento diagnostico, necessitando sempre di punti d'appoggio anamnestici e di altre indagini positive.*

1. Abbiamo visto infatti come delle modificazioni a carico del duodeno, la constatazione del *bulbo persistentemente iniettato* mancava in tre casi, mentre in altri tre, pure essendo costantemente visibile, non appariva affatto dilatato; due volte poi il duodeno non era per nulla rilevabile allo schermo. Il *dolore alla pressione* era ancor meno frequente: cinque volte in quattordici osservazioni.

Delle modificazioni morfologiche dello stomaco, la *ptosi* è quella che ho più spesso notato (otto volte), ma di queste, in due casi deve essere riferita alla grave ectasia concomitante. L'*ectasia* pure è reperto comune, se modica; mentre una forte dilatazione è eventualità rara a riscontrarsi, anzi può addirittura ritenersi come inesistente nell'ulcera duodenale semplice. Una grave ectasia è sempre indice di una complicazione e cioè, o di una stenosi duodenale eccessivamente serrata o di una estensione del processo ulceroso al piloro, con stenosi di quest'ultimo; abbiamo veduto di ciò due casi tipici, il III, in cui esisteva una stenosi gravissima della prima porzione del duodeno, ed il IV, nel quale l'ulcera era estesa al piloro e ne aveva fortemente ristretto il lume. Non infrequente è la *dilatazione della sola porzione prepilorica* che appare allora non solo dilatata, ma anche spostata verso destra: due volte questa modificazione è stata da noi vista in modo evidente. La *fissazione del piloro* è certamente fatto nè costante nè specifico e non ha altro valore che quello di

attestare la presenza di aderenze sia periduodenali, sia però anche peripiloriche o perigastriche: nei due casi (II e IX) in cui la pilorofissazione era evidente, l'intervento operatorio dimostrò appunto l'esistenza di aderenze periduodenali. La *formazione a clessidra* ha, dal punto di vista diagnostico, scarsa importanza, chè anzi non raramente può condurre ad errori di diagnosi; e di ciò mi piace riportare qui un esempio.

CASO XV. — P... A..., anni 30, donna di casa. Gennaio 1914 (IV Padiglione diretto dal prof. Gualdi).

Da qualche anno sofferenze gastriche: bruciore all'epigastrio, che insorgeva 2 ore circa dopo il pasto, e veniva calmato dal vomito provocato dall'inferma e talvolta dall'uso di alcalini. Non *hunger pain* nè dolori notturni. Non si nota una netta periodicità nelle sofferenze. Nel novembre 1911 improvviso deliquio con perdita di feci: queste erano picce. Dopo pochi giorni nuovo deliquio e nuova melena. Da allora disturbi consecutivi allo stato anemico.

Esame obbiettivo negativo per ciò che riguarda il tubo digerente.

Anemia a tipo secondario: globuli rossi 2,000,000 con valore globulare = 0.35.

Esame del succo gastrico normale.

Feci: prova di Weber +++.

Esame radiologico: limite inferiore dello stomaco all'ombellicale trasversa; spasmo mesogastrico persistente, non dolore alla pressione nè alcuna modificazione alla piccola curvatura a livello dello spasmo; ambedue le saccocce si vuotano bene; leggera ipotonia, peristalsi normale; bulbo del duodeno bene visibile, non dilatato, ma nettamente dolente alla pressione; vuotamento in 4 ore circa.

Mi nacque forse il preconetto clinico della diagnosi di ulcera duodenale, verso cui mi avevano indirizzato le melene sofferte dall'inferma ed il dolore tardivo, quantunque mancasse il dolore di fame e soprattutto la periodicità del dolore, fatto importante dato il lungo tempo dal quale datavano le sofferenze della malata. Nell'esame radiologico, il comportamento della motilità gastrica doveva far sospettare la presenza od almeno la concomitanza di un'ulcera gastrica, mentre invece il dolore netto in corrispondenza del bulbo duodenale indirizzava piuttosto verso la possibilità di un'ulcera duodenale. Il reperto operatorio (prof. R. Bastianelli) fu di una ulcera della piccola curvatura completamente cicatrizzata; in sua vicinanza esisteva anche una piccolissima ulcera in atto ed una erosione della mucosa; il duodeno era normale.

Quanto alle *modificazioni motorie dello stomaco*, esse sono certamente le più costanti, tanto che si potrebbe affermare che, almeno nei primi periodi della malattia, il tono e la peristalsi sono di regola costantemente esagerati. Solo tardivamente intervengono fatti di stanchezza, che si rendono evidenti con un'azione peristaltica dapprima irregolare ed aritmica, poi anche con difetti di profondità, ed infine coll'assenza quasi completa di onde. I disturbi del tono apparirebbero dall'esame dei miei casi meno costanti di quelli della peristalsi, ma evidentemente ciò si deve al loro più difficile apprezzamento pratico. Eccezionalmente però, possono anche completamente mancare i disturbi della motilità (vedi caso XII).

2. Se nessun sintomo radiologico, preso a sè, appare costante nell'ulcera duodenale, essi, anche presi nel loro insieme, non hanno valore specifico. Sorvolando sulle modificazioni del duodeno, così comuni anche all'infuori dell'ulcera duodenale e sulle modificazioni morfologiche dello stomaco che non hanno in loro nulla di ca-

ratteristico, ciò su cui maggiormente si è insistito per il valore diagnostico è l'anormale funzionalità gastrica. Ma anche questa anomala funzionalità motoria dello stomaco, pur essendo più frequente e più netta nell'ulcera duodenale, non è di questa affatto specifica. Le osservazioni, oggi così numerose, dimostrano come, soprattutto negli attacchi di colica epatica e nella colecistite cronica, come pure in lesioni del pancreas, siano esse primitive o secondarie, il descritto comportamento anomalo dello stomaco è fatto molto comune.

Valgano di ciò due esempi.

CASO XVI. — D... L... A..., anni 57, macellaio. Maggio 1914 (VIII padiglione diretto dal prof. Carducci).

Da due anni soffre intermittentemente di tipici attacchi di calcolosi epatica. Entra all'ospedale durante uno di questi attacchi: dolori epigastriaci irradiantisi alla spalla destra, vomito, ittero da ritenzione, febbre intermittente. L'esame del succo gastrico dà iperacidità.

All'esame radiologico: ipertonìa, iperperistalsi, accelerazione del vuotamento (2.30 ore). Lo stomaco assume l'aspetto di segmentazione a grosse masse.

CASO XVII. — R... M..., anni 22, studente in medicina. Luglio 1914. (Osservazione personale).

Otto anni fa lievi disturbi gastrici, consistenti specialmente in frequenti e fastidiose eruttazioni acide, dopo l'ingestione di cibi, particolarmente se amilacei o zuccherini; passavano subito con un po' di bicarbonato di soda del quale l'infermo faceva spesso uso. Stette bene fino a due anni e mezzo fa, epoca in cui cominciò ad avvertire veri dolori all'ipicocondrio destro, senza particolari irradiazioni, dolori che si calmavano coll'uso del bicarbonato di soda e con ingestione di cibi; i dolori insorgevano 3-4 ore dopo il pasto, mai a stomaco vuoto. Nausee, inappetenza, mai vomito; sembra che una volta abbia avuto feci nere. Racconta anche l'infermo che l'anno passato ha avuto lieve subiterno durato 3-4 giorni. In questi ultimi tempi i disturbi si sono accentuati. Nell'agosto entra al IV padiglione per le ricerche del caso.

