

19
C. FRUGONI E R. ALESSANDRI

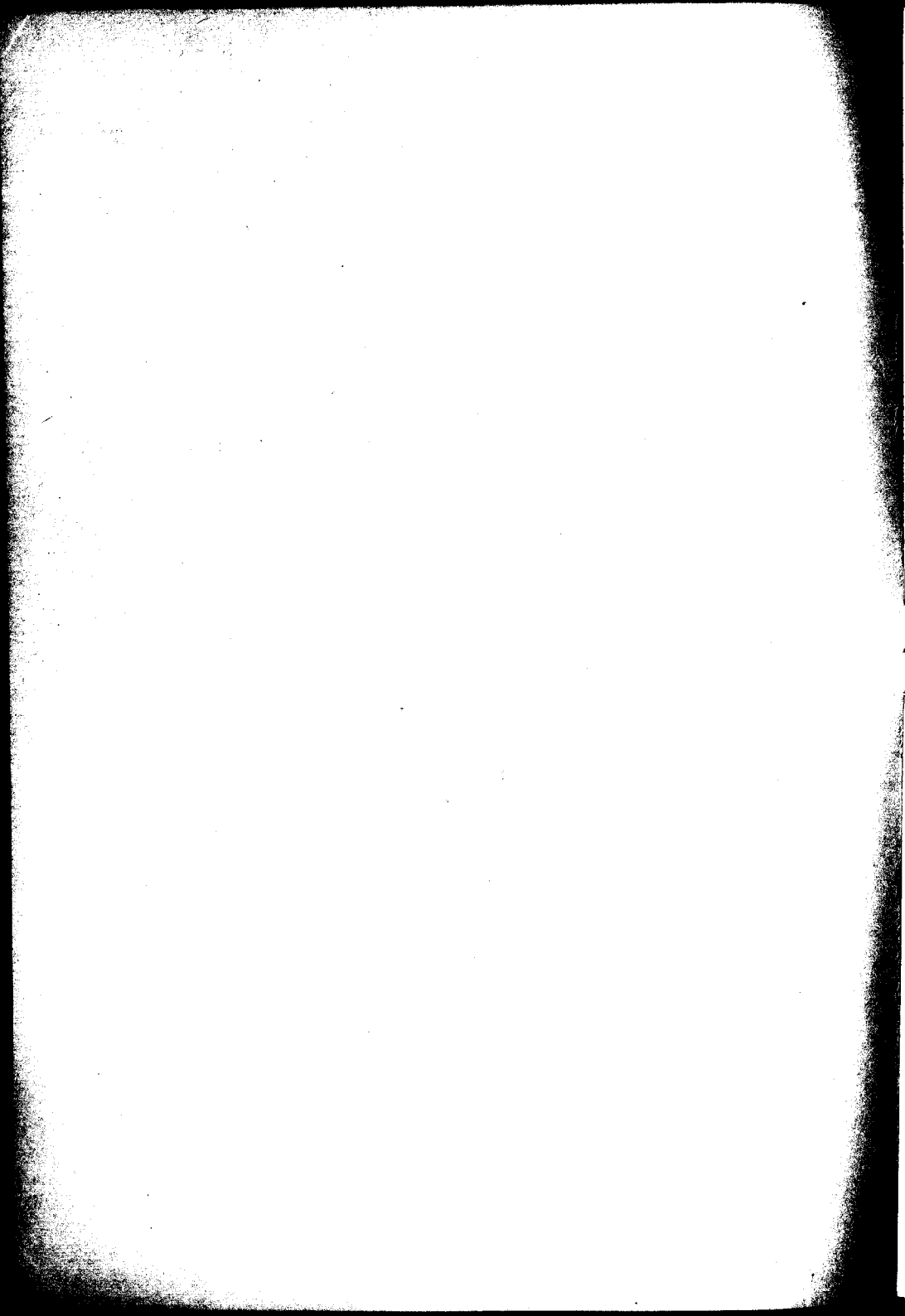
**Primo caso in Italia di asportazione di adenoma
della paratiroide
per osteite fibroso-cistica generalizzata**

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Pratica), anno XXXIX, 1932



80
B
17

ROMA
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »
N. 14 -- Via Salaria -- N. 14
—
1932



C. FRUGONI e R. ALESSANDRI

**Primo caso in Italia di asportazione di adenoma
della paratiroide
per osteite fibroso-cistica generalizzata**

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Pratica), anno XXXIX, 1932



ROMA
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »
N. 14 — Via Sistina — N. 14

1932

PROPRIETÀ LETTERARIA

Roma, Stab. Tip. Ditta Armani di M. Courier.

Primo caso in Italia di asportazione di adenoma della paratiroide per osteite fibroso-cistica generalizzata^(*).

C. FRUGONI E R. ALESSANDRI, Direttori.

Tutto il capitolo della fisiologia e patologia della paratiroide è in piena revisione e la clinica ha ad un tempo data e tratta luce con felici iniziative ed applicazioni allo studio e cura degli ammalati ponendo con l'esperimento chirurgico su l'uomo ammalato problemi fisiopatologici nuovi e insospettati.

Nel solo campo dei rapporti fra tessuto osseo e paratiroidi è già avvenuto tale progresso che il problema se oltre l'acromegalia vi siano altre forme ossee di origine endocrinopatica, sembra poter esser risolto in senso positivo dacchè per es. è ormai noto che la osteite fibroso-cistica di Recklinghausen è in genere guaribile per paratiroidectomia o meglio per ablazione di adenoma paratiroideo, benchè talune riserve vengano avanzate, perchè ogni raggio di luce che sorge anche ombre sempre maggiori disvela che rendono complicati ed oscuri i problemi.

Riferire i vari orientamenti, esporre le tappe segnate dai maggiori, ad es. da Vassale, Askanazy, Erdheim, Mac Callum, Collip, ecc. nonchè le felici applicazioni cliniche e operatorie e la somma dei problemi che vi si ri-

feriscono, sarebbe fare opera superflua dato che recenti ed ampie trattazioni monografiche esistono alle quali noi rimandiamo.

Punti cardinali sono le osservazioni anatomicopatologiche che mostrano frequente e particolare compromissione paratiroidea in corso di talune malattie, per dirla con parola sintetica, calcioprive, e le ricerche di Collip sull'ormone paratiroideo da lui isolato o paratormone. Questo in condizioni normali aumenta la eliminazione di calcio e di fosforo e tende a mobilitare le riserve calciche dall'osso verso gli emuntori naturali, sì che si ha iperfosfaturia, ipofosfemia e in conseguenza di ciò ipercalcemia che a sua volta provoca ipercalcemia.

La sindrome tossica da paratormone invece dà aumento dell'urea e azoto non proteico nel sangue con aumento di viscosità e diminuzione di volume del plasma; ipercalcemia specie per la porzione B (I) e (contrariamente al caso primo) iperfosfemia e grande mobilitazione di calcio delle riserve ossee e inerenti conseguen-

(*) Si distinguono tre specie di sostanze calciche la cui somma costituisce la calcemia totale. La parte A è rappresentata da 4-5 mmg. di calcio fisiologicamente inattivo, lassamente combinato alle proteine; dipende dalla concentrazione proteica e dall'equilibrio acido base e costituisce il calcio di riserva.

La parte B: 4-5 mmg. corrisponde al calcio non ionizzabile dei sali complessi e il suo valore dipende dalla funzione paratiroidea.

La parte C: 2 mmg. è formata dagli ioni calcio liberi e dipende dall'equilibrio acido-base. B e C formano la parte ultrafiltrabile fisiologicamente attiva della calcemia e sono le fluttuazioni di B e C che si accompagnano alle alterazioni caratteristiche in corso di viziato metabolismo calcico (Bigwood).

(*) Durante la correzione delle bozze siamo venuti a conoscenza di un caso operato dal prof. Pieri di Belluno di osteite fibrocistica con trapianti ripetuti di paratiroidi umane e pubblicato nel n. 28, 1929, della « Riforma Medica » insieme col dott. Fanfani. Da cortese comunicazione verbale abbiamo saputo che non avendo avuto alcun risultato, anzi essendosi verificato un peggioramento, il prof. Pieri andò nel marzo scorso ad esplorare la regione tiroidea, e trovò ed asportò un adenoma paratiroideo grande quanto una nocca; dopodichè il miglioramento è stato rapido e completo. Il caso quindi ripete quasi esattamente quello di Mandl.

ze locali e bilancio calcico negativo e verso la fase terminale forte acidosi.

Jaffé e Blair anche trovano lesioni ossee per decalcificazione.

