

La Clinica

DIRETTORI:

PROF. ANTONIO GASBARRINI

ON. PROF. RAFFAELE PAOLUCCI

DIRETTORE

DELLA R. CLINICA MEDICA
PADOVA

DIRETTORE

DELLA R. CLINICA CHIRURGICA
ROMA

REDATTORE CAPO

MARIO TRINCAS

REDATTORI PER LA MEDICINA

G. BASSI E G. SOTGIU

REDATTORI PER LA CHIRURGIA

A. QUIRI E E. RUGGIERI

SEGRETARIO DI REDAZIONE

E. BERNABEO

ANNO QUARTO

1938

Studio clinico, radiologico ed anatomopatologico, sulla ulcera multipla od associata dello stomaco e del duodeno.

DOTT. G. GUERRERID'ANTONA

DOTT. S. ZANETTI

ASSISTENTE DELLA CLINICA - DOCENTE

RADIOLOGO DELLA CLINICA - DOCENTE

L. CAPPELLI — EDITORE — BOLOGNA



Studio clinico, radiologico ed anatomopatologico, sulla ulcera multipla od associata dello stomaco e del duodeno.



DOTT. G. GUERRERI D'ANTONA

ASSISTENTE DELLA CLINICA - DOCENTE

DOTT. S. ZANETTI

RADIOLOGO DELLA CLINICA - DOCENTE

La letteratura sull'ulcera multipla ed associata dello stomaco e del duodeno è assai recente, se si pensa che i primi lavori sull'argomento risalgono al 1920. Ed è anche certo che solo con il diffondersi della cura chirurgica dell'ulcera gastro-duodenale ed in modo particolare della resezione gastrica (la quale ha fornito il controllo alla clinica ed alla radiologia), si è potuto studiare l'ulcera multipla ed associata dal punto di vista clinico, anatomopatologico e statistico.

C. H. MAYO faceva noto nel 1920, che su 5723 ulcere dello stomaco e del duodeno, il 3,6 % erano multiple od associate; ABADIE (1921), ne segnalava l'11,4 % nel suo materiale; MOYNIHAN (1923), il 7,3 %.

Il DELORE e con lui MALLET-GUY, COMTE, LABBRY, VACHEY, MARTIN, DE GIRARDIER, DUCROUX, si è interessato ripetutamente dell'argomento. Nel 1925, a proposito del trattamento chirurgico delle forme multiple e recidivanti dell'ulcera, concludeva che la diagnosi clinica di un'ulcera multipla od associata, è impossibile. Sulla base poi dei caratteri anatomico-patologici asseriva, che una delle ulcere e precisamente quella pilorica con una frequenza di 2 volte su 3, aveva preceduto l'insorgenza dell'altra ulcera. Aggiungeva poi che la stenosi pilorica conseguente ad una prima ul-

cera a tendenza cicatriziale, poteva essere elemento valido a favorire il determinarsi di un'ulcera della piccola curva. Clinicamente, lo stesso Autore, distingueva: 1°) ulcere doppie spontanee; 2°) ulcere « a bascule », nelle quali un precedente intervento per ulcera (in genere gastroenterostomia), aveva messo in evidenza l'esistenza di un'altra ulcera. In totale, DELORE, MALLET-GUY e VACHEY, hanno pubblicato (1925), 68 casi di ulcera multipla od associata.

JUDD e PROCTOR analizzando il materiale della clinica MAYO (1924), riportarono 347 casi di ulcera multipla od associata, ossia il 16,7 %.

FERNWICK su 807 casi di ulcera, ne ha riscontrato il 10 %; HURST e STEWART (1929) su 189 resezioni gastriche, ne pubblicavano 16 casi, ossia l'8,5 %; v. HABERER (1934) il 26 %, sul totale del suo materiale operatorio.

CHIASSEIRINI, in un accurato lavoro sull'argomento in base a 76 casi di ulcera duodenale da lui operati, ne riporta 35 in cui esistevano due o più ulcere, in genere una di fronte all'altra, più raramente nella stessa parete duodenale; in 4 casi su 35, coesisteva anche un'ulcera della piccola curva gastrica. È da notare però che CHIASSEIRINI parla di ulcerazioni anche superficiali e non solo di ulcere croniche,

callose: la sua percentuale si eleva perciò al 46 %.

PUCCINELLI (1935) su 766 ulcere da lui operate, comprese le recidive e le perforate, dà una percentuale per le multiple e le associate, del 5,87 %.

TOMODA e TAKAURA (1937) su 418 interventi sullo stomaco per ulcera gastro-duodenale, hanno riscontrato 56 ulcere multiple od associate.

Più recentemente il DI NATALE (1938) in un ampio lavoro sull'argomento, ha analizzato dal punto di vista clinico ed anatomopatologico 379 resezioni gastriche eseguite nella clinica chirurgica di Milano dal novembre 1932 al luglio 1937. La frequenza delle ulcere multiple od associate, risulta su questo materiale, del 16,09 % e la cifra sarebbe ancora più alta, se si volessero contare quei casi nei quali non si poté procedere a resezione, dice il DI NATALE. Nel lavoro su citato, la frequenza delle ulcere gastriche multiple (15 casi), risulta del 3,95 %; quella dell'ulcera duodenale e gastrica associata (18 casi), del 4,74 %; quella dell'ulcera duodenale multipla (28 casi), del 7,38 %. L'A. conclude che il solo studio clinico, non permette di porre la diagnosi di molteplicità dell'ulcera; che il chimismo gastrico non porta contributi notevoli per la diagnosi in parola, la quale spetta unicamente alla radiologia.

BAZZOCCHI della nostra clinica (1935), ha preso in considerazione 25 casi di ulcera multipla od associata: ne ha trovato 14 di ulcera duodenale multipla, 4 di ulcera gastrica multipla, 7 di ulcera gastrica e duodenale associate. Dopo un'accurata disamina il BAZZOCCHI conclude che clinicamente, quasi mai è stato possibile precisare la molteplicità dell'ulcera.

Il problema della diagnosi radiologica delle ulcere gastro-duodenali multiple od associate, è stato affrontato da vari AA.:

se ne sono particolarmente occupati da noi LENARDUZZI, BENASSI, BUISSON, CHIERICI, LUPACCIOLU ed altri.

Solo dopo l'introduzione del piccolo riempimento nella pratica corrente dell'esame, si è potuto completare e perfezionare la ricerca delle ulcere multiple od associate, la cui esistenza può sfuggire facilmente ad un esame a totale riempimento del viscerale. Ciò vale per lo stomaco, dove l'esame della mucosa svela abbastanza di frequente la presenza di un'ulcera di faccia che si appalesa con una nicchia discreta, la quale si accompagna ad un'ulcera della piccola curva, quasi sempre callosa. Questa ultima compare con massima evidenza invece a riempimento completo, ma il riscontro della seconda ulcera potrebbe mancare, se l'indagine radiologica non fosse completata dall'esame del rilievo interno.

Così pure per il duodeno il metodo della compressione dosata, poichè determina condizioni di riempimento particolari al volume ed al tono bulbare, ha permesso di svelare con una certa frequenza la presenza di ulcere multiple, il cui riscontro tuttavia trova, a nostro modo di vedere, maggiori difficoltà di interpretazione che non per lo stomaco.

