



1938

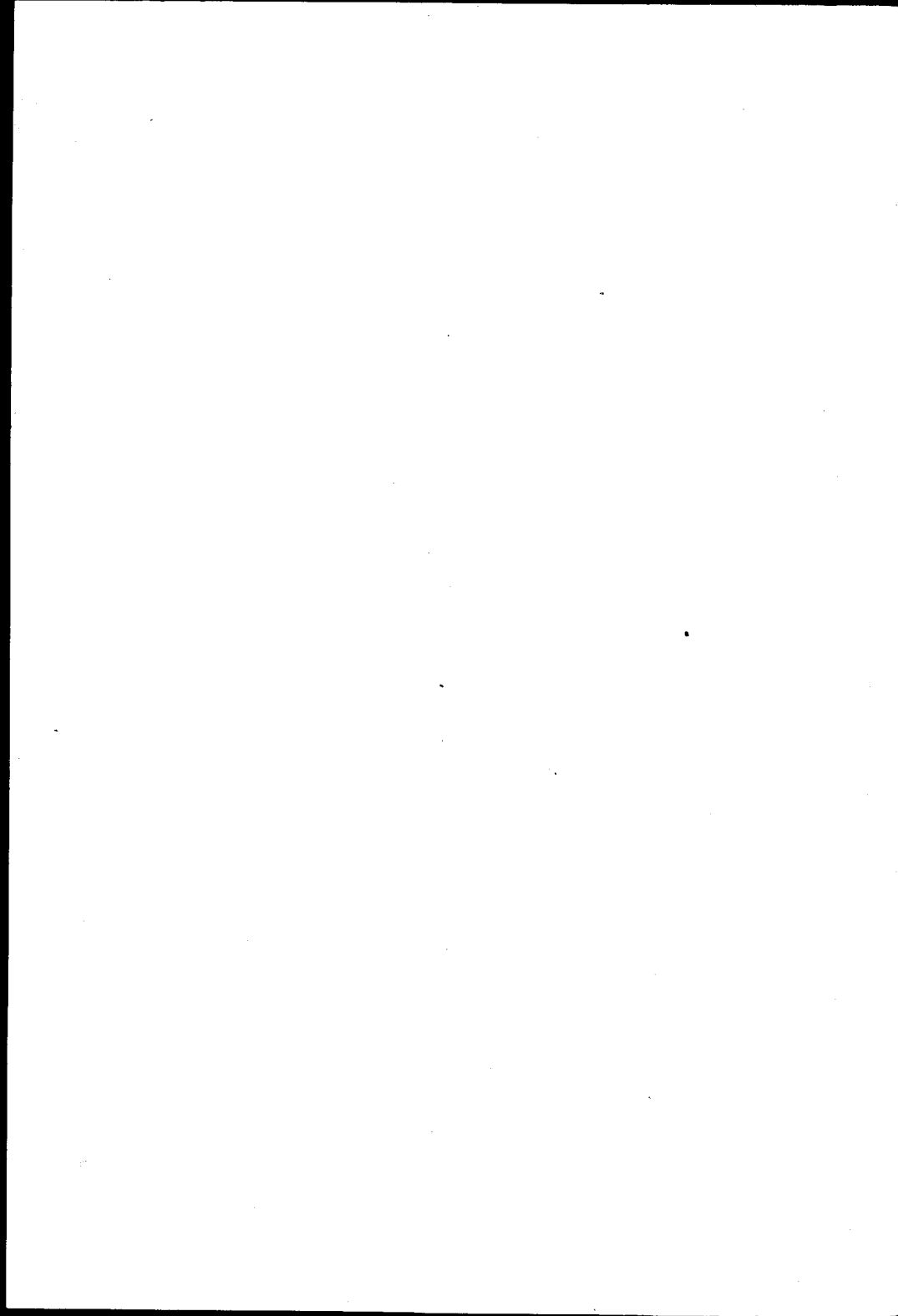
Prof. ENRICO GREPPI

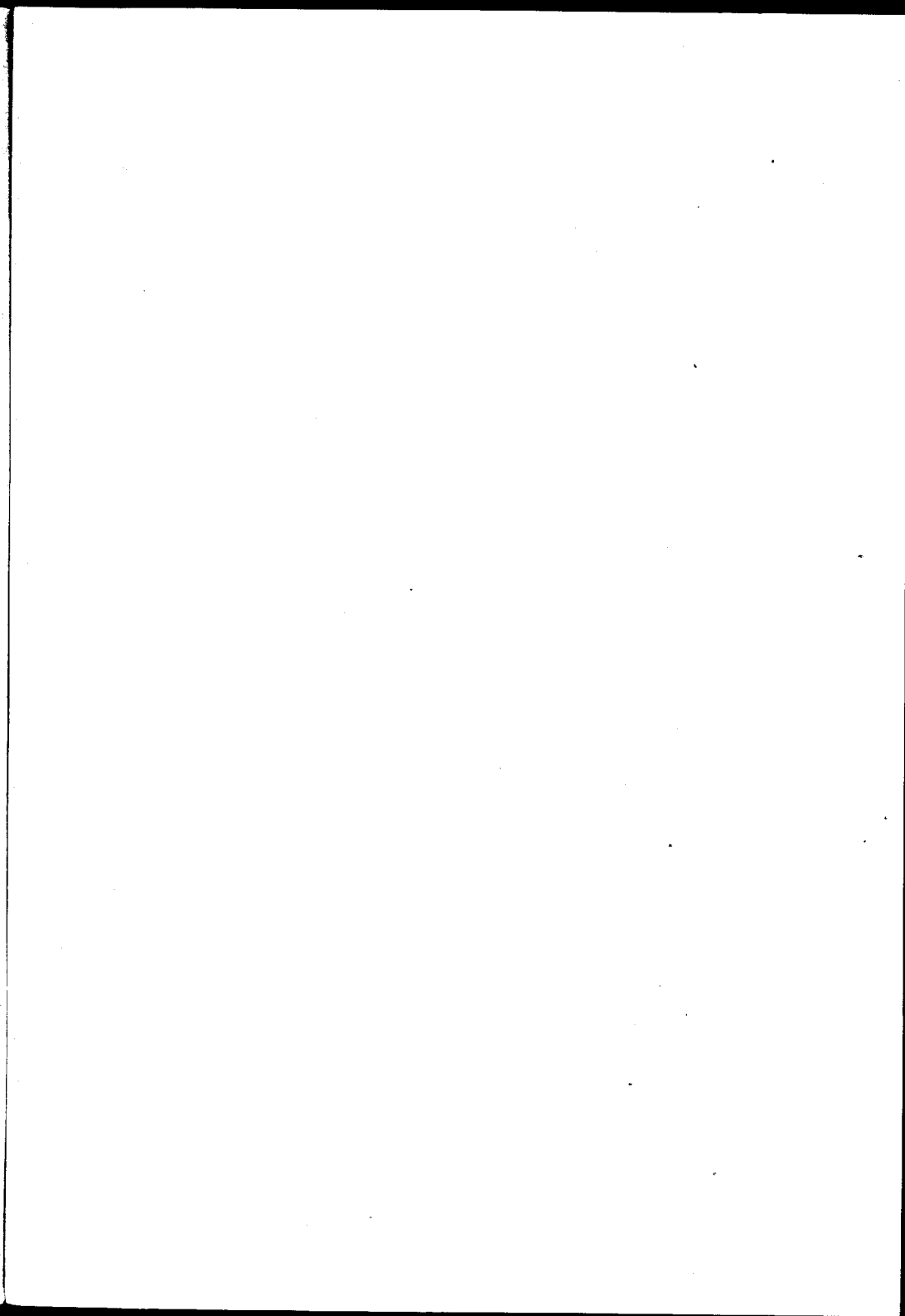
Direttore della Clinica medica generale della R. Università di Siena

