



2389

REPARTO DI PATOLOGIA DIGESTIVA DEGLI OSPEDALI DI ROMA  
DIRETTORE: PROF. PAOLO ALESSANDRINI

---

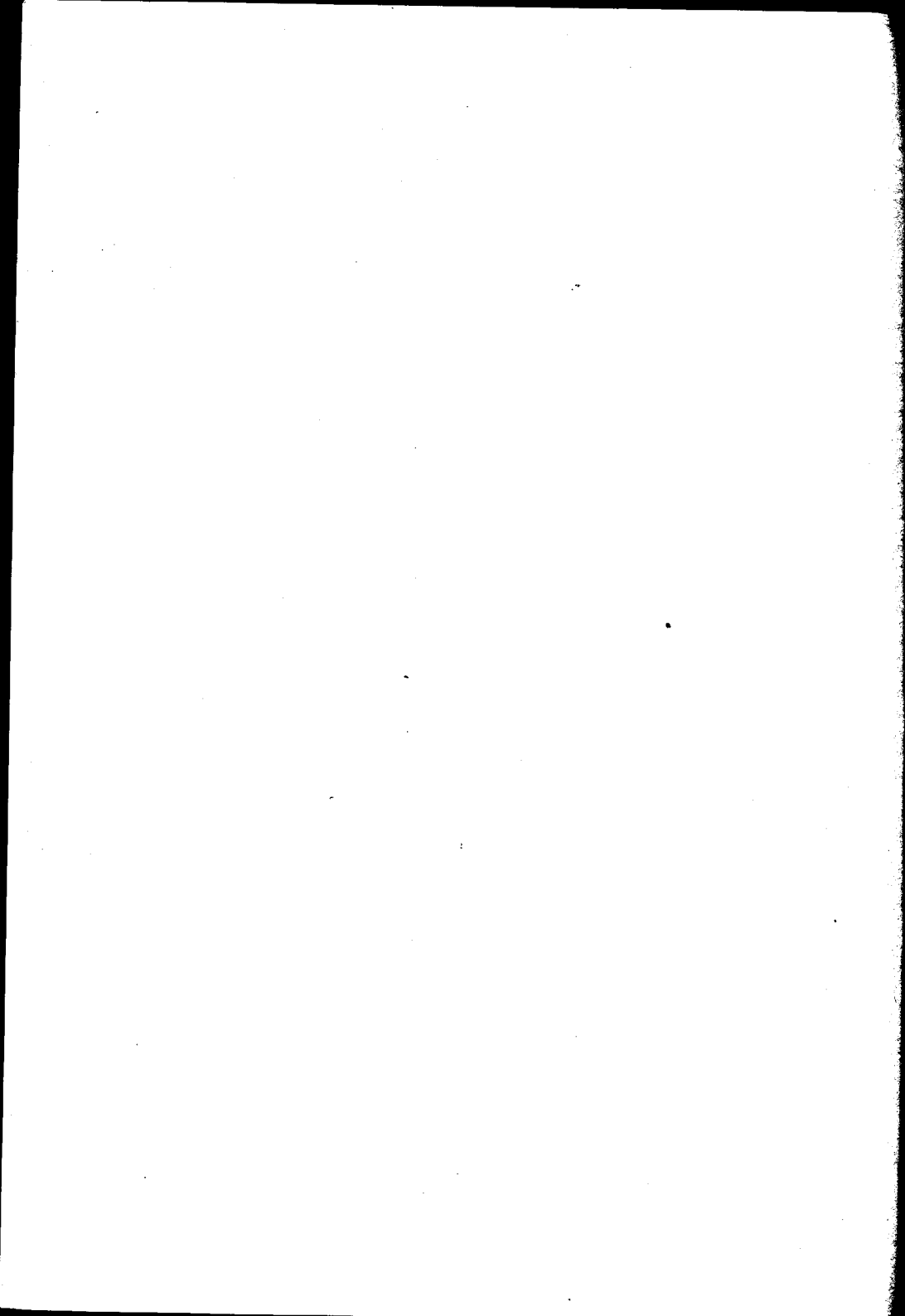
Prof. PAOLO ALESSANDRINI

*Primario*

# L'ALIMENTAZIONE DEI MALATI DI ULCERA GASTRO-DUODENALE SPECIE IN CORSO DI EMORRAGIA

*Estratto da «Le Forze Sanitarie»  
Anno IX - N. 6, del 31 marzo 1940-XVIII*





REPARTO DI PATOLOGIA DIGESTIVA DEGLI OSPEDALI DI ROMA

DIRETTORE: PROF. PAOLO ALESSANDRINI

---

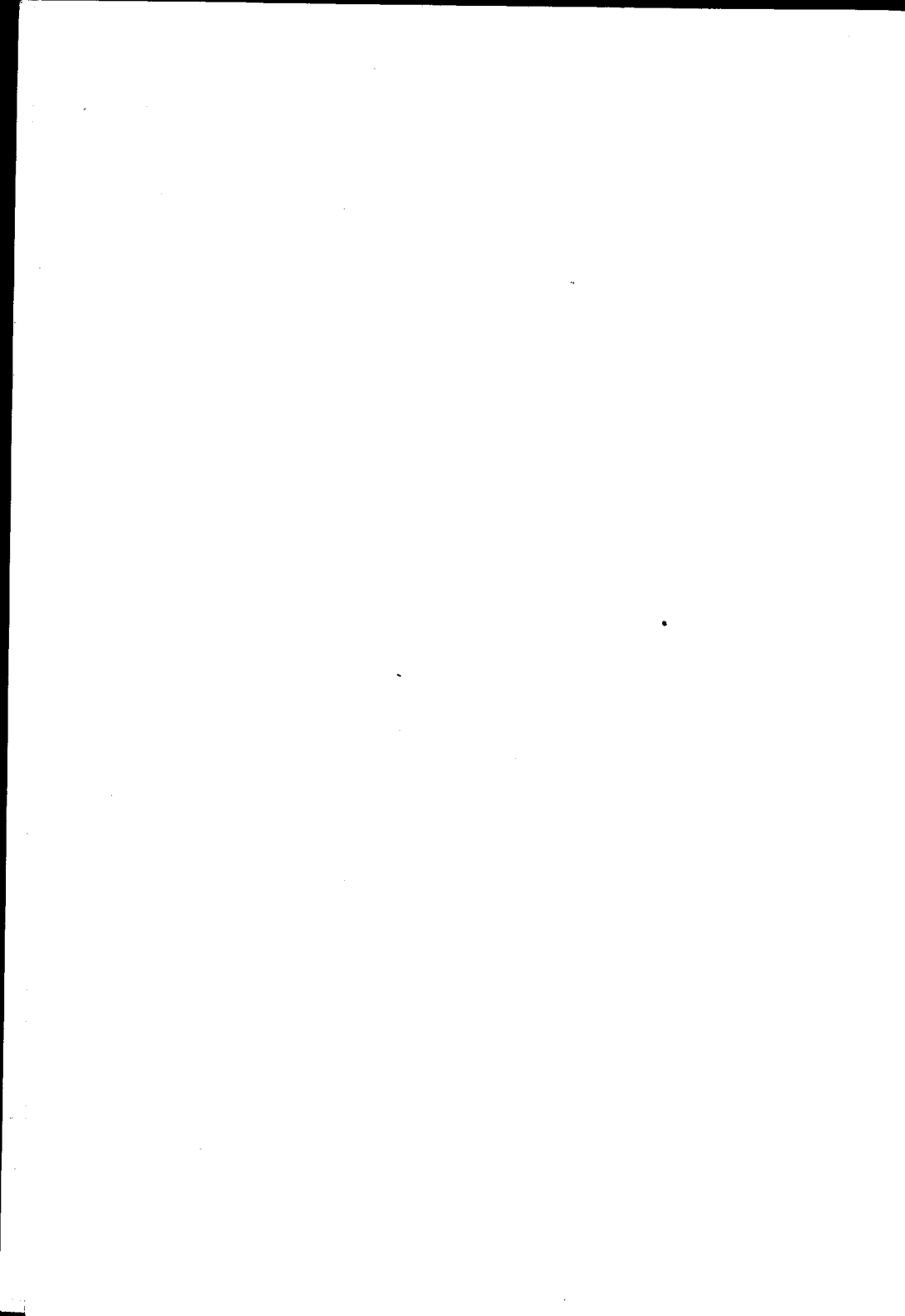
Prof. PAOLO ALESSANDRINI

*Primario*

# L'ALIMENTAZIONE DEI MALATI DI ULCERA GASTRO-DUODENALE SPECIE IN CORSO DI EMORRAGIA



*Estratto da «Le Forze Sanitarie»  
Anno IX - N. 6, del 31 marzo 1940-XVIII*



L'esperienza di questi ultimi anni ci ha fatto assistere alle più amare delusioni nei riguardi della terapia specifica dell'ulcera gastro-duodenale. Raggruppando i principali mezzi di terapia medica proposti nell'ulcera secondo il loro presumibile meccanismo di azione, distingueremo anzitutto quelli diretti contro una presunta causa dell'ulcera, quali i diversi preparati endocrini, (insulina, preparati d'ipofisi e di paratiroidi), le varie vitamine, i