

ENOCK FIORINI

UNA PASSEGGIATA NELLO STOMACO

Di tutti gli organi dei quali il corpo umano è composto, lo stomaco ha sempre attirato il maggior interesse perché è fonte continua tanto di piaceri, come di dolori e di preoccupazioni. Se ben ricordo, delle gioie della tavola e delle loro spiacevoli conseguenze se ne parlava fin dai tempi di Platone che, in « Repubblica », descriveva la gastrite da abuso di cibi come una malattia nella quale le eruttazioni possono paragonarsi alle bolle d'aria che gorgogliano alla superficie delle acque stagnanti. Secondo Ippocrate sarebbero i vini la causa principale delle malattie gastriche, mentre Paracelso se la prendeva con le sostanze tossiche.

Lo stomaco si fa sentire continuamente perché è come uno specchio sul quale si riflettono le disfunzioni di tutti gli altri organi. Lo stomaco non soltanto fa soffrire se è sede di un'ulcera ma, anche essendo del tutto sano, può partecipare alle sofferenze di una colite, di una calcolosi renale od epatica, di un infarto del cuore e perfino di una emozione. Non è forse frequente sentir dire che un dispiacere od una contrarietà hanno fatto venire un « magon »? È comprensibile perciò che ci si preoccupi di questo organo che, essendo unico, può, se asportato, venire soltanto malamente sostituito da qualche altro. Se noi possiamo, infatti, fare a meno di un rene, non possiamo rinunciare allo stomaco anche se, a prezzo di sofferenze, l'intestino può, in certe circostanze, parzialmente sostituirlo.

Sembra pertanto strano che a tanta importanza attribuita a colui che presiede « ai piaceri della tavola » non abbia corrisposto un adeguato sviluppo della scienza medica e soprattutto della diagnostica che dovrebbe individuare disfunzioni e malattie gastriche. Fino a pochi anni fa, nel campo della patologia gastrica, le mansioni del medico si limitavano a raccogliere la storia della malattia, storia che spesso era infedele perché

sappiamo benissimo che i ghiottoni definiscono volentieri un « dito di vino » quello che in realtà è una intera bottiglia di Valpolicella ed uno « spuntino » un pranzo da tre o quattro portate. Anche l'ispezione della lingua non rappresenta un dato decisivo perché sappiamo che lingue « pulite » possono accompagnarsi a malattie varie, mentre la patina che ricopre certe lingue è compatibile con un ottimo funzionamento gastrico. Non parliamo degli esami praticati sulle feci e sul succo gastrico che, oltre ad essere di valore molto opinabile, hanno una data di nascita di soltanto pochi decenni.

Una vera rivoluzione si ebbe, nel settore della diagnostica gastrica, con l'avvento della radiologia che offrì ai medici quadri morbosissimi di quasi tutte le affezioni gastriche. I trionfi riportati da questa sovrana della diagnostica gastrica indussero, però, il pubblico a ritenerla infallibile, a considerarla un padrone dispotico che non ammette discussioni. I medici, però, e soprattutto i chirurghi che hanno la possibilità di controllare al tavolo operatorio il verdetto del radiologo, si trovarono talvolta di fronte a contraddizioni che in certi casi, sia pur rari, raggiungevano la banalità. Questo non per incapacità dei radiologi (la cui eroica dedizione al progresso della radiologia è documentata da centinaia di mutilazioni per sovraesposizioni ai raggi) ma per limitazione dei mezzi.

Venne perciò spontanea la domanda: perché non possiamo costruire un apparecchio che permetta di vedere con l'occhio nell'interno dello stomaco analogamente a quanto si fa per la vescica urinaria e per altri organi? I primi tentativi di esplorazione dello stomaco vennero effettuati, circa cento anni fa, per opera di Küssmaul il quale, forse reduce da una fiera di campagna, pensò che come i « mangiatori di spade » riuscivano ad introdurre le lame attraverso la bocca nello stomaco forse si sarebbe potuto ispezionare l'interno del viscere attraverso tubi di acciaio. I primi tentativi fallirono perché i tubi avevano uno spessore esagerato e perché non tutti gli esseri umani sono « mangiatori di spade ». Mikulicz, Kelling ed altri ridussero il diametro dei tubi aumentandone la visibilità con lenti di ingrandimento.

Ma l'uso di questi strumenti urtava contro difficoltà molto spesso insormontabili e rappresentate da curve e restringimenti che il tratto da percorrere, e cioè la bocca, il faringe, l'esofago ed il cardias normalmente presentano. Nella bocca, per citare una di queste difficoltà, i denti incisivi superiori non permettevano talvolta l'inclinazione del tubo e dovevano venire asportati. È facile pensare che, di fronte a tali terrificanti prospettive, i malati fuggissero prima dell'esame o addirittura scappassero durante l'esame stesso.