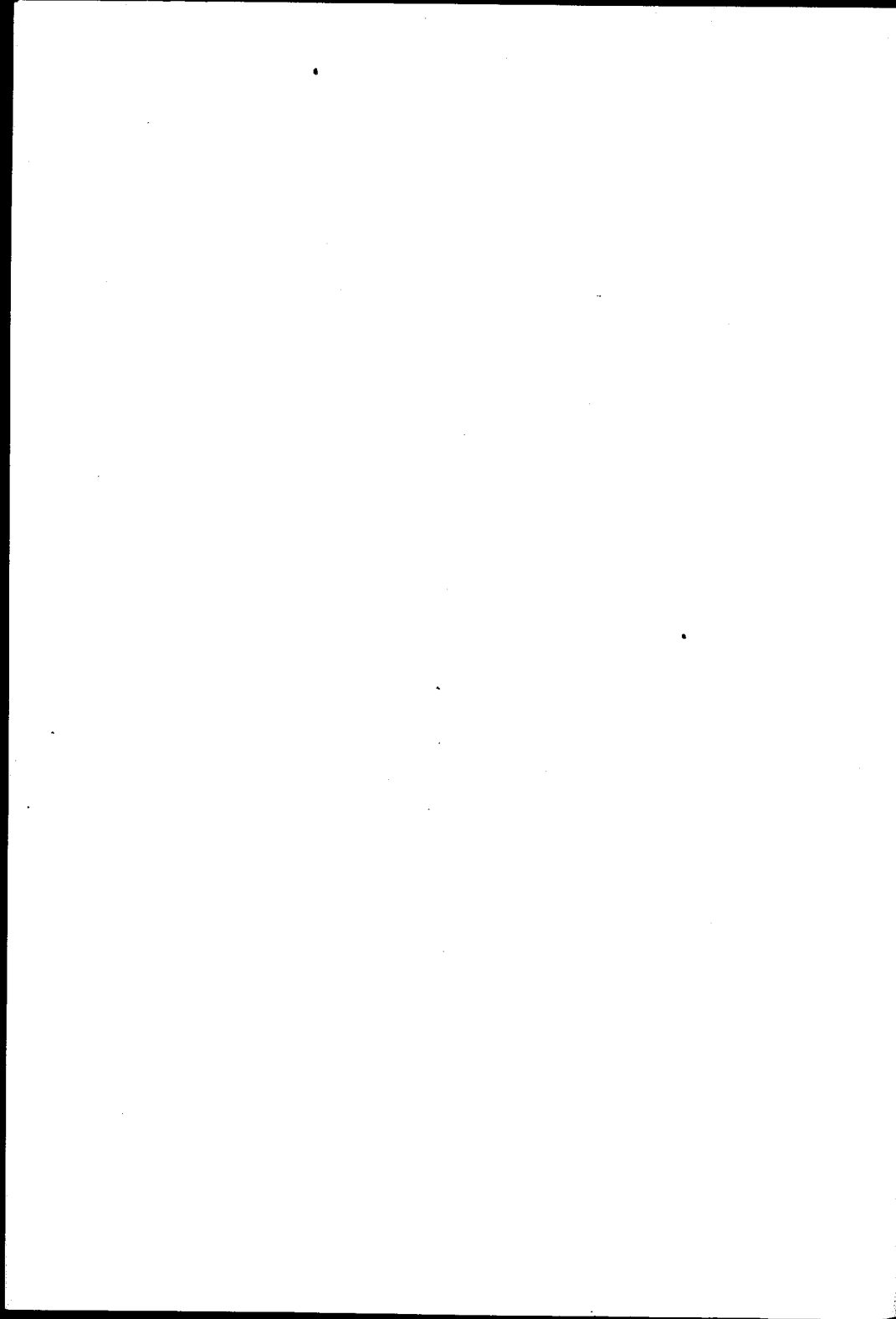
Come trattare scolasticamente il tema medico delle "perivisceriti croniche,,

(Estratto da « Le Forze Sanitarie » - Anno VIII - N. 11, del 15 giugno 1939-XVII)