Anche la letteratura radiologica è quindi relativamente recente perchè, per quanto ci risulta, l'esplorazione metodica e completa dello stomaco e del duodeno ha inizio dopo la introduzione dei metodi a piccolo riempimento e della compressione dosata, che sono posteriori al 1922 almeno nella loro attuazione pratica.

Il riscontro pre-operatorio di ulcere multiple od associate, che è di pertinenza quasi esclusiva del radiologo (non si può infatti attribuire che una modesta importanza alla gastroscopia la quale non comprende nel suo studio il duodeno e trascura inoltre buona parte dello stomaco), non ha importanza puramente speculativa: il

riscontro di più ulcere, può infatti importare la scelta di tecnica operativa particolare.

In questi ultimi anni, abbiamo visto aumentare in modo considerevole i casi di ulcera multipla od associata nei malati di ulcera presentatisi nella Clinica di Bologna, in confronto agli anni precedenti: ciò ha portato allo spostamento della percentuale di frequenza enunciata dal BAZZOCCHI che nella sua pubblicazione, ha preso in esame il materiale compreso tra il novembre 1932 e l'ottobre 1935. Questo fatto ci ha indotto a riprendere la questione già da lui trattata: per maggiore precisione quanto alla percentuale di frequenza, abbiamo preso in considerazione tutti i casi di ulcera multipla od associata studiati dal novembre 1932 al marzo 1938 e ci siamo serviti della divisione topografica adottata dal BAZZOCCHI stesso, in ulcere duodenali (dal versante duodenale del piloro in giù) ed ulcere gastriche (ulcere iuxtapiloriche del versante gastrico e quelle a cavaliere del piloro). Abbiamo scartato dal nostro materiale di esame le ulcere gastroduodenali uniche accompagnate da gastrite ulcerosa, per considerare solo quei casi nei quali esistevano almeno due ulcere croniche.

Non abbiamo creduto di dovere escludere dallo studio in parola quei casi nei quali si ricorse a gastroenterostomia e perciò venne a mancare il controllo dello stomaco aperto: essi sono in verità assai pochi (9) ed il tipo di intervento fu determinato dalle particolari condizioni anatomicopatologiche esistenti a livello dello stomaco e del duodeno, oltrechè dalle condizioni di scarsa resistenza del soggetto. Poichè però in tali casi l'anastomosi fu preceduta da una esplorazione assai minuziosa e metodica quale è di regola nella Clinica cui apparteniamo e la esplorazione stessa dimostrò chiaramente i segni di ul-

cera molteplice od associata, abbiamo pensato che nulla rimanesse di dubbioso e di incerto, perchè di quei casi non si dovesse tenere conto. E per noi vero infatti che nell'enorme maggioranza dei casi, sempre si potrebbe dire peccando un po' di assolutismo, l'ulcera cronica di Cruvelhier è ben visibile dall'esterno e che un'esplorazione metodica dello stomaco e del duodeno, riesce quasi sempre a metterla in evidenza.

Con tali criteri abbiamo raccolto 79 casi di ulcera multipla od associata che in massima parte furono trattate con ampia resezione duodeno-piloro-gastrica (70); in essi il reperto macroscopico esteriore fu perciò controllato dal reperto a viscere resecati e dalla indagine microscopica che ripetuta e diligente, abbiamo sempre praticato nell'intento di studiare i veri caratteri delle ulcere e delle contemporanee lesioni della parete gastrica e duodenale.

Volutamente abbiamo escluso dalla nostra trattazione le ulcere peptiche postoperatorie multiple, anch'esse relativamente numerose: benchè sotto certi aspetti il substrato anatomo-patologico infatti può considerarsi comune, in quest'ultime l'abnorme stato fisiopatologico in cui viene a trovarsi lo stomaco operato, porta naturalmente elementi diversi che non si potrebbe fare a meno di considerare nel loro giusto valore.

Non sono compresi nei 79 casi di ulcera multipla od associata, quelli nei quali il reperto anatomo-patologico era costituito da una gastroduodenite ulcerosa, senza ulcera cronica concomitante e quelli nei quali un'ulcera cronica dello stomaco o del duodeno, si accompagnava ad ulcerazioni multiple di tipo gastritico. Abbiamo insistito altrove sulla profonda differenza anatomo-patologica delle due lesioni in parola: la trattazione di questi ultimi casi, ci avrebbe ricondotto ad un problema che

già abbiamo trattato in un ampio studio sulla gastrite cronica.

Il presente studio riguarda dunque 79 casi di ulcera multipla od associata: essi si riferiscono al periodo che va dal novembre 1932 al marzo 1938. Se tale cifra si riporta al numero delle ulcere operate in tale periodo (450), si ha una percentuale del 17,55 %; se la cifra si riporta al numero delle resezioni eseguite nel periodo stesso (220), si ha il 35,90 % di frequenza.

Delle 79 ulcere multiple od associate, 9 furono trattate con la gastroenterostomia e 70 con la resezione gastroduodenale. Di queste ultime, 24 furono eseguite con la tecnica di Billroth II; 46 con quella di Reichel Polya.

I 79 casi sono così suddivisi a seconda della loro topografia:

Ulcere duodenali multiple 44; ulcere gastriche multiple 12; ulcere gastriche e duodenali associate 23.

Di queste ultime:

Ulcera mesogastrica e duodenale 12; ulcera pilorica e duodenale 11.

Tratteremo brevemente gli elementi rilevati, nell'esame dei vari gruppi.

ULCERE DUODENALI MULTIPLE

I 44 casi raccolti si riferiscono ad individui di ogni età: tra i 65 ed i 20 anni; con più frequenza ad individui fra i 30 ed i 50 anni.

Le sofferenze avevano avuto inizio da tempo più o meno lungo: in qualche caso, da oltre 20 anni.

Il tipo delle sofferenze in una percentuale di casi che si aggira tra il 70 ed il 75 %, è periodico nel tempo e nella giornata. I periodi dolorosi variano da un minimo di 10 giorni, ad un massimo di 2 mesi e mezzo; in questi malati il tipico dolore da fame, si è riscontrato nell'80-90 % dei casi.

Elevata è la percentuale delle ematemesi e delle melene: sui 44 casi, 20 presentò riscontrata durante la degenza in clinica, talora ripetute volte, ematemesi e melene. In altri 5 casi, fu possibile scoprire nelle feci, la presenza del sangue occulto.

Tra le associazioni morbose più frequenti, è da segnalare quella con l'appendicite cronica. 11 malati si presentarono a noi già appendicetomizzati per chiare sofferenze di origine appendicolare che avevano preceduto e talora a distanza, ogni fenomenologia ulcerosa. In altri 24 malati, fu riscontrato durante la degenza in clinica un'appendicite cronica clinicamente e radiologicamente chiara. La percentuale di frequenza oscilla dunque attorno al 79 % dei casi.

La diagnosi clinica fu nel 75 % dei casi di ulcera duodenale; nel rimanente, di stenosi pilorica benigna, di probabile gastrite ulcerosa, di periduodenite con appendicite cronica concomitante.

La diagnosi radiologica di ulcera duodenale, fu posta in tutti i casi esaminati: ma solo in pochi di essi fu emessa con certezza la diagnosi di ulcera doppia, mentre in altri fu solo sospettata. Dobbiamo tuttavia ammettere, a nostra parziale giustificazione che, mentre di fronte ad un reperto ulcerativo a sede bulbare procediamo sempre alla ricerca metodica di eventuali ulcere gastriche, non spingiamo in genere a fondo l'indagine per mettere in evidenza una eventuale seconda ulcera sul bulbo. Il dispendio di tempo e di materiale non sarebbe infatti indifferente, e d'altra parte i criteri terapeutici non verrebbero modificati.

