

Dott. A. TURRETTA

UN CASO DI TETANIA

IN SEGUITO

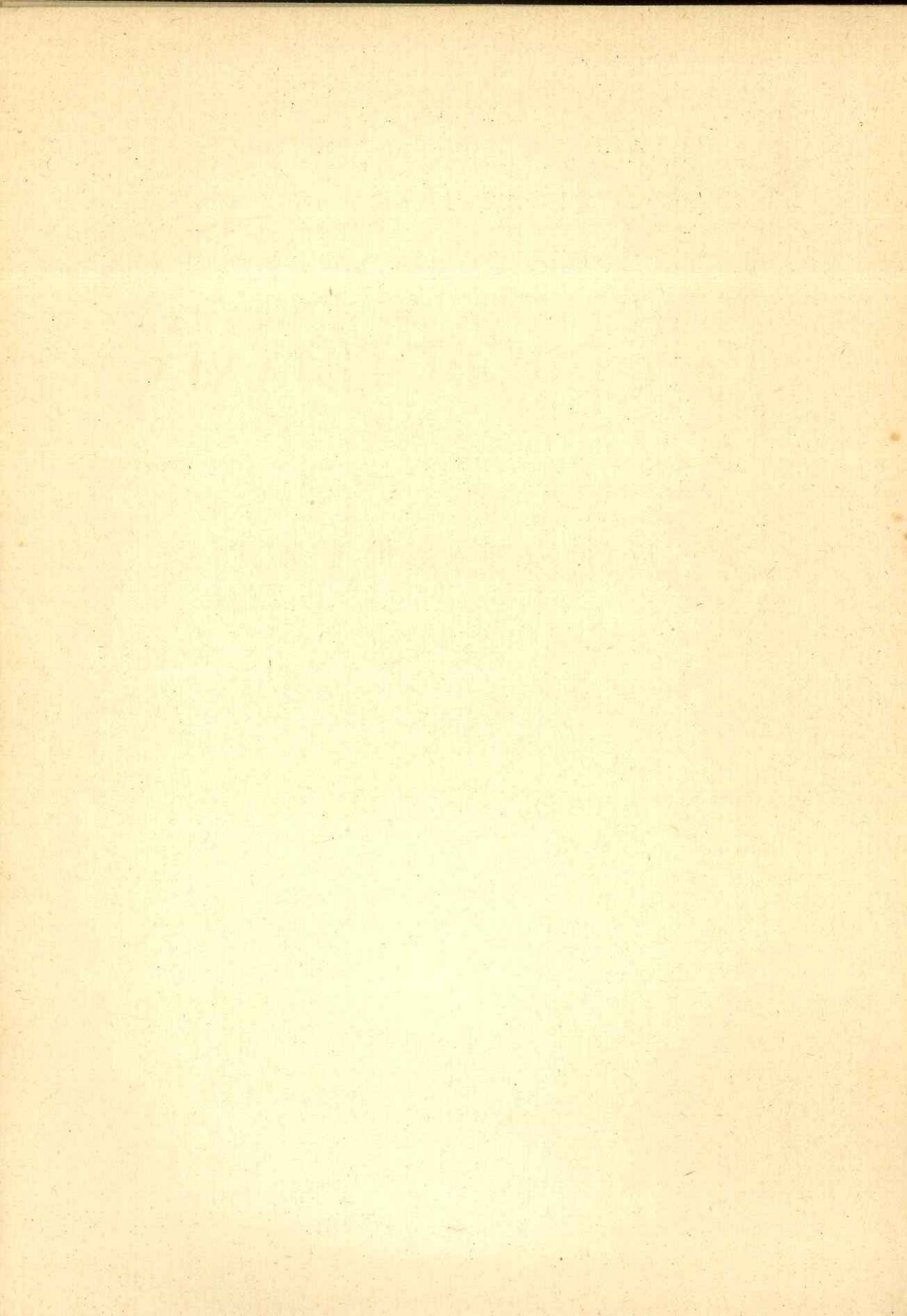
ad estirpazione parziale di gozzo

Comunicazione fatta alla VIII^a adunanza
della Società Italiana di Chirurgia in Roma 1891

