

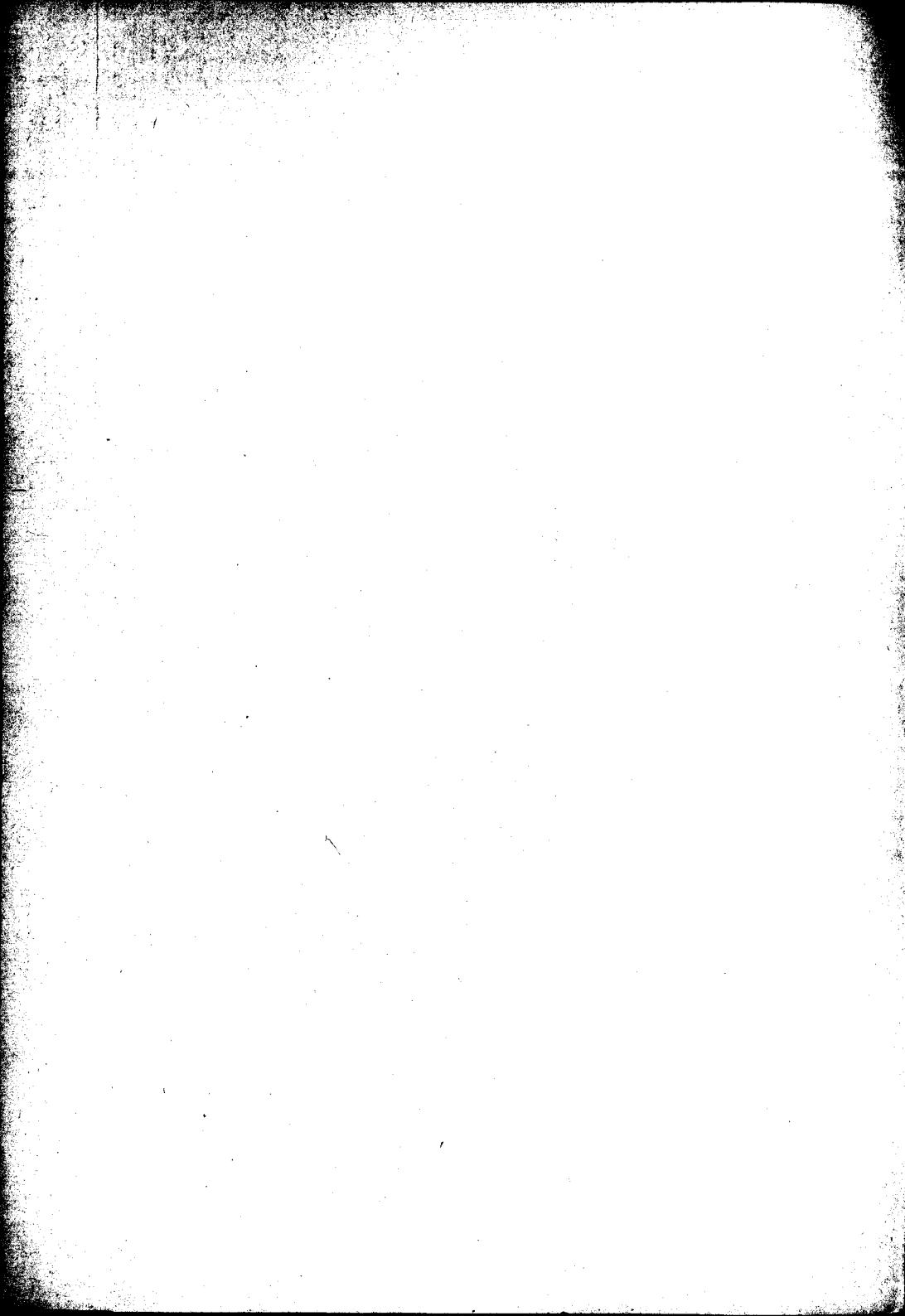
Dott. GIULIO SAMUELS
Ostetrico-ginecologo in Amsterdam

Il trattamento O. C. del sistema endocrino, del diencefalo e del mesencefalo

mark
B
58

Estratto dall' "Archivio di Radiologia"
Anno XIII - fasc. 4° del 1937 XV

NAPOLI
R. STROPOGRAFIA FRANCESCO GIANNINI & FIGLII
Via Cisterna dell'Olio, 6
1938 - XVI



D o t t . G I U L I O S A M U E L S

Ostetrico-ginecologo in Amsterdam

Il trattamento O. C. del sistema endocrino, del diencefalo e del mesencefalo

Conferenza tenuta al I Congresso Internazionale delle O. C. a Vienna, luglio 1937.
Traduzione integrale dall'originale del Dr. E. Fischel, Bari.

Estratto dall' "Archivio di Radiologia"

Anno XIII - fasc. 4° del 1937 XV

N A P O L I

R. TIPOGRAFIA FRANCESCO GIANNINI & FIGLI

Via Cisterna dell'Olio, 6

1938 - XVI

L'attuale endocrinologia è una disciplina, la cui importanza non può essere più trascurata. Finora i disturbi del sistema endocrino sono stati curati con preparati ormonici, coi quali si è tentato di sostituire gli increti mancanti. Gli effetti possono essere rapidi, ma transitori. Per la comprensione di questo fenomeno, occorre la suddivisione del sistema endocrino in produttori — questi sono le ghiandole a secrezione interna — e consumatori, — queste sono le altre cellule dell'organismo. Le alterazioni patologiche, quantitative e qualitative, vengono modificate mediante l'organoterapia, a favore dei consumatori. I produttori identici e la ipofisi vengono però inattivati, rispettivamente ostacolati nella loro attività fisiologica da questa terapia di sostituzione.

