

Mario B 75/33 35.

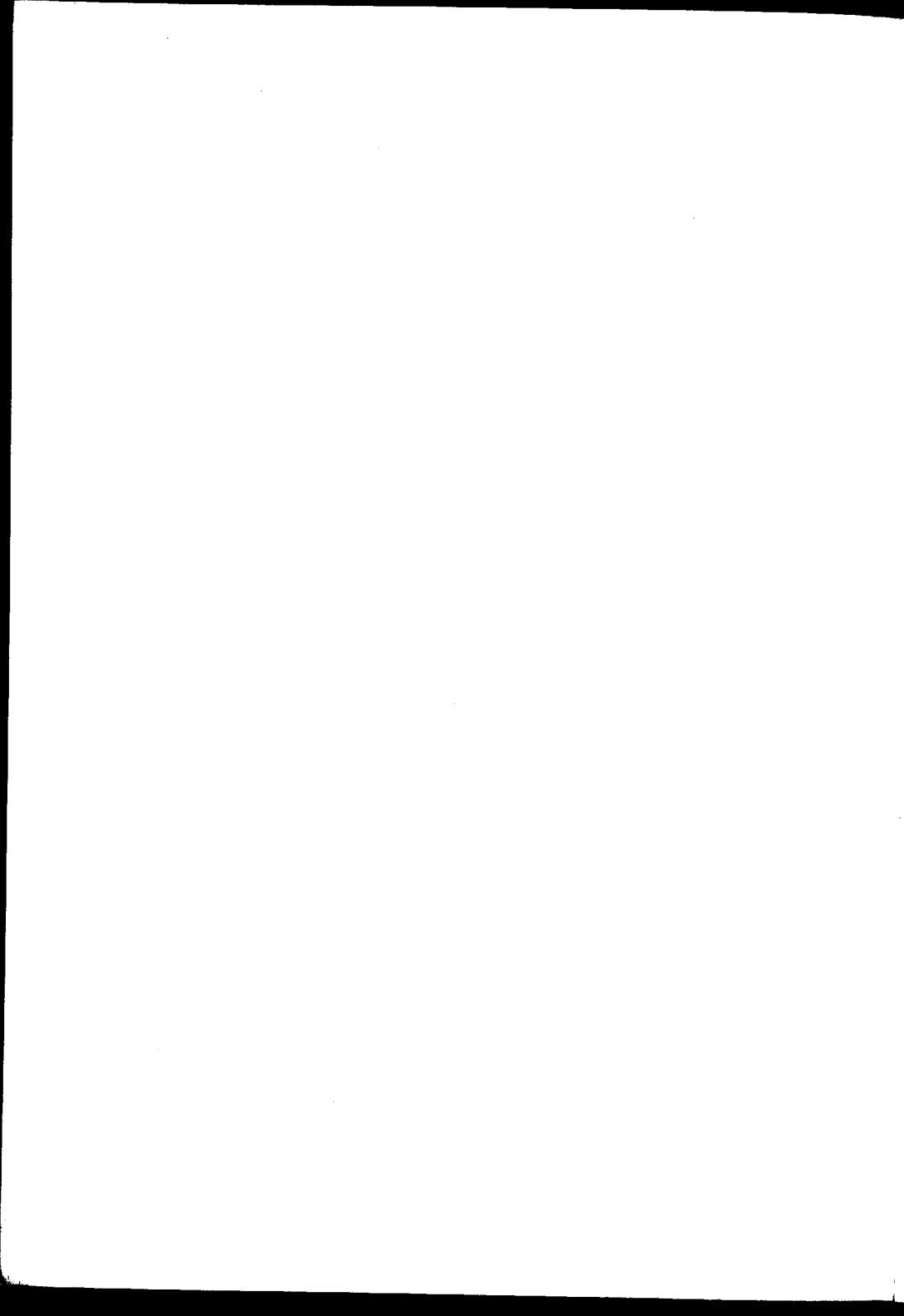
OSPEDALE PRINCIPALE MILITARE MARITTIMO DI LA SPEZIA  
Direttore: Colonnello Medico Prof. MARIO PERUZZI

