



1841

OSPEDALE CIVILE DI PIACENZA
ISTITUTO DI RADIOLOGIA E TERAPIA FISICA

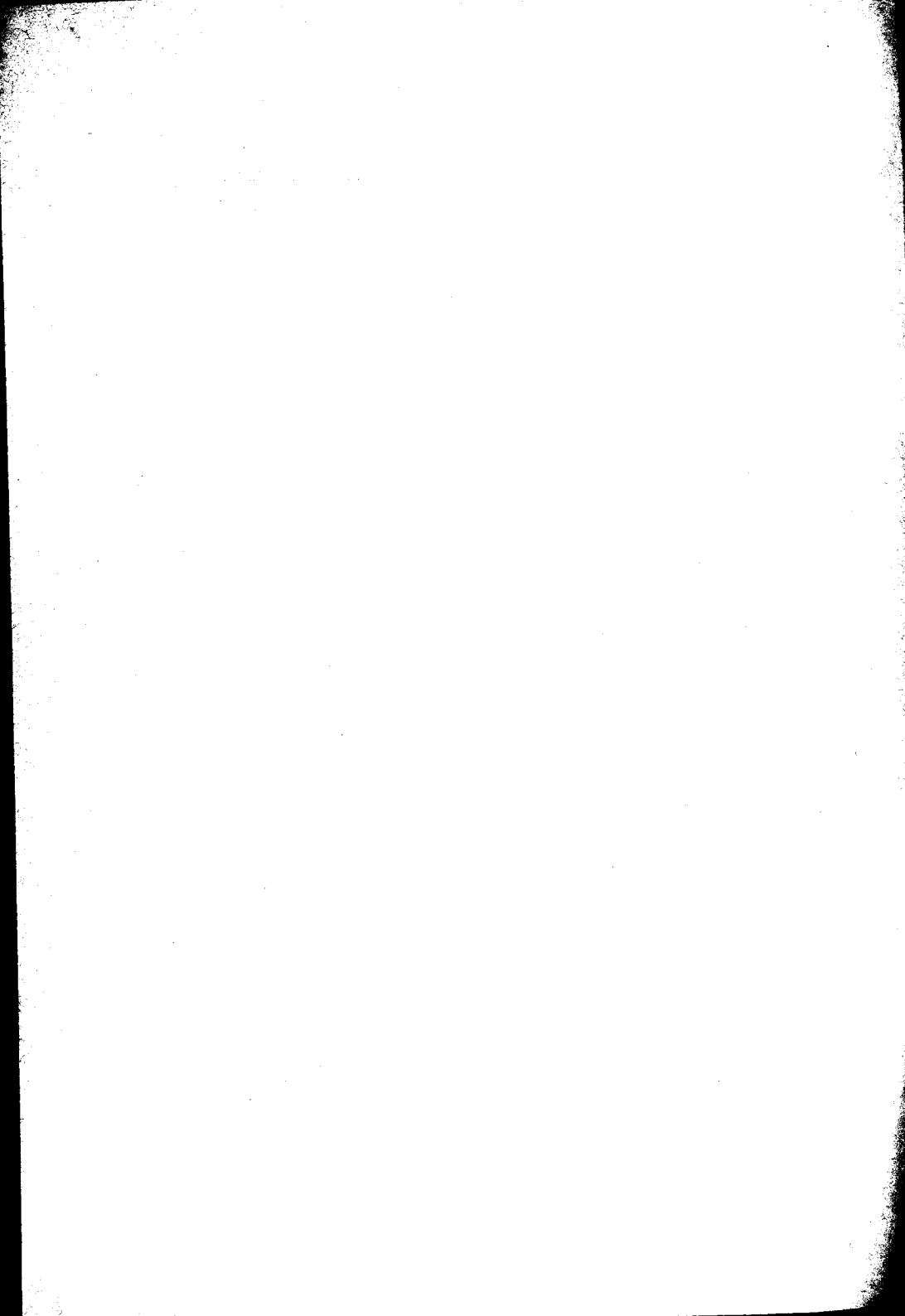