Nulla di importante si riscontra all'esame obiettivo, tranne un punto dolente alla pressione, a livello dell'arcata costale, un dito all'interno del muscolo retto.

All'esame del succo gastrico notevole ipercloridria.

L'esame del sangue nelle feci è stato ripetutamente negativo.

Esame radiologico: limite inferiore dello stomaco poco sopra l'ombellicale trasversa; destroposizione della regione prepilorica, che è inoltre dilatata ed arrotondata; ipertonìa; peristalsi vivacissima (sia del corpo che dell'antro), per ritmo e profondità di onda, specie in corrispondenza della piccola curvatura; evidente seghettatura del margine della grande curvatura, in alto; non zona di ipersecrezione; l'esame del duodeno è vario, a seconda della tecnica d'esame. Colla semplice visione allo schermo, senza alterare affatto i rapporti del duodeno stesso, questo rimane completamente ricoperto dalla sezione prepilorica arrotondata e dilatata. Scostando invece questa porzione e liberando così il duodeno, si nota come il piloro sia perfettamente permeabile e mentre il bulbo duodenale appare dilatato e costante e ricoperto da una piccola bolla di gas, la seconda porzione del duodeno si presenta alquanto ristretta ed irregolare. Si procede in altro giorno al riempimento diretto colla sonda duodenale. Il riempimento riesce con tutta facilità e nei due esami praticati in due differenti sedute, si ottiene l'immagine del duodeno descritta ed in modo più netto: si fissa su lastra (vedi fig. 12); esiste un punto dolente alla pressione, netto, ben circoscritto, costante, all'infuori dello stomaco e del duodeno, un dito circa a destra della linea mediana e due dita sotto l'arcata costale; lieve dolenzia sulla regione di pilorica. Vuotamento: dopo un'ora si ritrovano nello stomaco solo tracce di bismuto, tracce scomparse completamente dopo due ore: a dare un'idea della rapidità del vuotamento, basta ricordare come la sonda duodenale,

dopo poco più di un'ora, ha già di tanto oltrepassato il piloro, che occorre ritirarla 35 centimetri perchè la sua estremità giunga al bulbo del duodeno.

Nel caso XVI la storia clinica del malato e l'esame obbiettivo non richiedevano certo ulteriori conferme per la diagnosi, ma è interessante notare come l'esame radiologico in nulla si differenzii, rispetto alla funzionalità motoria dello stomaco, da quello classico dell'ulcera duodenale.

Ben più importante appare il caso XVII, nel quale, dubbia l'anamnesi, negativo l'esame obbiettivo, più volte negativa la prova delle emorragie occulte, la diagnosi, malgrado ripetute ed accurate indagini radiologiche, non trova in queste alcun dato preciso che parli nettamente per una lesione organica, e nel caso a favore

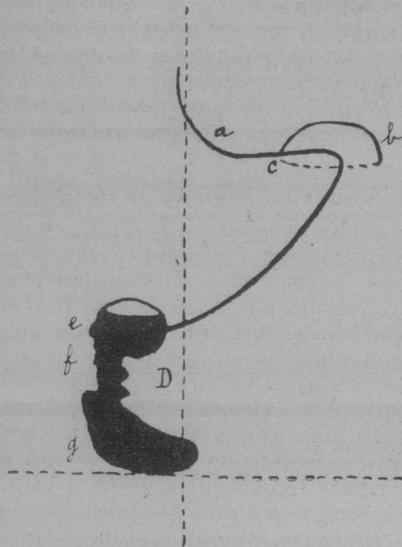


Fig. 12. — Riempimento diretto del duodeno colla sonda di David. *a*: sonda, attraversata dal mezzo di contrasto; *b*, bolla d'aria; *c*, cardias; *d*, duodeno; *e*, bulbo dilatato e sormontato da piccoli bolla d'aria; *f*, porzione discendente, ristretta, nella quale sono visibili le scanalature delle valvole di Kerking; *g*, porzione trasversale inferiore.

dell'esistenza di un'ulcera duodenale che non piuttosto di una colecistite cronica. Esiste, è vero, una deformazione della normale immagine duodenale, ma essa non appare molto netta, ed esiste inoltre un punto dolente all'infuori del duodeno ed in corrispondenza all'incirca del punto cistico; l'ipertonìa e l'iperperistalsi parlano ugualmente tanto per una semplice forma funzionale, quanto per una forma organica (ulcera duodenale o colecistite cronica?). Io credo però che dal complesso dei sintomi si sia autorizzati a sospettare in questo caso l'esistenza di una periduo-denite, la cui causa non è certamente precisabile (1).

(1) L'infermo è stato recentemente sottoposto a laparatomia esplorativa (prof. R. Bastianelli). Non venne riscontrata alcuna lesione a carico del duodeno nè della cistifellea, ma solo una lesione cronica dell'appendice. Questo ammonisce sempre più come occorra, quando la sindrome dell'ulcera duodenale si presenti poco netta od incompleta, la massima prudenza, se non si vuole andare incontro a troppo frequenti delusioni.

Del resto che in tali evenienze possa la diagnosi rimanere in dubbio è cosa confermata dai migliori autori; e, per citare fra i più recenti, Ewald, Kraus, Bier, Schlesinger ritengono che non solo per il reperto radiologico, ma anche per tutto il complesso clinico, la diagnosi possa, in taluni casi, rimanere presso che impossibile.

Oltre che nelle affezioni della cistifellea, delle vie biliari, e del pancreas si può avere una esagerata motilità gastrica anche nell'appendicite cronica, nella nefrolitiasi, in malattie dell'apparato genitale femminile.

Un altro gruppo anch'esso importante, nel quale analoghe modificazioni radiologiche sono manifeste, è dato dalle achilie gastriche, sia primitive che secondarie a tumori iniziali della regione pilorica.

Ricorderò qui due casi evidenti.

CASO XVIII. — C... A..., anni 68, possidente. Aprile 1914 (Pad. VIII diretto dal prof. Carducci).

Dall'agosto 1913 dolori epigastrici tardivi (2-3 ore dopo i pasti) gravativi, molto intensi, della durata di circa tre ore. Coll'ingestione di cibi il dolore si attenuava. Nel settembre fece cura a Montecatini ed in seguito stette bene. In tale epoca venne constatata ipercloridria. Nel febbraio di quest'anno fu ripreso nuovamente dai dolori sotto la stessa forma.

Nulla all'esame obbiettivo di notevole.

Esame del succo gastrico: HCl libero, assente; acido lattico assente; acidità totale in HCl: 0.40 ‰.

Esame radioscopico: stomaco a sifone; limite inferiore all'ombellicale; bolla d'aria normale; tono normale; peristalsi: onde frequenti che insorgono in alto, si approfondano notevolmente; formazione antrale normale, piloro bene funzionante, nettamente visibile; non esiste alcun difetto di riempimento; spostabilità normale; bulbo duodenale bene visibile, senza alterazioni di sorta; non punti dolenti. Vuotamento: dopo 1.30 ore, più della metà del Bi. è già nel tenue; dopo 3 ore lo stomaco è completamente vuoto.