Ma mentre Erdheim parlava di reazione per iperfunzione paratiroidea secondaria all'alterato metabolismo calcico e alla lesione ossea, Collip raggiungeva i risultati ora esposti e si determinava sempre più largo consenso nell'ammettere che determinate iperplasie adenomato-se paratiroidi siano capaci di produrre (benchè con meccanismo ancora oscuro) malattie calcioprive. Ma già l'affermazione di oggi ritorna critica e riserve (Leriche) e mostra che ancora ci manca la base fisiologica a conclusione concreta. E Leriche osserva che tutte le azioni patologiche esercitate dalle paratiroidi si svolgono nel tessuto connettivo del quale l'osso sarebbe una metamorfosi per adattamento.

In un caso di osteite deformante Askanazy all'autopsia per primo trovò un tumore paratiroideo, e Schlägenhauser (dopo che già Weil aveva proposto l'irradiazione delle paratiroidi) nel 1915 per primo invita i clinici in casi di osteite fibrosa a praticare una esplorazione chirurgica intesa a vedere se vi è tumore paratiroideo e se vi è, ad estirparlo. Il consiglio è solo nel 1925 seguito da Mandl. Questi in un caso di osteite fibrosa, seguendo la dottrina di Erdheim prima trapianta quattro paratiroidi umane prese da un caso di morte accidentale, ma più tardi non avendone alcun risultato batte opposta via. E cerca, trova ed asporta un tumore paratiroideo, a seguito di che vede guarire il malato.

Da allora un rilevante numero di malati è stato operato e generalmente con reperto positivo operatorio e con successo terapeutico, benchè non sempre il tumore sia reperibile (nè forse sempre presente) e il successo non ogni volta sia così pronto e deciso e qualche volta sia stato conseguito con asportazione di paratiroidi apparentemente normali (funzione tossica?).

In genere però — ed è quanto in genere nell'osteite fibrosa cistica interviene — se tutto nel senso sopra indicato procede e cioè reperto e asportazione di adenoma paratiroideo, allora attraverso abitualmente ad un periodo postoperatorio più o meno accentuato e talora anche molto grave di tetania, si ha subito scomparsa dei dolori, caduta brusca della calcemia e correzione dell'alterato metabolismo con graduale miglioramento anatomico funzionale fino

alla guarigione clinica e anatomico con recalcificazione delle ossa lese, riduzione di volume delle proliferazioni fibroblastiche e gigantocellulari e recalcificazione, senza naturalmente l'esatta ricostruzione ossea primitiva.

Se questo è il brillante nucleo moderno del problema, numerose sono tuttavia le questioni di varia portata che ad esso si riferiscono e fra l'altro quella di sapere in quali forme morbide tale trattamento possa farsi e in che limiti e soprattutto in quali casi possa clinicamente presumersi l'esistenza di un tumore (tossico) paratiroideo che abitualmente dall'esterno all'esame obiettivo è solo eccezionalmente dato di rilevare. Poichè da un lato con eccessiva facilità si estese e non sempre giustificatamente il trattamento a forme che con le distrofie calcioprive non hanno diretto rapporto (reumatismo articolare cronico anchilosante e deformante ad es.) e dall'altro si vide che lo stesso criterio ipercalcemia con ipercalcemia è indicazione non sufficiente, nè genuina.

Vi sono infatti ipercalcemie a ben diversa genesi (quali ad es. il morbo di Schüller-Christians che appartiene al gruppo delle lipoidosi di Epstein), e nello stesso Becklinghausen tipico può la ipercalcemia variare (fino a mancare) da caso a caso o per lo meno in periodi vari nello stesso ammalato, nè sempre figurare in stretto rapporto proporzionale con l'ipercalcemia.

Lièvre ha affrontato con larghezza il problema e considerata la similitudine di molte forme osteodistrofiche calcioprive e la indeterminazione di non pochi casi, talchè la stessa osservazione talora da osservatori diversi potrebbe essere diversamente interpretata e catalogata, ha fatto tre grandi categorie:

1) il Paget vero che sta a sè con calcemia normale e sistema paratiroideo indifferente;

2) le distrofie calcioprive da carenza, abitualmente con ipocalcemia e manifesta o latente tetania;

3) un vasto gruppo di casi che ha a nucleo centrale casi tipici di Becklinghausen, ma che vi comprende forme analoghe o similari, con ipercalcemia e che egli raggruppa sotto la denominazione di « osteosi paratiroidi » delle quali riunisce oltre 50 osservazioni, le sue tre personali incluse. Caratteri fondamentali di questa cosiddetta osteosi paratiroidea sarebbero dolori, fratture spontanee da rarefazione con lesioni ossee varie (tumefazione, deformazione, incurvamento, accorciamento ecc.) profonda o

più o meno diffusa (ma anche circoscritta) de-calcificazione ossea con quadri radiologici vari: a tipo osteoporotico, tumorale, malacico e osteoide fino al tipico Recklinghausen, caduta di denti, segni urinari e cioè coliche da litiasi renale per precipitazione fosfo-calcica con urine torbide e lattescenti, ipercalcemia e iperfosfatemia, astenia, atonia muscolare e ipoecceitabilità elettrica, calcificazioni metastatiche profonde per mobilitazione calcica dai depositi ossei ai vari organi ecc. (segno questo anatomico e radiologico, non clinico), più o meno notevole e talora rilevantissima ipercalcemia, sintomo questo abituale e dominante ma tuttavia non necessario e nemmeno patognomonico con ipercalcemia, ipofosfatemia e iperfosfatemia o presenza di tumore (adenoma) paratiroidico, la constatazione del quale è rara senciologicamente, molto frequente chirurgicamente e quasi regolarmente costante anatomopatologicamente, e decorso abitualmente progressivo di 2-6-10 anni circa.

Visione sintetica e comprensiva questa, ben documentata in una monografia che bene riassume tutto quanto fino ai nostri giorni è stato scritto in argomento. Ma se in realtà sia strettamente aderente ai fatti clinici e vada senz'altro adottata non crediamo si possa ancora dire, perchè prima di perdere e rinunciare a quadri con limiti ben definiti che talune forme hanno come malattia autonoma a sè (Recklinghausen ad es.) e prima di accettare senz'altro limitazioni e definizioni nelle quali la partecipazione paratiroidica figura come necessaria, conviene forse attendere più largo controllo e più matura esperienza tanto più che qualche forma tuttavia ben definita, come l'osteomalacia, rimane in questo campo incerta, mal classificabile o addirittura smembrata. Il tentativo tuttavia va seguito col maggior interesse.

Counque, qualunque siano le parole e gli apprezzamenti un fatto importante e premiente oggi è in nostra conoscenza e cioè che vi è un gruppo di pazienti, come i malati di osteite fibroso-cistica di Recklinghausen, nei quali in base a sintomi clinici, chimici e radiologici noi presumiamo esser l'errore metabolico alle dipendenze di un tumore paratiroidico e ne affermiamo l'esistenza anche se non lo sentiamo e ciò con tale corredo di esperienza e cognizioni che cercando il tumore spesso lo troviamo e asportandolo capovolgiamo l'errore metabolico, riequilibrando il bilancio calcico e vediamo ricalficarsi e ricostruirsi l'os-

so e guarire ammalati verso i quali prima eravamo pressochè impotenti.

Benchè il caso che noi riferiamo sia il primo di morbo di Recklinghausen reso di pubblica ragione (il caso di Pieri già accennato, non ancora fu pubblicato) e operato in Italia -- a nostra nozione almeno -- la letteratura italiana non è del tutto silente. Ricordiamo per la parte generale le osservazioni di Strada sull'osteomalacia e osteoporosi e la tesi di V. Ghiron nella clinica chirurgica di Roma (1) con esperienze che confermarono il rapporto fra le paratiroidi, il ricambio calcico e le lesioni scheletriche come già Erdheim aveva osservato; e va citato che Dario Maragliano nell'ottobre 1929 al Congresso di ortopedia si è occupato degli interventi sulle paratiroidi nelle atriti multiple anchilosanti, in un campo cioè di altre indicazioni (così come Leriche operò poi per sclerodermia, cheloidi, ecc.). E va ricordato un caso di Taddei appunto operato per poliartrite anchilosante (*Riforma med.*, 1929), ecc.

Anamnesi familiare. — La nostra malata ha 18 anni. Il padre che ha 43 anni e la madre di 51, non furono mai ammalati. Dal matrimonio nacquero due figli di cui la p. è primogenita. Il secondogenito è un maschio di 8 anni che non fu mai malato ed è normalmente sviluppato. Fra queste due gravidanze a termine vi fu un aborto in 1° mese di gestazione, dovuto probabilmente a strappazzo fisico della madre.