In questa suddivisione dobbiamo considerare, che le cellule del produttore sono pure consumatori degli ormoni; ciò spiega così molti stati patologici del corpo umano: *impotentia coenundi* dell'uomo, amenorrea secondaria della donna, che insorgono spesso come complicazioni nel diabete ed in altri disturbi endocrini.

Differenti è il caso, quando si vogliano eccitare o deprimere le ghiandole a secrezione interna per ottenere così, in via endogena, l'equilibrio. Finora questo non sembrava che potesse ottenersi nei casi gravi. Il mio Maestro, Danusset, Capo del laboratorio di Fisioterapia di Parigi, ha tentato per primo di regolare il sistema endocrino mediante l'irradiazione generale con O. C. Dopo la sua morte ho proseguito io le sue ricerche ed ho elaborato un metodo di trattamento locale, col quale si ottengono ottimi successi, iniziando così una nuova strada nella terapia con le O. C.

Per poter curare disturbi endocrini, occorre sapere:

- 1º) Quale è la ghiandola malata.
- 2º) Che relazione passa fra l'organo direttivo, l'ipofisi e la regione ipofisaria.
- 3º) Se vi è un disturbo da iperfunzione o da ipofunzione.
- 4º) Se il disturbo è riparabile od irreparabile.

Mentre finora l'endocrinologo cercava, mediante esperienze biologiche o senza di queste, di praticare la terapia causale della malattia, si hanno ora a disposizione dei metodi che consentono di controllare in maniera semplice, la funzione del sistema endocrino. Occorre controllare il tempo di riduzione dell'ossiemoglobina, prima e dopo l'eccitamento delle diverse ghiandole, irradiate con le O. C.,

perchè il tempo di riduzione rispecchia il livello ormonico nel sangue. Coi valori ottenuti si costruisce un diagramma, il cui decorso mostra non solo quale ghiandola o quali ghiandole vanno incontro ad una disfunzione, ma anche come la terapia va indirizzata. Il processo di guarigione è pure controllabile con il diagramma.

In pratica è complicato, difficile e costoso accertare la composizione ormonica del sangue coi comuni metodi biologici, anche per il fatto che, per ogni ormone, occorrono 50-100 ccm. di sangue, (cosicchè occorrerebbero 100-400 ccm. di sangue per volta); al contrario lo studio con lo spettroreduktometro e con il cicloscopio riesce molto semplice e sicuro. Numerose ricerche dimostrano come i valori riduttori rispecchino con estrema precisione lo stato del quadro ormonico, cioè il contenuto nel sangue di attivatori e di regolatori del ricambio gassoso.

Il metodo è il seguente :

Si pinzetta una piega interdigitale — quella fra pollice ed indice si presta bene — sulla tavoletta perforata del cicloscopio, in maniera che la circolazione locale vien bloccata per circa 6 mm. Se

si osserva ora questa parte con spettroscopio a forte illuminazione, si vedranno nel giallo o nel verde dello spettro due strisce scure e ben delimitate, le linee di assorbimento dell'ossiemoglobina (HbO_2), fra le quali si trova un tratto giallo, chiaro e ben delimitato (Fig. 1). Dopo qualche tempo le linee diventano sfumate, per scomparire definitivamente. Al posto di queste linee col tratto giallo interposto, compare una striscia grigia ed omogenea. In questo momento la riduzione dell'ossiemoglobina è completa. Il tessuto osservato ha legato completamente l'ossigeno dell'ossiemoglobina. Se la ricerca è importante, allora occorre accettare 2-3 volte l'indice di riduzione e calcolare il valore medio. Quando non si ha sufficiente pratica, sono possibili piccoli errori, i quali però si evitano coll'esercizio, potendo accettare precisamente così il tempo di riduzione. Si raccomanda di fare le prime ricerche in una camera oscura con luce artificiale, perchè così il processo è meglio visibile.

Dopo 5-7 secondi compaiono due nuove strisce, le quali sono più avvicinate, poichè sono divise da uno spazio meno largo di giallo-verde. Queste strisce sono più sfumate e più spostate verso sinistra nello spettro, in confronto alla striscia dell'ossiemoglobina. Queste sono le strisce di assorbimento della metaemoglobina (HbO). Per i principianti sarà più facile attendere fino a quando compare la striscia di metaemoglobina e poi sottrarre 5 secondi, ottenendo così l'indice di riduzione dell'ossiemoglobina.

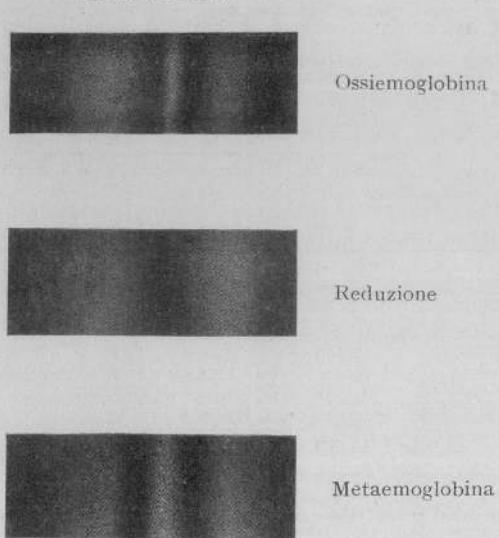


Fig. 1.

