

Mix B 70/67

47

Patologia e terapia delle affezioni spastiche dell'intestino

LEZIONE

del Prof. PERICLE POZZILLI

Docente di Patologia speciale Medica nella R. Università di Roma

Estratto dalla Rivista « MEDICINA NUOVA »

N. 8 - ANNO XIX



ROMA

TIPOGRAFIA DITTA F.LLI PALLOTTA

Via del Seminario, n. 87

1928 - VI



Patologia e terapia delle affezioni spastiche dell'intestino

LEZIONE

del Prof. PERICLE POZZILLI

Docente di Patologia speciale Medica nella R. Università di Roma

Estratto dalla Rivista « MEDICINA NUOVA »

N. 8 - ANNO XIX



ROMA

TIPOGRAFIA DITTA ELLI PALLOTTA

Via del Seminario, n. 87

1928 VI

La patologia e la terapia delle malattie intestinali ha fatto oggetto di una serie di lezioni dello scorso anno scolastico; e soprattutto mi sono diffuso sulle anomalie motorie e secretorie dello stomaco e dell'intestino, pur non trascurando quanto fa parte di affezioni organiche dell'apparato gastro-enterico. Noi chiamiamo nevrosi quei disordini delle funzioni gastriche ed intestinali per le quali non si trova alcun fondamento anatomico; ma questa definizione negativa dice già che il concetto di nevrosi comprende le malattie più varie; in cui il substrato anatomico è ancora sconosciuto; esse sono per lo più conseguenza di intossicazioni che provocano disordini funzionali attraverso le alterazioni del sistema nervoso vegetativo, vagale e simpatico, dominante la vita organica dello stomaco e dell'intestino.

Nella trattazione della lezione di oggi noi ci fermeremo soprattutto a parlare della patologia e della terapia delle affezioni spastiche dell'intestino. Ma non è inutile rilevare, corrispondentemente a tale trattazione, la suddivisione anatomica che è comunemente usata. Noi conosciamo infatti le seguenti funzioni principali dell'intestino: 1) la funzione secretoria, la trasformazione cioè delle varie sostanze alimentari in forma solubile; 2) la funzione di riassorbimento, cioè l'assorbimento delle sostanze disciolte; 3) la funzione motoria,

cioè la mescolanza e l'inoltro del contenuto intestinale; 4) la funzione escretoria, cioè la eliminazione di alcune sostanze attraverso la mucosa.

Nella maggior parte delle condizioni patologiche dell'intestino risulta che talora più di una di queste funzioni, dati i loro reciproci rapporti, è alterata in modo vario e complicato; spesso tali singole alterate funzioni dell'intestino, risultano funzioni composte che noi ritroviamo al letto del malato. In base ai fenomeni relativi si può fare una suddivisione generale della materia su fondamenti clinico fisiologici, che ha il vantaggio di porre i quadri diagnostici dei singoli capitoli.

I disordini funzionali dell'intestino danno spesso segno di sé col modo del passaggio intestinale, quindi con le scariche alvine. In base a questo concetto tratteremo vari disordini intestinali riferentisi alla costipazione abituale, alle cause, al modo, alla genesi di essa, ma separatamente ai fenomeni riferentisi alla costipazione ipercinetica e alla trattazione di questa.

La costipazione abituale, o più esattamente funzionale, è espressione di una alterata attività motoria dell'intestino e più precisamente del crasso. L'alterata motilità del tenue può venire in discussione solo indirettamente, in virtù cioè della sua influenza sulla funzione del crasso. Si suole denominare *atonica* la costipazione da di-

minuita attività intestinale. *spastica* quella di genesi opposta.

Nella lezione odierna non ci tratteremo che fuggacemente sulla costipazione abituale, in cui è diminuita l'attività motoria dello stomaco, mentre ci diffonderemo sulla aumentata attività motoria dell'intestino, in cui non si tratta semplicemente di un aumento della peristalsi, che per contro provoca la diarrea, bensì di stati spastici e di disordini della coordinazione dei movimenti del crasso.