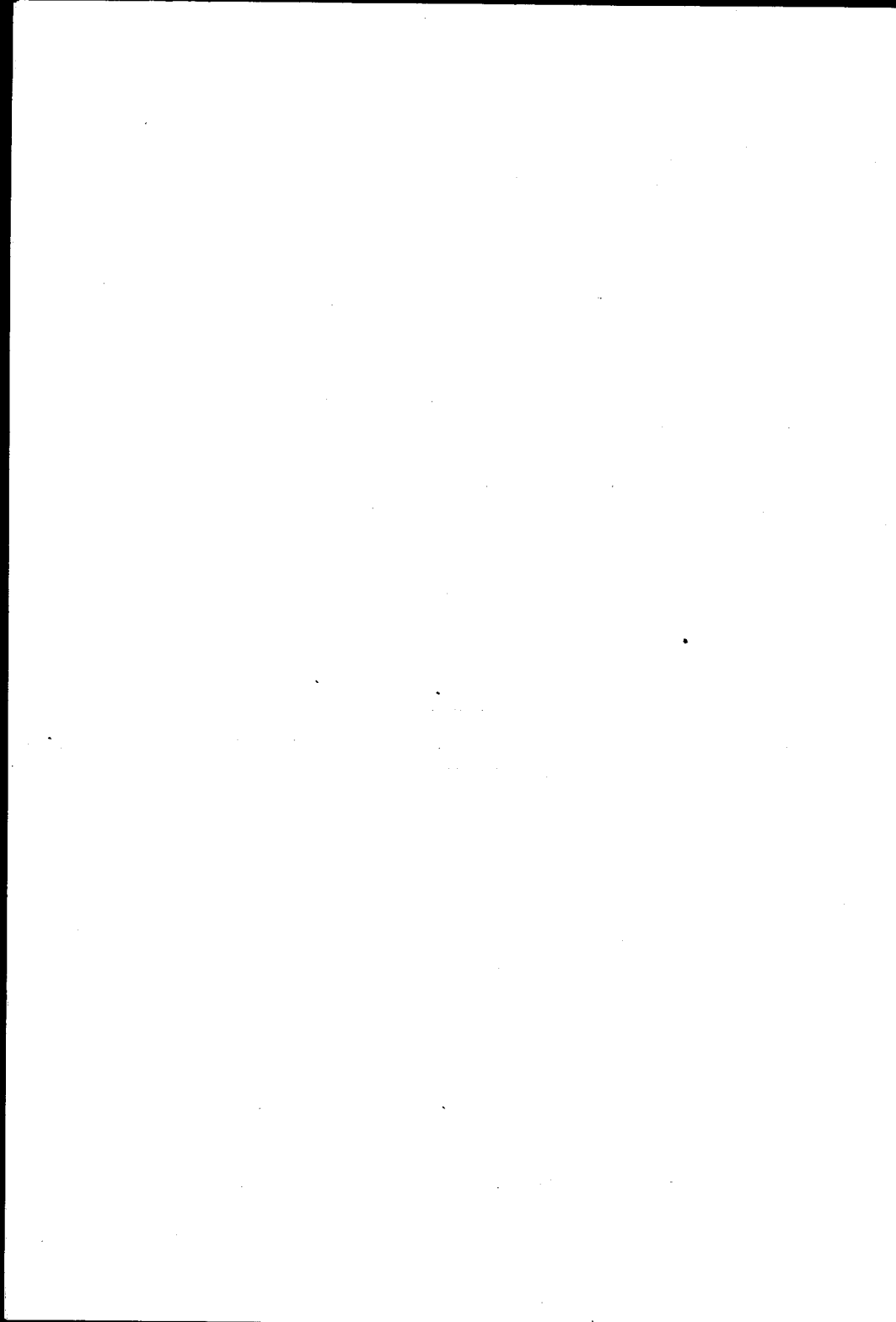
Prof. ENRICO GREPPI

Direttore della Clinica medica generale della R. Università di Siena

Come trattare scolasticamente il tema medico delle "perivisceriti croniche,,

(Estratto da « Le Forze Sanitarie » - Anno VIII - N. 11, del 15 giugno 1939-XVII)





Nello svolgere il capitolo delle malattie dell'apparato digerente per un Trattato di medicina di prossima pubblicazione, volendo toccare in sintesi il tema delle « perivisceriti croniche » ho sentito ben chiara la difficoltà critica e pratica di costringere in un quadro scolastico, definito per limiti e per forma secondo la buona tradizione didattica, questo problema. In esso noi vediamo infatti uno di quei *complessi clinici* che, pur offrendosi si può dir tutti i giorni all'osservazione nostra come motivi di concreta importanza, sfuggono tuttavia ad una sicura posizione nosologica tra le malattie più autonome e definite — nel nostro caso — tra le affezioni dei visceri digestivi avvolti dalla sierosa peritoneale.

Sull'importanza pratica delle perivisceriti croniche, in particolar modo di quel complesso sierosistico e viscerale che va sotto il nome di « sindrome dell'addome destro », è inutile insistere almenochè non si voglia dissimulare nel campo dottrinario e scolastico — quasi come motivo d'imbarazzo — una somma di osservazioni e d'orientamenti che ha tanta parte nella medicina attuale dipendendo dall'opera combinata degli internisti, dei radiologi e dei chirurghi. Anche sfrondato dalle facili esagerazioni e dalle estensioni arbitrarie dei primi tempi — nel decennio dopo guerra — l'argomento delle perivisceriti croniche in varia associazione con sofferenze o lesioni endoviscerali interessa largamente medici e pazienti per motivi di diagnosi e di terapia, non senza un certo che d'insidioso nel suo modo di comparire e di progredire fra i temi più definiti dell'appendicite, dell'ulcera gastrica o duodenale, della colecistite.

La difficoltà nosologica e didattica sta per l'appunto nel far posto alla periviscerite destra, in quanto sindrome dotata di relativa autonomia clinica, fra le malattie viscerali classiche e classicamente isolate come quadro e come problema morboso; nel valutare in giusta misura la somma dell'osservazione pratica attuale sul tema stesso perchè ne risulti un capitolo nuovo di *affezioni combinate visceroperitoneali*, capitolo

che completi anche scolasticamente gli altri temi nella trattazione sistematica delle affezioni digestive e addominali senza però compromettere la loro antica e propria e dominante figura di malattia.