Con cura invece esploriamo le altre porzioni del duodeno: premettiamo però che a nostro avviso, l'associazione dell'ulcera extrabulbare con l'ulcera bulbare, è rara; infatti solo in qualche caso, abbiamo potuto riscontrarla. La sintomatologia ra-

diologica dell'ulcera extrabulbare del duodeno, è ormai nota dopo gli studi fondamentali di VIVIANI e di BIGNAMI: non riteniamo quindi di dovere insistere ancora sui suoi segni particolari e sui particolari di tecnica necessari per metterla in evidenza.

L'aspetto delle ulcere multiple duode-

nicchie centrali e contemporaneamente, una terza « nicchia stellata » in prossimità dell'apice bulbare (fig. 1).

Il rilievo di un'ulcera apicale o nella sede del ginocchio duodenale superiore può essere ingannevole, perchè le inflessioni del viscere a questo livello, spesso secondo varie direzioni, determinano dei

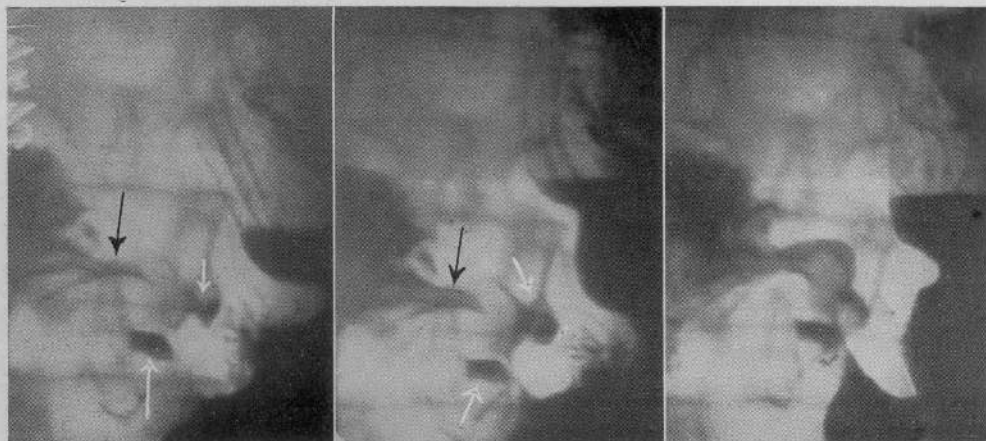


Fig. 1 — Il bulbo duodenale presenta due ulcere basilari evolutive ed i segni di un'ulcera centrale in fase cicatriziale (convergenza centrale delle eliche).

nali, è quanto mai vario: molti AA. hanno descritto degli aspetti particolari con immagini figurate anche suggestive e tutti i radiologi di larga esperienza, avrebbero forse da aggiungere qualche elemento nuovo. L'importante è di sapere riconoscere ed individuare gli aspetti e gli elementi patologici che permettono di porre la diagnosi di ulcera multipla, scindendoli dagli aspetti funzionali, che con frequenza, simulano la seconda e la terza nicchia.

Secondo la nostra personale esperienza, questa possibilità è tutt'altro che facile, specie quando non si tratti del rilievo delle ulcere di faccia. Queste sono di facile riscontro nei megabulbi ipotonici, in cui con la compressione dosata, è agevole mettere in evidenza la presenza di « nicchie multiple centrali ». Ricordiamo a questo proposito un caso in cui si poterono rilevare due

falsi aspetti raggiati e favoriscono la permanenza di residui di bario sotto forma di macchiette, verso le quali sembra appunto convergere il rilievo interno. Siamo rimasti talora perplessi nell'interpretare questi aspetti raggiati, rilevabili sulla sommità del bulbo.

Le immagini diverticolari multiple del bulbo debbono invece essere attentamente vagliate, prima di essere definite immagini di « nicchie multiple ». Spesso non si tratta infatti che di atteggiamenti funzionali su base irritativa e qualche volta di semplici fatti aderenziali, come in precedenza è stato dimostrato da uno di noi. Quando il loro riscontro è costante non solo nelle serie radiografiche eseguite nella stessa giornata ma nei controlli successivi, allora si potrà emettere il giudizio diagnostico con una certa tranquillità.

L'esame del rilievo non va tuttavia trascurato, perchè può offrire dei segni diagnostici preziosi.

Topograficamente, 41 volte esistevano 2 ulcere situate sulla prima porzione del duodeno: nella massima parte dei casi, l'una di fronte all'altra e rispettivamente sulla parete anteriore e su quella posteriore. In un caso, il doppio processo ulcerativo aveva portato ad una evidente stenosi del tratto interessato. In 3 casi, l'ulcera era situata più in basso e precisamente tra prima e seconda porzione duodenale (1 caso); sulla seconda porzione del duodeno (2 casi).

ULCERA GASTRICA MULTIPLA

I casi sono 12 e si riferiscono ad individui d'ambo i sessi, tra i 25 ed i 50 anni.

La sintomatologia è tipica nella metà circa dei casi: in questi il dolore è piuttosto tardivo (4 ore circa dal pasto) ed è accompagnato da eruttazioni, pirosi, rigurgito di acqua amara. Il vomito è più frequente di quanto non si riscontri nell'ulcera semplice; talora è notturno, non doloroso e con esso viene emesso un liquido vischioso, filante, assai amaro, oltre a residui alimentari.

I periodi dolorosi, durano in genere da 20 giorni a 3 mesi circa.

Nell'altra metà circa dei casi, la periodicità è scomparsa quasi completamente: il dolore tende a farsi più tardivo (5 ore dal pasto), è accompagnato da eruttazioni, da pirosi: in gran parte di questi pazienti, piccole assunzioni di cibo calmano il dolore sia pure per breve tempo; viene così spesso mentita in modo più o meno completo, la sintomatologia dell'ulcera duodenale.

In alcuni casi di questa seconda cate-

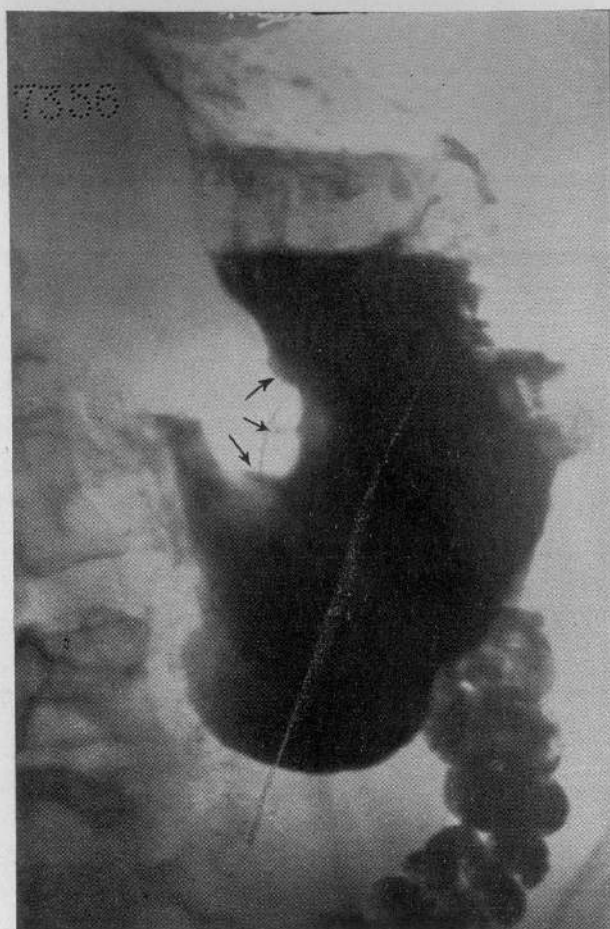


Fig. 2 — Ulcere multiple gastriche.
Sono chiaramente visibili tre nicchie della piccola curvatura.

