

YBne B 10 / 50

25

Dott. S. DENTICI

---

# Note di patologia e chirurgia della tiroide

---

Estratto da *Tumori*, Anno VIII, fasc. III

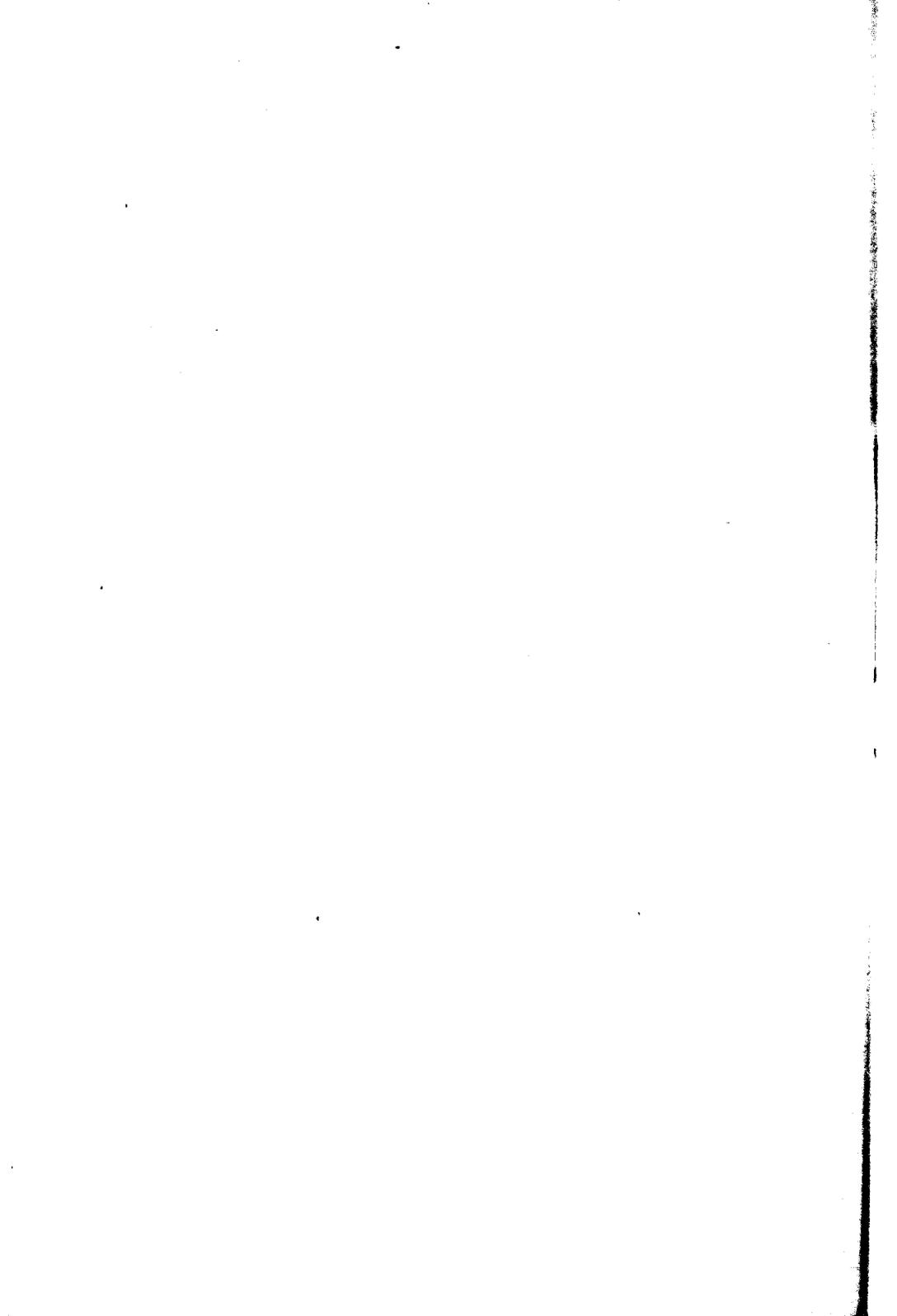
---



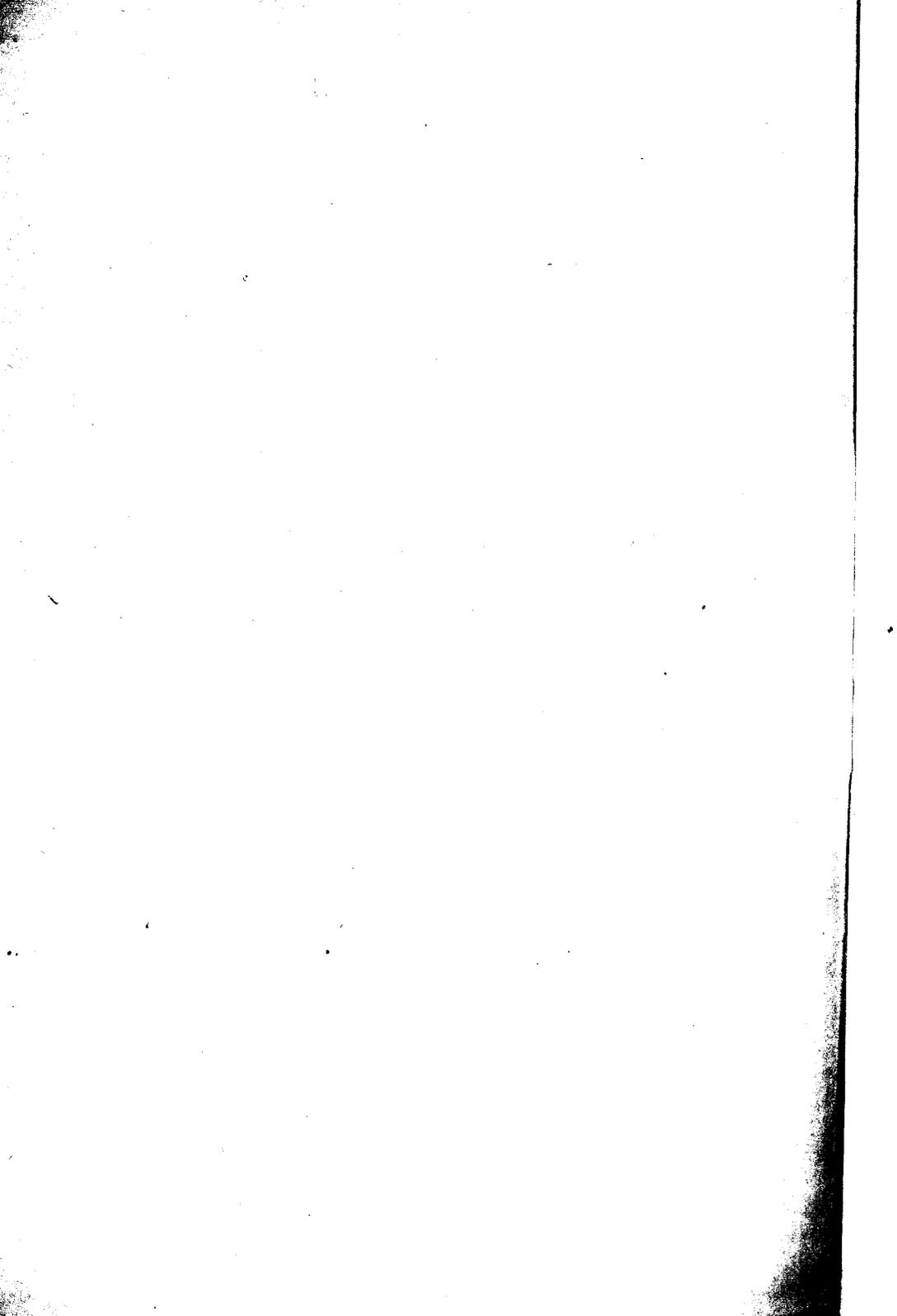
ROMA  
TIPOGRAFIA DEL SENATO  
DI G. BARDI