preparati di mucina, ecc., che all'atto pratico si sono dimostrati inefficaci. Altri medicamenti, probabilmente per la loro azione antispastica, hanno avuto maggior fortuna, giacchè esplicano una spiccata efficacia contro i dolori: in questo gruppo rientrano la belladonna e i derivati, i sali dell'acido benzoico (benzoato di benzile, benzoato di sodio), i bromuri, il luminal, i sali di calcio, gli alcalini, il bismuto, ecc. Dalla mia esperienza risulta che essi per le minori limitazioni alimentari che consentono in fase di riacutizzazione dell'ulcera, possono in qualche caso essere responsabili di complicazioni (emorragie, perforazioni). Quasi tutti gli altri specifici (vaccini batterici, pepsina, pancreatina, proteine vegetali, peptone, sieroterapia, emoterapia, istamina, ecc.) esplicano, secondo me, la loro azione come terapia da *shock proteico*, che, se può rappresentare in qualche caso un fattore coadiuvante (specie neutralizzando il coefficiente allergico che interviene nella genesi dell'ulcera e nella sua riacutizzazione) è ben lungi dal rappresentare una panacea infallibile.

Per poter parlare di efficacia terapeutica nei riguardi di una malattia recidivante per eccellenza, dobbiamo prendere in considerazione solo quei rimedi atti ad evitare le recidive: e di questi non ne esiste nessuno.

La fase dolorosa dell'ulcera, ad eccezione delle forme inveterate o complicate, guarisce spesso spontaneamente e quasi costantemente con una dieta lattea rigorosa tenuta per qualche giorno, e nei casi eccezionali, in cui tale mezzo non risulta efficace, come pure nei casi d'intolleranza al latte, in cui la dieta non può essere tenuta, esistono infiniti procedimenti terapeutici capaci di far cessare, per un tempo più o meno lungo, i dolori; tra i rimedi più svariati da me sperimentati con successo, citerò le iniezioni endovenose di soluzione fisiologica, il salasso (a tale proposito giova ricordare il fatto di esperienza quotidiana della scomparsa dei

dolori più atroci dopo una emorragia), la puntura lombare, ecc. Ma, secondo me, è soprattutto il riposo, la fiducia nel medico, il cambiamento di ambiente e la soppressione di abitudini di vita inadeguate che fanno sì che in molti casi, per il solo ricovero in ospedale senza nessuna cura, i disturbi subiettivi scompaiano.