Dott. GIOVANNI BENUSSI

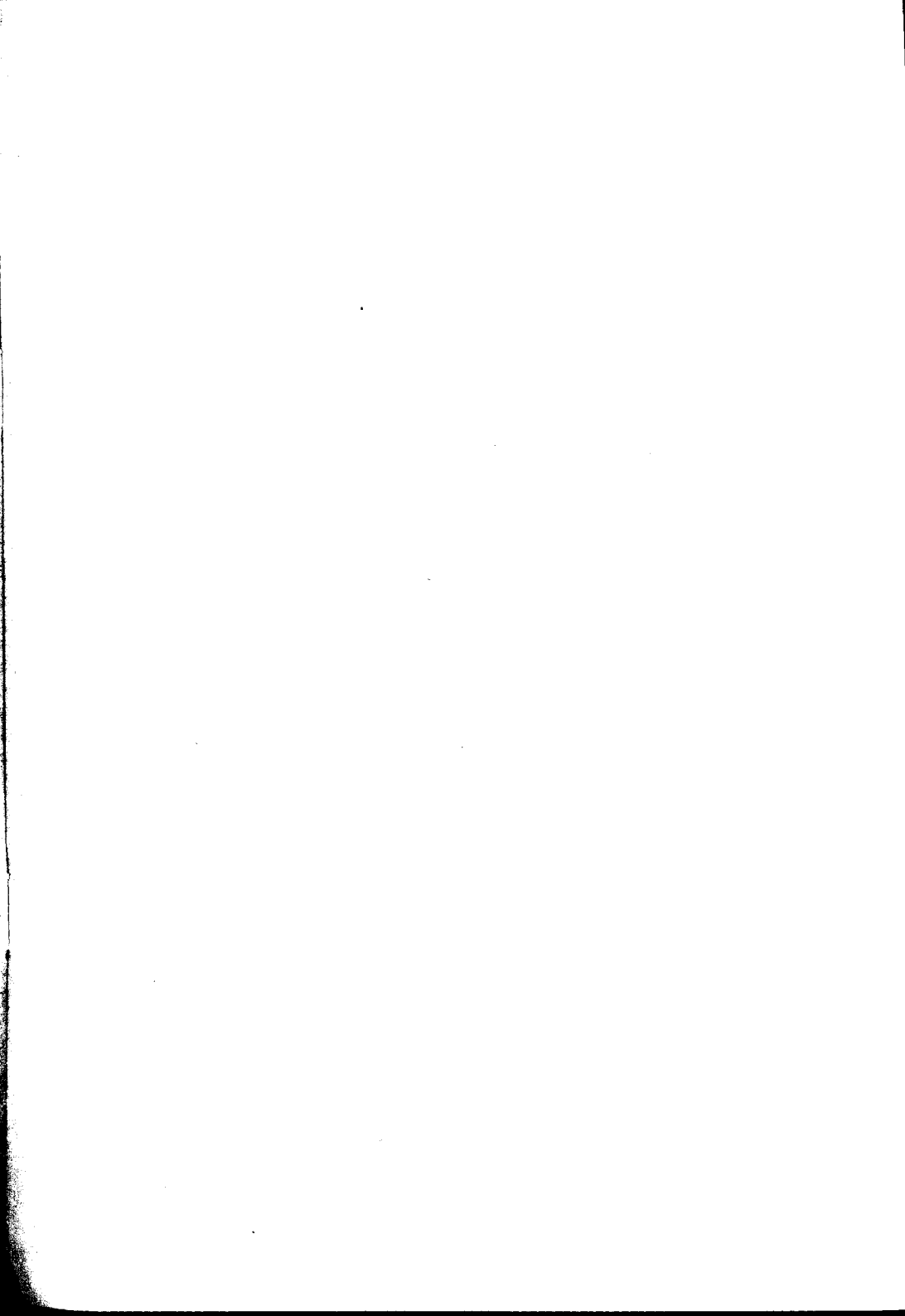
Aiuto

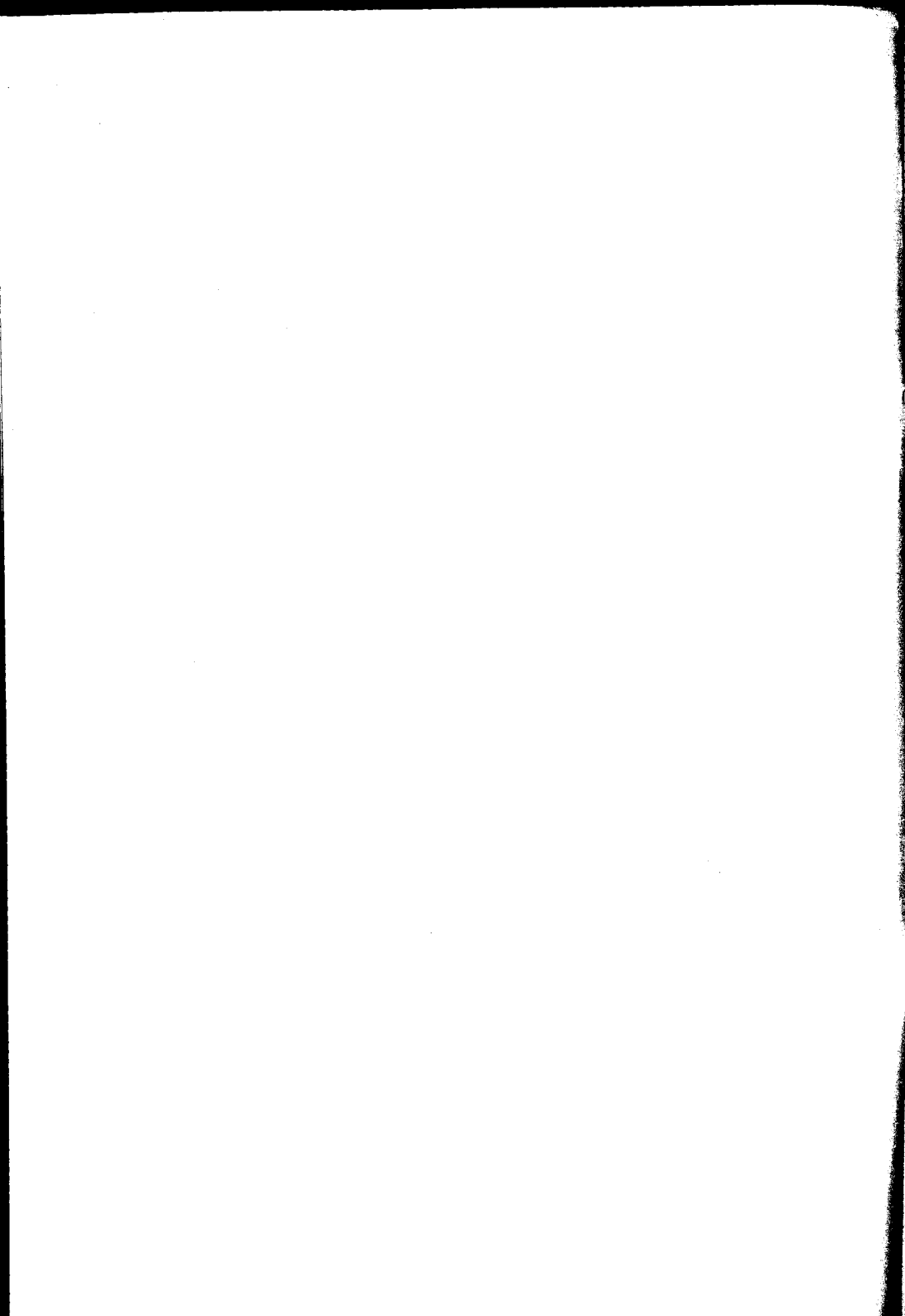
La neurosi gastrica a tipo epigastralgico ed il suo trattamento mediante la roentgen-diatermoterapia