Con questo esame radiologico e coll'anamnesi brevemente riferita, la diagnosi si sarebbe potuta indirizzare verso la possibilità di un'ulcera duodenale; senonchè l'esame del succo gastrico faceva, per quanto non in modo assoluto, scartare questo concetto. Non ci fu controllo operatorio, ma ad ogni modo io credo che il quadro radiologico sia qui dato dalla achilia; che questa achilia sia poi secondaria ad un eventuale neoplasma è contraddetto dall'assenza di qualunque modificazione morfologica, quantunque le sofferenze dell'infermo rimontino ormai a circa un anno.

Il caso seguente è ancora più tipico.

CASO XIX. — D... A..., anni 53, donna di casa. Gennaio 1913 (osservazione personale).

Sofferente da più di un anno con disturbi gastrici vaghi: senso di peso dopo i pasti, inappetenza, talora vera ripugnanza ai cibi. Notevole dimagrimento. L'inferma ha abusato di bevande alcooliche. Da un sanitario le fu diagnosticato epiteloma gastrico.

Obbiettivamente non si palpa nulla, nè esistono punti dolenti.

L'esame del succo gastrico dimostra uno stato achilico in alto grado.

La ricerca del sangue nelle feci è negativa.

L'esame radiologico mi diede, oltre all'assenza di ogni deformità morfologica, un tono ed una peristalsi esagerati, ma più di ogni altra cosa uno stato notevolmente beante del piloro; non punti dolenti; vuotamento accelerato.

In base a questi esami esclusi con grande probabilità l'esistenza di un tumore gastrico e di una lesione duodenale, e riferii tutto ad una gastrite cronica. Attualmente, dopo circa 3 anni dall'inizio della malattia, in seguito a semplice cura sintomatica e ad acconcio regime dietetico, la malata è in buone condizioni di salute e non presenta nulla di anormale.

Casi consimili sono tutt'altro che rari e dimostrano come scarsamente si differenzino, dal punto di vista radiologico, dall'ulcera duodenale, e come spesso si debba la diagnosi esatta alla storia del malato, all'esame chimico, alla ricerca delle emorragie occulte.

L'ipercloridria semplice da nevrosi gastrica mentisce ancora meglio la sindrome motoria dell'ulcera duodenale e se ne comprende la ragione. L'anamnesi può inoltre essere qui molto suggestiva ed in taluni casi non resta a dirimere il dubbio che l'esame del sangue nelle feci. La considerazione della rarità colla quale si verificano semplici ipercloridrie di origine nervosa non basta naturalmente ad impedire l'errore nei rari casi appunto, nei quali l'ipercloridria non ha per substrato una lesione organica. Riporto un caso di un errore di diagnosi da me commesso in questo senso.

CASO XX. — P... V..., anni 28, contadino. Novembre 1913 (osservazione personale).

Da 8 anni dolori epigastrici di media intensità, circa tre ore dopo i pasti; spesso dolori notturni. Coll'ingestione di cibi il dolore passava completamente. Molesta sensazione di acido. Mai vomito. Durante l'estate l'infermo asseriva di sentirsi bene. Da 14 mesi i dolori erano più intensi e si irradiavano al dorso, si attenuavano flettendo il corpo in avanti; anche la sensazione di acido era aumentata. Mai ematemesi nè melena. Da un anno dieta liquida e lavande gastriche quotidiane, con scarso giovamento.

All'esame obiettivo nulla d'importante; esisteva un punto dolente alla metà della linea xifoombellicale.

L'esame del succo gastrico dava ipercloridria.

Esame del sangue nelle feci negativo.

Esame radioscopico: stomaco allungato; tono normale; la peristalsi, notevolmente esagerata all'inizio, cede in seguito, sicchè una lastra eseguita mezz'ora circa dopo, mostra delle onde poco approfondite, quasi pianeggianti; il piloro è bene visibile; il bulbo duodenale appare di forma normale, ma persistente; lieve dolenzia vi risveglia la pressione; sulla lastra appare una sedimentazione del mezzo di contrasto non solo nello stomaco, ma anche incorrispondenza del bulbo duodenale; vuotamento completo in meno di tre ore.

Operazione: 2 dicembre 1913. (prof. R. Bastianelli). L'esplorazione è assolutamente negativa. A tre dita sopra il piloro si vede un anello spastico che stringe la porzione pilorica in modo da sembrare il piloro, se questo non fosse bene riconoscibile per la vena pilorica. Ingrandita la ferita, si estrae il cieco con difficoltà e si trova un inginocchiamento dell'ultimo tratto dell'ileo e dall'appendice; l'inginocchiamento è costituito da una larga membrana dura; tagliata questa, l'ultimo tratto dell'ileo si rende libero e fuoriesce dalla ferita. Appendicectomia.

Riveduto l'infermo dopo tre mesi: i disturbi sono inalterati.

Poco netta in tal caso la storia clinica; negativa la ricerca per le emorragie occulte; ma nemmeno l'esame radiologico apportò alcuna luce e la diagnosi rimase ugualmente incerta tra ipercloridria nervosa ed ulcera duodenale.

Questa rapida rassegna dimostra come la sintomatologia radiologica dell'ul-

cera duodenale presenta singolari rassomiglianze, e talora appare anzi del tutto eguale, con quella di svariate lesioni sia dello stomaco, come di altri organi a questo, funzionalmente, più o meno legati. In tali casi, che pure sarebbero i più importanti dal punto di vista diagnostico, la radiologia, bisogna confessare, poco o nulla generalmente soccorre.

* * *

Ma dove la radiologia assume, secondo il mio modo di vedere, massima importanza, è, come già ho accennato al principio, nel contributo che essa ha apportato nello studio dei vari sintomi, correggendone talora l'errata interpretazione e dando ad essi un più giusto valore. Basti ricordare il sintoma più saliente dell'ulcera duodenale: il dolore. Orbene, una delle spiegazioni più classiche e più comuni del dolore dell'ulcera, tanto gastrica che duodenale, si riportava all'effetto prodotto dal passaggio del cibo o del chimo acido sulla superficie ulcerata della mucosa. Si dovette alla ricerca radiologica se si potè costatare *de visu* la falsità di tale interpretazione, notando al contrario come precisamente sul finire, o subito dopo il vuotamento, interveniva nei malati di ulcera duodenale il dolore, e ciò in coincidenza con uno stato repentino di occlusione pilorica, ed a questo forse esclusivamente legato. Così pure, il comportamento nell'ulcera duodenale del tono e della peristalsi, e l'esatta conoscenza di spasmi gastrici riflessi, e le modificazioni morfologiche dello stomaco sono tutti un portato recente di numerose ricerche radiologiche, che confermarono coll'osservazione diretta ciò che fino allora era stato solo intuizione di pochi, e corressero e modificarono quello che da molti erroneamente era ritenuto.