Diciamo subito che la denominazione di costipazione atonica è poco felice; con essa noi ci raffiguriamo una debolezza motoria dell'intestino. Ma atonia vuol dire anche mancanza di tensione o in senso più largo, diminuzione o insufficienza della tensione medesima. Abbiamo detto dello stomaco atonico, in cui meno validamente attorno al suo contenuto si coarta la muscolatura, ma non è detto che a ciò debba essere connesso un prolungamento del tempo di svuotamento. Per l'intestino possono valere gli stessi concetti: un intestino atonico si contrae effettivamente meno, ma con ciò non è detto che non debba avere la forza di inoltrare in un tempo più o meno lungo il suo contenuto. Orbene dalla diminuzione della forza espulsiva risulta la costipazione atonica, ma non è detto sempre che le cose debbano essere così, poichè è risultato anche dall'esame radiologico che l'intestino nella costipazione atonica è abnormemente largo qualora non sia disteso dal contenuto stagnante; e sappiamo anche che il fatto motorio è in genere conseguenza di altri fattori. In base a questi concetti noi analogamente allo Schwartz, riteniamo più esatta la denominazione di *ipocinetica*, in contrapposizione alla forma *ipercinetica*, o più esattamente ancora *iperdiscinetica*, cui corrisponde la così detta *costipazione spastica*.

È necessario per altro premettere alcune nozioni di fisiopatologia dello spasmo di organi cavi, come è appunto l'intestino,

prima di discutere della patologia e della terapia di affezioni spastiche dell'intestino.

Lo spasmo di un organo (Furno) o di un segmento di organo del canale digerente è un complesso sintomatico ipercinetico, nel quale ad un aumento della motilità fisiologica si associa un disturbo delle contrazioni sinergiche che normalmente si hanno nella muscolatura circolare e lunga: già nei sani si osservano notevoli differenze individuali nell'attività muscolare dello stomaco e dell'intestino, ed esse si accentuano fino alla morbosità nel soggetto malato. Le cause più disparate possono provocare ipermotilità o spasmo dell'intestino di durata più o meno lunga, in uno o più dei suoi segmenti. Ma l'importanza clinica di questo fatto sta in ciò che esso è sempre indice o di una costituzione organica morbosa generale, o di un processo patologico con sede nell'intestino o nelle sue immediate vicinanze. Non si può intendere la patogenesi dello spasmo intestinale, qualunque sia la causa che l'abbia provocato, se non si ricorda il meccanismo di innervazione di quest'organo. Due sistemi di nervi e un complesso di gangli autonomi sparsi nello spessore delle sue tuniche muscolari, presiedono alla vita motoria, sensitiva e secretoria di tutti gli organi della digestione: il simpatico, il parasimpatico e i plessi ganglionari, intramurali o parietali. La Fisiologia ha inoltre stabilito che questi plessi ganglionari, disposti tra lo strato esterno longitudinale dei muscoli lisci dell'intestino e lo strato anulare, sono capaci da soli di determinare l'attività spontanea del tubo enterico; essi sono conosciuti in anatomia con i nomi di *plesso mienterico di Auerbach* e di *plesso submucoso di Meissner*.

Furno dà la più grande importanza nella patogenesi dello spasmo intestinale a questi plessi, e ritiene che su di essi dobbiamo direttamente esercitare ogni azione terapeutica, se vogliamo razionalmente

curare le forme morbose motorie da essi provocate. È perciò utile ricordare brevemente le nozioni anatomiche e fisiologiche di questi gangli, seguendo il classico lavoro del MULLER.

Le cellule che costituiscono i plessi di Auerbach e di Meissner sono diverse tra loro e anche diversamente disposte nello spessore delle tuniche muscolari: grandi, e direttamente a contatto con le cellule muscolari lisce sono le prime, più grandi ancora e disposte nel connettivo lasso della sottomucosa le altre: i prolungamenti di tutte e due queste serie di cellule si allargano e si ramificano per finire generalmente con un piccolo rigonfiamento a bottone; e sono collegati tra loro per una fitta rete di connessioni che costituiscono la rete dei plessi di Auerbach e di Meissner. Si ammette generalmente che tali prolungamenti nervosi arrivino fino alla mucosa stessa, e che i plessi intramurali siano in rapporto col sistema nervoso d'innervazione extra-enterico.