---

1921







Dott. S. DENTICI

---

Note di patologia e chirurgia  
della tiroide

---

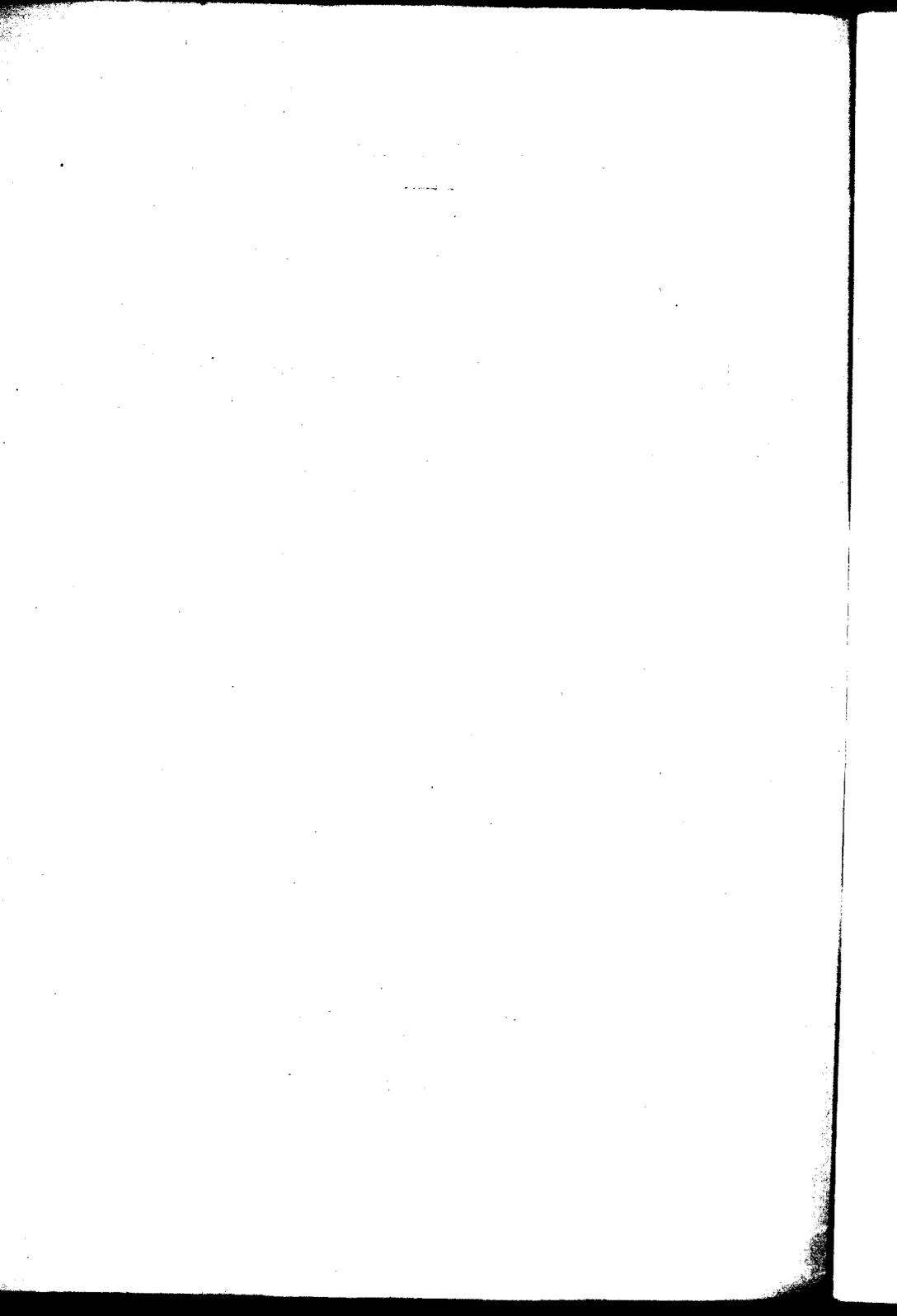
Estratto da *Tumori*, Anno VIII, fasc. III

---

ROMA  
TIPOGRAFIA DEL SENATO  
DI G. BARDI

---

1921



R. ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA - CAGLIARI

DIRETTO DAL PROF. G. FIGHERA.

Dott. S. DENTICI

Note di patologia e chirurgia della tiroide.

Portare un modesto contributo allo studio degli atti operativi, che si praticano sulla ghiandola tiroide affetta da gozzo, può parere superfluo quando si consideri che, vari autori hanno riferito su tali affezioni, basando la loro esperienza e la propria discussione su un numero altissimo di casi esaminati ed operati.

Ma, dalla letteratura recente appare che, molte questioni sono ancora in contrasto, specialmente per quanto riguarda la interpretazione e sistematica delle lesioni anatomiche riscontrate, sulla opportunità o meno dell'intervento nel morbo di Flajani-Basedow, su diversi tempi o modalità di tecnica nelle operazioni per struma.

Le alterazioni della ghiandola tiroide, sia per l'aspetto morfologico, sia per il comportamento microchimico, variano in sommo grado. Lo stesso esame microscopico sistematico di sezioni di tiroide raramente fornisce un'immagine netta della struttura normale.

Traina, cui si deve uno studio accurato sull'anatomia patologica della ghiandola tiroide, venne alla conclusione che nel maggior numero dei casi osservati, la tiroide presenta notevoli alterazioni, sia del connettivo che della parte ghiandolare, così che è raro trovare una tiroide perfettamente normale (18 volte su 102 casi); e Ribbert in un terzo dei casi dei cadaveri di adulti, in cui egli esaminò la tiroide, poté constatare dei tipici adenomi, che secondo l'A., prendono origine da corpuscoli epiteliali solidi, i quali si sviluppano da piccole sezioni di condoni cellulari embrionali.

Tuttavia, per quanto diversi gli aspetti morfologici della ghiandola tiroide nei singoli stadii fisiologici, e differenti le lesioni che è dato

trovare nella struttura della ghiandola malata, pure si riesce od almeno si tende riportarli a tipi schematici; i quali rispondano, anche per il fondamento anatomico della clinica, alle forme descritte da noti autori: Wölfler, Kocher, Ribbert, Sudeck, Berard, Alamartine, Klose, Wegelin, Roussy e Clunet, Brenizer, Porter.

Le lesioni che colpiscono la ghiandola tiroide possono interessare l'elemento ghiandolare propriamente detto, il connettivo da cui è formata la capsula, esteso poi ad involgere ciascuna vescicola, ed i vasi.