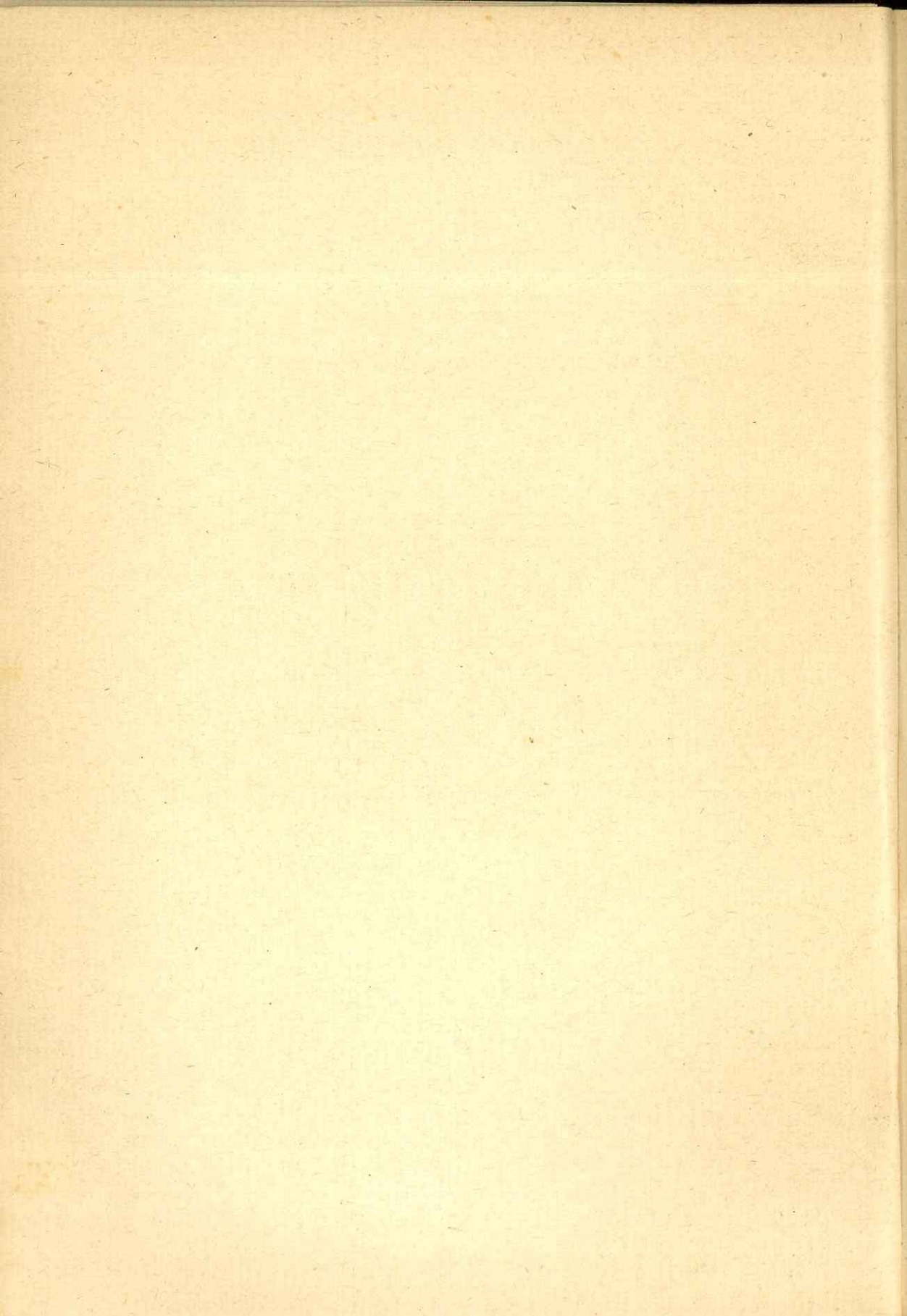
ROMA

TIPOGRAFIA INNOCENZO ARTERO
Piazza Montecitorio, 124

1892



UN CASO DI TETANIA





*Un caso di tetania in seguito ad estirpazione
parziale di gozzo.*

I casi di tetania in seguito ad estirpazione *totale* del gozzo non sono infrequenti: su 53 estirpazioni totali, eseguite nella Clinica di Billroth, la tetania è occorsa 14 volte, cioè nel 23 per cento di casi. E l'Eiselsberg, che ne ha osservati 12 casi su altre 53 estirpazioni totali, dice che il reperto necroscopico fu sempre negativo, e sempre veniva notata la mancanza completa della tiroide al pari di una glandola tiroide accessoria. Lo stesso autore cita inoltre 115 estirpazioni parziali, nelle quali non si è avuta mai la tetania, e risultati eguali in esperimenti eseguiti sugli animali, specialmente quelli su 100 gatti. (Centralbl. f. Klin. Med., n. 41, 1890). Negli archivi del Langenbeck del 1888 sono riportate 23 di queste resezioni della tiroide, con 22 guarigioni, essendosi verificata in un caso la morte per emorragia ricorrente.

Questi dati dimostrano che l'idea messa in pratica da Mikulicz, di operare, non la estirpazione totale della glandola, ma la resezione, in modo da lasciare in sito una parte capace a continuarne le funzioni, ed evitare così all'organismo le conseguenze della sottrazione istantanea di essa glandola, non solamente è molto razionale, ma sembra anche che abbia avuto sin qui il controllo della esperienza clinica.

Il caso che io vado brevemente a riferire, a titolo di contributo, ha una certa importanza, perchè trattasi indubbiamente di tectania che produsse la morte dieci giorni dopo la resezione di un gozzo parenchimoso, quando era stata lasciata in sito una porzione considerevole della glandola, e la ferita operativa era completamente aderita per prima intenzione.

Trattasi di una giovane a 23 anni, Adamo Francesca, da Calatafimi, dove il gozzo è rarissimo. Sviluppo scheletrico e muscolare mediocre con cute bianca, un po' anemica; nulla di notevole nel gentilizio. I genitori sono vivi e sani, ma una sorella dell'amalata, dell'età di 14 anni, presenta un gozzo incipiente che data da 4 anni circa. Intelligenza molto limitata; tributo mensile irregolare. L'ingrossamento della tiroide sembra che abbia avuto principio all'epoca della pubertà e nel lobo destro, poi si estese al medio e al sinistro.