Vi fu un medico, un certo Beaumont, che riuscì nell'intento perché il suo servo Alexis era portatore di una fistola gastrica, residua ad una ferita addominale. Con un tubo introdotto nello stomaco attraverso tale fistola egli poté studiare le alterazioni che si instauravano nella mucosa gastrica dopo ingestioni di sostanze tossiche e perfino dopo emozioni.

Una svolta favorevole si ebbe quando vennero ideati i gastroscopi semirigidi. Chi scrive ebbe la possibilità, venticinque anni fa, di iniziare in Germania, il suo apprendistato gastroscopico con gli apparecchi semirigidi e con sufficiente soddisfazione. Essi sono stati, però, sostituiti da quelli completamente flessibili, ideati dall'americano Hirschowitz. L'introduzione di tali apparecchi non presenta alcun pericolo e l'esame è accettato sempre dal paziente anche se si deve ripetere più volte. Questi apparecchi sfruttano la capacità di speciali sottilissime fibre di trasportare l'immagine dall'obiettivo all'oculare anche se queste fibre vengono piegate ad angolo acuto. Nel gastroscopio (fig. 1), che ha lo spessore di un millimetro, ve ne sono contenute duecentocinquanta e ognuna di esse trasporta una infinitesima parte di immagine. L'obiettivo porta accanto a sé una lampadina elettrica per illuminare lo stomaco che viene disteso introducendo aria. Con gli esofagogastroscoopi moderni tutta la prima parte del tubo digerente, e cioè esofago, stomaco e, talvolta anche il duodeno, può essere ispezionata centimetro per centimetro e le immagini che lo strumento offre risultano più nitide e minute di quelle che si potrebbero avere ad occhio nudo.

Naturalmente non è pretesa della gastroscopia di sostituire la radiologia ma soltanto di completarla nei casi in cui la radiologia fallisce o abbisogna di una conferma. Per esempio soltanto col gastroscopio si possono vedere le erosioni superficiali della mucosa gastrica, le gastriti, le piccole varici, i piccoli aneurismi e certi corpi estranei. Noi abbiamo potuto facilmente mettere in evidenza nello stomaco corpi estranei come aghi da cucire, tappi di bottiglia e perfino chiavi, ingoiati accidentalmente o deliberatamente in soggetti squilibrati. Ma dove la gastroscopia deve ritenersi insostituibile, direi quasi obbligatoria è nella ricerca di tumori al loro iniziale sviluppo e nelle emorragie da causa imprecisata. Noi sappiamo che le probabilità di successo operatorio nei tumori dello stomaco sono condizionate alla precocità della diagnosi: tanto più presto si trova il tumore tanto più facile è la cura radicale dello stesso. La gastroscopia ha la possibilità non soltanto di mettere in evidenza le prime alterazioni della mucosa che svelano la presenza di un tumore iniziale ma ha pure

il vantaggio di poter, con una pinza appositamente costruita, prelevare dei frammenti della lesione sospetta e sottoporli all'esame microscopico. Chi scrive è stato invitato a fare, su questo argomento, una relazione alla Società Italiana di Gastroenterologia. Egli ha potuto assicurare, in base alle sue statistiche, che in circa l'80 per cento delle lesioni iniziali, è possibile con la gastrobiopsia, formulare una diagnosi esatta di benignità o malignità.

