

ATTI
DELLA
SOCIETA' LUCANA
DI
MEDICINA E CHIRURGIA



A T T I
DELLA
SOCIETA' LUCANA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Vol. I

Seduta inaugurale

Potenza, 27 novembre 1960

I Convegno Scientifico Regionale

Potenza, 18 dicembre 1960

II Convegno Scientifico Regionale

Matera, 2 luglio 1961

A. 1961

A cura del

CONSIGLIO DIRETTIVO

DELLA

SOCIETA' LUCANA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Redattore: Dott. GILDO SPAZIANTE

SOCIETA' LUCANA DI MEDICINA E CHIRURGIA

CONSIGLIO DIRETTIVO

MARSICO Prof. Dott. VINCENZO - Presidente
GUAZZIERI Prof. Dott. GENNARO - Vice-Presidente
SPAZIANTE Dott. GILDO - Segretario
SUPERBI Prof. Dott. CARLO - Tesoriere
MARCUCCI Prof. Dott. GIUSEPPE - Componente
GUERRICCHIO Dott. ANTONIO - Componente
PETRONE Dott. POTITO - Componente
BARBIERI Dott. GUIDO - Componente

MEMBRI ONORARI

VERGA Prof. Dott. Pietro - Preside della Facoltà di Medicina
Università di Napoli
BERTACCINI Prof. Dott. Giuseppe - Preside della Facoltà di Medicina
Università di Bari
CHIMIENTI Dott. Nicola - Medico provinciale di Potenza
SEGRETO Dott. Francesco - Medico provinciale di Matera
FULCOLI Dott. Giacomo - Presidente Ordine dei Medici della
Provincia di Potenza

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

COIRO Dott. Luigi
SARNO Prof. Dott. Domenico
BRONZINI Dott. Domenico
GARRUTI Prof. Dott. Franco (Suppl.)

SOCIETA' LUCANA DI MEDICINA E CHIRURGIA

ELENCO DEI SOCI

<i>Autunno</i>	<i>Dr.</i>	<i>Emilio</i>	<i>Melfi</i>
AGRESTA	Dott.	Pasquale	Matera
ANASTASIA	Dott.ssa	Raffaella	Potenza
ANZILOTTA	Dott.	Giacomo	Senise
ARPAIA	Dott.	Luigi	Potenza
ATTILI	Dott.	Rodolfo	Potenza
BARBIERI	Dott.	Guida	Tricarico
BENDEL	Dott.	Mariano Felice	Carleto P.
BENEVENTI	Dott.	Giovanni	Potenza
BINETTI	Dott.	Armando	Potenza
BOLETTIERI	Prof.	Daniele	Matera
BRONZINI	Dott.	Domenico	Matera
CALABRESE	Dott.	Giovambattista	Potenza
CALABRESE	Dott.	Orlando	Potenza
CAMMAROTA	Dott.	Ettore	Avigliano
CAMMAROTA	Dott.	Vincenzo	Potenza
CAPPIELLO	Dott.	Arlò	Venusa
CASELLA	Dott.	Lucin	Carleto P.
CATALANO	Dott.	Ernesto	S. Gregorio Magno
CHIORAZZO	Dott.	Gaetano	Senise
CILLO	Dott.	Gennaro	Potenza
COIRO	Dott.	Luigi	Potenza
COSTA	Dott.	Antonio	Castelluccio Sup.
DE LUCA	Dott.	Gustavo	Matera
DE MATTIA	Dott.	Ettore	Potenza
DE SANCTIS	Dott.	Alfonsa	Castelgrande
DI CUIA	Dott.	Emanuele	Matera
DI LECCE	Dott.	Mario	Potenza
FERRETTI	Prof.	Giacomo	Potenza
FERRI	Dott.	Luigi	Potenza
FORENZA	Dott.	Vittorio	Potenza
FORTUNATO	Dott.	Carlo	Senise
FULCOLI	Dott.	Giacomo	Pietragalla
GALIZIA	Dott.	Antonio	Baragiano
GARRUTI	Prof.	Franco	Melfi

GENOVESE	Dott.	Camillo	Potenza
GRIMALDI	Dott.	Michele	Potenza
GUAZZIERI	Prof.	Genaro	Matera
GUERRICCHIO	Dott.	Antonio	Matera
GUERRICCHIO	Dott.	Giuseppe	Matera
IERACE	Dott.	Giovanni	Potenza
LAPOLLA	Dott.	Arturo	Potenza
LASCARO	Dott.	Michele	Matera
LAURIA	Dott.	Giuseppe	Tricarico
LIBUTTI	Dott.	Michele	Rionero in V.
LIMONGELLI	Dott.	Rocco	Potenza
LO NIGRO	Dott.	Mario	Matera
LOPIANO	Dott.	Franco	Campomaggiore
LORIZIO	Prof.	Vito	Potenza
LOSASSO	Dott.	Gerardo	Potenza
LUCCIONI	Dott.	Luigi	Potenza
LUCCIONI	Dott.	Riccardo	Potenza
MAGNANTE	Dott.	Mario	Potenza
MANFREDI	Dott.	Franco	Matera
MARCUCCI	Prof.	Giuseppe	Potenza
MARSICO	Prof.	Vincenzo	Potenza
MASCIULLI	Dott.	Leonardo	Ferrandina
MAZZARONE	Dott.	Rocco	Tricarico
MINOLA	Dott.	Giacomo	Potenza
MISTRULLI	Dott.	Luigi	Potenza
MONA	Dott.	Francesco	Potenza
MONGELLI	Dott.	Antonio	Potenza
MONTESANO	Dott.	Domenico	Vaglio di Locania
ONORATO	Dott.	Nicola	Accettura
PACIELLO	Dott.	Domenico	Potenza
PADULA	Dott.	Francesco Paolo	Matera
PADULA	Dott.	Manro	Matera
PADULA	Dott.	Rocco	Potenza
PESCE	Dott.	Giovanni	Potenza
PETRONE	Dott.	Polito	Potenza
PETRUZZI	Dott.	Michele	Potenza
RISPOLI	Dott.	Pasquale	Melfi
ROBBE	Dott.	Mauro	Lavello
ROSA	Dott.	Gambattista	Avigliano
RUSSO	Dott.	Giacinto	Potenza

SARNO	Prof.	Domenico	Potenza
SENISA	Dott.	Franco	Tricarico
SERINELLI	Dott.	Antonio	Matera
SPAZIANTE	Dott.	Gildo	Potenza
STOLFI	Dott.	A. Vito	Potenza
STOLFI	Dott.	Pasquale	Potenza
SUPERBI	Prof.	Carlo	Potenza
TRIPPITELLI	Dott.	Francesco	Matera
VERALLI	Dott.	Nicola	Albano di L.
VIGGIANI	Dott.	Salvatore	Bernalda
VIGGIANO	Dott.	Vincenzo	Potenza
VINCI	Dott.	Francesco	Potenza
VICLA	Dott.	Attilio	Potenza
VITA	Dott.	Raffaele	Potenza

SEDUTA INAUGURALE

Potenza, 27 novembre 1960

La costituzione della Società Medico-Chirurgica Lucana, al fine di promuovere e favorire la ricerca scientifica e la preparazione culturale e professionale nell'ambito delle discipline medico-chirurgiche, corrisponde ad una esigenza precisa e ad una larga, antica aspettativa dei Medici Lucani.

L'esercizio professionale della Medicina, divenuto oggi estremamente impegnativo anche per il medico pratico, esige ognor più il costante aggiornamento alle nuove acquisizioni della scienza medica.

Il medico ospedaliero, d'altronde, sente certo non meno viva l'esigenza di tener desto l'interesse per la ricerca scientifica, che, oltre ad un più acuto affinamento clinico, può offrire, specie se ambientata alle situazioni locali, motivo di estremo interesse sia clinico che nosologico.

Al medico che vive lontano dai centri dell'alta cultura universitaria, come al clinico ospedaliero che aspira a non deflettere dal tono di chiaro impegno scientifico, la Società Medico-Chirurgica Lucana vuole, adunque, offrire una concreta e vicina occasione di sereni incontri e di vivaci stimoli, perchè la Classe Medica sia sempre più all'altezza delle proprie responsabilità, tanto più delicate nell'attuale fase di evoluzione civile delle nostre popolazioni.

Cordiale, sincero, libero da ogni ambigua preoccupazione, è, pertanto l'invito che il Comitato Promotore rivolge a tutti i Medici lucani, perchè con la loro personale partecipazione incoraggino l'iniziativa, che ambisce solo di contribuire al rinnovamento di costume e di vitalità della Gente Lucana.

IL COMITATO PROMOTORE

Nicola Chimienti
Francesco Segreto
Giacomo Fulcoli
Gennaro Guazzieri
Guido Barbieri
Daniele Bolettieri
Domenico Bronzini
Aldo Cappiello

Antonio Guerricchio
Giuseppe Mancusi Materi
Giuseppe Marcucci
Vincenzo Marsico
Potito Petrone
Pasquale Pontrandolfi
Gildo Spaziante

I lucani sono stati sempre volentieri ritenuti degli Umanisti, ma cultura umanistica non è soltanto quella dell'arte: l'Umanistica è la cultura in genere che si richiama alle tradizioni degli Umanisti del Rinascimento che non erano solamente filologi e letterati, ma erano pure coloro che coltivavano le scienze.

In ogni periodo, invece, anche nel campo delle scienze, i Lucani, rifacendosi alle tradizioni classiche dei Greci e dei Latini, hanno assicurato la continuità del progresso ed ogni generazione ha rappresentato un anello fra il passato e le prospettive dell'avvenire.

Tale fenomeno, verificatosi in tutti i campi, non poteva fare eccezione nel campo medico, laddove tre fattori hanno assicurato la sua realizzazione: un'attitudine particolare della razza, la conformazione dell'ambiente ed infine l'apparire sulla scena in tutti i tempi di uomini dotati di straordinario ingegno.

* * *

Le attitudini della razza, tendente in modo specifico alla osservazione e alla critica, si rivelano già in modo spiccatissimo nell'antichità classica: non furono forse discepoli di Pitagora, che per primi applicarono alla fisica i metodi matematici, i Greci di Calabria, Puglia e Lucania? Fu appunto in quella Scuola che furono studiate fra l'altro per la prima volta le vibrazioni delle corde sonore e furono scoperte le leggi quantitative dell'acustica: in tutte queste scoperte, anche se non è sempre documentabile, non dovette mancare l'apporto dei Lucani, che di quella famiglia facevano parte essenziale.

L'ambiente si è formato a poco a poco attraverso i contatti con popoli che, arrivati in Terra di Lucania come dominatori, influirono sulla vita indigena. Si deve ammettere infatti che alcuni, come ad esempio gli Arabi, che furono infatti i trasmettitori della cultura ellenica ed orientale in genere, crearono le condizioni intellettuali alle quali elementi lucani, sia pure magari limitatamente ed in numero ristretto, non potevano rimanere indifferenti o addirittura completamente estranei. Con qualsivoglia rigidità si è portati almeno

a supporre che gli Arabi che, nell'alto Medio Evo si dimostrarono più colti, più civili e più raffinati di noi, ebbero a creare l'ambiente nel quale i dominati non potevano fare a meno di sentire una certa influenza e di partecipare al comune patrimonio spirituale.

Che uomini infine non privi d'ingegno apparissero in ogni tempo sulla scena del mondo è cosa certa ed è dimostrato dal fatto che, indagando in antichi documenti, di tanto in tanto spiccano nomi di medici che vengono magari fuggacemente citati: costoro per il solo fatto che furono ritenuti degni di menzione, dovettero essere degli studiosi che alla cultura medica qualche contributo almeno dovettero pur dare.

La mancanza, ripeto, di documenti precisi nella loro dizione come nella loro data, rende assai malagevoli le indagini al riguardo, tuttavia fondate supposizioni, appoggianti ad accenni ricavabili qua e là portano a deduzioni accettabili in grazia di una maggiore verosimiglianza.

* * *

Le prime notizie sicure, invece, che si hanno di medici lucani sono legate allo sviluppo e alla floridezza della Scuola Salernitana.

Il glorioso Ateneo, che era stato portato al massimo fulgore specialmente per opera dei Benedettini, incominciò ai principi del XII secolo a sottrarsi all'influenza di questi monaci per rendersi sempre più laico.

Protetta prima dai Normanni, poi dagli Svevi, fu combattuta invece dagli Angioini, che avevano più a cuore la Facoltà Medica di Napoli.

Si ripigliò in qualche modo sotto gli Aragonesi, ma la sua decadenza diventò fatale ed irrimediabile allorquando Napoli, come Capitale, accentrò in sé ogni dominio sul resto del Regno.

Dal 500 al 700 innumerevoli furono le liti che la Scuola Salernitana ebbe a sostenere con l'almo Collegio di Napoli: essa si battè disperatamente per la sua esistenza fin quando nel 1806 fu definitivamente chiusa con decreto di Giuseppe Napoleone.

Mi piace ricordare, anche se il fatto non ha attinenza diretta col nostro tema che, prima di chiudere i battenti, la Scuola Salernitana volle compiere l'ultimo atto della sua grandezza, si da essere meravigliosa nella fine come era stata nel principio: si volle onorare di dar la laurea dottorale ad uno dei più grandi Maestri che il mondo medico ricordi: Domenico Cotugno.

Gli influssi che la Scuola Salernitana esercitò nel suo tempo ebbero risonanza mondiale e fu logica conseguenza quindi se la parte intellettuale della Lucania, così confinante con la Regione Salernitana, fu la prima a risentire l'influenza di quella vasta e diffusa cultura, di quella sensibilità di arte che in altri paesi ben più lontani furono fattori concorrenti a volgere verso un progressivo lievito di scienza e di sempre nuova vita spirituale.

Fu la Scuola Salernitana, ormai è da tutti consensualmente ammesso, che si assunse il compito, durante la sua lunga esistenza, di guidare gli studiosi nell'adorazione di tutto ciò che è grande, che è bello, che è vero, ossia di creare quelle correnti che nel culto della realtà della natura dovevano culminare nei più grandiosi movimenti spirituali, non escluso il nostro Rinascimento.

Che le vicende della Scuola Salernitana facessero risentire il loro peso sull'indirizzo della cultura medica lucana appare chiaro dagli **Acta Doctoratus** del Collegio Medico, attualmente esistenti nell'Archivio di Stato di Salerno: da questa inequivocabile fonte abbiamo ricavato numerosi elenchi di giovani che, partiti da tutti i paesi della Lucania, si andavano ad addottorare nel glorioso Ateneo, la cui laurea abbinata in Filosofia e Medicina o quella singola in Chirurgia rappresentava un motivo di orgoglio e di onore per i cimenti del futuro svolgimento professionale.

Dalla Scuola Salernitana trassero la loro educazione scientifica medici e scienziati che al loro tempo assursero a fama europea. Ricordiamo qualcuno fra quelli che ci son sembrati più di chiara fama:

Eustachio da Matera che visse verso il 1270, grande umanista, medico valente e poeta, i cui epigrammi per un certo tempo furono attribuiti al celebre Alcadino da Siracusa, poeta della Corte di Federico II.

Tuccio de Scalzonibus, pure da Matera, vissuto nel 1400, che fu ritenuto « Dottore fisico » di gran valore. Fu costui medico ed amico personale di Re Ferdinando d'Aragona, tant'è, si racconta, che una volta che il Re si recò a Matera, si compiacque di accettare ospitalità nel suo palazzo avito.

Vincenzo Bruno da Venosa, vissuto fra la seconda metà del 1500 e la prima metà del 1600, che viene ricordato come medico valentissimo e scrittore efficace.

Ferdinando Cassano da Viggiano, vissuto nella seconda metà del 1500, che fu autore di un'opera medica molto apprezzata che egli intitolò « **Quaestiones Medicae** ».

Matteo Parisi da Bernalda, Archiatra Pontificio e medico di Innocenzo X e del suo successore Alessandro VII. Fu anche medico del Conclave che portò al Soglio Pontificio Papa Clemente IX.

Nicola Celani da Castelluccio Inferiore nato nel 1712 e morto il 1782, che scrisse due lodati Trattati di Medicina e cioè un « Corso Medico Teorico-Pratico » ed un secondo « **De morbis puerorum** ».

Dalle ricerche sui rapporti fra i Medici Lucani e la Scuola Salernitana ciò che richiama subito l'attenzione è la equivalenza fra il numero dei frequentatori lucani ed il rigoglio della Scuola, così che man mano che si accentua la decadenza dell'istituzione anche il numero degli studenti lucani si va assottigliando.

E' chiaro che questi, desiderosi di consolidarsi con tutta coscienza nell'arte medica, si andavano indirizzando più volentieri verso l'Ateneo Napoletano, dove trovavano ormai condizioni più propizie per la loro preparazione scientifica.

E' per questo che dalla fine del 700 ha inizio un afflusso in massa dei futuri medici lucani verso Napoli, Capitale del Regno delle Due Sicilie, Capitale morale del Meridione dopo la costituzione del Regno d'Italia.

Da questo periodo si assiste ad un conseguenziale fenomeno: molti, conseguita la laurea, conquistata il più delle volte faticosamente attraverso indicibili sacrifici, ritornano al proprio paese d'origine per esercitare lì la professione, altri

invece permangono nella Città degli Studi e si affermano come Maestri insigni e creatori di Scuole, di cui ancora oggi rimane l'eco.

E' meraviglioso constatare che tanti dei primi non si arrestano alle cognizioni apprese negli studi universitari, nè si fermano ad un empirico esercizio professionale; essi continuano a produrre liberamente, continuano a sviluppare con mezzi propri la dottrina acquisita dai Maestri, creano e tramandano alle generazioni future studi che ancora oggi, dopo tanto cammino della scienza medica, appaiono suggestivi e si apprezzano per la genialità ed originalità di pensiero.

Capita spesso che negli archivi di antiche famiglie trovansi tracce di quegli studi che, attraverso varie generazioni, sono stati gelosamente conservati; ma quanti altri son andati dispersi!

A volte se ne ha qualche sentore attraverso noterelle leggibili in qualche vecchio manoscritto.

Comunque alcuni sono arrivati a noi ed è per questa via che abbiamo potuto far conoscenza con tanti illustri nomi che ci appartengono e che pure, per la maggior parte, vengono ignorati.

Antonio Bochicchio da Forenza che nel 1849 ebbe il coraggio dal piccolo paese, dove nobilmente esercitava la sua professione, di criticare pubblicamente il grande Oculista del tempo prof. Germier su i metodi da questi adottati negli interventi per l'estrazione della cataratta, suggerendo sin d'allora delle manovre che successivamente furono da molti oculisti applicate con successo.

Francesco Manfredi da Matera, che fu contemporaneamente medico e professore di scienze naturali, pubblicò nel 1885 un lavoro sul taglio cesareo, intervento che appariva allora una vera novità.

Tanti e tanti altri ne potremmo citare se il tempo ce lo consentisse.

I più fortunati invece, o per meglio dire, i più persistenti affrontano con coraggio e tenacia le incertezze dell'avvenire e si dispongono a sostenere la lotta della grande città, non perdendo nemmeno per un minuto il grande miraggio di diventare qualcuno.

Anche fra costoro naturalmente la storia di sempre si ripete: tanti di cui non sappiamo, furono soffocati dalle vicende della vita, ma tanti e tanti altri raggiunsero tale fama che il loro nome viene ancora oggi pronunziato con devozione e rispetto in Italia ed all'Estero.

Basti pensare che nel secolo passato e nei primi 25 anni dell'attuale secolo la Facoltà di Medicina di Napoli era guidata prevalentemente da grandi professori lucani, ed i nomi di **Tommaso Senise**, Direttore della II^a Patologia Medica; di **Giovanni Paladino**, Direttore dell'Istituto di Fisiologia e Rettor Magnifico; di **Luigi Ferrarese**, Direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Aversa; di **Fabrizio Padula**, Direttore della II^a Clinica Chirurgica; di **Leopoldo Chiari**, Direttore della Clinica Chirurgica, tanto per citare i maggiori, apparivano come astri che illuminavano di vivida luce il mondo medico del tempo. Essi ebbero il merito di creare delle dottrine e delle Scuole, la cui importanza per gli sviluppi della scienza medica si deve ritenere a buon motivo fondamentale.

Questi grandi Maestri, come coloro che ben sapevano quanto arduo è il cammino che porta al successo e quanto più arduo ancora è lo sforzo per mantenere le posizioni raggiunte, si circondavano di allievi provati, capaci di dare ogni affidamento per la continuazione delle tradizioni della Scuola da loro creata e non deve meravigliare se il più delle volte la scelta cadeva su elementi lucani.

Erano indotti a ciò da un senso di campanilismo innato e forse naturale o perchè era loro più agevole fare una selezione facilitata da una conoscenza più diretta?

Certa cosa è che essi non sbagliarono: il prestigio del nome fu sempre mantenuto e per parecchie generazioni i lucani tennero con decoro il primo posto nell'insegnamento medico presso l'Università di Napoli: le generazioni si susseguivano alle generazioni e da un grande maestro derivava un maestro ugualmente insigne, il cui distintivo era sempre quello di essere fedele ai principi del caposcuola, principi che non si limitavano ad una profonda conoscenza dell'arte medica, ma riguardavano altresì la dignità e la morale.

La osservanza rigorosa delle norme ippocratiche doveva essere severamente rispettata in ogni momento dell'attività ed in ogni luogo.

Era questa una « conditio sine qua non ».

Anche la forma aveva la sua importanza: oggi che si vive in un clima ben diverso si sorride sì, ma nell'intimo dell'animo si trova molto interessante leggere qualche lavoro del tempo, soprattutto di polemica scientifica, nel quale spiccano sistematicamente frasi di rispetto e di stima, anche forse esagerate, verso il contraddittore, del quale peraltro non si condivideva il punto di vista da lui sostenuto!

Costantemente rispettato dai Capiscuola lucani il principio che il vero oggetto della medicina era il malato, che l'arte del medico era una missione, che il compito del medico era di aiutare il prossimo e di formulare un programma spirituale paragonabile soltanto a quello del religioso.

In un momento in cui l'indirizzo medico sta subendo un capovolgimento, i legami che ci uniscono a coloro, la cui vita ebbe il principale scopo di rafforzare la coscienza della nostra professione, appaiono ancora più tenaci ed alcune volte costituiscono l'unica ancora alla quale il nostro spirito si può ancora afferrare.

Essi ci lasciarono un patrimonio al quale difficilmente si può rinunciare: essi ci insegnarono e continuano ad insegnarci la maniera di avvicinare l'ammalato, di comprendere i suoi traumi, di indagare nel suo stato psichico che non è più quello di un soggetto sano, c'insegnarono la maniera di aver la percezione del vero dolore, la coscienza delle gravi responsabilità che il medico assume, allorché egli si accinge a prestare il giuramento di Ippocrate.

In questo momento in cui purtroppo il medico è portato, suo malgrado, ad allontanarsi sempre più dall'ammalato, ci sembra doveroso insistere presso i più giovani, affinché essi si abituino a questo lavoro di pazienza, al lavoro di accostamento, ai faticosi tentativi che hanno per scopo di guadagnare la fiducia dell'ammalato.

A questo lavoro di fusione fra la psiche del medico e quella dell'ammalato i giovani dovrebbero essere iniziati da bel principio, nel momento cioè che lo spirito, ancora giovane, è malleabile e permeabile al senso della pietà.

Un'altra nota caratterizza i medici lucani dell'800 e del principio di questo secolo: il bisogno di un connubio felice fra

l'Arte Medica e le cosiddette Arti Belle, nelle quali va naturalmente inclusa la letteratura.

In verità questo fenomeno si è verificato sempre, ma nel secolo passato esso si è manifestato più accentuato.

Quanti non furono i medici lucani che sentirono la necessità di dimostrare che le due esigenze dello spirito apparentemente differentissime, possono essere abbinare da rapporti costanti ed indissolubili?

Il medico e l'artista sanno entrambi che ciascun essere è particolare a sé stesso, che l'uomo non ha nulla di astratto, ma tuttavia non si può ridurre ad una entità esclusivamente materialistica.

Questa coincidenza di pensiero avvicina il medico all'artista sino ad identificarli spesso ed ecco quindi che il medico sente la necessità di diventare anch'egli un pò artista.

Ed è così che **Fabrizio Padula**, lo spirito forse più eclettico del secolo passato, lascia ai posteri insieme alla fama di chirurgo valentissimo, quella di scultore e pittore originale, come ne fanno testimonianza le sue opere nella meravigliosa Villa delle Fate di Capodimonte.

Domenico Ridola, dopo aver raggiunto i più lusinghieri successi nel campo medico, si dà con tutta l'anima all'Archeologia e lega il suo nome a tante importanti scoperte archeologiche e alla fondazione del Museo Archeologico di Matera.

Michele Lacava, medico di chiara fama, ma nello stesso tempo cultore di Storia della Lucania, mette il punto su tante questioni storiche insolite.

Altri, come più recentemente **Orazio Gavioli**, pur restando nei confini del campo scientifico, si occupa in modo particolare di Botanica e diventa in questa materia un'autorità di fama internazionale.

Tanti e tanti altri, pur restando sempre medici, si diletano ad essere scrittori, musicisti, maestri di oratoria, forse perchè in queste manifestazioni trovano la maniera di dare sfogo alle esigenze di uno spirito, la cui esuberanza è accresciuta dalla conoscenza dell'uomo nella sua totalità di anima e di corpo.

Essi sono degli artisti, ma rimangono sempre medici, perchè attraverso la conoscenza della scienza medica, hanno avuto la possibilità di assistere quotidianamente e da vicino ai grandi drammi umani, che hanno esercitato il loro occhio a considerare il mondo circostante con un senso di indulgenza, lungi dal proposito di voler condannare con severità coloro che la ereditarietà o crudeli condizioni di vita nella società hanno resi responsabili del male.

Essi, infine, trovano facile essere artisti, perchè abituati, attraverso il mestiere, ad essere osservatori precisi, hanno assimilato le tendenze a mettere nel giusto posto quel dettaglio rivelatore di un particolare stato d'animo, o della natura, alla stessa maniera che si deve collocare nel giusto posto quel determinato sintomo rivelatore della malattia.

Già alla fine del secolo scorso la medicina incomincia ad assumere il volto moderno: la vastità delle conoscenze scientifiche porta al necessario suddividersi del compito del medico e s'incominciano a delineare i primi segni della tendenza alle specializzazioni. I medici lucani sentono come tutti gli altri l'importanza del nuovo indirizzo, anzi ne diventano un pò i pionieri e coltivano le specialità a cui si dedicano sempre con indirizzo biologico, cosa indispensabile perchè una materia possa assurgere al piano di indipendenza e di unicità.

In tutte le branche appaiono sulla ribalta i rappresentanti lucani. Ognuno della propria specialità diventa un tenace e convinto assertore e dà un contributo capace di creare i presupposti dell'importanza fondamentale.

Luigi Ferrarese da Brienza e **Antonio Damiano** da Pomarico, già ricordati, assurgono al ruolo di capiscuola delle rispettive specialità: della neurologia e della otorinolaringoiatria.

In un periodo successivo i due fratelli **Montesano, Giuseppe** e **Vincenzo**, il primo neurologo, il secondo dermatologo, compiono degli studi fondamentali e si fanno conoscere su piano europeo con una produzione scientifica qualitativamente e quantitativamente veramente imponente: il primo ha al suo attivo circa 200 lavori, di cui una buona parte scritta in tedesco e compilata presso Istituti Germanici.

Per la prima volta nel 1908 si parlò di chirurgia cardiaca per opera di **Prospero Guidone** da Guardia Perticara, che riuscì

a praticare con successo nell'Ospedale Loreto di Napoli la sutura del cuore. Aggiungiamo questi illustri all'ammirazione e allo esempio delle nuove generazioni.

La mia conversazione mostrerebbe una grave lacuna se io non accennassi a preclari medici che sono a noi cari perchè ci furono vicini, e coi quali troppe volte dividemmo ansie, tristezze, speranze, e, perchè no? anche qualche piccola soddisfazione: intendo alludere a maestri e colleghi scomparsi recentemente.

Il prof. **Vincenzo Jura**, Direttore dell'Istituto di Patologia Chirurgica dell'Università di Bari e che fu allievo prediletto del prof. Alessandri a Roma. Mori egli tragicamente nel 1944.

Egli era Consulente dell'Ospedale S. Carlo, innamoratissimo della sua Lucania e perciò avemmo occasione di essergli molto vicini, di apprezzarne le rare qualità di chirurgo e di maestro, di dimostrarli la nostra incommensurabile, ma sempre insufficiente ammirazione, di far tesoro di tanti consigli, per cui oggi sentiamo il bisogno di esternare alla Sua memoria la più profonda gratitudine.

Chi vi parla ebbe la fortuna di conoscere intimamente Vincenzo Jura. Un uomo serio, pensoso, pervaso da un travaglio interno che difficilmente avreste potuto individuare attraverso la grande discrezione delle sue parole e l'ermetismo dei suoi atteggiamenti. Quando veniva a Potenza, e ciò avveniva molto spesso, dato il profondo attaccamento alla sua terra (aveva avuto egli i natali in Baragiano) era un privilegio conversare con lui, che fuggiva immediatamente quell'imbarazzo che derivava dalla sua straordinaria cultura. Lo si accostava con timore reverenziale, ma si era subito rassicurati dalla sua semplicità e modestia.

I suoi studi sul virus filtrabile osteomielitico furono considerati al suo tempo quanto mai interessanti.

Permettetemi ancora che io ricordi **Federico Gavioli**, Direttore e Primario dell'Ospedale S. Carlo.

Federico Gavioli era uno spirito veramente eclettico, esuberante. Poeta, scrittore, oratore, umanista nel senso più esteso della parola, egli era soprattutto chirurgo.

E' con la più profonda mestizia che io menziono in questo discorso inaugurale della Società Medico-Chirurgica Lucana la

figura di Federico Gavioli. Pensate quanto sarebbe stato felice oggi, egli iniziatore ed organizzatore, di far parte di questa assemblea.

La sua vita breve, ma così completa, resterà per tutti quelli che lo conobbero l'immagine di una intelligenza eccezionale, guidata sempre dalla passione per il lavoro, dall'amore per il suo mestiere, dalla carità per i suoi ammalati.

Consuelo Luccioni, pur egli Chirurgo Primario e Direttore dell'Ospedale S. Carlo.

Dotato dalla natura di una intelligenza e di una tenacia non comune, Consuelo Luccioni trattava gli umili ed i magnati con uniforme benevolenza; ascoltava tutti con grande pazienza, rivolgeva domande sempre con la più grande delicatezza. Questa gentilezza e questa serenità si ritrovavano in tutti gli atti della sua vita. La sua indulgenza era addirittura eccessiva. Comprendeva tutti e perdonava tutti. Il rispetto che egli aveva per il prossimo era eccezionale. Ma questo suo naturale atteggiamento era in realtà l'espressione di un costante controllo di sé e serviva a celare un'estrema sensibilità ed una grande esigenza prima di tutto verso se stesso. Se qualche volta manifestava la sua disapprovazione, ciò avveniva perchè si accorgeva che i principi fondamentali della morale erano stati palesemente violati.

Con la sua infaticabilità riuscì a creare una delle più belle Cliniche oggi esistenti a Potenza.

E' necessario infine che io rivolga il mio pensiero al prof. **Pasquale Gagliardi**, Direttore dell'Ospedale S. Carlo, amico e collega, noto come professionista di valore e di grande probità nei rapporti verso i malati e verso i colleghi. Legò il suo nome alla riorganizzazione dell'Ospedale di Tricarico.

Nei tempi in cui viviamo i medici lucani conservano non solo intatto, ma anzi notevolmente accresciuto, il patrimonio ereditato da così illustri predecessori.

Attualmente che le possibilità logistiche hanno diminuito di tanto le distanze, essi non fanno più capo soltanto alla loro Università Partenopea, ma sono sparsi ovunque non solo in tutte le altre Università Italiane, ma anche all'Estero ed ovunque legano il proprio nome per la genialità scientifica e per la tradizionale laboriosità.

La medicina per il volgere dei tempi ha altri indirizzi, ma il fondamento di curiosità e di passione rimane immutato.