Se si osserva il quadro in seguito, si noterà, che anche la striscia di metacromoglobina scompare, con rapidità diversa nei diversi individui (10-40 secondi). Poi si ripete la stessa manovra con ritmo accelerato. Al Congresso di Utrecht 1937 è stato già detto, che l'accertamento del tempo di comparsa e di scomparsa della striscia metacromoglobinica può essere importante per la diagnosi differenziale nelle diverse malattie.

Se si interrompe la pinzettatura dopo l'accertamento del tempo di riduzione, riattivandosi la circolazione, compaiono improvvisamente le strisce ossiemoglobiniche su descritte, con una striscia larga e gialla in mezzo. È consigliabile, se si vuole accettare più valori in seguito, di non pinzettare lo stesso tratto più volte. Ciò è necessario perché possa farsi un disegno schematico delle due mani, segnando tratti già pinzettati.

Il tempo di riduzione ascende a 145 secondi negli uomini normali e nelle donne di età post-climaterica con sistema endocrino equilibrato. Nelle donne di età matura vi è oscillazione giornaliera. Il tempo di riduzione devia durante la ovulazione e mestruazione dai 145 secondi. Ciò non era ancora a conoscenza di Dausset, perchè tale osservazione fu da me fatta alcuni mesi dopo la sua morte. Perciò è indispensabile tener conto, nell'accertamento del tempo di riduzione delle donne mature, in quale fase si trova il ciclo mestruale.

Il valore trovato all'inizio della ricerca, cioè prima dell'eccitamento endocrino nel campo condensatore, viene chiamato: valore iniziale. Ora, eccitando le diverse ghiandole endocrine con 30-150 Watt nel campo condensatore, se la ghiandola è sana, il valore di riduzione accertata dopo ogni irradiazione, resterà 150 cca. Una oscillazione di 10 secondi non ha alcuna importanza. L'ipofisi si irradia con 30 Watt e per 10' minuti, diametro degli elettrodi di 5 cm., distanziati di 30 cm. cca., posizione dorso-frontale. Le porzioni centrali degli elettrodi sono direzionate verso la radice nasale e la protuberanza occipitale esterna. La tiroide si irradia con 60-75 Watt, le ovaie e le altre ghiandole con 75-150 Watt, secondo lo spessore e la resistenza dei tessuti interposti.

Diversamente si comporta una ghiandola a secrezione interna in disfunzione. Allora i valori ottenuti, dopo l'irradiazione, mostrano deviazioni dalla norma. Colla irradiazione delle diverse parti del corpo, ove non vi sono ghiandole a secrezione interna, p. e. braccio o gamba, non si ottiene alcuna deviazione. Solo coll'irradiazione delle ghiandole endocrine in disfunzione si riscontreranno differenze. Nella donna si accertano, in ordine seguente, i valori: valore iniziale, tiroide, ipofisi, ovaie, mammelle e se vi è un motivo, anche surrene e pancreas. I valori trovati si riportano in diagramma, come si vede nella fig. 2 e 4. Il quadro così ottenuto è l'elettrodiagramma endocrino (Fig. 2, 3, 4).

Mediante lo studio del diagramma, si può fare la diagnosi, indirizzare la terapia e seguire i progressi e miglioramenti ottenuti con le irradiazioni O. C. e colla organoterapia. Se i valori ottenuti dopo l'irradiazione deviano notevolmente dal normale, allora è segno che persiste una disfunzione. Però, da questi valori non si può concludere ancora, se trattasi di una imperfusione, oppure di una ipofunzione. L'accertamento di ciò è importantissimo per la nostra terapia.

Un metodo semplice p. e. nel caso dell' ipofisi, è quello di irradiare la sua antagonista, la tiroide, con una dose forte di cca. 100 - 120 Watt, due giorni dopo la prima ricerca. Se il valore ipofisario mostra in seguito una deviazione più forte, allora trattasi di ipopituitarismo, se la deviazione diminuisce, allora vi è iperpituitarismo. Eventualmente si può anche richiedere una ricerca biologica. Per lo più i sintomi stessi indicano se trattasi di una iperfunzione, oppure di una