(Estratto da « Le Forze Sanitarie » - Anno VIII - N. 7, del 15 aprile 1939-XVII)









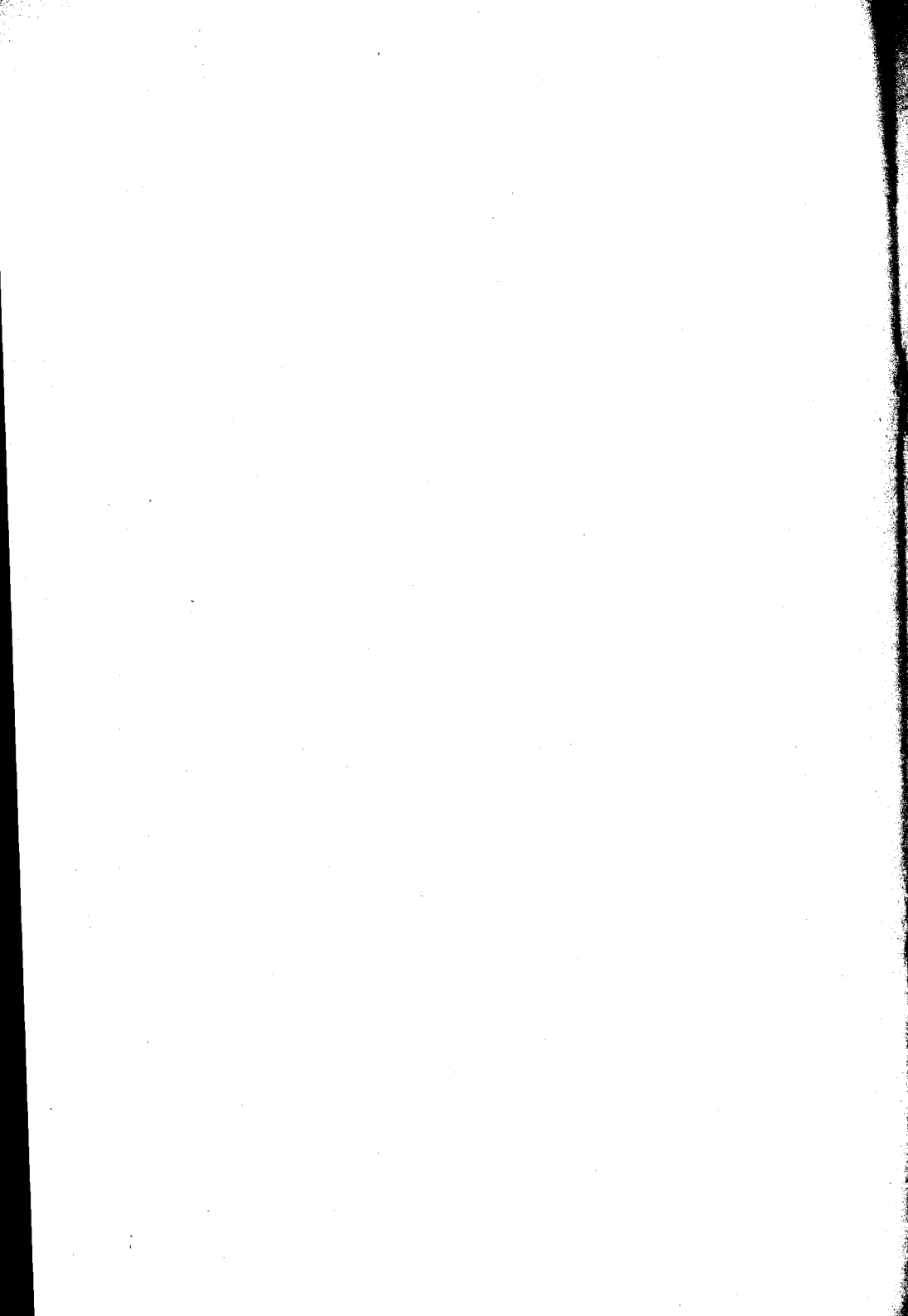
Dott. GIOVANNI BENUSSI

Aiuto

La neurosi gastrica a tipo epigastralgico ed il suo trattamento mediante la roentgen-diatermoterapia