In tutti i campi i medici lucani continuano a conservare le leve di comando, facendosi apprezzare per la loro autorità scientifica: Direttori di Istituti Universitari, altissimi rappresentanti della Sanità Militare e dell'Amministrazione Sanitaria Civile, Primari Ospedalieri, hanno al loro attivo una larghissima produzione scientifica, i cui argomenti vengono trattati sempre con acume e genialità.

In ogni lavoro spicca la rigorosità scientifica sperimentale, dote essenziale per la serietà delle ricerche, nonché il ragionamento logico e stringato.

La tradizione è rispettata e l'ascesa continuerà. I successivi passi che si faranno non potranno essere che delle tappe. Una tappa è la costituzione della Società Medico-Chirurgica Lucana.

I CONVEGNO SCIENTIFICO REGIONALE

Potenza, 18 dicembre 1960

COMUNICAZIONI SCIENTIFICHE

Anastasia dott.ssa Raffaella

Trattamento del tetano con curarici.

Calabrese dott. Orlando

Sindrome aparetico-afasica infantile.

Casella dott. Lucio

Applicazioni terapeutiche degli estrogeni nelle sindromi emorragiche.

Marsico prof. dott. Vincenzo

La nostra esperienza sulla trombosi della vena centrale della retina.

Padula dott. Rocco

Sulla maggiore incidenza del cancro gastrico nelle donne in Lucania, e sui probabili fattori favorenti.

Petrone dott. Potito

Sulla diffusione dell'infezione reumatica nella provincia di Potenza.

Spaziante dott. Gildo

Ricerca dei portatori di stafilococco piogene nel personale ospedaliero.

Stolfi dott. Angelo Vito

Considerazioni su di un raro caso di microftalmo bilaterale congenito.

Superbi prof. dott. Carlo

Contributo alla conoscenza delle metrorragie post-partum.

OSPEDALE PROVINCIALE S. CARLO - POTENZA
Servizio di Anestesia

Trattamento del tetano con curarici

della

Dott.ssa RAFFAELLA ANASTASIA
Specialista in Anestesiologia

Nonostante i progressi nel campo della terapia, l'infezione tetanica è ancora oggi una delle malattie infettive più insidiose per l'alta incidenza della mortalità che raggiunge il 50% dei casi.

Già dal 1945 alcuni AA. trattarono la grave affezione morbosa con piccole dosi di curaro, affiancando questo farmaco — per la sua azione paralizzante sulla muscolatura striata — alla sieroterapia ed agli antibiotici.

Il primo tentativo di curarizzazione completa con narcosi endovenosa e controllo della respirazione fu compiuto proprio in Italia nel 1950 da Giangrasso Corelli e Trifoglio a Catania

L'introduzione del curaro nella terapia del tetano ha permesso di ottenere risultati notevoli e di migliorare la prognosi della terribile affezione.

Purtroppo i dati statistici registrati nel quinquennio 1947-51 dal Killian, erano tutt'altro che soddisfacenti: la mortalità per tetano si manteneva ancora intorno al 70%. Dal 1948 al 1952 la d-tubocurarina fu usata in diversi casi di tetano a scopo muscolo-rilassante, ma la risoluzione della rigidità muscolare e l'inibizione dei violenti accessi di contratture tonico-cloniche si ottennero solo con dosi apnoiche che imponevano l'intubazione tracheale, la respirazione controllata e la nutrizione parenterale; così che i casi trattati vennero a morte senza aver dato segno di trarre tangibili vantaggi dall'abolizione della grave sintomatologia muscolare.

La d-tubocurarina quindi sostituiva, ad uno stato patologico — contrattura muscolare — un altro stato patologico — la paralisi — con le sue ben note, spiacevoli conseguenze.

Gli studi pertanto si orientarono verso altre sostanze che potessero rivelarsi di grande aiuto nella terapia del tetano, vincendo lo stato di contrattura muscolare che tanta parte ha nel determinismo dell'esito della malattia. Nel 1946 Berger e Bradley, prendendo in esame una serie di eteri del glicerolo, scoprirono la Mianesina o Tolserol e ne accertarono l'azione curarosimile. Tale sostanza ha gli stessi effetti del curaro, ma con un meccanismo d'azione completamente diverso, per cui tutte le sostanze di questo gruppo furono dette pseudo-curari.

Anche la Mianesina non è scevra da azioni secondarie (emoglobinuria, collasso vasale e respiratorio, stato ansioso, ecc.); comunque, somministrata per os, molte di queste azioni collaterali scompaiono o diminuiscono notevolmente.

Woolmer e Cates (1952) impiegarono per primi la succinilcolina (fleboclisi per tre giorni) facendo notare l'indispensabilità dell'assistenza continua agli ammalati in quanto la dose necessaria per ottenere una conveniente paralisi può dare facilmente depressione respiratoria.

Secondo Shackleton (1954) la succinilcolina è preferibile al curaro naturale. Ginzel e Wajand (1949) usarono l'etere glicerilguaiacolico successivamente considerato da Forni e Volterrani (1956) preferibile alla d-tubocurarina data la maggiore attenuazione della sintomatologia. Ciocatto, Ferraris e Fava (1955) trattarono 19 casi di tetano con fleboclisi di etere glicerilguaiacolico (g 8-13 nelle 24 ore) per 7-11 giorni, ottenendo la scomparsa delle contratture muscolari, l'abbassamento della temperatura, la ripresa del sensorio e della psiche; 18 di questi casi guarirono.

Nel 1955 Mondini e Bertolotto trattarono 6 casi di tetano con Relaxil (etere alfaglicerilguaiacolico); da quell'epoca tale preparato è entrato nella pratica comune; i risultati sono buoni ed i casi giunti a guarigione si fanno sempre più numerosi.

Il Relaxil non è un semplice rimedio sintomatico; vari AA. ne hanno approfondito lo studio paragonando la sua azione a quella della d-tubocurarina e dei curari in genere e giungendo alla conclusione che l'azione di entrambe le sostanze è la stessa, ma il meccanismo d'azione profondamente diverso.

Il Relaxil non instaura uno stato di paralisi totale nella muscolatura striata, non impedisce i movimenti muscolari, permette una normale ematosi, l'efficienza degli atti respiratori e l'assunzione di cibi liquidi risolvendo il trisma e favorendo il ripristino dei movimenti di deglutizione. Inoltre diminuisce il pericolo di complicanze polmonari e dà al paziente grande tranquillità, per cui, alla pari di altri farmaci a struttura analoga (Ciocatto), ci pare agisca — nei confronti dell'esotossina tetanica — con un vero e proprio antagonismo di sede, oltre che di azione, capace di impedire la chiusura degli archi riflessi patologici, responsabili della grave sintomatologia neuromuscolare.

Circa il meccanismo di azione dell'esotossina tetanica non vi è molto accordo tra gli AA.; Abel, Evans, ecc. pensano che la rigidità muscolare sia dovuta all'azione periferica dell'esotossina a livello delle giunzioni neuromuscolari; Zironi conferma questa tesi aggiungendo un altro fenomeno fondamentale, la ipereccitabilità di origine centrale, dovuta all'azione della tossina sulle cellule delle corna anteriori del midollo e sui cosiddetti neuroni intercalari; la maggior parte degli AA. afferma che il tetano locale è la manifestazione dell'intossicazione del S.N.C. da parte della tetanospasmina. Il Relaxil ha come punto di attacco il midollo spinale, il ponte ed i peduncoli cerebrali; solo a dosi elevate, non terapeutiche, riesce a bloccare l'impulso nervoso a livello delle placche neuromuscolari. Tutto questo spiega la sua azione nei confronti dell'esotossina tetanica.

Sin dalla prima iniezione endovenosa si nota la sua benefica azione: esso vince lo stato di contrattura muscolare, ridona al paziente la tranquillità, non raggiungibile con i comuni calmanti, bloccando o riducendo al minimo l'azione della tossina tetanica già fissata alle cellule nervose.

Nei casi di tetano giunti alla mia osservazione ho avuto modo di constatare e valutare la benefica azione del Relaxil: due casi di tetano dei neonati ed un caso di tetano degli adulti:

Vito G.: dopo 12 giorni dalla nascita insorgenza del trisma, cianosi, crisi spasmodiche frequenti.

Terapia: infiltrazione di 500.000 U. O. di penicillina intorno alla ferita ombelicale; 1.000.000 di U. O. di combicillina ogni 24 ore; 10.000 U. I. di siero antitetanico ogni 6 ore; 1/3 cc

di soluzione al 10% di Relaxil ogni 6 ore per via endovenosa; purtroppo la via endovenosa potè essere usata per soli due giorni; per ottenere l'effetto desiderato continuai la somministrazione per os alla dose di 1/2 compressa (g. 0,25) ogni 4 ore, stemperata nel latte materno. La terapia durò 10 giorni, cioè fino alla completa risoluzione della malattia e fu integrata da ipodermoclisi glucosate e preparati vitaminici.

Ettore A.: Giorni 8 dalla nascita: trisma, rigidità muscolare diffusa.

Terapia: infiltrazione intorno alla ferita ombelicale di 500.000 U. O. di penicillina; 500.000 U. O. di tempocillina ogni 24 ore; 10.000 U. I. di siero antitetanico ogni 6 ore; Relaxil per os: 1/2 compressa ogni 4 ore per due giorni; 1/2 compressa ogni 6 ore per altri cinque giorni stemperata in latte materno.

Luigi B., anni 25: dodici giorni prima: ferita lacero-contusa del ginocchio sinistro per caduta da motocicletta: trisma, crisi spasmodiche frequenti, rigidità soprattutto dei muscoli addominali.

Terapia: sbrigliamento della ferita suppurante con infiltrazione locale di 1.000.000 U.O. di penicillina, antibiotici e siero a forti dosi, Relaxil: 8 cc di soluzione al 10% per via endovenosa subito, continuando ogni 4 ore con 4 cc per 5 giorni. Guarigione in dodicesima giornata.

CONCLUSIONI

La terapia dell'infezione tetanica è divenuta — negli ospedali chirurgici specializzati — compito precipuo dell'anestesista, al quale spetta di affrontare il problema respiratorio, di capitale importanza, e di ricorrere alle altre metodiche che — accanto ai presidi essenziali del moderno progresso terapeutico — danno dei risultati senza dubbio migliori di quelli, purtroppo poco soddisfacenti, di pochi anni addietro.

La curarizzazione rappresenta una terapia coadiuvante dimostratasi subito preziosa nell'attuale impostazione della terapia antitetanica.

Con i pachicurari (che elevano la soglia di eccitabilità della placca neuromuscolare allo stimolo) o con i leptocurari (che rendono la placca ineccitabile) si ottiene la risoluzione muscolare.

L'impiego della respirazione artificiale è in grado di ovviare all'inconveniente costituito dall'impossibilità di stabilire la dose capace di vincere la contrattura tetanica senza provocare la paralisi dei muscoli respiratori. Tuttavia la tossicità dei pachicurari e gli inconvenienti dei leptocurari (aumento della salivazione, broncorrea, azione muscarinica) non li hanno fatti considerare sostanze ideali.

Un'arma efficace per combattere la sintomatologia convulsiva del tetano è costituita dall'etere alfa-glicerilguaiacolico (My 301 - Relaxil, Reorganin, Miorelax) che si somministra alla dose di 15-20 grammi pro die e che viene eliminato dall'emuntorio renale.

Esso è dotato delle seguenti proprietà:

- 1) azione miorelissante specie a carico della muscolatura addominale e degli arti (la respirazione resta del tutto normale ed efficiente);
- 2) blanda azione ipnotica, ipotermizzante e potenziatrice di altri farmaci analgesici e sedativi;
- 3) punto di attacco centrale, cioè sui centri motori midollari, bulbari e protuberanziali dove esercita la sua azione elettiva la tossina tetanica.

Utile si è dimostrato accanto all'etere glicerilguaiacolico, alla tracheostomia chirurgica ed ai farmaci sedativi, l'uso di un respiratore automatico tipo Engstrom per controllare e garantire la ventilazione polmonare e quindi prevenire le crisi asfittiche da contrattura spastica dei muscoli respiratori.

Se i miorellassanti non hanno fatto aumentare notevolmente le sopravvivenze, si deve ricordare che la curarizzazione serve — oltre che ad eliminare la componente spastica — ad evitare le complicazioni polmonari, e che l'alta mortalità è dovuta alla mancanza di un antidoto che neutralizzi rapidamente i danni causati dalla tossina tetanica sul sistema nervoso, su quello circolatorio e su quello emopoietico.

Riassunto

L'A. riferisce su cinque casi di tetano trattati con la terapia miorelaxante più moderna, costituita da derivati della etere alfa-glicerilguaiacolico: Relaxil, Reorganin, ecc., dotati di azione miorelaxante, ipnotica, ipotermizzante, potenziatrice di altri farmaci analgesici e sedativi e che rispettano integralmente la funzionalità respiratoria.

Con detta terapia sono stati modificati sensibilmente il decorso e la prognosi del tetano.

OSPEDALE PROVINCIALE S. CARLO - POTENZA
Divisione di Oftalmologia
Primario: Prof. Dott. VINCENZO MARSICO

La nostra esperienza sulla trombosi della vena centrale della retina

del

Prof. Dott. VINCENZO MARSICO
Primario Oculista

Con la presente comunicazione è mio intendimento richiamare l'attenzione su quanto ho potuto acquisire attraverso 20 anni di esperienza circa un'importante lesione oculare quale è la **trombosi della vena centrale della retina**.

I casi di trombosi della vena centrale della retina riscontrati tra i ricoverati nella Divisione Oftalmica dell'Ospedale S. Carlo sono stati sempre numerosi, ma limiterò tuttavia la mia relazione agli ultimi tre anni: 1958-59-60, poichè i casi di quest'ultimo triennio rispecchiano per la frequenza e l'aspetto clinico quelli precedenti.

Casi ospedalizzati nel triennio 1958-59-60

Anno 1958	N. 16 (9 uomini, 7 donne)
» 1959	N. 15 (8 uomini, 7 donne)
» 1960	N. 16 (7 uomini, 9 donne)
	<hr/>
	N. 47

Casi riguardanti individui inferiori ai 40 anni di età	N. 8
Casi di interessamento bilaterale	N. 2

Frequenza di localizzazione:

Ramo principale	48%
Ramo supero-esterno	31%
Ramo infero-esterno	13%
Ramo infero-interno	2%

Dalla semplice lettura di questi dati si possono trarre interessanti conclusioni.

E' necessario intanto far presente che tutti gli ammalati osservati sono stati sottoposti ad un completo esame oftalmoscopico e ad una scrupolosa esplorazione del fondo mediante la lampada a fessura di Zeiss, nonchè ad un esame generale e alle più importanti ricerche di laboratorio. Sistematicamente sono state praticate le seguenti indagini: 1) esame delle urine; 2) glicemia; 3) azotemia; 4) pressione arteriosa generale; 5) elettrocardiogramma; 6) esame emocromocitometrico; 7) tempo di emorragia; 8) tempo di coagulazione; 9) valutazione del tempo di protrombina.

Alcune volte, a seconda dei casi, si è aggiunta l'esplorazione della funzionalità epatica.

Questi dati ricavati dalla statistica in esame coincidono alcuni con quelli ricavati da altri AA., altri invece se ne distaccano di poco, mentre altri, infine, appaiono completamente contrastanti.

Eziologia. - L'individualizzazione eziologica il più delle volte è stata per noi molto ardua, sicchè nella maggior parte dei casi si è dovuto ricorrere alla supposizione. In due casi si è avuta la chiara sensazione che la trombosi fosse legata ad una infezione focale dentaria: il riordinamento della bocca ha portato ad un rapido riassorbimento del trombo e ad un ripristino del visus quasi completo in uno (7/10) e completo in un altro (10/10).

Si hanno buone ragioni per ritenere che questa causa andrebbe studiata molto più attentamente e presa in una giusta valutazione caso per caso.

Il problema dell'eziologia mi porta, inoltre, a ricordare un mio lavoro pubblicato nel 1952 (Contributo alla conoscenza di probabile azione trombogena degli antibiotici sull'occhio: *Arch. di Oftalm.*; 1952).

Fui spinto a trattare questo problema perchè ero rimasto stupito dalla frequenza di lesioni vascolari in individui sani e relativamente giovani, che, indistintamente, avevano come dato anamnestico la somministrazione, per cause varie, di antibiotici, in misura quasi sempre troppo generosa. Fui portato a pensare che tali disturbi vascolari potessero avere un even-

tuale rapporto con i nuovi metodi di terapia e soprattutto con l'uso non sempre moderato degli antibiotici.

Successivamente anche altri hanno fatto le stesse considerazioni arrivandosi così alla quasi certezza che gli antibiotici non si debbono considerare assolutamente innocui per l'apparato vascolare, onde giustamente l'uso di essi dovrebbe essere ristretto ai casi indispensabili e per quelli la cui indicazione è veramente precisa.

Sesso. - Non credo che il sesso abbia qualche importanza, benchè qualcuno, a seconda della prevalenza dell'uno o dell'altro, veda in esso una causa predisponente. Nella nostra casistica appare chiaro un certo equilibrio (uomini 24, donne 23) per cui bisognerà, a mio parere, concludere che la trombosi della vena centrale della retina può interessare indifferentemente sia il sesso maschile che il sesso femminile.

Età. - Una qualche influenza ha certamente l'età, poichè la maggior parte dei casi osservati avevano superato il 40° anno di età. L'importanza però è, secondo me, relativa: nei 47 casi riportati sono compresi 8 al disotto dei 40 anni con un minimo di 29 anni. E' chiaro che per quelli che avevano superato il 40° anno e che si trovavano nel periodo di vita nel quale le lesioni aterosclerotiche dei vasi hanno la loro maggiore diffusione, la trombosi si deve considerare come un reperto pressochè normale, quale indice di una notevole involuzione cui vanno incontro le pareti vasali; viceversa per quelli che sono stati colpiti in età giovane bisognerà richiamarsi ad altri fattori, che sono indipendenti dall'età.

E' stata data perciò molta importanza alla ipertensione arteriosa nei suoi diversi aspetti, ma particolarmente al tipo essenziale. Anche in considerazione si è tenuta la ipertensione retinica solitaria (tipo Espildora Luque).

Noi in verità ci siamo trovati piuttosto a disagio nell'attribuire a questa causa un'azione determinante, perchè anche non volendo escludere in senso assoluto la sua influenza, non la si può ritenere certamente fondamentale: lo prova il fatto che i nostri 8 casi segnalati avevano una pressione contenuta nei limiti normali e basti considerare ancora che, anche per gli altri, molti trombotici non sono ipertesi e non tutti gli ipertesi vanno soggetti a fatti trombotici.

Lo stesso ragionamento si è dovuto fare per le malattie renali e per il fattore luetico che nella maggior parte dei casi ricerche severe hanno fatto escludere.

Bilateralità. - Altri prima di noi hanno concluso che la trombosi delle vene retiniche può colpire con notevole frequenza ambedue gli occhi. Nella nostra casistica l'interessamento bilaterale è limitato a due casi soltanto che furono colpiti a distanza di tempo. A tal proposito però bisogna precisare che molte volte, specialmente nei casi che riguardavano individui dai 60 agli 80 anni e che costituivano la maggioranza, si è notato nell'occhio colpito il cosiddetto stato pretrombotico, ossia un aspetto caratteristico delle arterie che apparivano esili e tortuose, nonché turgore e tortuosità delle vene con accentuato strozzamento di esse in prossimità della papilla.

E' probabile che se non si fosse intervenuto con opportuna terapia lo stato pretrombotico sarebbe sfociato in una trombosi vera e propria.

Localizzazione. - Per quanto riguarda la localizzazione della trombosi rispetto ai vari rami le nostre osservazioni coincidono con quelle degli altri, e cioè una prevalenza assoluta a carico del tronco principale (48%), meno frequente l'interessamento dei rami esterni (31% e 13% rispettivamente il superiore e l'inferiore), ed infine, ancora meno frequentemente quello dei rami interni con un contributo del 7% per il superiore e del 3% per l'inferiore.

Aspetto oftalmoscopico. - E' stata ammessa la possibilità di trombosi senza emorragie. Nei nostri casi le emorragie non sono mai mancate, la loro costanza ci fa sottoscrivere a quanto dice Cattaneo che « esse sono costanti e che esse sono una assoluta caratteristica del quadro morboso.

Si è detto ancora che nella trombosi della vena centrale della retina manca il polso venoso provocato tanto da assumere a questo fenomeno il valore di segno patognomonico.

L'esplorazione funzionale della circolazione retinica non ci fa essere d'accordo su questo punto, perchè siamo sempre riusciti a provocare il polso venoso sia pure poco ampio e vibrato.

Da quanto si è sopra accennato siamo entrati nella convinzione che alla base dei fatti trombotici a carico delle vene centrali della retina sta come fattore importante la « diatesi trombogena », teoria insegnataci da Pende, da Basile e da altri.

La diatesi trombogena, che si stabilirebbe attraverso un dismetabolismo generale, che investe i vari lati del metabolismo organico, influenzando sul ricambio proteico, glucidico, lipidico ed elettrolitico, può spiegare sufficientemente tanti fenomeni, non esclusi i fatti che determinano la trombosi anche nei giovanissimi, senza tare particolari.

Trattasi quindi, secondo noi, di un habitus costituzionale che si manifesta con un aumento della coagulabilità del sangue e che una lieve causa, non sempre identificabile, turbando un equilibrio instabile, può portare alla formazione di un trombo con conseguenze variabili a seconda dell'importanza della zona colpita e dell'estensione di essa.

La terapia attuata e dalla quale abbiamo avuto soddisfacenti risultati è scaturita da questi concetti: essa ha mirato a modificare, per quanto è stato possibile, l'habitus trombotico il che si è ottenuto con la somministrazione di sostanze capaci di potenziare l'azione di anticoagulanti fisiologici (eparina e prodotti eparinosimili) e di diminuire i fattori propri della coagulazione: protrombina e fibrinogeno (Dicumarolo e suoi derivati).

La controprova dell'efficacia di questa terapia è data dal fatto, già accennato, che, allorquando si è potuto rilevare uno stato pretrombotico, si è potuto evitare che esso si tramutasse in un vero stato trombotico.

Riassunto

L'A., attraverso considerazioni tratte da esperienza ventennale sui casi di trombosi della vena centrale della retina da lui osservati, esamina le caratteristiche della malattia in rapporto all'età, al sesso, alla bilateralità, alla localizzazione e all'aspetto oftalmoscopico.

Conclude facendo riferimento a dati, secondo lui, molto utili per la soluzione dei problemi eziologico e terapeutico.

OSPEDALE PROVINCIALE S. CARLO - POTENZA
Divisione Medica
Primario: Dott. POTITO PETRONE

Sulla maggiore incidenza del cancro gastrico nelle donne in Lucania e sui presumibili fattori favorenti

del

Dott. ROCCO PADULA
Specialista in Gastro-enterologia

Ho voluto, mediante un'accurata indagine, indagare, con il presente lavoro, sulla diffusione del cancro gastrico in Lucania, confrontando i dati desunti con quelli delle altre Regioni d'Italia.

La mia ricerca, però, è stata indirizzata soprattutto nell'indagare con quale incidenza il cancro gastrico colpisce il sesso femminile e quindi quello maschile.

Si fanno precedere alcuni dati statistici sulla Lucania, riguardanti la distribuzione della popolazione ed i vari nosocomi e centri di accertamenti per una larga parte delle malattie.

La Lucania, regione dell'Italia Meridionale, comprendente 127 Comuni, con due Province, conta una popolazione di 606.000 abitanti all'ultimo censimento del novembre 1951, suddivisa in 301.386 maschi e 314.606 femmine.

Dal lato assistenziale esistono due Ospedali di seconda categoria, provinciali, quattro di terza categoria e quattro Case di Cura Chirurgiche.

Tra le malattie che colpiscono la popolazione primeggiano quelle infettive, indi le cardiopatie a prevalente etiologia reumatica e le malattie croniche, tra cui i tumori in genere e quelli a localizzazione gastrica in particolare.

Osservando il numero dei casi accertati quali tumori dello stomaco, ricoverati negli ultimi anni nell'Ospedale « S. Carlo » in Potenza, ed avendo riscontrato che la maggioranza di essi riguardava il sesso femminile, sono stato indotto ad estendere la mia ricerca ad oltre un decennio.

Per quanto riguarda la incidenza del cancro gastrico in linea generale, nei due sessi, da quanto si può desumere dai vari trattati, la maggior parte degli AA. italiani e stranieri sono concordi nel sostenere che più colpito è il sesso maschile.

In questi ultimi tempi però da qualche Autore (Dogliotti) è stata emessa l'ipotesi che la sua incidenza è uguale nei due sessi.

Quindi da questo apparente contrasto, ha avuto origine il presente lavoro.

Ho pertanto esaminato tutti i registri nosologici degli Ospedali e delle Case di Cura Chirurgiche private, esistenti in Lucania, relativi ad un periodo di tempo di 13 anni e propriamente dal 1946 a tutto il 1959; nonchè i bollettini statistici nazionali in possesso degli Uffici Sanitari.

In un periodo di tempo quindi di 13 anni, dal 1946 al 1959 sono risultati ben 332 casi di tumori gastrici accertati, di cui 154 interessavano il sesso maschile e 178 quello femminile (grafico A).

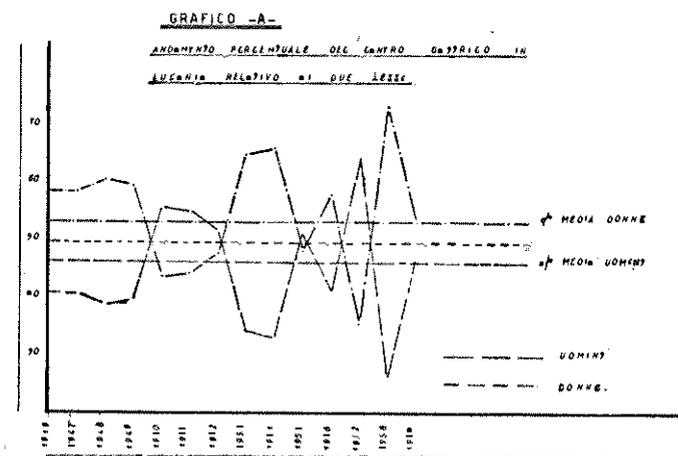


GRAFICO A - Andamento percentuale del cancro gastrico in Lucania relativo ai due sessi.

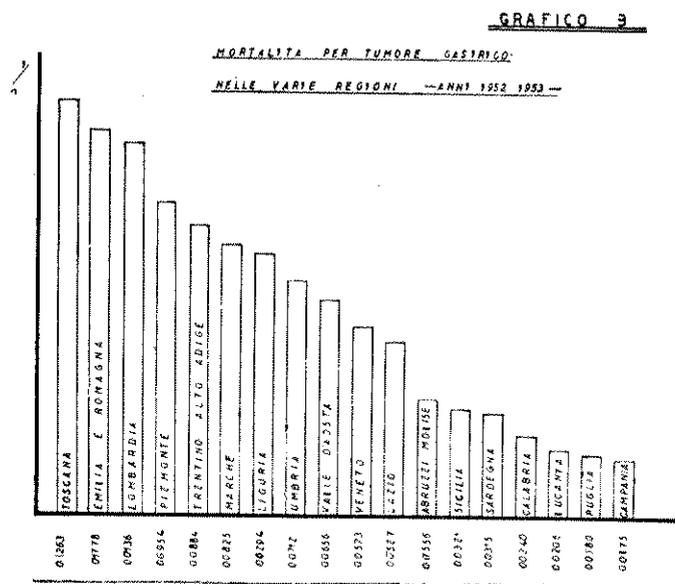


GRAFICO B - Mortalità per tumore gastrico nelle varie regioni Anni 1952-1953.

Confrontando i dati desunti con quelli relativi alla diffusione del cancro gastrico nelle altre Regioni d'Italia, relativi al biennio 1952-53 risulta che la Lucania occupa il terz'ultimo posto con una percentuale dello 0,0206 (grafico B).

La percentuale con cui il cancro gastrico colpisce il sesso femminile, quindi, per quanto riguarda la Lucania, risulta del 53,61%, mentre per quello maschile è del 46,38%.

Se ne deduce allora che il cancro gastrico in Lucania colpisce in maggior misura il sesso femminile, e ciò in netto contrasto con quanto viene di regola affermato dagli AA. italiani e stranieri. Detto contrasto, almeno per quanto riguarda la Lucania, mi ha prospettato dei quesiti, di una certa importanza, ai quali ritengo poter rispondere con alcune ipotesi attendibili.

Ho preso in considerazione, a tale scopo, due fattori a mio avviso importanti, e cioè quello lavorativo e quello alimentare.

Per quanto riguarda il primo, è da mettere in rilievo che l'attività prevalente della popolazione lucana è quella agricola. Difatti il 78% di essa svolge lavori agricoli (grafico C).

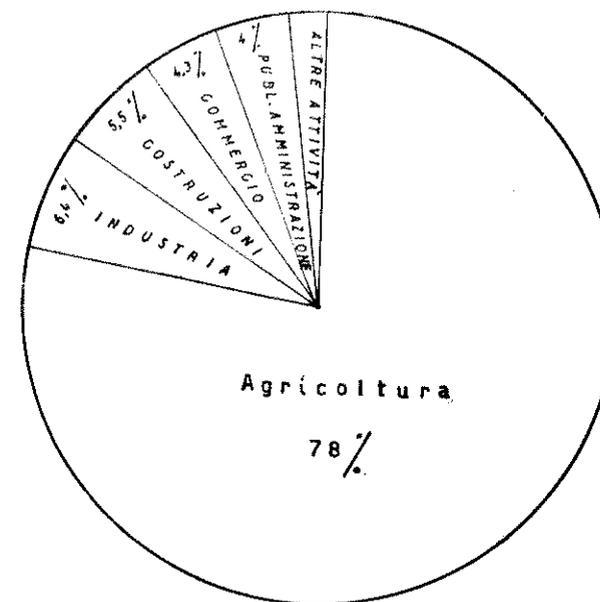


GRAFICO C - Suddivisione della popolazione lucana nei vari rami di attività lavorativa.

Pertanto la particolare attività agricola comporta per la donna lucana un regime di vita identico a quello dell'uomo, sia nelle condizioni di ambiente, che nelle abitudini di lavoro ed alimentari.

D'altra parte anche il Chiurco, in un suo scritto sulla « Precancerogenesi e tumori professionali » conferma la prevalenza del cancro gastrico nella campagna rispetto alla città, e quindi nei lavoratori esclusivamente agricoli, citando le seguenti tabelle.

Tabella A. - Prevalenza del cancro gastrico nella campagna rispetto alla città.

Svezia:

Città: n. 501 casi su n. 926 cancro generali.

Campagna: n. 1443 su n. 2288 cancro generali.

Baviera:

Città: n. 762 casi su n. 1505 cancro generali.

Campagna: n. 1604 casi su n. 2541 cancro generali.

Tabella B - Prevalenza del cancro nei lavoratori esclusivamente agricoli.

Tabella di Kramer:

a) Ambiente agricolo	70,6%
b) Impiegati	24,6%

Tabella di Haeper:

a) Mercanti, dottori	38,8%
b) Impiegati	40,0%
c) Osti, birrai	48,0%
d) Operai specializzati	56,8%
e) Operai non specializzati	63,0%
f) Braccianti agricoli	68,5%

Ciò è dovuto, secondo il Chiurco, sia all'attività intensa che comportano i lavori agricoli, sia all'irritazione di lunga durata sullo stomaco da parte dei cibi solidi e caldi, ed anche all'alimentazione incongrua in genere in uso presso detta categoria di lavoratori.

A tale concetto si riallaccia il secondo fattore con il quale ho cercato di dare una spiegazione alla maggiore incidenza del cancro gastrico nelle donne in Lucania e cioè il fattore alimentare.

Ho quindi indagato sulla quantità e qualità dei cibi ingeriti dai lavoratori agricoli, uomini e donne, e ne riporto alcuni dati.

Al mattino da 300 a 500 g. di pane, con peperoni cotti o fritti e cotenna o pancetta di maiale.

A mezzogiorno, più o meno identico pasto; qualche volta con la sostituzione di qualche uovo o di baccalà alla cotenna.

Alla sera, una minestra molto calda, abbondante ed asciutta, di pasta con legumi ed altri 300 o 500 g. di pane.