Anamnesi fisiologica. — La paziente nacque a termine: per lieve distocia da scolo prematuro delle acque fu applicato il forcipe al perineo. La neonata non ne subì alcuna deformazione del cranio. Ebbe allattamento mercurario da donna sana ed i cui figli sono attualmente sani.

I primi atti fisiologici, la prima dentizione e la deambulazione furono normali. L'intelligenza fu sempre sveglia e la p. frequentò con ottimo esito le scuole.

L'evoluzione somatica fu regolare fino ai 10 anni, essendo fino ad allora apparentemente normale tutto lo sviluppo scheletrico, compreso il cranio.

A sei anni cambiò regolarmente dentizione essendo i denti di seconda dentizione sviluppati in tempo e di forma assolutamente normali.

Ebbe sempre appetito normale, fu sempre medicamente silenziosa.

Mostrò a 14 anni, avendo fra i 12 e i 14 anni notato saltuariamente la comparsa di lievissime emorragie genitali di minima entità. Dai 14 anni e fino ad ora i cicli mensili sono stati sempre normali per frequenza, durata, entità; mai dolo-

(1) V. Giron, *L'importanza delle paratiroidi secondo le ultime vedute*, Luigi Pozzi, edit., Roma, Prezzo L. 14.

rosi. Lo sviluppo psichico è stato sempre proporzionato all'età.

Anamnesi remota. — A sette anni soffrì di morillo.

In tenera età ebbe qualche adenopatia sottomascellare e cervicale, mai dolente, nè suppurata che regredì completamente.

All'età di 7-8 anni soffrì spesso di tonsillite follicolare, specie nelle stagioni umide.

A 9 anni incominciò a soffrire di carie dentaria, con la perdita di un dente. Un altro dente molare si cariò in seguito tanto profondamente da venir espulso spontaneamente in minuti frammenti a varie riprese.

Dai 10 ai 12 anni soffrì di leucorrea modica di non specificata natura, scomparsa spontaneamente.

Anamnesi recente. — All'età di 11 anni, non preceduto nè accompagnato da dolori spontanei (salvo una lieve dolenzia al ginocchio dopo lunga stazione eretta), i famigliari notarono un incurvamento valgo d'ambo le ginocchia. Uno specialista consigliò osteotomia che venne eseguita solo un anno dopo, essendo aumentati il valgismo ed il disturbo inerente.

Dopo l'intervento (osteotomia bilaterale) l'arto inferiore destro guariva, mentre a carico dell'arto inferiore sinistro si aveva guarigione imperfetta per callo difettoso da accavallamento dei monconi e lussazione della rotula. Un secondo atto operativo a carico del ginocchio sin. non pare abbia portato grande giovamento, essendone residuata sottolussazione della tibia sulla testa del femore ed un accorciamento permanente dell'arto.

Da quell'epoca la paziente non si è più sviluppata in altezza, mentre si facevano palesi delle deformazioni a carico dello scheletro del tronco. Fra i 12 ed i 14 anni si manifestava deformazione progressiva del torace che si andava appiattendosi ai lati e nella sua parte superiore con forte protrusione della inserzione sternale delle clavicole che assunsero direzione quasi sagittale antero-posteriore ed innalzamento e spostamento in avanti di tutto lo sterno, mentre una angolatura nella si costituiva fra le coste e le cartilagini costali.

Da 4-5 mesi si è accorta del comparire di una deformazione cifotica del tratto cervico dorsale del rachide che in breve ha assunto le proporzioni attualmente presenti.

Due anni e mezzo fa essendo in pieno benessere, urtava col braccio destro e non con grande forza, contro lo spigolo di un mobile e ne riportava frattura dell'omero. Curata coll'immobilizzazione, guariva con esito in raccorciamento dell'arto di circa due cm.

L'estate scorsa, trovandosi in spiaggia, cadde con tutto il peso del corpo sul braccio destro e ne riportava una nuova frattura dell'omero. Immobilizzato l'arto, l'osso apparentemente si saldava; residuò però una notevole perdita di funzionalità del braccio che solo da un paio di mesi ha riacquisito parte della sua funzione. In questi ultimi tempi si è andata progressivamente astenizzando, non però in grave misura e perciò consultato un medico ed avutone consiglio, entra nella clinica medica.

Mai ebbe dolori spontanei o provocati alle ossa. Dall'età di 11 anni si è andata iniziando e facendo vieppiù manifesta una sindrome pigmentaria

cutanea consistente in macchie simmetriche sulle due metà del corpo (al collo, al torace, alle mammelle, alle mani) ipocromiche al loro centro e che sono circondate da un anello a varia forma di tinta bruna.

Esame obiettivo. — Ragazza di 18 anni, il cui sviluppo scheletrico e somatico non è proporzionale all'età, dimostrando la p. di essere molto più giovane (apparentemente di 12-14 anni) di quello che è realmente. L'apparenza infantile della p. è dipendente sia dalla microsomia che dall'aspetto del volto; il sistema pilifero e i seni sono però perfettamente sviluppati come in una giovane donna. Ha decubito indifferente, andatura lievemente claudicante per raccorciamento dell'arto inferiore sinistro, non dolorosa. Psiche integra e ben orientata con intelligenza sveglia e proporzionale all'età.

Lo scheletro è irregolare per sviluppo e alterazione di forma degli arti e del tronco.



FIG. 1.

La pelle e le mucose visibili sono pallide.

Cute asciutta con chiazze simmetriche ipercromiche alla periferia ed ipocromiche al centro; sono presenti al collo, al torace (areole mammarie), al dorso delle mani (vitiligne); nelle zone di ipocro-

mia sono particolarmente manifesti spesso fenomeni di reazione vasomotoria (rossore).

La pelle è ben sollevabile in pieche, un po' anelastica in certe regioni (faccia, collo, dorso delle mani, normalmente ricoperta di peli nelle regioni ascellari e al pube).

Adipe sottocutaneo scarso. Assenza di edemi; il volto presenta però una pelle un po' succulenta tumida e più anelastica che nel resto del corpo, a tipo di iniziale infiltrazione mixeдемaloide.

La muscolatura è in tutto il corpo ipotonica ed ipotrofica; sistema linfoghiandolare integro.

Respiro costo-diaframmatico, di tipo e di frequenza normale.

Polso normoteso ritmico di frequenza 70.

Pressione (Riva-Rocci) 105/80. Alvo e diuresi normali.

Altezza del corpo in piedi cm. 137, seduta cm. 69.

Capo brachicefalo con faccia relativamente piccola rispetto al volume della testa; il cranio è di forma rotondeggiante ed ha il tipo del cranio rachitico.

Il diametro ant. post. massimo (18,5 cm.) è di poco sopra quello trasverso (16,5 cm.); la circonferenza è di 56 cm.; la faccia è stretta (diametro naso mentoniero cm. 11,5, zigomatico cm. 10,5; ed allungata. La fronte è alta. Non si apprezzano le suture craniche. Il capo è mobile in ogni senso. I bulbi oculari sono un po' sporgenti, con rima palpebrale di normale ampiezza, normalmente mobile in ogni senso, non nistagno. Pupille isocriche ben reagenti alla luce e all'accomodazione.

Funzionalità dei nervi cranici integra. Non si provoca dolore con la pressione sui forami di uscita.

Il collo corto, esile, infossato nel torace è inclinato per viziosa postura della colonna vertebrale cervicale la quale è piegata cifoticamente nel segmento dorsale formando con esso una sporgenza rotondeggiante il cui vertice è formato dall'apofisi spinosa della VII vert. cervicale; non vi si provoca dolore.

Il collo è mobile in ogni direzione.

Alla radice del collo si notano simmetricamente zone di villogine cutanee.

Non si notano impulsi vasali anormali. Non si palpano linfoghiandole e la tiroide appare di volume normale e un attento esame della regione non mette in evidenza nulla di patologico. Non O'iver-Cardarelli-Grocco.

Torace distorto per il prevalere del diametro antero-posteriore (cm. 17,75 a livello dell'inserzione della III costa su quello trasverso (cm. 15,0 a livello della III costa sulla linea ascellare media); tale rapporto si inverte alla base del torace che è fiancata. Angolo epigastrico ottuso. Lo sterno è piangeggiante con angolo del Louis evidente. Le inserzioni delle cartilagini costali sullo sterno sono normali; le prime quattro coste articolano però con una angolazione sulle loro cartilagini costali. Le scapole sono di forma apparentemente normale. Le clavicole hanno decorso accentuatamente obliquo dall'avanti all'indietro.

La colonna vertebrale toracica, dopo aver formato gibbo cifotico posteriore con quella cervicale ha posizione lordotica che si continua con la lordosi lombare, iniziando dalla III apofisi spinosa dorsale; è mobile in ogni senso.