Ma l'osservazione radiologica mostrò inoltre in modo chiaro come alcune modificazione di natura funzionale fossero comuni, oltre che all'ulcera duodenale, a varie lesioni gastriche ed a lesioni di altri organi, quali principalmente la cistifellea ed il pancreas. Questo singolare, analogo comportamento fa logicamente supporre che vi sia un fondamento fisiopatologico comune a lesioni che si presentano pure così diverse; e la ricerca di questo nesso comune mi sembra che debba essere di grande importanza, in quanto potrebbe permettere una più esatta concezione dei vari sintomi ed una loro più netta valutazione ai fini diagnostici.

È questo il problema che io mi sono proposto di esaminare, in modo anche da poter spiegare molti fatti strani, se non addirittura paradossali, che si notano nell'ulcera duodenale. Debbo però premettere che tale ricerca non rappresenta ancora che un semplice tentativo, il quale abbisogna della conferma di numerose osservazioni e del controllo di ricerche sperimentali.

In questo tentativo io sono stato preceduto da un recente lavoro di Schlesinger, il quale, partendo anch'egli dallo studio radiologico dell'ulcera duodenale cercò di accordare, in maniera talora veramente ingegnosa, le contraddizioni che si oppongono ad una disamina accurata dei vari sintomi. L'ipotesi di Schlesinger a me sembra però troppo incompleta ed unilaterale, nè mi pare che possa rendere ragione di tutto, specialmente del fatto più importante dell'ulcera duodenale: l'occlusione tardiva del piloro e quindi il dolore.

L'idea dominante nel lavoro di Schlesinger è la seguente: la sintomatologia

dell'ulcera, duodenale è in rapporto con una nevrosi riflessa, nel senso di un'eccitamento. I casi nei quali si riscontra radiologicamente una ipoperistalsi sono dovuti o ad ipersecrezione (forma ipersecretiva di Westfall e Katsch), ed in tal caso l'ipoperistalsi è apparente, od a gravi ectasie da stenosi, ed in tale evenienza ciò dipende dal fatto che la muscolatura gastrica non risponde agli stimoli riflessi determinati dall'ulcera perchè già in grave modo alterata. Ugualmente si può avere ipotonia in casi nei quali tale disturbo preesisteva od in casi di stomaci fortemente ectasici. L'occlusione del piloro è inoltre da Schlesinger messa in rapporto, non già con uno spasmo di questo, ma con un semplice stato ipertonico; ed egli spiega il rapido vuotamento iniziale, non con una insufficienza del piloro, ma con fatti anatomici per lo più esistenti (infiltrazioni, aderenze, ecc.) e con una aumentata contrazione delle fibre longitudinali che provocherebbe uno stato esageratamente beante del piloro, per quanto, secondo lui, il semplice fatto dell'aumentata peristalsi basterebbe, a piloro integro, a spiegare il più rapido vuotamento dello stomaco. Infine egli mette in relazione anche le alterazioni anatomiche, che spesso si osservano nello stomaco, colle modificazioni funzionali, ed in special modo la posizione destra ed alta della regione pilorica egli considera come dovuta ad una propulsione di tutta la regione stessa e non a trazione di essa per fatti esterni.

Io non voglio discutere quest'ultimo fatto perchè mancano finora osservazioni, le quali permettano di accettare l'opinione di Schlesinger, respingendo l'idea più comune che considera invece tali modificazioni morfologiche come l'esponente di fatti flogistici periduodenali o di aderenze cistoduodenali; ricorderò solo, in contrapposto a Schlesinger, come Schmieden ammetta al contrario che la destroposizione pilorica, come anche la gastroptosi, determinando uno stiramento od un inginocchiamento della prima porzione del duodeno, favoriscano il ristagno del chimo acido in esso e secondariamente la produzione di ulcerazioni in individui che vi siano predisposti. Per quanto ambedue seducenti, altrettanto eccessive a me paiono queste spiegazioni, ed io credo che, alla destroposizione particolarmente, debba darsi il significato più modesto di essere essa, almeno per lo più, la conseguenza di aderenze formatesi, come non raramente, fra duodeno ed organi vicini, specie fegato e cistifellea.

Parimenti, per quanto non sembri ingiusta la maggior prudenza colla quale Schlesinger vorrebbe che si parlasse di pilorospasmo, al quale oggi, forse troppo corrvamente, si riferiscono tante cose, non mi pare che si possa con certezza escluderlo basandosi solo sul fatto che con esso si renderebbe impossibile l'apertura ulteriore del piloro. Il legare il concetto di spasmo ad una condizione di invincibilità assoluta di esso, sia pure temporanea, è cosa troppo eccessiva, specie se si considerino spasmi analoghi di altri sfinteri o di altri muscoli lisci; il concetto di spasmo, nel senso di Schlesinger, si adatta meglio a quello che noi siamo abituati a considerare come contrattura, ed in questo senso egli certamente ha ragione. Ad ogni modo, per non pregiudicare la questione, si può per ora parlare genericamente di una occlusione pilorica repentina e prolungata che arresta per un tempo più o meno lungo il vuotamento dello stomaco.

Ma dove assolutamente la spiegazione dello Schlesinger non mi sembra dia

una ragione di ciò che si osserva, è nell'interpretazione di questa occlusione, la quale d'altro canto costituisce il punto forse più importante della sintomatologia dell'ulcera duodenale. Schlesinger, infatti, preoccupandosi di accordare il suo concetto della nevrosi di eccitazione coi diversi fatti che si osservano nell'esame radiologico di questi malati, tenta di spiegare tanto il perchè il piloro possa trovarsi (come in primo tempo) più beante del normale, quando il perchè esso possa (come in secondo tempo) occludersi, per il subentrare dello stato ipertonico che egli ammette. Ma questa successione, questo contrasto di comportamento così caratteristico e paradossale, ed anche così costante, per il quale, quasi senza eccezione, l'occlusione pilorica e quindi il dolore intervengono sempre solo alla fine o subito dopo il vuotamento e sul quale abbastanza spesso ha benefica influenza l'introduzione di quantità anche piccole di cibo, egli non mette in rilievo, nè tanto meno spiega; e non ci dice i motivi per i quali in primo tempo dovrebbe esservi quasi un predominio nella contrazione delle fibre longitudinali e quindi uno stato di apertura del piloro, mentre più tardivamente la contrazione delle fibre circolari e quindi l'occlusione del piloro avrebbero il sopravvento.

L'idea di una nevrosi, in senso lato, non è nuova ed è stata già ammessa da altri, fra cui Lichtembeld, Rössle e specialmente v. Bergmann, Westfall e Katsch. Considerano infatti questi ultimi la sintomatologia dell'ulcera duodenale come dipendente da un'alterata innervazione dello stomaco e inoltre da disturbi anche nel campo del sistema nervoso vegetativo. Ma per essi il concetto di nevrosi è un concetto primitivo rispetto all'ulcera duodenale e v. Bergmann fa risalire a degli stati spastici ed a modificazioni circolatorie secondarie la patogenesi dell'ulcera. Non mi addentrerò in questo argomento, chè troppo mi porterebbe lontano; farò solo rilevare come oggi dai più si ritenga la patogenesi dell'ulcera duodenale come di natura embolica, mentre l'origine nervosa di essa è considerata come evenienza più rara ed eccezionale. Ed io credo qui con Schlesinger, che la nevrosi debba essere interpretata, nella maggior parte dei casi almeno, come un fatto secondario alla presenza dell'ulcera e non già come un fatto primitivo, come un elemento patogenetico di primaria importanza.