I nervi mesenterici provengono dai gangli prevertebrali celiaco e mesenterico inferiore; a questi due gangli arrivano i due nervi splanchnici, il superiore e l'inferiore, originati dai rami comunicanti dei segmenti toracici dal VI al XII. Infine dobbiamo considerare il terzo sistema di innervazione intestinale, costituito dal parasimpatico che dobbiamo distinguere in due sezioni, rappresentata la prima dal vago, e la seconda dai gruppi cellulari situati nel secondo, terzo, quarto e quinto segmento midollare sacrale nella zona di passaggio tra le corna posteriori e anteriori, dove essi costituiscono una formazione istologica caratteristica chiamata dal MULLER *sostanza intermedia laterale*.

Ognuno di questi tre sistemi ha un'importanza specifica sulla attività dell'intestino. I gangli intramurali da soli animano l'intestino di quel movimento peristaltico che è la ragione per la quale il contenuto enterico procede sistematicamente dall'al-

to in basso. Tale fatto era stato dimostrato dal MAGNUS che ne dedusse che la motilità e la riflessività intestinale hanno la loro innervazione nella parete stessa dell'intestino. Altri autori hanno considerato come elementi motori le cellule esistenti a contatto delle fibre muscolari e riconoscono come elementi sensitivi le cellule grosse profonde e libere.

L'importanza dunque dei plessi intramurali e soprattutto di quello di Auerbach sulla motilità intestinale è oggi da tutti riconosciuta, per quanto sia discutibile se le contrazioni ritmiche delle fibre muscolari intestinali siano di origine miogena, e i plessi ganglionari non abbiano che la funzione di conduttori delle eccitazioni e di coordinatori delle differenti porzioni del tubo digestivo, senza produrre alcun arco riflesso.

Recentemente è stato pubblicato dal Prof. FUNSO dell'Università di Genova un interessantissimo studio su « la medicazione topica dell'intestino » (Minerva Medica n. 6, 1928), in cui sono chiaramente poste in evidenza queste interessanti nozioni fisiopatologiche che lo hanno portato direttamente e logicamente alla conclusione di dover intervenire terapeuticamente in ogni contingenza morbosa legata ad una alterazione, in difetto o in eccesso, della contrazione intestinale, mediante la eccitazione o la depressione di questi plessi ganglionari intramurali.

Ritorniamo sull'argomento, trattando della parte terapeutica di tale affezione morbosa; intanto noi dobbiamo ricordare che la costipazione spastica dell'intestino deve essere considerata come una entità nosologica a sè. Da nessuno viene negato che nelle affezioni spastiche dell'intestino si osservano spesso fenomeni spastici o stati di aumentata eccitabilità con modificazioni corrispondenti della motilità, che meritano soprattutto particolare attenzione per la cura.

Ha perfettamente ragione FUNSO nel

riconoscere l'intervento patogenetico del sistema vagale contenuto nei plessi intramurali, nello spasmo intestinale: poichè l'alterazione del suo tono, sia per condizioni locali abnormi sia per la trasmissione di una eccitazione patologica che gli provenga dal parasimpatico, determina indubbiamente l'affezione spastica di cui noi oggi ci occupiamo. Questa è la ragione principale per cui ritengo, in base alla mia esperienza personale e in base ad analogie con altre malattie intestinali nervose (diarrea, irrequietezza peristaltica), che l'affezione spastica dell'intestino deve costituire un capitolo della patologia medica a sé.