Nelle poche pagine seguenti ho tentato di dar corpo e forma a questo capitolo secondo la misura che la intonazione scolastico-pratica dell'opera sembrava consigliare. Desidero darne visione in un periodico largamente diffuso fra i medici di studio e di pratica, perchè molti di essi possono trovarvi motivi di confronto con le loro proprie idee e applicazioni: ben lieto se eventuali critiche su qualche punto goveranno ad una migliore trattazione della materia per i fini e i limiti detti.

Siena, aprile 1939-XVII.

E. GREPPI

Definizione.

E' raro che una peritonite acuta diffusa si continui con sequele croniche infiammatorie clinicamente riconoscibili come malattia. Se si ha guarigione, anche attraverso un intervento od un passaggio spontaneo a raccolta circoscritta come per es. da pneumococchi o gonococchi, essa è per lo più completa o comunque disgiunta da residui attivi di sierosite.

Le peritoniti acute circoscritte hanno invece più facile tendenza a continuarsi in fatti infiammatori cronici, suscettibili di riprese e di diffusioni anche a distanza di tempo e di sede dal primo focolaio. Si tratta però anche in questo caso, e specialmente quando la lesione viscerale primitiva (appendicite, ulcera, colecistite suppurativa, ileotifo) è stata eliminata per guarigione o per cura radicale, di peritoniti croniche secondarie ad uno o più episodi di sierosite acuta

a focolaio, in parte legate al fatto stesso della laparatomia e del drenaggio chirurgico in terreno infetto.

L'importanza clinica delle peritoniti croniche aspecifiche corrisponde più propriamente alle cosiddette *perivisceriti a sviluppo adesivo-plastico*, cioè ai processi di flogosi della sierosa che si producono intorno ad alcuni visceri dell'addome ed in intimo rapporto etiopatogenetico con le affezioni a focolaio dei visceri stessi: ulcere peptiche di stomaco e di duodeno, colecistiti con o senza litiasi, appendicite e tifo-appendicite, coliti.

Senza precedenti acuti di sierosite, spesso anche senza precedenti clinicamente molto palesi della malattia viscerale, questi processi si sviluppano in modo discreto e graduale con caratteri di cronicità in senso anatomico e clinico: e per quanto, caso per caso, si possano di regola ricondurre al fatto primo della malattia del singolo viscere — l'ulcera, l'appendicite, ecc. — purtuttavia non di rado, almeno in certe fasi, essi dominano nel quadro morboso fino ad assumere una relativa autonomia nei confronti con la patologia viscerale a focolaio. Si parla allora di «sindrome perivisceritica», spesso diffusa ad un'ampia sezione dell'addome (metà destra) e con interessamento di più visceri che può a sua volta corrispondere al decorso a tappe della malattia.

Il rapporto fra la sierosite cronica e gli organi è probabilmente duplice e reciproco. Da lesioni endoviscerali primitive per lo più uniche — ulcera, appendicite, colecistite — nasce la prima reazione infiammatoria del peritoneo locale; questa poi si sviluppa a gradi per successivi stimoli ed estendendosi oltre la prima sede (per propagazione diretta, o per le vie emolinfatichiche dei mesenterici e della sottosierosa) viene a interessare più larga parte del peritoneo e perciò altri visceri per se stessi indenni. Le alterazioni vascolari, nervose, trofiche indotte dalla periviscerite, la diffusione e la raccolta di tossine e germi dal primo focolaio a tutti i tessuti interessati, fanno sì che i visceri stessi vengono a subire nuove influenze morbose che si esplicano sulle loro funzioni e forse anche arrivano a provocare vere nuove lesioni a focolaio, così

per es. un'ulcera duodenale in terreno di periviscerite destra da primitiva appendicite.

Una possibilità ancor più sottile in questo tema, però tuttora dibattuta e da molti negata, è l'esistenza di peritoniti croniche viscerali o parietoviscerali *primitive*, cioè disgiunte da focolai o lesioni pregresse negli organi vicini ed anzi capaci di creare *per forza propria* un quadro di periviscerite con risentimento secondario dei visceri.

In verità un processo siffatto è frequente e tipico per la tubercolosi peritoneale; non è invece altrettanto sicuro per la natura infettiva aspecifica delle più comuni sindromi perivisceritiche, sebbene si ammetta oggi (PRIBRAM) la esistenza di «follicoliti» e «linfangiti sottosierose» da focolai anche lontani (tonsille) per interessamento elettivo delle strutture linfatiche. Il focolaio primitivo negli organi endoperitoneali può restare talora dissimulato, spesso remoto nella storia del soggetto; può anche essere per se stesso guarito, ma in linea etiopatogenetica se ne deve ammettere per buona regola la esistenza e la primitività rispetto a perivisceriti clinicamente dominanti.

Fra le lesioni viscerali comprese in quadro di periviscerite, le più frequenti sono quelle a carico dell'appendice, del duodeno, della colecisti: appendiciti a tipo cronico con o senza precedenti schietti, molto spesso con associata tiflite o anche tiflocolite (follicolite del colon e del mesocolon); ulcere duodenali per lo più comprese in fatti più diffusi di «duodenite» o gastro-duodenite; colecistiti croniche di tipo catarrale semplice od invece di tipo sclerotico, molto spesso senza calcoli. Appendice e duodeno sembrano avere più importanza come focolaio, la prima soprattutto data la natura schiettamente infettiva delle alterazioni appendicolari e la frequente loro precocità in confronto con lo sviluppo della periviscerite.

Secondo il LEOTTA ed altri l'*appendicite sarebbe il punto di partenza della «sindrome addominale destra»*, cioè della periviscerite adesivo-plastica diffusa dalla regione appendicolare alla regione sotto-epatica, con interessamento dei visceri, che si produce in parte per la sie-

rosite stessa periviscerale, in parte per alterazioni intrinseche e cioè *intraviscerali*.