Detto tipo di alimentazione, che si sussegue invariato per mesi e per anni, in qualsiasi stagione, determina anzitutto un danno quantitativo, da attribuire alla quantità di pane ragguardevole (oltre un kg.) non sempre cotto bene e con molta mollica ed all'abbondante pasto serale, quasi sempre solido.

Ne risulta evidente una carenza di proteine animali e delle vitamine idrosolubili, essendo la dieta riferita basata esclusivamente su sostanze idrocarbonate e su proteine vegetali.

Bisogna d'altronde tener presente la carenza di vitamine B 12, di colina, di metionina e di metili labili, i quali influenzerebbero sia il citoplasma, che i geni ed i sistemi enzimatici cellulari. Sebbene la nutrizione da sola non possa spiegare i meccanismi dell'insorgenza tumorale, essa può costituire per lo meno uno dei tanti fattori favorevoli all'alterazione della mucosa interessata.

Risulta, difatti, da numerose statistiche, che nel Giappone il cancro del tubo digerente è più frequente per l'abitudine di ingerire riso molto caldo.

Dette stimolazioni fisiche, come è noto, con l'irritazione cronica che determinano sulla mucosa gastrica, sembrano poter essere considerate come agenti principali di lesioni precancerose, e quindi in diretto, per quanto ignoto, nesso causale con l'agente determinante la trasformazione maligna; potrebbero inoltre essere od apparire dei fattori realizzanti una malignità potenziale (Pentimalli).

Del resto già Virchow, con la teoria dello stimolo, affermava che il tumore maligno è una malattia locale, dovuta a stimoli esterni sui tessuti, e non la conseguenza di una discrasia, come dai più allora si sosteneva, pur ammettendo che disturbi generali della nutrizione e lo stato dei « succhi della economia » potessero avere importanza di causa predisponente.

Ma la predisposizione, affermava Virchow, da sola a nulla vale se non viene dall'esterno uno stimolo sulle cellule in senso formativo.

Gli agenti fisici, come anche quelli chimici e parassitari, portano certamente ad un'alterazione anatomica del tessuto colpito, nel senso di disturbi cellulari, riparazioni e proliferazioni accresciute, iperplasie in senso lato, reazioni mesenchimali secondarie e disturbi di circolo locale del sangue e della linfa.

Oggi queste alterazioni si riassumono in un cambiamento isto-meccanico od isto-biochimico degli elementi cellulari con disturbi nei rapporti reciproci di essi, donde la possibilità di processi proliferativi abnormi.

Per concludere, circa la maggiore incidenza del cancro gastrico nelle donne in Lucania, vorrei citare un altro fattore, non certo di minore importanza ai fini della spiegazione; esso riguarda la prolificità della donna lucana, la quale procrea in media da 8 a 12 figli.

Questi, salvo casi di agalattia secondaria a malattie endocrine od esaurienti, vengono allattati dalla genitrice fino a 15-20 mesi di età, e portati anche in campagna con culle di vimini o di legno, senza che la donna stessa abbandoni l'abituale ed estenuante lavoro.

Ne risulta evidente il maggiore strapazzo fisico rispetto a quello dell'uomo ed anche questo è un elemento che potrebbe influire nel determinismo di una maggiore incidenza delle neoplasie gastriche nel sesso femminile, rispetto a quello maschile, almeno per quanto riguarda la Lucania.

Riassunto

L'A., attraverso un'accurata ed estesa indagine statistica negli Ospedali e nelle Case di Cura Chirurgiche private della Lucania, mette in rilievo, in contrasto con quanto comunemente affermato dalla maggioranza degli AA. italiani e stranieri, che il cancro gastrico è più frequente nelle donne che negli uomini almeno per quanto riguarda la Lucania.

Ne ipotizza, richiamandosi ai vecchi concetti del Virchow ed a quelli molto più recenti del Chiurco e del Pentimalli, i fattori favorenti ambientali, di lavoro, alimentari e soprattutto quelli strettamente connessi con l'alta prolificità della donna lucana.

OSPEDALE PROVINCIALE S. CARLO - POTENZA

Divisione Medica

Primario: Dott. POTITO PETRONE

Sulla diffusione della malattia reumatica in provincia di Potenza

del

Dott. POTITO PETRONE

Primario Medico

Il problema della malattia reumatica (M. R.) e delle affezioni cardio-vascolari che ne conseguono ha sempre richiamato e continua a richiamare il particolare interesse di medici, di sociologi e delle autorità sanitarie dei vari paesi per l'enorme importanza che tali malattie rivestono nel determinismo di invalidità e di morte, e quindi per l'immenso danno economico e sociale che esse inevitabilmente producono.

La M. R., o malattia di Bouillaud, dovuta, secondo le più moderne e fondate concezioni, ad una flogosi di tipo allergico-iperergico scatenata da una reazione antigene-anticorpo, preparata prima e provocata poi dall'entrata in circolo di tossine streptococciche provenienti da focolai streptococcici tonsillari, spesso in seguito a riattivazione di flogosi focale, nel 90% dei casi colpisce i bambini della età scolare e gli adolescenti fra i 5 e i 15 anni; raramente si nota nei primi tre anni di vita e dopo il 25° anno; spessissimo si complica con affezioni cardiache irreversibili le quali minano lo sviluppo psicofisico, la normale efficienza organica e la vita stessa dei soggetti colpiti.

Ha un ritmo stagionale, invernale-primaverile, oppure, come da noi, autunnale-invernale, prediligendo i mesi più freddi e più umidi, dall'ottobre all'aprile, quasi certamente in rapporto all'aumento delle infezioni streptococciche dell'oro-faringe e delle prime vie respiratorie in detti periodi.

Secondo alcuni AA. essa sarebbe più frequente nelle zone industriali, con alto agglomerato urbano, che nelle zone rurali, e colpirebbe in più larga misura i ceti sociali meno progrediti e meno elevati economicamente; spesso sarebbero colpiti soggetti della stessa famiglia, sia per una marcata tendenza o predisposizione familiare costituzionale alla malattia reumatica (diatesi neuroartritica e cardio-vasculopatica secondo Bufano), sia per particolari fattori infettivi ed ambientali da sovraffollamento.

Nel nostro Paese, secondo i dati comunicati dalla Società Nazionale di Reumatologia, in una delle ultime recenti riunioni romane, vi sono due milioni di persone affette da cardio-vasculopatie, prevalentemente reumatiche, con un danno economico, per perdita di giornate lavorative e per spese di ricoveri ospedalieri, di oltre 60 miliardi all'anno.

Sempre in Italia, nel 1930, le affezioni cardio-vascolari, per gran parte conseguenti e complicanti l'infezione reumatica, erano al quarto posto tra le cause di morte; nel 1934 passarono al terzo posto, e dal 1945 esse sono salite al primo. Ogni anno poi muoiono in media 180mila individui, di cui il 20% prima dei 45 anni ed il 33% prima dei 65, in età cioè ancora perfettamente valida per il buon rendimento di qualsiasi attività lavorativa.

L'Europa settentrionale in genere è colpita dall'infezione quasi in un sesto della sua popolazione; in Inghilterra una sesta parte di tutti gli invalidi è affetta da reumatismo; in Germania le malattie reumatiche sono circa nove volte più numerose di tutte le affezioni dovute al bacillo di Koch; in Russia i reumatizzati sono quattro volte più numerosi degli affetti da malattie tubercolari; negli U.S.A. infine, le persone colpite da affezioni reumatiche raggiungono i 7 milioni e mezzo, con esito di invalidità totale in 150mila individui e di invalidità parziale per circa 3 milioni di soggetti.

Morbilità per malattia reumatica in provincia di Potenza

Considerata l'importanza sociale della M. R. presso tutti i popoli, ho voluto prendere in esame i ricoverati per detta malattia, sia nella sua fase acuta che in quella recidiva e con

le quasi immancabili complicanze cardiache e vascolari, nella Divisione Medica dell'Ospedale Provinciale « S. Carlo » da me diretta, per un periodo di 15 anni e propriamente dal 1° gennaio 1946 al 31 dicembre 1960.

Ne riporto i dati in una tabella riassuntiva raffigurante i ricoverati per ciascun anno nel loro totale ed in rapporto al totale generale dei ricoverati nella stessa Divisione, ed il numero dei casi di M. R. complicati da localizzazioni sull'apparato cardio-vascolare (v. tabella).

Dall'esame della tabella e dai dati desunti dalle cartelle cliniche relative ai ricoverati stessi emergono le seguenti constatazioni:

- 1) la ragguardevole diffusione della M. R. in provincia di Potenza;
- 2) la percentuale notevole di complicanze cardio-vascolari;
- 3) la prevalenza della M. R. nel sesso femminile;
- 4) l'incidenza stagionale nel periodo autunno-inverno;
- 5) la particolare morbosità per la M. R. delle classi lavoratrici, soprattutto di campagna, e tra esse quelle più esposte all'umidità, agli sforzi, ai traumatismi ed alle brusche variazioni di temperatura;
- 6) la provenienza della quasi generalità dei casi riguarda i Comuni montani o di alta collina; e sotto tale aspetto, anche ai fini dei fattori favorenti la diffusione della M. R. nella mia Provincia, devo riferire che pochissimi Comuni di essa sono situati su bassa collina e quasi nessuno sul mare.

Attraversata dall'Appennino e frastagliata dai suoi contrafforti in tutte le direzioni, la Lucania è una delle Regioni più montuose d'Italia; vi sono piogge frequenti ed abbondanti dalla seconda metà dell'autunno alla prima metà della primavera; nelle parti più montuose nevicata in abbondanza da dicembre a marzo; le nebbie sono frequenti da novembre a marzo; i venti sono anche essi frequenti, modificati nella direzione dalle condizioni topografiche locali e dalle stagioni.

Di conseguenza il clima, per l'altimetria e per l'ubicazione degli abitanti, per lo stato igrometrico dell'aria, per la rete idrografica esterna e per la più estesa zona acquifera sotterranea, è estremamente variabile.

7) Una flogosi tonsillare, o faringo-tonsillare, almeno nei tre quarti dei casi, ha preceduto o ha accompagnato l'esplosione reumatica, nelle sue varie localizzazioni.

Considerazioni etio-patogenetiche

La mia esperienza ospedaliera ultraventicinquennale ed i dati di fatto, incontestabili, capitati di frequente alla mia osservazione, mi fanno accettare in pieno quello che afferma decisamente il Bufano in ordine alla M. R., e che cioè « la causa prima della malattia risiede nei focolai streptococcici, che sono sempre indovati nelle tonsille e nelle altre formazioni dell'anello linfatico del Waldeyer; ed il processo morboso è di natura squisitamente flogistica per processi reattivi di natura certamente immunologica ».

Soltanto, in considerazione della notevole diffusione della M. R. nella mia provincia, e delle particolari condizioni ambientali, climatiche ed economiche piuttosto misere della Provincia stessa, dovrei dissentire dall'A., quando afferma « di non avere e di non vedere elementi per credere ad un contagio familiare, nè per ritenere importanti e determinanti le condizioni disagiate, l'insufficiente o l'incongrua alimentazione nonchè l'esposizione ai rigori del freddo e dell'umido ».

Se è vero che detti elementi non sono determinanti nel rapporto di causa ed effetto, non si può certo disconoscere che essi, in alcune particolari condizioni di vita e di ambiente, quali lo stato fisico-geografico di determinate zone, il disagio economico, l'ambiente malsano, la ipo- o malnutrizione, la deficienza di abbigliamento e di calzature, debbano essere considerati delle cause favorevoli al contagio familiare e l'insorgenza della malattia, nonchè le riacutizzazioni dei focolai streptococcici tonsillari e faringei.

« Se i fattori ereditari e professionali hanno tanta importanza nella evoluzione della vita umana, anche i fattori domestici, afferma il Travagli, intesi come il complesso della esistenza che si svolge al di fuori dell'ambiente di lavoro entro le pareti della propria casa, vi giuocano, a loro volta un ruolo di prim'ordine », soprattutto quando, aggiungo io, essi sono legati a condizioni di indigenza, per cui non si possono soddi-

Tabella dei casi di malattia reumatica ricoverati nella Divisione Medica dell'Ospedale Provinciale « S. Carlo » di Potenza dal 1° gennaio 1946 al 31 dicembre 1960

Anno	N. dei casi di M. R.	Totale ricoverati nella Divisione	N. dei casi di M. R. con cardiopatie
1946	74	612	50
1947	84	805	66
1948	87	852	66
1949	85	937	65
1950	96	844	72
1951	98	977	70
1952	86	949	65
1953	105	1453	81
1954	109	1386	88
1955	120	1677	93
1956	167	2116	98
1957	177	2378	105
1958	182	2315	141
1959	164	2337	172
1960	206	2340	138

sfare completamente i bisogni fisiologici dell'organismo (alimentazione, abitazione, vestimento, luce solare, lavoro igienico), nè quelli creati dalle esigenze della difesa della salute del corpo.

D'altra parte episodi familiari di reumatismo infettivo da streptococco beta-emolitico del gruppo A sono stati sicuramente accertati e descritti (Migliarese, Malesani); e così pure svariati rilievi sono stati fatti nei riguardi dei rapporti fra alimentazione e febbre reumatica, nel senso che questo processo morboso si manifesta con maggiore frequenza in bambini ipo- o malnutriti, specie con scarsa razione di protidi animali e con minimo consumo di uova, oltretutto ricche di vitamina A (Lucherini), tanto che l'uso di polvere di tuorlo d'uovo tentato

da qualche A. sembrerebbe che abbia stroncato o rallentato il ritmo delle recidive reumatiche (Long, Wilcox e coll., Jacobs e coll., Coburn e coll.).

Inoltre è stato rilevato anche in Italia da molti AA. tra cui Alessandrini, Di Raimondo, Dogliotti G. C., che nei colpiti da M. R. con complicanze cardiache, spesso si riscontrano carenze proteiche e lipidiche; cosicchè il fattore X dello schema di Coburn sulla patogenesi della M.R., fondata su « infezione da streptococco emolitico di gruppo A + sensibilizzazione + X » potrebbe proprio essere rappresentato o da un errore genetico, costituzionale, o da carenze ambientali, per lo più di carattere nutrizionale (Lucherini).

Considerazioni sulla profilassi

Se le tonsille e le formazioni linfatiche dell'anello di Waldeyer, (secondo Bufano « foci indovati in altri organi: denti, orecchi, colecisti, appendice, annessi, etc., non sono causa di tipiche infezioni reumatiche »), sono il ricettacolo dello streptococco beta-emolitico del gruppo A, che rappresenta la causa diretta o indiretta della M. R., il nostro corollario profilattico dovrà essere quello di impedire la prima fase della malattia reumatica, e cioè l'insediarsi dello streptococco beta-emolitico nelle tonsille stesse e nelle formazioni linfatiche accessorie, onde evitare in primo luogo la sensibilizzazione o la auto-immunizzazione dell'organismo e successivamente la manifestazione della crisi reumatica.

Ciò noi possiamo ottenere, in caso di flogosi tonsillare recidivante con spremitura positiva, soltanto ed unicamente con l'ablazione totale delle tonsille, seguita, se fosse necessario, anche dalla Roentgenterapia dell'anello linfatico del Waldeyer allorquando, nonostante la tonsillectomia, continuassero le manifestazioni anginose con o senza febbre.

La funzione delle tonsille, certamente non endocrina, è ancora ignota; e l'incertezza di molti medici sulle indicazioni terapeutiche in casi di flogosi cronica di esse deriva proprio dalla nostra scarsa conoscenza in materia.

Le tonsille sono costituite da due tessuti: un epitelio stratificato piatto in superficie, che si approfonda nello stroma per formare le cripte, e lo stroma linfatico, al disotto dell'epi-

telio, che si estende fino alla capsula dell'organo, contenente i follicoli linfatici. Le cripte aumentano l'estensione dell'epitelio e favoriscono così il contatto tra l'ambiente esterno (cavo orale, faringe, laringe) ed il tessuto linfatico.

Appare molto verosimile, secondo Schwarz, che « le tonsille, con le loro cripte e con le particolari relazioni tra follicoli linfatici ed epitelio reticolare, servono a far venire in contatto antigeni batterici e sistema linforeticolare con produzione di anticorpi destinati a rafforzare le difese immunitarie di tutto l'organismo ».

Tutto ciò accade in condizioni fisiologiche.

Ma se i processi flogistici sovvertono la normale struttura dell'organo, e lo stroma linfatico resta preda della infiammazione, non solo le tonsille perdono la proprietà anticorpale, ma diventano porta di entrata e ricettacolo permanente di germi più o meno patogeni.

Ne consegue che la migliore e più razionale profilassi della M. R. resta la tonsillectomia, che va eseguita il più precocemente possibile, prima della comparsa delle manifestazioni reumatiche.

Alla profilassi antibiotica o sulfamidica, o ad entrambe, si dovrebbe ricorrere soltanto in casi di particolari contro-indicazioni operatorie.

« L'intervento chirurgico, afferma il Bufano, è giustificato dalla frequentissima gravità della M. R. al confronto del minimo fastidio dell'intervento stesso, e dalla sicura costante assoluta innocuità di esso, al momento della esecuzione e nel futuro ».

Passando, infine, da una profilassi, direi individuale, ad una profilassi di massa, dovrei affermare che una lotta anti-reumatica, veramente efficace, dovrebbe essere imperniata su tre cardini fondamentali.

1) miglioramento delle condizioni ambientali delle categorie rurali, specialmente nell'Italia meridionale, ed in Lucania, al disopra di tutte le altre regioni che la compongono; sono esse le categorie più esposte, per ragioni di lavoro, alle intemperie ed ai rigori del freddo.

Il « piano verde » statale, di prossima attuazione, in favore dell'agricoltura nazionale, dovrebbe essere « bicolore »,

con l'aggiunta del « bianco » di una edilizia rurale moderna, con abitazione al primo piano, numero di vani proporzionale ai componenti del nucleo familiare, con impianti igienico-sanitari e con sistema razionale di riscaldamento obbligatori. Le esigenze della popolazione rurale non possono e non debbono essere diverse da quelle della popolazione cittadina;

2) elevazione del tenore di vita delle stesse categorie soprattutto per quanto riguarda l'alimentazione, l'abbigliamento e l'igiene del lavoro;

3) il controllo continuo, costante della salute dei bambini e degli adolescenti nelle scuole varie (dagli asili alle scuole primarie e secondarie) da parte di organi sanitari competenti.

Riassunto

L'A., prima di parlare sulla diffusione della malattia reumatica nella provincia di Potenza, riporta alcuni dati clinico-statistici della malattia stessa e delle sue complicanze cardiovascolari in Italia ed in più paesi europei ed extra-europei, mettendo anche in risalto l'enorme danno sociale conseguente.

Successivamente riporta i dati di morbilità della M. R. nella provincia di Potenza, desunti dal numero dei ricoverati nella Divisione Medica dell'Ospedale Provinciale S. Carlo dal 1° gennaio 1946 al 31 dicembre 1960; e, nelle considerazioni di ordine etiopatogenetico, riferisce sui presumibili fattori favoriti la insorgenza e la diffusione della M. R. nella provincia stessa, quali le particolari condizioni economiche, climatiche, ambientali e nutrizionali.

Termina con la indicazione dei mezzi di profilassi chirurgici, medicamentosi ed igienici.

OSPEDALE PROVINCIALE S. CARLO - POTENZA

Divisione di Oftalmologia

Primario: Prof. Dott. VINCENZO MARSICO

Su di un caso di malformazione congenita: microftalmo bilaterale

del

Dott. ANGELO VITO STOLFI

Aiuto Oculista

Il caso clinico, venuto di recente alla nostra osservazione, ci ha spinto a stendere la presente nota, che vuol essere un modesto contributo allo studio di questa malformazione congenita

Dopo la prima comunicazione riassuntiva di Manz sulle malformazioni dell'occhio umano comparsa nel 1896, estremamente numerosi sono le pubblicazioni e i contributi relativi a questo argomento sia nel campo della clinica che in quello della ricerca sperimentale.

Sia pur tralasciando la parte sperimentale della vastissima letteratura al riguardo, che presenta fondamentali ed interessanti ricerche di innumerevoli studiosi (Von Szilj, Von Hippel, Landauer, Little e Bugg, Gasteiger e Higago, Davis e Smith, Leplat e moltissimi altri) un'accurata e completa disamina esclusivamente della parte clinica andrebbe oltre i limiti necessariamente imposti alla presente nota.

Ci limiteremo pertanto a ricordare brevemente e sommariamente, prima dell'esposizione del caso clinico, le più importanti e sicure acquisizioni sul microftalmo congenito, soffermandoci dopo a considerare le varie interpretazioni circa la patogenesi e l'etiologia di tali forme morbose.

E' soprattutto a Seefelder che dobbiamo l'inizio dello studio approfondito ed accurato delle malformazioni congenite oculari in genere e in specie del microftalmo.

Sebbene la massima parte dei casi di microftalmo siano descritti soltanto sulla base di indagini cliniche, la maggioranza degli AA. ritiene che la denominazione di microftalmo vero debba essere riservata esclusivamente a quei casi nei quali sia dimostrabile la presenza di minime porzioni del globo oculare, cioè sussista un rudimento di globo.

Sartori ed altri propongono di chiamare indistintamente microftalmi tutti i casi nei quali, anche soltanto clinicamente, sia possibile mettere in evidenza tracce di bulbo o solo rudimenti molto irregolarmente costituiti di esso, e microftalmi anche quelli in cui è possibile riscontrare la presenza di bulbi più o meno normalmente costituiti nelle loro tuniche e addirittura capaci talvolta di percepire la luce.

* * *

Giovanna P., da Filiano, venne ricoverata nel reparto ostetrico dell'ospedale S. Carlo il 14-1-1960 con diagnosi di travaglio di parto al nono mese con presentazione di vertice.

La donna ha avuto tre gravidanze a termine con parti eutocici e feti vivi e vitali, ha avuto altresì un aborto incompleto.

Nulla di notevole nel gentilizio. In particolare non risulta la presenza negli ascendenti e nei collaterali di malformazioni congenite nè oculari nè di altri organi o regioni. Non malattie croniche o tare organiche nei genitori.

Il soggetto in esame è il prodotto dell'ultima gravidanza giunta regolarmente a termine e conclusasi con parto fisiologico seguito da puerperio normale.

Durante la gravidanza che si riferisce al caso in esame, la paziente ha presentato intensi fenomeni simpatici fino al quinto mese.

Esame obiettivo. Feto premorto, di sesso femminile, del peso di g. 2.900, normalmente conformato a parte la malformazione oculare.

All'esame oculistico si nota quanto segue: regioni orbitarie ristrette di notevole grado, normalmente simmetriche. Le palpebre sono ridotte a due listerelle fisse e nell'atteggiamento sono tenute aperte, assenza di motilità. Le ciglia sono rade. Le sopracciglia sono pure molto rade e ridotte ad un ciuffetto di peli limitato al bordo supero-interno della arcata orbitaria superiore. I globi oculari appaiono uniformemente piccoli, sporgono pochissimo dal piano orbitario. La cornea presenta superficie tersa e specchiante, è molto più piccola della norma (nel senso orizzontale il diametro misura mm. 4,1; il verticale mm. 3,8). La sclera è ridotta ad un tratto brevissimo. La camera anteriore è assente. L'iride appare come un velo di colorito grigiastro, a superficie vellutata priva di forame pupillare. Non si esplora il cristallino nè il fondo.

Come abbiamo visto si tratta di un caso di microftalmo bilaterale congenito, clinicamente accertato, insorto in un feto femminile premorto.

Il microftalmo, cioè l'abnorme piccolezza del globo oculare alla quale si associa un perturbamento grave della sua normale costituzione e stuttura, secondo Van Dujse, va distinto in base ai suoi caratteri clinici:

a) microftalmo puro o nanoftalmo caratterizzato solo da un rimpicciolimento del bulbo senza altre alterazioni oculari;

b) microftalmo con coloboma delle membrane interne dell'occhio;

c) microftalmo con alterazioni gravi, dove non è possibile svelare lo stato colobomatoso, anche se questo esiste.

Cavallacci (1937), trattando la patogenesi di tali quadri malformativi oculari, riconosce ai microftalmi tre diverse origini:

1) microftalmi espressione di alterata embriogenesi: in tal caso la malformazione oculare può associarsi ad anomalie di tutto il corpo, o degli apparati più vari;

2) microftalmi espressione di un'alterata organogenesi: si nota alterazione di sviluppo dell'abbozzo oculare;

3) microftalmi espressione di una lesione prosencefalica, rappresentata da una sindrome ipofiso-diencefalica.

Per Ciotola (1938) ed altri studiosi, il microftalmo va distinto in base alla patogenesi invece in:

a) microftalmo collegato ad un arresto generale di sviluppo; b) microftalmo collegato ad un arresto locale di sviluppo; c) microftalmo riferibile a processi patologici di tipo infiammatorio svoltisi durante la vita intra-uterina.

A proposito dei microftalmi riferibili ad un arresto di sviluppo, Petrequin distingue tre gradi in rapporto con le varie fasi dell'embriogenesi dell'occhio:

1) il primo grado corrisponderebbe al periodo della vita embrionale allorchè non è ancora apparsa l'iride;

2) il secondo grado sarebbe caratterizzato dalla presenza nell'occhio microftalmico di un coloboma irideo che indicherebbe un arresto di sviluppo avvenuto in una epoca più avanzata della vita embrionaria;

3) nel terzo grado tutte le parti dell'occhio risultano formate, ma in proporzione troppo piccole, onde il bulbo resterebbe stazionario in grandezza e non seguirebbe l'accrescimento delle varie parti del corpo.

Volendo, dopo tale esposizione, inquadrare il microftalmo presente nel nostro soggetto in base alle sue caratteristiche strutturali, lo ascriverebbero al primo gruppo di Van Dujse, al terzo gruppo di Cavallacci, al secondo gruppo di Ciotola e al secondo gruppo di Petrequin.

Rifacendoci a nozioni generali di embriologia, possiamo stabilire che sia l'abbozzo ipofiso-diencefalico, sia quello oculare, hanno una comune origine.

Infatti, nei primissimi stadi di sviluppo dell'embrione, dalla parte della vescicola encefalica anteriore o prosencefalo si estroflettano, già prima che questa sia suddivisa nel cervello anteriore e nel cervello intermedio, le due vescicole ottiche e ulteriormente dalla stessa origine il diencefalo, alla cui base rimangono congiunti i peduncoli delle vescicole ottiche, futuri tratti ottici dei globi oculari.

Stabilito pertanto che tanto il sistema ipofiso-diencefalico, quanto l'apparato ottico prendono origine da uno stesso segmento encefalico: prosencefalo, perchè non ammettere che la noxa abbia agito, anzichè nei due segmenti separatamente, nella loro comune matrice: il prosencefalo?

Tale ipotesi sarebbe avvalorata anche dal fatto che un qualunque fattore distrofico, nell'esplicare la sua azione verso l'embrione, segue generalmente tre modalità: la legge della scelta del foglietto embrionale, la legge della scelta di un sistema, la legge della scelta di un segmento embrionale.

Ora, nel nostro caso, il reperto non ci dimostra che sia stato colpito nè un particolare foglietto embrionale, nè un sistema, ma bensì un organo: l'apparato oculare.

E' pertanto logico dedurre che il fattore distrofico abbia colpito il segmento embrionale e separatamente il solo organo oculare, secondo quanto ci enuncia la terza legge sopraricordata.

Ciò è verosimilmente da attribuirsi ad una specifica elettività legata alla natura della distrofia o a speciali condizioni contingenti, accidentali, intervenute nei primissimi stadi dell'embriogenesi.

L'interessamento primitivo ed esclusivo di questo segmento embrionale ha determinato senza dubbio un particolare stato di labilità evolutiva, che necessariamente si è trasmessa e si è tradotta in una alterazione di sviluppo nei riguardi dell'apparato oculare: per il particolare stato distrofico intervenuto primitivamente sulla comune matrice, le vescicole ottiche ereditano necessariamente una particolare esauribilità della loro forza evolutiva, per la quale, ad un certo punto dell'organo-genesi, verrà a determinarsi un vero e proprio arresto di sviluppo di cui il microftalmo ne è la espressione più vistosa.

E' vero che nonostante l'attento interesse posto al problema non si è riusciti a precisare l'epoca in cui questa si è manifestata, purtuttavia avendo potuto precisare ch'essa ha agito nel primissimo periodo della gravidanza è verosimile pensare che la noxa abbia avuto un effetto nei primissimi stadi dell'embriogenesi probabilmente proprio nel periodo nel quale dal prosencefalo si estroflettono le vescicole ottiche.

Per quanto riguarda la questione della etiologia il problema si riallaccia a quello più vasto delle malformazioni oculari in generale e ci troviamo in un campo ancor dominato dalle ipotesi più di quanto non sia quello della patogenesi e pertanto ancora notevolmente controverso.

A questo proposito molteplici fattori sono stati invocati quali causa delle malformazioni oculari e a sostegno di alcuni di essi stanno numerose ed accurate ricerche sperimentali.

Per molto tempo le infezioni acute e croniche e le intossicazioni nei genitori hanno dominato il campo ed è innegabile che germi e tossine possono infrangere la barriera del villo placentare e provocare processi infiammatori embrionali, che, attaccando e sconvolgendo la struttura delle vescicole ottiche, determinerebbero, quali loro esiti, le malformazioni oculari (Page, Panas, Santori). Ma come fanno osservare gli oppositori di questa teoria, per quanto riguarda le infezioni e le intossicazioni acute, il passaggio attraverso la placenta dei loro rispettivi agenti non potrebbe non provocare la distruzione del sincizio del villo determinando un totale sconvolgimento strutturale della placenta con conseguenze ben più gravi o addirittura mortali sul prodotto di concepimento.

Più sostenibile appare invece questa teoria per le forme croniche, specie per la lue e la tubercolosi. In favore di essa stanno sicuri dati sperimentali, specie per l'infezione kochiana ed alcuni AA. (Gallemaerts, Sedan, Finkelstein, Marsico ed altri) giungono ad affermare che per il microftalmo presente nei bambini figli di genitori tubercolotici o con stigmati ereditarie non si può riconoscere alcun'altra etiologia.

Anche l'avitaminosi, secondo le esperienze di Hale, potrebbe essere in alcuni casi responsabile di microftalmo e di altre anomalie di sviluppo dell'occhio.

Ma la teoria che raccoglie il maggior numero di consensi è la teoria ereditaria, accettata, fra gli altri, anche da Seefelder e Von Hippel.

Nel caso riferito l'assenza di qualsiasi malformazione degli ascendenti sembrerebbe fare escludere l'ereditarietà; e anche la causa tossi-infettiva difficilmente può essere invocata mancando qualsiasi dato di affezione di quella natura nei genitori.

L'unico dato positivo di una certa importanza rilevato nell'anamnesi è la particolare intensità e la notevole durata dei fenomeni simpatici nella madre, tali da rappresentare una vera e propria gestosi.

Effettivamente le tossicosi gravidiche sono state da alcuni AA. imputate come direttamente responsabili di malformazioni congenite oculari (Schwartzmann e Maffia) e tale ipotesi etiopatogenetica si riconnette alla così detta teoria ormonica, secondo la quale le disarmonie ormoniche della madre, il cui

sistema neuroendocrino è preposto col suo equilibrio alla normale evoluzione embrionale e all'organogenesi del prodotto di concepimento, possono rappresentare la causa di malformazioni ed anomalie congenite in genere ed oculari in particolare.

I fautori di questa teoria portano a sostegno delle loro vedute i noti molteplici rapporti esistenti fra apparato oculare e costellazione ormonica in generale e particolarmente tra occhio e sistema diencefalo-ipofisario.

Se tali rapporti sono innegabili nel campo della fisiologia e della patologia oculare in uno stesso individuo durante la vita extrauterina, è verosimile supporre che essi sussistano anche tra la madre e il feto durante la vita intrauterina quando quest'ultimo può essere considerato come strettamente appartenente all'organismo materno.

Un meccanismo riconoscibile a questi principi è invocato per spiegare il proprio caso da Arnone, il quale ritiene che come le sostanze nutritive e l'ossigeno sono indispensabili allo sviluppo e all'accrescimento dell'embrione, altrettanto necessari sono gli increti materni che dell'embrione stesso devono guidare il primo metabolismo e l'evoluzione cellulare.