Troviamo contrazioni spastiche in tutte le possibili malattie organiche dell'intestino, specialmente nel catarro cronico del crasso e nella colite ulcerativa; abbiamo anche fenomeni di spasmo intestinale in seguito ad abuso di dieta troppo grossolana, di clisteri e di purganti, che agiscono sull'intestino determinando abnormi irritazioni; non di rado gli stessi spasmi intestinali possono avere per via riflessa origine da altri organi, specialmente nelle malattie del sistema uro genitale. Ma esistono indiscutibilmente soggetti, nei quali l'affezione spastica ha un carattere proprio, senza che esista nessuna delle contrazioni morbose suddette; in altre parole l'affezione spastica dell'intestino costituisce una condizione morbosa di carattere costituzionale: si tratta allora di pazienti nervosi e in tal caso la tendenza all'affezione spastica dell'intestino è soltanto un epifenomeno della ipereccitabilità generale; oppure si tratta di pazienti in cui l'affezione nervosa è concentrata soprattutto nell'intestino come avviene effettivamente nelle forme di diarrea nervosa.

La costipazione spastica può dipendere talora anche da stati di spasmo localizzati nell'ambito del crasso: e soprattutto può essere colpita la fessura sigmoidica, arrestando le feci e impedendone il progresso ulteriore.

Le ricerche fatte a tal uopo col sussidio dei raggi Röntgen hanno confermato l'esistenza di fatti spastici, ed hanno svelato altri fatti dai quali risulta che la condizione morbosa è molto di più complicata di quanto ci si immagini: così si è potuto accertare che mentre le parti inferiori del crasso sono strettamente coartate, e con ciò ostacolano l'inoltro del contenuto, il segmento superiore del crasso può presentare un preciso aumento della peristalsi. Il contenuto intestinale allora viene spinto verso il basso con una rapidità abnorme che raggiunge molto presto la fessura lienale. Ma dopo un certo tempo avviene un trasporto refluo di parti di feci, fatto che può essere riferito ad una vera antiperistalsi. Secondo queste ricerche pertanto la costipazione spastica dipenderebbe da una ipermotilità del crasso, che si esplica in tal modo come spasmo, in parte come acceleramento dell'inoltro delle feci, in parte come esagerazione dei movimenti di ripartizione o addirittura come antiperistalsi.

Tale stato nervoso dell'intestino è stato legittimamente chiamato ipercinesia distopica del colon, ossia in altre parole si può parlare di costipazione iperdiscinetica. È ovvio ascrivere l'affezione spastica dell'intestino ad un aumento del tono del vago.

Da queste premesse patogenetiche, di accordo con FURNO, abbiamo tratto deduzioni terapeutiche logiche e razionali. La cura di uno spasmo intestinale cioè deve avere di mira due scopi: abbassare il tono di eccitabilità del parasimpatico dei plessi intramurali, e sopprimere gli stimoli che ad esso possono arrivare sia dalla mucosa intestinale, sia dall'esterno per mezzo dei nervi mesenterici. La farmacologia d'insegna che il parasimpatico risente l'azione deprimente dei derivati dell'atropa belladonna, la quale agisce soprattutto in questo senso sulle terminazioni periferiche che presiedono alle secrezioni ghiandolari e su

quelle che si distribuiscono alle fibre muscolari lisce. Poichè noi vogliamo che questa medicazione deprimente e sedativa della belladonna si eserciti sui plessi disposti nelle pareti dell'intestino, riteniamo che sia più facile raggiungere lo scopo portando il medicamento più vicino che sia possibile alla zona di influenza; dobbiamo anche provvedere all'altra causa determinante lo spasmo cioè agli stimoli locali che agiscono su quei plessi ipereccitabili.

L'applicazione terapeutica di queste premesse fisiopatologiche non poteva essere difficile: FURNO ha preparato delle pillole contenenti le due sostanze antispasmodiche e sedative più attive, la valeriana e la belladonna, scegliendo ad esse la papaverina, la cui azione elettiva sulle fibre lisce e regolarizzatrice dei fenomeni vago-simpatici è ben conosciuta. Perchè poi queste sostanze giungessero intatte e immodificate fino al punto dell'intestino dove presumibilmente esiste lo spasmo, le rivesti di un involuero resistente di chertina. Si è potuto osservare che il contenuto delle pillole capaci di modificare lo stimolo periferico e la ipereccitabilità del complesso vagale, era capace di raggiungere esattamente il punto voluto, fino a che i succhi alcalini e la stessa azione meccanica disgregatrice non le avessero aperte.

