



DOTT. ANGELO CHIASSERINI

Sulla tiroidectomia totale per angina di petto e per scompenso cardiaco

DOTT. GIOVANNI PICARDI

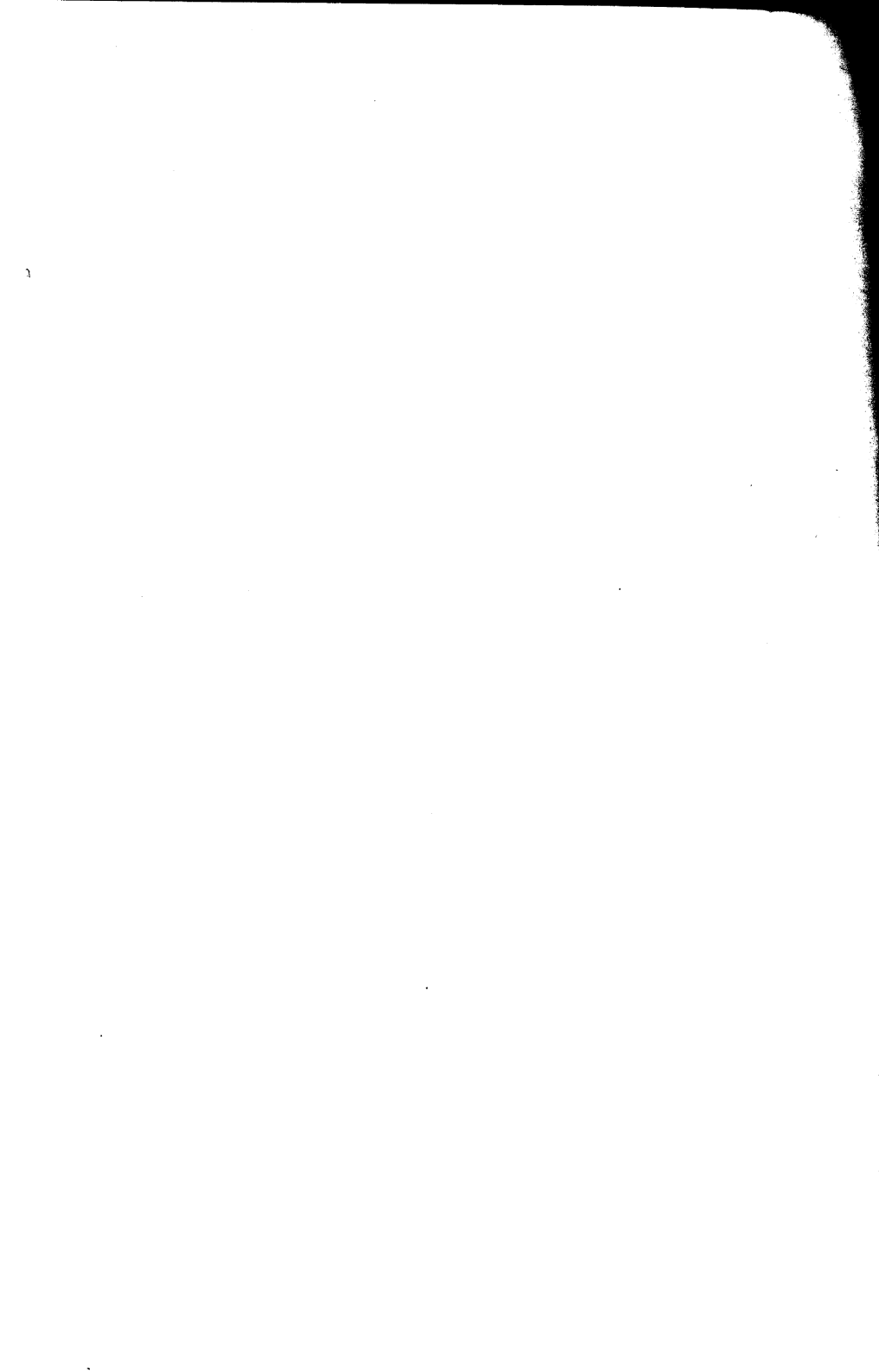
Dati anatomo-istologici concernenti alcune tiroidi asportate in casi di scompenso cardiaco e angina di petto