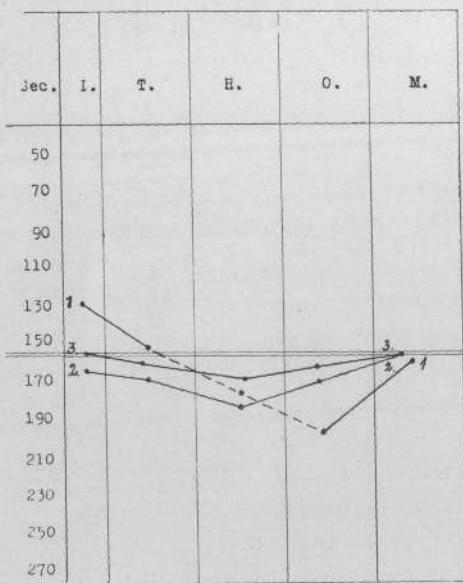
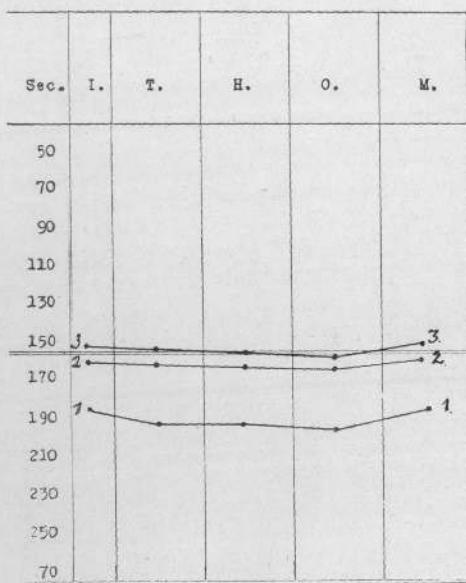


Fig. 2. - Amenorrea primaria

- Diagnosi: 1 - Disfunzione dell' ipofisi e delle ovaie - Diagramma endocrino del 18-11-1936.
2 - 3-1-1937 - Ovaie notevolmente migliorate.
3 - 19-1-1937 - Equilibrio quasi completo dell' ipofisi e delle ovaie.



- Fig. 3. - Amenorrea primaria
(Continuazione della curva 2) Curve normali
1 - 31-1 - Un giorno prima della mestruazione le ghiandole stanno in equilibrio, ma oscillano attorno 180.
2 - 8-2 - Le ghiandole stanno in equilibrio, attorno 160.
3 - 19-3 - Curva completamente normale.

iperfunzione. Se l'accertamento è difficile, si irradia l'ipofisi in disfunzione, senza riguardo alla natura del disturbo. Allora talvolta si vedrà, che i sintomi aumentano in caso di iperpituitarismo, per diminuire poi, perchè la ghiandola riprende le sue funzioni normali. Si dimostrava durante le ricerche e le cure, che dalle dosi adoperate vengono influenzate solo ghiandole in disfunzione e non il tessuto ghiandolare sano.

Dalla osservazione del diagramma è possibile anche accettare se trattasi di una lesione riparabile o irreparabile. Se si irradiano le diverse ghiandole per alcune settimane senza ottenere un miglioramento, allora si può supporre, che l'alterazione patologica della ghiandola è irreparabile (tumore), in ogni caso non influenzabile per via endocrina (infiammazione cronica, pressione, ecc.). Se si vede che le ghiandole acquistano l'equilibrio, ma i sintomi dopo un miglioramento iniziale restano invariati, si potrà presumere che gli elementi alterati si siano rigenerati mediante la terapia O.C., ma le cellule produttori si dimo-

strano insufficienti quantitativamente per poter prendere la parte a loro assegnata nel complesso ormonale. Anche in questo caso il disturbo ormonale deve essere considerato come irreparabile in parte. Solo la organoterapia permanente di sostituzione potrà aiutare qui, ed in caso di tumori, combinata eventualmente con una operazione.

I disturbi ipofunzionali vengono curati indirettamente, inquantochè si irradia la ghiandola complementare, e direttamente, irradiando la ghiandola in disfunzione con irradiazione locale e generale, per correggere l'equilibrio disturbato e mantenere lo stato di correzione.

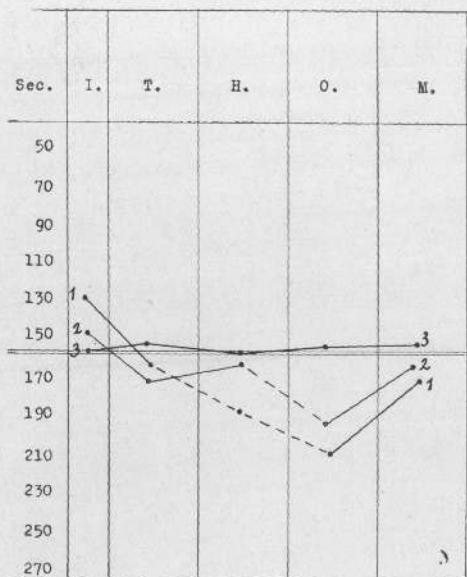


Fig. 4. - Iperpituitarismo ed iperfolliculinemia (Iperplasia cistoghiandolare dell'endometrio)

- 1 - Diagramma del 23-1-1937. Disfunzione dell'ipofisi e delle ovaie.
- 2 - 22-2 - Ipofisi fortemente, ovaie moderatamente migliorate.
- 3 - 15-3 - Equilibrio delle ghiandole, non vi sono più accessi.

dell'intestino, e degli altri organi viscerali, i fasci cortico-cerebrali, cerebellari e spinali, i fasci dell'ottico, dell'acustico, dell'oculomotore e del trocleare.

Io potevo dimostrare che la causa primaria di numerose manifestazioni patologiche è da ricercare nell'ipofisi, nel mesencefalo e nel diencefalo. Questa tesi viene dimostrata dal decorso della malattia e dal diagramma endocrino.

Con la terapia O.C. si colpisce non solo l'ipofisi, ma anche l'intero diencefalo, per cui noi abbiamo la possibilità di una influenza regolatrice su tutti i centri e fasci.