L'esperienza clinica ha dimostrato largamente quanto fossero esatte le previsioni di FURNO; da oltre un anno ho voluto adoperare le pillole chertinizzate poste in commercio sotto il nome di *Antispasmina Colica*, applicando questo metodo terapeutico in tutti i casi di affezione spastica dell'intestino, qualunque sia la causa che le provoca; e ho sempre veduto che questo disturbo funzionale, in seguito alla opportuna modificazione topica proposta da FURNO, veniva prima o poi a cessare del tutto. Prima sparisce il dolore, che è uno dei sintomi più costanti e penosi della contrazione spastica dell'intestino;

e ciò è una conferma clinica del meccanismo d'azione di tale mezzo terapeutico poichè sappiamo che i dolori intestinali insorgono quando, per stimoli patologici della mucosa, si ha una contrazione forte della parete muscolare intestinale.

D'altra parte il rilasciamento delle pareti intestinali modifica completamente la funzione morbosa, e allora noi possiamo osservare un'altra conseguenza della medicazione antispastica nella ripresa di una canalizzazione normale e nella emissione di boli fecali non più a scibale e pallottole dure, e nella scomparsa del muco.

La colite muco-membranosa che è una sindrome essenzialmente spastica, guarisce con questo metodo di cura; ed anche gli spasmi sintomatici di alterazioni organiche della mucosa o delle pareti dell'intestino risentono ugualmente la utilità dell'azione antispastica locale della belladonna, della valeriana e della papaverina. Risultati brillanti si hanno nella stitichezza abituale, nella quale l'elemento spasmodico esiste sempre, e che certamente è legata a modificazioni ed alterazioni di quegli ammassi ganglionari intramurali che KERN ha dimostrato disposti in punti nodali in alcune regioni del tenue e del colon.

Senza diffondermi in una esposizione casistica che mi porterebbe troppo lontano, io posso affermare che la mia esperienza clinica su questo metodo di medicazione antispastica topica intestinale, si aggira ormai su oltre un anno di pratica attorno a 30 osservazioni personali, sempre con risultati concordi e brillanti, di gran lunga superiori a quelli che si potevano conseguire con l'uso di preparati di belladonna, e di papaverina, in altro modo.

Portare i medicamenti direttamente a contatto dell'intestino malato, è tutt'altra cosa che farli arrivare per via indiretta, e quando già abbiano subito azioni modificatrici dai succhi organici che si incontrano attivissimi dalla bocca all'intestino. Il metodo di chertinizzazione introdotto dal

FURNO è semplice e nello stesso tempo importantissimo, ed è il mezzo più sicuro per trasportare immutate le sostanze farmacologiche a contatto dell'affezione enterica fino alla zona malata.

Prima di chiudere questo capitolo così importante delle affezioni intestinali, mi preme ricordare che negli stati iperdiscinetici (spastici), il contenuto stagnante per uno stato spastico del crasso inferiore nel cieco o nel colon ascendente, va talvolta soggetto ad aumentata putrefazione; con quanta frequenza ciò possa avvenire, dovranno dire altre ricerche specialmente rivolte a questo punto. I malati con costipazione del tipo ascendente sono molestati più spesso da aumento dello sviluppo di gas, e nella costipazione di alto grado sviluppano le cosiddette diarree stercoracee, in quanto che in conseguenza della irritazione sulla parete intestinale vengono escrete delle masse liquide, che hanno tendenza alla putrefazione. Ma la diarrea stercoracea è rara, in confronto alla grande frequenza della costipazione spastica semplice, e non è affatto lecito spiegare allo stesso modo i fenomeni spastici osservati.