Una spiegazione analoga potrebbe essere invocata per i due casi di Cavallacci.

Per quanto riguarda il caso riportato non vi sono sufficienti elementi che possono ragionevolmente indirizzare verso un'ipotesi etiopatogenetica piuttosto che verso un'altra. Solo il dato della gestosi materna potrebbe far propendere, per esclusione, per la teoria ormonica, in quanto è ormai accertato dai più che tali forme di tossicosi gravidiche o, più generalmente, gestosi nei loro vari aspetti e manifestazioni, sono la espressione di un alterato equilibrio ormonico indotto nella gestante dalla presenza del prodotto di concepimento.

Riassunto

L'A. descrive un caso di malformazione oculare: microftalmo bilaterale.

Discutendo sulla etiopatogenesi della malformazione, egli affaccia l'ipotesi che detta malformazione sia legata ad eventuale gestosi gravidica.

OSPEDALE PROVINCIALE S. CARLO - POTENZA
Divisione di Ostetricia e Ginecologia
Primario: Prof. Dott. CARLO SUPERBI

Contributo alla conoscenza delle metrorragie post-partum

del

Prof. Dott. CARLO SUPERBI
Primario Ostetrico-Ginecologo

L'argomento delle emorragie post-partum può sembrare ormai dei più vietati, però malgrado ciò qualcuno ogni tanto se ne occupa ancora, giacchè su ogni tema, anche quello apparentemente più banale, ci può essere ancora qualche dettaglio che valga la pena di essere messo in luce.

E' noto che le emorragie che insorgono dopo il parto o per essere più precisi dopo il secondamento, possono essere causate:

1) da atonia della muscolatura uterina, particolarmente frequente dopo travagli caratterizzati da inerzia primitiva o secondaria a travagli lunghi, estenuanti, specie in seguito a gemellarità o idramnios da iperdistensione del miometrio;

2) da incompleto secondamento;

3) da lacerazioni dei genitali esterni, vagina, collo uterino;

4) fattori di più rara evenienza sono l'afibrinogenemia e la malacia del miometrio.

Le metrorragie oggetto di questa breve nota non dipendono da alcuna delle cause sopra elencate: ho creduto non inutile occuparmene in quanto mi ha sempre meravigliato non avere mai veduto farne menzione nei trattati di ostetricia, nè, per quanto mi risulta, sono state oggetto di trattazione in lavori della specialità.

Loro caratteristica essenziale è di iniziarsi poco dopo il secondamento, di presentarsi a stillicidio continuo più o meno abbondante secondo i casi, ad utero perfettamente contratto e di essere refrattarie ai medicamenti ossitocici quali il methergin, i preparati ipofisari, ecc. Ispezionando i genitali esterni, la vagina, il collo, si potrà escludere la provenienza da queste zone della fonte emorragica e se ne constaterà, invece, la provenienza dall'interno della cavità uterina. Sono metrorragie lente, ostinate che, se non si provvede, possono anemizzare le pazienti in modo grave e talora irreparabile.

Di fronte ad un utero ben contratto che sanguina dopo il secondamento, la prima ipotesi è quella dell'esistenza di residui placentari o di cotiledoni succenturiati che siano sfuggiti all'attenzione di chi ha assistito il parto.

Prima cosa da fare perciò, in simili circostanze, è una accurata revisione manuale della cavità. E proprio durante l'esecuzione di questa banalissima e indispensabile manovra che ho potuto notare la cavità del corpo sempre libera da residui placentari e per lo più anche da coaguli, mentre questi erano ammassati nel segmento inferiore con costante presenza di un grosso coagulo aderente alla parete di questo, per lo più l'anteriore, a fare da spia che proprio da quel punto aveva origine lo ostinato stillicidio, molto verosimilmente, per una soluzione di continuo superficiale, non avvertibile al tatto, ma sufficiente per determinare l'episodio emorragico.

Partendo dalla conoscenza della scarsa contrattilità del segmento inferiore, si potrebbe pensare che la metrorragia potesse derivare non da una lacerazione ma da una inserzione bassa della placenta. Nelle placente previe centrali, però, specialmente se trattate con taglio cesareo, dopo lo svuotamento dell'utero non si sono verificati mai emorragie a stillicidio continuo e pericoloso; altrettanto può dirsi per le inserzioni marginali nelle quali, essendo il segmento inferiore più assottigliato e quindi ancora meno capace di contrarsi, dopo il parto dovrebbe essere più facile avere uno stillicidio sanguigno che in realtà si verifica di rado.

Sempre in via di ipotesi, si potrebbe pensare che il tipo di metrorragie di cui sto trattando potesse derivare da rottura di varici del segmento inferiore. Se questa tesi non può essere del tutto scartata, non è neppure da ritenersi fra le probabili in

quanto, sempre per l'esperienza acquisita dai tagli cesarei, se è pur vero che varicosità sono di osservazione tutt'altro che rara nella zona del segmento inferiore, specie in casi di inserzione bassa della placenta, esse però interessano soprattutto lo strato più esterno. Se anche rottura di varice ci fosse stata, questa presupporrebbe una soluzione di continuo della parete che se capitata in corrispondenza di una zona a vasi ectasici avrebbe aggravato la situazione.

Avendo constatato la frequente concomitanza delle metrorragie da lacerazioni del segmento inferiore coi parti precipitosi e con feti spesso di peso superiore alla media, penso che tali metrorragie siano da imputarsi a vere e proprie lacerazioni o smagliature superficiali del segmento inferiore da improvvisa distensione della parete, con un meccanismo forse analogo a quello che determina la rottura, ma, più repentino sia nella distensione che nello svuotamento, un po' come per le emorragie ex vacuo. Si potrebbe dire che le lacerazioni del segmento inferiore che danno luogo a metrorragie stanno alle rotture di utero, come le infrazioni di un osso stanno alla frattura.

La frequente associazione dei parti precipitosi con feti più grossi del normale ho potuto notare specialmente nei 20 anni durante i quali ho diretto la Maternità dell'Ospedale di Tripoli. Trascorrendo il primo quadriennio, su 8265 parti di cui 6809 spontanei e 1546 operativi, registrati fra il 1934 e il 1949, ho avuto 44 casi di metrorragie da lacerazione del segmento inferiore dei quali soltanto 3 dopo parti espletati col forcipe e soltanto 2 in donne indigene. Circa la parità, 12 casi in primipare e 32 in pluripare con predominio (10 volte) delle terzipare. Quanto ai pesi fetali, questi sono stati 4 volte inferiori ai 3000 g., 15 fra 3000 e 3500 g., 12 fra 3500 e 4000 g., 7 volte fra 4000 e 4500 g., uno oltre i 5000 g., con una eccedenza cioè di feti grossi e macrosomi.

Durante i cinque anni di esercizio a Potenza posso dire che i casi di metrorragie di provenienza dal segmento inferiore sono stati forse un po' meno frequenti, però sempre colle stesse caratteristiche.

Circa la terapia di questa complicazione del post-partum si può dire che è delle più semplici. Dopo avere effettuato, come già detto, una accurata revisione della cavità uterina, che

è poi quella che ci farà fare le diagnosi, si pratica col tamponatore un accurato tamponamento utero-vaginale, zaffando la cavità del corpo con un tampone allo iodoformio di 5 metri, inzuppato in liquido di Dakin al quale si annoda altro tampone da 10 metri pure iodoformico e bagnato che zafferà la vagina. Si integra con coagulanti e una fasciatura addominale con cuneo al di sopra del fondo uterino per evitare l'eventuale riempimento della cavità e il risalire del fondo stesso. Il tampone endouterino viene lasciato in situ per 48 ore, quello vaginale per 24. Così facendo non ho mai avuto a lamentare casi mortali, nè ho mai dovuto mettere in discussione l'eventualità di un'isterectomia. Grazie al tamponamento antisettico usato, anche prima dell'avvento dei sulfamidici e degli antibiotici, mai ho avuto complicazioni settiche.

Da quanto esposto ne consegue che bisogna diffidare specialmente dei parti precipitosi, che possono essere seguiti da metrorragie da lacerazioni del segmento inferiore, sorvegliando accuratamente le prime ore di puerperio ed intervenendo tempestivamente come è stato detto ogni volta che si verificano metrorragie a stillo continuo e ostinato ad utero contratto, non riferibili a lacerazioni dei genitali esterni, vagina e collo.

Riassunto

L'Autore descrive una forma poco nota di metrorragia post-partum da lacerazione del segmento uterino inferiore indicandone le presumibili cause più frequenti e la terapia.

II CONVEGNO SCIENTIFICO REGIONALE

Matera, 2 luglio 1961

COMUNICAZIONI SCIENTIFICHE

Agresta dott. Pasquale

La rianimazione del neonato.

Bolettieri prof. dott. Daniele

Un caso molto raro di cheratite erpetica post-traumatica.

Bronzini dott. Domenico

La beanza del collo uterino nella patogenesi degli choc e dei parti prematuri.

De Luca dott. Gustavo

Considerazioni clinico-statistiche in tema di anestesia infantile

Grimaldi dott. Michele

Di un caso di carcinoma primitivo della tuba.

Guazzieri prof. dott. Gennaro

Introduzione al tema: « Chirurgia Generale e Anestesia nell'infanzia ».

Guerricchio dott. Giuseppe

La cardiopatia ischemica nel Materano: considerazioni clinico-statistiche.

Lascaro dott. Michele

Diffusione della microcitosi e del Morbo del Cooley in Provincia di Matera, secondo l'esperienza dell'Ospedale del Capoluogo.

Lo Nigro dott. Mario

Sull'uso dei corticoidi nella terapia delle sierositi tubercolari e purulenti.

Mantredi dott. Franco

La diffusione della rinite atrofica nella Provincia di Matera.

Mazzarone dott. Rocco

La morbilità infantile nella Provincia di Matera.

Perrone dott. Michele

Sulla sindrome post-commissurotomica.

Sarno prof. Domenico

Orizzonti di eugenia.

Serinelli dott. Antonio

Gravidanza extra-uterina a sede rara.

Stolfi dott. Angela Vita

Su di un caso di oftalmia simpatica dopo estrazione di cataratta.

Stolfi dott. Pasquale

Il trapianto del tibiale anteriore nel trattamento del piede torto congenito.

Trippitelli dott. Francesco

La chirurgia generale nell'infanzia.

Prolusione del Presidente della Società
Prof. Dott. Vincenzo Marsico

Un semplice sguardo al programma che noi presentiamo a questo secondo convegno della Società Lucana di Medicina e Chirurgia, ci consente di rilevare i notevoli passi che questa Associazione, pur nata da poco, ha già compiuti.

Basti il fatto che abbiamo dovuto pregare molti Colleghi di rimandare alla prossima seduta le loro comunicazioni, perchè la brevità del tempo a nostra disposizione, non ci avrebbe permesso di ascoltarli con quella attenzione che gli argomenti meritavano.

E che dire della qualità dei temi? Si tratta, come vedete, di argomenti di vivo interesse, di palpitante attualità, di notevole originalità.

Il Prof. Guizzieri, per esempio, ci parlerà dell'anestesia dell'infanzia, argomento veramente di grande attualità sia dal punto di vista scientifico che pratico. Il Prof. Sarno tratterà degli Orizzonti della Eugenia e certamente lo farà con quella maniera poetica che lo caratterizza. Il Prof. Bolettieri illustrerà un caso di cheratite erpetica di sicura natura traumatica, che può servirci di chiarificazione per casi analoghi che possono cupitarci nella pratica oculistica e che talora mettono a dura prova gli oftalmologi per le valutazioni medico-legali.

Non voglio dire con questo che gli altri argomenti presentati dagli altri Colleghi siano meno importanti: tutti sono in larga misura pregevoli e interessanti.

La Società Lucana di Medicina e Chirurgia, dunque, ha iniziato anch'essa i suoi simpatici pellegrinaggi culturali. Questa volta ci ha condotti nella cara Città di Matera, cara poichè qui si ritorna sempre volentieri, sia perchè si ritrovano in essa vecchi cari amici, sia perchè in questa città ci si sente un pò come in casa propria. Non è, perciò, senza emozione

che io prendo la parola per porgere il saluto della Società alla Città di Matera tutta, che così affettuosamente ci ha ospitati. Un saluto particolare vada al Prof. Guazzieri, Presidente dell'Ordine dei Medici di Matera e Vice Presidente della Società che ha organizzato questo convegno in maniera veramente impeccabile. Un saluto particolare anche vada al Dott. Guerricchio, Direttore dell'Ospedale Civile, il quale da anni sta spendendo tanta attività di Lucano e di Scenziato per portare l'Istituto all'altezza cui ha diritto, adeguandolo ai tempi e alle nuove esigenze medico-chirurgiche. Il Dott. Guerricchio ci ha serbato, al termine del programma, la visita al nuovo ospedale. Anche per questa Istituzione formuliamo i più vivi auguri di potenziamento.

Con profonda soddisfazione e sotto questi favorevoli auspici, sono ben lieto di dichiarare aperto il secondo convegno Scientifico della Società Medico-Chirurgica Lucana.

OSPEDALE CIVILE VITTORIO EMANUELE III - MATERA

Divisione di Ostetricia e Ginecologia

Primario: Dott. DOMENICO BRONZINI

Servizio di Anestesia

Dirigente: Dott. GUSTAVO DE LUCA

La rianimazione del neonato

del

Dott. PASQUALE AGRESTA

Assistente

La rianimazione è la ripresa funzionale mediante opportune tecniche, dell'apparato respiratorio e cardiocircolatorio più o meno depressi. La depressione può essere o solo a carico dell'apparato respiratorio o anche a carico dell'apparato circolatorio.

Prima di parlare delle tecniche di rianimaizone è opportuno dare uno sguardo alle cause della depressione fetale e neonatale ed ai vari gradi di essa.

Tali moventi patogenetici si possono così schematizzare:

- a) cause materne (eclampsia, anemia ecc.)
- b) cause ovulari (placenta previa, prolasso del cordone, ecc.)
- c) cause fetali (prematurità, ipermaturità, macrosomia, anomalie di presentazione, ecc.)
- d) cause farmacologiche (analgesici, anestetici, oitocici, ecc.)

Per stabilire il grado di depressione vi sono alcune scale tra cui quella di Apgar che tiene conto della frequenza cardiaca, della attività respiratoria, del tono muscolare, della risposta all'introduzione di una sonda nelle narici, del colore

della cute e delle mucose, e va da 0 a 10 (cioè dallo stato di depressione massima a quello delle condizioni ottimali).

Un'altra classificazione è quella di Lund che considera quattro stadi: 1) assenza di asfissia; 2) leggera asfissia; 3) discreta asfissia (apnea della durata da 1' a 5'); 4) grave asfissia (apnea della durata da 5' a 15').

Cenni di fisiopatologia del neonato. All'atto della nascita vi è uno stato di ipossia e di acidosi, che servono alla stimolazione dei centri respiratori e vengono in condizioni normali rapidamente normalizzate dalla respirazione spontanea.

Il primo respiro è un meccanismo riflesso a partenza dai recettori cutanei (specialmente del viso e della pianta dei piedi)

E' in questo momento che il neonato deve compiere uno sforzo per superare la resistenza offerta dalla forza di coesione degli alveoli e dei bronchioli terminali. Ed è a questo punto che il prematuro incontra le difficoltà per la scarsa energia contrattile dei muscoli respiratori incompletamente sviluppati. Contemporaneamente a questi fatti, con la legatura del cordone ombelicale cessa di funzionare la placenta (detta il polmone del feto) e compare la circolazione polmonare. La dilatazione dei capillari polmonari provoca distensione del polmone e quindi interviene nel meccanismo del primo respiro.

Da qui la pratica di favorire un maggior afflusso di sangue placentare tenendo il neonato al disotto del piano della vulva, prima della legatura del cordone. Questa pratica diviene una necessità nel prematuro, nel quale la placenta contiene una quantità di sangue maggiore di quella del feto a termine. Se invece si solleva il neonato al disopra di detto piano una quota di sangue passa nella placenta con la conseguenza che diminuisce la quantità di emoglobina nel feto, mentre la pressione nel piccolo circolo aumenta in misura ridotta con scarsa influenza sul meccanismo del respiro.

Altre volte, bisogna prestare le cure a neonati in cui dopo qualche giorno si istaura la « sindrome da insufficienza respiratoria progressiva » che si ritiene dovuta al permanere della membrana ialina polmonare e che si manifesta con una difficoltà respiratoria progressiva esitante nel decesso entro 12 ore.

Il principio della rianimazione consiste nel prestare l'opera a tutti i feti anche se presentano i segni della morte clinica (apnea, arresto cardiaco), potendosi avere la rianimazione se non è trascorso molto tempo. La prima manovra è l'aspirazione delle mucosità dell'oro-rino-faringe. Nel caso che si noti la presenza di muco in trachea, si deve intubare il neonato e con un sondino introdotto nel tubo endotracheale aspirare il materiale. Solo dopo la completa detersione, si può passare alla ossigenazione.

Noi preferiamo aspirare direttamente con un catetere di gomma Nélaton a punta Thiman introdotto in trachea sotto controllo laringoscopico, avendo cura di sceglierne uno di diametro alquanto inferiore al lume tracheale, onde evitare fatti di atelettasia. Quale laringoscopio usiamo il tipo MacIntosh a lama curva. Il catetere viene collegato ad un aspiratore elettrico finemente regolabile. Per la pulizia di routine del cavo oro-rino-faringeo dei neonati si usa un catetere Nélaton collegato ad un respiratore a pedale tipo Ambu.

Per l'intubazione endotracheale il tubo non deve essere più corto di sette centimetri, nè più lungo di 9 cm., essendo la distanza fra le gengive e le corde vocali in media di cm. 6, e quella fra le gengive e la carena tracheale di cm. 9.

Noi adoperiamo dei tubi in plastica con oliva di arresto a 2 cm. dall'estremità, di calibro variante da 12 a 16 Charrière, collegabile con un palloncino attraverso un raccordo con valvola espiratoria di altissima sensibilità.

Nei casi di depressione respiratoria persistente abbiamo usato analettici del tipo Picropen, Micoren, Lobulen, i quali con bassi dosaggi ed eventualmente frazionati non hanno mai dato fenomeni convulsivi, mentre è risultata sempre evidente la stimolazione sul respiro.

Naturalmente in concomitanza con la somministrazione di questi farmaci è stata sempre praticata la respirazione assistita con ossigeno mediante mascherina, e nei casi più gravi mediante intubazione orotracheale.

La valvola espiratoria viene mantenuta quasi completamente aperta, il flusso di O₂ viene regolato su circa 1 litro/min. usando il mascherino, su circa 400 cc/min. usando la intubazione endotracheale. Si cerca di esercitare sul pallone una pressione tra 20 - 40 mm. Hg.

Nei casi in cui coesiste anche depressione cardio-circolatoria si passa alla ossigenazione con intubazione orotracheale, al massaggio cardiaco attraverso la parete toracica, alla somministrazione di analettici. Si può anche aspirare il sangue dalla vena giugulare ed immettere lo stesso nell'arteria ombelicale allo scopo di decongestionare la metà destra del cuore.

Delle trasfusioni ai neonati ha fatto larga esperienza il Prof. Valle, della Clinica Ostetrica di Perugia, che ha descritto buoni risultati, asserendo che quasi tutti gli insuccessi si sono avuti con il cambio del personale specializzato.

Quando viene infine accertata la condizione di Rh negativo nella madre si procede alla esanguino-trasfusione del neonato. Noi abbiamo usato il metodo di Diamond, consistente nella introduzione ed estrazione del sangue per mezzo di un catetere di plastica introdotto nella vena ombelicale fino a raggiungere la cava inferiore. Questo metodo, di semplicissima attuazione, deve essere però usato non oltre 24 ore dalla nascita, prima cioè che la vena ombelicale si trombizzi.

Tutti i bambini rianimati vengono in seguito messi nella incubatrice ad aria condizionata ed arricchita di O₂.

Noi abbiamo usato tali metodi di rianimazione in circa 300 neonati con vari gradi di depressione ed abbiamo avuto buoni risultati nel 75% dei casi.

Ci ripromettiamo di usare in seguito altri accorgimenti tecnici, quali l'uso di respiratori automatici e l'impiego di trasfusioni, allo scopo di raggiungere risultati migliori.

A conclusione, vorrei sottolineare la necessità della presenza dell'Anestesista in sala da parto, per la sua particolare competenza nelle delicate manovre di rianimazione.

Riassunto

L'A. ricorda le cause della depressione fetale e neonatale, sia respiratoria che circolatoria, ed esamina le varie tecniche di utile impiego nella rianimazione neonatale (aspirazione oro-rinofaringea; intubazione endotracheale; respirazione assistita; massaggio cardiaco; terapia cardioanalettica. ecc.) e quelle riguardanti sia le pratiche trasfusionali che una idonea assistenza.

In circa 300 neonati, riferisce l'A., tali tecniche sono state impiegate ottenendo in circa il 75% dei casi di depressione neonatale ottimi risultati.

Sottolinea l'importanza dell'anestesista in sala parto, data la specifica competenza nelle delicate manovre di rianimazione.

OSPEDALE CIVILE VITTORIO EMANUELE III - MATERA

Divisione di Oftalmologia

Primario: Prof. Dott. DANIELE BOLETTIERI

Un raro caso di cheratite erpetica di origine traumatica

del

Prof. Dott. DANIELE BOLETTIERI

Primario Oculista

L'esistenza di una cheratite erpetica di origine traumatica, pur essendo oggigiorno ammessa e conosciuta dalla quasi generalità degli oculisti, è pur sempre oggetto di dubbi e di contestazioni quando si tratti di ammetterla nella realtà, data la estrema difficoltà che s'incontra nell'accertare con sicurezza il nesso causale tra un trauma denunciato e non controllato e l'insorgenza della malattia.

Poichè la questione ha una grande importanza dal punto di vista medico-legale e infortunistico, ho creduto opportuno riferire un caso capitato alla mia personale osservazione, ed in cui tale nesso causale si è presentato senza possibilità di dubbi.

Trattasi di un uomo di 48 anni, certo L. D., da Altamura, il quale si presentava in ambulatorio dichiarando che il giorno precedente, mentre lavorava per scrostare un tubo metallico, veniva colpito da un corpo estraneo che gli penetrava nell'occhio sinistro. All'esame obiettivo riscontrai, infatti, una piccola scheggia metallica, infissa negli strati superficiali del parenchima corneale, in posizione paracentrale inferiore, scheggia che venne facilmente asportata. Dopo medicazione locale con pomata al Vitamfenicolo, il paziente fu inviato a casa, con prognosi di guarigione di giorni due. Il giorno successivo, dopo visita di controllo, non essendosi riscontrato alcun fenomeno infiammatorio dell'occhio, egli fu dichiarato guarito.

Tre giorni dopo, però, il paziente ritornò accusando ancora sensazione di corpo estraneo e una lieve fotofobia allo stesso occhio sinistro. All'esame con la lampada a fessura, riscontrai una piccola ulcerazione grigiastra, superficiale, nella stessa sede ove era stato asportato il corpo estraneo.

Pensai subito ad una infezione della ferita per cause accidentali, medicali con antibiotici e atropina e lo invitai a ritornare il giorno dopo per controllo e medicazione.

La mattina seguente, la fotofobia e l'iniezione pericheratica erano leggermente aumentate. Guardando alla lampada a fessura, mi accorsi con stupore che, accanto all'ulcera osservata il giorno prima, ne erano comparse altre due, più piccole, superficiali, e collegate fra loro da un piccolo solco. Mi balenò allora l'idea che si trattasse di una cheratite erpetica, per cui iniziai un trattamento con lisozima e mantenni il paziente in osservazione. In brevissimo tempo, nello spazio di due o tre giorni, la manifestazione morbosa assunse il quadro tipico della cheratite denticata: un agglomerato di sei o sette piccole ulcerette, tutte superficiali, collegate fra loro da solchi, si da assumere l'aspetto di un ramo con germogli. La reazione iridea si mantenne sempre in limiti molto modesti e l'intero ciclo morboso si concluse in circa tre settimane, dando esito ad opacità corneali che ripetevano le classiche figure arborescenti.

* * *

Anche la semplice esposizione di questo caso non può lasciar dubbi sulla interdipendenza dei due fatti: estrazione di corpo estraneo corneale e, dopo quattro giorni, insorgenza di cheratite erpetica.

La possibilità che un erpete della cornea possa esplodere anche in seguito ad un'azione traumatica locale era stata intravista già prima che Grüter, nel 1920, ci svelasse la natura infettiva della malattia; le osservazioni sulla possibilità di trasmissione del virus nella cornea del coniglio e dell'uomo, in seguito a scarificazione dell'epitelio, valsero a rafforzare la convinzione dell'esistenza di un erpete corneale traumatico.

Circa la sua frequenza, però, non si hanno ancora idee molto precise: in questi due ultimi anni si è andata sempre

più affermando l'opinione che l'erpete corneale traumatico sia una evenienza rara. Così, per esempio, Faverey riferisce che, su 233 casi di erpete corneale, in 23 di essi era stato accusato un trauma pregresso, ma soltanto in 3 casi si poté accertare la esistenza di esso; e conclude, quindi, che l'erpete traumatico è molto raro e che in infortunistica di regola deve essere negato. Lo stesso Grüter afferma che, secondo la casistica della Clinica di Marburg, su 177 casi di « herpes corneae » era stato accusato un trauma in 28 casi, ma soltanto in due questo era stato riconosciuto con sicurezza.

Schmidt, su 414 casi, ritenne che l'origine traumatica della malattia potesse essere dimostrata nel 2% dei casi; Gundersen, su 250 pazienti, la ritenne soltanto probabile nel 2% dei casi. Marchesani e Paytas dichiarano, addirittura, di non aver mai potuto riscontrare nello spazio di molti anni un rapporto causale sicuro tra erpete corneale e trauma.

Ora a me sembra che negare la possibilità di un « herpes corneae » traumatico sia un voler forzare i fatti che la clinica e l'esperimento offrono alla nostra osservazione. Da un punto di vista dottrinale non vi sono difficoltà da opporre. Se infatti, il virus erpetico si trova allo stato latente sulle mucose e nel sacco congiuntivale di molti individui, come generalmente viene ammesso, è facile comprendere come un piccolo traumatismo della cornea possa aprire le porte alla penetrazione e all'attecchimento in situ del virus; e, d'altra parte, anche dal lato clinico possediamo osservazioni sicure di erpete traumatico sia in campo dermatologico sia in quello oftalmologico.

Becker, in un lavoro riportato in « Klinische Monatsblätter » del 21 gennaio 1939, riporta un caso molto simile a quello da me riferito: anche egli, infatti, vide svilupparsi una cheratite erpetica attorno ad un corpo estraneo della cornea. Vogt riproduce nel suo atlante una bella figura di cheratite microdendritica sviluppatasi nella piccola aerea di abrasione corneale residuata all'eliminazione di un corpo estraneo.

Come appare da questa schematica e necessariamente incompleta esposizione, i casi del genere non sono numerosi; però quelli sicuramente accertati (e tra questi è da includere anche il caso nostro) sono di tale evidenza da non lasciar dubbi sulla loro natura.

Riassunto

L'A. ricorda gli studi di Grüter (1920) sulla natura infettiva della cheratite erpetica, e quelli di Faverey, di Schmidt e di Gundersen.

Il caso presentato riguarda un Paziente che presentò in seguito alla estrazione di un minuscolo corpo estraneo (scheggia metallica) una piccola ulcerazione corneale che assunse successivamente l'aspetto di una cheratite microdendritica, guarita dopo tre settimane con esito in opacità corneali arborescenti.

Discute la etiopatogenesi della cheratite erpetica.

OSPEDALE CIVILE VITTORIO EMANUELE III - MATERA
Divisione di Ostetricia e Ginecologia
Primario: Dott. DOMENICO BRONZINI

Sulla beanza cervico-istmica dell'utero nella patogenesi degli aborti e dei parti prematuri

del

Dott. DOMENICO BRONZINI
Primario Ostetrico-Ginecologo

« Le beanze anatomiche o funzionali dell'istmo uterino o meglio beanze cervico-istmiche presentano, nel quadro delle affezioni chirurgiche del collo, l'interesse indiscutibile della novità ». Così Hervet e Huguier iniziano la loro relazione al Congresso della Federazione delle Società di ginecologia ed ostetricia di lingua Francese, tenuto a Nancy dal 29 al 31 Maggio 1961.

Avevamo letto, in precedenza, qualche nota al riguardo a cominciare dalla prima di Palmer e Lacomme, del 1948, sulle beanze di natura traumatica come fattore di interruzione di gravidanza. In seguito, si è parlato di beanze congenite e per ultima è apparsa sulla scena la descrizione della beanza funzionale.

Il primo Autore a descrivere un caso clinico tipico di beanza del collo come causa di aborto fra il 5° e il 6° mese fu Schwarz, nel 1886.

Non mancano però osservazioni più antiche: ve ne è una inedita di Olhausen del 1871, riferita dal Tarnier.

Il primo, però, a farne oggetto di un capitolo speciale in un trattato è il Lacomme (1960). Questo Autore così si esprime: « Io descriverò, sotto il nome di beanza anatomica o fun-

zionale dell'istmo uterino in gravidanza, una insufficienza anatomica o funzionale dello sfintere interno del collo che si risolve in una specie di incontinenza dell'utero ».

Egli fa notare che la sindrome, la quale non sembra abbia dato fino al momento attuale che delle manifestazioni di ordine ostetrico, con aborti o parti prematuri, potrebbe anche dare manifestazioni di ordine ginecologico.

Si descrivono due tipi di insufficienza anatomica, che sono anche di carattere permanente:

1. insufficienze traumatiche consecutive a lesioni di parto o a dilatazioni forzate per raschiamenti (specie se eseguite senza anestesia); in questi casi si possono produrre lacerazioni interstiziali difficili a riconoscersi;

2. insufficienze costituzionali anatomiche, dovute, secondo il Lacomme, ad ipoplasie dell'anello muscolare.

Barrat, nell'Enciclopedia Medico-Chirurgica, parla, in linea generale, di allargamento anormale dell'orificio interno del collo, suscettibile di provocare degli aborti a ripetizione, per ernia dell'uovo.

Non è il caso di soffermarsi sulla etiologia traumatica, che è sempre la più frequente ed anche la più evidente.

Ciò che, invece, è di estremo interesse è la osservazione di deficienze congenite, che possono essere sia anatomiche che funzionali, e di deficienze acquisite, senza che il collo presenti lacerazioni apprezzabili ma solo lacerazioni interstiziali.

Fra i fattori funzionali, bisogna tener presente un disturbo del meccanismo neuro-muscolare che può dipendere sia da fattori endocrini (ipo-estrogenismo con ipoplasia uterina; deficienze progesteroniche, che favoriscono il rilasciamento dello sfintere istmico) sia da fattori umorali, come dimostrano le esperienze di Liesse e Palmer.

Il fattore congenito è stato individuato dal Palmer in associazione a malformazione uterina.

Se la diagnosi delle beanze concomitanti a lacerazioni da parto è facilissima, non altrettanto può dirsi per le forme anatomiche congenite e per quelle funzionali.

Per quanto si riferisce alle lacerazioni interstiziali, il Lacomme consiglia di fare tre cose:

a) esplorazione del collo, fatta colla punta del dito indice girando intorno al collo e saggiandone la consistenza: si incontra, a un certo punto, qualche tratto affondato, come un vuoto, indice di lacerazioni profonde;

b) valutazione del calibro del canale cervicale e dell'orificio interno, attraverso il quale non passa, di regola, che la punta dell'isterometro o una sonda di Hegar n. 4 (sempre senza anestesia);

c) controllo con isterografia: il canal cervicale o si presenta stretto e filiforme o non lo si vede affatto. A tale scopo, è stata sperimentata la isterografia con palloncini da Hervet e Huguier. Rubovitz consiglia una manovra speciale: introdotto il palloncino, e riempitolo di liquido di contrasto, esercita una trazione in basso: se il palloncino scende e si impegna nel canale, vi è beanza.