La terapia O.C. delle ghiandole endocrine è una terapia con dosi piccole e moderate. Si deve star attenti soprattutto nel caso della terapia ipofisaria. Si somministrano 40 Watt per 12 minuti, elettrodi metallici distanziati di circa 30 cm.; posizione: radice nasale-protuberantia occipitalis externa. Mai si irradia una ghiandola per 2 giorni di seguito. In centinaia di casi di terapia endocranica

disturbi iperfunzionali vengono curati efficacemente mediante l'inibizione indiretta della ghiandola antagonista con le O.C., ed in seguito col trattamento della ghiandola in iperfunzione nel campo condensatore.

Un posto particolare occupano i disturbi ipofunzionali ed iperfunzionali dell'ipofisi. Le ipofunzioni sono meglio conosciute. Un gran numero di disturbi dipende però dall'ipopituitarismo, cui prendono parte i centri del vicino diencefalo. Il quadro della malattia può essere variabilissimo ed è dipendente dai centri e fasci nervosi colpiti. La sintomatologia del diencefalo può completamente riempire il quadro. Si deve tener conto, che nel diencefalo trovasi l'ipofisi con le sue funzioni multiple, i centri e fasci vegetativi e trofici dello stomaco,

mai fu osservato qualche incidente ; quasi sempre si ottenevano successi indiscussi.

Diverse esperienze di Mogilnizky, Burdenko, Korst, ecc., sull'animale, e in sindromi da ipopituitarismo (Cushing), dimostravano che in numerose manifestazioni patologiche l'organo primariamente ammalato è l'ipofisi. Ma finora non era data la possibilità di dimostrare questo fatto anche sul vivente ed avvalorare i risultati di osservazione con la terapia pratica. Ora diventa possibile anche questo, mediante il metodo di ricerca sudescritta. Noi possiamo con le O.C. casualmente curare un ipo- o iper-pituitarismo e controllarne i progressi con l'aiuto del cicloscopio (Fig. 5).

Si deve tener conto che :

1.^o Noi ci serviamo delle proprietà specifiche delle correnti ad alta frequenza nel campo condensatore, per migliorare il ricambio gassoso ed il metabolismo calcico, per migliorare le funzioni vitali della cellula e dei tessuti. Con la terapia O. C. è possibile influenzare favorevolmente anche l'organo più nascosto nel corpo umano, p. es., la rocca petrosa e tutte le parti del cervello.

2.^o Con il trattamento O.C. si normalizza direttamente la ghiandola curata, indipendentemente se esista una iperfunzione o ipofunzione. L'effetto immediato dell'eccitamento si manifesta con un aumento di deviazione dal valore normale — principalmente nelle iperfunzioni — ed in seguito avviene una normalizzazione. Perciò è consigliabile di curare per prima in via indiretta, poi curare la ghiandola ammalata direttamente.

3.^o Il trattamento delle ghiandole in iperfunzione deve essere fatto con dosi più piccole e con maggiore precauzione, come nel trattamento delle ghiandole in ipofunzione.

4.^o Colla somministrazione di ormoni esogeni si ottiene una rapida sostituzione e questo ha una grande importanza per la nostra terapia. Non si deve però dimenticare, che in casi di iperfunzioni si avrà una specie di atrofia da inattività e che l'ipofisi viene ostacolata nella sua funzione dai preparati organici.

5.^o Così si spiega, che con la somministrazione di ormoni esogeni si può rimettere l'equilibrio nella periferia, ma ciò malgrado la ghiandola non guarisce ; anzi la disfunzione aumenta spesso, costringendoci a proseguire la cura con una sostituzione esogena.

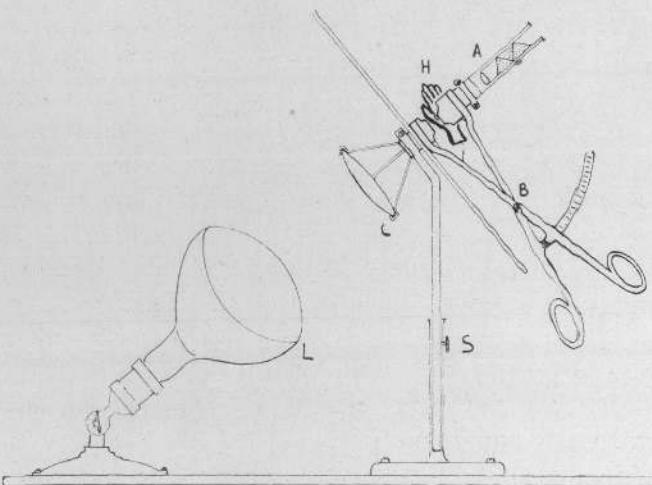


Fig. 5. - Cicloscopio.
(A - Spettroscopio ; B - Klemmer ; C - Lente
L - Sorgente luminosa ; S - Stativo ; H - Mano)

6.^a Le cellule delle ghiandole endocrine sono anche consumatori e non solo produttori, perciò partecipano ai disturbi ormonali delle altre ghiandole.

Si riportano alcuni casi, con successo terapeutico evidente, curati secondo il metodo su descritto.