Dobbiamo insistere piuttosto sul concetto di *Origine riflessa*; che dei riflessi particolari possono partirsì dalla parte inferiore dell'intestino, dimostra tra l'altro l'osservazione di LEUBE, che colla pressione del dito palpante può essere talvolta provocata a punto di partenza dal retto una sensazione di vertigine, vertigine intestinale; LEUBE ammette che la pressione sul plesso emorroidario del nervo simpatico, ad esempio, provochi questo riflesso. Si può raffigurarci che anche altre sensazioni possano prodursi per questa via, ma ne manca una dimostrazione perfetta.

Abbiamo già detto che i disturbi generali di cui i soggetti malati di affezione spastica dell'intestino generalmente si lagnano, sono quelli dipendenti da fenomeni della neurosi fondamentale, poichè in gran parte dipende dal sistema nervoso predisposto

eccitabile, in cui evidentemente le vie riflesse a punto di partenza dall'intestino —, che già nel sano possono entrare in attività — rispondono più facilmente. Diviene con ciò comprensibile come questi disturbi a genesi riflessa, possano a loro volta influenzare sfavorevolmente la neurosi fondamentale, aggravandone le condizioni preesistenti. È infatti noto come, specialmente nei soggetti ipocondriaci, è spesso solamente il fattore psichico che determina la preoccupazione per la scarica quotidiana, quello che provoca tutti gli altri fenomeni.

Se in questi malati noi riusciamo con una congrua cura ad eliminare la costipazione spastica, vediamo i disturbi generali diminuire notevolmente d'intensità, il che dimostra che la malattia non era la causa fondamentale dei disturbi, come di regola viene ritenuto dai malati. Ma d'altra parte non dobbiamo valutare troppo poca l'influenza dell'affezione spastica sul sistema nervoso; anzi noi possiamo osservare che eliminando la costipazione, anche i fenomeni nervosi finiscono per scomparire.

Abbiamo già accennato ai dati obiettivi che nelle affezioni spastiche dell'intestino si rilevano, e alle teorie patogenetiche che dominano oggi tale quadro morboso.

Se si considera che nella costipazione spastica il tasso acqueo delle feci è spesso non molto inferiore alla norma, che le feci sono relativamente molli e formabili, che l'ampolla rettale naturalmente ampia può contrarsi difficilmente fino ad un lume così piccolo da provocare il calibro sottile della colonna fecale, appare più verosimile che la forma caratteristica di scibale molto piccole (feci pecorine), sia dovuta allo sfintere anale; in tali casi noi dobbiamo effettivamente parlare più di una forma tonica che di una forma spastica.

Nella costipazione spastica possiamo rilevare anche che l'esame digitale del retto è mal tollerato dal paziente e che il dito palpante può essere introdotto sol-

tanto con difficoltà. La stessa forma delle feci che si osserva nella costipazione spastica, si osserva altresì nelle stenosi intestinali a sede bassa, e non è pertanto patognomonica per queste ultime, tanto più che noi possiamo anche riscontrarla nella inanizione, per forte riduzione degli alimenti.

Una forma di costipazione spastica che a questa si avvicina è quella che Boas chiama *svuotamento frammentato*; è in effetti un forte tenesmo che obbliga i pazienti ad andare al gabinetto ogni due ore circa, senza che possano espellere altro che alcune particelle di feci, e con fatica; in questi casi si tratta di uno stato irritativo del retto, in cui le feci dure, rivestite di sottile strato di muco, sono il segno di un catarro intestinale cronico. Questa forma è dovuta più spesso ad abuso di purganti ed enterocismi, e molte volte non si limita alla emissione del muco, ma le feci, più molli sono infarcite di muco catarrale.

All'esame del ventre si palpano non di rado singole parti del crasso ripiene di masse fecali; talora l'addome è gonfio per meteorismo ma ciò non costituisce la regola. Siffatti rigonfiamenti del ventre possono risvegliare il sospetto di un ostacolo meccanico al passaggio.

In un certo numero di casi si può anche dimostrare con la palpazione, lo stato spastico del crasso, e in tal caso si riesce a palpare un cordone grosso quanto un mignolo o una matita. Tale fenomeno descritto per la prima volta da GLENARD col nome di *corda colica*, si constata meglio applicando le mani a piatto sulla parte dell'intestino che si vuol palpare, perpendicolarmente alla sua direzione.