La scomparsa del dolore non significa però sempre la guarigione dell'ulcera, ad eccezione però delle forme erosive a carattere acuto; spesso l'ulcera rimane latente e può continuare la sua evoluzione. Questo fatto deve essere bene fisso in mente se vogliamo evitare dolorose sorprese. Il dolore gastrico nella massima parte dei casi non ci dice nulla delle condizioni dell'ulcera: esso rappresenta una reazione subiettiva variabile da individuo ad individuo, spesso nello stesso individuo, in rapporto a vari fattori (emozioni, stagioni, condizioni umorali).

Per stabilire l'attività dell'ulcera si è ricorso perciò ad altri criteri: il valore delle emorragie latenti ha perduto molto della sua importanza non solo perchè altre cause morbose possono dare emorragie gastro-intestinali, ma soprattutto per il fatto che la gastrite cronica, su cui con grande frequenza s'insedia l'ulcera, può essere la causa determinante dell'emorragia, mentre il processo ulcerativo può essere cicatrizzato, come il KONJETZNY ha potuto osservare al tavolo operatorio.

La gastroscopia è un metodo prezioso per stabilire se l'ulcera è in stato di cicatrizzazione, ma è importante a rivelarci le condizioni anatomiche del bulbo duodenale.

Parrebbe *a priori* che l'esame radiologico rappresentasse un metodo infallibile per rivelarci lo stato di attività o di cicatrizzazione dell'ulcera; non esiste però un rapporto tra scomparsa della nicchia e guarigione clinica. La diminuzione dell'edema e della infiltrazione infiammatoria, della crezione della *muscularis mucosae*, che per lo più si accompagna alla scomparsa dei disturbi subiettivi, può rendere meno evidente e anche far scomparire l'immagine di nicchia; d'altra parte la presenza di detriti alimentari e di essudati nel fondo dell'ulcera duodenale può rendere invisibile un'ulcera anche nel periodo d'intenso dolore. Infine bisogna tener presente il fatto che ulcere guarite, e la cui cicatriz-

zazione è stata confermata all'esame istologico, possono determinare radiologicamente gravi deformazioni dovute alla esistenza di processi di periviscerite o alla persistenza del cratere.

Tali considerazioni potrebbero sembrare divagazioni superflue trattando dell'argomento della cura dietetica dell'ulcera, specie in fase di emorragia. Dato però che oggi la cura dell'ulcera è soprattutto dietetica, si comprende che è di fondamentale importanza stabilire *per quanto tempo debbano durare le limitazioni alimentari quantitative e qualitative*, prima di considerare il malato completamente guarito.

Nell'ulcera sperimentale il MANN ha dimostrato che la cicatrizzazione impiega almeno una ventina di giorni perchè sia completa: però si sa che le ulcere sperimentali hanno solo un'analogia relativa coll'ulcera cronica dell'uomo.

In malati morti accidentalmente dopo la constatazione di una guarigione clinica, il BLISS ha dimostrato all'autopsia la persistenza di un'ulcera attiva anche dopo due mesi; d'altra parte l'esame gastroscopico dimostra la possibilità di guarigioni di ulcere anche dopo pochi giorni.

Quindi non esistono criteri clinici assoluti per stabilire la guarigione dell'ulcera: ma quanto più a lungo durano le limitazioni dietetiche tanto più essa sarà garantita.

Questo dato che avrebbe potuto costituire un motivo di seria preoccupazione fino a qualche tempo fa, nell'epoca cioè in cui i malati di ulcera si sottoponevano a diete rigorosissime e insufficienti dal punto di vista qualitativo e quantitativo, oggi ha perduto d'importanza, dopo che si è visto che il fattore alimentare quantitativo ha poca importanza nella terapia dell'ulcera anche in corso di emorragia.