Ragazza di 23 anni, figlia di un medico. Amenorrea primaria, che non cedeva ad alcuna terapia. Ipoplasia del tratto genitale e disturbi endocrini, consistenti in ipofunzione ovarica ed ipofisaria, come risulta dal diagramma 2. L'isterometria ammonta a 3,5 cm. Si riesce di portare l'utero con la organoterapia ed irradiazioni O.C. a 6 cm, e a far cessare la disfunzione ipofisi-ovarica. La durata della cura fu di 6 mesi; per 3 mesi trattamento giornaliero, per 3 mesi 10 volte mensilmente. Si riuscì ad ottenere la ripresa della mestruazione già al secondo mese; questa continuò poi regolarmente ogni 28 giorni, e fino ad oggi per la sesta volta, senza interruzioni. Precedentemente la paz. era stata curata da Zondek, senza apprezzabile successo.

Durante la cura di questa paz. ho fatto un'importante osservazione, la quale dà la possibilità di poter accettare sicuramente il tempo di ovulazione e di diagnosticare precocemente la gravidanza, spettrograficamente, problema questo a cui sono legati intimamente tutti i problemi della concezione.

Il diagramma 3 mostra che dopo 2 mesi il sistema endocrino ha raggiunto l'equilibrio. Si poteva dimostrare, mediante i valori giornalieri di riduzione, riportati nel ciclogramma, che questa ragazza non è diversa in alcuna maniera da una donna normale. Il valore iniziale, al principio 120, ha raggiunto i 45. Ora si è dimostrato, che la paz. ha due volte al mese l'ovulazione.

Altrettanto è interessante l'antagonista del caso precedente, riportato al diagramma 4.

La paz. è stata malata 10 anni fa; cefalea intensa, atassia cerebellare, nistagmo, vomito, metrorragia; questi sintomi si manifestavano accessualmente. Poichè il quadro non fu riconosciuto, la paz. fu trapanata due volte nella regione cerebellare. La paz. riferiva che i primi attacchi ebbero la durata di 3 giorni in ogni ciclo mestruale; il primo compariva 14 giorni dopo la mestruazione, il secondo 9 giorni prima dell'inizio, per diminuire poi e cessare completamente all'inizio della mestruazione. Dall'osservazione del diagramma si diagnosticava l'iperfusione dell'ipofisi e delle ovaie e da tali disturbi dipendevano la iperplasia cistoghiandolare dell'endometrio con metrorragia e la sindrome del diencefalo. Con la irradiazione della tiroide si otteneva la depressione della funzione ipofisaria e poi con la cura diretta dell'ipofisi, del diencefalo e talvolta delle ovaie, la paz. fu curata completamente. Sul ciclogramma si poteva seguire (Fig. 6) come la curva viene riportata mano mano dal suo decorso alto al livello normale.

Con la notazione giornaliera dei valori di riduzione dell'ossiemoglobina è stato da me per la prima volta rappresentato sul diagramma il ciclo mestruale della donna. Così diventano chiari non solo i tempi di ovulazione e di mestruazione, ma tutte le anomalie della mestruazione, precedentemente di difficile interpretazione; diventano dimostrabili i processi di guarigione in tutte le malattie endocrine e nell'iperpituitarismo. Mediante il ciclogramma si poteva

dimostrare che il processo di ovulazione non vien influenzato minimamente dalle irradiazioni O.C.

Gli iperpituitarismi con manifestazioni patologiche di alcuni o di tutti i centri diencefalici, abbracciano un gran numero di malattie, delle quali la

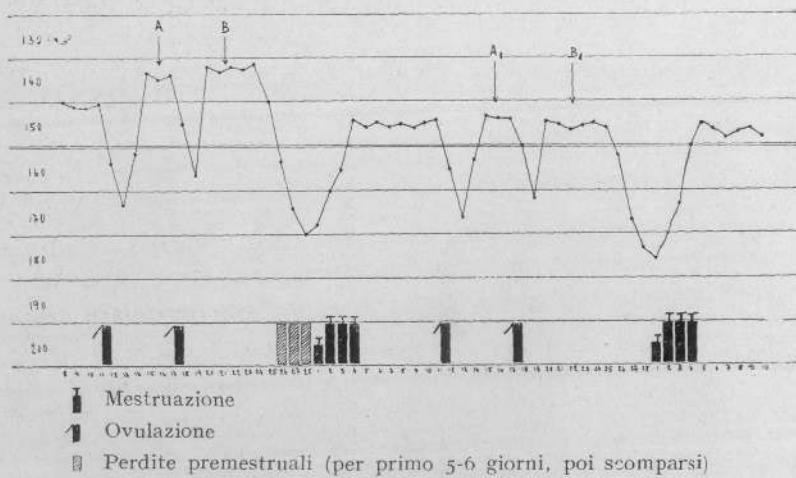


Fig. 6. - Ciclogramma di una paziente con iperpituitarismo ed iperfolliculinemia. (v. diagramma 4)

A. - Alto livello di preovulazione fra la prima e seconda ovulazione.

B. - Alto livello premestruale della curva.

Si osserva l'alto decorso del ciclogramma del primo mese della cura (A e B);

— all'inizio il decorso era ancora più alto — e più tardi, quando non esistevano più gli accessi.