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Pratica), Vol. XLVI (N. 24, anno 1939)



R O M A
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »
N. 14 — Via Sistina — N. 14

—
1939-XVII



DOTT. ANGELO CHIASSERINI

**Sulla tiroidectomia totale per angina di petto
e per scompenso cardiaco**

DOTT. GIOVANNI PICARDI

**Dati anatomo-istologici concernenti alcune tiroidi asportate
in casi di scompenso cardiaco e angina di petto**

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Pratica), Vol. XLVI (N. 24, anno 1939)

R O M A

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

—
1939-XVII

PROPRIETÀ LETTERARIA

Roma, 1939, Stab. Tip. Armani di M. Courier.

PADIGLIONE FLAJANI DELL'OSPEDALE DEL LITTORIO IN ROMA

Sulla tiroidectomia totale per angina di petto e per scompenso cardiaco.

Dott. ANGELO CHIASSERINI

chirurgo primario degli Ospedali di Roma

Da quando nei primi mesi del 1935 pubblicai nella Sez. Pratica del *Policlinico*, indi comunicai alla Società Emiliano-Romagnola di Chirurgia il mio primo caso di tiroidectomia totale (t. t.) eseguita su di un malato sofferente di angina di petto, mi sono più volte chiesto, se non sarebbe stato opportuno di rendere noti anche i casi, che fossero successivamente capitati alla mia osservazione.

E confesso che sono rimasto sempre molto incerto, nonostante che in altre nazioni, e non solamente in America, le pubblicazioni su questo argomento si succedessero abbastanza frequentemente, e il campo della discussione si allargasse e si approfondisse.

La mia perplessità è derivata dal fatto che l'argomento della t. t. nell'angina di petto e nello scompenso cardiaco rappresenta un problema eminentemente medico-chirurgico, e, come tale, ha bisogno di una stretta collaborazione medico-chirurgica, per essere convenientemente trattato.

D'altra parte non mi sembrava giusto che presso di noi si continuasse a tacere su di un argomento che è certamente di grande importanza, o vi si accennasse solo incidentalmente, come in recenti lavori di Antonucci e di Sebastiani; e si lasciasse che i nostri medici pratici traessero le loro opinioni da riviste sintetiche e da giudizi fondati solo sulla esperienza altrui.

Lo scorso anno feci una comunicazione all'Accademia Lancisiana, sede, che certamente si sarebbe prestata per una utile discussione. Ma, per una ragione o per un'altra, una discussione ampia non ebbe luogo.

Ho perciò preso il coraggio a due mani, e mi sono deciso a scrivere questo articolo, sia per rendere noti i nostri risultati, sia con la speranza che altri colleghi, medici e chirurghi, possano portare il loro contributo d'esperienza e di giudizio.

È cosa ben nota che la proposta di asportare totalmente la tiroide, in casi ribelli di angina di petto e di gravi scompensi cardiaci congestizi, risale ad un gruppo di studiosi americani (Blumgart, Levine, Berlin) e che tale intervento fu praticato per la prima volta da Cutler e Schnitker verso la fine del 1932.

Già nella seconda metà del 1934 questi AA. potevano riferire su di un totale di 104 t. t., delle quali 50 per scompenso cardiaco e 54 per angina di petto. E fu proprio la lettura dei resoconti di queste comunicazioni, che, nell'ottobre 1934, mi indusse a parlare della cosa al collega prof. Sebastiani, col quale fu deciso che anche noi avremmo provato il metodo, che agli AA. americani sembrava aver dato dei risultati abbastanza promettenti.

Il prof. Sebastiani ci inviò i primi casi nei primi mesi del 1935.