ria di malati, la sintomatologia è profondamente atipica, le sofferenze sono pre- e postprandiali e gli ammalati si lagnano meno dei dolori epigastrici, ma più del vomito, dell'acidità, della nausea. Non è difficile in questi pazienti rintracciare nel passato sofferenze periodiche tipiche, che poco per volta sono divenute continue nella giornata e nel tempo. A tal proposito ci è sembrato che la periodicità nel tempo, avesse tendenza a scomparire per prima: solo più tardi, scompare la periodicità delle sofferenze nella giornata.

In un terzo circa dei casi, si sono riscontrati fenomeni emorragici di intensità più o meno considerevole; talora i malati ac-



Fig. 3 — Doppia ulcera pilorica.
Concomitante ulcera iuxta-pilorica.

cusavano ematemesi e melene precedentemente sofferte, altre volte invece fu possibile riscontrare solo nelle feci, la presenza del sangue occulto.

Anche qui fra le associazioni morbose, è certo quella con l'appendicite cronica la più frequente. Le sofferenze a questa riferibili appaiono già chiare nel passato patologico degli infermi e sono evidenti all'esame obiettivo. La frequenza dell'associazione in parola, raggiunge il 70 %; sembra quindi un po' minore, di quella che abbiamo riscontrata nell'ulcera multipla del duodeno.

La diagnosi clinica fu nel 50 % di ulcera gastrica; nel rimanente di ulcera duo-

denale con o senza appendicite cronica concomitante, di stenosi pilorica benigna.

Nello stomaco, il rilievo radiologico di ulcere multiple è più agevole che nel duodeno. Il fatto non è solo in funzione del diverso volume dei visceri, ma della maggiore possibilità di apprezzamenti più esatti delle pareti, come del rilievo interno.

Frequente è il riscontro di più nicchie nella piccola curva (fig. 2): meno frequente l'associazione di una o più nicchie della piccola curva, con una nicchia iuxtapilorica.

Il rilievo di ulcere multiple diventa più difficile ed anche impossibile, quando l'ulcera iuxtapilorica o della piccola curva, determina direttamente od indirettamente per fenomeni di retrazione, la stenosi e con essa la ritenzione a digiuno; l'ipotonìa, lo sfiancamento delle pareti gastriche con conseguente residuo a digiuno, sono altrettante condizioni che rendono difficile od ostacolano addirittura, l'esame radiologico.

Qualche volta abbiamo osservato 2 ulcere del «canale pilorico» con aspetto *vis à vis* (fig. 3); ricordiamo a tal proposito, che fenomeni funzionali e l'autoplastica della mucosa, possono far apparire come pilorica una delle nicchie che è invece iuxtapilorica, gastrica o duodenale. Gli stessi fatti funzionali possono poi simulare in questa sede delle nicchie, le quali invece non sono che l'espressione di fatti spastici od infiammatori.

Qualche altra volta abbiamo osservato delle ulcere multiple della piccola curva, che si accompagnavano ad una nicchia del corpo e della regione antrale. Queste varie evenienze poi erano riunite in un malato esaminato di recente, che presentava 3 nicchie della piccola curva, una nicchia di faccia del corpo ed un'altra nicchia

antrale, tutte associate ad un'ulcera bulbare. Si trattava evidentemente di una vera malattia ulcerosa dello stomaco. Il reperto radiologico però non poté essere confermato dal reperto operatorio, perchè il paziente rifiutò l'intervento.

Quando l'ulcera è recente, e pertanto non esiste la convergenza delle pieghe, può talora essere difficile differenziare un'ulcera del corpo, da una semplice immagine diverticolare. In questi casi la diagnosi di molteplicità dell'ulcera, non può naturalmente essere sicura.

La diagnosi radiologica di ulcera, fu posta in tutti i casi operati: solo nella metà di essi all'incirca, si riconobbe la molteplicità della lesione.

Il rilievo della seconda ulcera venne a mancare quando la nicchia della piccola curva si accompagnava a stenosi pilorica con conseguente stasi gastrica, che fu giudicata consecutiva alla retrazione cicatriziale dell'ulcera (si tratta quasi sempre infatti, di ulcere croniche, callose); esisteva invece in tali casi una seconda ulcera iuxtapilorica riscontrata poi nel pezzo resecato, responsabile della stenosi.

Topograficamente, 9 volte un'ulcera era situata sulla piccola curva ed un'altra sul versante gastrico del piloro; una volta esistevano 2 ulcere e precisamente, l'una sulla parete anteriore dello stomaco e l'altra sulla parete posteriore di esso, a livello della piccola curva; 2 volte, un'ulcera iuxtapilorica anteriore e posteriore.

In 7 casi esistevano solo 2 ulcere; in 3 casi 3 ulcere, in 2 casi 3 ulcere con numerose ulcerazioni superficiali più o meno estese.

ULCERA GASTRICA ED ULCERA DUODENALE ASSOCIATE

Si tratta in tutto di 23 casi.

L'età degli individui va dai 30 ai 60

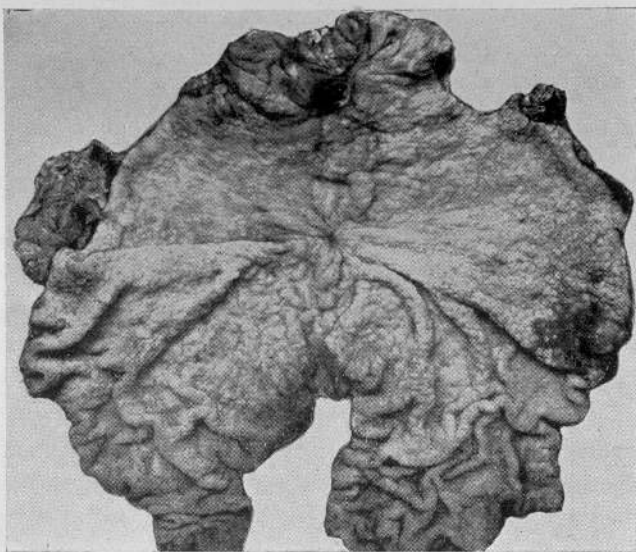


Fig. 4 — Suzzi Giacinto: Ulcera gastrica multipla.

anni; le sofferenze risalgono fino a 17 anni prima.

La sintomatologia, in una percentuale di casi che va dal 70 al 74 %, è nettamente periodica nel tempo: piuttosto frequenti sono però le variazioni dei periodi di dolore e di quelli di benessere. I primi vanno da un minimo di 7-8 giorni ad un massimo di 2 mesi, gli altri da un minimo di 20 giorni, ad un massimo di 4 mesi. Si nota talora assai chiaramente nelle varie storie cliniche, una netta tendenza evolutiva verso il tipo di sofferenze continue nella giornata e nel tempo; la stenosi, si è riscontrata piuttosto raramente (5 casi).