Ma le difficoltà ed il disaccordo, se non addirittura il confusionismo, che regnan nell'interpretazione al riguardo, sono in assoluta dipendenza colle deficienze notevoli che si hanno tutt'ora nel campo della fisiologia gastrica, deficienze che appaiono appunto maggiormente manifeste quando si cerchi di farsi una ragione dei fenomeni che si osservano nello studio del malato; si sente allora quanto a noi manchi di positivo ed accertato anche nella conoscenza della funzione dello stomaco meglio apprezzabile, in quella motoria; si intuiscono, ma non si rilevano certo con sicurezza, i molteplici anelli di congiunzione che debbono coordinare la funzione motoria alla chimica e si sente sempre più il bisogno di dati certi che valgano a rischiarare una fisiologia ancora così poco e male conosciuta. È indiscutibile che la radiologia abbia portato in questo campo nuova luce ed abbia fornito una base non disprezzabile di conoscenze, permettendoci essa di apprezzare *de visu* il comportamento, almeno il più grossolano, dell'onda peristaltica ed il normale funzionamento del piloro.

Credo utile premettere schematicamente, riguardo specialmente alla funzione

del piloro, che costituirebbe per me uno dei cardini della sintomatologia subiettiva dell'ulcera duodenale, i dati di fisiologia principali e meglio accertati.

La funzione motoria dello stomaco, come del resto anche la funzione secretoria, sono funzioni certamente autonome, e ciò risulta, fra le altre, dalle belle ricerche di Hofmeister, Schütz, Openchowski, Cannon, Edkins, Bylina ecc. Così pure la funzione pilorica è stato dimostrato (vedi i lavori di Pawlow e quelli di Kirschner e Mangold) essere anch'essa funzione autonoma, capace di esercitarsi in modo completo anche se del tutto sottratta alle influenze del sistema nervoso cerebrospinale: i gruppi gangliari del plesso di Auerbach e di Meissner e quelli messi in evidenza dall'Openchowski rappresentano forse i centri automatici. Certamente però queste funzioni sono fra loro strettamente ed in modo perfetto poste in armonia mediante un delicato ed ancora oscuro apparecchio di coordinazione alle dipendenze del vago e del simpatico. Per quello che si conosce, il vago contiene, rispetto al piloro, fibre in gran prevalenza costrittrici, il cui centro cerebrale principale sarebbe nelle eminenze quadrigemini posteriori, mentre il simpatico sarebbe prevalentemente dilatatore, con centro bulbare (come dalle classiche ricerche di Openchowski ed Elliot). In questa loro funzione il simpatico, almeno quando sia artificialmente eccitato, si dimostra più prontamente esauribile (Oser, R. Bastianelli). Gli stimoli che normalmente agiscono sul ritmo pilorico si esercitano sulla prima porzione del duodeno e sono principalmente di natura chimica (chemoriflesso di Pawlow), in parte anche di natura meccanica.

Nell'ulcera duodenale è ovvio ammettere uno anormale stimolo meccanico, permanente, che l'ulcera stessa provoca sul duodeno e che verrà notevolmente aumentata dal passaggio del chimo acido sulla superficie ulcerata della mucosa. Ma l'ulcera, tanto per via riflessa, quanto direttamente per ragioni di vicinanza, specialmente col pancreas, può provocare anche un aumento della secrezione duodeno-pancreatica con conseguente aumento della normale alcalinità duodenale. Tale evenienza venne da molti ammessa, per primo da Dietlen, più recentemente da Kreuzfuchs e da Glaessner, ed è confermata dall'osservazione di molti casi clinici. Mancano però in proposito ricerche dirette di controllo.

Se noi ammettiamo, pur col prudente riserbo di ulteriori conferme, l'esistenza di questa ipersecrezione pancreatico-duodenale, noi potremo immaginare il meccanismo pilorico come segue: in un primo tempo, per l'abnorme stimolo meccanico che si esercita principalmente sul vago, si dovrebbe avere, oltre che ipertonìa, iperperistalsi, iperacidità ed ipersecrezione, anche occlusione del piloro; mentre, per gli aumentati stimoli chimici sul duodeno ed anche per gli abnormi eccitamenti che si esercitano sul simpatico, si tenderebbe ad avere una più marcata apertura del piloro stesso. Nel complesso, *per ciò che riguarda il piloro, si avrebbe una specie di meccanismo di compenso*, che ne favorisce il normale anzi il più intenso funzionamento, in quanto abnormi stimoli antagonistici, controbilanciandosi, si alternano volta a volta: vago da una parte, iperalcalinità duodenale e simpatico dall'altra.

In un periodo tardivo il compenso si rompe per un complesso di fattori, fra i quali, più facilmente apprezzabili mi sembrano i seguenti:

- a) forte irritazione del vago, per sommazione di stimoli ripetuti;
- b) stanchezza del simpatico, data la sua più facile esauribilità;
- c) riduzione dell'alcalinità duodenale al disotto della norma per la cessazione della secrezione pancreatico-duodenale e dell'escrezione biliare, alla fine del vuotamento gastrico (1).

È quest'ultimo il fatto più notevole ed è quello che imprime la caratteristica alla sintomatologia dell'ulcera duodenale, in quanto ci rende ragione della tardività dell'oclusione pilorica e quindi del dolore con essa coincidente.

Se nel momento, nel quale avviene l'oclusione del piloro, lo stomaco non si è ancora completamente vuotato, permarranno naturalmente quei piccoli avanzi del pasto, di cui espressione radiologica saranno i famosi residui delle 6 ore, sulla cui importanza Ewald giustamente lamenta come i radiologi ancora non si siano accordati. *Questi residui non hanno infatti che un valore puramente fortuito* e la loro presenza non ha nulla di caratteristico, giacchè essi non stanno ad indicare altro se non che l'oclusione pilorica è intervenuta, contrariamente a quello che certamente è la regola, non a stomaco appena vuoto, ma un po' prima. Essi però, quando esistono, sono sempre minimi, a meno che naturalmente non concomiti una grave stenosi organica. Conseguenza pratica di ciò è che *il momento nel quale compare il dolore nell'ulcera duodenale rappresenta sempre il momento nel quale lo stomaco termina o quasi di vuotarsi; e la varietà quindi dei tempi di comparsa di esso (1,30-4 ore) non denota altro che la varietà dei tempi di vuotamento; quanto più il dolore è precoce, tanto più il vuotamento è rapido, tanto più la motilità esagerata.*

In complesso il quadro radiologico dell'ulcera duodenale, al quale fa esatto riscontro in gran parte la sindrome clinica, verrebbe ad avere il suo substrato in una sindrome d'eccitamento meccanico-chimico, i cui esponenti sarebbero: aumento del tono, aumento della peristalsi, aumento della secrezione e dell'acidità del succo gastrico ed il peculiare comportamento del piloro che darebbe luogo al caratteristico dolore. Anche il vomito, a cui in genere si dà il valore di sintoma legato a stenosi, solo raramente è con questa in rapporto, ma deve riferirsi invece anche esso a disordini nel campo del vago. Già di ciò si è parlato a proposito dei casi II, III, IV, e V e non è il caso di ripetermi.