Fosse sopra e sotto spinale, sopra e sotto clavicolari ben evidenti.

Muscolatura del torace tutta ipotrofica ed ipotonica, tanto che con facilità si può alzare e distaccare dai piani sottostanti la punta della scapola.

I movimenti respiratori sono simmetrici posteriormente; anteriormente la metà superiore dell'emitorace sinistro si solleva nella inspirazione più dell'omologa.

Palpazione: F. V. T., normalmente conservato e trasmesso su tutto l'ambito.

Percussione, suono chiaro polmonare ovunque; basi mobili, seni costo-diaframmatici liberi.

Ascoltazione: respiro un po' aspro a tipo infantile.

Cuore: non bozza precordiale, non impulsi anormali.

L'atto della punta si palpa e si definiva con la percussione al V spazio intere, sulla emiclavare. Margine destro (Orsi Grocco) al limite fra III medio e III sinistro dello sterno all'altezza della IV costa. Angolo epato-cardiaco normale. Tratto orizzontale su la III cost. cm. 2 1/2. Spazio retromammario sternale libero. Ascoltazione: toni netti puri, ritmici in tutti i focali.

Addome globoso espanso con cicatrice ombelicale indrofessa, muscolatura leggermente ipotonica. Non resistenza alla palpazione superficiale e profonda, che nulla avverte di anormale; non presenza di liquido.

Fegato: arriva in alto al V spazio sull'emiclavare, in basso deborda di 2 dita trasverse dall'arcata costale; superficie e bordo a caratteri normali.

Milza: polo superiore al VII spazio sull'ascellare media, in basso non è palpabile. Reni: non si palpano.

Arti superiori, muscolatura di tutto il cingolo scapolare ipotrofica ed ipotonica d'ambo i lati. A destra è più evidente l'ipotrofia del pettorale.

Il braccio destro è in confronto all'omologo più corto di 3 cm. (cm. 24 invece di 27). La metà distale del braccio è mobile sulla metà prossimale per la non completa consolidazione di una frattura del III medio dell'omero con accavallamento dei menconi. Non si provoca con i movimenti passivi delle due metà su di loro rumore di scriccio, i movimenti provocano dolore.

Non vi sono segni di insufficienza o paralisi dei nervi motori del braccio, dell'avambraccio, della mano; tanto a destra che a sinistra tutta la muscolatura dell'arto superiore è però ipotrofica ed ipotonica. I riflessi fisiologici sono tutti presenti.

I movimenti spontanei del braccio destro sull'articolazione scapolo-omeroale sono limitatissimi per il dolore che essi risvegliano a livello del terzo medio del braccio stesso.

Arti inferiori: d'ambo i lati si nota una cicatrice cutanea a livello del condilo femorale mediale, mobile sul sottocutaneo, ipocromico.

A sinistra cicatrice ipocromica arcuata, a livello dell'interlinea articolare del ginocchio.

Ambo i femori hanno forma arcuata con faccia anteriore molto ricurva a sciabola.

Il ginocchio sinistro è deformato per lussazione posteriore della tibia del femore.

L'arto sinistro è più corto di 3 cm. (72 invece di 75 cm.) di quello omologo.

L'accorciamento è a carico del femore.

Riflessi tutti presenti e normali.

L'esame delle urine agli ordinari esami dà risultati normali. Catilizzazione tub. negativa. Pressione 80-105. Wass., Meinicke, Kahn, negative; Hb. 79; G. Rossi 3.600.000; glob. bianchi 10.200; valore

globulare 1.05; formula granulociti neutrofili 67; eosinofili 3; basofili 1; linfociti 23, monociti 6.

I dati delle altre ricerche sono riassunti nella tabella.

Amm. C. M. (m. di Recklinghausen).

	Prima dell'inter- vento	Dopo l'intervento	Cifre normali
a) nel sangue			
Calcio	mmgr. 14,5 % mmgr. 14,8 %	21-V = 11,7 % 25-V = 8,7 % 7-VI = 9,1 %	mmgr. 8-10%
Fosforo inorg.	mmgr. 2,1 % mmgr. 2,4 %	21-V = 2,3 % 25-V = 2,5 % 7-VI = 2,45 %	mmgr. 4 %
Potassio . . .	mmgr. 21 %		mmgr. 20 %
Sodio	mmgr. 292 %		mmgr. 300 %
» (in Na Cl)	gr. 6,25 ‰		gr. 5,5-7 ‰
Magnesio . . .	mmgr. 2,8 %		mmgr. 2,0 %
Colesterina . .	mmgr. 180 %	mmgr. 165 %	mmgr. 180-250 %
Glucosio . . .	gr. 1,05 ‰	gr. 0,97 ‰	gr. 0,80-1,10 ‰
b) nelle urine			
Calcio (nelle 24 ore).	mmgr. 415 mmgr. 432	5-VI = 310 6-VI = 280 7-VI = 335	circa 500 mmgr. ‰

INDAGINE RADIOLOGICA.

Cranio. — Aspetto della teca cranica sfumato. Il tavolato esterno è poco apprezzabile; l'interno è netto e bene evidente. Allargamento del diametro orizzontale del cranio passante per le rocche, in proiezione postero-anteriore. Suture non evidenti. Scarsa evidenza dei solchi meningei e delle vene diploiche. Seni frontali ampi e bene illuminati, seni mascellari pure ampi, di trasparenza aumentata il destro, velato il sinistro.

I seni sfenoidali sono pure bene illuminati, soltanto anteriori alla sella bene illuminati: il tetto del seno corrispondente alla fossa cranica anteriore e alla porzione anteriore della sella è sottilissimo. Sella turcica grande, tendente alla forma trapezoidale, con assenza quasi completa delle apofisi clinoidiche sia anteriori che posteriori. Dorsum sellae perpendicolare, non molto ingrossato, piccolo sprone posteriore. Non calcificazione dell'ipofisi; epifisi parzialmente calcificata.

Colonna vertebrale cifoscoliotica nel tratto cervico-dorsale, è in lordosi e scoiosi nel tratto dorso-lombare. La scoliosi è a S italiana, a larga curva destro-convessa nella porzione dorsale, destro-convessa nella lombare.

Torace corrispettivamente deformato; ristretto nella metà superiore, slargato alle basi, presenta gli spazi intercostali prevalentemente più ristretti a sinistra.

Bacino: accartocciato, ossa in toto decalcificate. L'apertura superiore del piccolo bacino ricorda la forma del cuore da carta da gioco. Le ossa iliache e le ali del sacro presentano sparse numerosissime areole di decalcificazione a margini nettissimi; ova-

lari o rotondeggianti. Le branche ischio pubiche spinte in avanti a becco d'anitra presentano zone di intensissima trasparenza d'aspetto cistico.

Cisti vaste separate da sottili sepiamenti al quinto superiore dei 2 femori.



Fig. 2. — Anca destra (prima dell'operazione).

Nella regione dialisi metafisaria distale del femore di sinistra si osservano gli esiti di una frattura consolidata con angolatura aperta verso l'in-



Fig. 3. — Bacino (prima dell'operazione).

terno e l'immagine di fili metallici per la sutura dei capi. Si ha perciò accorciamento dell'arto.

L'omero destro, a differenza del sinistro incurvato a S, è visibile quasi soltanto nei suoi con-

torni. La testa e il collo hanno l'aspetto mazzato che ricorda la mollica di pane. La diafisi è sostituita completamente da una formazione cistica con scarsissimi e tenui sepimenti. La corticale esterna al 1/3 medio della diafisi più che interrotta,



FIG. 4. — Omero destro (prima dell'operazione).

è totalmente scomparsa; assottigliatissima l'interna.

L'epifisi inferiore è deformata e ruotata, decalcificata e con piccole formazioni cistiche.

Nelle altre ossa scarse alterazioni.

Nessun dubbio quindi trattarsi, in campo di rachitismo tardivo e di microsomia, di tipica osteite fibrocistica di Recklinghausen. Discuterne sarebbe ozioso, tanto tipici, completi e inequivocabili sono la storia e i quadri clinico e radiologico completati dalla constatazione di ipercalcemia.

Le premesse fatte portavano pertanto così, data la diagnosi, alla precisa indicazione chirurgica.

La malata venne operata il 21-V-32 (prof. Alessandri).

Operazione: 21-V-932 (Prof. Alessandri). Etero-

narcosi (cmc. 80). Incisione a collare alla base del collo da un capo dello sternocleidomastoideo all'altro.