Tanto per ripetute, protratte condizioni normali, quanto per cause diverse, l'alterazione elementare cui dà luogo il parenchima ghiandolare è la così detta ipertrofia follicolare; che consiste in un aumento del contenuto delle vescicole per cui l'epitelio si fa cubico-appiattito; le vescicole grandi ed ineguali contengono colloide spessa intensamente cromofila: pareti divisorie tra i follicoli per la grande distensione si atrofizzano e financo scompaiono. A seconda, poi, della partecipazione o del predominio dei fenomeni proliferativi epiteliali ovvero dell'accumulo di secreto, si distinguono nel gozzo follicolare la forma parenchimatososa pr. d. e la colloidea.

A volte, invece, si istituisce una vera iperplasia dell'elemento ghiandolare, con formazione di numerosi piccoli acini vuoti o contenenti scarsa colloide; ciò che, limitato ad un territorio circoscritto da capsula, rappresenta il tipo dell'*adenoma tiroideo*, tipo adulto.

Quando oltre l'iperplasia si riscontrano proliferazione degli ammassi di cellule epiteliali, privi di cavità, e travate cellulari piene tubulari, si ammette l'esistenza dell'*adenoma acinoso*.

Se questi cordoni cellulari pieni prevalgono sino a sostituire l'aspetto morfologico del tessuto tiroideo normale, e la ghiandola si avvicina alla struttura del corpo tiroideo nella vita fetale, si parla allora di *gozzo a tipo fetale di Wölfler*.

In presenza di proliferazione dell'elemento ghiandolare e degli ammassi di cellule epiteliali, con una vera neoformazione degli elementi ghiandolari, è, talvolta almeno, difficile distinguere queste iperplasie da forme neoplastiche propriamente dette.

Le lesioni del tessuto connettivo possono interessare sia la capsula della ghiandola, sia il tessuto interstiziale che involge ciascuna vescicola. Si hanno reazioni infiammatorie dello stroma, quando si stabiliscono disturbi circolatori e fatti flogistici. Lesioni del tessuto interstiziale di natura regressiva possono aversi nelle varie specie di gozzo; esse corrispondono particolarmente alle degenerazioni ialina e amiloide. Quando le vescicole sono fra loro separate da spessi fasci di tessuto fibroso, e anche la capsula è ispessita, si ha la sclerosi della ghiandola, come nelle tiroiditi subacute o croniche e nel mixedema congenito. Si può riscontrare anche la infiltrazione calcarea e la ossificazione del tessuto interstiziale.

Le modificazioni a carico del sistema vasale della ghiandola possono essere di tipo iperemico o nettamente infiammatorio.

Le prime non presentano nulla di caratteristico, essendo il tessuto tiroideo molto vascolarizzato normalmente. Le seconde consistono in processi di endo-meso-periarterite ed occorrono frequentemente nelle alterazioni croniche della ghiandola per sifilide, tubercolosi, ecc. Le lesioni del tessuto vascolare, che presentano una certa importanza, sono quelle dovute a piccole rotture vasali con emorragie, che si riscontrano frequentemente nei gozzi. Le emorragie possono dar luogo a zone di necrosi e degenerazione con deposizioni pigmentarie; possono essere diffuse o circoscritte, e in quest'ultimo caso formano dei focolai limitati, delle cisti ematiche.

Speciale menzione meritano i casi in cui lo sviluppo vasale per importanza, e talvolta per peculiari caratteri, dà luogo alla forma detta vascolare ed alla varietà di gozzo denominato aneurismatico.

Le alterazioni dei vari elementi che costituiscono la ghiandola non sono quasi mai isolate; a lato delle lesioni che interessano il parenchima, possiamo trovare alterazioni sia dello stroma che dei vasi. Però, nella descrizione di un pezzo operatorio, ci si può sempre attenere ad uno dei tipi comuni tenendo conto delle varie forme di passaggio, specialmente ove si tratti di adenomi.

Pur tralasciando di occuparci della questione delle varie teorie patogenetiche sul m. di Flajani-Basedow, bisogna accennare al fatto che,

anche per quanto riguarda le alterazioni che si riscontrano nello struma da tale malattia, l'accordo tra gli autori non è completo.

In generale si tratta di gozzi diffusi in cui si ha una iperplasia parenchimatosa (Roussy) con frequenti piccoli cumuli endoacinosi sulla parete. Anche Kocher sostiene che tale reperto si trova nei  $\frac{4}{5}$  di tutti i casi (Aschoff).

Secondo Lubarsch si ha, invece, proliferazione cellulare con polimorfia dei follicoli e riduzione della sostanza colloide; mentre l'iperplasia degli epiteli, descritta da Kocher, si riscontrerebbe in pochi casi. Aschoff scrive che l'aspetto istologico meglio caratteristico, che si rileva nel gozzo esoftalmico, corrisponde ad alterazioni più spiccate a carico dell'epitelio, divenuto alto fin ad assumere la forma cilindrica, con colloide scarsa o mancante.

Quando compare questo reperto, clinicamente si hanno i sintomi del classico morbo. In un grande numero di preparati prevale tuttavia il reperto dei gozzi diffusi par., senza iperplasia degli elementi e senza variazione della sostanza colloide (Sudeck).

Ma per quanto riguarda il reperto microscopico nè le alterazioni dello struma nè la neoformazione di vasi sanguigni, hanno qualche cosa di essenziale, che possa in maniera decisa e costante differenziarli da quelle alterazioni che si riscontrano in altri tipi di gozzo. Più evidenti che nello struma comune sono nel basedoviano i processi di distruzione degli epiteli. Ciascuno di questi caratteri esaminato isolatamente non ha valore specifico; ma tutti nel loro insieme possono far riconoscere lo struma che si riscontra nel m. di Basedow (K. Otto).

Accennati, per rendere più agevole la schematica esposizione che segue, i tipi principali cui possono riferirsi le lesioni che si istituiscono nella ghiandola tiroide, nelle varie specie di struma, passiamo a descrivere brevemente e raggruppare nell'annessa tabella i casi a noi occorsi coi reperti ricavatine.

**PROSPETTO DEI CASI OPERATI**

(Prof. G. Fichera)

PROSPETTO DEI CASI OPERATI (Prof. G. Fichera)