## OSSERVAZIONI RADIOLOGICHE SULLA TUBERCOLOSI INTESTINALE

Note del Maggiore Medico R.M. GIUSEPPE PEZZI  
Capo del Reparto radiologico e fisioterapico

Estratto dagli "Atti della Scuola di Sanità M. M."  
Gennaio-Febbraio — 1940-XVIII

R O M A  
TIPOGRAFIA OPERATA ROMANA  
1940-XVIII



OSPEDALE PRINCIPALE MILITARE MARITTIMO DI LA SPEZIA  
Direttore: Colonnello Medico Prof. MARIO PERUZZI

---

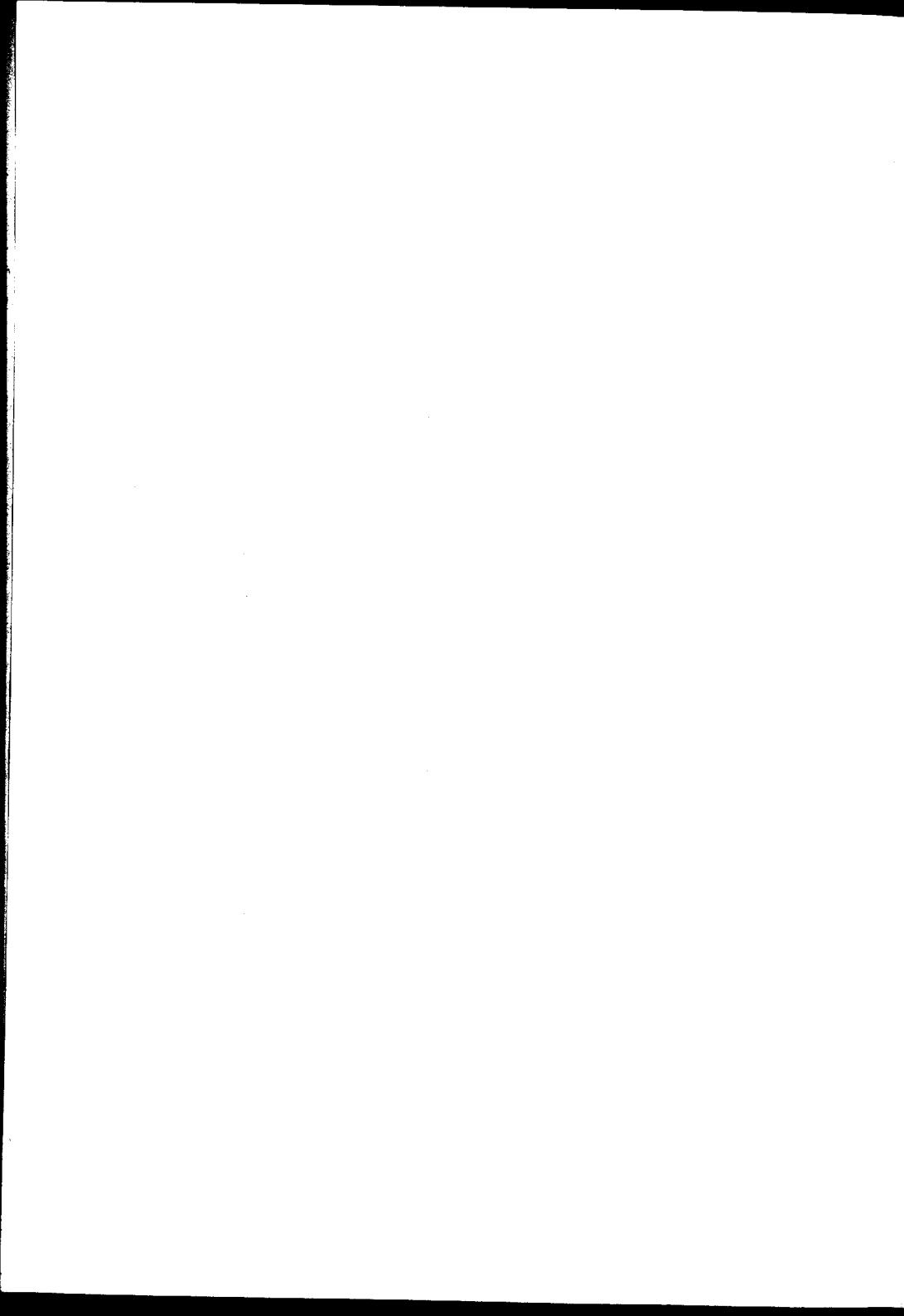
## OSSERVAZIONI RADIOLOGICHE SULLA TUBERCOLOSI INTESTINALE

Nota del Maggiore Medico R.M. GIUSEPPE PEZZI  
Capo del Reparto radiologico e fisioterapico

*Estratto dagli "Atti della Scuola di Sanità M.M.",  
Gennaio-Febbraio — 1940-XVIII*

---

ROMA  
TIPOGRAFIA OPERATA ROMANA  
1940 -XVIII



OSPEDALE PRINCIPALE MILITARE MARITTIMO DI LA SPEZIA

Direttore: Colonnello Medico Prof. MARIO PERUZZI

## OSSEVAZIONI RADILOGICHE SULLA TUBERCOLOSI INTESTINALE

Nota del Maggiore Medico R. M. GIUSEPPE PEZZI

Capo del Reparto radiologico e fisioterapico.

Durante i tre anni della mia direzione del Reparto radiologico di questo ospedale (1936-1939) mi è stato dato di segnare attentamente 28 casi di tubercolosi intestinale: alcune erano forme incipienti, altre forme avanzate, tutte però secondarie a lesioni di uguale natura a carico del polmone o del rene o delle ossa. I malati erano militari ricoverati nel reparto isolamento dell'ospedale.

Mi sembra interessante riferire l'esito di tali osservazioni tanto più che è noto come il quadro radiologico, in determinati casi, specie nelle forme iniziali, sia di assai difficile interpretazione.

Nei miei malati l'esame radiologico fu eseguito o in base a sospetto clinico oppure perché la sintomatologia obiettiva aveva messo in rilievo dei sicuri segni di tubercolosi intestinale. In tutti i casi l'indagine radiologica recò un importante contributo alla diagnosi della lesione nei riguardi sia della sede che dell'estensione.