Il Lacomme descrive anche delle sindromi incomplete o bastarde, in assenza di precedenti traumatici o di sintomi obiettivi, ma con nozioni di aborti precedenti o parti prematuri, a volte con tendenza del collo ad aprirsi nello stesso tempo in cui si manifestano contrazioni, e si pone il quesito se le contrazioni sono causa del cedimento del collo o, piuttosto, una reazione all'apertura inizialmente passiva del collo. Si tratta, come è facile constatare, di semplici ipotesi da controllare.

Pochi cenni ancora sul trattamento: non può essere che chirurgico: « bisogna ricostituire un anello di contenzione, » afferma il Lacomme, e ciò sia prima che durante la gravidanza.

Tecniche varie sono state escogitate, sia con la plicatura del collo sia con il cerchiaggio.

Tralasciando di parlare delle tracheloplastiche di nozione antica, mi fermerò sul cerchiaggio, da me eseguito due volte in corso di gravidanza.

Il primo tipo di cerchiaggio è quello ideato da Shirodkar. L'operazione dovrebbe venir praticata verso il terzo mese, ma è stata eseguita al 5° e al 6° mese di gravidanza.

La tecnica tipica consisterebbe in una incisione circolare della vagina, come nella amputazione sopravaginale del collo, e nel passaggio intorno al collo di una striscia aponevrotica prelevata dalla fascia lata, come per la incontinenza urinaria; poi, sutura.

In seguito si è usato anche un manicotto di cellofane (Page). Attualmente si dà la preferenza al nailon o ad altro materiale per sutura. Noi abbiamo usato il perlon.

Abbiamo abbandonato l'incisione della parete vaginale. Dapprima, si sono praticate soltanto due piccole incisioni, una anteriore ed una posteriore, facendo passare i fili con ago curvo nel connettivo e annodandoli sopra o sotto, in modo da poterli rimuovere al momento del parto.

Vi è stato, infine, chi ha passato i punti senza incidere affatto e, poi, annodandoli.

E' necessario controllare spesso la paziente e usare scrupolose norme igieniche e antisettiche. Al momento dell'insorgenza del travaglio si fanno saltare i punti.

Ecco in breve la descrizione dei nostri casi:

1. M. P., di anni 38, da Montescaglioso. Aveva avuto ben dieci gravidanze, di cui sette a termine, con due soli parti eutocici e cinque distocici per presentazioni podaliche e feti morti. Dopo l'ultima gravidanza, con grosso feto, aveva avuto tre gravidanze, interrotte al 6°, al 5° e al 4°. Aveva avuto l'ultima mestruazione l'8 settembre 1957 e si presentò in Ospedale, in base ad accordi presi dopo ripetute visite, il 21 aprile 1958. Constatata la beanza cervico-istmica, potendosi penetrare con due dita fino a toccare la borsa delle acque, eseguii il cerchiaggio con doppio filo di perlon.

La paziente ritornò, in travaglio da parto, il 16 luglio 1958 (nono mese in corso). Il cerchiaggio fu tolto; il parto, spontaneo, dette un feto vivo, vitale, del peso di gr. 2550.

2. Il secondo caso è recentissimo e ancora in corso di osservazione: P. R., di anni 30, da Stigliano. Nell'anamnesi, una gravidanza a termine, con parto spontaneo, e due gravidanze interrotte da aborti al 6° e al 2° mese. Visitata all'inizio della terza gravidanza, si constatò la beanza del canale cervicale, essendo il collo ampiamente rotto e ridotto a tre lobi. L'ultima mestruazione risaliva al 18 aprile 1961. La paziente si ricovera il 7 luglio 1961. Si esegue il cerchiaggio in perlon.

Riveduta pochi giorni orsono, la paziente sta bene. Non si sono notati sintomi attribuibili a processi infiammatori provocati dalla presenza del materiale di sutura.

Riteniamo, pertanto, di dover sempre controllare la beanza cervico-istmica nei casi di aborti a ripetizione, prima di decidere circa il trattamento da eseguire.

Riassunto

L'A. passa in rassegna l'etiologia delle beanze anatomo-funzionali dell'istmo uterino ed esamina le possibilità di trattamento chirurgico, sia con la plicatura del collo che con il cerchiaggio.

Presenta due casi di beanza cervico-istmica trattati con cerchiaggio con doppio filo di perlon, e seguiti da risultato favorevole.

OSPEDALE CIVILE VITTORIO EMANUELE III - MATERA
Servizio di Anestesia
Dirigente: Dott. GUSTAVO DE LUCA

L'anestesia in chirurgia pediatrica (Considerazioni clinico-statistiche)

del

Dott. GUSTAVO DE LUCA
Specialista in Anestesiologia

In questi ultimi anni un tema di attualità è l'anestesia dell'infanzia. Infatti fino a pochi anni orsono, i chirurghi affrontavano con riluttanza gli interventi di elezione nella prima infanzia, procrastinandoli nel tempo se appena potevano, ed affrontavano non tranquilli gli interventi di urgenza, anche perchè l'anestesia pediatrica era una qualche cosa di incerto e di empirico e la stessa mancanza di esperienza conduceva ad un mancato approfondimento e conoscenza dei vari problemi pre, intra e post-operatori legati a questo speciale malato chirurgico. Conseguenza di questa relativa novità sono le opinioni quanto mai divergenti sulle tecniche anestesiolgiche più idonee.

Per tale ragione ho voluto volgere uno sguardo sul lavoro effettuato in questo campo dal servizio di anestesia dell'Ospe-
dale Civile di Matera nel periodo dal Marzo 1955 (data dell'istituzione del servizio) al maggio 1961. In tale periodo sono stati sottoposti all'anestesia n. 921 pazienti di età variabile da 1 giorno a 12 anni; a questi debbono essere aggiunti oltre 2000 pazienti operati di adenotonsillectomia con una tecnica standard anestesiolgica consistente in somministrazione di $N_2O + O_2 +$ Trilene con maschera facciale a tenuta, e dei cui buoni risultati mi riservo di comunicare in altra sede.

Compiendo l'indagine, abbiamo preso in considerazione:

- 1) l'età, dalla nascita ai 12 anni compiuti, suddividendo i pazienti in 5 gruppi: a) da 0 a 1 anno; b) da 1 anno a 3 anni; c) da 3 anni a 6 anni; d) da 6 anni a 9 anni; e) dai 9 ai 12 anni;
- 2) la sede dell'intervento;
- 3) gli anestetici usati;
- 4) i muscolo-rilassanti;
- 5) l'intubazione.

1° Per quanto riguarda l'età, abbiamo le seguenti cifre: gruppo a) 50; gruppo b) 140; gruppo c) 119; gruppo d) 165; gruppo e) 456.

2° Suddividendo i 991 interventi circa la sede abbiamo:

Occhi n. 7

Cranio n. 19 (10 mastoidectomie radicali, 9 craniectomie)

Collo n. 21 (Tiroidectomie - fistole e cisti congenite branchiali)

Oro-rino-faringe n. 15

Torace n. 10 (1 pneumectomia - 2 toracotomie per ferite - 1 ascesso - 6 echinococchi).

Rene e Vescica n. 18

Genitali esterni n. 35

Rachide n. 10 (meningoceli)

Perineo n. 11

Tegumenti n. 43

Arti e Ossa n. 183 (non sono comprese le anestesie eseguite per riduzioni incruente).

Addome superiore n. 28

Addome inferiore n. 521.

3° Rianimazione pre e post-operatoria:

Pre-operatoriamente sono state eseguite le cure in rapporto alle condizioni generali del paziente, cercando soprattutto di correggere eventuali squilibri nutritivi ed elettrolitici.

Nel periodo post-operatorio si è utilizzata per l'idratazione la via naturale ogni qualvolta è stato possibile, ricorrendo alla via parenterale o venosa solo quando non era possibile altrimenti o per effettuare trasfusioni di plasma o sangue.

Particolari cure sono state riservate ai neonati ed ai lattanti: questi ultimi non sono stati mai privati della poppata per più di sei ore; i casi di ileo paralitico sono stati eccezionali e si sono risolti regolarmente e rapidamente senza una particolare terapia. I tre neonati sono stati tenuti in incubatrice con condizionamento ed umidificazione dell'aria ed alimentati artificialmente per mezzo di sondine gastriche di polietilene, non essendo la madre presente in Ospedale.

Durante l'intervento la rianimazione è stata attuata sempre per via venosa; in due casi è stato necessario preparare la safena al collo del piede.

Questo complesso di accorgimenti ci ha permesso di mantenere la mortalità nel limite dello 0,37%. I tre casi di morte riguardavano: un operato per atresia anale deceduto in terza giornata, uno per occlusione intestinale, ed uno per craniectomia.

4° Pre-anestesia. Anche nell'anestesia pediatrica la pre-anestesia ha una notevole importanza sia per il paziente, evitandogli incidenti anestetici e sedando l'eventuale trauma psichico, sia per l'anestesista, permettendogli una narcosi più agevole ed un certo risparmio di anestetici, in considerazione dell'elevato metabolismo di questi pazienti e della loro labilità neuro-vegetativa.

La nostra preferenza va alla sola atropina nei pazienti sino ai tre anni; alla morfina più atropina dai tre ai nove anni; al Dilaudid - scopolamina nei bambini dai nove ai dodici anni.

5° Anestesia. Ovviamente l'anestesia locale è stata praticata raramente, per interventi oftalmologici è stata associata al barbiturico e al curaro onde ridurne le dosi.

L'anestesia generale è stata eseguita usando per l'inalazione apparecchiature aventi i necessari requisiti di minime resistenze respiratorie, minimo spazio morto, possibilità di eliminazione del CO₂.

Per tali ragioni si è preferito usare un sistema semichiuso « va e vieni », con canestri di grandezza adeguata. Anche nei tre neonati l'uso di tale sistema ha risposto in maniera soddisfacente. Solo nei bambini più robusti e al di sopra degli otto anni si è in genere preferito usare il circuito rotatorio. Dai tre anni in poi, ogni qualvolta la vena era facilmente reperibile, si è preferito indurre la narcosi con tiobarbiturici non superando la dose di 35 cg., ed iniettando successivamente rilassanti sintetici o naturali. Abbiamo indotto con barbiturico 590 casi e pensiamo che dai più sia stato sopravvalutato il presunto trauma psichico provocato dalla puntura dell'ago. Nella stragrande maggioranza i bambini, anche per effetto della premedicazione, non se ne sono allarmati e forse vi è stato più spavento in quelli ai quali è stata apposta la maschera.

Riguardo poi all'uso dei curari naturali somministrati in 332 casi, c'è risultato che dopo i 5 anni il comportamento del medicamento è stato, a dosi opportunamente ridotte, pressoché identico a quello dell'adulto.

Il mantenimento dell'anestesia è stato effettuato con la somministrazione di $N_2O + O_2$ in rapporto 3/1 o 2/1 aggiungendo alla miscela all'occorrenza etere o fluotane e, in 39 casi, trilene.

Nei bambini da 0 a 3 anni e nei più grandicelli nei quali non era facilmente reperibile una vena, l'induzione è stata effettuata con N_2O_2 con aggiunta di etere o fluotane in circuito semichiuso « a va e vieni ». L'etere è stato aggiunto 200 volte, il fluotane 141.

Per il fluotane è stato usato un apposito vaporizzatore tipo Boyle, fornito dalla M.I.E., ed i risultati sono stati così incoraggianti da averne fatto una anestesia standard per i pazienti sino agli 8 anni di età. Con questo sistema, infatti, non abbiamo avuto vomito post-operatorio in nessun caso, nè complicanze polmonari, data la sua potente azione anti-secreatoria. I riflessi sono sempre ricomparsi con prontezza; estremamente rapida l'induzione, ottenuta in un tempo massimo di 2 minuti; al contrario di quanto osservato negli adulti, non abbiamo mai notato una apprezzabile bradicardia.

I riflessi congiuntivali e quelli corneali scompaiono precocemente e non possono essere utilizzati per regolarsi sull'andamento della narcosi. Noi ci siamo sempre regolati sul respiro

che con l'approfondimento della narcosi tende a diventare sempre più superficiale, necessitando talvolta della respirazione assistita.

Il rilassamento è stato soddisfacente anche nei casi non curarizzati e si è potuto chiudere agevolmente il peritoneo anche negli addomi alti. La succinilcolina è stata usata in 86 casi, esclusivamente per facilitare l'intubazione. L'intubazione orotracheale è stata praticata 96 volte ed 8 volte quella rinotracheale. Si è ricorsi ad essa quando lo imponevano la sede dell'intervento o quando si richiedeva da parte del chirurgo un grande rilasciamento. In un solo caso (bambino di 4 anni operato per echinococcosi del polmone) si è avuto, dopo alcune ore, un notevole edema della laringe, per il quale è stata eseguita una tracheotomia con rimozione della cannula in quinta giornata.

E' stato sempre usato un laringoscopio a lama curva grande tipo Mac Intosh: ed a questo proposito teniamo a precisare che, anche dalla nostra esperienza nella rianimazione dei neonati, abbiamo potuto osservare che questa lama risulta più idonea di quelle di minor grandezza.

CONCLUSIONI

Prendendo in considerazione le tecniche di anestesia impiegate possiamo concludere che nei bambini dai sei anni in poi i migliori risultati si sono ottenuti con l'impiego dei barbiturici e dei mio-rilassanti per via venosa, con successiva somministrazione di protossido di azoto + ossigeno in circuito semichiuso.

Nei bambini più piccoli e nei neonati si è preferito usare esclusivamente un'anestesia inalatoria: delle miscele usate quella che ci ha dato i migliori risultati è stata: protossido di azoto + ossigeno + fluotane, in circuito semichiuso.

Riassunto

L'anestesia pediatrica è tema di grande attualità. L'Autore passa in rassegna una larga statistica clinica di 921 pazienti di età fra 1 e 12 anni sottoposti ad anestesia nell'Ospe-

dale Civile di Matera, prendendo in considerazione, l'età dell'intervento, la sede, gli anestetici e i mio-rilassanti impiegati, la tecnica della intubazione e dell'anestesia.

Conclude affermando che i migliori risultati si sono avuti nei bambini dai 6 ai 12 anni con l'impiego dei barbiturici e dei mio-rilassanti per via venosa con successiva somministrazione di protossido di azoto in circuito semichiuso.

Nei bambini minori di 6 anni e nei neonati si è preferito usare una anestesia inalatoria con miscele varie, di cui la migliore è parsa quella con protossido di azoto-ossigeno-fluotane.

OSPEDALE PROVINCIALE S. CARLO - POTENZA

Divisione di Ostetricia e Ginecologia

Primario: Prof. Dott. CARLO SUPERBI

Di un caso di carcinoma primitivo della tuba

del

Dott. MICHELE GRIMALDI

Specialista in Ostetricia e Ginecologia

Il carcinoma primitivo della tuba è il più raro dei carcinomi genitali. La bibliografia aggiornata ne riporta circa 700 casi. La frequenza media è di un caso ogni 5000-6000 ammalate ginecologiche. Insorge prevalentemente tra i 50 e i 60 anni. Ma esistono casi di 18 anni e casi di 80 anni descritti rispettivamente da Joenson e Fullerton. Colpisce indifferentemente sia le sterili che le pluripare.

Si ammettono come cause predisponenti dell'insorgenza del carcinoma della tuba, i processi infiammatori cronici della salpinge.

Per quanto concerne l'anatomia patologica, si tratta di un tumore per lo più unilaterale, ma non è raro trovare ambedue le tube colpite dal processo neoplastico. Secondo Moracci, nel 30% dei casi, infatti, il carcinoma della tuba è bilaterale, e secondo Valle la percentuale si aggirerebbe intorno al 16%. Quando è unilaterale, la tuba più colpita sembra essere quella di sinistra. Si sviluppa generalmente nella porzione ampollare, ma ci sono anche casi di insorgenza dalla porzione istmica. Il tumore inizialmente si presenta come una formazione nodosa che deforma la tuba e nei casi avanzati può raggiungere le dimensioni di una grossa pera.

La tuba si presenta enormemente aumentata di volume e ricorda un voluminoso idrosalpinge, più o meno irregolare, con nessuna o poche aderenze peritubariche. All'apertura della salpinge di solito fuoriesce un liquame di colorito grigiastro torbido, più o meno striato di sangue. La massa neoplastica è rappresentata da una proliferazione papillare della mucosa, molliccia, friabile, encefaloide, che al taglio si presenta di colorito bianco grigiastro o grigio rossastro, con zone necrotiche ed emorragiche. Il tumore si diffonde per continuità, per contiguità, per disseminazione attraverso gli orifici tubarici ed attraverso la usura della parete tubarica e per metastasi linfatica ed ematica. Frequentemente le metastasi si stabiliscono per via linfatica tanto che la maggioranza degli Autori sostiene che questa sia l'unica via di diffusione. L'ovaio, l'utero, gli organi pelvici sono i più frequentemente colpiti da metastasi, ma ne sono stati descritti anche metastasi a distanza nel fegato, polmone, milza, rene e cute. Microscopicamente il tumore può assumere diversi aspetti: il papillare, l'adenomatoso e l'alveolare. Alcuni Autori riducono tali aspetti a due soli, il papillare e l'alveolare; altri, infine, sostengono che, in fondo, tali diversi aspetti non sono che quadri differenti attraverso cui passa il tumore durante la sua evoluzione: la forma papillare si avrebbe nella fase iniziale; in seguito, per coalescenza delle papille, si avrebbe l'adenomatosa nella fase intermedia, e l'alveolare nella fase ultima.

La sintomatologia è caratterizzata dai seguenti sintomi: perdite leucorroiche, perdite sanguigne, dolori, reperto obiettivo. Le perdite leucorroiche sono rappresentate da liquido sieroso giallino, che dà luogo a perdita vaginale profusa di tipo leucorroico: è il cosiddetto **Hydrops tubae profluens** di Ruge, che da molti Autori è considerato patognomonico del carcinoma primitivo della tuba.

Tali perdite sono continue e questa continuità differenzerebbe il carcinoma primitivo della tuba dalla idrosalpinge, dove appunto le perdite leucorroiche sono intermittenti. La sintomatologia dolorifica è rappresentata all'inizio da dolori di tipo colico dovuti alla distensione della parete tubarica, vera e propria colica tubarica, che scompare allorchè la salpinge ha espulso il suo contenuto liquido. Con il progredire del tumore il dolore cessa di avere il suo carattere colico e diventa continuo. Le

perdite sanguigne vanno dalle striature di sangue del liquido leucorroico a vere e proprie menorragie e metrorragie. L'esame obiettivo a volte è completamente muto, specie nelle forme iniziali e quando è avvenuto il deflusso del liquido, altre volte è quello di una affezione annessiale monolaterale. Comunque, la diagnosi clinica della malattia non è generalmente possibile. Su 700 casi pubblicati la diagnosi prima dell'intervento è stata fatta solo in due casi, diagnosi dovuta all'essere state trovate cellule di cancro nello striscio vaginale essendo l'utero indenne. La terapia è quella chirurgica mediante isterectomia totale ed annessectomia bilaterale.

All'intervento operatorio farà poi seguito un trattamento complementare di Roentgen-terapia metachirurgica, anche se, affermano Hajden e Potter, non è stato ancora possibile valutare la reale necessità ed efficacia. La prognosi è assai grave per il fatto che quasi sempre la diagnosi viene fatta tardivamente, quando il tumore ha già dato diffusione per via linfatica.

* * *

Caso clinico: Z. A. di anni 48, n. del Registro Generale 9349, anno 1957, da Marsiconuovo - Fraz. Paterno (Pz), coniugata.

Sterilità clinica: Ricoverata nel reparto Ostetrico-Ginecologico dell'Ospedale Provinciale S. Carlo di Potenza il 26-11-57.

Nata da parto eutocico: ha avuto allattamento materno; dentizione e primi passi in epoca normale. Non ha sofferto di alcuna malattia degna di nota.

Prima mestruazione a 14 anni; in seguito i flussi sono stati normali per ciclo quantità e durata, non dolorosi. Coniugata con un uomo apparentemente sano, ebbe 7 gravidanze. Di queste, la prima ben condotta a termine con parto spontaneo e feto vivo, la seconda a termine con parto operativo (forcipe) e feto morto. Puerperi fisiologici. Le quattro successive gravidanze si son interrotte abortivamente tra il 3° ed il 4° mese. L'ultima gravidanza, al settimo mese, ha avuto parto spontaneo e feto vivo, deceduto dopo qualche giorno.

La paziente riferisce che dai primi giorni del luglio 1957 ha avuto uno stillicidio ematico vaginale, a volte abbondante, a volte scarso, che è durato ininterrottamente due mesi, con dolenzia scarsa all'ipogastrio e alla fossa iliaca di destra.

Non perdite bianche. Non febbre.

Esame obiettivo: soggetto in discrete condizioni di nutrizione e sanguificazione. Nulla di patologico a carico degli apparati cardio-circolatorio e respiratorio. Addome ben trattabile. Visceri addominali nei limiti fisiologici.

Esame ginecologico: genitali esterni e vagina di pluripara. Portio dura con orificio esterno svasato. Corpo uterino notevolmente ingrossato, di consistenza dura, in asse, di forma irregolare per noduli di mioma. Avvertibili gli annessi di destra. Nulla a carico degli elementi annessiali di sinistra. Esame di urina normale per tutti i caratteri. Azotemia gr. 0,28%, glicemia gr. 0,80%. Pressione arteriosa 165/100. Con la diagnosi di fibro-mioma uterino si decide l'intervento.

Intervento (operatore il Prof. Dr. Carlo Superbi): il 26-11-1957, in narcosi generale eterea, si pratica una incisione ipogastrica mediana longitudinale. La difficoltà principale dell'intervento consiste nel distacco di aderenze tenaci del padiglione della tromba di sinistra col peritoneo pelvico. Il corpo uterino è aumentato di volume, iperemico, di forma irregolare per la presenza di un nodulo di mioma interstiziale nell'angolo tubarico di destra, grosso come una noce. La tuba di destra è molto ingrossata, iperemica, claviforme ed ha il padiglione chiuso. La tuba di sinistra è di volume normale ed è pure chiusa in corrispondenza dell'estremo addominale. Resecate e scollate le numerose aderenze che fissano il padiglione della tromba di sinistra si procede all'isterectomia sub-totale e all'annessectomia bilaterale.

Ricostruzione del peritoneo pelvico e chiusura in quadruplice strato delle pareti addominali. Il decorso post-operatorio è regolare ed apirettico. L'alvo si è canalizzato in seconda giornata. In settimana giornata si rimuovono le agraphes ed il 12-12-57 la paziente lascia l'Ospedale guarita dal lato chirurgico.

Reperto anatomo-patologico macroscopico: Il pezzo operatorio risulta costituito dall'utero e dagli annessi di ambo i lati. L'utero ha i caratteri sovradescritti e presenta appunto un no-

dulo di mioma interstiziale in corrispondenza dell'angolo tubarico di destra. Le pareti miometrali e la cavità sono normali. La tuba di destra ha forma claviforme, ha il tratto istmico di volume pressochè normale e va progressivamente aumentando verso il tratto ampollare. Sezionata la tuba in senso longitudinale, nella sua parte più espansa si mette in evidenza un processo neoplastico vegetante di colorito bianco-grigiastro e di consistenza friabile. Detta massa è contenuta nel lume della tuba le cui pareti sono molto assottigliate. L'ovaio di destra è piccolo, duro, staccato dalla massa salpingea. La tuba di sinistra è normale in tutto il suo decorso con orificio addominale chiuso. L'ovaio di tale lato è isolato, piccolo, duro.

Reperto isto-patologico della tuba di destra (Prof. Antonio Costa, direttore dell'Istituto di Anatomia Patologica di Firenze). L'esame dimostra numerosissimi e stipati otricoli ghiandolari spesso rivestiti da lamine epiteliali alte, che restano quasi addossate l'una all'altra, lambentesi con le loro sinuosità. Altrove lamine analoghe rivestono espansioni stromali riccamente vascolarizzate e delineano mantelli sinuosi. Le cellule le quali costituiscono le lamine epiteliali in rigoglio, sono elementi cilindrici alti, forniti di citoplasma basofilo, torbido; il nucleo di tali cellule è ovoidale allungato, formato da un reticolo cromatinico delicato ma stipato, spesso saltuario; le mitosi sono molto frequenti. Alcune delle lamine descritte sono composte da sei, sette filiere di cellule, altre sono meno alte. Una catena di fibrociti riveste ancora alcune lamine epiteliali rigogliose: ma altrove le lamine stesse formano cordoni assai ampi nei quali si osservano varie cavità otricolari piccole, scavate nella ricca proliferazione cellulare della quale il margine è privo di membrane basali ed i cercini descrivono trecce e configurazioni a otto.

I delicati interstizi stromali, specialmente quelli che formano l'asse di alcune sporgenze rivestite da lamine epiteliali in rigoglio, sono ricche di cellule istiodi piccole rotondeggianti o poliedriche, quasi prive di citoplasma debolmente basofilo, con nucleo pure rotondeggiante, a cromatina delicata ma stipato uniformemente. La serie delle sezioni ripete il quadro della rigogliosa formazione di lamine epiteliali a cellule cilindriche alte, spesso disposte a sei otto-serie.

Diagnosi isto-patologica: adeno-carcinoma tubarico.

Decorso ulteriore: La paziente invitata, dopo tale esame, a sottoporsi a terapia fisica, rifiuta. Da notizie avute recentemente risulta che la stessa è deceduta nel giugno 1960 per metastasi diffuse.

Il caso da noi descritto, oltre ad allargare il numero dei carcinomi primitivi della tuba, si presta ad alcune considerazioni riguardanti la questione della sintomatologia e della diagnosi di queste forme. Le pazienti, affette da carcinoma della tuba, sono generalmente donne giunte ai limiti della età feconda. Una metrorragia che insorge in questa epoca è sempre sospetta, anche se spesso trattasi di forme disfunzionali legate alla premenopausa. Nel nostro caso la metrorragia, ed in più la tumefazione dell'angolo tubarico di destra del corpo uterino, ci ha indirizzati ad una diagnosi di fibromioma e quindi all'intervento operatorio. In altri casi nulla di obiettivo è rilevabile. Nei casi in cui esiste una tumefazione tubarica, bisogna eliminare il dubbio di una forma infiammatoria: la anamnesi accurata, la febbre, la leucocitosi, la dolenzia spiccata dell'annessio sono tutti elementi che ci indirizzano appunto verso la forma infiammatoria. Se questi elementi clinici e di laboratorio mancano, in presenza di una tumefazione tubarica insorgente in età preclimaterica o addirittura climaterica, noi siamo obbligati ad intervenire chirurgicamente.

Nei casi di esame obiettivo negativo ed in presenza di una metrorragia, usiamo il raschiamento diagnostico uterino. Se il raschiamento diagnostico è negativo per una forma di CA del corpo uterino, possiamo praticare uno striscio vaginale con colorazione al Papanicolau. Se si rinvencono cellule neoplastiche possiamo con fondamento pensare di trovarci di fronte ad un carcinoma tubarico. In definitiva noi interveniamo o per diagnosi erronea o per sospetto di carcinoma tubarico. L'essenziale è che si pensi al carcinoma tubarico, alla sua reale anche se eccezionale esistenza. Nel nostro caso si sono trovati degli esiti infiammatori delle due salpingi. Evidentemente c'è stata una salpingite infiammatoria bilaterale di vecchia data, passata inosservata, tanto che la paziente non ci ha nulla riferito riguardo a questi fatti. Alcuni Autori, come ho già detto, pensano che le salpingiti possano predisporre al carcinoma; in ef-

fetti è frequentissimo trovare o nell'anamnestico ovvero nel reperto operatorio tali esiti cicatriziali della tube o della tuba affetta da carcinoma; ma in realtà quanti casi di annessiti bilaterali ci sono stati e quanti casi di carcinoma tubarico esistono in letteratura? infiniti i primi, rarissimi i secondi; non solo, ma se noi non conosciamo ancora la causa vera che porta al carcinoma come possiamo affermare che il fatto infiammatorio predisponga al carcinoma? E' per questi fatti, frequenza elevatissima dei fatti infiammatori annessiali, estrema rarità del carcinoma primitivo della tuba, che non appare in tal caso di un certo valore la causa predisponente infiammatoria, a differenza di quanto accade invece per i rapporti cervicite-carcinoma del collo uterino.

Circa la terapia noi abbiamo praticato un'isterectomia sub-totale con annessectomia bilaterale pensando di trovarci di fronte ad un nodulo di fibromioma del corpo uterino e ad un vecchio fatto infiammatorio annessiale. Avremmo dovuto essere più ampiamente demolitori; ed ecco qui il punto, non abbiamo pensato che poteva trattarsi di un carcinoma tubarico. Ripeto ancora una volta che al carcinoma tubarico bisogna sempre pensarci ogni qual volta ci troviamo di fronte ad una donna in età climaterica o preclimaterica, che presenti una tumefazione tubarica non infiammatoria (quando sia percepibile) e che abbia perdite ematiche dai genitali; e bisogna continuare a pensare al carcinoma tubarico anche ad addome aperto per non confonderlo, come spesso succede, con un idrosalpinge semplice.

Solo così potremo intervenire più presto ed orientare meglio il nostro intervento operatorio.

Riassunto

L'Autore passa in rassegna la letteratura nel carcinoma primitivo della tuba, la anatomia patologica, la sintomatologia, il trattamento terapeutico.

Presenta un caso di questa rara affezione neoplastica dei genitali, precisando i caratteri clinici ed anatomo-patologici, e si sofferma a discuterne la sintomatologia e la diagnosi differenziale.

OSPEDALE CIVILE VITTORIO EMANUELE III - MATERA

Divisione di Chirurgia

Primario: Prof. Dott. GENNARO GUAZZIERI

Introduzione al tema "Chirurgia generale e Anestesia nell'Infanzia",

del

Prof. Dott. GENNARO GUAZZIERI
Primario Chirurgo

Il mio intervento ha solo il valore di introduzione al tema che verrà ora trattato dai miei collaboratori, Dott. Franco Trippitelli, Aiuto della Divisione Chirurgica e Dott. Gustavo De Luca, Capo Servizio Anestesista.

Il materiale al quale si fa riferimento è stato rilevato dall'attività del mio reparto, ma i lavori, pur attenendosi ad un identico tema, sono stati elaborati del tutto separatamente dai due oratori.

Ciascun relatore, infatti, ha contenuto il suo lavoro espressamente nel proprio campo di attività, chirurgica per il primo, anestesiologicala per il secondo.

E' indiscutibile che la chirurgia infantile ha subito, dopo l'avvento di quella che io chiamerei addirittura « la rivoluzione dell'anestesia », una tale decisa trasformazione in senso positivo, che riferire di statistiche, percentuali, risultati, senza affiancarvi lo studio collaterale del trattamento pre, per e post-operatorio usato dall'anestesista, mi sarebbe sembrato, e sono sicuro che eguale impressione avrebbe suscitato in tutti voi, di fare un lavoro a metà.

A tale scopo, ma solo dal punto di vista chirurgico, desidero fare un rapporto numerico fra due periodi dell'attività chirurgica dell'Ospedale Civile di Matera: il primo dal 1951

al 1955, in cui non ancora erano in uso le moderne tecniche anestetiche, e l'altro, dal 1955 in poi, in cui il trattamento anestetico di questi piccoli infermi risponde, con quanto ad esso si affianca, a quei concetti che hanno contribuito agli ottimi risultati che il reparto chirurgico ha la soddisfazione di presentare.

Mentre nel primo periodo il numero dei casi è stato di 279 su 2.736 interventi complessivi, con una percentuale del 10%, nel secondo invece è salito a 1.241 su oltre 8.000 interventi, con una percentuale del 15%. Di più, nella prima statistica gli operati nel primo anno di vita sono appena 8, il più piccolo di un mese; nella seconda si arriva a 50, incominciando appena da giorni e in tre casi da 1/2, 1 e 6 ore. Ebbene su questi 1.241 atti operativi, la malattia è stata appena di tre casi e cioè meno del 3 per mille.

Voglio, però, subito aggiungere qui che ancor più doveroso è ricordare i meriti ed i successi di chi, operando in altra epoca e superando difficoltà ormai tanto sorpassate da sembrare irreali, ottenne dei risultati che ebbero allora quasi del miracoloso.