Da allora a tutt'oggi io ho avuto occasione

di eseguire 11 tiroideomie totali, delle quali 2 per angina di petto e 9 per scompenso cardiaco grave. Di questi 11 malati 6 ci furono inviati dal prof. Sebastiani, 2 dal prof. Paterni, mentre 3, rivoltisi direttamente a me, furono osservati, prima e dopo l'intervento, dal prof. Sebastiani.

Di 8 di questi pazienti esiste una serie completa di ricerche eseguite dai sopradetti colleghi, mentre meno completi sono i dati funzionali negli altri 3 casi.

Non mi pare questo il luogo opportuno, per discutere le basi fisio-patologiche, che sembrano giustificare la t. t. nello scompenso cardiaco e nell'angina di petto. Esse sono del resto ben note, e furono riassunte anche da me nelle pubblicazioni sopracitate.

Basterà dire che con la tiroideomia totale ci si propone di abbassare il M. B. ad un grado tale da rendere il cuore sufficiente alle diminuite richieste dell'organismo.

Dedicherò solo poche righe alla tecnica operatoria, in quanto ad essa fu già accennato nei miei precedenti lavori.

Ho sempre operato in anestesia locale novocainica, facendola precedere da una iniezione di dilauid e di luminal, ed ho isolato i lobi tiroidei traverso una incisione della linea alba sottojoidea, senza sezionare i muscoli. Ho mobilizzato prima un lobo, poi l'altro, mantenendomi rasente alla capsula, ed ho cercato in ogni caso di scoprire i ricorrenti, per poterli meglio rispettare. Benchè non sia sempre riuscito a metterli in evidenza, non mi pare tuttavia di averli mai lesi.

Secondo Cutler e Schnitker « the only great difficulty in the operation is the preservation of the recurrent laryngeal nerve ».

Per quanto poi riguarda le paratiroidi, ho pure cercato di identificarle, ma assai spesso senza riuscirci almeno con sicurezza. E, a tale proposito, conviene dire che la identificazione di una paratiroide, non aumentata di volume, può essere assai indaginosa, e assai spesso incerta. Succede infatti non raramente (ed è successo anche a noi) di credere di aver isolato una paratiroide, mentre l'esame istologico dimostra che in realtà il nodicino asportato è formato da tessuto tiroideo.

Nel dubbio sarebbe necessario eseguire un esame istologico estemporaneo. Se ciò non è possibile, è meglio asportare tutti i noduli aderenti alla tiroide, anche se possa nascere il dubbio che essi possano corrispondere a delle paratiroidi, dato che è necessario che la tiroideomia sia assolutamente totale, e dato che,

come vedremo, i sintomi post-operatori, riferibili ad una carenza paratiroidea, non sono frequenti, e si possono con facilità controllare.

In tutti i casi abbiamo allacciato i peduncoli tiroidei superiori, ed in parecchi casi anche l'arteria tiroidea inferiore. Quest'ultima allacciatura non è tuttavia necessaria, e, quando la ricerca del vaso nella doccia carotico-tracheale riesca un po' indaginosa, conviene allacciarne le diramazioni, ma mano che si presentano.

Un metodo assai utile per mobilizzare la ghiandola, e che noi utilizziamo da vari anni in tutte le operazioni sulla tiroide, consiste nel fare delle trazioni sulla ghiandola a mezzo di fili di seta, che vi sono gradualmente passati.

Si possono così estrarre con una certa facilità i poli della ghiandola, senza che essa venga spremuta.

I casi da noi operati possono essere così riassunti:

Caso I. M. S., uomo di 67 anni, inviato dal prof. Sebastiani con diagnosi di angina di petto, insufficienza aortica, lues.

Il 7 marzo 1935, tiroideomia totale, con isolamento dei ricorrenti. Tiroide piccola. Non furono identificate le paratiroidi.

Decorso postoperatorio regolare. Scomparsa degli attacchi anginosi.