L'esame dei radiogrammi ha subito confermato la nozione già acquisita che le sedi di predilezione della tbc. intestinale sono la regione ileo-cecale e il colon ascendente.

Nella maggior parte dei casi l'indagine radiologica ha messo in evidenza i segni ora della colite ulcerosa, ora della forma ulceropertrofica a carico del ceco e di alcuni tratti del colon ascendente, con le note proprie di questa forma morbosa: salto del ceco, scomparsa delle normali austrazioni ed alterazioni di forma e di dimensioni, margini rosicchiati, segni di scollamento della mucosa.

Inoltre in 4 casi si sono riscontrati piccoli focolai di colite ulcerosa anche a carico dei singoli segmenti del trasverso.

Si è potuto osservare che la tubercolosi ulcerosa del colon determina spesso una notevole ipereccitabilità dell'intestino con conseguente ipertonìa ed un'ipermotilità che interessa determinati segmenti i quali presentano aspetto rigido e scarsa dilatabilità mentre

è rilevabile, attraverso ad essi, abnorme accelerazione del transito del pasto opaco. In 3 casi si è potuto sorprendere lo svolgersi di grandi spostamenti in massa della sostanza baritata, che si susseguivano con relativa rapidità; la palpazione effettuata durante la radiosopia faceva avvertire in corrispondenza di tali segmenti un tubo duro che rammentava la corda colica di Glénard.

L'assenza di questi perturbamenti funzionali non esclude una lesione della parete: è logico, infatti, ritenere che, non appena il processo avrà alterato o distrutto gli elementi nervosi da cui partono i riflessi, tale reperto non potrà più ottenersi. Dalle nostre osservazioni si è rilevato inoltre che non esiste un parallelismo fra la diffusione del processo ulcerativo e la ipermotilità.