Il mio pensiero va in questo momento, riverente ed ammirato, a quei Maestri che ebbero il coraggio e l'ardire di aprire un torace per suturare un cuore sanguinante, asportare un polmone o uno stomaco in toto, o lanciarsi coraggiosamente alla ricerca ed alla cura fortunata di un ascesso cerebrale.

E, ritornando al nostro tema di chirurgia infantile, mi sia consentito di ricordare in proposito due casi di stenosi congenita del piloro, di cui uno operato nel 1930 dal compianto Prof. Rizzo, e l'altro da me nel 1936 e che sembrarono così importanti per il felice risultato ottenuto, da essere considerati degni entrambi di due successive pubblicazioni.

Anche se gli interventi praticati non hanno presentato difficoltà trascendentali, in quanto riguardano in linea generale la consueta chirurgia, la percentuale dei risultati favorevoli è, però, così soddisfacente che io torno a formulare a me stesso l'augurio di poter essere anche in futuro confortato da indici percentuali analoghi a quelli che fra poco vi saranno illustrati.

Chirurgia generale ed anestesia dell'infanzia, questo dunque è il tema che la Divisione chirurgica dell'Ospedale Civile di Matera ha creduto di scegliere per questo nostro Convegno e con sincero, affettuoso compiacimento lascio la parola ai miei due valorosi collaboratori, perchè vi dicano, da questo punto di vista, l'attività del reparto.

OSPEDALE CIVILE VITTORIO EMANUELE III - MATERA
Centro per la lotta contro il Reumatismo e le Cardiopatie
Dirigente: Dott. GIUSEPPE GUERRICCHIO

La cardiopatia ischemica nel materano (Considerazioni clinico-statistiche)

del

Dott. GIUSEPPE GUERRICCHIO
Specialista in Cardiologia

Le indagini epidemiologiche e statistiche sviluppatesi su scala mondiale nell'ultimo decennio hanno permesso di rispondere ad alcuni degli innumerevoli interrogativi che fanno dell'arteriosclerosi uno dei problemi più interessanti e più discussi della medicina moderna. Così molti risultati di ricerche sperimentali, morfologiche e cliniche hanno potuto essere convalidati su larghi campioni di popolazione, mentre nello stesso tempo sono andati affiorando nuovi elementi, spesso mal inquadrabili negli schemi finora accettati.

Senza volere nè poter entrare nel campo veramente immenso di studi clinico-statistici ed epidemiologici accumulatisi nel giro di pochi anni, questa nota intende fare riferimento soltanto alla questione dell'incidenza della malattia arteriosclerotica in comunità con diverso sviluppo sociale ed economico, collegata all'altra - tanto dibattuta, ma tutt'altro che definita - dei rapporti fra arteriosclerosi, nutrizione e attività lavorativa.

Il fatto di operare in una Provincia che è considerata tuttora fra le zone tipicamente sottosviluppate d'Italia, la man-

La presente comunicazione è stata argomento di uno studio più ampio pubblicato ne « La Riforma Medica », n. 24, del 1961, dove sono riportati grafici, tabelle e bibliografia.

canza di ricerche similari su piano locale, e la possibilità di disporre di una casistica molto omogenea e abbastanza rappresentativa, ci hanno indotto ad esaminare alcuni aspetti più salienti della malattia arteriosclerotica nel Materano.

Trattandosi di un'indagine preliminare, è sembrato opportuno sfruttare la casistica ambulatoriale e privata, perchè molto più varia di quella ospedaliera, per sua natura ancora troppo circoscritta a determinate classi sociali. D'altra parte un'inchiesta clinica che si svolge in una zona nuova a tal genere d'indagini senza altri elementi locali di riferimento, deve basarsi necessariamente su sicuri dati di fatto: nel nostro caso su soggetti in cui l'arteriosclerosi possa essere dimostrata da un accidente ischemico o trombotico (Jouve e Coll.).

Perciò, a preferenza di altre (Puddu e Masini), è stata adottata la classificazione più restrittiva di Wood, accettata recentemente dall'O.M.S.. Questo A. intende per « cardiopatia ischemica » (C.I.) « la malattia occlusiva delle arterie coronarie di grado sufficiente ad impedire che il circolo coronarico soddisfi le domande fisiologiche del cuore ... (omissis) caratterizzata clinicamente da angina pectoris e da infarto miocardico », ed all'esame strumentale dalle note alterazioni ecgrafiche. Inoltre, non sono state considerate l'insufficienza coronarica su prevalente base emodinamica e le coronariopatie di altra eziologia nota, mentre sono state incluse le forme di angor delle ipertensioni arteriose accompagnate da evidenti manifestazioni cliniche e strumentali di arteriosclerosi (Condorelli).

Va sottolineato, infine, che con criteri clinici molto simili, Lenègre e Himbert hanno rilevato recentemente al controllo autoptico significative lesioni arteriosclerotiche del circolo coronarico nell'80-90% dei loro casi.

La nostra indagine ha interessato 4.713 soggetti di ambo i sessi, di età superiore ai 31 anni, nati e residenti nel territorio provinciale. Inviati per la prima volta all'ambulatorio del Centro o osservati privatamente per sospetta cardiovasculopatia in un periodo di 5 anni consecutivi, tutti sono stati sottoposti ad esame clinico, elettrocardiografico (spesso con test da sforzo) e fluoroscopico, e sono stati divisi in 4 gruppi secondo l'attività lavorativa.

I° gruppo: lavoratori pesanti (braccianti, manovali, contadini, uomini di fatica, ecc.);

II° gruppo: lavoratori leggeri (meccanici, operai specializzati, alcuni artigiani);

III° gruppo: lavoratori sedentari (impiegati, dirigenti, professionisti, possidenti, alcuni artigiani, ecc.);

IV° gruppo: casalinghe.

In tal modo si sono ottenuti rapporti distributivi che riflettono quasi esattamente quelli della popolazione generale (ricavati dall'ultimo censimento), sottraendo la nostra casistica ad una delle critiche più gravi che vengono mosse alle indagini di questo genere e dandole il valore di un soddisfacente « campione » della popolazione della Provincia.

Dei soggetti esaminati, 2651 (56,37%) sono risultati affetti da malattia cardiovascolare, con un rapporto fra i due sessi di poco superiore all'unità.

La cardiopatia ischemica è stata riscontrata in 107 soggetti, cioè nel 2,27% dell'intera casistica e nel 4,03% dei cardiopatici. Sono stati osservati 64 casi di angina pectoris (A.P.) e 43 di infarto miocardico (I.M.). I maschi sono 96 e le femmine 11: nei primi la A.P. è presente in 58 casi e l'I.M. in 38; nelle seconde l'A.P. in 6 e l'I.M. in 5 casi. Il rapporto fra i due sessi sale perciò a 9:1 (7:1 per il solo infarto) ed è molto vicino a quello riportato da altre casistiche italiane.

E' interessante rilevare che fra le donne colpite da cardiopatia ischemica, soltanto una apparteneva al I° gruppo, mentre tutte le altre erano casalinghe in età post-climaterica.

Sui 1283 cardiopatici di sesso maschile la C.I. incide per il 7,43% (I.M. 3,02%; A.P. 4,41%). La sua distribuzione su tutti i maschi della casistica e sui cardiopatici rivela il più alto peso statistico dei lavoratori pesanti. Ciò è dovuto essenzialmente al maggior numero assoluto di infarti in questo gruppo: 23 casi, contro 13 nei lavoratori sedentari e 2 nei lavoratori leggeri. Invece, quasi trascurabile è la differenza nell'A.P., con 25 casi nel I° gruppo, 24 nel III° e 9 nel II°.

Va rilevata, d'altra parte, la scarsa incidenza generale del gruppo dei lavoratori leggeri, per mettere sotto la giusta luce tutti i risultati ottenuti e perchè l'attenzione possa concentrarsi

principalmente sui gruppi più numerosi, quando si passa all'esame della distribuzione della C.I. nei singoli gruppi di attività.

Infatti da questo punto di vista, i lavoratori sedentari occupano il primo posto, con una percentuale di C.I. del 9,07%, mentre i lavoratori pesanti raggiungono il 6,34%. E' di estrema importanza sottolineare, però, che lo scarto fra i due gruppi si riduce moltissimo, se si calcola la percentuale esclusivamente per l'infarto: - professionisti, impiegati, ecc., 3,19%; - contadini, braccianti, ecc., 3,04%.

Altrettanto significativa è la distribuzione della C.I. per età, per la sua disposizione secondo curve abbastanza differenti nei due gruppi di lavoratori più numerosi. Così, mentre nei lavoratori pesanti l'incidenza è molto bassa prima dei 50 anni e la punta massima viene raggiunta nel decennio 61-70, nei lavoratori sedentari la C.I. presenta un'incidenza discreta già nel quarto decennio, un massimo fra 51-60 anni e valori ancora elevati fino al settimo decennio. Nel II° gruppo si rileva, invece, una prevalente concentrazione dei casi fra i 41-60 anni. Infine in tutti i gruppi - com'era da aspettarsi - l'incidenza decresce bruscamente dopo i 71 anni.

In altri termini, si ricava complessivamente l'impressione che le più temute complicazioni della cardiopatia arteriosclerotica insorgano molto precocemente nei lavoratori intellettuali e compaiano soltanto in età presenile, manifestandosi in pieno nella senilità, nei soggetti dediti al lavoro fisico più faticoso.

Dall'osservazione clinica quotidiana avevamo da tempo ricavata l'impressione che nella nostra zona alcuni problemi patogenetici dell'arteriosclerosi presentassero aspetti diversi da quelli che specialmente la letteratura anglosassone ritiene caratteristici delle zone sottosviluppate.

La casistica qui raccolta consente ora qualche considerazione obiettiva, sia pure limitata alla C.I.

Anzitutto i nostri rilievi sull'incidenza di questa forma morbosa sembrano concordare abbastanza con quelli di indagini condotte altrove secondo criteri paragonabili ai nostri. Ma, se in tema di rapporti generali i nostri risultati non si discostano dalla comune acquisizione di una minor incidenza di corona-

riopatie nelle comunità a basso livello di vita, innegabili elementi di contrasto sorgono nella distribuzione della C.I. per gruppi di attività lavorativa.

Su 38 soggetti di sesso maschile con infarto, noi troviamo 11 coltivatori diretti, 7 braccianti agricoli, 3 manovali, 1 cantoniere, 1 facchino, 2 artigiani, 8 impiegati di vario grado, 5 possidenti e 1 professionista. Perciò, l'incidenza statistica dei lavoratori pesanti nella nostra casistica è così elevata da meritare una particolare menzione.

Già da parecchi anni, contro l'opinione generalmente accettata della più alta morbilità per C.I. nelle classi dirigenti, si era levata qualche voce discordante (Hochrein, Mattioli). Più recentemente l'argomento è stato ripreso da molti AA.. Master considera l'incidenza di C.I. pressochè uguale in tutte le classi sociali; Jona e Hloucal non trovano differenze di rilievo in comunità di operai e di impiegati; Lee e Coll. e Mortensen e Coll. non vedono rapporti molto stretti fra arteriosclerosi e attività lavorativa; Chudziewicz e Kennedy riportano alte percentuali di lavoratori manuali nelle loro casistiche.

Il nostro studio, quindi, sembra avvicinarsi sostanzialmente alle stesse conclusioni, convalidando invero l'antica intuizione clinica che nei nostri lavoratori specialmente l'infarto miocardico non rappresentasse un evento eccezionale, mentre il basso livello di vita di una civiltà contadina ancora in fase preindustriale dovrebbe teoricamente proteggerli da molti di quei fattori ambientali, fisici e psichici invocati oggi all'origine della patologia coronarica.

E' ben noto - d'altra parte - che le categorie più umili della nostra Provincia sono esposte fin dall'infanzia a « noxae » morbose svariatissime e sono assoggettate ad abitudini alimentari irrazionali e carenziate, come noi stessi abbiamo potuto documentare in uno studio ancora inedito. E proprio ad alcuni di questi elementi ricerche sperimentali e cliniche recenti assegnano un ruolo non trascurabile nella complessa patogenesi dell'arteriosclerosi (Sebrell e Coll.; Portman e Coll.; Yerushalmy e Hilleboe; Yudkin; Delanoë e Coll.). Da questi AA. sono stati rilevati rapporti fra carenze proteiche e tasso lipidico e colesterolemico, interferenze fra consumo di carboidrati e concentrazione di lipoproteine, rapporti fra carenze

proteiche e cardiopatie e, infine, tra infarto e diete squilibrate per deficienze proteiche e lipidiche.

Invece, per quanto riguarda l'A.P., anche nella nostra casistica il primo posto è tenuto dai lavoratori sedentari, sia pure per uno scarto minimo. Sembra, quasi, che i lavoratori pesanti siano più refrattari a quei fattori « funzionali » (stress, emozioni, preoccupazioni professionali, ecc.) che giocano tanto spesso un ruolo di primo piano nello scatenare la crisi di angore. E' indubbio che, da questo punto di vista il lavoro fisico potrebbe rappresentare un fattore di protezione, come hanno dimostrato alcune recenti indagini anatomopatologiche e cliniche (Taylor e Coll.; Cohen e Goldberg; Bertoni e Bistaffa; Lumia e Guarnieri; Morris e Crawford; Spain e Bradess). Per esempio, all'esame anatomico-istologico di cuori di soggetti apparentemente normali - a parità di lesioni arteriosclerotiche dei grossi vasi - il circolo collaterale si è mostrato più sviluppato e più efficiente nei lavoratori pesanti. Quindi, il lavoro fisico prolungato porterebbe ad una maggior tolleranza del danno arteriosclerotico coronarico, ritardandone le conseguenze più gravi. Forse questa è la causa delle più precoci manifestazioni cliniche di C.I. negli intellettuali e nei lavoratori sedentari in genere, nei confronti dei soggetti sottoposti per tutta la vita ad intenso lavoro fisico.

Riassunto

Attraverso lo studio clinico-statistico di 4.173 soggetti oltre i 31 anni d'età, inviati all'ambulatorio del Centro Cardioreumatologico dell'Ospedale Civile di Matera o esaminati nella pratica privata, e divisi in tre classi lavorative, vengono discussi alcuni aspetti poco conosciuti della cardiopatia ischemica in una tipica zona sottosviluppata del Mezzogiorno, con particolare riguardo alla notevole incidenza di infarto miocardico nei lavoratori pesanti.

OSPEDALE CIVILE VITTORIO EMANUELE III - MATERA

Divisione Medica

Primario: Dott. ANTONIO GUERRICCHIO

Diffusione della talassemia in provincia di Matera secondo l'esperienza del nostro ospedale

del

Dott. MICHELE LASCARO

Assistente volontario

Lo studio della talassemia non è un fatto recente, in quanto da tempo si cercava di dare una sistemazione patogenetica e clinica ad una forma di anemia emolitica a carattere familiare, ad evoluzione più o meno rapida, manifestantesi per lo più nell'infanzia e caratterizzata da splenomegalia, alterazioni ematologiche ed ossee, oltrechè da una predilezione per i popoli del bacino mediterraneo, particolarmente quelli della Grecia e dell'Italia insulare, meridionale e del delta padano.

Secondo alcune ipotesi la malattia sarebbe stata propria di una razza arcaica mediterranea, presente anche in Grecia, e la sua distribuzione geografica sarebbe legata alla tras migrazione di questi popoli; ma oggi non può escludersi l'ipotesi di una possibile mutazione genica spontanea in aborigeni di altre razze umane, come è provato dal riscontro di casi di morbo di Cooley nella razza negra e, recentemente, anche nella razza mongolica.

In Italia la malattia era già nota, sin dalla fine del secolo scorso, ai vecchi clinici napoletani. « L'anemia splenica infantile » di Cardarelli, per le sue caratteristiche cliniche è quella che più si avvicina alla attuale descrizione della talassemia maior.

Tuttavia, per lungo tempo, casi certi di talassemia sono stati compresi nelle emopatie e splenopatie più varie; bisognerà giungere agli studi del Rietti e successivamente di Micheli e di Greppi per la identificazione dell'ittero emolitico a resistenza globulare aumentata, studi contemporanei a quelli americani del Cooley, che finalmente identificò la malattia nel 1925 in figli di immigrati italiani.

La sintomatologia della malattia è variabile in dipendenza dalla maggiore o minore espressività del gene.

Dal quadro gravissimo e fatalmente progressivo del Cooley si giunge così alla manifestazione attenuata dell'ittero tipo Rietti ed alla espressione esclusivamente ematologica della semplice microcitemia e ciò per l'origine della malattia, che si trasmette come carattere dominante ad effetto letale allo stato omozigote, compatibile con la vita allo stato eterozigote.

Una classificazione della talassemia proposta da Silvestroni e ormai accettata quasi dalla maggioranza degli studiosi è la seguente:

TALASSEMIA MAIOR (o m. di Cooley), incompatibile con la vita, omozigote dal punto di vista genico.

TALASSEMIA MINOR (o m. di Rietti-Greppi-Micheli), eterozigote, compatibile con la vita.

TALASSEMIA MINIMA (o microcitemia di Silvestroni e Bianco o disordine ematologico mediterraneo di Chini), eterozigote, che si identifica con i cosiddetti portatori, in cui è presente la sola stigmata ematologica.

E' ben noto il quadro clinico del Cooley: facies inconfondibile, di tipo « orientale »; zigomi sporgenti, occhi a mandorla, naso concavo, largo alle ali, ossa craniche formanti una teca di notevole ampiezza. Il soggetto è pallido, dispnoico, itterico, con un evidente infantilismo somatico e sessuale; l'addome è aumentato di volume per una cospicua epatosplenomegalia. Le alterazioni ossee sono costituite da una osteoporosi diffusa, ispessimento della diploe delle ossa craniche con le trabecole che assumono un aspetto aghiforme, a strie perpendicolari, « cranio a spazzola ». L'anomalia ematologica è costituita da una grave anemia ipocromica con numerosi eritroblasti in circolo. Costanti l'anisopoichilocitosi con microcitosi, e-

mazie a bersaglio, leptocitosi e tendenza alla frammentazione. E' aumentata la resistenza globulare alle soluzioni saline ipotoniche, al contrario dell'ittero emolitico costituzionale.

Grave è la prognosi, perchè se è raramente possibile raggiungere anche l'età dell'adolescenza, il malato non arriva di solito al 2° decennio di vita.

Il quadro clinico della talassemia minor è invece meno eclatante. Sono presenti però le alterazioni ematologiche (anemia ipocromica, micro-aniso-poichilocitosi, resistenze globulari aumentate) ed il soggetto, pur arrivando spesso all'età adulta, è molto sensibile alle infezioni intercorrenti.

I microcitemici puri non hanno invece alcuna manifestazione clinica ed il loro stato è rilevato solo dagli esami ematologici.

La terapia del Cooley è sintomatica. Le trasfusioni o la splenectomia non fanno che ritardare il decorso fatale; e sono del tutto recenti, ma ugualmente deludenti, i tentativi di trapianto di midollo osseo.

L'intima essenza di questa forma morbosa è rimasta lungamente avvolta nel mistero, ma con le moderne tecniche cromatografiche ed elettroforetiche, ne è stata ormai finalmente accertata la patogenesi, così che la malattia è entrata oggi nel vasto gruppo delle emoglobinopatie: malattie caratterizzate dalla presenza di una emoglobina anomala che incide sul ricambio delle emazie alterandole nella loro struttura e morfologia ed accorciandone la vita da 120 a soli 10-20 giorni.

L'emoglobina del microcitemico ha lo stesso comportamento di quella del sangue fetale: aumentata resistenza alla denaturazione alcalina, minore velocità di migrazione in campo elettrico rispetto alla normale. Per questo è stata chiamata emoglobina F.

Questa è presente normalmente alla nascita, ma scompare al 5° - 7 mese di vita, sostituita dall'emoglobina A. Nel talassemico predomina invece la F. Ciò, secondo alcuni, sarebbe dovuto ad una mancata inibizione dei geni della A su quelli della F. Altri parlano di un blocco enzimatico nella formazione dell'emoglobina A e, come fenomeno di compenso, la presenza della F.

Altre numerose emoglobine patologiche sono state riscontrate in varie razze umane, particolarmente la negra, deter-

minando in queste quadri simili alla talassemia, soltanto però allo stato omozigote o allo stato di doppia eterozigosi.

Tra queste importante è l'emoglobina S della anemia drepanocitica dei negri, riscontrata da Silvestroni e Bianco anche in Italia, e la H, sempre presente, secondo alcuni autori, nel microcitemico.

La diffusione della malattia in vaste zone dell'Italia meridionale e insulare e nel Ferrarese, ne ha imposto il riconoscimento quale grave malattia sociale ed ha creato il problema della sua profilassi, problema che non può essere risolto se non adottando adeguate misure per impedirne la trasmissione ereditaria, e cioè sconsigliando con assidua opera di propaganda il matrimonio fra portatori di stimate ematologiche.

E' sorto perciò un centro nazionale a Roma per la lotta contro la talassemia con l'intento di studiarne le diverse manifestazioni morbose e di condurre indagini di massa nelle zone in cui l'incidenza della malattia è più alta, e successivamente altri centri a Ferrara, Cosenza, Palermo, Cagliari, Lecce. In questi centri si procede all'esame del sangue di intere popolazioni e, a malattia accertata, viene compilata una tessera sanitaria. Il possessore è informato del suo stato e delle responsabilità cui va incontro in seguito a matrimonio con soggetto microcitemico.

Per quanto riguarda la nostra esperienza nella provincia di Matera, numerosi sono stati i casi di talassemia ricoverati e studiati sin dal 1939 nella divisione medica del nostro Ospedale.

Riferendoci esclusivamente ai casi di morbo di Cooley, e tralasciando quindi quelli con sole manifestazioni ematologiche, essi provengono in maggioranza dai paesi ubicati prevalentemente sul litorale jonico da località ove fiorì la civiltà della Magna Grecia: 5 casi da Tursi, 3 da Rotondella, 2 da Bernalda, Grassano, Grottole, 1 da Montalbano, Pisticci, S. Giorgio Lucano, Miglionico.

L'età di questi malati va da 3 mesi a 14 anni.

La frequenza dei ricoveri è aumentata negli ultimi anni, e ciò evidentemente dipende dalla maggiore conoscenza della malattia, dalla più facile accessibilità ospedaliera e dalla spa-

rizzazione della malaria, che era stata per molto tempo facile rifugio diagnostico.

Abbiamo studiato di questi casi le alterazioni ematologiche dei famigliari e sarebbe stato desiderabile approfondire queste indagini estendendole, nei luoghi di origine, ai collaterali, in modo da costruire alberi genealogici attendibili.

Poichè risulta che la malattia è praticamente diffusa a tutta la zona jonica e forse in tutto il territorio della provincia, sarebbe oltremodo proficuo e interessante condurre indagini di massa a scopo clinico - statistico e profilattico.

Vogliamo chiudere questa breve comunicazione con l'augurio che anche questo problema di eugenetica e profilassi sociale sia affrontato e risolto anche nella nostra provincia, per completare quella opera di bonifica sanitaria che riteniamo fondamentale premessa per il riscatto da quella tanto deprecata depressione del Mezzogiorno d'Italia che crediamo di origine anzitutto umana.

Riassunto

Alla stregua di 18 casi di morbo di Cooley ricoverati nell'Ospedale di Matera, viene precisata la diffusione della talassemia in tutta la Provincia con particolare predilezione per i paesi ubicati sul litorale jonico. L'etiologia e la patogenesi di questa emopatia sono riassunte, alla luce dei più moderni studi, e vengono auspiccate ulteriori indagini fra le popolazioni più colpite, ai fini di una efficace profilassi sociale.

OSPEDALE CIVILE VITTORIO EMANUELE III - MATERA
Divisione Medica
Primario: Dott. ANTONIO GUERRICCHIO

Sull'uso dei corticoidi nella terapia delle sierositi tubercolari e purulenti

del

Dott. MARIO LO NIGRO
Aiuto Medico

1° Dal momento in cui si cominciarono ad usare gli ormoni surrenali nella terapia della Tbc, da parte dei vari ricercatori non si ebbero certo delle conclusioni identiche, ed infatti i risultati ottenuti, per lo più negativi, portarono nel 1952 l'American Trudeau Society a pronunciarsi per una tassativa controindicazione dell'uso del cortisone e dell'ACTH in ogni forma di tbc sia pregressa che in atto.

Da allora, però, il problema è stato sottoposto ad un più esteso ed approfondito esame tanto da giungere ad una sostanziale revisione di esso ed a far cadere le perplessità su una tassativa controindicazione di tale terapia nella tbc e specie nelle forme extrapolmonari della infezione.

In particolare la terapia ormonica trova la sua applicazione più elettiva nelle manifestazioni essudative delle sierose per le quali l'azione antiinfiammatoria dei corticoidi ha la sua precisa indicazione.

Numerosa è stata la sperimentazione clinica in questo campo e specie per quel che riguarda le pleuriti è stata confermata la utilità della corticoterapia. In una recente messa a punto, J. Brun e coll. hanno concluso che « nella tbc vale la regola generale che i cortisonici sono pericolosi se somministrati senza una contemporanea terapia antibiotica attiva ».

Nella infezione primaria, ganglio-polmonare, i pareri dei vari studiosi sono quanto mai discordi, per cui riesce difficile trarre un giudizio definitivo, dalla disamina delle varie pubblicazioni concernenti questo argomento.

Secondo la loro esperienza, la prima infezione guarirebbe facilmente con gli antibiotici ed il riposo, per cui la corticoterapia non sarebbe indispensabile.

Anche nella fase terziaria, ulcero-caseosa, il ricorso alla corticoterapia si è rilevato inutile, mentre buoni risultati possono essere ottenuti con le perfusioni endovenose di ACTH, le quali agiscono stimolando le surrenali.

Indicazione elettiva dei cortisonici in campo tubercolare è rappresentata dal trattamento delle forme miliari edematose e soffocanti, a condizione di utilizzare cortisonici ed ACTH in dosi moderate e per breve tempo.

Più unanimi sembrano essere i pareri per quel che riguarda le sierositi che, secondo la maggioranza degli sperimentatori, traggono evidente e rapido vantaggio dalla somministrazione dei corticoidi e per via generale e per via locale.

2° Quale è il meccanismo di azione dei corticoidi?

Si ritiene generalmente che essi interferiscano nei processi generali di difesa verso le infezioni, benchè le ricerche fatte sul comportamento degli anticorpi in circolo abbiano dato risultati contraddittori: alcuni avrebbero trovato un aumento degli anticorpi, altri una diminuzione, altri, infine, nessuna modificazione.

Lo studio delle reazioni allergiche di fronte ai cortisonici avrebbe, invece, dimostrato costante inibizione delle reazioni d'ipersensibilità. L'azione anti-allergica dell'ormone potrebbe essere spiegata o con un effetto antiistaminico o con una eventuale interferenza sui processi di formazione degli anticorpi e sulla reazione antigene-anticorpo o, infine, con una eventuale modificazione della reattività specifica e aspecifica dei tessuti connettivi, stabilendosi, per un complesso di modificazioni biochimiche a livello di essi, una specie di areattività del tessuto, da cui la mancata risposta istiale all'incontro antigene-anticorpo.

Per quanto si analizzino le azioni del cortisone sui principali metabolismi, sul tessuto connettivo, sull'apparato timo-lin-

fatico, sugli organi emopoietici, sul meccanismo e l'aspetto delle reazioni allergiche, non si arriva ad alcuna spiegazione dell'effetto antiinfiammatorio.

Il cortisone rinforzerebbe le resistenze dell'endotelio vascolare, diminuirebbe la vasodilatazione e la permeabilità dei piccoli vasi, determinando così una riduzione dell'essudazione plasmatica e della diapedesi (Eberth).

Verrebbe anche ridotta la permeabilità tissurale, grazie al suo potere antiialuronidasico (Scifter).

E' probabile poi, che il cortisone inibisca quei processi che nel gioco delle reazioni antigene-anticorpo favoriscono la liberazione dei mediatori (istamina, acetilcolina) (Tiffeneau e Du-noyer).

Tali processi sembrano legati all'attività del sistema fermentativo fibrinolitico per cui il cortisone si opporrebbe a questa attività favorendo la produzione di una antifibrinolisinina (Ungar).

Il cortisone, inoltre, interviene in certi processi metabolici che conducono alla biosintesi dell'istamina ed impedirebbe la trasformazione della istamina combinata, inattiva, in istamina libera (Halpern).

Il siero di un soggetto normale possiede un potere istamino-pessico probabilmente capace di proteggere l'organismo contro le punte di istaminemia; il cortisone ripristinerebbe questo potere qualora fosse alterato od assente (Parrot).

Le cellule lese, come avviene nelle flogosi, liberano numerosi fattori chimici ai quali possono essere imputate le singole manifestazioni che costituiscono il fenomeno infiammatorio.

Tali fattori comprendono tra gli altri la leucotaxina e il fattore che promuove la leucocitosi.

La prima determina l'aumentata permeabilità iniziale dei piccoli vasi e la migrazione dei polinucleati in una zona infiammata, la seconda determina una emissione di leucociti dal midollo.

L'idrocortisone in loco determinerebbe una diminuzione di ambedue i tipi di attività per cui si è indotti a ritenere che l'effetto antiflogistico dell'ormone sia legato a una menomazione dell'attività delle cellule lese, così che esse non riescono più a produrre in misura sufficiente alcuni, se non tutti, dei fattori specifici determinanti l'infiammazione (Menkin).

3° Noi abbiamo cominciato ad usare i corticoidi nella terapia delle sierositi specifiche da diversi anni e, con susseguenti variazioni specie nella tecnica di introduzione in loco dell'ormone, abbiamo raggiunto dei risultati veramente notevoli tanto da indurci a renderli noti, senza alcuna pretesa di saturare ancora più la letteratura con una casistica.

Mentre all'inizio solitamente usavamo iniettare l'ormone nella cavità pleurica dopo toracentesi evacuativa, attualmente ci limitiamo ad introdurlo senza estrazione di liquido, notando un effettivo rapido riassorbimento dell'essudato e senza le sequele fastidiosissime che spesso seguivano alle toracentesi evacuative con formazione di numerosi sepiamenti e conseguenti numerose cavità idroaeree, pneumotoraci resistenti, eterne febbricole, ecc.

Certo, abbiamo anche noi concluso, d'accordo con gli altri sperimentatori, che il destino del versamento varia a seconda dell'età della sua formazione e che quindi un versamento recente si riassorbe nel giro di pochissimi giorni, ma, attualmente, con il sempre maggiore ricorso dei malati alla specializzazione, è raro imbattersi in versamenti antichi che richiedano un trattamento ben più lungo e più impegnativo.

Dall'aprile dello scorso anno abbiamo così trattato 32 casi di pleurite essudativa sicuramente tubercolare che come decorso si sovrappongono e che quindi omettiamo di riportare anche succintamente, credendo più opportuno limitare la nostra documentazione ai reperti radiografici dei più dimostrativi e per la rapidità della risoluzione e per la completa scomparsa del processo morboso.

In ogni caso abbiamo usato l'Idrocortisone emisuccinato sodico che è sembrato il preparato più tollerato dalle sierose avendo notato, del resto insieme con altri sperimentatori, una diversa risposta del prednisone iniettabile, specialmente per un dolore pleurico a volte intenso avvertito dai pazienti cui questo farmaco fu iniettato.

Come dosaggio ci siamo limitati a due, tre iniezioni da 25/50 mg per volta, a distanza di due o tre giorni l'una dalle altre, non raggiungendo quasi mai la quinta introduzione.

Abbiamo inoltre abbinata terapia specifica con streptomina ed idrazide e per i primi giorni di trattamento abbiamo

somministrato prednisone per os alla dose media di 30 mg al giorno, insieme a vitamina C e vitamine del gruppo B.

E' evidente che la durata della degenza è stata oltremodo ridotta.

Uguali risultati, con rapido riassorbimento del versamento, abbiamo ottenuto nei diversi casi di peritonite essudativa occorsi alla nostra osservazione.

Per le stesse considerazioni che hanno preceduto questa comunicazione, da qualche anno abbiamo usato lo stesso trattamento locale con Idrocortisone nelle meningiti tbc, iniettando nelle prime rachicentesi, insieme con la streptomina, 25 mg dell'ormone.

Abbiamo senz'altro notato, rispetto ai casi trattati con esclusiva terapia antibiotica, una rapida e duratura remissione della sintomatologia locale ed una immediata ripresa delle condizioni generali dei pazienti.