Questo fenomeno palpatorio è rilevabile più frequentemente a livello della fessura sigmoidea, non di rado però anche al colon trasverso e anche nell'ambito del cieco. Ricordo a questo proposito, il caso di un giovane sofferente di costipazione spastica, nel quale si riusciva a pal-

pare l'intestino a forma di salsiccia, che poteva confondersi con un tumore del cieco; la terapia medicamentosa, mediante l'*Antispasmina Colica*, riuscì a rendere il cordone fecale più molle progressivamente, fino a farlo guarire del tutto.

Anche in soggetti sani si palpano non di rado cordoni di tratti intestinali, specie quando l'intestino è vuoto e contratto in virtù del suo semplice tono, oppure in pazienti con pareti addominali flaccide ed enteroptosi costituzionali. Tuttavia nei casi patologici, è in base alla durezza, e alla costanza del cordone fecale che può comprendersi si tratti invece di una condizione abnorme dell'intestino, e ciò soprattutto quando la palpazione riesce dolorosa. La riunione di questi fatti: durezza, calibro piccolo e dolorabilità alla pressione, permette di riconoscere in questo stato morboso spastico dell'intestino il cosiddetto *colospasmo*.

Si comprende che tali condizioni morbose e i fattori causali sopraesposti debbono bene essere vagliati prima di ammettere una costipazione spastica o una costipazione con fenomeni spastici; ed è difficile riscontrare insieme alla costipazione la mancanza di un disordine della secrezione del succo gastrico in forma di acidità. Infatti in molti casi la iperacidità è il fatto primario, la costipazione la conseguenza; in altri casi invece, e precisamente in quelli di costipazione spastica, sembra che il disordine secretorio gastrico sia provocato in via riflessa dall'intestino.

I risultati dell'esame radiologico in questi casi ci riescono di grande utilità poichè si riconosce in primo luogo se esistono anomalie della grandezza, della mobilità, della posizione e della forma dell'intestino; si constata poi in qual modo il contenuto intestinale sia ripartito, se alcuni segmenti siano dilatati, flaccidi o ristretti. E noi vediamo che nella affezione spastica dell'intestino il contenuto intestinale si sposta, in alcuni tratti ristagna, e

osserviamo che in media la « testa » della sostanza di contrasto raggiunge dopo circa 4 ore il cieco, dopo 6 ore la fessura epatica, dopo 9 ore la lienale, dopo 11 la sigmoidea. Ma la rapidità dell'inoltro dipende essenzialmente dall'atto della defecazione o anche da ulteriore ingestione di alimento.

Fatto così un rapido cenno della patogenesi e della fisio-patologia delle affezioni spastiche dell'intestino, credo opportuno, per concludere, ritornare brevemente alla questione, del trattamento terapeutico di tale forma morbosa.

Abbiamo detto che in circa 30 osservazioni occorse alla nostra cura, ci siamo serviti costantemente dell' *Antispasmina Colica* ideata dal prof. Furno di Genova: diamo tre o quattro pillole al giorno di antispasmina, e vediamo sempre scomparire ogni sintomo di spasmo enterico qualunque sia la causa che lo determina. Abbiamo già detto che primo sintoma a scomparire è il dolore, che è costante e penoso nella costipazione spastica. La sparizione del dolore, mediante il metodo terapeutico accennato, è la dimostrazione evidente della bontà del meccanismo d'azione dell' *Antispasmina colica*, in quanto che essa contiene la belladonna e la papaverina, che si sono dimostrati rimedi insuperati per eliminare gli spasmi e favorire le scariche.

Non solo, ma mentre la belladonna e

derivati non possono essere somministrati a lungo per il pericolo di una intossicazione cronica, io raccomando di somministrare l' *Antispasmina colica* anche per lunghi periodi di tempo, perchè è assolutamente innocua per le dosi esattamente titolate in essa contenute dei due medicinali suddetti. Abbiamo constatato in un numero relativamente non grande di casi, ma tale da darcene la precisa sensazione, che nella costipazione spastica, ed anche in quella atonica (la quale in effetti non è altro che una conseguenza di quella) si ottengono risultati assai migliori con la cura combinata dell' *Antispasmina*, anche per il fatto che essa è somministrata in pillole cheratinizzate.