Il fenomeno di Stierlin è stato rilevato frequentemente nei miei malati, ma non è apparso costante né si è rivelato patognomonico in quanto è mancato in 11 sui 28 pazienti. In 5 casi di tbc, ileo-cecale con sintomatologia obiettiva chiara tale segno era negativo.

In 6 casi è stato riscontrato un segno importante, già messo in evidenza nelle coliti non specifiche: la *stasi ileale*.

Normalmente fra la 6<sup>a</sup> e la 9<sup>a</sup> ora tutto il bario passa attraverso lo sfintere ileo-cecale nel colon, cosicchè alla 9<sup>a</sup> ora non se ne trova traccia alcuna nell'ileo. Quando, alla 6<sup>a</sup> ora, il bario non ha ancora sorpassato lo sfintere ileo-cecale e, alla 9<sup>a</sup> ora, è ancora presente nella parte terminale dell'ileo, esiste una stasi ileale che è probabilmente dovuta ad una contrazione spastica dello sfintere ileo-cecale, come reazione di difesa per la protezione del colon irritato.

La constatazione di tutti questi perturbamenti funzionali deve indurre a ricercare sempre i segni radiologici diretti della lesione della mucosa. Ora noi sappiamo che nel colon il rilievo interno è costituito da pliche sottili, trasversali, oblique o longitudinali intrecciate in guisa tale da formare un disegno armonico e regolare. Nelle forme iniziali di tbc, del colon le pliche appaiono leggermente ingrossate, ridotte di numero; il disegno, disorganizzato e disarmomico. Nelle forme ulcerose, soprattutto nelle ulcerose ipertrofiche, il rilievo normale della mucosa risulta fortemente alterato; il bario, insinuandosi negli spazi scissurali esistenti fra i cuscinietti di mucosa ipertrofica ed alterata, descriverà, in alcuni casi, delle ombre positive e striscia. Tali ombre sono talvolta disposte come formazioni isolate in mezzo ad aree prominenti dando luogo ad un'immagine a « terreno erpicato di fresco ». Quanto più la mucosa è infiltrata tanto più il rilievo si fa rigido e le pareti finiscono a poco a poco per perdere l'elasticità e la distendibilità loro propria, ciò che si può constatare durante l'irrigoscopia o la distensione gassosa.

Dall'esame dei radiogrammi si è potuto anche rilevare, in 6 casi, la concomitanza di alterazioni dell'ultima ansa del tenue: alterazioni di forma, di contorno, di decorso; all'esame clinico vi è dolorabilità localizzata alla pressione sotto lo schermo. In 7 casi di le-

sione ileo-cecale, senza stenosi, il passaggio del pasto opaco è apparsò leggermente rallentato; in altri 14 casi, reperto frequente è stata l'insufficienza della valvola ileo-cecale; in questi ultimi casi, nei radiogrammi presi di profilo mi fu dato rilevare il noto segno della « depressione a golfo » del margine interno del ceco in corrispondenza dello sbocco dell'ultima ansa del tenue.

L'esame radiologico del tenue, se eseguito con particolari accorgimenti tecnici e ripetuto di ora in ora dalla ingestione del pasto opaco, dà preziosi dati semeiologici, raggiungibili nell'esame fisico, sulle alterazioni del tono e sulla motilità, sulle eventuali alterazioni di forma delle singole anse, sulle alterazioni delle valvole connivenienti ed infine sulle alterazioni prestenotiche di origine organica.

Alterazioni circoscritte di tono e di motilità del tenue possono essere la spia di una lesione specifica iniziale del tenue stesso, specialmente quando coesiste un processo di tbc. cecale; tuttavia è da ricordarsi che uno spasmo ileale può essere semplicemente un sintomo di tbc. cecale, anzi essere l'unico sintomo di essa per un determinato tempo, come è stato da noi osservato in due casi.

In genere i fenomeni di iperexcitabilità dell'intestino lesivo, che nel colon per lo più si accompagnano ad ipermotilità, nel tenue, per il prevalere del fenomeno spasmo, per lo più conducono ad un ritardo del transito del pasto opaco.