(Estratto da «Le Forze Sanitarie» - Anno VIII - N. 7, del 15 aprile 1939-XVII)





Fra le neurosi gastriche che così frequentemente si riscontrano nella pratica quotidiana, merita di essere particolarmente considerata, sia per la singolarità del suo quadro sintomatologico che per un più razionale indirizzo terapeutico, la neurosi gastrica a tipo epigastralgico. Con tale denominazione vogliamo riferirci a quella forma di neurosi gastrica in cui, oltre ai sintomi comuni alle diverse dispepsie nervose (senso di gonfiore e di peso post-prandiale all'epigastrio, pirosi, disappetenza, lingua impatinata con gusto amarognolo specie al mattino, sensazione di polso epigastrico, nausea), esiste, come nota dominante, una algia epigastrica. Le varie altre denominazioni (epigastralgia, celialgia, nevralgia celiaca, solaralgia) solitamente in uso nella pratica corrente, non sembrano infatti corrispondere al complesso quadro sintomatologico descritto e le riteniamo piuttosto appropriabili a quel particolare stato morboso in cui il dolore epigastrico, insorgente ad accesso unico o ad accessi più o meno distanziati, costituisce il puro fatto sintomatologico.

Nella neurosi a cui noi ci riferiamo il dolore epigastrico è sempre più o meno presente nei diversi momenti della giornata (a digiuno, subito dopo i pasti, a qualche ora di distanza da questi) e suole presentarsi con una intensità che varia fra limiti molto ampi; se a volte essa può essere in certo qual modo piuttosto lieve, tal'altra può presentarsi così notevole da rendere i pazienti avversi a qualsiasi assunzione di cibi, essendo questi ritenuti la causa dei disturbi lamentati. Talvolta può coesistere una iperestesia

cutanea così marcata all'epigastrio che gli ammalati non tollerano neppure gli indumenti e le coltri del letto. Di solito i pazienti non si presentano subito al medico specie pel timore che questi abbia a ritrovarli affetti da malattie gravi o comunque inguaribili; ben presto però, dopo aver sperimentato i vari palliativi che facilmente imparano a conoscere (termoforo o applicazione di borse d'acqua calda sull'epigastrio, ingestione di bevande calde, ecc.) essi corrono con manifesta apprensione a chiederne il consulto.

Generalmente la forma si associa ad ipocloridria di cui è manifesta espressione la particolare predilezione dimostrata spesso da questi ammalati (specie ragazze) per le sostanze acide (aceto, limoni, frutta acerba, ecc.). All'esame clinico si nota costantemente, specie a stomaco vuoto, un dolore di pressione in corrispondenza della parte media della linea xifo-ombelicale, dolore che per lo più scompare o si attenua qualora si tenti di sollevare lo stomaco mediante la compressione manuale sull'epigastrio. Assai spesso, palpando la regione epigastrica, si ha modo di osservare una spiccata pulsazione dell'aorta addominale. Radiologicamente il reparto gastro-duodenale è negativo; lo stomaco si può trovare nella sua sede normale o anche in sede sopraelevata; nella maggior parte dei casi però si riscontra una gastroptosi funzionale di grado più o meno cospicuo.