L'intorbidamento del liquor che quasi sempre si verificava dopo i primi giorni dalla introduzione della streptomina nello speco si è di molto attenuato, evitandosi la possibilità di pericolosi blocchi di difficilissima risoluzione.

In qualche caso abbiamo avuto una purulenza del liquor dovuta probabilmente ad inquinamento con esaltazione della flora microbica, rapidamente dominata con l'introduzione di cloramfenicolo nello speco e con adeguata terapia antibiotica generale.

Recentemente Schirmeister ha ribadito quanto da noi già osservato affermando che si può ottenere l'eliminazione di un blocco mediante trattamento con corticoidi solo quando si interviene nella prima fase della malattia, ossia quando esso è attribuibile a processi essudativi.

Nessun effetto invece si avrebbe quando si siano già stabilite alterazioni proliferative delle meningi.

Per ciò è consigliabile iniziare il trattamento con corticosteroidi il più presto possibile in ogni caso di meningite tubercolare.

Arlotti e La Paglia, richiamandosi ad una classificazione delle meningiti tubercolari, basata specialmente sul decorso, sulla sintomatologia e sulla anatomia patologica dell'infermità, distinta in:

1. meningite tubercolare iperergica
2. meningite tubercolare circoscritta
3. meningite tubercolare diffusa,

concludono che il cortisone trova utilità d'impiego nelle forme iperergiche sfruttando la sua attività antireazionale, moderando la essudazione sierosa, attenuando la infiammazione, riducendo i sintomi ed abbreviando il decorso della malattia.

Nelle forme produttive, sia circoscritte che diffuse, il cortisone agisce mediante la componente antinfiammatoria, soprattutto impedendo la formazione di densi essudati ed evitando così l'instaurarsi di blocchi meningei tanto temibili.

Sulla base di ricerche sperimentali (Ragazzoni), è stato dimostrato che piccole dosi di cortisone inducono nella lesione tubercolare una proliferazione linfocitaria diffusa che consente, a differenza del nodulo, la permeazione da parte della streptomina.

E' chiaro, però, che il cortisone va sempre impiegato in associazione con farmaci antitubercolari, in quanto che la sua azione antireazionale potrebbe favorire la disseminazione dei germi, e non va usato per lunghi periodi di tempo, data la sua azione a lungo anergizzante.

E' superfluo quindi ribadire che la terapia specifica deve seguire i suoi schemi usuali, astraendo da tutte quelle considerazioni di apparente, rapido miglioramento, e qualche volta addirittura di guarigione, che i soli cortisonici potrebbero dare in breve tempo.

Noi di fatto continuiamo a trattare i meningitici per almeno 6 mesi, anche se, ripeto, già dal primo mese di degenza sono in grado di lasciare il letto e di svolgere una apparente, normale attività.

Un cenno a parte merita l'uso dei corticoidi negli empiemi.

Già con l'avvento dei chemioterapici e degli antibiotici il problema di una terapia medica conservativa o di una terapia esclusivamente chirurgica di tali infermità è stato risolto, potendosi affermare che la terapia antibiotica è alla base della cura degli empiemi.

I facili svuotamenti del cavo pleurico possono evitare ogni intervento sempre che la formazione del pus si modifichi e di-

venti rapidamente sterile. Solo quando la terapia medica non ha dato rapidi risultati, l'intervento chirurgico non va eccessivamente procrastinato.

Con l'introduzione del cortisone però, in aggiunta agli antibiotici ed al lavaggio della cavità, questa ultima eventualità è andata facendosi oltremodo rara.

Pur nella nostra limitata esperienza, ed usando le stesse dosi che per le pleuriti specifiche, abbiamo potuto osservare una rapida fluidificazione dell'essudato purulento, una mancanza di formazione di aderenze, una più rapida sterilizzazione del pus, una migliore ripresa delle condizioni generali dei malati.

E' evidente quindi che, mentre gli antibiotici esercitano il più rapido arresto della moltiplicazione dei germi, l'ormone elimina le barriere connettivali, che l'organismo eleva contro di essi, e nel contempo attenua quei fenomeni che costituiscono la maggiore parte della sintomatologia morbosa.

Riassunto

Dopo una breve sintesi sulle ultime acquisizioni in tema di terapia con corticoidi nelle sierositi tubercolari e negli empiemi, si espongono gli ottimi risultati ottenuti con tale terapia usata specialmente per via locale nelle pleuriti, peritoniti e meningiti specifiche, nonché in alcune forme suppurative, documentando tali risultati con esauriente dimostrazione radiografica.

OSPEDALE CIVILE VITTORIO EMANUELE III - MATERA

Reparto Otorinolaringoiatrico

Dirigente: Dott. FRANCO MANFREDI

La diffusione delle riniti atrofiche nella provincia di Matera

del

Dott. FRANCO MANFREDI

Specialista in Otorinolaringoiatria

In quasi tre lustri di attività professionale nella Provincia di Matera, ho potuto constatare come le riniti croniche atrofiche ed in particolare l'ozena, siano abbastanza diffuse in questa regione.

Vediamo innanzi tutto in che cosa consistano queste riniti atrofiche. Prenderemo in considerazione le riniti croniche atrofiche semplici e quelle ozenatose.

La rinite cronica atrofica semplice, dal punto di vista patogenetico, non è che l'ultimo stadio cicatriziale di una affezione infiammatoria della mucosa nasale. Dalla rinite catarrale cronica semplice, caratterizzata da ristagno di secrezione e tumefazione ora della mucosa di una fossa nasale ora dell'altra (la così detta « rinite á bascule » degli AA. francesi), si passa alla rinite cronica ipertrofica che presenta tre stadi evolutivi. Dapprima si ha congestione ed ipertrofia di tutti gli elementi costitutivi della mucosa, che conservano la loro struttura normale; indi, trasformazione dell'epitelio che da cilindrico ciliato diventa pavimentoso stratificato con ipertrofia e proliferazione del sistema connettivale (in questa fase la mucosa, pur ipertrofica, si presenta più pallida, non si retrae al

tocco dello specillo, è contornata da essudato purulento più o meno denso e scarso, talvolta fluido ed abbondante; infine, nella terza fase, l'infiltrazione e la degenerazione edematosa si accentuano, l'ipertrofia connettivale domina e sostituisce gran parte degli elementi mucosi.

In queste riniti ipertrofiche il sintomo dominante e permanente è l'ostruzione nasale con i conseguenti fenomeni riflessi di cefalea frontale più o meno intensa, risentimenti sinusali o sinusiti vere e proprie, faringiti, e facilità di insorgenza di otiti catarrali o purulente.

Come terapia, essa sarà dapprima medica (instillazioni nasali, suffumigi, aerosol e cure generali), indi chirurgica (cauterizzazione o decorticazione dei turbinati inferiori). L'ulteriore ed ultimo stadio di sviluppo dell'affezione infiammatoria cronica della mucosa nasale, è la rinite atrofica semplice. Alla ipertrofia subentra la retrazione cicatriziale. Le fosse nasali si presentano molto ampie per atrofia della mucosa, specie quella dei turbinati inferiori, e con secrezione rappresa in croste. Talvolta, per quanto di rado, l'infiammazione cronica delle vie nasali non segue la evoluzione di cui sopra (catarrale semplice, ipertrofica catarrale o purulenta, atrofica), ma può impiantarsi subito come rinite atrofica: ciò avviene in individui debilitati per malattie infettive o tossiche gravi o per distrofie costituzionali, oppure per disturbi neuro-endocrini o per avitaminosi grave.

Nell'ozena, che, come ho detto prima, è anch'essa una rinite cronica atrofica, l'atrofia della mucosa è più spiccata, le croste sono verdastre ed hanno un fetore caratteristico patogenomnico. Mentre la rinite atrofica semplice si riscontra generalmente negli adulti, e quasi sempre in seguito a catarro nasale cronico, l'ozena invece si sviluppa e si presenta nel suo periodo di acme nei giovani (si sviluppa in prevalenza nelle donne, circa il doppio che negli uomini); la razza gialla ne è particolarmente colpita, mentre la razza negra ne è immune.

Nel primo stadio notiamo nelle fosse nasali catarro mucopurulento densissimo, ipertrofia più o meno marcata dei turbinati specie inferiori, tanto che con facilità si può confondere con una rinite ipertrofica purulenta. Nell'ulteriore sviluppo subentra la formazione delle caratteristiche croste verdastre

fetidissime, le fosse nasali diventano ampissime per la sclerosi diffusa di tutti gli elementi anatomici costitutivi delle fosse nasali stesse.

La eziopatogenesi della affezione rimane ancora oscura.

Parecchie sono le teorie, che elencherò per sommi capi, ognuna delle quali, come dice Chatelier, è sorretta da fasci di prove di apparenza talmente convincente, che darebbero la certezza, se gli argomenti incaricati di difendere le teorie opposte non apparissero ugualmente perentori. E così abbiamo la **teoria morfologica** (l'ozena cioè si svilupperebbe per ampiezza eccessiva congenita delle fosse nasali); come mai però si riscontra l'ozena anche in individui con le fosse nasali normali. **Teoria endocrina**: (disfunzioni sessuali, distirodismi: infatti l'ozena sorge in pubertà con più facilità nella donna e scompare, non sempre però, con il climaterio). A questa teoria può essere collegata quella **trofo-neurotica**, (l'ozena cioè sarebbe dovuta ad alterazione dell'innervazione trofica della regione nasale), dati i ristretti rapporti che legano il sistema nervoso vegetativo e alle ghiandole a secrezione interna. **Teoria dell'ipo- vitaminosi** e disvitaminosi, con carenza vitaminica specie di vitamine A, D e PP. **Teoria infettiva**: l'ozena deriverebbe da germi aspecifici e specifici, dato che la malattia ha il carattere di un processo infiammatorio cronico, ipertrofico dapprima poi atrofico, che tende a diffondersi per continuità dal naso alle mucose vicine, mantenendo sempre gli stessi caratteri. Perez ha scoperto un coccobacillo fetido gram - negativo - che alle prove biologiche ha determinato formazione di croste fetide sulla mucosa nasale, agglutinazione positiva del 50% col siero ozenatoso.

Molta importanza ha nell'insorgenza dell'ozena una progressiva rinite difterica, per l'azione della tossina difterica, sulle terminazioni nervose (Trimarchi). Con facilità nelle croste ozenatose si riscontrano bacilli difterici o simildifterici.

Un dato importantissimo nell'eziopatogenesi dell'ozena è che essa si sviluppa quasi esclusivamente nelle classi socialmente povere, nelle quali il modo di vivere, la deficiente pulizia personale e dell'ambiente, la nutrizione deficiente sia qualitativamente che quantitativamente, determinano un indebolimento generale dell'organismo che lo pone in uno stato di facile

recettività alla malattia. E questo vale anche per la rinite cronica semplice non ozenatosa. Appunto nei soggetti di debole costituzione la rinite cronica con più facilità evolve per tutti gli stadi surriferiti.

Dalla molteplicità delle teorie eziopatogenetiche deriva che nell'ozena, accanto alla essenziale terapia locale, la quale dovrà avere come scopo la liberazione delle fosse nasali dalle croste che determinano il fetore, bisognerà favorire il rinforzo della vitalità della mucosa in via di sclerosi e la diminuzione della ampiezza delle fosse nasali, che predispone alla formazione di croste. Non può mancare una intensa terapia generale atta a combattere lo stato di indebolimento generale, di disendocrinia e di disvitaminosi del soggetto.

Non sto a specificare le varie modalità terapeutiche. Dirò solo che le ultime (come quella streptomycinica locale o parenterale, quella placentare sia locale che parenterale, clorimice-tinica per uso locale e quella della introduzione sottomucosa nelle fosse nasali di resine acriliche) hanno dato risultati soddisfacenti.

In Provincia di Matera ho potuto constatare una diffusione relativamente notevole sia di riniti ozenatose, che di riniti croniche nei vari stadi. Proprio qui ho avuto conferma che le riniti atrofiche insorgono nelle classi sociali a bassissimo tenore di vita. Un dato interessante e che non riesco a spiegarmi è che la percentuale maggiore degli infermi rinitici cronici, ozenatosi o no, si trova nella zona a cavaliere fra il Bradano e il Basento (Tricarico, Grottole, Grassano, Miglionico). Non credo che questa zona sia in modo particolare depressa in confronto di altre zone della stessa provincia. Che intervenga qualche fattore locale, particolare (acqua potabile, alimentazione?) sarebbe certo interessante poter indagare.

Da quanto esposto balza evidente che le riniti atrofiche, ed in particolare l'ozena, devono considerarsi come malattie sociali. L'ozenatoso è sgradito alla gente (da ciò eventuali ripercussioni sulla sfera psichica), può venire escluso dai laboratori e officine, ed è esentato dal servizio militare.

Occorre, pertanto, intervenire efficacemente, affinché le popolazioni di queste zone depresse abbiano migliori condizioni di vita, particolarmente di alimentazione e di abitazione.

Riassunto

L'Autore dopo aver trattato dell'etiopatogenesi della rinite atrofica semplice (ultimo stadio del catarro nasale cronico) e di quella ozenatosa, parla della loro diffusione nella Provincia di Matera. Ha constatato, come in questa Regione, socialmente povera, tali affezioni siano particolarmente sviluppate, cosicchè esse debbano considerarsi come malattie sociali.

Rilievi sulla mortalità infantile in provincia di Matera

del

Dott. ROCCO MAZZARONE
Direttore

La mortalità infantile, tra gli indici sanitari, riveste, come è noto, notevole importanza essendo essa influenzata, in diversa misura, sia dalle condizioni economiche, sociali e culturali che dal grado di efficienza dei servizi di medicina preventiva e curativa del territorio cui si riferisce.

Abbiamo preso perciò in esame la mortalità infantile in provincia di Matera e la sua distribuzione territoriale dal 1950 al 1959, periodo che è pure contrassegnato dalla eradicazione della malaria, dall'incremento delle attività assistenziali e sanitarie e da un certo miglioramento del tenore di vita.

Sui dati dell'Ufficio Sanitario Provinciale abbiamo calcolato la nati-mortalità, la mortalità neonatale, perinatale e infantile, indicando per nati-mortalità il rapporto tra i nati morti e i nati in complesso, per mortalità perinatale il rapporto tra i morti nella prima settimana di vita più i nati morti e i nati in complesso, per mortalità neonatale il rapporto tra i morti nel primo mese di vita e i nati vivi, per mortalità infantile propriamente detta il rapporto tra i morti nel primo anno di vita e i nati vivi.

Abbiamo ritenuto opportuno prendere in esame tali indici per la diversa influenza su di essi esercitata dai fattori ambientali.

Per calcolare poi la distribuzione territoriale del fenomeno abbiamo tenuto conto della residenza e non del luogo occasionale della nascita o della morte, per cui i dati che ne risultano differiscono lievemente da quelli ufficiali.

La definizione di nato morto in Italia non ha subito modificazioni in quest'ultimo periodo. Si può quindi ritenere che il criterio di valutazione della nati-mortalità è stato uniforme sia nel tempo che nel territorio considerati. Sono d'altra parte note le incompletezze e le imprecisioni della registrazione dei nati morti. I bambini nati morti, infatti, possono non essere stati denunciati affatto o possono essere stati denunciati come nati vivi e morti nel primo giorno di vita e, per contro, bambini morti nel primo giorno di vita possono essere stati compresi tra i nati morti.

Tenute presenti queste limitazioni, dall'esame dell'andamento della nati-mortalità in provincia di Matera si rileva che essa si è mantenuta più alta della media nazionale - rispettivamente 50,7 e 30,4 nel primo e 43,5 e 26,7 nel secondo quinquennio considerato - e all'interno del territorio provinciale più elevata nella zona occidentale; presenta tuttavia nel secondo quinquennio una tendenza uniforme alla diminuzione (tabella 1), cui può aver contribuito l'ospedalizzazione che è andata progressivamente aumentando nell'ultimo decennio.

La mortalità perinatale e neonatale presentano le stesse caratteristiche. (tabella 1).

La mortalità infantile propriamente detta pur presentando una netta tendenza alla diminuzione, si è mantenuta anch'essa più elevata della media nazionale - rispettivamente 95,7 e 61,2 nel primo e 72,2 e 48,5 nel secondo quinquennio considerato - e all'interno del territorio provinciale più elevata nella zona occidentale di cui è noto il più basso livello economico e sociale. (tabella 1, figura 1).

Legata prevalentemente a cause esogene, la mortalità infantile propriamente detta, come è universalmente riconosciuta, è in rapporto con le condizioni ambientali. Ciò può spiegare in parte le differenze del fenomeno nelle diverse zone territoriali.

La sensibile diminuzione registrata nel secondo quinquennio considerato rispetto al primo può essere dovuto ad una maggiore assistenza esplicata dall'Opera Nazionale per la Pro-

TABELLA I

Distribuzione territoriale della mortalità infantile in Provincia di Matera
nei quinquenni 1950-54 e 1955-59

COMUNI	Nati-mortalità		Mortalità perinatale		Mortalità neonatale		Mortalità infantile	
	1950-54	1955-59	1950-54	1955-59	1950-54	1955-59	1950-54	1955-59
	Matera	40,6	36,9	53,0	51,5	23,1	25,5	86,8
Accettura	54,5	52,5	67,2	69,9	34,3	38,9	94,7	86,2
Aliano	58,0	51,1	61,8	64,9	39,8	33,9	97,8	88,7
Bernalda	49,9	41,7	62,9	54,3	32,2	28,3	99,2	74,5
Calciano	43,4	40,0	56,9	53,1	29,9	27,5	93,6	83,0
Cirigliano	59,0	50,5	62,1	63,0	37,9	34,7	107,7	85,3
Colobraro	55,1	43,4	68,1	64,8	31,0	33,3	98,3	64,5
Craco	42,3	38,0	55,8	51,4	21,1	23,7	81,9	59,6
Ferrandina	47,6	46,5	60,8	59,1	28,5	33,8	81,5	64,4
Garaguso	58,4	48,0	69,3	61,1	37,2	36,1	93,0	68,0
Gorgoglione	59,4	40,2	69,8	53,2	38,0	30,6	85,8	67,0
Grassano	51,0	46,1	64,9	59,3	29,9	28,5	86,5	69,7
Grottole	50,4	41,7	63,5	60,6	30,1	25,6	106,5	79,5
Irsina	56,0	48,1	69,9	61,1	36,3	38,8	106,0	86,4
Miglianico	45,8	42,0	58,9	55,1	29,8	26,5	87,1	58,8
Montalbano J.	50,9	38,2	63,9	51,2	23,1	25,2	96,6	64,5
Montescaglioso	50,1	41,1	61,9	50,1	34,1	24,0	92,0	62,1
Nova Siri	30,6	28,1	38,0	37,2	20,3	19,4	65,4	51,9
Oliveto Lucano	57,9	48,2	69,1	61,3	36,9	37,1	108,9	84,9
Pisticci	49,1	48,3	62,9	61,1	37,4	36,1	102,0	68,6
Pomarico	51,5	45,9	64,5	59,1	38,9	27,6	109,5	64,6
Rotondella	40,1	36,6	53,9	47,3	27,3	29,8	71,3	58,4
Salandra	41,0	42,1	54,8	53,0	31,1	28,8	111,0	88,9
S. Giorgio Luc.	58,0	49,6	66,1	60,7	30,9	28,5	79,4	87,7
S. Mauro Forte	47,0	48,7	60,0	58,9	36,1	36,0	108,0	86,0
Stigliano	58,1	45,1	71,7	58,1	39,0	33,0	112,9	89,0
Tricarico	58,2	47,0	72,2	58,9	38,1	30,0	108,2	84,7
Tursi	59,1	47,1	69,7	58,1	39,9	38,1	96,0	74,8
Valsinni	36,0	34,0	49,2	42,9	36,7	26,0	84,4	59,6

Riassunto

E' stata presa in esame la mortalità infantile in Provincia di Matera e la sua distribuzione territoriale dal 1950 al 1959. Pur essendo diminuita nel secondo quinquennio, considerato rispetto al primo, essa permane tra le più elevate d'Italia, con livello più alto nei comuni montani, meno alti nel Capoluogo e nei comuni del metapontino. Si auspicano indagini che meglio precisino le cause della mortalità infantile e che, con il potenziamento delle attrezzature di medicina preventiva e curativa, permettano di ridurre l'incidenza del fenomeno.

OSPEDALE CIVILE VITTORIO EMANUELE III - MATERA

Divisione Medica

Primario: Dott. ANTONIO GUERRICCHIO

Centro per la lotta contro il Reumatismo e le Cardiopatie

Dirigente: Dott. GIUSEPPE GUERRICCHIO

Sulla sindrome post-commissurotomica

del

Dott. MICHELE PERRONE

Assistente volontario

Il perfezionamento e la crescente diffusione della chirurgia cardiaca hanno portato a enormi progressi terapeutici nel giro di pochi anni, provocando però la comparsa di alcuni quadri morbosi prima sconosciuti, sui quali si è concentrata negli ultimi tempi l'attenzione degli studiosi. Fra questi uno dei più interessanti e discussi è la cosiddetta « **sindrome post-commissurotomica** ». Com'è noto, in un certo numero di pazienti con stenosi mitralica (10 - 40%, secondo le varie statistiche), a distanza di 1-4 mesi dalla commissurotomia, compaiono dolore toracico, febbre, sovente versamento pleurico o pericardico, meno frequentemente mialgie e artralgie diffuse. Gli esami di laboratorio mostrano una velocità di eritrosedimentazione spesso molto aumentata, la presenza di Proteina C - reattiva, un aumento non costante (e neanche frequente, sec. alcuni AA.) del titolo O - antistreptolisinico, eventualmente modificazioni elettrocardiografiche sul tipo del blocco atrio-ventricolare di 1° grado o della ischemia-lesione da pericardite. Il quadro morboso si mostra sensibile alla terapia antinfiammatoria, non a quella antibiotica; ma va spesso soggetto a recidive. In complesso l'andamento è benigno e senza postumi di rilievo, nè presenta alcuna influenza sul decorso della cardiopatia.

Sulla patogenesi della S. P. C. esiste una letteratura molto vasta in cui tengono campo essenzialmente due tesi contrastanti. L'una, più antica - ma difesa anche molto recentemente da autorevoli AA. (per es., Di Giuseppe al Convegno di Aix-en-Provence di quest'anno), - considera questa sindrome come una vera e propria ricaduta reumatica, provocata dall'atto operatorio in soggetti in cui la malattia reumatica era solo apparentemente spenta, e si basa sulla presenza, in buona parte dei casi, di una sintomatologia dolorosa articolare, di titoli antistreptolisinici altri e di segni ecografici di « attività » reumatica. L'altra considera la S. P. C. come una risposta assolutamente aspecifica al trauma provocato dall'apertura del pericardio o come una reazione al sangue che cade nel sacco pericardico.

A sostegno di questa tesi, vari AA. (specialmente anglosassoni e recentemente anche russi) fanno rilevare che lo stesso quadro morboso si riscontra con frequenza anche maggiore negli interventi chirurgici per la correzione di anomalie congenite del cuore, soltanto però in quelli in cui sia necessaria una pericardiotomia. Quest'associazione è talmente costante che questi AA. ritengono più appropriata la denominazione di « sindrome post-pericardiotomica ». Negli ultimi anni, inoltre, si è avanzata anche un'altra ipotesi che ammette l'intervento di complesse reazioni immunologiche che verrebbero scatenate dall'intervento chirurgico in un cuore precedentemente leso dall'infezione reumatica o da altre « noxae » morbose. (A questo proposito converrà ricordare le recenti ricerche sperimentali e cliniche di Kaplan). Molto vicini a quest'ultima tesi sono anche quegli AA. che vorrebbero vedere un qualche rapporto patogenetico - non ancora troppo ben definito, in verità - fra S. P. C. e **sindrome post-infartuale** di Dressler. Una posizione intermedia è stata assunta qualche anno fa da G. C. Dogliotti che distinse i soggetti con S. P. C. in due gruppi, riconoscendo una chiara genesi reumatica in quelli in cui prevalevano febbre e dolori poliarticolari e classificando nel quadro della S. P. C. vera e propria quei malati con predominanza di dolori pleuropericardici e di versamento pleurico e/o pericardico recidivante.

La nostra esperienza ospedaliera, basata su di una piccola ma abbastanza rappresentativa casistica, ci permette qualche osservazione sull'argomento.

Nel quinquennio 1956-1960 attraverso il Centro-Cardioreumatologico del nostro Ospedale sono stati inviati al cardiocirurgo 24 pazienti con cardiopatia mitralica: 22 di essi sono stati operati dalla stessa « équipe » chirurgica (Centro Cardiocirurgico « Blalock » di Torino, diretto dal Prof. A. M. Dogliotti). In tutti i pazienti si è avuta la conferma operatoria della diagnosi clinica di stenosi mitralica pura; di 19 casi si possiede una completa documentazione clinica e strumentale, prima, durante e dopo l'intervento chirurgico; 23 pazienti, inoltre, vengono tuttora periodicamente seguiti, con una distanza variabile da 5 anni ad 8 mesi dalla commissurotonia.

In 3 soggetti (12,5% dei casi) si è manifestato un chiaro quadro clinico di S. P. C.. Si tratta di due donne - rispettivamente di 21 e 19 anni - e di un uomo di 34 anni, che furono sottoposti a terapia chirurgica per stenosi mitralica serrata con notevoli disturbi funzionali (gruppo III^o della classificazione della New York Heart Association). In nessuno dei tre si rilevavano segni clinici e biumorali di attività reumatica, almeno da 6 mesi prima dell'intervento. All'atto operatorio nelle due donne l'ostio valvolare era di cm.² 0,6 - 0,8: nella prima con lembi elastici, nella seconda con lembi moderatamente sclerotici. Nell'uomo, invece, l'ostio raggiungeva il cm.² e fu rilevato un piccolo rigurgito: i lembi valvolari erano molto sclerotici. In tutti e tre il diametro dell'ostio fu allargato a 3 cm.² circa. Il risultato chirurgico fu considerato ottimo nella prima donna, buono nella seconda, mediocre nell'uomo, specialmente dal punto di vista della funzionalità valvolare.

Trattasi, quindi, di tre soggetti con stenosi mitralica di vario grado e di diversa consistenza, nei quali ad un mese circa dalla commissurotomia si manifestò un quadro clinico quasi sovrapponibile (dolore puntorio alle spalle, tosse insistente, febbre da 38°C a 39°C) che li costrinse al ricovero. Non vi erano dolori articolari o muscolari. All'esame obiettivo il primo e il terzo paziente presentavano un discreto versamento pleurico a sinistra, il secondo un notevole versamento pleurico a destra: alla toracentesi venne estratto liquido con Rivalta debolmente positiva. A carico dell'apparato cardiovascolare si rilevavano i

segni stetoacustici comuni ai commissurotomizzati; non vi erano segni ecografici di attività reumatica. La velocità di eritrosedimentazione risultò sempre normale con indici di 10,5 - 9 - 15; il tasso delle O - antistreptolisine nei limiti della norma; la Proteina C - reattiva debolmente presente (++) soltanto nel secondo caso.

La terapia antibiotica (penicillina, streptomina, tetraciclina), instaurata all'inizio, fu ben presto abbandonata per non aver dato alcun risultato; mentre si riuscì sempre ad ottenere una completa remissione della sintomatologia con alte dosi di corticoidi (prednisone). Nel primo e nel terzo caso le frequenti recidive costrinsero a prolungare il ricovero di oltre un mese; nel secondo caso si presentò una recidiva a domicilio, 15 giorni dopo la dimissione, con sintomatologia più attenuata. A distanza di vari mesi, però, ripetuti controlli ambulatoriali hanno dimostrato l'assenza di reliquati. La seconda paziente, primipara gravida al II° mese al momento dell'intervento, ha potuto regolarmente condurre a termine la gravidanza. D'altra parte, consideriamo la prima paziente fra i più brillanti successi della nostra casistica, per gli ottimi risultati a distanza della commissurotomia.

La nostra casistica, illustrata succintamente in questa nota, è troppo limitata per consentire una decisa presa di posizione in un argomento tutt'altro che definito e per tanti lati ancora oscuro, come quello della S. P. C.

Tenendo però anche conto che l'incidenza percentuale da noi riscontrata è pressochè identica a quella delle statistiche italiane meglio studiate (scuole di Valdoni e di De Gasperis), può esserci permessa qualche brevissima considerazione.

La negatività dei tests di « attività » reumatica e dell'obiettività clinica ancor prima dell'intervento, subito all'inizio e per tutta la durata della S.P.C., rende, in effetti, piuttosto perplessi nell'attribuire ai nostri tre casi una eziopatogenesi reumatica conclamata. D'altro canto, la mancata risposta agli antibiotici con vasto spettro d'azione può far scartare la presenza di un fattore infettivo. Queste constatazioni, e l'indiscutibile beneficio della terapia prednisonica, che da sola ha portato al deciso miglioramento e alla guarigione dei pazienti, dopo il fallimento degli antibiotici, possono suggerire, con

qualche fondamento, la tesi dell'esistenza di fenomeni reattivi di tipo disergico-iperergico alla base della sintomatologia presentata dai nostri pazienti.

E' probabile che proprio nel vasto e ancora in parte sconosciuto capitolo dell'immunità e dell'allergia si possa trovare una soddisfacente risposta ai quesiti posti dalla S.P.C. e dalle altre sindromi che - come quella di Dressler - presentano fra loro numerosi e suggestivi punti di contatto.

Riassunto

Vengono riferiti tre casi di sindrome post-commissurotomica osservati nella Divisione Medica dell'Ospedale di Matera su 24 pazienti operati per cardiopatia mitralica. Dopo un esame della più recente letteratura, si esprime il parere che l'ipotesi patogenetica allergica possa meglio spiegare la fenomenologia del quadro morboso.

OSPEDALE CIVILE VITTORIO EMANUELE III - MATERA
Divisione di Ostetricia e Ginecologia
Primario: Dott. DOMENICO BRONZINI

Due rari casi di gravidanza ectopica

del

Dott. ANTONIO SERINELLI
Specialista in Ostetricia e Ginecologia

Fra le varietà cliniche ed anatomo-patologiche di gravidanza ectopica, un reperto di eccezionale rarità è rappresentato dalla gravidanza ovarica e dalla tubo-addominale. Per questo non mi sembra privo di interesse riportare due casi di gravidanza ectopica, una ovarica, ed una tubo-addominale, capitate alla nostra osservazione.

Di queste due forme la più rara è la ovarica, che, fino a qualche decennio fa, era ritenuta eccezionale.

Le osservazioni sull'argomento sono però andate moltiplicandosi, in questi ultimi anni, e la sua esistenza è stata rilevata e studiata da numerosi autori.

Ne hanno riferito Pestalozza, Fossati, D'Erchia, Kleine, Superbi, Voza, Hoehne ed altri. Dalle osservazioni di questi autori risulta che la gravidanza ovarica può esistere in tre varietà.

1° intrafollicolare, in cui l'uovo fecondato si impianta nel follicolo;

2° juxta-follicolare, in cui l'uovo s'impiana nello stroma ovarico;

3° epiovarica, in cui l'impianto dell'uovo avviene sull'albuginea.

La forma più frequentemente osservata è la **intrafollicolare**, però numerose sono state le controversie tra i vari autori, proprio per poter precisare la possibilità di una simile evenienza.

Sembrava, infatti, insostenibile l'ipotesi dell'impianto intrafollicolare dell'ovulo, in quanto è evidente che l'ovulo, prima dell'espulsione del secondo globulo polare, fenomeno che completa l'ovulazione, è citologicamente privo della possibilità di essere fecondato.

La sua maturazione, poi, si completa nel passaggio attraverso la tuba, il cui contenuto è un fattore catalizzatore della fecondazione stessa.

Il contatto dell'ovulo con simile elemento tubarico, necessario alla fecondazione, sarebbe realizzabile o con l'arrivo sull'ovaio di molti spermatozoi, i quali passando attraverso il canale tubarico, vengono così a costituire il veicolo del contenuto specifico; oppure con la deposizione del contenuto tubarico sulla superficie ovarica, sia per spinta delle contrazioni tubariche che per i movimenti di ventosa che la fimbria opera sull'ovaio omolaterale.