Num. del reg. clin. e del reg. anat.-patol.	Generalità	Degenza	Esito	Processo operat.	Diagnosi cl.	REPERTO MICROSCOPICO
I - 385 - 73, Osp. civ.	P. M., a. 18, nub.	20 novembre 16 dicembre 1918.	Guarigione p. p.	Resezione bilater. estesa	Gozzo parenchim. diff. e softalm.	Vescicole ripiene di colloide a volte di forma tubulare, epitelio gh. cubico, a tratti polistratificato, con cumuli rilevati sulle pareti, fino a riempire gli otricoli piccoli. Stroma leggermente accresciuto, vasi scarsi. Gozzo parenchim. diffuso.
II - 427 - 81, Osp. civ.	M. R., a. 33, coniug.	27 dicembre 1918. 13 gennaio 1919.	Guarigione p. p.	Emitiroidect. d.	Gozzo gelatinoso.	Cavità vescicolari assai ampie, da fusione di otricoli più o meno numerosi; colloide abbondante, tenue; epit. gh. appiattito; tess. interstiz. scarso, con infiltraz. di elementi parvicellulari; vasi dilatati, ripieni. Gozzo gelatinoso.
III - 416 - 122 Osp. civ.	S. A., a. 20, nub.	10 settembre 27 settembre 1919.	Guarigione p. p.	Enucleaz. intraghi.	Gozzo cist.	Capsula fibrosa evidente. Vescicole piccole e stipate di colloide cromofila; epitel. vescicol. schiacciato; infiltrazione emorragica interstiz. Vasto focolo ramoll.
IV - 417 - 123 Osp. civ.	P. A., a. 20, nub.	15 settembre 24 settembre 1919.	Guarigione p. p.	Emitiroidect. s. Enucleaz. dupl. lobo d.	Adenomi mult. bilat.	Vescicole di varia forma, ripiene di colloide densa; epitelio cubico. Stromata e vasi scarsi. Capsula fibrosa ben riconoscibile, con compressione e sclerosi tess. tir. circostante. Adenomi follicolari multipli.
V - 35 - 145, Osp. civ.	R. E., a. 19, nub.	3 febbraio 13 febbraio 1920.	Guarigione p. p.	Enucleaz.	Gozzo adenomat. lobo d.	Vescicole piccole, contenenti colloide; epitel. cub. alto, iperplastico, con estesa formazione di cordoni cellulari pieni, ravvicinati. Adenoma tir. tipo fetale.
VI - 166 - 151, Osp. civ.	M. I., a. 26, nub.	15 maggio 25 maggio 1920.	Guarigione p. p.	Enucleaz.	Gozzo adenomat. lobo d.	Vescicole grandi, deformate; colloide abbondante; epitelio ghiand. ben conservato, cubico od appiattito; gruppi epitel. solidi interfollicol. Stromata sottile, capsula tenue. Adenoma tir. follicol.
VII - 265 - 157, Osp. civ.	T. A., a. 33, nub.	2 agosto 15 agosto 1920.	Guarigione p. p.	Enucleaz.	Gozzo cistico lobo d.	Capsula fibrosa discretamente spessa. Vescicole piccole, epitelio in parte desquam. o scomparso; colloide scarsa; vasta cavità a conten. colloideo-emat.; stroma abbondante in proliferaz.; vasi numerosi e turgidi. Adenoma coll. cistico.
VIII - 364 - 164, Osp. civ.	S. E., a. 54, coniug.	13 ottobre 26 ottobre 1920.	Guarigione p. p.	Enucleaz.	Adenoma lobo s.	Vescicole piccole, colloide scarsa, spesso vacuo. lizzata; iperplasia notevole dell'epitelio fino a riempire gli otricoli. Formazione di cordoni e tubuli epitel. solidi, con elem. atipici, frequenti cariocinesi. Stromata sottile. Adenocarcinoma tir.
IX - 18, Pat. chir.	G. E., a. 27, nub.	11 marzo 20 marzo 1919.	Guarigione p. p.	Enucleaz.	Gozzo adenomat. lobo m.	Capsula fibrosa relativ. spessa; otricoli simili ai normali per conformaz. e rivestimento epitel. contenuto colloideo; stroma sottile. Adenoma tir. follicol.
X - 32, Pat. chir.	A. T., a. 31, coniug.	25 maggio 15 giugno 1920.	Guarigione p. p.	Emitiroidect. s.	Gozzo parenchim. esofthalm.	Vescicole piccole, colloide densa; rivestim. epitelio basso, spesso a cumuli rilevati; piccoli nidi solidi interfolli., stroma evidente, vasi num. turgidi. Gozzo parenchim. diff.

Dei casi studiati, dunque, erano 5 adenomi (di cui 1 multiplo) 2 gozzi cistici, 1 gozzo gelatinoso e 2 gozzi parenchimosi diffusi a sindrome Flajani-Basedow.

Col suo complesso, sia pure esiguo, la nostra raccolta, nel rapporto fra i vari tipi, corrisponde approssimativamente a quelle ben ricche di altri autori (Kocher, Mikulicz, Berard, Stark, Alamartine, Hildebrand, Judd, Hellwig, Halsted).

Vero è che Crosti, nell'ultimo Congresso italiano di chirurgia, ha riferito su 120 casi di tiroidectomia, nella maggioranza dei quali aveva riscontrato al controllo microscopico strumi colloidei diffusi. Ma, si trattava in gran parte di individui provenienti da regioni a forma endemica; e come pensa Frazier, con Hotz, de Quervain ed altri, a seconda della distribuzione geografica spesso muta e prevale un tipo di struma.

Nei nostri casi interessa rilevare alcuni dati: essi riguardano tutti donne, 9 su 10 di età giovane fra 20 e 30 anni circa, di cui nubili 7 su 10; l'affezione era bilaterale nelle 2 forme basedowiane, ed in 1 caso di adenoma a tre nodi, negli altri constatavasi sede mediana od a sinistra una volta, mentre la localizzazione unica a destra esisteva ben 5 volte.

L'esame microscopico, istituito costantemente, portò in nove casi alla conferma della diagnosi clinica con attributo anatomico, precisandone in modo esauriente una imperfetta e rivelò particolari interessanti in altri due casi.

Di questi ultimi nel V la struttura minuta risultò quella, non comune, del così detto adenoma fetale (Wölfler), e nell'VIII, si noti il solo in soggetto d'età matura (anni 54), essa apparve quella dell'adenoma in metamorfosi carcinomatosa: evenienza constatata all'esame microscopico, ripetutamente, anche da Porter.

Con tali dati, mentre sosteniamo l'opportunità della diagnosi clinica con appannaggi anatomo-patologici e la notevole concordanza ch'essa ritrova nell'esame microscopico; per altro verso, affermiamo sempre utile lo studio istologico, che meglio definisce i reperti, e procura talvolta un'utile integrazione diagnostica.

A tutti gli interventi, enucleazione, emitiroidectomia, resezione seguì rapida guarigione *per primam*; difatti, la degenza variò da un minimo di 9 ad un massimo di 25 giorni, compresi il periodo di studio e di preparazione anteoperatori.

Nei due casi di gozzo esoftalmico si avverò rapido miglioramento dei sintomi soggettivi ed obbiettivi, progressivamente svoltosi sino al ripristino delle buone condizioni fin'oggi mantenutesi, con quella celerità di riduzione e scomparsa di tremori, tachicardia, stato ansioso e dello stesso esoftalmo rilevati da molti, e su cui insiste Fabian.

Ma in questa particolare forma di gozzo, tuttora, medici e chirurghi, con disparate argomentazioni, tendono a contrapporre metodi di cura incruenta a quelli operatori.

Però, i molteplici mezzi suggeriti e il diverso fondamento dei presidii impiegati nella cura medica denotano che essa, oltre a non aver carattere specifico, non fornisce risultati da conferire sicuro affidamento.

In ogni modo, i fautori di tale terapia fondano le loro preferenze sulla mortalità deplorata negli interventi, sulle complicanze postoperatorie, sugli insuccessi constatati, allorchè esiste stato timico-linfatico, sulle recidive, ecc.