Nel determinismo della forma giocano in gran parte, come del resto avviene per tutte le neurosi in genere, l'eredità, la costituzione (sog-

getti longilinei), l'abito neurotico e le caratteristiche psicologiche. Quasi sempre però il momento ultimo è rappresentato da « cause morali » e se si indaga nell'animo di questi pazienti è facile ritrovare, sempre che la loro reticenza non sia troppo spinta, la esistenza di conflitti intimi sentimentali, di contrasti ambientali, di patemi d'animo. Da ciò è facile comprendere come la vita moderna, così piena di vicissitudini, di incertezze e di preoccupazioni, contribuisca ad accrescere la frequenza di tale neurosi al pari di ogni altra forma neurotica.

Il comportamento del medico di fronte a tale stato morboso si limita generalmente alla prescrizione della così detta « terapia ricostituente » con prevalente uso di vitamine e di preparati calcio-bromici e fosfo-valerianici specialmente per via endovenosa. Altre volte la forma suole giovare del cambiamento di ambiente e di abitudini, delle distrazioni o di una buona terapia psichica. Molto spesso è accaduto di osservare una rapida guarigione in malati in cui un accurato esame radiologico poté distoglierli dall'ossessante preoccupazione di essere affetti da immaginarie malattie inguaribili o comunque gravi.

In questi casi in cui la terapia sedativa e psichica presenta un facile sopravvento deve ritenersi che il fattore neurotico costituisca la componente dominante. Quando invece la forma resiste a tutti i predetti mezzi deve verosimilmente ammettersi la prevalenza del fattore nevralgico nella patogenesi dell'affezione in parola.

Nei pazienti in cui il complesso sintomatologico persiste ad onta dei diversi trattamenti premenzionati, si riscontra, oltre una sfiducia nella guarigione ed uno stato ipocondriaco a volte impressionante, un depauperamento fisico che, riverberandosi sulle condizioni psico-neurotiche, viene ad alimentare il noto « circolo vizioso ».

La nostra esperienza personale ha dimostrato che la terapia fisica, anche nel trattamento di questa forma, non manca di essere un mezzo prezioso che, per la considerevole costanza dei risultati, merita di essere praticato in modo elettivo. Purtroppo lo scetticismo che ancora oggi pervade i medici pratici verso questa importante branca terapeutica, il preconetto che al fattore suggestivo debbansi riferire i benefici effetti con-

stati, hanno impedito sino ad oggi una larga adozione di tale sistema terapeutico.

Il metodo da noi usato su vasta scala da circa 4 anni consiste in 10-15 applicazioni diatermiche della durata di 30-40 minuti sulla regione epigastrica e di 4 irradiazioni roentgenterapiche di cui due sulla regione epigastrica (plesso celiaco) e due sulla regione dorsale (VI, VII, VIII radice spinale). La dose irradiante applicata su ciascuno dei due campi con opportuno distanziamento e mediante l'uso di raggi di media lunghezza d'onda, è stata stabilita in ragione del 20% della dose eritema; per cui nell'intero ciclo terapeutico è stata raggiunta la dose del 40% sia sul campo anteriore che sul campo posteriore. La metodica roentgenterapica di cui ci siamo serviti può riassumersi nella seguente formula:

$$(2 \text{ C p } 3 \text{ g } \frac{20\% \text{ D. E.}}{0,5 \text{ Cu} + 2 \text{ Al}} \text{ P } 6-8 \text{ g}) \times 2$$

Nell'intraprendere il trattamento si è creduto opportuno dare la precedenza alle applicazioni diatermiche le quali, per la loro provata azione sedativa, rendono meglio accetto il metodo che non le applicazioni roentgenterapiche a cui frequentemente suole susseguire un aumento dell'algia epigastrica. La prima applicazione radioterapica, eseguita sul campo anteriore, è stata praticata dopo le prime 2-3 sedute diatermiche. Dopo ognuna delle quattro sedute roentgenterapiche non abbiamo mai mancato di segnalare ai pazienti la eventualità di una, sebbene transitoria, riacutizzazione dolorifica; e ciò per evitare la possibilità di ingiustificati allarmi da parte dei pazienti stessi.