Westmann, infatti, studiando la motilità delle tube nel periodo dell'ovulazione, ha potuto notare che la fimbria aderisce sulla superficie ovarica, quasi a trattenerla ed a permettere così il passaggio dell'ovulo nel lume tubarico.

Le numerose cause invocate per spiegare la gravidanza ectopica, possono essere compendiate in due gruppi:

1° tutte le occasioni che ritardano l'arrivo dell'ovulo fecondato nella cavità uterina;

2° una particolare predisposizione di alcune zone dei genitali interni e della pelvi, ad accogliere e consentire l'annidamento dell'uovo fecondato.

La gravidanza ovarica è costituita dalla fecondazione dell'ovulo nel suo stesso ovaio.

L'ovulo può essere trattenuto nell'ovaio da alterazioni anatomiche, quali gli esiti di affezioni flogistiche dell'ovaio o delle trombe, oppure da alterazioni funzionali di natura endocrina.

Altro meccanismo patogenetico di gravidanza ovarica intrafollicolare è stato supposto essere l'insufficiente apertura del follicolo al momento dello scoppio o la occlusione dell'apertura follicolare da parte di coaguli sanguigni.

Si è, persino, pensato all'esistenza di due follicoli sovrapposti, di cui quello più profondo espellerrebbe il proprio ovocita nella cavità del più superficiale.

Hoehne ritiene che una parte determinante nella patogenesi della gravidanza ovarica, spetti alla situazione del cumulo ooforo spostato più verso la base del follicolo anzichè verso lo stigma, in modo che, al momento dello scoppio del follicolo, la fuoriuscita dell'ovulo si verificherebbe con maggiore difficoltà, ritardando ed ostacolando così la migrazione dell'ovulo fecondato verso la cavità uterina.

Molto frequente è anche la gravidanza ovarica superficiale od *epiovarica*, per la cui patogenesi è stata invocata la presenza di zone endometriose eterotopiche sull'ovaio, o la particolare proprietà dell'epitelio germinativo di differenziarsi e rendere così possibile l'annidamento.

Molto controversa è anche la questione dell'esistenza o meno di una reazione deciduale in corrispondenza della zona ovarica, sede dell'impianto dell'ovulo.

I pareri sono nettamente discordanti; da una parte vi sono i convinti assertori della sicura trasformazione deciduale, mentre dall'altra vi sono i ricercatori che negano assolutamente il verificarsi di una simile trasformazione connettivale.

Nella gravidanza ovarica il corpo luteo si sviluppa sempre: è evidente e distinto quando l'annidamento avviene verso la periferia del follicolo, mentre viene a mancare del tutto quando l'annidamento si ha alla base di esso, e lo sviluppo dell'ovulo, comprimendo le cellule della granulosa, inibisce la loro successiva trasformazione.

La diagnosi certa di gravidanza ovarica deve basarsi sui criteri già formulati da Spiegelberg ed oggi universalmente accettati e cioè che:

1. la tromba del lato colpito deve essere intatta;
2. il sacco ovarico deve occupare l'ovaio ed essere collegato all'utero dal legamento utero-ovarico;

3. la parete del sacco deve essere costituita assolutamente da tessuto ovarico.

Difficile è la diagnosi anche macroscopica di una gravidanza ovarica avanzata, per la distruzione della primitiva zona di impianto dell'ovulo da parte dei villi coriali.

La diagnosi, allora, riposa unicamente sulla constatazione istologica delle cellule trofoblastiche che penetrano nel letto dell'ovaio.

Non esiste una sintomatologia clinica di questa entità morbosa, e la diagnosi è spesso reperto operatorio occasionale.

La sorte della gravidanza ovarica è limitata ad una breve esistenza, per la impossibilità da parte del trofoblasta e dei villi coriali di trovare terreno sufficiente per il loro sviluppo.

Rara è l'evoluzione di una gravidanza ovarica verso stadi avanzati, ma è molto più frequente il riscontro di feti condotti quasi a termine in queste forme più che nelle gravidanze tubariche, nelle quali l'interruzione nei primi mesi è la regola.

La varietà intrafollicolare, che è anche la più frequente, presenta l'annidamento dell'ovulo alla base del follicolo, per cui il suo corion frondoso si sviluppa verso l'ilo dell'ovaio ed arriva ad invadere persino il legamento largo, zone ricche di tessuto e di vascolarizzazione, che permettono lo sviluppo molto avanzato della gravidanza.

Nella letteratura si trovano casi di simili gravidanze protratte sino al termine, con feti vivi estratti per via laparotomica: Browning ne cita 19, Lan un altro.

Nei casi citati da Leopold, Futh, Weirel sopravvenne la morte del feto e la sua mummificazione o trasformazione in litopedion, oppure il graduale riassorbimento delle parti molli con conservazione dello scheletro fetale.

* * *

1. Il nostro caso di gravidanza ovarica riguarda una Paziente che fu ricoverata nell'ospedale di Matera il 2 aprile 1960, con diagnosi di appendicite acuta.

Si trattava di certa R. A., di anni 29, casalinga, sposata all'età di 23 anni. Prima mestruazione a 14 anni, le successive sempre normali per ciclo, quantità e durata.

A vent'anni ha sofferto di pleurite essudativa destra, affezione della quale guarì completamente dopo circa due mesi di cure mediche.

Dal matrimonio con un giovane di sana costituzione, ha avuto due gravidanze a termine con altrettanti parti spontanei e puerperi fisiologici.

L'ultima mestruazione regolare si è verificata nei primi del mese di febbraio del 1960, mentre dal 15 marzo ha presentato metrorragie con dolori addominali accentuati alle due fosse iliache.

La paziente si presenta all'esame clinico in condizioni discrete di nutrizione, con mucose visibili pallide, addome globoso e dolente alla palpazione, polso piccolo e frequente.

Alla visita ginecologica si osservano genitali di pluripara con fornice posteriore vaginale globoso e molto dolente; l'utero in leggera retroversione, mobile.

L'annesso di destra presenta una massa piuttosto rotondeggiante, mentre quello di sinistra è aumentato di volume, è di consistenza pastosa e di forma non ben definibile.

Si pratica la puntura esplorativa del fornice vaginale posteriore, e, avendo estratto del sangue, con la diagnosi di sospetta gravidanza extrauterina, si porta l'ammalata sul letto operatorio.

L'intervento viene eseguito dal primario Dott. Bronzini in narcosi a circuito chiuso con intubazione endotracheale - Laparotomia mediana sottombelica: All'apertura del peritoneo si notano subito fra le anse intestinali, diversi coaguli sanguigni asportati i quali si rinviene il corpo dell'utero modicamente aumentato di volume, congesto, e lievemente stirato in retroversione dai due annessi, dei quali quello di destra presenta una cisti ovarica, della grandezza di una noce, a contenuto siero-ematico, mentre l'ovaio sinistro presenta un ampio squarcio coperto da coaguli, tra i quali si reperta un ovicino con villosità in parte ben conservate e nettamente distinguibili. Le trombe uterine dell'uno e dell'altro lato sono integre. Vengono eseguite annessectomia destra e resezione dell'ovaio sinistro, con sutura della porzione residua.

L'esame istologico dei pezzi, eseguito presso l'Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Bari conferma la dia-

gnosi operatoria: « ovaio destro con corpo luteo-cistico; villi coriali ben conservati; frammento di ovaio sinistro, con diffusi fenomeni di infiltrazione emorragica ».

E' questo un evidente caso di gravidanza ovarica, varietà epiovarica od ovarica superficiale, con migrazione interna od esterna dell'ovulo ed annidamento sull'albuginea. Il corpo luteo è incistato sull'ovaio sinistro, da dove è partito l'ovulo fecondato ed annidato sull'ovaio controlaterale, ma ben presto esitato in aborto per scarso tessuto a disposizione per il proseguimento della gravidanza.

All'esame istologico non è risultata presenza di cellule deciduali, nonostante si fosse sviluppato un chiaro trofoblasto completo dei suoi due strati sinciziale e di Langhans.

2. Non meno interessante è il secondo caso: donna di 30 anni, da Stigliano, la quale, il 18 ottobre 1949, era stata ricoverata in questo stesso Ospedale, per ferita da arma da fuoco, con foro di entrata sulla regione lombare sinistra in corrispondenza della paravertebrale, e foro di uscita alla regione epigastrica, duplice perforazione dello stomaco, per cui era stata operata di laparotomia e sutura delle perforazioni gastriche e mesocoliche.

Mestruata all'età di 15 anni, ed eumenorroica successivamente, è sposa sterile da dieci anni.

All'inizio del 1960 ha cominciato ad avere disturbi simpatici gravidici con amenorrea durata 5 mesi; dopo questo periodo ha riavuto cicli mestruali normali, succedutisi regolarmente per tre volte con tutti i caratteri di una normale mestruazione.

L'ultima mestruazione è recente, il giorno 5 luglio 1960. In data 28 luglio 1960 è stata ricoverata in preda a violente coliche addominali, e premiti, come se dovesse espellere un prodotto abortivo.

L'addome, globoso ed aumentato di volume, non ha subito in questi ultimi tre mesi variazioni di forma e volume.

All'esame ginecologico, si riesce ad apprezzare il corpo uterino distinto da una massa rotondeggiante che è intimamente aderente all'utero e che lo sovrasta.

Si procede, prima ad un esame radiografico diretto dell'addome, e si mette in evidenza la presenza di un fetolino, della probabile età di cinque mesi, con note di calcificazione della testa.

Fatta diagnosi di gravidanza ectopica interrotta da aborto ritenuto in addome, si esegue isterosalpingografia con immissione in cavità uterina di ioduron S - Questo esame rivela un utero ben visualizzato, antiflesso, con salpingi visualizzate in tutto il loro decorso, e corpo di un fetolino extrauterino.

Si esegue laparotomia mediana sottombelicale con ammalata in narcosi barbiturica ed intubazione endotracheale a circuito chiuso; escissa la vecchia cicatrice laparotomica, si apre il peritoneo e si rinvengono lasse aderenze fra epiploon e cisti fetale, allogata nella fossa iliaca sinistra.

Si libera facilmente tutta la massa costituita da un ematocoele incistato, da placenta, fetolino ed ovaio destro.

La placenta è inserita sulla parete dell'infundibolo tubarico destro: l'utero è però ruotato sul suo asse, in modo che l'estremo tubarico destro, insieme con fetolino ed annessi, si trova nella fossa iliaca sinistra.

Si escide il peduncolo formato dagli annessi di destra con i rispettivi mesi e si asporta in blocco la massa gravidica. Il fetolino è di cinque mesi, morto e divenuto quasi papiraceo, ma ben conservato.

La guarigione avviene per prima, con decorso post-operatorio ottimo; l'ammalata viene dimessa guarita in decima giornata dall'intervento.

E' questo un caso di gravidanza addominale secondaria, eventualità da Werth ritenuta esclusiva nella patogenesi della gravidanza addominale.

La gravidanza addominale, infatti, è distinta in primitiva e secondaria a seconda che l'uovo fecondato si impianti sin dall'inizio su un punto qualsiasi della cavità addominale, o che il suo passaggio in addome sia secondario ad un primitivo impianto della tromba, o sull'ovaio o nell'utero. Da quest'ultimo potrebbe fuoruscire in seguito alla deiscenza di una ferita da pregressa isterotomia per taglio cesareo.

L'etiopatogenesi in casi simili al nostro è stata prevalentemente attribuita da quasi tutti gli autori che hanno trat-

tato l'argomento, alla migrazione esterna dell'ovulo, per cui quest'ultimo, invece di penetrare nella tuba del lato stesso dove è avvenuta la deiscenza, per cause sconosciute, migra attraverso l'addome verso gli annessi dell'altro lato e penetra in quella tuba dove si annida più o meno prossimamente al suo orificio addominale.

Per seguire tale cammino, l'ovulo impiega un tempo più o meno lungo, durante il quale si circonda del trofoblasta ed acquista perciò il potere di annidarsi non appena raggiunge la mucosa tubarica; il suo aumento di volume per questa evoluzione, sarà un ostacolo alla penetrazione attraverso l'ostio tubarico addominale, per cui logica l'evenienza dell'annidamento sulla fimbria.

La sintomatologia predominante nel nostro caso è stata quella dolorosa, con vomito e lipotimia; strana la ripresa della normale mestruazione, probabilmente avvenuta alla morte dell'embrione ed in seguito all'espulsione della decidua uterina.

Il decorso post-operatorio fu uno dei più felici osservati in casi di gravidanze ectopiche; non si notarono perdite ematiche e tutte le sofferenze dell'ammalata ebbero termine al risveglio dell'intervento.

L'incistamento dell'aborto, avvenuto probabilmente per il distacco della placenta e l'isolamento completo della sacca gravidica come un corpo estraneo nell'addome, ricondussero l'utero ad una normale funzionalità mestruale ciclica, senza influenza alcuna sui cicli ovarici.

In conclusione, dall'esame dei nostri due casi risulta evidente l'assenza completa della decidua nel caso di gravidanza ovarica da noi esposto; mentre nel secondo caso di gravidanza tubo-addominale risalta evidente il completo isolamento della sacca abortiva intraddominale senza ulteriori ripercussioni sulle funzionalità cicliche utero-ovariche.

Per quanto riguarda la diagnosi di queste forme rare di gravidanza extrauterina, confermiamo l'impossibilità di una diagnosi clinica, mentre determinante abbiamo trovato, nella varietà tubo-addominale, l'isterosalpingografia con mezzo di contrasto idrosolubile, ricerca che noi usiamo su larga scala e per la quale non abbiamo mai incontrato inconvenienti tali da sconsigliarcene l'uso in qualsiasi affezione ginecologica.

Riassunto

L'Autore dopo aver esaminato l'etiopatogenesi delle gravidanze extrauterine ed in special modo di quella ovarica, riporta due casi di gravidanza extrauterina, una ovarica ed una tubo-addominale, capitati alla sua osservazione.

Rileva l'assenza completa di reazione deciduale nella gravidanza ovarica; mette in evidenza l'utilità dell'esame isterosalpingografico nella diagnosi di gravidanza tubo-addominale.

OSPEDALE PROVINCIALE S. CARLO - POTENZA

Divisione di Oftalmologia

Primario: Prof. Dott. VINCENZO MARSICO

Su di un caso di oftalmia simpatica dopo estrazione di cataratta (Considerazioni patogenetiche)

del

Dott. ANGELO VITO STOLFI

Aiuto Oculista

I casi di oftalmia simpatica seguiti ad estrazione di cataratta costituiscono un problema serio e preoccupante soprattutto da un punto di vista pratico. Le teorie etiopatogenetiche, che tentano di spiegare il rapporto tra il pregresso atto operativo ed il sopravvenire dell'infezione simpatica, sono state oggetto di studi e di ricerche da parte di numerosi Autori e non poche sono state le ipotesi formulate.

Fra le tante opinioni espresse vi è quella che sostiene con una certa qual fortuna che l'uvea può essere attaccata dai virus, i quali possederebbero un vero e proprio uveo-neuro tropismo.

Tale teoria è accettata in quanto ultimamente l'uvea è stata considerata di natura nervosa, il che renderebbe possibile la trasmissione attraverso le vie ottiche.

Da parte nostra, però, la difficoltà della dimostrazione della etiologia virale di certe uveiti o l'impossibilità della loro individualizzazione etiologica non ci permette nè di pronunciarci in favore, nè di negarla.

Le osservazioni pubblicate di casi di oftalmia simpatica post-operatoria sono relativamente numerose:

Loth (1933), Joj (1935-1937), Bücklers (1936) pubblicarono casi di oftalmia simpatica post-operatoria. Puscarin (1941) descrisse un caso di iridociclite bilaterale dopo estrazione di cataratta traumatica. Lugossj (1941) pubblicò l'osservazione di un caso di oftalmia simpatica in seguito ad intervento di cataratta. Kalme Collin (1948) illustrò un caso di oftalmia simpatica in seguito ad estrazione totale di cataratta. Sedan, Sedan-Bautj (1949) riferirono su tre casi di oftalmia simpatica post-operatoria. Towuers (1951) riferì sulle complicazioni seguite ed interventi di cataratta. Lipsius (1954) rese noti casi di endoftalmiti post-operatorie. De Vincentiis (1952) riporta un'osservazione personale su di un caso di oftalmia simpatica sopraggiunta ad estrazione di cataratta.

Il caso che mi accingo a descrivere è il seguente:

A. Donato, da Rapolla, di anni 54.

Dall'anamnesi familiare e personale non risultano fatti degni di nota.

In giovanissima età si ammalò di malaria; nella stessa epoca ebbe a soffrire di tifo addominale, favorevolmente influenzato dalle cure praticate.

Nel marzo 1960 venne operato di resezione gastrica per ulcera.

Accusando da circa due anni lenta e progressiva diminuzione del visus in O. S., si fece visitare e fu riscontrato affetto da cataratta nucleare. Ricoverato in Ospedale il 22-4-1960, venne, tre giorni dopo, felicemente operato di estrazione di cataratta, col metodo intracapsulare, a pupilla rotonda.

Dopo qualche giorno, però, si notò lieve iniezione pericheratica con interessamento irideo, per cui si intraprese una terapia sulfamidica ed antibiotica per via generale, si eseguirono mercuriali, e localmente si instillarono midriatici ed antibiotici. La reazione post-operatoria regredì, tanto che la pupilla apparve dilatata e regolare. Si prescrisse cortisone, sospendendo ogni altra terapia generale, e il paziente venne dimesso guarito il 2-6-1960.

Dopo venti giorni di permanenza a casa, ebbero inizio segni irritativi in O. S., consistenti in senso di fastidio e lacrimazione, seguiti da fotofobia e diminuzione del visus.

All'esame obiettivo si notò: lieve iniezione congiuntivale e lieve iniezione pericheratica, lieve edema corneale, precipitati sulla Descemet, sinechie posteriori, papilla iperemica con congestione dei vasi venosi. Visus = 1/10.

Veniva, perciò, ricoverato di urgenza in Ospedale e trattato con cure energiche: terramicina, sulfamidici, ecc.

Dopo qualche giorno l'occhio ritornò in quiete, tanto che il paziente venne dimesso guarito con visus = 5/10.

Ma dopo circa un mese il paziente ritornava a nuova visita, in preda a stato di agitazione e in preda a intensa cefalea con disturbi visivi marcati in O. D.; nello stesso tempo orasi manifestata infiammazione in O. S.

Si notò questa volta, in O. S. la recidiva dell'iridociclite con depositi pigmentati e grigiastri sulla Descemet, papilla ottica velata a margini indistinti. Contemporaneamente in O. D. erano apparsi iperemia congiuntivale con evidente iniezione della rete vasale pericheratica, depositi grigiastri sulla Descemet, intorbidamento dell'umore acqueo.

L'iride congesta ancora conservava, tuttavia, un disegno bene evidente.

Pupilla miotica, mal reagente ai midriatici. Vitreo leggermente intorbidato. Papilla iperemica. Visus = 7/10.

Fu facile fare diagnosi di oftalmia simpatica in O. D., e, provveduto all'immediato ricovero in Ospedale, il paziente veniva sottoposto ad intenso trattamento generale con sigma-micina, urotropina, autoemoterapia, frizioni mercuriali e vitamina B₁ localmente con collirio di atropina e pomata dionina.

Dopo un mese di cura si ebbe la impressione della scomparsa di fatti uveitici.

Il paziente, infatti, ritornato a visita di controllo dopo qualche tempo, mostrò i suoi occhi in quiete.

L'interpretazione patogenetica di questi fatti resta, per ora, molto difficile.

Si possono prendere in considerazione due ipotesi: o che le lesioni siano l'espressione dell'insediamento nell'uvea dell'ignoto agente dell'oftalmia simpatica, passato attraverso la ferita chirurgica; o che esse siano state, invece, provocate da una infezione virale a distanza.

Questa seconda ipotesi, pur non offrendo elementi di grande probabilità, è, a parer mio, più accettabile per il fatto

che il decorso è subdolo, mite ed irregolare, l'essudazione è di carattere plastico, l'affezione simultanea dell'uvea e del nervo ottico induce a considerare l'oftalmia simpatica come un sindrome uveo-meningea.

Infatti fermandoci al pensiero di alcuni Autori (Lobstein, Toulant, Larmande, Corselle, Beauvieux e coll., Kissel e Hartemann), questi hanno incluso l'oftalmia simpatica in un gruppo di affezioni similari, classificato con la comune denominazione di uveo-meningiti virali.

Benchè questa denominazione non si presti per ogni caso, poichè comprende un gran numero di malattie ove il virus non ha il ruolo di fattore etiologico, è stata ugualmente applicata alla malattia di Harada (1), alla malattia di Vogt-Kojanagi (2), nonchè all'oftalmia simpatica.

Anche per quanto riguarda l'etiologia dell'oftalmia simpatica si è portati, quindi, a pensare all'etiologia virale. La sintomatologia clinica comune permette di supporre che si tratti di affezioni simultanee del tratto uveale e delle meningi.

A tale proposito occorre ricordare che anche Snellen attirò l'attenzione sulle cefalee manifestate nel corso dell'oftalmia simpatica, che Rislej descrisse stati di agitazione e che più tardi molti Autori riportarono casi che depongono in favore della tesi che il sistema nervoso centrale giuoca un certo ruolo nel corso dell'oftalmia simpatica. La base teorica per l'esplicazione di questa sintomatologia sarebbe in rapporto con l'associazione embrionale e strutturale del foglietto uveale e meningeo da una parte e con l'associazione funzionale ed anatomica della retina e del diencefalo dall'altra.

Nel paziente in esame si sono riscontrati, in parte, dei sintomi che potrebbero permettere di porre l'oftalmia simpatica tra le sindromi uveo-meningee.

Sarebbe azzardato pensare che un solo caso isolato di oftalmia simpatica verificatosi dopo intervento di cataratta, possa fornire dati sufficienti per una spiegazione etiologica

(1) La malattia di Harada è caratterizzata da uveite, distacco retinico e sintomi meningei.

(2) La malattia di Vogt-Kojanagi è caratterizzata da uveite bilaterale cronica, coroidite essudativa, alopecia, vitiligo e sintomi meningei.

e patogenetica, ma ritengo che esso possa essere utile per ulteriori tentativi di interpretazione del ruolo di certe strutture del sistema nervoso centrale in questa malattia.

Riassunto

L'Autore espone un caso di oftalmia simpatica dopo estrazione di cataratta negando la specificità dell'agente etiologico e inquadrando la malattia nella classificazione della sindrome uveomeningea.

OSPEDALE PROVINCIALE S. CARLO - POTENZA
Reparto di Ortopedia e Traumatologia
Dirigente inc.: Dott. PASQUALE STOLFI

Il trapianto del Tibiale Anteriore nel trattamento del piede torto congenito

del

Dott. PASQUALE STOLFI
Specialista in Ortopedia

Prima di prendere in esame il trapianto del Tibiale Anteriore (T. A.) nel trattamento del piede torto congenito, è d'uopo considerare alcuni cenni sulla etio-patogenesi, e sulle alterazioni anatomico-patologiche del piede torto.

Il termine di « piede torto » comprende, in genere, tutte le categorie di tale deformità; è quindi un'attitudine viziata e permanente del piede sulla gamba in modo che il piede non appoggia al suolo per i suoi punti di appoggio normale.

Sono state descritte diverse varietà di piede torto:

1) equino, 2) talo, 3) varo, 4) valgo, 5) supinato; praticamente però, si osservano le forme miste combinate, varo-equino, talo-valgo.

La malformazione può essere uni e bilaterale, nel secondo caso più marcata da un lato che dall'altro; l'attitudine viziosa corrisponde ad un substrato anatomico interessante in grado variabile tutti gli elementi: scheletro, parti molli, ecc.

Per quanto riguarda la patogenesi sono state proposte tre teorie: la teoria meccanica, la teoria neuro-muscolare, la teoria embriogenetica.

Secondo la **teoria meccanica** il piede torto sarebbe attitudine viziosa fissata nella vita intrauterina per effetto di pressioni abnormi intrinseche ed estrinseche sugli arti inferiori del feto.

Tra le cause di pressioni più localizzate sono state segnalate sia l'avvolgimento del cordone attorno al piede, e più frequentemente le briglie amniotiche, sia le pressioni localizzate dei tumori uterini e pelvici.

Secondo la **teoria neuro-muscolare** (Bonnet e Guerrin) si ritiene che l'origine dell'attitudine viziata dipenda da un difetto di equilibrio muscolare, determinato da contrattura o da paralisi per lesioni nervose sia centrali che periferiche. Le lesioni muscolari sono state confermate da vari Autori, quelle nervose sono ancora oggetto di discussione.

La constatazione di lesioni ben caratterizzate del midollo e dell'encefalo, l'impressionante frequenza dei reperti radiografici di « spina bifida occulta », danno una nuova forza alla antica teoria nervosa del piede torto.

La **teoria embrio-genetica** ricerca l'origine della deformità nella evoluzione intima del piede embrionario prima, fetale poi, e si spiega sia per un vizio primitivo del germe sia per un arresto dello sviluppo.

Il trattamento del piede torto deve essere precoce. Alle manovre modellanti seguirà l'applicazione di apparecchi gessati rinnovati periodicamente, di tutori o di altri mezzi (cerotto, stecca ecc.).

Pur essendo di avviso che un gesso ben modellato sia il mezzo migliore, meglio tollerato e più correttivo, e quindi più sicuro, occorre però che tale trattamento sia continuato a lungo fino alla ipercorrezione; solo allora si sostituirà il gesso con la valva, e se l'età lo richieda, anche con la scarpa ortopedica.

E' tuttavia sostenuto da alcuni autori che il trattamento cruento può essere in alcuni casi più vantaggioso.

In Italia Mezzari è propulsore di un interventismo precoce che si traduce nell'allungamento del tendine di Achille con capsulotomia posteriore.

La direttiva della nostra scuola, suggerita da un'esperienza non comune, consiglia, però, di eseguire ancora il trattamento classico e cioè incruento, per lasciar luogo solo più tardi, in caso di insuccesso, all'intervento chirurgico.

Zanoli afferma: « Sono dell'avviso che non si debba abbandonare la cura incruenta di raddrizzamento progressivo. Molti piedi torti curati nei primi mesi possono perfettamente

guarire; se, poi, la ipercorrezione stenta a raggiungersi e si osserva che l'equinismo si corregge soprattutto a spese della tibio-tarsica accentuando il piattismo del piede, allora, ritengo che sia bene non indugiare ad intervenire con l'allungamento classico dell'achille e l'artrotomia della tibio-tarsica.

Ritengo, altresì, che si debba con più frequenza e fiducia praticare il trapianto del tibiale anteriore sul V metatarso, che premunisce dalle recidive ».

L'intervento chirurgico del piede torto, trova, quindi la sua indicazione o in casi in cui la correzione manuale non ha avuto successo o è stata incompleta (mancata correzione dello equinismo), oppure in quei casi che giungono troppo tardi alla osservazione per correggerli incruentamente.

A tale proposito, ricordo che la correzione violenta strumentale, che si otteneva con l'osteoplasta di Putti, non è più tollerabile.

Assolutamente superiore a tale sistema è l'intervento chirurgico che è meno violento, meno traumatizzante, e che dà modo al chirurgo di rendersi conto della sua azione.

Principale deformità del piede torto è l'equinismo, e l'intervento più usato è l'allungamento dell'achille.

Tale intervento si può realizzare con diverse tecniche: la prima è la tenotomia sottocutanea dell'achille; la seconda è la tenotomia a Z dell'achille (Bayer); la terza è la sezione frontale dell'achille (Volpius). Redard per l'allungamento breve dell'achille usa il taglio obliquo; Poncet pratica l'allungamento dell'achille a soffietto.

La capsulotomia posteriore si può dire che completa la correzione dell'equinismo e permette in modo soddisfacente e sicuro la riduzione nei suoi limiti anatomici, dell'articolazione tibio-tarsica.

Curare un piede torto è compito non facile; più difficile è premunirsi dalle recidive.

Spesso o per scarso controllo da parte del Medico, o più spesso per troppa faciloneria da parte dei pazienti, o di chi per essi, arti nei quali si era ottenuto un buon risultato, recidivano. Soprattutto il piede torto grave fetale tende a recidivare durante lo sviluppo e la crescita.

Le ossa risentono a lungo del loro primitivo deficit, e se non vi sono forze valide interne ed esterne che si oppongono, tendono a riprendere l'antica posizione di deformità.

Si è visto che non sempre una scarpa ortopedica vale a premunirci dalla recidiva, senza peraltro tener conto che detta scarpa è spesso invisa al paziente che tende ad abbandonarla.

Alla forza esterna della scarpa si tende sempre più oggi ad opporre una leva muscolare che riesca a mantenere la correzione ottenuta e sviluppi un'azione fisiologica più costante e direi più logica.

Con questo scopo sono state studiate vari tipi di trapianti tendinei quasi sempre con buoni risultati.

Fra il gruppo dei muscoli flessori dorsali del piede: tibiale anteriore, estensore proprio dell'alluce, ed estensore comune delle dita, tutti sinergici ed aventi la funzione di sostenere il piede nella sua fase di oscillazione, si è data da alcuni Autori la preferenza all'estensore comune delle dita, da altri all'estensore proprio dell'alluce; la nostra Scuola preferisce trapiantare il tibiale anteriore.

Ora senza sottovalutare l'azione dell'estensore proprio dell'alluce e dell'estensore comune delle dita, è logico che il tibiale anteriore è enormemente più valido di questi e, che contro la tendenza alla recidiva quasi sempre in equinismo e varismo, tale muscolo può sviluppare un'azione veramente considerevole ed è perciò da ritenersi come il più indicato.

Il tibiale anteriore che agisce nella sua sede come estensore ed adduttore, potrebbe essere, qualora sia lasciato in sito, un elemento capace di favorire la recidiva, mentre se portato all'esterno funziona attivamente solo come correttore.

Il trapianto del T. A. all'esterno, associato all'allungamento plastico dell'achille, può essere considerato come metodo di larga fiducia nella correzione del piede torto, specie nella prima età e cioè da un anno e mezzo ai quattro-cinque anni con media intorno ai tre anni.

E' questo evidentemente il periodo di elezione. Più tardi dopo i cinque anni il trapianto non basta da solo a correggere la deformità e perciò trova largo uso l'impiego di alcuni accorgimenti chirurgici (svuotamenti, resezioni cuneiformi, ecc.); anche in questi casi il trapianto del T. A. garantisce sia la perfezione della correzione sia un valido carico.

L'associazione alla duplice artrodesi è intervento più dell'età adulta ed in questo periodo si chiede al muscolo solo di mantenere la correzione che deve essere assicurata dall'intervento sulle parti ossee. E' evidente quindi, che il valore di questi risultati dipende più dalla correzione scheletrica che dalla efficacia del trapianto.

Il trapianto del T. A. ha una ripresa funzionale ottima, già dopo 20/30 giorni; alla rimozione del gesso troviamo spesso un trapianto funzionale che progredisce rapidamente fino a riacquistare in breve tempo all'esame elettrico la sua eccitabilità normale sia faradica che galvanica. La sua contrazione si esplica validamente e in buon sincronismo nel passo e soprattutto la sua forte tensione e validità permette a questi pazienti di abbandonare presto la scarpa ortopedica e calzare scarpe comuni.

Concludendo: il trapianto del T. A. trova nella cura del piede torto una ottima indicazione.

I suoi pregi si identificano essenzialmente nello spostare la sua funzione, che è quella di supinatore oltre che sospenditore del piede, a quella di pronatore, il che equivale a creare una forza attiva permanente che si oppone alla deformità e stabilizza la correzione.

Riassunto

L'Autore dopo alcuni brevi cenni sulla classificazione, etiopatogenesi ed alterazioni anatomico-patologiche del piede torto, sostenendo, per quanto riguarda il trattamento, che quello incruento è ancora il più indicato, ha illustrato il trapianto del tibiale anteriore nel trattamento chirurgico del piede torto.

Egli ritiene che tale trapianto debba essere eseguito con maggior fiducia, poichè trova nella cura del piede torto una ottima indicazione, e che i pregi si identificano nello spostare la funzione del tibiale anteriore, che è supinatore e sospenditore del piede, a quella di pronatore, il che equivale a creare una forza attiva permanente che si oppone alla deformità e stabilizza la correzione.