Dopo circa 2 anni ripresa di attacchi di angina di modica intensità.

SUCCESSIVAMENTE CIRROSI EPATICA. Morte nel maggio 1938, cioè dopo più di 3 anni dalla tiroideomia.

Caso II. C. R., donna di 59 anni, inviata dal prof. Sebastiani con diagnosi di morbo mitralico, fibrillazione auricolare, scompenso cardiaco grave.

Il 9 aprile 1935, tiroideomia totale. Non si riesce ad identificare i ricorrenti. Si impianta nei muscoli del collo un corpicciatolo, che ha l'aspetto di una paratiroide. Peso della tiroide: gr. 10.

Nelle ore consecutive all'intervento attacchi di cianosi, che tuttavia scompaiono rapidamente. Noto miglioramento. Dopo 3 mesi lievi segni di scompenso. Indi il miglioramento riprende.

Dopo vari mesi viene inviata in un ospizio per cronici.

Caso. III. T. G., uomo di 58 anni, inviato dal prof. Paterni con diagnosi di lues, insufficienza aortica, scompenso grave.

Il 13 luglio 1935, tiroideomia totale, con isolamento dei ricorrenti. Peso della tiroide: gr. 18.

Noto miglioramento con diminuzione degli edemi.

Chwostek positiva: somministrazione di Ca, e scomparsa del segno di Chwostek.

Il paziente commette irregolarità di vitto. Dopo 24 giorni attacco improvviso di cianosi e morte.

Esame anatomo-patologico: edemi diffusi, versamento pleurico, enorme ectasia aortica, aterosclerosi grave, insufficienza valvole aortiche, cor bo-

vinum (gr. 920), miocardite callosa, organi da stasi, ecc.

CASO IV. P. D., donna inviata dal prof. Sebastiani con diagnosi di lues, insufficienza aortica, angina pectoris, scompenso grave da circa 15 mesi. Ortopnea, edemi diffusi.

Il 6 agosto 1935, tiroidectomia totale (tiroide gr. 22).

Cianosi grave dopo alcune ore dall'intervento, indi miglioramento.

Morte improvvisa dopo 48 ore.

Reperto anatomico-patologico: edemi diffusi, idrotorace bilaterale, aortite luetica e insufficienza valvole aortiche. Il cuore pesa gr. 650; miocardio color foglia morta; polmoni da stasi con infarti disseminati; grosso infarto recente; organi da stasi.

CASO V. Donna di anni 59. Da tre anni dispnea da sforzo ed edemi. Morbo mitralico. Scompenso congestizio del cuore.

Il 4 maggio 1936, tiroidectomia totale (peso della tiroide: gr. 27). Notevole miglioramento. Lievi sintomi di tetania, che scompaiono con somministrazione di Ca.

La paziente torna a casa assai migliorata. Ma quivi non si sottopone ad alcun trattamento, riprendendo le faccende domestiche. Muore dopo circa 3 mesi.

CASO VI. M. E., donna di 31 anni, inviata dal prof. Sebastiani con diagnosi di morbo mitralico, fibrillazione auricolare, scompenso cardiaco grave.

Il 18 aprile 1936, tiroidectomia totale (peso della tiroide gr. 20). Un nodulo creduto come una paratiroide appare all'esame istologico formato da tessuto tiroideo.

Notevole miglioramento, che persiste dopo due anni.

CASO VII. D'A. P., donna di anni 27. Da tre anni scompenso cardiaco a ripetizione. Quando la paziente è vista da me, essa appare cianotica ed ortopnoica. Edemi gravi degli arti inferiori. Stenosi ed insufficienza mitralica. Fegato alla ombelicale trasversa.

L'11 gennaio 1937, tiroidectomia totale. Dopo qualche giorno lievi sintomi di tetania, che scompaiono dopo somministrazione di Ca. Il M. B., che prima dell'intervento era + 20, è disceso dopo un mese dall'intervento a — 19. Notevolissimo miglioramento. La paziente osservata a intervalli di mesi appare in perfetto compenso, ed è in grado di accudire a faccende non faticose. Essa tuttavia sembra un po' apatica.