I disturbi causati dalla malattia furono assai lievi dapprima, ma dopo alcuni mesi si manifestò ambascia e difficoltà di respiro.

Da due anni a questa parte, avendo il tumore assunto proporzioni considerevoli, produce continue vertigini, senso di sfinimento e stanchezza muscolare; il sonno è interrotto da improvvisa difficoltà di respiro e senso di soffocazione.

Il tumore è trilobato, con prevalente sviluppo del lobo destro, di consistenza un po' elastica, a superficie irregolare; non ha contenuto liquido. Le misurazioni danno:

Arco totale del tumore	Centim. 28
Arco del lobo mediano	» 10
Dalla verticale mediana al margine destro	» 15
Dalla verticale mediana al margine sinistro	» 13
Circonferenza del collo in alto	» 40
Circonferenza del collo nel mezzo	» 43
Circonferenza del collo alla base	» 44

Nulla di anormale negli altri organi. La parola un poco tarda e spesso interrotta da una ispirazione profonda, involontaria.

La mattina del 12 ottobre pratico la resezione della glandola :

Incisione verticale mediana, ed altra trasversale leggermente obliqua, che parte dall'estremità del lobo destro, e si congiunge in alto con la prima. Le vene e le arterie vengono con diligenza legate prima di reciderle, mano mano che si presentano. Il tumore si enuclea facilmente, ed è costituito da una massa acinosa con lacune non molto ampie, ripiene di sostanza colloide, chiara, ma consistente come la cera : l'ingrandimento è insomma dovuto, in massima parte, all'aumento di sostanza colloidea nelle vescicole tiroidee. Estirpato il lobo destro, con un'altra incisione a sinistra, simile a quella di destra, completo il taglio ad Y alla Kocher, ed esporto il lobo sinistro. Del lobo medio lascio una piccola porzione, come una castagna, ai due lati della trachea ; ciò che mi garantisce dal pericolo di ledere l'arteria tiroidea inferiore e il nervo laringeo ricorrente.