Un sintoma frequente che val la pena di discutere un momento, ed al quale è stata data, specie all'inizio, dagli Inglesi e dagli Americani, grande importanza, è la scomparsa o l'attenuazione del dolore coll'ingestione di cibi o di varie altre sostanze. Una osservazione antica, ma che è rimasta classica, è quella fatta da Chwostek nel 1883 in un malato di ulcera duodenale, nel quale l'ingestione di un po' di vino faceva istantaneamente cessare il dolore. Dato il concetto allora dominante che il dolore fosse in rapporto col passaggio del chimo acido sulla superficie ulcerosa, Chwostek interpretava il fatto come dovuto ad uno spasmo pilorico che,

(1) Si sa infatti come la secrezione duodenale cessa col cessare del vuotamento gastrico. Anche per la bile, la cui secrezione è invece continua, avviene un fatto analogo, messo bene in luce dalle ricerche classiche dell'Oddi in rapporto allo sfintere del coledoco, e confermato dal Bruno, il quale dimostrò come il deflusso biliare nell'intestino si arresti dopo il vuotamento dello stomaco.

chiudendo lo stomaco, impedisse il passaggio del chimo ed abolisse quindi la causa del dolore. A questa osservazione tennero dietro altre più recenti, che mostravano talora il fatto apparentemente paradossale della scomparsa del dolore in malati di ulcera duodenale coll'ingestione di soluzioni di acido cloridrico. Lo stesso fatto constatò Conheim negli animali, ottenendo la cessazione dello spasmo pilorico usando soluzioni di acido cloridrico. L'osservazione di Chwostek ha trovato quindi ampia conferma; ma l'interpretazione è oggi completamente capovolta. Secondo Kreuzfuchs e Glaessner, infatti, l'acido cloridrico introdotto nello stomaco, provocherebbe una ipersecrezione pancreatico-duodenale, che avrebbe per effetto ultimo la risoluzione dello spasmo pilorico. Kreuzfuchs e Glaessner aggiungono però che ciò si verifica solo nei casi nei quali esiste una lesione del pancreas, condizione del resto questa frequente a verificarsi nell'ulcera duodenale; ed anzi su ciò essi basano un criterio di diagnosi differenziale fra ulcera gastrica e duodenale, a seconda che una soluzione di HCl (100 gr. al 0.5 %) dopo l'ingestione di un pasto al bismuto provochi oppure no una risoluzione dello spasmo pilorico; le eccezioni da essi notate nell'esame di 50 casi, vengono da loro riportate al fatto che in alcune ulcere duodenali mancavano lesioni del pancreas, mentre d'altra parte vi erano ulcere gastriche che presentavano aderenze col pancreas stesso. Bacher, prendendo in esame 8 casi di ulcere duodenali penetranti nel pancreas e nelle quali mancava lo spasmo pilorico, fa notare tale fatto come uno conferma all'idea emessa da Kreuzfuchs e Glaessner. Per i cibi deve avvenire la medesima cosa. Già Pilcher ammetteva che l'ingestione dei cibi provocasse una ipersecrezione pancreatico-biliare, con conseguente neutralizzazione del succo duodenale, ma concludeva che ciò allontanava il dolore, impedendo il passaggio di sostanze acide sull'ulcera. Che l'ingestione di nuovi cibi provochi in via riflessa una nuova secrezione pancreatica è cosa oramai sperimentalmente accertata ed è ovvio anche che tale secrezione sia maggiore quando il pancreas si trovi sotto uno stimolo irritativo permanente, qual'è quello esercitato da un'ulcera ad esso aderente od in esso penetrante. Tale ipersecrezione vincerà di nuovo, come già prima durante il vuotamento, l'azione antagonista del vago, ed il piloro tornerà a riaprirsi, liberando l'infermo dalle sue sofferenze. Più diretta, ma anche più transitoria, sarà l'azione degli alcalini, introdotti nello stomaco durante il periodo doloroso, giacchè essi agiranno direttamente modificando, sia pure transitoriamente, le condizioni del chimismo gastrico. L'atropina ha invece benefica azione, con un diverso meccanismo, influendo direttamente sul vago, del quale diminuisce l'irritazione. Forse direttamente sullo stinere deve agire la papaverina e questa può essere la ragione della sua maggiore efficacia. Come si vede, dunque, *la scomparsa del dolore, legata alla stessa causa, alla risoluzione cioè dell'occlusione pilorica, può verificarsi con un meccanismo del tutto differente*; e di questo credo che debba tenersi un certo conto nella terapia del dolore. Questa coincidenza tra allontanamento del dolore e allontanamento dell'occlusione del piloro è, come già fece notare v. Bergmann, in taluni casi perfettamente controllabile ad un esame radioscopico.

Il mio modo di interpretare la sintomatologia dell'ulcera duodenale dà anche ragione delle varietà di essa e dimostra come siano esagerati e gli eccessi diagno-

stici assiomatici degli anglo-americani e gli eccessi opposti. *Lo stato di floridità dell'ulcera, la sua durata, e soprattutto la sua sede, in particolar modo per i suoi rapporti col pancreas, spiegano tali varietà in maniera abbastanza chiara.* A ciò debbono forse aggiungere le speciali condizioni individuali del vago e del simpatico (vago-tonia, simpaticotonia?). Riguardo alla sede, non volendo qui entrare nella questione ancora non bene decisa se la vena pilorica costituisca realmente un punto anatomico di reperi costante rispetto al piloro, dobbiamo però riconoscere che dal punto di vista clinico, molte ulcere, che risiedono sul versante gastrico della vena pilorica ed in prossimità di questa, assumono il quadro classico dell'ulcera duodenale. Holzkecht e Haudek sostengono recentemente che è spesso impossibile, almeno dal punto di vista radiologico, fare una diagnosi differenziale tra ulcera duodenale ed ulcera gastrica che sia in immediata vicinanza del piloro, e ritengono più opportuno conservare a queste ulcere l'antico nome generico di parapiloriche. Ed è naturale che sia così, in quanto delle ulcere parapiloriche, siano esse anatomicamente gastriche o duodenali, possono, quando specialmente siano in immediata vicinanza del pancreas, presentare le condizioni sufficienti a che il meccanismo da me preso in esame, si abbia a verificare. Le condizioni di floridità dell'ulcera hanno, invece, minore importanza sulla varietà della sintomatologia: spesso la cicatrice residuale costituisce un fatto irritativo di notevole valore, e non sono rari i casi nei quali l'intervento praticato nell'acme del periodo doloroso dimostra un'ulcera completamente cicatrizzata; mentre, viceversa, spesso la presenza di sangue nelle feci prova esistere uno stato florido che la sintomatologia clinica non avrebbe fatto certamente sospettare: così come, relativamente di frequente, nei casi da me brevemente illustrati. Ma devesi anche considerare come un certo elemento a favore della supposizione che nel periodo doloroso sia più facile avere a che fare con una ulcera florida è quello che su una superficie ulcerata gli stimoli intermittenti costituiti dal passaggio del chimo debbono esercitarsi in modo certamente maggiore; mentre nel caso di un'ulcera cicatrizzata, lo stimolo sulle terminazioni nervose è più continuo e forse meno intenso (1). Le condizioni infine, che possono chiamarsi personali, nelle quali si trovano vago e simpatico, hanno senza dubbio la loro importanza, per quanto se ne sia voluto da alcuni troppo esagerare la portata. Nè vanno dimenticati quei casi, nei quali preesisteva una vera nevrosi nel campo del vago, anche non volendo ritenere essa stessa come la causa diretta dell'insorgere dell'ulcera.