CASO VIII. R. R., uomo di 52 anni, inviato dal prof. Sebastiani con diagnosi di angina pectoris. R. W.: negativa.

Il 20 marzo 1937 tiroidectomia totale. Peso della tiroide: gr. 15.

Scomparsa degli attacchi anginosi. Il paziente, che fa il gelaio in un chiosco, è stato ripetutamente osservato. Non ha più avuto alcun attacco.

CASO IX. M. A., donna di anni 25, inviata dal prof. Paterni con diagnosi di insufficienza mitralica, e scompenso grave. Lo scompenso si verifica ogni volta che la paziente sta molto in piedi, e si sottopone a sforzi anche lievi. R. W.: negativa.

Il 19 agosto 1937 tiroidectomia totale. Notevole miglioramento, che si è mantenuto.

CASO X. T. M., donna di 65 anni. Vizio composto della mitrale; scompenso cardiaco grave, con edemi diffusi e liquido libero nell'addome.

La paziente è portatrice di un voluminoso tumore addominale, diagnosticato come fibroma dell'utero.

Si crede che lo scompenso cardiaco possa essere determinato, o per lo meno aggravato, dalla presenza del tumore. Non si riesce con cure mediche a compensare la paziente. Il 2 agosto 1938 tiroidectomia totale. Notevole miglioramento. Dopo circa tre settimane la malata può essere messa in posizione di Trendelenburg, e può sopportare la rimozione di un voluminoso tumore pariente dall'ovaio sinistro. Nel cavo peritoneale esiste abbondante liquido sieroso-ematico, e la sierosa appare spessa e rugosa.

Andamento successivo discreto nei primi tempi. Successivamente ricompaiono edemi agli arti inferiori.

La paziente è riportata a casa (fuori di Roma) ed ha alternative di miglioramento e di peggioramento.

Muore improvvisamente dopo circa tre mesi.

CASO XI. B. I., donna di 35 anni, inviata dal prof. Sebastiani con diagnosi di vizio mitralico, fibrillazione, scompenso grave.

La paziente è anche affetta da calcolosi renale sinistra infetta.

Reazione di Wassermann neg. M. B. + 14.

Il 6 aprile 1939 in anestesia locale tiroidectomia totale. Non si identificano bene i ricorrenti. Peso della tiroide asportata: gr. 25.

Notevole miglioramento.

COMMENTI.

Non abbiamo la pretesa di servirci di questi 11 casi, per voler intervenire con qualche autorità nel complesso dibattito delle indicazioni e delle controindicazioni della tiroidectomia totale nello scompenso cardiaco e nell'angina di petto. Il fatto stesso di averli riferiti così brevemente, senza citare tutte le numerose e diligenti ricerche pre- e post-operatorie, che in 8 dei pazienti furono eseguite dai Colleghi, che ci inviarono i malati, dimostra che il nostro scopo è assai più modesto.

Vogliamo principalmente esaminare questi casi da un punto di vista clinico, dire cioè quali sono state le nostre impressioni sulle condizioni dei malati subito prima di operarli, durante e immediatamente dopo l'intervento, e a distanza più o meno grande di tempo da questo.

Cominciamo anzitutto col distinguere i casi di angina di petto da quelli di scompenso cardiaco.

Benchè i dei pazienti inviatici avessero avuto

crisi anginose, solo in due esisteva la classica sindrome dolorosa, senza segni evidenti di scompenso, mentre negli altri il quadro clinico era dominato dallo scompenso cardiaco.

Diremo perciò che la tiroidectomia totale fu eseguita in 9 pazienti per scompenso cardiaco, e in 2 per angina di petto.

Questi due ultimi corrispondono ai casi 1 e 8 dell'elenco.