Questo secondo modo di partecipazione degli organi può a sua volta affermarsi sia come lesione diffusa e rispondente anche clinicamente a sofferenze generiche dell'uno o dell'altro viscere (duodenite con note di dispepsia iperestensica, tifo-appendicite o tiflite con disturbi colitici), sia come lesione di più schietto significato a focolaio, inerente alla patologia particolare dei vari organi (ulcus, appendicite vera e propria). Predominano tuttavia, almeno al punto in cui cade comunemente l'osservazione medica, le alterazioni diffuse e discrete, a carattere catarrale e congestizio, con reazioni linfoangitiche e parvicellulari (*follicolite tiflocolica e mesenterica*), con o senza lesioni circoscritte.

In siffatto complesso sierositico e viscerale è difficile poter distinguere quanta parte di responsabilità spetti all'una od all'altra componente — responsabilità come processo infiammatorio attivo e come fattore diretto di sofferenza — ma soprattutto riesce discutibile e spesso incerta la interpretazione cronologica e cioè il riconoscimento del fatto primitivo. Ciò dipende dallo sviluppo ancor troppo recente e imperfetto delle indagini sistematiche sull'argomento, dalla scarsità già enunciata delle osservazioni mediche in fase precoce di malattia e durante il decorso ulteriore, infine anche da una certa comprensibile ritrosia a superare le convinzioni classiche, d'ordine anatomico e clinico, circa i rapporti fra lesioni endoviscerali e peritonite.

Prima d'ora infatti dominava l'idea che ogni infiammazione adesivo-plastica della sierosa viscerale dovesse considerarsi secondaria alle malattie proprie dei visceri (periviscerite da ulcera, da appendicite), od altrimenti riconducibile ad esiti distrettuali dell'unica peritonite ammessa come flogosi primitiva, extra-viscerale, della sierosa: la peritonite tubercolare. Oggi invece vi è chiara tendenza a svincolare il significato di molte perivisceriti da questi limiti, affermando la *possibilità di flogosi peritoneali ad ampia e progressiva diffusione senza legame fisso e proporzionato con una lesione endoviscerale direttamente responsabile della prima reazione sierositica in loco*.

In dottrina ed in pratica è però tuttora buona regola ammettere per ogni peritonite cronica periviscerale o parieto-viscerale l'effettiva esistenza di un focolaio endoviscerale circoscritto primitivo, focolaio spesso discreto e facilmente dissimulato nella storia e nell'obiettività clinica del soggetto, ma comunque responsabile sia pure per via mediata (per risentimenti linfoangitici e neurovascolari) della partecipazione della sierosa. Da questo primo inizio può svilupparsi in molti casi una più diffusa periviscerite e ciò può dipendere sia dal permanere e dal ripetersi (spesso a vari episodi anche clinici) della lesione viscerale primitiva, sia anche da *attitudini reattive proprie della sierosa stessa che l'esperienza clinica vuole ancora in gran parte ricondurre al terreno tubercolare con discreta tendenza sierositica*. Clinicamente sta il fatto che la grande maggioranza dei soggetti colpiti comprende giovani donne con note longilinee asteniche, con storia dispeptica che risale spesso all'adolescenza, con facili febbricole e dismenorree, con segni discreti di flogosi produttiva e congestizia all'apparato respiratorio.

Si deve riconoscere che tutto questo tema è altrettanto importante quanto discutibile in dottrina ed in pratica, con ripercussioni delicate anche sulla terapia medico-chirurgica, così da rendersi per ora inadatto ad una inquadratura nosologica. E' chiaro d'altronde che la comprensione e la giusta valutazione del complesso perivisceritico dipendono prima di tutto dalla conoscenza esatta delle malattie viscerali più frequentemente partecipi — ulcere peptiche, gastroduodeniti, appendiciti e tifti o tifo-coliti, colecistiti — con riferimento perciò ai singoli capitoli che in un'opera didattica trattano di queste affezioni secondo la loro etiopatogenesi e clinica.

Dobbiamo aggiungere che i vizi di forma e di posizione dei visceri digestivi — ptosi, allungamenti ed ectopie — figurano molto spesso nel quadro perivisceritico come fattori indiretti ma importanti di flogosi peritoneale: questa a sua volta, con i suoi sviluppi più marcati di tipo adesivo e retraente, può produrre in via secondaria nuovi disturbi di sede e di funzione meccanica a carico degli organi. Sappiamo anche

che una parte delle strutture peritoneali infiammate, a forma di legamento o di membrana, sembra potersi attribuire a formazioni congenite con fatti secondari di flogosi.

L'anatomia patologica delle perivisceriti non ha nulla di caratteristico come tipo di alterazioni: essa consiste in fatti banali aspecifici di flogosi produttiva e adesiva a carico dei mesenteri e della sierosa di uno o più visceri, cui s'aggiungono in certi stadi e in certe zone segni di riaccutizzazione (iperemia, lieve essudato fibrinoso). Gli aspetti caratteristici da caso a caso dipendono dalla sede e dall'estensione del processo peritonitico, nonchè dagli organi interessati in modo sia primitivo sia secondario: tra gli organi predominano i tratti cieco-appendice, stomaco, duodeno, colecisti e colon sottoepatico, colon sigmoideo, ma anche molte porzioni dell'ileo; tra le formazioni peritoneali partecipano largamente l'epiploon, il mesentero, il mesocolon.

Nei tratti colpiti si notano zone di sierosa opacate e ispessite, con aderenze fra i visceri o fra visceri e mesi che possono essere in parte distaccabili in parte fisse: nel primo caso si riconoscono sottili membrane infiammatorie più o meno congeste, oppure formazioni filiformi. Le formazioni più dense e tenaci assumono aspetti plastici o più spesso fibrosi, a tipo di piastra o di legamento, e possono dar luogo a retrazioni e deviazioni dei mesi (mesenterite retrattile) con esito in stiramenti e spostamenti viscerali di vario tipo: ileo spostato a matassa verso un fianco, con zone di dilatazione paretica riconoscibili radiologicamente, deformazione a V dell'ileo terminale (LANE), ectopie varie del cieco e della flessura colica destra con saldature fra vari punti del colon o fra colon e fegato, allungamento a destra del sigma. L'epiploite si associa per lo più alle lesioni pericoliche e perigastriche, moltiplicando le aderenze con il peritoneo parietale e con vari visceri.