causa finora era sconosciuta o mal interpretata. Questi disturbi vengono efficacemente curati colla irradiazione O.C. della tiroide e successivamente con le irradiazioni dell'ipofisi. Talvolta si cura, a secondo dei casi, anche l'organo periferico, p. e. l'utero, lo stomaco. Si deve tener conto che in seguito all'irradiazione della tiroide si ostacola la funzione dell'ipofisi, mentre irradiando l'ipofisi si completa l'azione tiroidea, perché in seguito avviene una aumentata produzione ormonica tireotropica. Lo stesso avviene ne la maggioranza delle ghiandole periferiche; le irradiazioni di queste ghiandole hanno un effetto depressivo sull'ipofisi, mentre l'irradiazione dell'ipofisi ha un'azione complementare alla produzione delle ghiandole periferiche. Per alcuni, che non conoscono tali considerazioni e le malattie inerenti a tali disturbi, molto sembrerà inverosimile; p. es., che un paziente, gastrico da molti anni, guarisce con la irradiazione della tiroide sana e dell'ipofisi. Si comprenderà però tutto, interpretando giustamente l'iperpituitarismo esistente e la sofferenza gastrica osservando il diagramma endocrino accertato. Solo col metodo spettroscopico si potrà riconoscere che esistono disturbi a carico dei fasci vegetativi dello stomaco e questi disturbi danno origine a deviazioni quantitative e qualitative del chimismo gastrico.

Così si è riuscito a dimostrare in una paz., operata già 10 anni fa di gastro-entero-anastomosi posteriore, che la sua sofferenza è la conseguenza di iperpituitarismo e delle affezioni dei fasci vegetativi gastrici, con disturbo del chimismo gastrico. Poiché i disturbi divennero sempre più forti, è stato consigliato da alcuni

chirurgi la resezione gastrica. Con la terapia O. C., irradiata per prima la tiroide, poi l'ipofisi ed il diencefalo, si riuscì a curare completamente la paziente.

Alla fig. 7 si riporta un caso di ipopituitarismo con ipofolliculinemia ed irtsutismo. Con le irradiazioni dell'ipofisi, ovaie e ghiandole surrenali la paz. fu guarita.

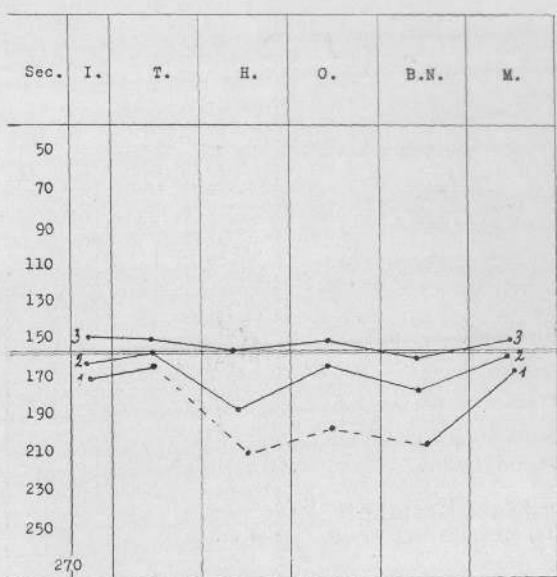


Fig. 7.
Ipopituitarismo con ipofolliculinemia ed irtsutismo

- 1 - 13-1-1937 - Disfunzione delle ovaie, dell'ipofisi e dei surreni
2 - 21-2-1937 -
3 - 27-3-1937 - Equilibrio completo di tutte le ghiandole.

bete, ulcera gastrica e duodenale. Anche in questi casi sono stati ottenuti, con questo metodo, risultati favorevoli, sui quali sarà riferito un'altra volta. Voglio solo accennare che in tutti i pazienti diabetici, studiati da me, si riscontrava una disfunzione dell'ipofisi e del pancreas. Si può concludere, dalle esperienze sugli animali, e dallo studio di questi malati, dallo sviluppo del quadro clinico, dall'elettrocardiogramma endocrino e dalle reazioni alle irradiazioni ipofisarie, che il diabete mellito è una malattia primariamente ipofisaria. Alla fine vorrei dire qualcosa sull'ulcera gastrica e duodenale. Da molto tempo si sospetta già che qui non si tratti di una malattia locale. I francesi parlano di « maladie de Cruveilhier » i tedeschi di « Geschwürkrankheit », poiché non si sa, dove è da cercare la causa primaria della malattia. E malgrado che le esperienze sugli animali ed i sintomi di deficienza in alcune malattie ipofisarie indicavano il ruolo importante del diencefalo, non si osava concludere che la causa primaria fosse da ricercare in questo organo.

Schiff, Magendie, Mogilnizky, Burdenko, Keller e Korst vedevano che in seguito a lesioni nella regione del talamo ottico, principalmente nella vicinanza del corpus Luysi e nelle parti laterali dell'ipotalamo, ed anche in seguito a tumori di questa regione, insorgevano erosioni, ulcere gastriche ed intestinali

La fig. 8 rappresenta l'elettrodiagramma endocrino di una paz. sofferente di obesità ipofisaria ed amenorrea secondaria. Trattasi di una donna di 22 anni, sposata da un anno, e che pesava 93 kg. Aveva avuto accessi di tachicardia, con polso talvolta fino a 190, come potevo personalmente controllare. Durante questi attacchi ebbe anche sintomi di atassia cerebellare. Mediante le irradiazioni ovariche, ipofisarie e generali, in principio combinate con le iniezioni di Menformon, si riusciva a guarire completamente la paz. Ora pesa 81,5 kg. ed ha le mestruazioni in regola.