Essi, inoltre, lamentano che le statistiche chirurgiche non si riferiscano sempre ad osservazioni prolungate; le quali, potrebbero modificare il giudizio formulato.

In proposito, per decidere obiettivamente in favore del metodo, cui portiamo il contributo dei nostri due casi, conviene ricordare il confronto indicato da Pende, fra le cifre di Kocher per la cura chirurgica e quelle di Eppinger sulla terapia medica; nè si può tralasciare la statistica di Ch. Mayo o la disamina di Fabian.

Si che dall'insieme di larghe osservazioni sembra accertato il preponderante numero di guarigioni definitive ottenute chirurgicamente in confronto ai metodi incruenti (76 per cento, 32 per cento). Ciò, inoltre, acquista maggior valore, ove si pensi che le migliorate indicazioni e la perfezionata tecnica hanno ognor più considerevolmente diminuito i pericoli dell'intervento e meglio garantito l'esito.

In conclusione, senza escludere i buoni risultati talvolta realizzati con le cure mediche od il successo vantato in qualche caso dalla roentgen-radiumterapia, emerge in maniera sicura che l'intervento chirurgico (specie con l'emitiroidectomia o la resezione bilaterale) ha apportato nel gozzo esoftalmico più soddisfacenti risultati; onde esso trova largo seguito (Kocher, Mikulicz, Hildebrand, Riedel, Kroenlein, Kummel, Garrè, Fabian, Doyen, Walton, Liek, Klewitz, Tricomi, Clarence, Berard, Chalier, Frazier, Crile, Judd, Ch. Mayo, Plummer, Alamartine).

Naturalmente, vi sono norme e controindicazioni, grazie cui si vengono conseguendo quei risultati stabili, come opinano Hildebrand, Capezzuoli ed altri, giudicati dopo lunga osservazione; nè, invero, mancano oggi casi seguiti fin oltre il sesto anno dall'intervento (Fabian, Hildebrand, Judd, Ch. Mayo); mentre il primo dei nostri ha sorpassato i due anni in eccellenti condizioni.

Norma principale è rappresentata dalla precocità dell'intervento; già, fin dal 7° Congr. internazionale di Med., Kocher dichiarava che su 283 basedowiani operati, sia colla tiroidectomia sia colla legatura atrofizzante, erano guariti tutti quelli colti all'inizio; invece non avevano offerto miglioramento quelli di data antica.

Questa opinione, largamente condivisa, è in maniera efficace sostenuta da Fabian, Hildebrand, Liek, Mayo, Tosatti.

Di recente, anzi, sopra tutto in America, sono state proposte indagini biologiche, in particolare con lo studio del metabolismo basale, aggiuntosi alle prove della glicemia, glicosuria, dell'adrenalina e della pituitrina; nell'intento di svelare i primi segni dell'ipertiroidismo e di valutare sin dall'esordio il grado ed i caratteri di tossicità di un gozzo.

Per certo, nelle forme non inveterate mancano o rimangono circoscritti le lesioni ed i fatti degenerativi, che rendono meno agevoli le estese resezioni, opportune ad impedire persistenza o ritorno dei sintomi; inoltre è meno facile un largo riassorbimento, per manovre compressioni spandimento nel campo cruento, con successive intossicazioni acute; ed ancora sono lievi le perdite di sangue e rari gli ematomi, che talvolta turbano in vario modo il decorso.

Quanto alla selezione dei soggetti giustamente passibili di terapia chirurgica, i migliori effetti si ricavano dai casi puri, tipici di gozzo esoftalmico nella fase di latenza o di sosta; laddove appaiono meno dominabili le forme secondarie di morbo Flajani-Basedow (Gautier, Buschen) le associate o pluriglandolari, le fruste od incomplete (Kocher, Marie) il tipo cardiaco (Kraus, Gittermann, Stern) l'adenoma con ipertiroidismo (Plummer, Wilson).

Con questi criteri principali, uniti ad altri riguardanti lo stato generale, quello dei singoli sistemi ed organi, l'età dei pazienti, l'entità dell'attacco, non che con l'accurata scelta del procedimento più opportuno, magari dopo un adatto periodo di trattamento medico rivelatosi inefficace, si arriva ai buoni risultati sopradetti, da noi costantemente registrati.

Ovvia è la importanza somma del metodo operatorio e della sua applicazione nelle diverse forme di gozzo; ciò che implica una serie di elementi su cui proprio in questi giorni si riaccende la discussione.

Non è qui il luogo di riassumere la storia della chirurgia del gozzo in genere; ma non si possono tacere i nomi di Porta, Rizzoli, Bottini, Ruggi, Novaro, Caselli, Bassini, Colzi, Biondi, Cacciopoli, Giordano, nè consegnare al silenzio quelli di Kocher, Billroth, Wölfler; Reverdin, Socin, Jaboulay, Eiselsberg, Roux, Poncet, Berard, De Quervain, Hildebrand, Alamartine, Halsted, Ch. Mayo.

Ci limiteremo a quei dati controversi, il cui esame invece, può riconnettersi allo studio dei nostri casi.

Vi è tendenza fra i chirurghi ad attribuire alcuni incidenti operatori ed esiti immediati alla narcosi: Socin, Kocher, Mikulicz, Riedel, Rehn, De Quervain, Harris, Berry, Eastmann, ed in Italia Ceci, Tansini, Truffi, Filippini, Crosti si schierano contro l'anestesia generale negli interventi per gozzo, specie basedowiano.

Certo, può non esser prudente la somministrazione del cloroformio o dell'etere nei gozzi assai voluminosi con fenomeni gravi da compressione, alterazioni regressive della trachea, cronica congestione bronchiale, turbe del sistema circolatorio; ma non si deve, però, dimen-

ticare che anche in seguito ad anestesia regionale o locale, da cocaina o novocaina, Alamartine fin dal 1913 riuniva 11 casi di morte operatoria con sindrome a carico della respirazione.

La questione, dunque, come convengono i più moderni trattatisti, rientra in gran parte nel campo delle indicazioni e controindicazioni, in genere; ed, invero, quando si pensi che spesso si interviene su individui giovani, esenti da lesioni broncopolmonari, cardiache, renali, con gozzi non cospicui, e si ponga mente ai vantaggi dell'anestesia generale, si può nel maggior numero dei casi dar a questa la preferenza.

Nello stesso gozzo esoftalmico di fronte allo shock psichico, all'eccitazione ed allo sforzo, che agevolano emorragie, alla più lunga durata dell'atto operativo, si può trovar conveniente la narcosi.

Questa opinione di recente espressa da chirurghi quali Halsted ed i Mayo, trova conferma nei nostri casi, in cui solo due volte venne praticata l'anestesia novocainica, nell'VIII° per il reperto urologico di lievissima nefrite cronica e nel IX° per il bisogno dell'inferma di tornare a domicilio subito dopo l'ablazione di un piccolo gozzo adenomatoso.

In tutti i restanti l'anestesia generale corrispose bene, compresi due molto voluminosi: il I° a notevole sviluppo specie nei poli inferiori dei due lobi, con sindrome basedowiana, sottoposto a resezione extracapsulare bilaterale estesa, il II° trattato con l'emitiroidectomia extracapsulare destra, di un lobo accresciutosi in guisa da estendersi dalla nuca alla regione retrocleidosternale.