L' *Antispasmina Colica* nelle coliti acute e croniche, in cui lo spasmo del colon è uno degli elementi patogenetici più importanti, rovescia completamente e rapidamente il quadro clinico. La colite muco membranosa che è una sindrome essenzialmente spastica, guarisce radicalmente con questo metodo di cura. Per l'azione della belladonna e della papaverina combinate, e per il fatto della cheratinizzazione delle pillole, noi riteniamo che l' *Antispasmina*, giungendo a contatto delle parti malate e del sistema nervoso vegetativo alterato, sia il farmaco razionale di terapia etiologica.

Prof. PERICLE POZZILLI

Roma marzo, 1928.

MEDICINA NUOVA

Rivista Quindicinale di Scienze Mediche

AMMINISTRAZIONE: ROMA - Piazza Pozzo delle Cornacchie, 55

Telefono interprov. 51-599 - C/C Post. N. 1/3335

COLLABORAZIONE SCIENTIFICA

Alessandri prof. Roberto, Clinica Chirur. R. Univ. di Roma - Cassini prof. Eugenio, Chir. Prim. Osped. S. Giacomo di Roma - Centanni prof. Eugenio, Patol. Generale R. Univ. di Modena - Cremonese prof. Guido, Igiene e Poliz. San. R. Univ. di Roma - Crosti prof. Franco, Med. oper. R. Univ. di Milano - Impacciati dott. Giulio, R. Acc. Med. di Roma - Levi prof. Ettore, Cons. Superiore di Sanità - Mancini prof. Paolo, Patol. Spec. Medica R. Univ. Milano - Marchiafava prof. Ettore, Anat. Patol. R. Univ. Roma - Masi prof. Luigi, Biol. Anim. R. Univ. di Genova - Mingazzini prof. Giovanni, Neuropatologia R. Univ. di Roma - Murri prof. Augusto, Clin. Med. R. Univ. di Bologna - Musumeci Grasso prof. Francesco, Doc. Mal. Urinarie R. Univ. di Roma - Panegrossi prof. Giuseppe, Neuropatol. R. Univ. di Roma - Pescarolo prof. Bellom, Primario Ospedali di Torino - Queirolo prof. Giov. Battista, Clin. Med. R. Univ. di Pisa - Schupfer prof. Feruccio, Patol. Med. R. Univ. di Firenze.

COMITATO DI REDAZIONE

Agamennone dott. Michelangelo degli Ospedali di Roma - Galeotti dott. Cesare - Gentile dott. Nicola dell'Ist. Radiolog. R. Univ. di Roma - Mancini prof. Paolo degli Ospedali di Roma, Docente R. Univ. di Milano - Masi prof. Luigi, della R. Univ. di Genova - Nardi Batassi dott. Dante, del Pol. R. Univ. di Siena - Pierandrei dott. Giuseppe, dell'Istituto di Chimica Fisiologica della R. Univ. di Roma - Sberna dott. Sebastiano, Specialista in dermosifilopatica a Firenze - Zingale dott. Giuseppe, Ufficiale Sanitario.

DIRETTORE RESPONSABILE: Dott. Prof. Angelo Castellini

MEDICINA NUOVA si pubblica quindicinalmente in fascicoli di 36 pagine e contiene: Lavori originali di medicina e chirurgia - Note di Terapia - Recensioni di Libri e Riviste - Notiziario, ecc.

Abbonamento annuo L. 16 - Numero separato L. 0,70

È uno dei periodici di medicina più diffusi e il più a buon mercato che si pubblichi in Italia.

Viene spedito in omaggio a tutti gli Ordini dei Medici, Associazioni, Accademie e Istituti Sanitari, Biblioteche d'Ospedali, ecc.