Le cure lattece prolungate sono state abbandonate perchè favorivano forti stati di denutrizione e sono state descritte sindromi polinevritiche e perfino emorragie gastriche che scomparivano col ritorno all'alimentazione mista ed abbondante.

La cura latteca deve essere limitata solo a qualche giorno: e si deve passare rapidamente ad una dieta variata ed abbondante, con esclusione naturalmente per tempo illimitato di un gruppo di alimenti che sono particolarmente dannosi, quali i brodi, le carni ricche di connettivo, le frittiture, le salse, i salumi, i cibi conservati, il vino, i liquori ed il caffè. Tali cibi debbono essere costantemente esclusi dalla dieta di chi ha sofferto di ulcera gastro-duodenale. Anche le verdure e le frutta crude non sono molto indicate nell'alimentazione degli ulcerosi e, per supplire alla eventuale deficienza delle vitamine idrosolubili, si può somministrare succo di arancio o di limone convenientemente alcalinizzato, ovvero si può ricorrere ai preparati vita-

minici del commercio: per combattere la stitichezza che può conseguire alla soppressione di tali cibi si possono somministrare piccole dosi di sali di magnesio, preparati di agar-agar, ecc.

Fino a qualche anno fa in caso di emorragia gastrica dominava l'assioma di tenere l'ammalato completamente immobile colla vescica di ghiaccio sull'addome, e, dopo un tempo più o meno lungo di digiuno, si consentiva la somministrazione di piccolissime dosi di latte che venivano aumentate con prudenza: il periodo d'inanizione era in rapporto diretto colla gravità della emorragia. Contro tale principio direttivo si è elevato recentemente il MEULENGRACHT; egli si è fatto sostenitore del principio della somministrazione di cibo abbondante e vario fin dal primo giorno dell'emorragia. Tale criterio dietetico rappresenta una riesumazione del principio sostenuto vari anni fa dal LENHARTZ, che permetteva già dal secondo giorno dell'emorragia il latte e le uova in modica quantità. Il MEULENGRACHT fin dal primo giorno dell'ingresso in ospedale somministra latte, burro, pane, purea, formaggio ed anche carne tenera; egli inoltre non fa alcuna limitazione dal punto di vista quantitativo. L'immobilità non è necessaria, ma è indispensabile la degenza in letto per almeno una quindicina di giorni. Come medicine si limita alla somministrazione di alcalini e belladonna.

In base alla mia esperienza posso affermare che impunemente si possono somministrare fin dal secondo giorno dell'emorragia latte, uova, purea di farinacei *ad libitum* senza alcun inconveniente. Seguendo tale direttiva i malati riprendono rapidamente le forze e non ho mai osservato recidive di emorragie imputabili alla dieta. Gli esami di sangue praticati sistematicamente dimostrano che con una dieta libera rapidamente si raggiungono i valori normali. Le statistiche della mortalità riferite dal MEULENGRACHT danno cifre inferiori a quelle abitualmente riportate nel periodo delle forti limitazioni (1-2% rispetto al 7-10%).

Naturalmente in caso di emorragia arteriosa non è il caso di parlare di terapia dietetica giacchè esiste una indicazione assoluta all'intervento: la massima parte delle emorragie è però di origine parenchimale (gastrica) e tende a cessare rapidamente, molto prima di quello che non possa rivelare l'esame delle feci, che in genere dà presenza di sangue spesso per lungo tempo dopo che l'emorragia è cessata.

L'alimentazione precoce nei malati di emorragie gastro-intestinali rende inutile l'istituzione dei clisteri nutritivi; però, specie se l'emorragia è stata abbondante, può essere utile l'uso di proctoclisi glucosate.

Per evitare le recidive, oltre ai principi dietetici suaccennati, è indispensabile che il malato si assoggetti ad una vita metodica e tranquilla eviando i traumi psichici, le intossicazioni voluttuarie, specialmente il fumo.