I modesti disturbi respiratori, sul principio, dovuti a contrazione muscolare son cessati col rilasciamento in narcosi completa; e le turbe più rilevanti, ad intervento avanzato, han ceduto rallentando la inalazione dell'anestetico, sospendendo manovre di trazione, spostamento o compressione, e completando rapidamente la ectomia col taglio dei mezzi di connessione tiro-tracheali non che dell'istmo.

Importanza considerevole, per l'agevolezza delle manovre ed il dominio del campo, implica la incisione; ciò che ha preoccupato gli operatori volendosi raggiungere l'intento con tutela della cosmesi.

Già fin dal 1883 Liebrecht elencava oltre venti incisioni cutanee diverse; le quali, anche sommate alle successive, si riducono essenzialmente alla verticale mediana, alla crociata di Poncet per aggiunta di altra trasversa, alla obliqua di Wölfler lungo il margine mediale dello sternocleidomastoideo prolungata sino al margine superiore dell'opposta clavicola, ed infine alla incisione arcuata od a cravatta di Kocher a lieve concavità superiore.

Quest'ultima è la più diffusa, poichè si orienta ed estende secondo le esigenze, rispetta fibre elastiche e muscolari dei piani sottostanti da sezionare, fornisce cicatrici ben nascoste dalle pieghe di flessione.

Tuttavia, come da tempo han scritto Bassini, Catterina, Novaro, Berard, bisogna restare indipendenti da una rigida costante linea di incisione per scegliere quella che si adatta meglio. Il taglio a lingua di Bassini, ad U di Novaro, quello di Durante costituiscono utili modificazioni o combinazioni (Wölfler-Kocher) che rendono più diffusa l'incisione a cravatta.

Secondo la Scuola di Roma, è preferibile il taglio portato in basso, verso il giugulo, per meglio avvantaggiare la cosmesi, e prolungato ai due lati lungo i bordi interni degli sternocleidomastoidei quanto occorre. Considerata questa incisione come costituita da una parte mediana e da due laterali, essa nel complesso o con le singole parti conviene a quasi tutti i casi: nei nostri ha ben corrisposto con la branca obliqua nelle forme unilaterali, con la curva in quella dell'istmo e coll'intera linea nei gozzi diffusi bilaterali o negli adenomatosi a nodi multipli dei due lobi.

Abbiamo così sempre ottenuto luce sufficiente senza incidere i muscoli, meno che nel gozzo voluminoso esoftalmico (I) ove ci inducemo a scontinuarne trasversalmente e temporaneamente i muscoli, verso il terzo inferiore; per meglio procedere alla resezione extracapsulare di gr. 210 di struma.

Altra controversia riguarda l'emostasi e la sintesi. Prescindiamo dalla legatura delle vene superficiali, giugulari anteriori, e di quelle dello spazio peritiroideo o della capsula vascolare, da recidere previa applicazione di pinze emostatiche; ciò che rese esangui le manovre

anche nel caso VIII°, ove esisteva una ricca ed ampia rete venosa sulla capsula propria.

Nei gozzi adenomatosi, operati di enucleazione intraglandolare, l'esatto riconoscimento del piano di clivaggio diede scarso gemizio; quando piccoli vasi furono riconoscibili nel parenchima tiroideo vennero isolatamente legati; ed in tutti la soppressione del cavo residuo, con apposizione delle pareti mediante capitonnage, procurò perfetta emostasi.

Nelle emitiroidectomie o strumectomie parziali extracapsulari fu praticata la legatura dei vasi tiroidei superiori ed inferiori omolaterali previo denudamento e lussazione del lobo; mentre nella resezione bilaterale vennero allacciati i vasi tiroidei inferiori, soltanto avendo applicato prima una pinza a compressione al di sopra della linea di taglio ed eseguito poi lungo questa un'opportuna sutura.

Nelle legature ai due poli è parso meglio cominciare dai vasi superiori; ciò rendendo più agevole le manovre di preparazione dell'arteria tiroidea inferiore e di riconoscimento del nervo laringeo corrispondente.

Come consigliano Durante e Leotta, divaricando i muscoli all'esterno, attraendo il lobo tiroideo medialmente ed in avanti, preparando accuratamente l'arteria e restando nello spazio peritiroideo in vicinanza della capsula propria, si evitano le paratiroidi inferiori e si risparmia il ricorrente; altrimenti minacciato da deficienti cognizioni anatomiche, da manovre grossolane, da pinzamenti o legature massive.

Nei nostri casi non si dovette mai lamentare alcun disturbo della fonazione; ed in un caso (II°) scomparve prontamente la disфонia preesistente, a somiglianza di quanto han notato Kocher, Gussenbauer, Maas, Colzi, Reverdin, Roux, Poncet, Berard, Mayo.

Ad assicurare meglio l'emostasi, impedire la formazione di ematomi son venute nei giorni scorsi proposte di cui perdura l'eco.

Autori tedeschi han suggerito utilizzare meccanicamente proprietà biologiche, coagulanti, del tessuto muscolare. Invero, già da tempo Baldassari aveva usato lembi sieromuscolari, Lâwen trapianti muscolari, applicati poi utilmente da Rubaschow e Unger, Horsley, Kocher,

Cushing, Alessandri; e più ancora Leriche aveva adattato un trapianto muscolare sul moncone di resezione di uno struma retro e sottosternale.

Ora, compaiono le note di Dubs, che sutura contro la superficie tiroidea cruenta i muscoli soprastanti, e di Hilgenberg, il quale preleva un lembo dallo sternocleidomastoideo e lo appone da trapianto libero sul parenchima.

Nei nostri casi non fu mai necessario nè opportuno ricorrere a tali procedimenti, la allacciatura vasale e la sutura ghiandolare corrisposero perfettamente; e risparmiarono pratiche, le quali se sono buone risorsero in qualche caso, non meritano un uso sistematico; cui potrebbero, almeno talvolta, non mancare postumi cicatriziali sgradevoli.

In connessione al problema cennato si viene dibattendo la questione del drenaggio; da molti sostenuto ad ovviare formazione di ematomi, raccolte sierose, assorbimento di prodotti di secrezione o necrobiosi, e financo pericoli d'infezione.

Ma tali vantaggi negati, ai nostri giorni, da quanti con Züllig, Brunner ed altri vedono la strumectomia ideale in assenza di drenaggio, vengono adesso combattuti da recentissime statistiche.

Dubs riferisce i buoni risultati di cento strumectomie senza drenaggio. Dorn istituisce un paragone fra 137 casi drenati e 127 suturati completamente: nei primi nota 26,8% di ematomi e raccolte sierose, nei secondi 13,1%; a tale constatazione aggiunge l'esame delle complicanze infettive e della formazione di tramiti fistolosi, per concludere che nei suoi casi non drenati la evoluzione non risulta regolare solo nel 15%, mentre in quelli drenati appare complicata nel 35%.

A noi l'adozione del drenaggio è apparsa superflua nella grande maggioranza dei casi, a sintesi perfetta senza spazi morti nè alcun gemizio; d'altra parte l'adozione di esso dopo due ablazioni estese (I - II) con rimozione in seconda giornata, non turbò in alcun modo l'esito.