Cinque pazienti, avevano avuto in passato melene od ematemesi anche gravi; in un altro, fu riscontrato il sangue occulto nelle feci.

In gran parte dei casi, la sintomatologia è riferibile all'ulcera gastrica; negli altri, essa riassume più o meno fedelmente le caratteristiche sintomatologiche dell'ulcera gastrica e di quella duodenale assieme. Le sofferenze sono allora pre- e postprandiali ed i dolori, accompagnati da vomito amaro, da rigurgito, da peso epigastrico.

Appare chiaro come sia impossibile nei nostri casi, trovare validi elementi per affermare quale delle due ulcere sia comparsa per prima: siamo convinti che assai raramente e solo in via ipotetica, si può pensare che una delle due ulcere abbia preceduto l'altra nella data di comparsa:

oltre i due terzi dei casi; sempre fu riscontrata tale associazione, quando l'ulcera duodenale era associata ad un'ulcera mesogastrica. In questi ultimi casi infatti, il rilievo è agevole, anche se l'indagine per esigenze di lavoro, non è molto accurata (fig. 5).

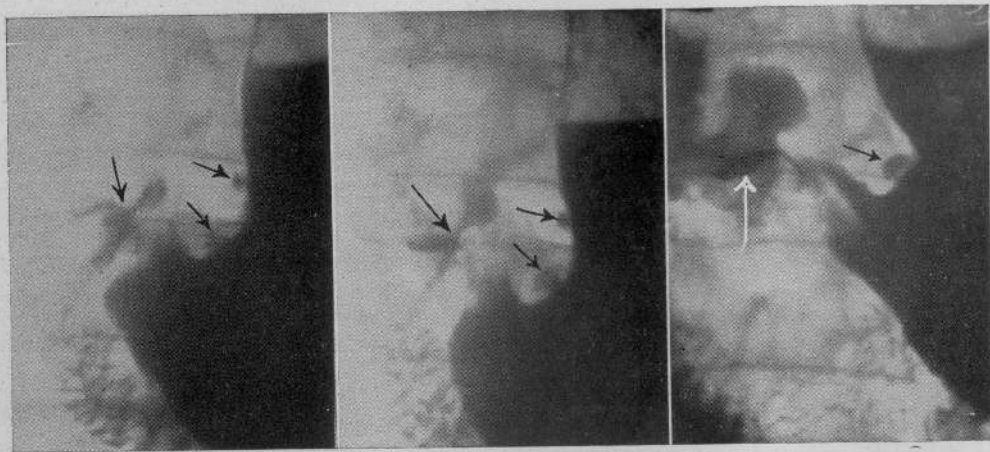


Fig. 5 — Doppia ulcera gastrica associata ad un'ulcera bulbare.

a meno che un precedente esame radiologico ben condotto, avesse messo in evidenza una delle due ulcere e la sintomatologia fosse ad essa riferibile.

Assai meno frequente risultò in questi casi, l'associazione con l'appendicite cronica: almeno per quanto fosse possibile desumerlo dalla indagine radiologica e dall'esame clinico. Se infatti coesiste una ulcera in evoluzione, un'appendicite cronica a sintomatologia epigastrica, può facilmente rimanere non diagnosticata. Comunque, solo in 4 casi fu possibile constatare la sofferenza appendicolare in atto o passata, per la quale gli infermi si erano sottoposti talora ad intervento chirurgico.

La diagnosi clinica nei casi in questione, fu: appendicite cronica con sospetta ulcera duodenale; periduodenite e probabile ulcera duodenale; ulcera duodenale, stenosi pilorica.

Radiologicamente la diagnosi di ulcera gastro-duodenale associata, fu posta in

Più difficile è il riscontro di un'ulcera iuxtapilorica coesistente con un'ulcera bulbare e le difficoltà aumentano ancora, quando l'ulcera iuxtapilorica è del versante duodenale. Questi casi però rientrano nella diagnosi radiologica dell'ulcera multipla del duodeno, della quale abbiamo già parlato.

L'ulcera del « canale pilorico », non è un'evenienza così rara come qualche A. ha affermato. L'ulcera pilorica è stata da noi riscontrata alcune volte associata all'ulcera gastrica od all'ulcera duodenale (figg. 6 e 7). Poichè però essa ha tendenza stenotomica in modo più o meno notevole a seconda dell'anzianità del processo, non è agevole, e spesso è anzi assai difficile, il rilievo della seconda ulcera gastrica e specialmente di quella duodenale.

Topograficamente le ulcere gastriche e duodenali associate, possono così suddividersi: in 10 casi un'ulcera era pilorica del versante gastrico e l'altra o le altre della

prima o della seconda porzione del duodeno, in genere della parete anteriore se uniche, dell'anteriore e della posteriore, se doppie. In 12 casi esisteva un'ulcera mesogastrica della piccola curva ed una o più ulcere duodenali. In un caso esistevano in tutto 5 ulcere duodenali aventi apparentemente la fisionomia delle ulcere croniche: il reperto fu poi confermato dall'esame microscopico.

Anche per quanto riguarda l'aspetto macroscopico, avremmo poco da aggiungere a quanto abbiamo già detto nei lavori su citati, sulla gastrite cronica.

Più o meno evidente ma sempre intensa, la periviscerite ha raggiunto il massimo di intensità nelle ulcere duodenali; la periduodenite si è presentata allora particolarmente evidente, accompagnata da cospicua adenite delle ghiandole sopra e retropiloriche, della grande curva e della piccola curva. Non era raro in questi casi che anche la cistifellea partecipasse al processo perivisceritico e che anche la parete posteriore dello stomaco, fosse anch'essa interessata assieme al pancreas ed alla radice del mesocolon trasverso. Risulta evidente perciò la difficoltà della resezione in questi casi, nei quali si è dovuto procedere con accuratezza e tenacia, per vincere ostacoli che a prima vista sembravano anche insormontabili.

Lo studio microscopico accurato, è stato eseguito su tutti gli stomaci resecati: per un piccolo numero di essi, le sezioni furono ricavate dagli stomaci già conservati in formalina, per gli altri, dagli stomaci appena resecati. Tecniche e colorazioni, sono le stesse di quelle di cui ci siamo serviti, per un ampio studio sulla gastrite cronica, dal punto di vista clinico, anatomopatologico e radiologico.



Fig. 6 — Ulcera pilorica associata ad un'ulcera bulbare.

Si può anzitutto dire che non esiste un quadro istologico definito dell'ulcera multipla od associata dello stomaco e del duodeno; le lesioni che si riscontrano, sono quelle stesse che accompagnano l'ulcera gastro-duodenale con variazioni più o meno sensibili, solo per quanto riguarda la intensità e l'età delle lesioni stesse.