A livello dell'ipocondrio di destra si creano perivisceriti complesse, con interessamento del duodeno, della colecisti e del colon, per fatti diffusi di tipo fibrinoso, iperemico, adesivo e per briglie cicatriziali capaci di creare complicazioni

meccaniche sui vari visceri, sulle vie biliari, talvolta anche sui grandi vasi retroperitoneali.

La presenza di lesioni a focolaio nell'intimità di uno o più visceri — appendicite, ulcera, ecc. — corrisponde a speciali risentimenti della sierosa relativa secondo le caratteristiche proprie di quei processi. Le conseguenze più gravi a livello del focolaio quali masse plastiche, stenosi, deformazioni callose, non dipendono dalla periviscerite per se stessa ma dall'evoluzione propria del processo endoviscerale — come si osserva soprattutto nel caso dell'ulcera.

Sintomatologia.

E' impossibile descrivere un quadro-tipo di periviscerite cronica data la diversità di sede e di diffusione del processo, la varietà delle associazioni viscerali. Sgomberando però le forme puramente circoscritte e secondarie — rispettivamente da appendicite, da ulcera, da colite, ecc. — che rientrano nel singolo quadro morboso e possono dar luogo a fatti grossolani di tumore, di stenosi, di compressione, restano quelle perivisceriti più diffuse e blande, caratteristiche per eccellenza dell'addome destro, alle quali più specialmente si riferisce questo capitolo perchè si tratta di *affezioni che offrono una certa propria fisionomia come insieme di sofferenze subiettive e funzionali*, in parte anche come decorso e come rapporti di reciprocità con le lesioni endoviscerali.

Naturalmente esistono anche in questo gruppo differenze notevoli da caso a caso per misura e qualità di fatti, per diverso terreno individuale, in parte anche per diversa etiopatogenesi primitiva. Ma l'esperienza medica odierna, confortata dai rilievi radiologici e chirurgici, riesce a cogliere le note più espressive della sindrome perivisceritica nel senso soprattutto di distinguere clinicamente dalle pure malattie viscerali a focolaio isolato.

Soltanto l'esercizio pratico può consentire un siffatto giudizio con buona approssimazione. Schematicamente, la sindrome della periviscerite cronica con associato risentimento viscerale offre i seguenti caratteri:

- 1) Come terreno e come quadro generale.

si tratta in forte maggioranza di donne in età giovane o che da quell'età, anche prima dei 20 anni e del matrimonio, cominciarono a soffrire dolori e disturbi dispeptici. Sono pazienti a impronta nervosa, con facile iperestesia generale e tendenza a sofferenze molteplici, ma non offrono segni schietti di isteria nè riesce facile distinguere quanto dipende dal substrato e quanto dal lungo decorso della malattia: si può arrivare piuttosto ad un insieme subiettivo e funzionale di tipo nevastenico, sempre però in evidente rapporto con l'ostinarsi od il crescere delle sofferenze.

A quadro avanzato e duraturo i pazienti sogliono apparire depressi, magri, d'aspetto denutrito e «dispeptico», con un certo grado per lo più lieve di anemia ipocromica: molto facile la febbricola, irregolare ma ostinata e quasi esclusivamente nelle donne, spesso legata alle esacerbazioni dolorose; v'è di regola ipotensione arteriosa con tendenza a cefalea, qualche vertigine, disturbi cutanei a tipo di prurito e di orticaria. Soltanto in casi complicati a stenosi o dilatazione atonica di qualche viscere, con vomiti e altri disturbi, si può arrivare a quadri gravi di cachessia e adinamia.

2) I disturbi principali consistono in dispepsia e dolori all'addome, con funzione intestinale alterata. Si arriva facilmente ad uno stato dispeptico generale e ostinato, che interessa vari visceri e varie attività digestive d'ordine sia motorio sia secretivo: lo stomaco anzitutto (dispepsia iper- o ipostenica), il duodeno e le sue relazioni ritmiche con la colecisti, il transito intestinale, il cieco e tutto il colon destro e sottopatico, infine il sigma e il retto stesso per fatti di spasmo e di «dischezia».

Sono disturbi vari e molteplici ma non regolari nè regolarmente progressivi, con predominio dei fenomeni di ritardato svuotamento, di meteorismo, di spasmo circoscritto: donde senso di pienezza, di digestione lenta, di acidità (per lo più disgiunta da vera ipercloridria) con eruttazioni e cardiopalmo per lungo tempo dopo i pasti, con stitichezza ostinata ma di quando in quando alternata a diarrea e scariche di muco. In generale tutta la sintomatologia dispeptica si acuisce per l'ingestione di cibi anche leggeri o di liquidi, sì da portare mano a mano ad una

intolleranza che è fattore importante di deperimento ed aggrava il disordine ritmico delle funzioni digestive.

Al quadro dispeptico si aggiungono dolori più vivi e localizzati, irregolari e saltuari o invece provvisti di un certo loro carattere per sede, irradiazioni e periodicità, in rapporto più netto anche con il tempo e la qualità dei pasti: i dolori saltuari dipendono da spasmi, da meteorismo circoscritto, da tendenza a stenosi o dilatazione atonica in qualche tratto di viscere, mentre quelli più fissi e ritmici potranno volta a volta riferirsi a lesioni endoviscerali più organizzate in sede gastrica o duodenale o biliare o colica.