In conclusione, la guida dei criteri enunciati e la corretta applicazione di essi, con opportuno adattamento a ciascun caso, ci hanno

assicurato ottimi decorsi ed eccellenti risultati nelle sei enucleazioni intraghiandolari, in tre tiroideomie extracapsulari, di cui una con strumectomia duplice nell'altro lobo, ed in una tiroideomia extracapsulare parziale bilaterale.

## BIBLIOGRAFIA

ALAMARTINE, *Le goître exophthalmique et son traitement chirurgical (Resultats indications, technique)*. Thèse, Lyon, 1910.

ALAMARTINE, *Le traitement chirurgical dans la maladie de Basedow*. Gazette des Hôpitaux, N. 148, 1911.

ALAMARTINE, *Effets de la ligature des artères thyroïdennes sur la structure de la glande*. Soc. de Biol. de Paris, 1911; Rif. in «Lyon Chirurgical», Tome IV, N. 1.

ALAMARTINE, *La technique actuelle des opérations pour goîtres*. Revue de Chirurgie, Avril 1913.

ALESSANDRI, *Plastiche ossee e durali nell'epilessia Jacksoniana*. Atti della Soc. It. di Chir., XXIV Ad., Roma, Nov. 1912.

ALESSANDRI, *Nuovi casi di plastica della dura madre con trapianti liberi d'aponevrosi*. Boll. R<sup>a</sup> Acc. Med., Roma, 23 Marzo 1914; Policl., Sez. Prat., 1913.

ANTONELLI, *Intorno ad alcune complicanze del gozzo in rapporto alle strumectomie*. Pavia, 1908.

ASCHOFF, *Anatomia patologica speciale*. Vol. II, 1914.

BALDASSARI, *Esperim. sull'emostasi epatica*. Rif. Med. 1901, N. 43; Clin. Chir. 1902, N. 1; Policl., Sez. Chir., 1903.

BARTLETT, *An emergency technic for thyroidectomy*. Journ. Am. Med. Ass., Vol. 75, N. 3, 1920.

BASEDOW, *Exophthalmus durch Hypertrophie des Zellgewebes in der Augenhöhle*. Wochenschr. f. d. ges. Heilk., 1840.

BÉRARD, *Corps Thyroïde et Goîtres. Nouveau Traité de Chirurgie*, Paris, Bailière, 1908.

BÉRARD, *A propos de 1000 opérations pour goîtres*. Gaz. des hôp. civ. et mil., N. 42, 1920.

BÉRARD et ALAMARTINE, *Contribution à l'étude de la classification anatomique des tumeurs thyroïdennes*. Revue de Chirurgie. Avril 1912.

BERARDINO, *Contributo alla estirpazione totale del gozzo*. Atti R<sup>a</sup>. Acc. Med. chir. Napoli, 1889.

BERGMANN e BRUNS, *Trattato di Chirurgia pratica*, Vol. II. Soc. Ed. Lib. Milano, 1909.

BOOTHBY, *Adenoma of the thyroid with hyperthyroidism (thyreotoxic adenoma)*. Endocrinology, January, 1921.

- BOTTINI, *L'estirpazione del gozzo nel morbo di Basedow*. La Clin. Chir. 1893.
- BOTTINI, *La tecnica nella estirpazione del gozzo*. La Clin. Chir., N. 3, 1894.
- BRENIZER, *Goiter: observations drawn from 240 operated and 82 unoperated cases*.
- CAPEZZUOLI, *Considerazioni sul ricambio materiale del morbo di Flaiani-Basedow, specialmente in rapporto colla cura chirurgica e sull'opportunità dell'intervento*. Rivista critica di Clinica Medica, Anno XVIII, N. 47-49.
- CATTERINA A., *Alcuni appunti sulla cura del gozzo e contributo alla casistica*. Riv. Ven. di Sc. Med., 1892.
- CECI, *Conferenza riassuntiva del lavoro clinico nell'anno scolastico 1894-95*. Roma, Soc. Dante Alighieri, 1896.
- CHALIER, *Trattamento del gozzo esofthalmico*. Journ. de Méd. de Lyon, N. 24, 1921.
- CHALIER, *Résultats des interventions dirigées sur le sympathique dans la maladie de Basedow, selon la met. du Prof. Jaboulay*. La Province médicale, N. 1, 1913.
- CLAGETT, *The treatment of goiter with radium*. Illin. med. Journ., Vol 38. N. 4, 1920.
- CLARENCE, *Goiter exophthalmique; thiroidectomie unilaterale après ligatures artérielles*. Revue de Chirurgie, 1913.
- CHIARUGI, *Contributo alla chirurgia della tiroide*. Corriere Sanitario, N. 20, 1909.
- COLZI, *Contributo alla estirpazione del gozzo, storia di un caso con esito felice*. Sperimentale, 1884.
- CRILE, *Toxic Adenoma in Relation to Exophthalmic Goiter*. Ann. Surg., 1920.
- CROSTI, *Considerazioni su 120 casi di tiroidectomia per gozzo*. Com. fatta al XXVII Congr. della Soc. It. di Chir., Roma, Nov. 1920.
- COTTIS, *Practical points in goiter surgery*. N. J. State M. J. 20, 1920.
- DE COURCY, *Thyroidectomy a brief review of 137 cases*. Am. Journ. of Surg., 34, N. 11, 1920.
- DE CRIGNIS, *Zur Kasuistik der metastasierenden anscheinend gutartigen Struma*. Frankft. Zeitschr. f. Path., Bd., 14, N. 1.
- DE FRANCESCO, *Contributo alla strumectomia*. Milano, 1911.
- DE QUERVAIN, *Zur Technik der Kropfoperation*. Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 116, 1912.
- DE QUERVAIN, *Weiteres zur Technik der Kropfoperation*. Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 134, 1915.
- DELORE et ALAMARTINE, *La ligature des artères thiroïdennes principalement dans la maladie de Basedow*. Revue de Chirurgie, 1911.
- DORN, *Primärer Wundschluss oder Drainage nach Strumektomie?* Zentralbl. f. Chir., N. 4, 1901.
- DUBS, *Die direkte Muskeldeckung des Kropfrestes beim primären Wundschluss nach Strumektomie ohne Drainage*. Zentralbl. f. Chir. N. 42, 1920.
- DURANTE e LEOTTA, *Trattato di Medicina operatoria*. Vol. III. Un. Tip. Ed. Torinese, 1917.
- DURANTE L., *Tecnica delle tiroidectomie in uso alla Clinica di Berna*. La Cl. Chir., Fasc. 3-4, 1920.