Si trattava di uomini di 67 e 52 anni rispettivamente.

Il primo era luetico ed affetto da insufficienza aortica; nel secondo invece la reazione di Wassermann era negativa, e non pareva esistessero vizi cardiaci.

Il risultato è stato ottimo in quest'ultimo paziente, in quanto gli attacchi scomparvero immediatamente dopo l'intervento, nè si sono più presentati (a distanza di due anni dall'operazione), ed il paziente è in grado di attendere alle sue occupazioni.

Nel 1° caso si ebbe pure la immediata scomparsa della sindrome dolorosa, che ricomparve tardivamente e in modo attenuato. Il paziente venne a morte dopo circa tre anni, per cirrosi epatica.

L'ottimo risultato immediato verificatosi in questi due pazienti, e che corrisponde a quanto hanno osservato la quasi generalità di coloro, hanno avuto occasione di fare simili interventi, non è facilmente spiegabile. Esso non dipende certamente dall'abbassamento dell'M. B., che si verifica gradualmente nello spazio di tre-quattro settimane.

Blumgart ha supposto che la improvvisa cessazione della sindrome anginosa sia in rapporto con la interruzione di fibre sensitive cardiache, mentre Cutler è di avviso che essa sia da riportare ad una diminuita sensibilità della muscolare dei vasi coronari rispetto alla adrenalina, come conseguenza della scomparsa della secrezione tiroidea.

Qualunque sia la spiegazione ci sembra utile stabilire un raffronto fra i risultati ottenuti con la t. t., e quelli che seguono ad intervento sul simpatico cervico-toracico.

Ricorderò, a questo proposito, un caso da me operato nell'ospedale di Venezia nel 1930, in cui il paziente, affetto da insufficienza aortica, presentava uno stato di male anginoso. Si ebbe con la stelletomia sinistra la completa cessazione degli attacchi. Nè essi si ripetero durante i tre anni vissuti ancora dal paziente.

A questi raffronti non può essere tuttavia attribuito se non un valore di orientamento,

per varie ragioni, e soprattutto per il fatto che gli interventi vengono eseguiti per sindromi dolorose più o meno analoghe, ma in condizioni circolatorie spesso assai diverse.

Su 72 casi raccolti da Leriche nel 1932 (interventi soprastellari e con asportazione dello stellato) si ebbe circa il 13 % di morti precoci e, fra i sopravvissuti il 65 % di guarigioni o di grandi miglioramenti, e il 35 % di insuccessi.

Su altri 11 casi operati da Leriche non si ebbe mortalità precoce (entro il 1° mese). Se poi teniamo conto di ciò che Leriche chiama mortalità tardiva (lasso di tempo assai elastico, cioè da cinque settimane alla osservazione più lunga, che corrisponde a 7 anni) troviamo che essa è assai alta e precisamente di 26 casi sui 71 sopravvissuti del primo elenco, e di 3 sugli 11 casi personali. Leriche afferma che il calcolo della mortalità tardiva ha una importanza relativa, per giudicare del valore delle operazioni sul simpatico, in quanto essa è in rapporto con la evoluzione della malattia cardiaca, e non ha a che fare con l'intervento chirurgico.

È probabile che questa affermazione, benché non provata, possa corrispondere al vero.

Un intervento, certamente anche meno grave, consiste nella iniezione di alcool nei gangli dorsali. Con questo procedimento White, Smithwick e W. J. Mixer del Massachusetts General Hospital hanno ottenuto 26 guarigioni cliniche su 46 pazienti di forme gravi di a. p. (circa il 56 %). Mancano i risultati tardivi.

Per ciò che riguarda i risultati dopo t. t. troviamo su 54 casi appartenenti a vari chirurghi (1934) 4 morti operatorie e 4 morti precoci (circa 15 %) e 85 % di guarigioni cliniche e di miglioramenti. In una statistica più recente (1937) Parsons e Purks raccolgono 133 casi di t. t. eseguite da vari chirurghi. La mortalità operatoria è assai bassa in questa numerosa serie (appena il 4 %), e i risultati soddisfacenti sono dell'80-90 %.