Naturalmente la sede, la qualità, il ritmo di questi dolori sono differenti secondo la diversa lesione, però in generale si può dire che la sintomatologia propria e schietta del focolaio tende a perdersi per dar luogo a dolori e disturbi più sordi, continui od a lunghi periodi, confusi con le altre note dispeptiche e dolorose. Ciò vale soprattutto per l'ulcera duodenale, spesso rispondente a caratteri di gastro-duodenite con erosione emorragica (piccola nicchia radiologica); per la colecistite, che può ridursi a semplice colecistostasi; per l'appendicite, per lo più esente da vere coliche e fatti acuti ma piuttosto causa di disturbi locali continui e di irradiazioni gastralgiche e colospastiche.

Dolori più ostinati e progressivi potranno comparire per retrazioni e stiramenti dei mesenterici, con difficoltà meccaniche di qualche tratto di viscere fino a quadri di stenosi. Altre volte prevalgono disturbi meccanici e secretivi a crisi, per dilatazione e ipersecrezione con fenomeni riflessi generali, sul tipo per es. della dilatazione acuta gastro-duodenale o della colica intestinale mucomembranosa.

Emorragie a stillicidio, od anche ad episodio discreto se non grave, sono tutt'altro che rare e possono in gran parte riferirsi a fatti congestivi delle mucose in fase di esacerbazione, forse anche ad erosioni superficiali in sede soprattutto gastro-duodenale (GUTMANN). Naturalmente si impone caso per caso il quesito differenziale con vera lesione tipo ulcus, e può anche darsi che

dalla flogosi iperemica semplice si passi all'ulcera organizzata come oggi si tende ad ammettere (v. i capitoli sull'ulcera e sulle gastriti).

3) Obiettivamente l'esame dell'addome suole dimostrare segni generici di intolleranza alla palpazione, timpanismo diffuso, spasmi circoscritti: indizi più marcati in varia sede risponderanno a zone di flogosi peritoneale più attiva, oppure a lesioni endoviscerali secondo alcuni loro propri caratteri. Non esiste nessun rilievo semeiotico sicuro nè per le aderenze sottili vecchie nè per i processi attivi di periviscerite, tutt'al più si può dar valore alla spiccata intolleranza per le manovre di spostamento e stiramento a livello di qualche viscere, per es. nella zona duodenale o lungo il colon sottoepatico.

Ciò che ha più valore è la concomitanza di punti dolorosi vari o di ampie zone dolenti in via spontanea o provocata, talvolta anche in rapporto con i decubiti; in questo senso il quadro più espressivo è ancora la sindrome dell'addome destro a dolenzia diffusa ma con rilievi più o meno netti per duodeno-colecisti, per cieco-appendice, per lo più anche per il colon sottoepatico, con irradiazioni verso il torace e verso l'arto inferiore (sono persone che si lagnano sovente di dolori a tutta la parte destra del corpo). *La molteplicità dei visceri interessati* per dolori e resistenza o spasmo in loco, per irradiazioni, per disturbi funzionali, spesso concordando con la storia a più tappe della malattia, già per se stessa depono con buona probabilità per una periviscerite come forma facile di partecipazione e diffusione della flogosi e delle lesioni associate (follicoliti, erosioni, infiltrati, ecc.) dall'uno all'altro organo.

La radiologia, tenuta in limiti prudenti d'interpretazione per non lasciarsi fuorviare da deformazioni viscerali transitorie, può dare appoggio alla diagnosi di periviscerite dimostrando: a) riferimenti dolorosi a vari organi, specialmente al confine loro verso le inserzioni mesenteriali; b) angolature e deformazioni da aderenze, spostamenti o stiramenti dei visceri per fatti di retrazione dei mesi (mesenterite, epiploite); c) segni associati e vari di stato atonico-spastico, di rigidità di alcuni segmenti viscerali, ecc. Particolare studio è dedicato dai radiologi ai segni circoscritti o predominanti di «pe-

riduodenite», ed alla loro distinzione dall'ulcera duodenale: questa però non di rado si associa e confonde nel medesimo quadro, secondo i noti rapporti di reciprocità fra l'uno e l'altro processo.

Naturalmente in ogni caso spetta all'esame radiologico di documentare la presenza e l'entità di lesioni endoviscerali a focolaio in sede gastro-duodenale o colecistica o tifo-appendicolare, inquadrate nei fatti più diffusi di periviscerite.

A rigore ogni ulcera profonda, ogni colecistite cronica, ogni appendicite a schietto significato infiammatorio focale si associa a reazione della sierosa locale e cioè a «periviscerite» di carattere dapprima fibrinoso-iperemico (così ancora nelle recidive episodiche) e poi sempre più sclerotico. In quei limiti non si parla però di sindrome periviscerica perchè sono processi strettamente secondari e limitati alla singola lesione viscerale, che infatti suole dominare sia dal lato clinico sia dal lato radiologico. Si può dire anzi, almeno in tesi generica, che *esiste una certa proporzione inversa fra grandi, tipiche affezioni locali a focolaio e periviscerite diffusa cronica*, nel senso che in quest'ultima la partecipazione dei visceri suole contenersi nei limiti di una flogosi a tipo catarrale-congestizio, con infiltrazioni follicolari ed erosioni superficiali, a tipo cioè rispettivamente di gastro-duodenite, di tiflite, di colite destra, ecc.

Le alterazioni funzionali obiettivamente riconoscibili con indagini cliniche, oltre ai rilievi radiologici sulla motilità, possono riguardare le attività secretive dei visceri principali (enzimi, acido cloridrico, muco, ecc.) e l'esito approssimativo globale della digestione in base ai residui alimentari presenti nelle feci. Inoltre è relativamente facile raccogliere indizi di stato infiammatorio o anche erosivo a carico di qualche viscere mediante i sondaggi gastrico e duodenale e le analisi sulle feci (muco e sangue, cellule epiteliali e globuli bianchi, aspetto e contenuto della bile B, ecc.).