- EASTMANN, *Advantages of local anesthesia in thyroid operations.* J. Am. M. Ass., 1920.
- ENDERLEN und HOTZ, *Zur Technik der Kropfoperation.* Zentralbl. f. Chir., N. 45, 1920.
- FRAZIER, *The management of Toxic Goiter from the Surgical Point of view.* Ann. Surg., 1920.
- FILIPPINI, *Contributo alla chirurgia della tiroide.* Tosini e C., Brescia, 1909.
- FOLINEA, *Sette casi di gozzo curati con la tiroidectomia.* La Rif. Med., 1895.
- GARRÉ, *La strumectomia nella malattia di Basedow.* La Presse Médicale N. 17, 1908.
- GIORDANO, *Contributo alla cura del gozzo ed all'eziologia della strumite.* La Clin. Chir., N. 11., 1893.
- GIORDANO, *Compendio di Chirurgia operatoria italiana. App. sec. del Trattato di Chirurgia.* Torino, Un. Tip. Ed. 1911.
- HALSTED, *The operative story of goiter.* The author's operation John Hopkins hosp., 1920.
- HENSEL, *Modern phases and treatment of Basedow's disease.* Med. Rec. Vol. 37.
- HILDEBRAND, *Esperienze e studii sul morbo di Basedow e sul trattamento operatorio di esso.* Arch. f. klin. Chir., Bd. III, N. 1.
- HILGENBERG, *Zur Stillung von Blutungen aus dem Kropfrest nach Strumektomien* Zentralbl. f. Chir. N. 11, 1921.
- HOTZ, *Über doppelseitige Strumaresektion.* Zentralbl. f. Chir., N. 48, 1920.
- HARTERT, *Ueber Fortschritte in der operativen Behandlung des Kropfleidens.* Münch med. Wchnschr., 1920.
- JABOULAY, *La thyroidectomie dans le goitres ordinaires.* Soc. Nat. de Méd. Juillet, 1911.
- JAPPELLI, *Studi recenti sulla malattia di Flajani-Basedow.* Rif. med., N. 4, 1921.
- JUDD, *The results of operations for Adenoma with Hyperthyroidism and Exophthalmic Goiter.* Ann. Surg., 1920.
- KAUFMANN, *Trattato di Anatomia patologica speciale.* Parte I, Casa Ed. Vallardi Milano.
- KLEWITZ, *Der jetzige Stand der nichtoperativen Behandlung der Basedowschen Krankheit.* Deutsch. med. Wchnschr., Bd. 46, N. 35.
- KLOSE, *Anatomia patologica della Tiroide Basedowiana.* Bruns Beitr. klin. Chir., Vol. 102.
- KOCHER TH., *Ueber Kropfoperationen und ihre Folgen.* Verh. d. Deutsch. Gesellsch. f. Chir., 1883.
- KOCHER TH., *Bericht über weitere 250 Kropfextirpationen.* Korresp. f. Scheiw. Aerzte., 1889.
- KOCHER TH., *Bericht über ein zweites Tausend Kropfoperationen.* Verh. d. Deutsch. Gesellschaft. f. Chir., 1901.
- KOCHER TH., *Ueber Kropf und Kropfbehandlung.* Deutsch. med. Wchnsch., 1912.
- KOCHER A., *Ueber morbus Basedowii.* Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1902.

- KOCHER A., *The surgical treatment of exophthalmic goitre*. J. Am. M. Ass. 1907.
- LÄWEN, *Ueber die Stillung von Herz und Leber-blutungen durch frei übertragene Muskelstücke*. A. kl. Ch. 1914, Bd. 104.
- LERICHE, *Greffes musculaires hémostatiques*. Lyon Chirurgial, Tome XI, N. 3. 1914.
- LEWIS, *The pathological anatomy of exophthalmic goitre*. Surg. Gynec. and Obst., 1906.
- LIEK, *Die Frühoperation des Morbus Basedow*. Langebeck's Arch., Bd. 104, H. 1, 1914.
- LUSENA, *Contributo clinico ed anatomico-patologico allo studio del gozzo maligno*. La Clin. Chir., Anno VII, N. 3, 1904.
- MAYO CH., *A summing up of the goitre question*. Surg., Gynec. and Obst. 1914.
- MAYO CH., *The principles of thyroid Surgery*. J. Am. M. Ass., 1918.
- MAYO CH., *Adenoma with Hiperthyroidism*. Ann. Surg., 1920.
- MARAGLIANO, D., *Patogenesi e cura del morbo di Basedow*. Pensiero Medico, N. 26, 1912.
- MIKULICZ, *Beitrag zur Operation des Kropfes*. Wiener med. Wchnschr., 1886.
- MONOD e VANVERTS, *Trattato di tecnica operatoria*. Vol. II., Soc. Ed. Libr., Milano, 1905.
- NACCIARONE, *I tumori della tiroide*. La Clin. Chir. Anno XXII, N. 7-8, 1914.
- OTTO, *Sullo struma nel morbo di Basedow*. Arb. auf dem Geb. d. path. Anat. u. Bakt. herausg. v. Baumgarten, Bd. VII, H. 2.
- PAGELLO, *Osservazioni e considerazioni sulla cura del gozzo*. Riv. Ven. di Sc. Med., 1888.
- PENDE, *Endocrinologia*. Casa Ed. Vallardi, Milano.
- PLUMMER, *Recognition and treatment of exophthalmic goitre*. J. Am. M. Ass., 1913.
- PLUMMER, *Classification of goitres*. Med. Rec. (N. J.), 1919.
- PONCET, *Enucleation massive des goitres*. Bull. de l'Acad. 37.
- PORTA, *Delle malattie e delle operazioni della tiroide*. Milano, 1849.
- PORTER, *Goitre. A clinical study of 139 cases*. Ann. of Surg., 1920.
- REVERDIN, *Rapport sur le traitement du goitre*. Congr. Franc. de Chir., 1898.
- RIBBERT, *Das Adenom der Schilddrüse*. Frankf. Zeitschr. f. Path., Bd., 18, H. 1.
- ROUSSY e CORNIL, *Morbo di Basedow e gozzo esofthalmico*. Bull. Med., N. 56, 1920.
- ROUSSY et CLUNET, *Introduction a l'étude histo-pathologique du corps thyroïde*. La presse médicale, N. 94, 1911.
- ROUBASCHOW, *Einige praktische Bemerkungen zur Technik der Nephrotomie und Nierenresektion*. Z. f. Chir., 1913.
- RUINI, *Contributo alla tiroidectomia per gozzo esofthalmico*. Riv. Ven. di Sc. Med., T. X e XII, 1896.
- SOAVE, *Contributo alla strumectomia col metodo Bottini*. Rif. Med., 1896.
- STARR, *Die Beeinflussung der Basedowschen Krankheit durch einen chir. Eingriff und indikat. der Oper.* Münch, med. Wchnschr., N. 21, 1914.

STARK, *Indication Zur Operation der Morb Basedow und Operationserfolge.* Deutsch. mod. Wechschr., N. 28, 1915.

STRADIOTTI, *Di un tentativo di cura del m. di Flaiani-Basedow mediante un siero tiroco-tossico.* Rivista critica di Clinica medica, N. 8, 1907.

SUDECK, *Zur pathologischen Anatomie und Klinik des Morbus Basedow.* Bruns Beiträge, Bd. 92, 1914.

TRAINA, *Contributo all'anatomia patologica della tiroide e delle paratiroidi.* Pavia, Tip. e leg. coop., 1905.

TRICOMI, *Tre casi di m. Basedow curati chirurgicamente.* Policlinico, Vol. III, 1896.

TRUFFI, *Osservazioni sull'estirpazione del gozzo.* Gazzetta degli Osped. e delle Cliniche, N. 23, 1909.

USIGLIO, *Sui tumori della tiroide e loro cura.* Trieste, Balestra, 1894.

WALTON, *A consideration of some cases of exophthalmic goitre treated bei operation.* Lancet, 1914.