Allo scopo di constatare se gli effetti benefici dovevansi unicamente riferire al trattamento diatermico e non a quello roentgenterapico abbiamo trattato un certo numero di casi servendoci solamente della diatermia. In tal modo ci è stato possibile concludere che un simile trattamento unilaterale non consegue gli effetti che si ottengono con l'associazione roentgenterapica, la quale, peraltro, ha potuto realmente dimostrarsi un elemento integrativo di fondamentale importanza. L'azione benefica dei raggi Roentgen appare del resto logicamente fondata se si pensa che la trasmissione della sen-

sibilità dolorifica dello stomaco si compie attraverso le vie simpatiche la cui radiosensibilità è notoriamente dimostrata. Sotto un certo punto di vista la roentgenerapia avrebbe una azione molto analoga a quella che si ottiene mediante la recisione dei rami comunicanti di una o più delle radici spinali (VI, VII, VIII dorsale) che fanno capo alle varie regioni dello stomaco. Si ricorderanno in proposito i lodevoli risultati ottenuti dal PIERI e da qualche altro nella cura chirurgica di certe nevralgie celiache. Un tale parallelismo di azione fra il trattamento roentgen e il predetto « blocco chirurgico » ci richiama certe considerazioni notoriamente ammesse in proposito del trattamento roentgenterapico dell'*angina pectoris*. In tale stato morboso, in cui esiste una condizione di ipereccitabilità del plesso cardio-aortico, la roentgenerapia, oggi-giorno generalmente preferita ai pericolosi interventi chirurgici sul simpatico cardiaco, costituisce una reale prova della sua azione sulla innervazione simpatica.

Dato che i pazienti sottoposti al trattamento erano, per le essenziali caratteristiche della forma morbosa, dei soggetti quasi indistintamente a sfondo neurotico, abbiamo esteso le nostre esperienze, traendone conclusioni in pari modo soddisfacenti, anche a quei casi in cui era rimasta priva di risultati la terapia suggestiva diretta a modificare la situazione psicologica evidentemente in giuoco nel determinismo della neurosi stessa. Sempre nell'intendimento di escludere il fattore suggestivo abbiamo inoltre sottoposto alcuni pazienti a finte applicazioni roentgenteriche (sbarramento con piombo) limitando il trattamento alle semplici sedute diatermiche. Si è potuto in tal modo riscontrare quella stessa

deficienza di risultati che suole generalmente conseguire alla predetta terapia unilaterale. Concretizzando quanto la nostra pratica, eseguita su ampia casistica, ci ha offerto di constatare, possiamo affermare che il trattamento roentgendiatermico applicato secondo le modalità descritte, merita di essere considerato il più efficace elemento terapeutico della neurosi gastrica a tipo epigastralgico. Come massima generale va tenuto presente che i soggetti che meglio si prestano a tale sistema di cura, sono quelli in cui il fatto epigastralgico costituisce la nota predominante, mentre invece poco si adattano quelli in cui prevale la sindrome neurotica.

L'indicazione del trattamento implica naturalmente la sicurezza di una diagnosi esatta. Di fronte ad un paziente che presenta il quadro della neurosi gastrica a tipo epigastralgico non si dimenticherà pertanto di estendere le nostre indagini, oltre che allo stomaco, anche ai diversi altri organi viscerali (appendice, colon, cistifellea, genitali). L'appendicite cronica, in cui la sede anomala dell'algia soggettiva può essere l'epigastrio, merita di essere tenuta particolarmente in considerazione prima di intraprendere il trattamento, potendo essa facilmente sfuggire all'esame clinico e a volte anche allo stesso esame radiologico se non condotto con esattezza e raffinatezza di tecnica. L'efficacia del trattamento si manifesta solitamente dopo la prima settimana di cura; qualche volta invece suole più o meno ritardare (a fine del ciclo terapeutico od anche dopo). I casi di recidiva sono stati complessivamente assai rari e comunque hanno nuovamente ceduto all'azione di un secondo ciclo terapeutico.

57804



330041