Divaricato all'esterno lo sternocleidomastoideo di destra si sezionano parzialmente i muscoli sottoioidei dello stesso lato. Si mette così in evidenza medialmente il lobo destro della tiroide e lateralmente

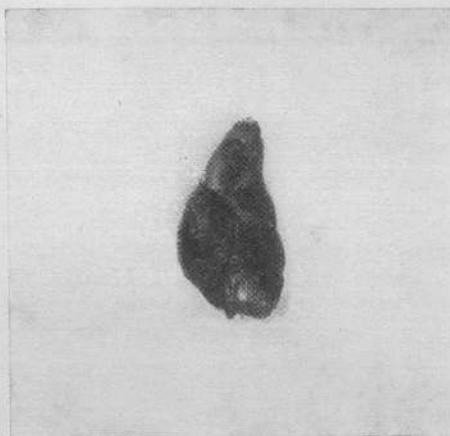


FIG. 5.

il fascio vascolo-nervoso. Caricato anche questo sotto il divaricatore resta così nel campo operatorio solo il lobo destro della tiroide. Questa appare un po' più grossa del normale; alla sua superficie decorrono vene enormemente dilatate, una di esse sul margine laterale della tiroide ha un calibro non inferiore a 5 mm. Dissecando nella profondità

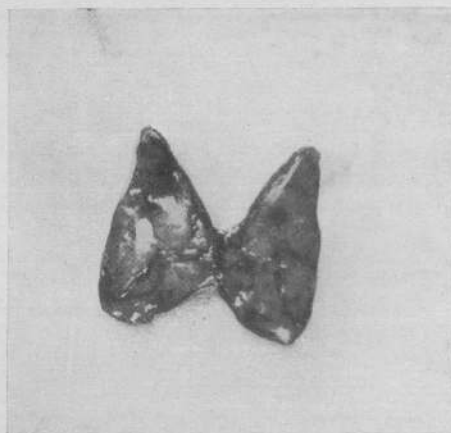
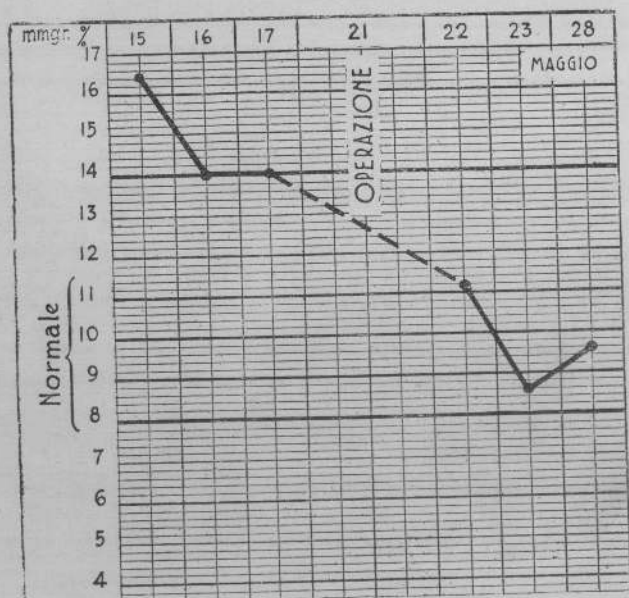


FIG. 6.

il cellulare lasso, appare nella profondità dell'angolo diedro formato dal lobo destro della tiroide leggermente spostato in avanti e verso l'interno, e il fascio vascolo-nervoso spostato all'esterno, una formazione ovalare, di colorito giallo roseo, liscia, che si enuclea facilmente da un suo piano di clivaggio in quasi tutta la superficie meno in un piccolo tratto in cui si pone una pinza di Kocher e si

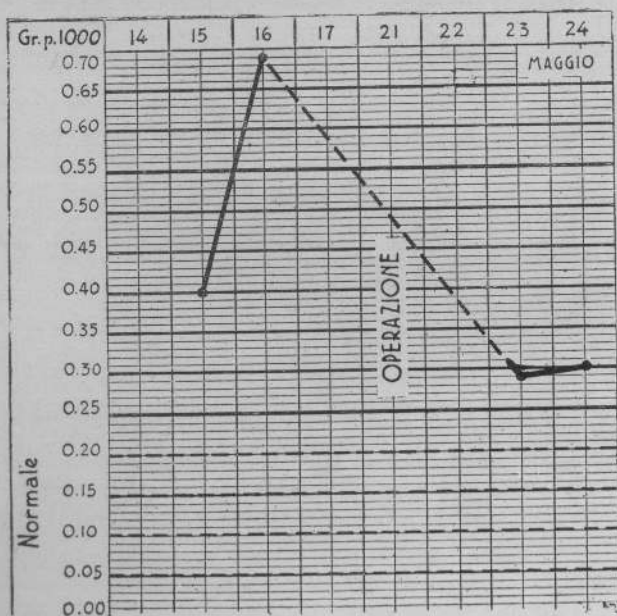
seziona. Emostasi. Sutura dei muscoli sottoioidei nel tratto sezionato. Sutura dell'aponevrosi cervicale superficiale. Cute in grappette.



GRAFICA I. — Calcemia.

Decorso post-operatorio normale. Al 5° giorno si tolgono le grappette; guarigione per prima.

Esame macroscopico del pezzo asportato: Il pezzo

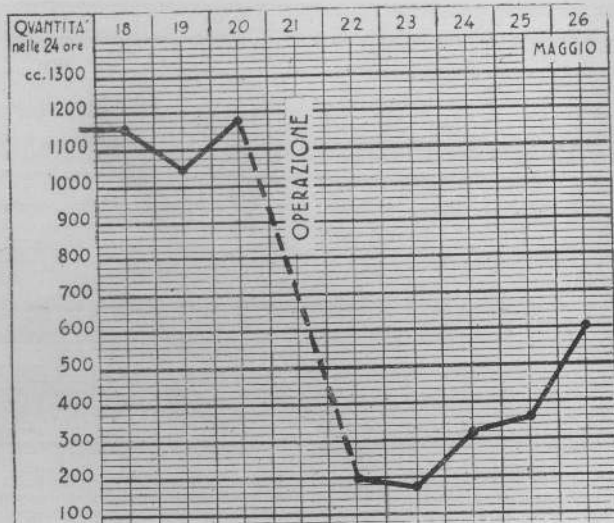


GRAFICA III. — Calciuria.

asportato ha la forma di una piramide triangolare, della qua'e una faccia notevolmente più ristretta delle altre dà alla piramide stessa un aspetto un po' appiattito

Lungo 22 mm., largo 11 mm., spesso 6 mm.; il pezzo pesa grammi 0.90.

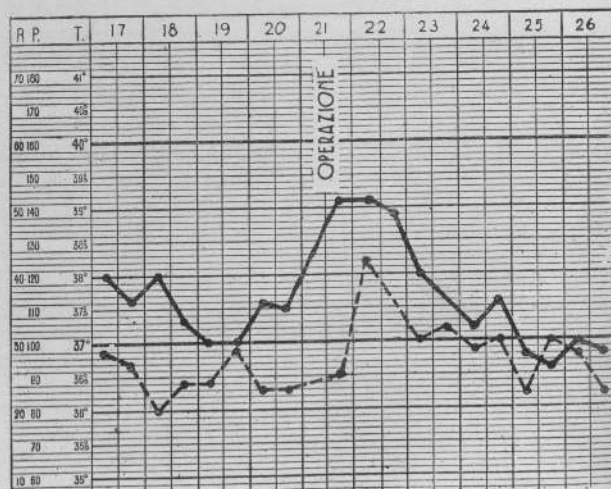
La sua superficie esterna è di colorito giallo sporco con qualche tratto sfumato in bianco ed altri invece ricoperti da macchie di colorito rosso-vivo



GRAFICA II. — Eliminazione urine.

e più o meno scuro; in alcuni punti è possibile distinguere qualche stria vasa'e rossa o rosso-violacea.

Il pezzo è avvolto da una capsula fibrosa che lo circonda completamente; solo in un piccolo tratto di qualche mm. la capsula è lacerata e dalla lacerazione fa ernia il parenchima di colore giallo-sporco intenso. La capsula è facilmente distaccabile.



GRAFICA IV. — Temp. —; Polso ---.

La consistenza del pezzo alla palpazione come al taglio è molle flaccida uniforme.

Si pratica una sezione lungo il maggiore asse del pezzo e parallelamente alle faccie più ampie.

La superficie del taglio appare di colorito giallogrigiastro, con un fine disegno lobulato, che permette di distinguere, separati fra loro da tratti lineari di colorito più scuro, tre o quattro lobi contigui con perimetro circolare od ovalare, di dimensioni variabili da quelle di un chicco di pepe a quelle di un piccolo fagiolo, nell'interno dei quali spiccano, sparse qua e là, macchie puntiformi di colorito rosso-vivo, in numero variabile da un lobo all'altro.