* * *

Riportato a maggiore spazio di tempo, questo meccanismo di irritazione vagale con concomitante compenso chimico, bene si presterebbe ad interpretare anche la spiricata e, quasi in modo assoluto, costante periodicità degli attacchi dolorosi. C'è in

(1) Quanto si è detto fin qui sul dolore va riferito al classico dolore accessionale; poichè, naturalmente, per la produzione del dolore in genere dell'ulcera duodenale bisogna tener conto anche di altri fattori quali principalmente le fini alterazioni nevritiche che si hanno in corrispondenza della mucosa ulcerata, e le eventuali, non infrequenti lesioni periduodenali.

questa periodicità qualche cosa che ricorda la regolarità di ogni singolo attacco doloroso. È logico supporre come il meccanismo di compenso possa ogni tanto, sia a seguito di opportune cure dietetico-medicamentose, sia spontaneamente, prendere il sopravvento, evitando così l'insorgere dell'occlusione pilorica e quindi del dolore; mentre, dopo un periodo di tempo più o meno variabile, talvolta in rapporto con cause occasionali evidenti (raffreddamenti, errori dietetici), tal'altra, come più spesso, senza cause apparenti, il compenso si rompe e lo stato irritativo del vago riprende momentaneamente il predominio: l'ulcera invece, continua, indipendentemente da ciò, la sua evoluzione, e in alcuni casi è già completamente cicatrizzata.

* * *

Così inteso il quadro radiologico dell'ulcera duodenale, vediamo ora se e come esso può soccorrere nella diagnosi differenziale. Abbiamo già accennato alle ulcere gastriche parapiloriche ed abbiamo visto come la differenziazione con esse sia spesso impossibile. Nell'ulcera gastrica comune, invece, la diagnosi differenziale è più facile, quasi sempre possibile. L'elemento differenziale più importante è qui la precocità dell'occlusione pilorica, come fanno giustamente osservare Kreuzfuchs e Glaessner. In stretta dipendenza con questo è la mancanza nell'ulcera duodenale di gravi ectasie e di notevoli residui dopo le sei ore, a differenza dell'ulcera gastrica in cui ciò è possibile, anche quando l'ulcera risieda lontana dal piloro (Haudek). L'osservazione di sintomi diretti a carico del duodeno o a carico dello stomaco, quando siano presenti, toglierà naturalmente ogni dubbio.

Nelle *nevrosi gastriche*, specie se con ipercloridria, il quadro clinico può talora identificarsi con quello dell'ulcera duodenale. Radiologicamente però non si osservano in quella le modificazioni morfologiche che possono riscontrarsi nello stomaco, e specialmente nel duodeno, di malati affetti da ulcera duodenale; l'occlusione pilorica è meno costante e meno regolare nel suo insorgere.

Nell'*achilia* la rapidità del vuotamento che può grossolanamente mentire quello dell'ulcera, più che da aumentata peristalsi, è data dallo stato quasi beante, talora completamente insufficiente, del piloro; la formazione antrale è meno pronunziata, la chiusura del piloro poco evidente. Se l'achilia è secondaria a neoplasma, non di rado è possibile dare di ciò una dimostrazione radiologica.

Un gruppo importante per la d. d. è costituito da lesioni di altri organi: cistifellea, pancreas, appendice, rene, organi genitali femminili. Sono queste le affezioni che maggiormente, a volte in modo assoluto, mentiscono le modificazioni motorie che apporta nello stomaco l'ulcera duodenale. La *colecistite acuta* più difficilmente e solo nel periodo di acuzie; ma la *colecistite cronica*, specie se esistono aderenze duodeno-cistiche, riproduce perfettamente la radiologia dell'ulcera duodenale. È qui la regola una posizione destra ed alta del duodeno e della regione pilorica con fissità di queste parti; è la regola un tono ed una peristalsi aumentati, spesso presente anche il pilorospasmo tardivo. Come clinicamente, così radiologicamente, queste due affezioni, ed in ciò tutti gli AA. vanno d'accordo, non offrono frequentemente alcun elemento di differenziazione. Körte su 25 casi di ulcera duodenale

operati aveva fatto in 6 diagnosi di colecistite cronica. Kraus ricorda di avere diagnosticato per anni come colecistiti croniche dei casi di ulcera duodenale, in cui non mancava nemmeno l'ittero, e che da ultimo solo l'insorgenza di gravi melene fecero diagnosticare giustamente. Anche Moynihan è caduto nello stesso errore, e così tutti i migliori AA. confessano altrettanto. Schlesinger, nel citato lavoro, dice di non avere avuto mai dalla radiologia un criterio differenziale netto. La verità è che queste due affezioni, anatomicamente così differenti fra loro, offrono dal punto di vista della patogenesi dei sintomi, identiche circostanze: lo stato di irritazione vagale e lo stato d'irritazione secretoria. A questo, che dà come risultato un identico quadro radiologico (per ciò che riguarda le modificazioni motorie dello stomaco e del piloro), con conseguente uniformità di sintomatologia clinica, si deve aggiungere che per la frequente concomitanza di aderenze fra cistifellea, duodeno e spesso tutta la regione pilorica, anche le modificazioni morfologiche caratteristiche del duodeno e del piloro perdono ogni valore differenziale. Lo stesso dicasi per le *lesioni del pancreas*.

Nell'*appendicite* le somiglianze sono meno evidenti e la distinzione appare più facile; qui infatti non abbiamo che la sindrome vagale che si rende manifesta, mentre le condizioni secretorie mancano o sono poco rilevanti. Ancor meno confondibili, per quanto possano anch'esse dare alterazioni del tono e della peristalsi gastriche, sono le *affezioni del rene e degli organi genitali femminili*.

* * *

Abbiamo cominciato esaminando analiticamente i *sintomi radiologici* della ulcera duodenale; ora, concludendo, dovremo, *sinteticamente*, raggruppare il quadro radiologico come segue:

I. *Sintomi diretti*:

- a) nicchia duodenale;
- b) macchie residue.

II. *Sintomi indiretti, legati ad una speciale sindrome di eccitamento meccanico-chimica*:

- a) ipertonìa, spasmi mesogastrici, gastrospasmo totale;
- b) iperperistalsi;
- c) iperfunzionalità pilorica.