Ci sono inoltre molte malattie, che fino adesso non si sospettava che potessero dipendere da alterazioni ipofisarie, p. es., emicrania, asma bronchiale, dia-

acute e croniche, le quali spesso si perforavano. Cushing poteva confermare ciò ed accertare che in seguito ad interventi endocranici, i quali contribuiscono alla modificazione delle condizioni di ricambio e della circolazione nel diencefalo, insorgono spesso ulceri e perforazioni nello stomaco, duodeno ed esofago.

La risoluzione del problema che riguarda la guarigione dell'ulcera gastrica e duodenale si troverà con grande probabilità non nella resezione gastrica e duodenale, ma nella cura dell'organo centrale e periferico — nella terapia O. C. del diencefalo e dello stomaco. La resezione deve essere considerata come poco utile fin dal tempo delle ricerche di Castle, sul valore che ha il chimismo gastrico in un sistema emopoietico ben funzionante. Non vi è dubbio che esistono ulceri, le quali hanno una causa periferica e non centrale. Queste sono le ulceri non recidivanti dopo la resezione; d'altra parte proprio questi sono i pazienti facilmente guaribili con la terapia O. C.

Una disfunzione ipofisaria poteva essere dimostrata e curata con successo casualmente, nei casi di impotentia, amenorrea secondaria, nelle forme di Basedow ipofisario, infantilismo ipofisario, eclampsia, ipertrofia prostatica e distrofia adiposo-genitale.

L'strumento, col quale si accerta l'elettrodiagramma endocrino o il ciclogramma, è lo spettroreduktometro, (1) o in forma più semplice il cicloscopio. (1) Ambedue gli strumenti sono composti di un spettroscopio, di una lente convergente, di una sorgente luminosa di cca. 150 candele, e da una pinza per pizzettare la piega interdigitale, interrompendo così temporaneamente la circolazione.

Così con questa terapia — talvolta combinata inizialmente coi prodotti ormonali esogeni —, abbiamo un metodo preciso, per rimettere in equilibrio le ghiandole endocrine e gli organi periferici. Inoltre è possibile con la terapia O. C. di influenzare direttamente e normalizzare le disfunzioni dell'ipofisi e le alterazioni del diencefalo e mesencefalo, dipendenti dalla disfunzione ipofisaria, e da processi patologici situati in profondità.

(1) Lo spettroreduktometro ed il cicloscopio vengono costruiti da Anpersen & Pollak P. C., Amsterdam, Hooftstraat 40.

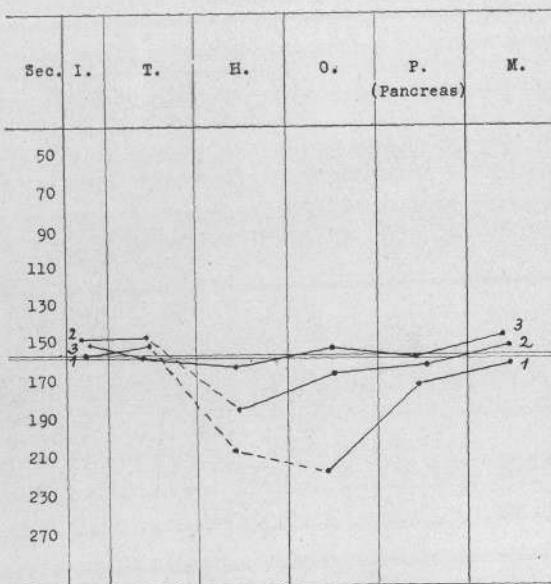


Fig. 8. Obesità ipofisaria con amenorrea secondaria

- 1 - 17.12.1936 - Diagnosi: Disfunzione delle ipofisi e delle ovaie (ipofunzione), paz. pesa 93 kg. La tiroide, il pancreas e le mammelle sono in equilibrio
2 - 30.2.1937 - Miglioramento notevole delle ovaie, modesto di quello dell'ipofisi
3 - 12.3.1937 - Sistema endocrino in equilibrio; mestruazione in regola, peso 81,5 kg.

47006



ARCHIVIO
DI
RADIOLOGIA
diretto dal
Prof. CARLO GUARINI

Comitato di Redazione

ATTILJ S. (*Roma*) - BALLI R. (*Pavia*) - BIANCHINI A. (*Roma*)
COLESCHI L. (*Roma*) - EPIFANIO G. (*Palermo*) - MILANI E. (*Roma*)
PAOLUCCI R. (*Parma*) - PIDONE M. (*Catania*) - PIERGROSSI L. (*Napoli*)
ROSSI A. (*Parma*) - SARACENI F. (*Roma*)

◆◆◆

Altre pubblicazioni dello Archivio:

1. PIERGROSSI L. - *Appunti di fisica dei raggi X.*
2. GUARINI C. - *La Röntgen-terapia in dermatologia.*
3. *Atti della IX Riunione del Gruppo Centro-Meridionale e Siculo.*
4. MILANI E. - *L'indagine radiologica dei tumori del polmone.*
5. BONANNO M. - *Ematologia radiologica.*
6. EPIFANIO G. - *La radiologia del peritoneo.*
7. TALIA F. - *L'ileo terminale.*
8. GARGIULO M. - *L'indagine radiologica in odontoiatria.*