Fognatura e sutura della ferita in tre strati.

Precauzioni antisettiche le più rigorose, prima e durante l'atto operativo, che decorse senza gravi incidenti e senza notevole perdita di sangue. Occorsero circa 70 legature.

L'operata viene messa in una camera a parte riparata dalle correnti d'aria e dalla luce eccessiva. Il primo e il secondo giorno decorsero con fenomeni prodromici di lieve entità : polso frequente, un po' aritmico, senso di rigidità e debolezza ai muscoli del polpaccio, fenomeno a cui l'inferma voleva che non si accordasse alcun peso, avendolo essa sofferto spessissimo durante il lungo corso della sua malattia. La sera del secondo giorno la temperatura salì a 38°, accompagnata da un malessere indeterminato. La mattina del terzo giorno si manifestano dolori stiranti nei muscoli della regione anteriore degli avambracci : le dita sono in estensione permanente, meno il pollice che è un po' flesso in adduzione. Il rimuovere gli arti superiori dalla posizione in cui si trovano riesce doloroso, e l'ammalata li tiene distesi sul materasso, parallelamente al tronco. La sensibilità dolorosa ai polpacci è cresciuta ; le mascelle si divaricano liberamente ; vi è senso di oppressione all'epigastrio e ai precordi.

L'accesso durò otto ore circa. Succede completo rilasciamento muscolare, e la notte passa in calma. Ma la mattina seguente, quasi alla stessa ora del giorno innanzi, si ripete l'accesso, molto più violento: contrazioni toniche violenti degli avambracci sui bracci e flessione delle mani, forti stirature dolorose ai polpacci, trisma, tendenza all'opistotono, ambascia per difficoltà delle escursioni toraciche; sudori caldi profusi, temperatura 39°. Le urine, scarse, contengono tracce di albumina. Alle 7 p. finisce l'accesso, ma la temperatura rimane elevata, e la notte passa molto agitata per ambascia dovuta a contrazioni tetaniche del diaframma.

Nuovo accesso tetanico completo la mattina del giorno 17 (quinto dall'operazione), che cessa alle 3 pom., e non si ripete più, per tre giorni di seguito: permane un senso di rottura in tutto il corpo, e un leggero tremore muscolare. Sudori sempre abbondanti, urine scarse, dejezioni alvine spontanee, temperatura 37°,6; respirazione sempre frequente, 26. Il sesto giorno si tolgono i punti alla ferita che è completamente aderita, e non presenta alcuna traccia di flogosi.

La sera del nono giorno l'ammalata ha la sensazione di benessere: sta seduta nel letto, mangia con appetito. Alle 5 ant. del giorno successivo (22) si ripetono le convulsioni tetaniche, che sono seguite da accessi epilettiformi, durante i quali avviene la morte.

La forma delle ultime convulsioni somiglia molto alle convulsioni uremiche, e in questa ultima fase trovo esatta l'affermazione di Schlesinger, che la mucinemia, per estirpazione della tiroide, presenta grande somiglianza con l'uremia in tutto il suo modo di contenersi e nella forma clinica (Allg. Wien. Med. Zeitung. N. 30 e 32, 1890).

All'autopsia si trova: nulla nel campo operativo. La porzione di glandola rimasta non presenta indizi d'infiammazione. Antiche ed estese aderenze della dura madre alla volta specialmente nella regione occipitale, ed anche alla base in corrispondenza dei lobi medi, ispessita in questi punti e con molte varicosità venose che le danno l'aspetto bluaastro. L'aracnoide è anch'essa ispessita e perlacea in corrispondenza della grande scissura media-

na e della scissura di Rolando. La sostanza cerebrale più consistente dell'ordinario, meno nei lobi anteriori: notevole congestione nella parte corticale.

Antiche ed estese aderenze pleurali a destra: varie macchie ecchimotiche alla parte anteriore del pericardio; cuore floscio, normale; fegato leggermente anemico.