Lo studio istologico delle ulcere, non ci ha dato elementi nuovi od interessanti da rilevare: sempre nei casi che abbiamo preso in considerazione, si trattava di vecchie ulcere croniche di tipo Cruveilhier a cratere più o meno ampio, con netta zona di necrosi nel fondo e tessuto di granulazione sottostante. La sottomucosa sempre interessata in tutto il suo spessore, la muscolare anch'essa scontinuatata totalmente o

parzialmente dal processo, hanno offerto quel quadro anatomico-patologico che si considera ormai caratteristico dell'ulcera cronica di Cruveilhier. Accanto alle lesio-

Si può anzi dire che a livello della sottosierosa, è stato costante il reperto di tessuto cicatriziale di data più o meno recente. Questo dato viene ad avvalorare l'opi-

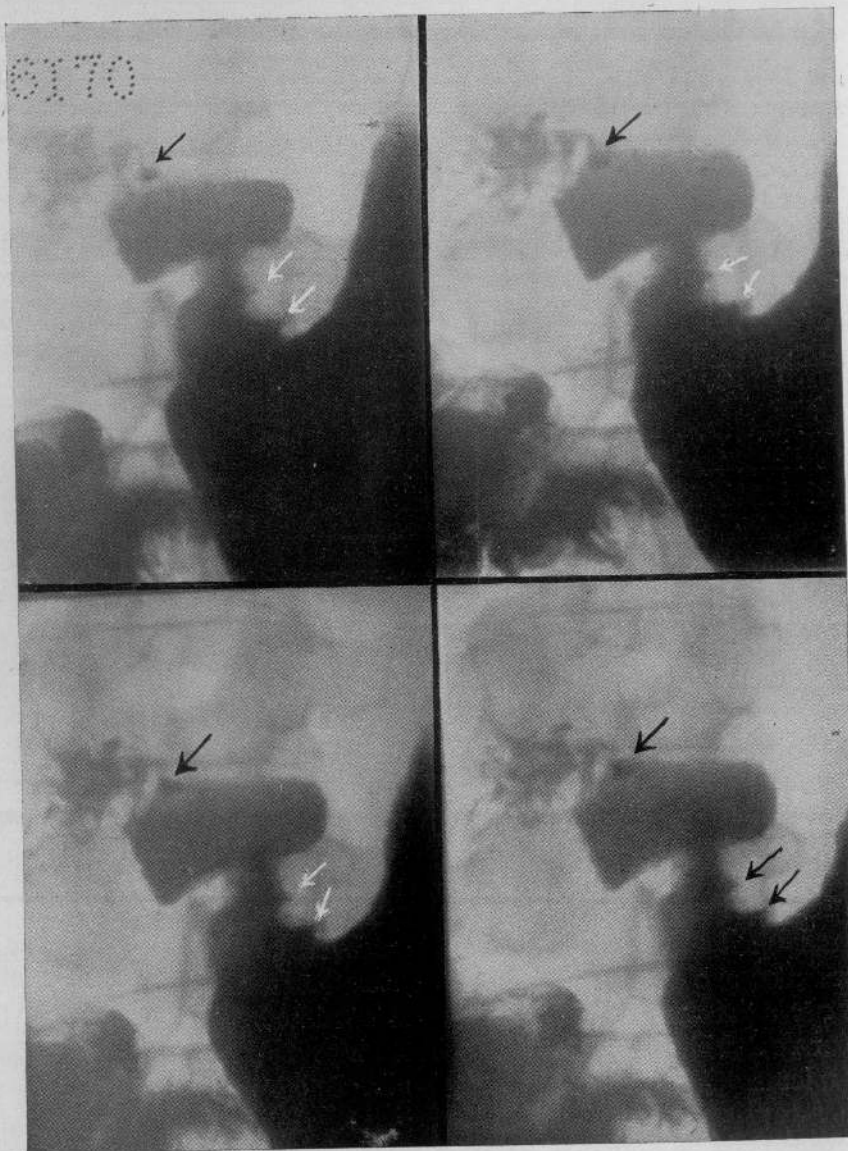


Fig. 7 — Gollini Vittorio: Ulcera gastrica multipla associata ad ulcera duodenale.

ni suaccennate, espressione di un processo distruttivo, note costanti ed evidenti di infiltrazione flogistica più o meno evidenti dello strato muscolare sottostante o adiacente, della sottosierosa e della sierosa.

nione che ci siamo venuti formando in seguito alla metodica osservazione di centinaia di casi: sempre o nella grande maggioranza di essi infatti, la semplice ispezione esterna del viscere, informa con suf-

ficiente fedeltà della esistenza o meno dell'ulcera cronica di tipo Cruveilhier.

La mucosa dei bordi dell'ulcera ha sempre presentato infiltrazione flogistica talora assai spiccata e, nella maggioranza dei casi, una ipertrofia considerevole. Non raramente nella mucosa adiacente all'ulcera, abbiamo potuto notare note di eteroplasia caliciforme. Nessuna nota istologica importante abbiamo rilevato a carico dei vasi e degli elementi nervosi.

I caratteri che abbiamo brevemente esposto, si sono ripetuti costantemente per tutte le ulcere esaminate, gastriche o duodenali. È solo da notare che per quelle medio-gastriche con sede nella piccola curva, i processi cicatriziali ed infiltrativi, ci sono apparsi particolarmente intensi e con spiccata tendenza dell'ulcera alla callosità.

Lo studio istologico accurato delle sezioni del fondo, dell'antro e del duodeno resecato, non hanno messo in evidenza un quadro di lesioni caratteristiche. Abbiamo assistito anzi al ripetersi costante delle note di gastroduodenite cronica, che sempre accompagnano l'ulcera dello stomaco e del duodeno e che altrove abbiamo ampiamente illustrato.

Le lesioni del fondo gastrico sempre lievi, anche in questi casi quelle dell'antro, sono apparse le più cospicue e le più importanti. Di età e di intensità differente, la gastrite follicolare che è a base del processo anatomo-patologico in parola, ha offerto tutta la grande varietà di note che abbiamo studiato ed illustrato nello stomaco dei resecati, per ulcera gastro-duodenale semplice.

La forma atrofica, lo stato mammellonare, la forma ulcerosa, si sono avvicinate nelle sezioni in parola, talora presentandosi variamente associate, con predominanza più o meno netta dell'una forma sull'altra. Ci sembra inutile soffermarci a



Fig. 9 — Ulcera gastrica multipla; lesioni gastriche.
(obb. 2 - ocul. 3 - Koristka).

lungo sulle lesioni in parola, data l'identità di esse con quelle rilevate negli studi su citati: saremmo costretti a rifare evidentemente tutto lo studio della gastrite cronica, ripetendo nozioni ormai acquisite e fondamentali.

È da notare però che nelle ulcere multiple dello stomaco, più di frequente che nell'ulcera semplice e solitaria ed assai più frequentemente di quanto non si verifica nell'ulcera solitaria o multipla del duodeno, abbiamo notato una spiccata tendenza del processo gastritico, ad assumere le caratteristiche della forma atrofica. Oltre alla mucosa allora, tutta la parete dello stomaco si è presentata assottigliata e l'epitelio con maggiore evidenza che altrove, con chiare note di eteroplasia caliciforme. Con frequenza minore, abbiamo notato in questi casi un aspetto mammellonare della mucosa gastrica antrale: con più frequenza invece, quelle note di flogosi cronica a carico delle ghiandole dello stomaco che tubulari, si presentano qui tortuose, serpiginose, contorte.