A giudicare dai dati sopraferiti, si dovrebbe concludere che i risultati della simpatectomia cervicale o cervico-toracica sono inferiori a quelli ottenuti con la tiroidectomia totale.

A me sembra tuttavia che questa conclusione non sia del tutto giusta. Per le seguenti ragioni: una larga esperienza della simpatectomia cervico-tracica, eseguita in svariate affezioni, mi ha dimostrato che l'intervento è assai bene sopportato dai malati.

D'altra parte la t. t., anch'essa ben soppor-

tata, se bene eseguita, costituisce tuttavia una mutilazione, che, pure potendo essere corretta, lascia il suo stampo sulla psicologia dei pazienti.

Secondo me nei casi di angina di petto, senza lesioni cardiache evidenti, o almeno senza segni di scompenso, si dovrebbe dar la preferenza alla simpatectomia cervico-toracica (o alla sola stellectomia), riserbando la t. t. a quei casi, in cui, accanto alla sindrome dolorosa, esistono segni di scompenso cardiaco.

★★

Venendo ora alla t. t. nello scompenso cardiaco troviamo che noi l'abbiamo eseguita in 9 casi.

Due pazienti sono morti, mentre erano ancora degenti nel nostro reparto, e precisamente una dopo 48 ore dall'intervento, l'altro dopo 24 giorni. Si trattava in ambedue i casi di affezioni cardiache in rapporto con la lues, e precisamente di insufficienza aortica, con gravi lesioni miocardiche e sintomi di scompenso di altissimo grado, che non risentivano affatto, non solo dei medicamenti, ma neppure del riposo assoluto in letto.

Basta leggere il sunto soprariportato dei reperti autopsici, per farsi una idea del grado raggiunto dalle lesioni dell'apparecchio circolatorio.

La paziente deceduta 48 ore dopo l'intervento, e che subito dopo l'operazione aveva avuto una crisi di cianosi, appariva certamente in condizioni, che lo stesso collega, che ci inviò la paziente, considerava come disperate. E soltanto per questa si può pensare che la tiroidectomia abbia affrettato l'esito. L'autopsia infatti dimostrò, accanto a lesioni di vecchia data, un infarto massivo di un polmone, che certamente fu la causa diretta della morte improvvisa.

Ma per l'altro paziente deceduto dopo 24 giorni, e per altre due morte rispettivamente dopo 2 e 3 mesi, non sembra che l'esito letale possa essere messo in rapporto con l'intervento. Chè in tutti e tre questi pazienti si ebbe per qualche tempo dopo la tiroidectomia un deciso miglioramento. Esso fu tale in un caso (paziente di 65 anni, n. 10) che fu possibile eseguire, dopo circa 3 settimane dalla t. t., un intervento laparotomico, per asportare un voluminoso tumore ovarico.

Non è da escludere che la non corretta osservanza delle cure mediche e delle regole dietetiche abbia contribuito, in questi casi, al successivo peggioramento.

Ma è da ricordare che almeno in tre di questi 4 pazienti non si era potuto ottenere neppure un compenso relativo col riposo in letto, ed in due di questi la reazione di Wassermann era nettamente positiva. Ora, secondo l'opinione di coloro, che hanno maggiore esperienza in questa materia, l'operazione sarebbe controindicata in quei pazienti, nei quali non è possibile ottenere un compenso, neppure relativo, con le cure mediche ed il riposo in letto; e nelle affezioni luetiche. In queste per la tendenza alla progressività dell'affezione cardiaca; in quelli per il fatto che la resistenza alle cure mediche ed al riposo assoluto in letto è un indice di una insufficiente forza di riserva del cuore.

Un'altra controindicazione sarebbe data dalla esistenza di un M. B. preoperatorio molto basso (— 20).