Esame microscopico. — Ematossilina. Eosina-Orange.

possiamo affermare dall'esperienza odierna che il tumore in questi casi non manca, e solo può essere in sede non ordinaria.

Come esempio tipico è da considerare il 4° caso riportato da Hunter (1): esso venne operato da Walton, che in un primo intervento riscontrò normali le due paratiroidi superiori: trovò invece il polo inferiore del lobo destro della tiroide più pallido e più duro del resto; incise allora lo strato superficiale del tessuto

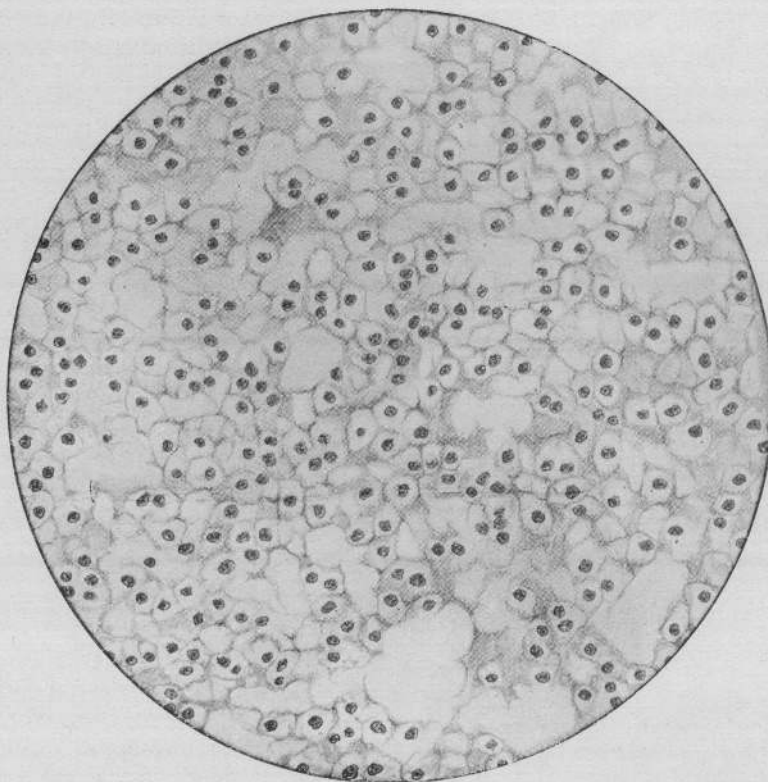


FIG. 7.

Il tumore è fatto quasi esclusivamente da cellule chiare a tipo fondamentale, solo in qualche tratto e in qualche sezione si mettono in evidenza, a piccoli gruppi cellule oxifile. In gran parte delle sezioni la disposizione tipica paratiroidea è mantenuta; esiste un modico grado di anaplasia: cellule più grandi della norma, a nucleo molto grosso con polverizzazione della cromatina.

In nessuna parte del preparato si scorge la presenza di sostanza colloide.

Per quel che riguarda l'intervento conviene affermare che quando l'indicazione è precisa come nel caso nostro, questo deve compiersi con una ricerca completa operatoria, poichè

tiroideo ed enucleò dallo spessore del lobo un piccolo tumore bianco-giallastro opaco; nessun segno dopo l'operazione di insufficienza paratiroidea, nessuna variazione della calcemia (12-15 prima, 14-16 dopo); l'esame istologico del tumore asportato dimostrò trattarsi di un adenoma tiroideo calcificato. Ma Hunter era così sicuro della diagnosi, che al 5° giorno in-

(1) HUNTER D. *Hyperparathyroidism: generalised osteitis fibrosa*. The Brit. Journ. of Surgery, 1931, XIX, 74, p. 203.

desse Walton a rioperare; non trovando alcun tumore anche esplorando col dito avanti e dietro la trachea, questi allargò l'incisione e asportò la paratiroide superiore destra che era profonda sull'esofago e fu scambiata per una ghiandola linfatica, e trovò un grosso tumore di quella inferiore destra che stava dietro la trachea e l'esofago di fronte ai corpi della 1^a e 2^a vertebra dorsale, sotto il livello della clavicola.

*
**

Per quel che riguarda la tecnica essa è assai semplice specialmente quando, come nel nostro caso, esiste un adenoma o un'iperplasia delle paratiroidi, che come abbiamo già detto è in genere da ammettere in caso di una osteite fibrocistica generalizzata, in cui siano positivi i dati sopra accennati, specialmente le alterazioni e il ricambio del calcio, e quando le paratiroidi siano nella sede ordinaria.

Raramente in questi casi si riesce a palpare l'adenoma o l'iperplasia; se ciò avviene, naturalmente l'indicazione all'intervento è ancora più precisa e la via di accesso è sul lato in cui si palpa la tumefazione.

Se ciò, come d'ordinario, non è, si devono esplorare le sedi più comuni delle paratiroidi specialmente delle inferiori. Ciò si può fare con una incisione laterale come praticò il Taddei o mediana come propone Magaldi (1), ma è preferibile la via seguita dalla maggior parte dei chirurghi (2), praticando una incisione a collare, che può sin dal principio essere bilaterale, o essere iniziata da un lato e poi nel caso prolungata dall'altro. Come si è detto sopra non trovando le paratiroidi in sede normale, occorre ricercare ai lati della trachea anche molto in basso e anche dietro di essa e dell'esofago (Walton).

Si può usare l'anestesia locale che adoperiamo generalmente nelle operazioni sulla tiroide, o come invece nel caso attuale, la generale, perchè si trattava di una ragazza molto

giovane e un po' irrequieta; e ciò specialmente quando non si palpi nulla e si possa prevedere che l'esplorazione dovrà essere completa e prolungata.

Crediamo utile il suggerimento di Cunco di scoprire bene il margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo che viene retratto fortemente indietro, per repertare il margine laterale dei muscoli anteriori sterno-ioideo e sterno-tiroideo, che vengono sezionati più semplicemente solo in parte, e spostati verso la linea mediana.

Si scopre così la parte inferiore del lobo tiroideo, colla cui faccia posteriore è il più spesso in rapporto la paratiroide inferiore e sollevandola quindi ed esplorando la loggia fuori della capsula propria della tiroide, si può più facilmente trovare la paratiroide inferiore.

Se come è stato nel nostro caso si trova un adenoma o una iperplasia evidente (nel nostro caso la tumefazione era grande come una nocciuola) l'intervento è molto semplificato. Asportato il nodulo crediamo non sia necessario andare a cercare la paratiroide superiore e neppure quelle dell'altro lato. Così fu fatto nel nostro caso e il risultato ottenuto è stato ottimo. E poichè come fu detto (e come qui pure segue) succede abitualmente qualche fatto di tetania, talora anche imponente, è prudente in casi simili fermarsi dopo l'asportazione dell'adenoma o della iperplasia, se notevole.

La ferita può chiudersi per prima con sole grappette, e in 5 giorni, come nel nostro caso, poté ottenersi la guarigione.

Diversamente vanno le cose se non vi è adenoma o iperplasia evidente della paratiroide nella sede ordinaria; conviene allora incidere completamente i muscoli pretracheali con sezione trasversale a livello dell'istmo della tiroide e prepararli in alto e in basso scoprendo così tutta la tiroide ed esplorare tutta la faccia posteriore di un lobo e dell'altro, e qui vogliamo accennare alla difficoltà delle ricerche, poichè come risulta dagli studi di numerosi anatomici e patologi, tra cui va ricordato il nostro Pepere, è tutt'altro che costante e precisa la presenza e la sede delle paratiroidi. Anche il loro numero è vario; e i rapporti della superiore e dell'inferiore con la tiroide, la lontananza talora da questa ghiandola, la sede qualche volta intracapsulare ne rendono assai difficile e incerta la ricerca e il riconoscimento.

Quella deve essere fatta con grande accuratezza e diligenza nella sede ordinaria, e se qui

(1) MAGALDI B. *Studio critico delle vie d'accesso alle paratiroidi*. Annali Italiani di Chirurgia, fasc. 8, 1930, pag. 796.