Nei processi di periviscerite e mesenterite tbc., siano essi associati o meno a lesioni parietali dell'intestino, la topografia normale della matassa del tenue risulta più o meno marcatamente alterata e così anche la sede, la morfologia di singole anse ed il disegno della mucosa: tali alterazioni sono apparse di più frequente rilievo nell'ultima ansa.

In due casi di stenosi bassa del tenue, per lesione parietale, il rallentamento del pasto opaco nel tenue fu cospicuo (3 giorni); in questi due casi si rilevò un'irregolare disposizione della matassa del tenue in rapporto prevalentemente con fatti di mesenterite cronica e peritonite adesiva. In ambedue questi casi si ebbe positivo il reperto di «livelli idrogassosi» caratteristici delle stenosi profonde del tenue. In un altro caso di stenosi bassa del tenue ed adenomesenterite tbc. si ebbe il reperto di livelli idrogassosi intestinali accanto a quello di liquidi dovuti a scarso essudato peritoneale raccolto in concamerazioni, non rilevabile all'esame clinico.

Elementi assai utili per la precisazione diagnostica e lo studio della mucosa apporta l'esame radiologico previo clisma opaco insufflato alla Fischer: tale esame deve eseguirsi, per ovvie ragioni, con prudenza.

Il reperto di alterazioni a carico dell'appendice è risultato, nei malati da me osservati, abbastanza frequente; infatti segni di appendicite cronica si osservarono in 12 casi su 28. I segni radiolo-

gici riferibili a tali alterazioni (mancato riempimento, dolorabilità localizzata, alterazioni di sede e di forma) non hanno alcun significato di carattere specifico; ma è noto, d'altra parte, che esistono appendiciti croniche di cui solo l'esame istologico rivela la natura tbc.

Nei soggetti affetti da tbc. intestinale e concomitante tbc. polmonare è fondato ammettere una predisposizione all'appendicitis cronica da riferirsi prevalentemente alle note somatiche della prima combinazione morfologica di De Giovanni con l'ipersviluppo dell'apparato linfatico intestinale e le distonie cecali (e conseguente ristagno di materiale fecale bacillifero) ed appendicolari che ne costituiscono un attributo e predispongono, in un primo tempo, alla tbc. del ceco colle sue preferite localizzazioni in corrispondenza della valvola di Gerlach ed, in secondo tempo, alle alterazioni dell'appendice.

Non si è rilevato nessun caso di tbc. primitiva dell'appendice.

#### CONCLUSIONI.

Le moderne ricerche radiologiche sulla tbc. intestinale hanno messo in rilievo segni e criteri di valutazione i quali rivestono un grande valore agli effetti della diagnosi sia per le forme di tbc. intestinale primitiva sia per le secondarie: segni d'irritazione del colon (più di rado del tenue), salto del ceco, scomparsa delle normali austrazioni, localizzazione delle lesioni alla valvola ileocecale, stasi ileale, mancanza di netta delimitazione fra il focolaio morboso ed i segmenti vicini, diffusione del processo infiltrativo del ceco all'ultima ansa del tenue, sono rilievi radiologici che, se contemporaneamente presenti, rendono fondato il sospetto di natura tbc. delle lesioni.

Certamente quella di tubercolosi intestinale è una diagnosi che si basa sull'insieme di tutti i dati clinici e di laboratorio; ma anche l'indagine radiologica non deve essere trascurata: essa sarà utile in tutte quelle forme in cui la diagnosi clinica presenta qualche incertezza, e, in ogni modo, è un procedimento di esplorazione che si può dire indispensabile per determinare la localizzazione e l'estensione del processo morboso.

Per l'autoriassunto l'A. si rimette alle conclusioni (1).

(1) Con il gennaio del corr. anno l'Autore è stato imbarcato sul R. Iner. « Pola ».

Perfanto i radiogrammi, le storie cliniche e la bibliografia relativi alle presenti ricerche saranno allegati nel lavoro completo che verrà pubblicato all'atto del suo sbarco.