L'esame istologico della porzione di glandola rimasta dimostra un aumento del tessuto connettivale e degli elementi glandolari: dilatazione cioè delle vescichette glandolari in seguito di metamorfosi colloide; tra le vescichette un aumento notevole di tessuto connettivale con molti vasi sanguigni ramificati, proliferanti.

Mi sembra questo indubbiamente un caso di tetania a corso atipico, quale appunto suole osservarsi nella estirpazione *totale* del gozzo; e non ho creduto inutile mettere in rilievo alcuni sintomi, sui quali ancora si discute, riguardo a questa speciale forma morbosa.

Anzitutto va notata la febbre, che accompagnava costantemente gli accessi tetanoidi: la temperatura sorpassò qualche volta 39° ; cessando l'accesso diminuiva costantemente, e qualche volta ritornava al normale, come avvenne nelle ultime 48 ore, che precedettero l'ultimo accesso. La febbre insomma decorreva quasi sempre conforme ai fenomeni.

Degna di nota la presenza, sebbene scarsa, di albumina nell'urina; e la periodicità degli accessi, che insorgevano quasi sempre nelle prime ore del mattino; e la loro lunga durata, 6-8 ore.

Il polso fu sempre frequente, e lo stesso può dirsi degli atti respiratori anche nei periodi di tregua; il che potrebbe dimostrare che le contrazioni tetaniche del diaframma perduravano, anche quando la tensione cessava negli altri campi muscolari.

Vi fu perdita di coscienza solo nell'ultimo accesso epilettiforme, nell'acme del quale avvenne la morte.

Il fenomeno del facciale e quello del Trousseau non furono ricercati prima dello insorgere degli accessi, ma li trovai costantemente nel decorso ulteriore. Sanno che il primo, suggerito dallo Chvostek, consiste in questo, che un colpo leggero e breve sul

punto di uscita del facciale dalla parotide provoca, nella metà del volto, una contrazione folgorante. E pel fenomeno del Trouseau : comprimendo per alcuni minuti una grande arteria o un fascetto nervoso si produce la convulsione dell'arto corrispondente.

Durante il periodo dei sintomi tetanoidi la eccitabilità meccanica e galvanica dei nervi sensitivi, come dei motori, si mantenne molto elevata.

Resterebbe a spiegare perchè la porzione di tiroide lasciata in sito, e non fu piccola, non bastò a continuare le funzioni della glandola ed impedire l'avvelenamento per nucina, al quale, da molti, si attribuisce la causa dei sintomi in discorso ; o pure, ciò che per noi vale lo stesso secondo le ultime esperienze di V. Lindeman, non fu sufficiente a disimpegnare la sua funzione antitossica eliminando dall'organismo un veleno neuro-muscolare che si genera nel ricambio materiale. (Centralb. f. Allg. Pathol. u. patholo. Anat. n. 13, 1891). Io non mi credo autorizzato a nessuna spiegazione, e mi limito semplicemente a denunziare il fatto.

Si potrebbe pensare che i reperti necroscopici delle meningi e del cervello, i quali si riferiscono sicuramente a processi molto remoti, diano essi soli la spiegazione della sindrome fenomenica testè narrata. A me sembra che non si possa sostenere questa tesi : perchè la forma clinica insorse dopo l'atto operativo, e, per il corso e pel modo di comportarsi, somiglia perfettamente a quella descritta da Jaksch (Zeitschrift. Klin. Med. N. 17 supplement.), da Eiselsberg (loco citato), e da tutti i chirurghi che si sono occupati di questi studii. Ed anche perchè nessun sintoma, che potesse seriamente richiamare l'attenzione alle meningi cerebrali, persisteva nelle lunghe tregue che intercorsero tra un accesso tetanoide e l'altro. Ma per converso, non si può, secondo me, escludere con sicurezza che lo stato in cui trovavansi le meningi cerebrali abbia potuto influire, in una certa misura, allo sviluppo dei fenomeni in discorso : poichè sembra non si possa mettere in dubbio la esistenza di un rapporto di connessione tra la glandola tiroide e il cervello, rapporto provato dagli stessi reperti, i quali possono attribuirsi a processi lenti legati a quelli della glandola stessa.