(2) CHIRQUIAU et AMELINE. *Technique de la parathyroidectomie*, Journal de Chirurgie, nov. 1931, pag. 625. V. anche WALTON J. A. *The Surgical treatment of parathyroid tumours*. Brit. Journ. of Surg., ott. 1931, XIX, 74, 285, e anche la nota di tecnica dello stesso WALTON nell'articolo di HUNTER già citato.

non si trova nulla, deve essere estesa alle regioni vicine: il riconoscimento è anche spesso arduo e si può errare come si è più volte errato, asportando lobetti di grasso, piccoli gangli linfatici, o piccoli lobi aberranti tiroidei, credendo di avere asportato le paratiroidi. Ho già accennato alla tecnica suggerita ed usata dal Walton, che è importante seguire specialmente nei casi di osteite fibrosa generalizzata in cui l'esistenza del tumore è, si può dire, costante. È necessario cioè incidere trasversalmente i muscoli pretracheali e scollarli in alto e in basso ed esplorare oltre la superiore anche le paratiroidi dell'altro lato, e come afferma Walton cercare anche dietro la trachea e fin nel mediastino, e se anche così non si trova niente, egli consiglia di incidere la fascia tiroidea e anche cercare nello spazio dietro l'esofago e davanti le vertebre fin nel mediastino.

Nei casi invece in cui l'operazione è stata praticata per altre indicazioni, nelle quali cioè più raramente e secondo alcuni mai, si trovano dei veri adenomi o iperplasie delle paratiroidi, come le artriti anchilosanti, la scleroderma, il Paget, la spondilosi rizomelica, l'osteomalacia, il rachitismo, ecc., è noto che alcuni chirurghi consigliano invece di asportare la paratiroide inferiore normale, che se non è facile identificare, di ricorrere ad interventi che indirettamente dovrebbero o asportarla o lederla nella sua nutrizione e vitalità.

Così Oppel consiglia di rescare un certo tratto del lobo tiroideo, nel quale si dovrebbe trovare anche la paratiroide, e Leriche di legare la tiroidea inferiore, nel concetto che essendo l'arteria che va alla paratiroide di tipo terminale e ramo di quella, la glandola viene così atrofizzata e resa non più funzionante (paratiroidectomia fisiologica).

Ma a parte che non sempre in questo modo si può essere sicuri di avere asportato la paratiroide, e che non sempre con la legatura della tiroidea inferiore si raggiungerebbe lo scopo di atrofizzare la paratiroide, benché le recenti ricerche di Gasparini e Cengiarotti sembrino direttamente confermarle (1), resta il fatto essenziale, che è appunto in questi casi in cui non si trova adenoma o iperplasia evidente, e in cui dunque resta dubbio il rappor-

to fra la malattia e l'iperparatiroidismo, che i risultati sono spesso nulli o scarsi.

Anche in questi casi invece si ha in genere subito dopo l'atto operativo una diminuzione della calcemia, spesso molto evidente; ma per lo più questa diminuzione è transitoria (da probabile choc paratiroideo) e i risultati definitivi sono come si è detto, in genere assai scarsi, riportandosi la detta diminuzione al trauma operatorio, o alla legatura della tiroidea; tanto più che essa è stata notata anche in altri interventi sul collo (simpatectomia, ecc.) anche quando cioè non si è esercitata alcuna manovra sulle paratiroidi o anche sulla tiroide.

Anche nella nostra Clinica chirurgica è stato operato nel febbraio scorso un rachitico con deformità ossee notevoli, e che presentava un calcolo ureterale (è nota la relativa frequenza della calcolosi che si può riportare all'aumentata eliminazione di calcio). Asportato il calcolo, persistendo eliminazione alta di sali con le urine e avendo trovato una cifra elevata di calcemia fu praticata una esplorazione bilaterale. Non si trovarono adenomi, né iperplasia netta delle paratiroidi; venne asportato dal lato sinistro un piccolo lobo che si credette la paratiroide inferiore, ma che all'esame istologico si trovò poi essere un piccolo lobo tiroideo aberrato. Anche in questo caso si ebbe subito dopo l'operazione una diminuzione forte della calcemia, che da 13,7 scese a 9,2; ma non si ebbero più variazioni ulteriori, né alcun segno di insufficienza paratiroidea. Dubbio quindi è il risultato e discutibile l'indicazione in questi casi, o per lo meno dobbiamo affermare che si richiede una ulteriore esperienza o, una differenziazione di casi che converrà poggiare su più minute e precise ricerche cliniche e di laboratorio, poichè evidentemente si può pensare che anche fra quelle lesioni ve ne possano essere di quelle che si debbono riportare a disfunzione o iperfunzione paratiroidea, mentre altre sono riferibili a una patogenesi diversa.

Ma dall'esperienza che finora si è fatta, è specialmente nei tipici casi di morbo di Recklinghausen, con lesioni diffuse ossee e in individui giovani che l'indicazione all'intervento si impone, specie quando concorrano quei segni netti che abbiamo già elencati e che si possono riassumere nei dolori da fratture spontanee, rarefazione ossea, ipercalcemia, ipercalciuria, ipofosfemia, e ipotonia muscolare.

(1) GASPARINI e CENGIAIOTTI. *Ricerche sperimentali sulla ischemia delle paratiroidi ecc.* Riv. di Patol. Speriment., 30 apr. 1932, vol. 8, pag. 298.

In questi casi non vi è da esitare; e oggi è doverosa una esplorazione delle paratiroidi, anche se negativi sono l'esame diretto e la palpazione, esplorazione su cui conviene insistere con la tecnica completa su ricordata, se non si trova subito il tumore paratiroideo.

Nel morbo di Paget (individui in genere anziani) come nelle osteiti fibrocistiche localizzate e nelle cisti ossee e nelle altre malattie scheletriche e non scheletriche cui abbiamo ac-

ne di adenomi paratiroidi di questo genere. Uno di noi ne ha comunicato uno a questa Accademia nel 1909 (1) indubbio nella sua interpretazione anatomico-patologica, grosso quanto un piccolo mandarino, che mai presentò nè prima, nè dopo alcuna sintomatologia speciale.

Evidentemente in questi casi si deve ammettere che non esistesse disfunzione o iper-



FIG. 8. — Omero destro 1 mese dopo l'intervento.

cennato, la questione è ancora in discussione, e i pochi casi nei quali si sarebbe ottenuto vantaggio con la paratiroidectomia attendono più largo studio e conferme.

Ci sia permesso infine accennare a due punti.

Primo: che può aversi un adenoma paratiroideo anche voluminoso senza che esista la sindrome tipica scheletrica del Recklinghausen o simili.

Sono numerosi i casi operati di asportazio-

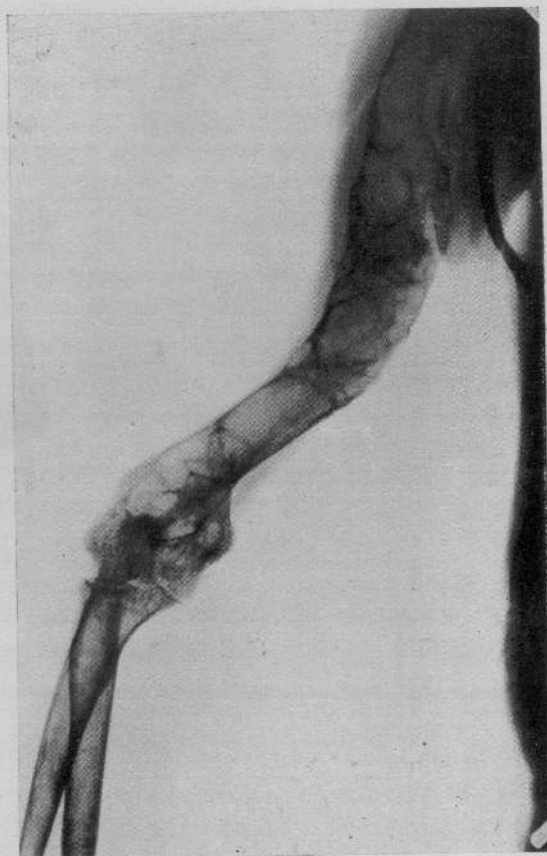


FIG. 9. — Omero destro 2 mesi dopo l'intervento.

funzione, come non sempre nell'adenoma tiroideo esistono fenomeni basedovici (adenomi tossici e non). Questa stessa osservazione è stata fatta da Welti (2) che riporta pure un

(1) ALESSANDRI. *Adenoma di origine paratiroidea*. Atti della R. Accademia Medica di Roma, 1909-10.

(2) WELTI. *Du rôle de l'hyperparathyroidisme dans certaines dystrophies osseuses et dans la polyarthrite ankylosante*. Journ. de Chir., nov. 1931, pag. 633-651.

caso da lui operato di adenoma cistico paratiroideo senza alcuna lesione ossea.