III. *Sintomi a patogenesi ancora dubbia*:

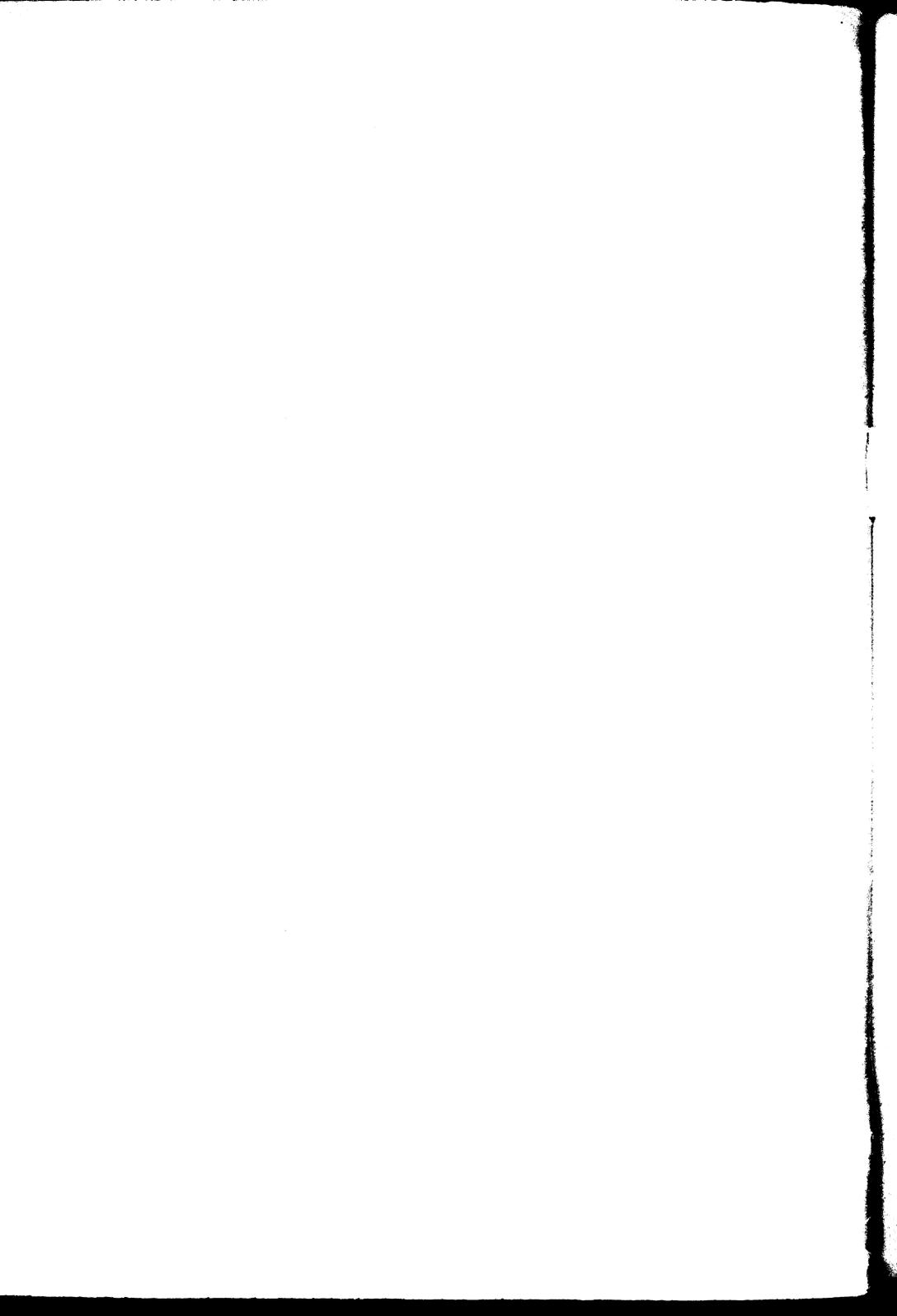
- a) gastropnosi;
- b) destroposizione.

In questa sintesi la radiologia ha avuto, secondo me, il suo merito principale; e tale sintesi ha somma importanza per stabilire, ai fini diagnostici, il valore di ogni determinato sintoma e rapportarlo alla clinica.

Ringrazio vivamente il prof. F. Ghilarducci che mi è stato, nel suo Istituto, largo di consigli e di mezzi di ricerca ed il prof. Raffaele Bastianelli che mi ha permesso di usufruire del suo ricchissimo materiale, senza alcuna restrizione (1).

(1) Le numerose indicazioni bibliografiche saranno riportate in un lavoro completo sulla radiologia del tubo digerente di prossima pubblicazione.







IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

DIRETTO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI | FRANCESCO DURANTE

DIRETTORE DELLA R. CLINICA MEDICA
DI ROMA

DIRETTORE DELLA R. CLINICA CHIRURGICA
DI ROMA

con la collaborazione di altri Clinici, Professori e Dottori italiani e stranieri

si pubblica in tre Sezioni distinte:

Medica — Chirurgica — Pratica

IL POLICLINICO

Chirurgia e dell'igiene.

nella sua parte originale (Archivi) pubblica i lavori dei più distinti clinici e cultori delle scienze mediche, riccamente illustrati, sicché i lettori vi troveranno il riflesso di tutta l'attività italiana nel campo della medicina, della

LA SEZIONE PRATICA

movimento delle scienze mediche in Italia e all'estero. Pubblica perciò numerose e accurate riviste su ogni ramo delle scienze suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono fatte da valenti specialisti.

che per sé stessa costituisce un periodico completo, contiene lavori originali d'indole pratica, note di medicina scientifica, note preventive e tiene i lettori al corrente di tutto il

Publica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di Medicina, e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici, speciali corrispondenze.

Non trascura di tenere informati i lettori delle scoperte ed applicazioni nuove, dei rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, dei nuovi strumenti, ecc., ecc. Contiene anche un ricettario con le migliori e più recenti formule.

Publica articoli e quadri statistici intorno alla mortalità e alle malattie contagiose nelle principali città d'Italia, e dà notizie esatte sulle condizioni e sull'andamento dei principali ospedali.

Publica le disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, potendo esserne informato immediatamente, e una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Publica in una parte speciale tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Condotte vacanti, ecc.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgeranno al *Policlinico* per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica due rubriche speciali e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli verranno richieste.

IL POLICLINICO contiene ogni volta accurate recensioni bibliografiche, e un indice di bibliografia medica, col titolo dei libri editi recentemente in Italia e fuori, e delle monografie contenute nei Bollettini delle Accademie e nei più accreditati periodici italiani ed esteri.

A questo proposito si invitano gli autori a mandare copia delle opere e delle monografie da loro pubblicate.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO adunque, per gli importanti lavori originali, per le copiose e svariate riviste, per le numerose rubriche d'interesse pratico e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia più completi possibili e meglio rispondenti alle esigenze dei tempi moderni.

ABONAMENTI ANNUI:	Italia	Unione postale
1. Alla sezione medica e alla sezione pratica . . . L.	17	25
2. Alla sezione chirurgica e alla sezione pratica >	17	25
3. Alle tre sezioni insieme >	22	32
4. Alla sola sezione pratica (settimanale) . . . >	12	17

Un ann. separato della sezione medica o chirurgica Lire UNA

Un num. separato della sezione pratica cent. 60.

Il *Policlinico* si pubblica sei volte il mese.

La sezione medica e la sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli mensili illustrati di 48 pagine, che in fine d'anno formano due distinti volumi, con copertina di 16 pagine.

La sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 36 e di 40 pagine con copertina di 20-28 pagine.



Gli abbonamenti cominciano a decorrere dal primo di gennaio di ogni anno.