Nell'ulcera duodenale multipla, le lesioni gastriche si sono raramente presentate con le caratteristiche della forma atrofica

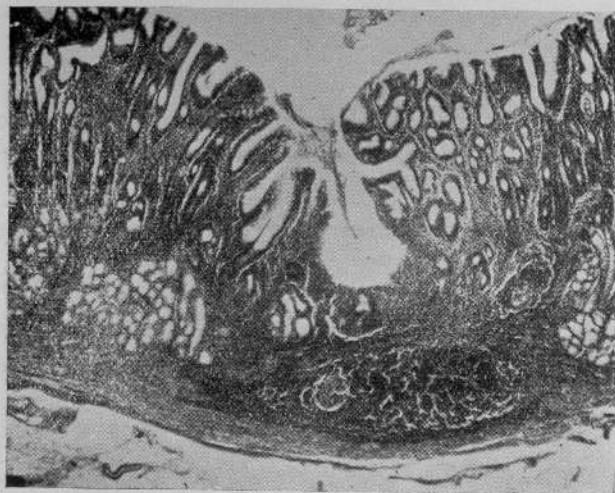


Fig. 10 — Ulcera duodenale multipla: lesioni gastritiche.
(obb. 2 — ocul. 3 — Koristka).

suddescritta: le erosioni multiple ed uno stato mammellonare talora assai intenso, sono stati qui notevolmente frequenti.

Nelle ulcere associate dello stomaco e del duodeno, ci è sembrato che più spiccata tendenza avesse la gastrite ad assumere le caratteristiche della forma atrofica, sebbene in buona parte dei casi, lesioni atrofiche, erosive e stato mammellonare, variamente si alternassero nelle sezioni dello stesso stomaco.

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI

Come nei malati di ulcera gastroduodenale semplice, anche in questi l'esame obbiettivo ci fornisce scarsi elementi diagnostici.

Il vomito, sintoma frequente nelle malattie intrinseche dello stomaco, non è raro a riscontrarsi in altre che più o meno direttamente sullo stomaco si ripercuotono, con lesioni anatomiche o solo funzionali (appendicite, colecistite, stenosi duodenale, distonie intestinali, dispepsie varie, ecc.). Non è costante nei malati di ulcera multipla od associata e non può avere quindi valore semeiologico assoluto: a

meno che non si abbia stenosi pilorica, è dipendente da vari fattori di natura funzionale ed anatomica, spesso sommati e complessi. La frequente presenza del vomito in molte malattie addominali, diminuisce certamente quello che è il suo valore intrinseco semeiologico.

Sintoma di gran valore se progressivo, alimentare, post-prandiale imperioso e ripetuto, se accompagnato a guazzamento epigastrico, con netta tendenza talora a diventare più raro ma più abbondante in quanto ci svela una stenosi in evoluzione, più di frequente nelle ulcere multiple od associate, non ha caratteri costanti: è ali-

mentare od acquoso e costituito principalmente da liquido di ipersecrezione, amaro, talora anche biliare, scarso od abbondante. Fattori costituzionali e regime alimentare variamente lo influenzano, sicchè non riesce possibile stabilire eventuali caratteri differenziali di esso nelle numerose malattie cui si accompagna.

Dallo studio clinico dei casi di ulcera multipla od associata, emerge dunque che il vomito, senza avere nulla di caratteristico per costanza e caratteri, è certo uno dei sintomi più frequenti e che merita perciò d'essere attentamente vagliato.

Dal punto di vista diagnostico, scarsa importanza ha per noi la piroisi, il crampo, il peso epigastrico. A parte la difficoltà di individuare il vero tipo di sofferenze nei diversi malati (una buona percentuale dei quali poco osservatrice di se stessi), è pertanto certo che questi sintomi dipendono dal modo di soffrire dello stomaco e dal modo col quale tali sofferenze, sono dal malato percepite. Dipendenti poi da fattori costituzionali e fisiopatologici assai vari e perciò tanto complessi, non possono essere caratteristici di una determinata lesione. Molte malattie addominali, alcune

lelle quali indipendenti dallo stomaco, possono accompagnarsi a questi sintomi: ad essi manca quindi ogni valore specifico.

L'esame del contenuto gastrico, ancora una volta ci dà degli elementi che se utili da un punto di vista dottrinario, lo sono assai poco o non lo sono affatto, da un punto di vista diagnostico.

È certo che a differenza di quanto avviene nelle ulcere semplici dello stomaco e del duodeno, nelle ulcere multiple od associate, si ha una netta diminuzione percentuale degli iperacidi, a favore dei normoacidi e degli ipoacidi; e tale tendenza è assai più evidente nelle ulcere gastriche multiple (DI NATALE). Questo fatto è la espressione funzionale di quanto noi abbiamo rilevato nello studio anatomico-patologico della parete gastrica. Abbiamo infatti visto come nelle ulcere gastriche multiple e talora anche nelle ulcere associate, si abbia una netta tendenza alla forma atrofica della gastrite, mentre assai più rare sono le note di gastrite ipertrofica. Ci sembra quindi ancora utile ribadire il concetto che l'esame del chimismo gastrico, non ha valore diagnostico ben determinato. Esso non può informarci che sullo stato anatomopatologico e funzionale dello stomaco, senza che sia possibile dai suoi dati ricavare qualche elemento di sicurezza, sulla esistenza o meno e sulla eventuale gravità della lesione organica anatomopatologica, che è la causa della gastrite stessa. Il chimismo gastrico ci fornisce dunque in questi casi, dei dati che sono l'espressione della natura e della intensità della gastrite e non della malattia cui si accompagna.

È naturale che con la fatale tendenza di ogni processo flogistico alla sostituzione dell'elemento nobile specifico con tessuto

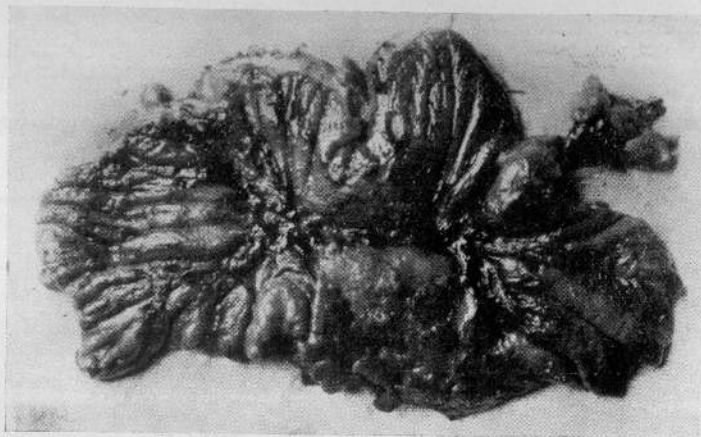


Fig. 8 — Gollini Vittorio: Ulcera gastrica multipla associata ad ulcera duodenale.

connettivo, anche nello stomaco si abbia con l'invecchiare del processo, la trasformazione di ogni tipo di gastrite nella forma atrofica. Con questa trasformazione, che è inesorabile specie se persiste a lungo la causa atta a determinarla, si ha la parallela trasformazione di quelle che erano le precedenti caratteristiche secretorie dello stomaco.

Il dolore costituisce, anche qui, il sintoma fondamentale e più sicuro; le localizzazioni di esso sono assai varie: in genere epigastrico, è talora localizzato nella fossa iliaca destra o sinistra (più frequente a destra, nella paraombelicale) od è ipocondriaco, sottocostale. Spesso ha irradiazioni posteriori ad una spalla od a tutte e due, o si proietta sulle vertebre dorsali o dorsolombari. È gravativo, urente, trafittivo, crampiforme, si accompagna a nausea od a vomito e questo è alimentare, ma più di frequente (a meno che non esista una stenosi pilorica o duodenale in atto) è amaro, acquoso, filante.