Secondo: che questi interventi sull'uomo dimostrano fuori di ogni dubbio e meglio di qualunque esperimento sull'animale non solo l'importanza in genere delle paratiroidi sul ricambio del calcio, ma anche precisamente l'influenza sulla deposizione o sulla liberazione del calcio nel sistema scheletrico. Nella nostra operata una pseudo-artrosi esistente da lungo tempo in una frattura pregressa dell'omero è passata alla consolidazione in meno di un mese dopo l'operazione, come si poté fare constatare nella seduta dell'Accademia, in cui fu presentata l'ammalata, dalla radiografie presentate e dalla possibilità per l'operata di elevare l'arto, movimento che prima non riusciva nemmeno ad accennare.

*
**

Il tumore asportato risulta essere un tipico adenoma della paratiroide. Con l'intervento la calcemia si ridusse di colpo da 14,5-14,8 a 11,7-8,9-9,01 (per gli altri reperti vedi quadro) e la malata pur non presentando cifre di calcemia subnormali come spesso interviene presentò fenomeni di tetania per fortuna lievi e presenza e lunga persistenza del segno di Chwostek. Il miglioramento anche clinico postoperatorio fu pronto e già a distanza di un mese i movimenti dell'arto erano assai più estesi, assente il dolore, maggiori le possibilità meccaniche, consistenza dell'osso maggiore e notevolmente modificato il quadro radiologico per maggior compattezza dell'ombra e sopra tutto per l'aumento delle trabecole e impalcatura interna e più ancora per la iniziata ricostruzione della parete corticale dell'osso, dacchè i contorni dell'omero si sono fatti visibili, mentre prima erano più che imprecisi, addirittura non identificabili. E lo studio della cronassia, che aveva dato instabilità dei valori da giorno a giorno e eterocronismo neuromuscolare (valori di cronassia diversi da muscolo a nervo con aumento della cronassia nervosa), ripetuto dopo l'intervento dimostrò valori perfettamente normali con scomparsa sia dello eterocronismo che della variabilità dei valori.

Concludendo: in un caso di tipico Recklinghausen dalla classica sintomatologia e corrispondente in pieno anche al quadro della osteo-

si paratiroidea di Lièvre è stato nell'intervento chirurgico trovato quel tumore paratiroideo che anche senza alcun segno obiettivo diretto locale, la ragione clinica indicava come probabilmente presente e causale e la sua ablazione ha svolto utile, diretta e immediata azione curativa dacchè l'errore metabolico del bilancio calcico si correggeva e l'osso che sembrava di vetro soffiato, presto iniziava a calcificarsi e ricostruirsi. Schematicamente così la clinica realizza il più brillante e cruciale esperimento fisiologico nell'uomo. Ma generaliz-



FIG. 10. — Anca destra 4 mesi dopo l'intervento.

zare o semplicisticamente dedurre ancora non si può, nè si deve per le varie eventualità e diversità che la clinica stessa presenta. Comunque il tipo adenomatoso della lesione, il fatto di esser circoscritta ad una e non a tutte le ghiandole, l'immediato riverbero sul metabolismo calcico e sulla ricostruzione ossea, rendono quanto mai improbabile l'ipotesi di Erdheim (che la lesione paratiroidea sia secondaria per iperfunzione reattiva alla mobilitazione calcica) e più probabile invece l'ipotesi (che la fisiologia conferma) che il *primum movens* patologico, la prima innormalità sia nella iperfunzione o in una speciale disfunzione tossica delle o di una paratiroide.

E questa è vuoi primitiva, vuoi secondaria ad altri influssi interghiandolari (ipofisari particolarmente) o in qualche rapporto diretto o indiretto con la regione neuroipofisaria, d'onde la non rara consociazione con sintomi di diabete insipido, in una percentuale però senza confronti più bassa di quella che figura in un'altra singolare malattia calciopriva il morbo di Schuller Christian che, come dicemmo, è una lipoidosi e nel quale la gravissima alterazione ossea (sostituzione di masse lipoidosiche al tessuto osseo con ipercalcemia ecc.) va quasi sempre associata a diabete insipido per la sofferenza della regione neuroipofisaria da parte di masse lipoidosiche topograficamente corrispondenti.

Il caso non ha quindi tanto valore perchè è il primo operato in Italia e col brillante successo registrato, ma perchè conferma una volta di più l'esistenza di distrofie ossee calcioprive di origine endocrinopatica e la grande importanza che detta nozione ha per la fisiologia, la patologia e la clinica e inerenti problemi, e perchè soprattutto una razionale terapia chirurgica oggi salva malati da una malattia

contro la quale noi eravamo fino ad oggi disarmati o quasi.

Diciamo quasi, perchè mentre vi sono malati — molto rari — di Becklinghausen che neppure con l'ablazione dell'adenoma paratiroideo migliorano e guariscono, altri ve ne sono nei quali il trattamento misto di gluconato di calcio ad alte dosi (per iniezioni e dando 12 grammi al dì per bocca) e di vitamine D (ergosterina, vigantolo, viosterolo, ecc.) ad alte dosi (7500 unità antirachitiche al dì) dà grandi vantaggi; e altri ancora nei quali detto trattamento medico è stato utile solo dopo un intervento chirurgico inefficace. (Delmas e Marsalet) e altri infine persino ribelli al duplice e successivo trattamento.

BIBLIOGRAFIA.

- Per la bibliografia rimandiamo alle seguenti monografie che tutto si può dire contengono.
- HUNTER DONALD. *Calcium and Phosphorus metabolismus*. The Lancet, 1930, pp. 897-947-999.
- Id. Quarterly Journ. of Med., 1931, aprile, n. 95.
- BIGWOOD. *Le métabolisme du Calcium*. Le Scalpel, 1931, n. 17, p. 497.
- LIÈVRE. *L'ostéose parathyroïdienne*. Masson, éd., 1932.

70517

"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1898 da Guido Baccelli e Francesco Durante
diretto dai proff. CESARE FRUGONI e ROBERTO ALESSANDRI

Collaboratori: Clinici, Professori e Dottori italiani e stranieri

Si pubblica a ROMA in tre sezioni distinte:

Medica - Chirurgica - Pratica

IL POLICLINICO nella sua parte originale (Archivi) pubblica i lavori dei più distinti clinici e cultori delle scienze mediche, riccamente illustrati, sicchè i lettori vi troveranno il riflesso di tutta l'attività italiana nel campo della medicina, della chirurgia e dell'igiene.

LA SEZIONE PRATICA che per sé stessa costituisce un periodico completo, contiene lavori originali d'indole pratica, note di medicina scientifica, note preventive, e tiene i lettori al corrente di tutto il movimento delle discipline mediche in Italia e all'estero. Pubblica accurate riviste in ogni ramo delle discipline suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono redatte da studiosi specializzati.

Non trascura di tenere informati i lettori sulle scoperte ed applicazioni nuove, sui rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, sui nuovi strumenti, ecc. Contiene anche un rimettario con le migliori e più recenti formule.

Pubblica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di Medicina, e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici.

Contiene accurate recensioni dei libri editi recentemente in Italia e fuori.

Fa posto alla legislazione e alla politica sanitaria e alle disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, nonché ad una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Prospetta i problemi d'interesse corporativistico e professionale e tutela efficacemente la classe medica.

Reca tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Cronaca varia, dell'Italia e dell'Estero.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgono al « Policlinico » per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica rubriche speciali e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli vengono richieste.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO per gli importanti lavori originali, per le copiose e svariate riviste, per le numerose rubriche d'interesse pratico e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia più completi e meglio rispondenti alle esigenze dei tempi moderni.

ABBONAMENTI ANNUI		Italia	Estero	Il Policlinico si pubblica sei volte il mese. La Sezione medica e la sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli mensili illustrati di 48-64 pagine ed oltre, che in fine d'anno formano due tomi volumi. La sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32-36-40 pagine, oltre la copertina.
Singoli:		—	—	
1) Alla sola sezione pratica (settimanale)	L. 58.80	L. 100		
1-a) Alla sola sezione medica (mensile)	* 50 —	* 60		
1-b) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	* 50 —	* 60		
Completivi:				
2) Alle due sezioni (pratica e medica)	* 100 —	* 150		
3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica)	* 100 —	* 150		
4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica)	* 125 —	* 180		
Un numero della sezione medica o chirurgica L. 6, della pratica L. 3.50				

Il pagamento dell'abbonamento eseguito contro Assegno o Tratta Postale, comporta L. 5 d'aumento

— Gli abbonamenti hanno unica decorrenza dal 1° di gennaio di ogni anno —

L'abbonamento è impegnativo per tutto l'anno, ma può essere pagato in due rate semestrali anticipate.

1.1) indirizzare Vaglia postale, Chèques e Vaglia Bancari all'Editore del «Policlinico», LUIGI POZZI

UFFICI DI REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Sistina, 14 — ROMA (Telefono 42-809)