Naturalmente si troveranno condizioni diverse da caso a caso ed anche dall'uno all'altro periodo della sindrome, in rapporto con il grado e la qualità delle lesioni viscerali a focolaio

e di quelle più diffuse, sicchè per il medesimo organo — per es. lo stomaco — il regime funzionale può oscillare dall'eccesso al difetto secretivo-motorio, dalla dispepsia iperstenica alla dispepsia ipostenica. Tuttavia in generale, quando si tratta di perivisceriti diffuse antiche con fatti endoviscerali secondari o comunque superati dal processo cicatriziale e infiammatorio, *predominano i segni di deficit funzionale* fino a stati frequenti di ipoacidità o totale achilia gastrica; e come fatti associati si possono trovare indizi di atonia della colecisti con scarsa concentrazione della bile, di muco abbondante a livello sia dello stomaco sia del colon, indirettamente anche di scarsa produzione degli enzimi pancreatici.

Spesso si nota un certo contrasto fra la sintomatologia dolorosa vivace, accompagnata a disturbi motori irritativi come spasmi e vomiti, e la deficienza delle secrezioni e dei poteri digestivi che sostanzialmente dipende dalla flogosi diffusa dei visceri.

La diagnosi non poggia su dati sicuri e specifici, d'ordine sia funzionale sia obiettivo, sicchè scolasticamente è considerata come molto difficile. In realtà non è tale per un medico già personalmente esercitato nella diagnostica delle affezioni addominali e digestive, un medico che raccolga alcuni aspetti relativamente caratteristici ed espressivi nella storia della malattia, nelle note generali del paziente, nella semeiotica dell'addome e nella valutazione di alcuni segni funzionali: tutto ciò già prima e fuori dell'indagine radiologica sistematica che per conto proprio, ripetiamo, varrà soprattutto a precisare l'esistenza e la qualità delle lesioni endoviscerali combinate con quelle perivisceritiche.

La storia della malattia è per lo più molto espressiva per il carattere ostinato e mano a mano più diffuso delle sofferenze viscerali, per i fenomeni molteplici di dispepsia, per la scarsa efficacia delle cure regolative e calmanti: nei casi a schietta partenza da un processo endoviscerale singolo, per es. da un'appendicite o da un'ulcera, si noterà il venir meno della sintomatologia tipica nel suo ritmo ad accessi, a periodi, a grandi crisi, per il sostituirsi di disturbi

più irregolari e diffusi. Anche il rilievo di vari dolori e resistenze addominali, con predilezione per la parte destra dalla regione epigastrica ed epatica fino alla fossa iliaca, e la molteplicità contemporanea o graduale dei segni a carico di più visceri, anche questi sono motivi atti ad orientare per l'esistenza di una periviscerite come processo almeno in parte attivo e responsabile dello stato di malattia.

Il decorso e la prognosi dipendono dalla diffusione e attività del processo, dall'entità delle lesioni viscerali, dal progresso verso nuove lesioni, dal terreno individuale: tutto ciò a parte l'insorgere di complicanze flogistiche e soprattutto meccaniche con esito in stenosi.

Per se stessa è malattia benigna, non molto facile a produrre vere stenosi occlusive, spesso decorrente anni ed anni senza gravi lesioni viscerali nuove. Però compromette sensibilmente l'equilibrio nutritivo e nervoso dei pazienti, induce troppo spesso ad interventi inutili o dannosi (nuova flogosi adesiva postoperatoria), talvolta provoca intolleranza progressiva o disturbi gravi a forma critica (acetonuria, gastro-duodeno-ectasia atonica, coliche intestinali, stasi biliari, emorragie, ecc.).

La cura delle perivisceriti si collega caso per caso con l'esistenza di alcuni particolari fattori quali per es. i precedenti viscerali e la loro importanza in atto, gli interventi operativi, i disturbi dominanti ed il loro presumibile orientamento verso la denutrizione od il dolore o la stenosi. Come criteri generali si cerca di agire:

1) contro la sintomatologia spastico-dolorosa mediante oppiacei ed antispastici per bocca o per iniezioni, applicazioni calde all'addome, possibilmente diatermia od onde corte od anche Roentgenterapia a scopo decongestionante;

2) contro i fatti dispeptici mediante polveri topiche (bismuto, caolino), miscele peptocloridriche, enzimi pancreatici, preparati biliari;

3) contro la flogosi peritoneale a tipo plastico-iperemico mediante cure calciomagnesiache (anche endovena), jodiche e solfo-jodiche a piccole dosi nei casi più antichi, oleobalsamiche con preparati di cinnamato di benzile (GOSSET e GUTMANN) o di fegato di merluzzo, vitami-

niche. Questi stessi farmaci hanno anche finalità eutrofica generale e tonico-nervosa, molto opportuna per correggere i disturbi generali;

4) contro l'infezione endo- e periviscerale, ben raramente definibile tranne in casi studiati con isolamento e cultura di germi dalla bile o dalle feci o da linfoglandole asportate, mediante miscele di brodofiltrati o batteriofagi, vaccini, proteinoterapia aspecifica (con attenzione al substrato tubercolare in casi di febbre, colite, ecc.).

Molto raccomandabile, per i soggetti più denutriti e depressi, un soggiorno terapeutico in luogo di cura organizzato, con controllo dietetico. Per ciò che riguarda l'alimentazione, conviene una dieta mista leggera non troppo rigorosa, soprattutto non avversata dai gusti e tolleranze mutevoli del soggetto, a tipo poltaceo

prevalente con poco liquido, con piccoli pasti ripetuti, con riposo e applicazioni calde postprandiali.

Un tentativo presso stazioni idrotermali (San Pellegrino, Porretta, Chianciano, Montecatini, S. Vincent) per acque o per bagni tonico-sedativi potrà giovare contro i catarrhi cronici di stomaco e di colon, l'atonìa biliare, la stasi intestinale; però con molta prudenza di dosi e di ritmo per evitare azioni irritative e conseguenti risvegli dolorosi, febbrili, emorragici.

Quando un intervento s'imponga o si raccomandi contro processi localizzati tipo stenosi, ulcera, appendicite, è compito del chirurgo ridurre al minimo possibile il trauma dei visceri e dei mesi, con accurata «peritonizzazione» delle brecce operative, e ciò allo scopo di limitare ulteriori sequelle perivisceritiche legate allo speciale terreno organico.

59057