Assai più importanti sono le caratteristiche del dolore in rapporto ai pasti ed alla periodicità nel tempo. La Scuola cui apparteniamo, ha certo il merito di avere particolarmente insistito sull'enorme valore diagnostico delle caratteristiche del

dolore, nelle varie malattie a sindrome epigastrica; merito ancora più grande, in quanto esso rappresenta dal punto di vista clinico, il pilastro fondamentale che assai spesso da solo, regge tutto il lavoro diagnostico.

Abbiamo visto in quale percentuale di casi la sintomatologia dolorosa si presenta caratteristica e come assai di frequente ci abbia permesso di porre la diagnosi di ulcera. Va da sé che col complicarsi del quadro morboso per la contemporanea sofferenza di altri organi o per il subentrare di altre condizioni anormali (stenosi funzionale od anatomica del piloro o del duodeno, aderenze, ecc.), la tipicità del dolore vada poco a poco perdendo ogni caratteristica, fino a scomparire completamente. Sono i casi questi in cui la diagnosi clinica, può solo essere approssimativa e l'ultima parola spetta al radiologo.

Un esame radiologico ben condotto infatti, rende spesso ragione delle atipie dolorose e delle interferenze sintomatologiche, che altrimenti resterebbero inspiegate.

Quanto alla terapia, col passare degli anni ci siamo sempre più orientati verso le ampie resezioni duodeno-piloro-gastriche che nella nostra Clinica, vengono oggi praticate con la tecnica di Reichel-Polya. Gli interventi palliativi (gastroenterostomia e resezione per esclusione alla Finsterer), sono per noi limitati a dei casi poco numerosi del resto, nei quali le particolari condizioni generali o quelle locali, non permettono un ampio intervento demolitore, senza un contemporaneo aggravarsi della prognosi.

I risultati lontani di queste resezioni, risultati che più volte abbiamo scrupolosamente vagliato, sono da considerarsi ottimi e ci invogliano a proseguire secondo queste direttive, alle quali perciò ci dichiariamo fedeli.

Concludendo ci pare opportuno dire che lo studio clinico dei malati, sia pure con-

fortato dai dati del chimismo gastrico, non è sufficiente a far porre la diagnosi di ulcera multipla od associata.

L'elemento più sicuro e più costante di questo studio, il dolore, è in genere dipendente dall'evoluzione di una delle due ulcere e non ha nulla di caratteristico, nell'ulcera multipla od associata. Con le caratteristiche evolutive nel tempo e nella giornata, esso costituisce sempre però il più prezioso ausilio diagnostico.

Solo il radiologo può mettere in evidenza delle ulcere multiple od associate che generalmente giungono a lui con la diagnosi generica di ulcera gastro-duodenale.

Poichè lo studio radiologico in parola richiede allenamento ed esperienza particolare, è necessario che sia presente nello spirito del radiologo stesso la possibilità dell'esistenza di lesioni ulcerative multiple: solo così o per lo meno in modo più facile, egli potrà giungere alla diagnosi precisa. Quando infatti il radiodiagnosta abbia sempre presente la possibilità della esistenza di ulcere multiple od associate, non si accontenterà più di una facile diagnosi di ulcera bulbare o di ulcera della piccola curva gastrica, ma indagherà, con perseveranza e con rigore di metodo, tutto il segmento gastro-duodenale. La molteplicità e l'associazione delle ulcere sarà allora di riscontro più frequente, specie se la ricerca sarà ripetuta ed insistente, in quei pazienti con sintomatologia dolorosa atipica.

La radiologia rimane adunque il solo mezzo che può permettere oggi la diagnosi preoperatoria di ulcera multipla od associata, illuminando nel contempo il chirurgo sulle condizioni dell'organo sul quale si accinge ad intervenire. È così che il valore della radiologia è doppiamente importante, in quanto le conclusioni diagnostiche sono preziose anche per la terapia e per la prognosi.

RIASSUNTO

Gli AA. dallo studio delle ulcere multiple ed associate, appartenenti al materiale della Clinica Chirurgica di Bologna, concludono che la diagnosi clinica di ulcera multipla od associata è assai difficile e che solo con l'esame radiologico attento e preciso, vi si può giungere in buona parte dei casi.

Gli AA. si fermano poi su particolari aspetti clinici, radiologici ed anatomopatologici, che il problema dell'ulcera multipla ed associata presenta.

BIBLIOGRAFIA

- ABADIE M. - *Soc. de Chir. de Paris*, 1927.
— *Presse méd.*, a. XXXV, 1927.
BAZZOCCHI G. - *Ann. Ital. di Chir.*, vol. XV, 1936.
BENASSI E. - *La Radiologia Medica*, fasc. 4, 1933.
BIGNAMI G. - *Quaderni Radiologici*, fasc. 5, 1932.
BUISSON M. - *La Radiologia Medica*, fasc. II, 1933.
CHIASSERINI - *Ann. Surg.*, vol. 100, 1934.
CHIERICI R. - *La Radiologia Medica*, fasc. 9, 1936.
DELORE, JOUVE, COMTE - *Revue de Chirurgie*, n. 1, 1928.
DELORE, MALLET-GUY, DUCROUX - *Presse Méd.*, a. XXXIV, 1926.
DELORE, COMTE, LABRY - *Lyon Méd.*, v. XXIV, 1925.
DELORE, MALLET-GUY, VACHEY - *Lyon Chir.*, vol. XXII, 1925.
DELORE, MARTIN, MALLET-GUY - *Arch. franç-belges de Chir.*, vol. XXVIII, 1925.
DELORE, DE GIRARDIER - *Press. Méd.*, a. XXXIV, 1926.
DELORE, MALLET-GUY, VACHEY - *Revue de Chir.*, vol. XLIX, 1925.
DI NATALE L. - Vol. per le onoranze al Prof. DONATI, 1938. Cappelli edit.
DOCIMO - *La Clinica*, 1936.
GUERRERI D'ANTONA G. - *Ateneo Parmense*, vol. suppl. 1932.
— *La Clinica Chirurgica*, 1934.
— *Boll. e Memor. Soc. Emil. Romagnola di Chir.*, 1937.
— e ZANETTI S. - Congresso ital. di Chir. Torino, 1937.
HABERER - *Zentr. f. Chir.*, 1934.
LENARDUZZI - Supplemento ai *Quaderni di Radiologia*, n. 1, 1931.
LUPACCIOLU G. - *La Radiologia Medica*, fasc. 3, 1932.
JUDD e PROCTOR - *Med. Journ. and Rec.*, CXXI, 1925.
MAYO C. H. - *Brit. Med. Journ.*, vol. 103, 1920.
MOYNIHAN - *Lancet*, vol. 231, 1923.
PESCATORI e QUIRI - *Boll. e Memor. Soc. Emil. Romagnola di Chir.*, 1935.
PUCCINELLI - *Policlinico, Sez. Prat.*, 1935.
TOMODA e TAKAURA - *Arch. f. Klin. Chir.*, vol. 190, 1937.
TOMODA - *Arch. f. Klin. Chir.*, vol. 190, 1937.
VIVIANI - *La Radiologia Medica*, fasc. 6, 1930.
— *Rivista di Radiologia e Fisica Medica*, fasc. 4, 1931.
ZANETTI - *Annali di Radiologia e Fisica Medica*, fasc. 2, 1935.
— e GUERRERI D'ANTONA G. - *La Radiologia Medica*, fasc. II, 1938.

60507