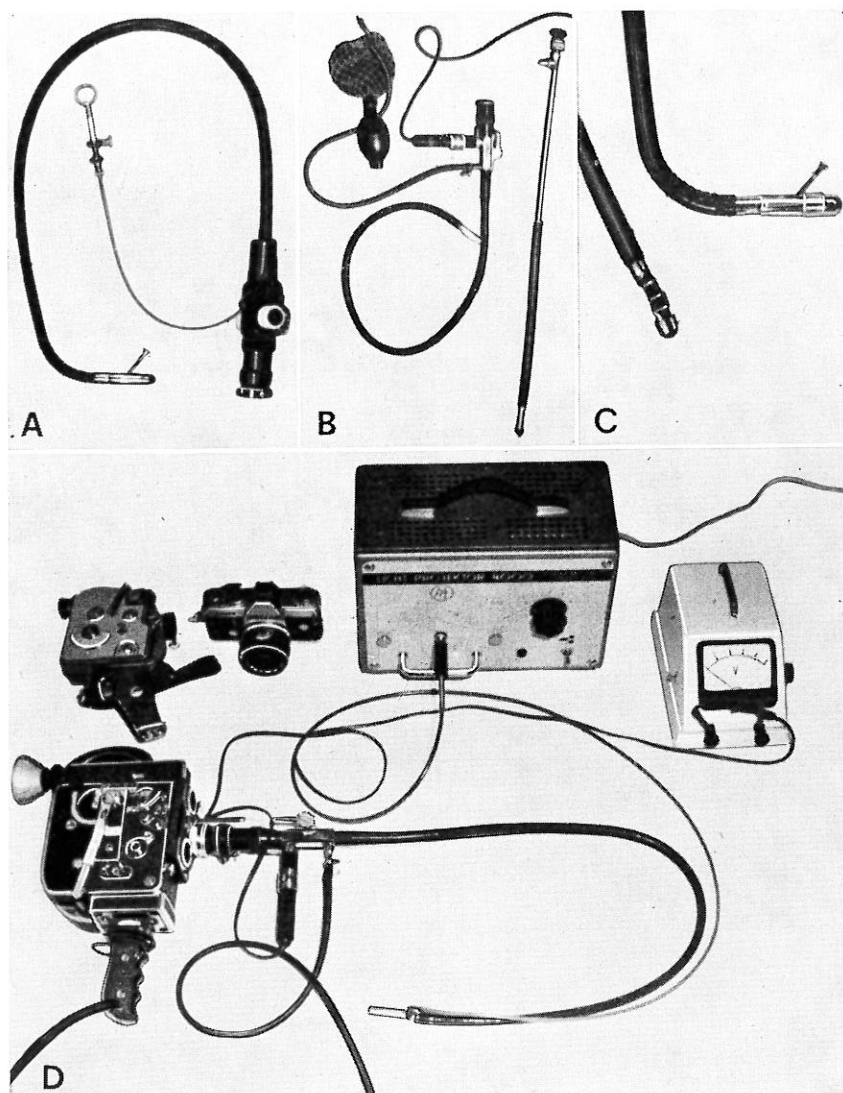
Nelle emorragie gastriche il radiologo si trova molto impacciato dalla presenza di sangue nello stomaco, sangue che nasconde e altera le lesioni. Inoltre è frenato nelle sue indagini dal timore di aggravare, con le manovre dell'esame radiologico, l'emorragia stessa. Il gastroscopio che possiede un sistema di lavaggio continuo e che non richiede manovre pericolose, ha la possibilità di individuare prontamente la lesione che causa l'emorragia (ulcera, tumore, gastrite ecc.) di stabilire quali sono le dimensioni e la localizzazione della lesione e di sapere se l'emorragia persiste od è cessata. È intuibile quale enorme importanza riveste questa ricerca nei confronti della cura. Anzitutto si può stabilire se l'emorragia è di entità tale da poter essere dominata con semplici cure incruente. Se, invece richiede un intervento operatorio, questo può essere diretto, con precisione, verso l'eliminazione pronta della lesione sanguinante e non essere rappresentato, come si è fatto fino ad oggi, da lunghi e spesso vani tentativi di ritrovare una lesione di cui non si conosce la sede.

La gastroscopia permette di riprodurre le lesioni osservate con fotografie e films a colori. Chi scrive ha potuto, con i suoi Collaboratori del Servizio di Gastroenterolaparascopia dell'Ospedale di Verona, realizzare per la prima volta un film, presentato alla « Fondazione Carlo Erba » di Milano, film nel quale si possono osservare delle emorragie in atto provenienti da varie lesioni gastriche. In questo film si osservano chiaramente delle ulcere, o dei tumori, o delle varici, o delle gastriti dalle quali lesioni fluisce evidentissimo un rivolo di sangue rosso. In certi casi, nei quali lo stomaco era sede di due lesioni differenti, si poté facilmente stabilire quale delle due era quella che sanguinava.

Tutte queste nozioni sulle possibilità della gastroscopia non sono ancora sufficientemente conosciute dal pubblico e, purtroppo, anche da qualche medico. Noi assistiamo ancor oggi al calvario di alcuni malati che si trascinano da un ambulatorio all'altro nella speranza di avere una diagnosi che talvolta arriverà troppo tardi per una cura efficace mentre il loro angoscioso problema potrebbe venire risolto con un innocuo esame della durata di pochi minuti.

Ho affidato queste mie modeste note alla benemerita « Accademia degli Agiati » nella speranza che possano risultare di vantaggio ai nostri malati ai quali sono costantemente rivolte tutte le nostre attenzioni e tutte le nostre apprensioni.

RIASSUNTO - L'A. illustra le difficoltà finora incontrate per arrivare, con i mezzi tradizionali, alla diagnosi di una malattia dello stomaco. Queste difficoltà sono state recentemente superate dalla costruzione del gastroscopio, un apparecchio che, senza disturbo per il malato, permette all'endoscopista di vedere direttamente nella cavità gastrica e diagnosticare con estrema precisione la malattia della quale il malato soffre.



A) Il gastroscopio Machida, con porzione terminale angolabile e dispositivo per biopsia. - B) Il gastroscopio semirigido di Schindler e il gastroscopio a fibre ottiche di Hirschowitz, interamente flessibile. - C) Particolare del tratto terminale del gastroscopio di Hirschowitz (mod. 5000) e del Machida. Quest'ultimo può essere flesso di 90° ed anche alla pinza per biopsia si può imprimere la direzione voluta. - D) Attrezzatura completa per gastrofotografia e cinematografia.