Effettivamente il problema delle « indicazioni » all'intervento domina tutta la questione; e a sua volta la possibilità di stabilire la « indicazione » sembra identificarsi con la necessità di misurare la forza di riserva del cuore. Si tratta di un problema eminentemente medico, e che può essere risolto solo da medici specializzati.

Per questo io mi limito solo ad accennarlo, con la speranza che questo mio articolo possa spingere qualcuno dei nostri eccellenti colleghi ad offrirci le loro delucidazioni.

Ma anche il chirurgo ha la sua voce in materia. A parte il fatto che egli esegue l'operazione, e non deve provocare danni collaterali (soprattutto lesioni del ricorrente), egli è il giudice più diretto delle reazioni post-operatorie, e, se la sua esperienza è abbastanza larga, può, anche dal punto di vista puramente clinico, arrivare a farsi una opinione sul problema delle indicazioni.

Le quali, se debbono tener conto della mortalità operatoria, o di quella precoce, trovano anche la loro giustificazione o la loro condanna negli esiti a distanza di tempo.

La nostra piccola serie di casi non è certamente sufficiente per poter formarsi una idea sugli esiti lontani dopo la t. t.

Abbiamo 4 casi operati da 2 a 4 anni, nei quali si è avuto un certo grado di miglioramento. In una paziente di 59 anni questo miglioramento è stato di grado modico, mentre esso è stato assai notevole negli altri tre casi. In tutti e tre questi casi (n. 6, 7, 9) si trattava di donne giovani, 31, 27, 25 anni rispettivamente), affette da vizio composto della mitrale, con fibrillazione, con reazione di Wassermann negativa. Le pazienti avevano avuto

varie crisi di scompenso, che tuttavia aveva potuto essere corretto, almeno parzialmente, col riposo assoluto.

Questi casi sembrerebbero confermare le affermazioni più generalmente ammesse sulle indicazioni all'intervento: possibilità di ottenere il compenso col riposo assoluto, affezione non di origine sifilitica. Aggiungiamo che in tutti e tre questi casi, in cui il miglioramento è stato veramente notevole, e si mantiene da qualche anno, si trattava di pazienti giovani.

★★

Se ora diamo un breve sguardo a quanto dicono alcuni AA., che si sono occupati dell'argomento, vedremo che le opinioni sono tutt'altro che concordanti. Parsons e Purks hanno avuto l'idea di inviare un questionario ai chirurghi americani, che avevano eseguito delle t. t. Su 677 invii ebbero 342 risposte, dalle quali si desume che a quell'epoca (1937) solo 59 chirurghi avevano un certo numero di interventi.

Su 229 t. t. per scompenso cardiaco si ebbe il 10,5 % di mortalità operatoria o post-operatoria (entro la prima settimana). Risultati eccellenti e buoni, anche a distanza di anni, si ebbero nel 63 % dei casi.

Parsons e Purks affermano che si tratta di una cura sintomatica, e che non si può dire ancora se essa riesca a prolungare la durata della vita. Dicono inoltre che la scelta dei pazienti da operare ha la più grande importanza, e che gli operati debbono restare sotto sorveglianza medica.

Nella discussione della relazione di questi AA., Frank H. Lahey, sulla base di 27 casi da lui operati, afferma di non essere entusiasta della t. t., per il trattamento dello scompenso cardiaco, in quanto questi pazienti hanno una forza cardiaca di riserva assai limitata, e il mixedema tiroideo-privo ha di per sé un effetto dannoso sul cuore. La maggior parte dei pazienti si è nuovamente scompensata ed è morta. Secondo Lahey la t. t. è una operazione difficile, che ha una mortalità, ed offre delle complicazioni. Col tempo, egli dice, sarà impiegata solo occasionalmente su indicazioni di cardiologi competenti, i quali si baseranno sulla forza di riserva del cuore.

Un chirurgo europeo, il Mandl, è di opinione assai diversa. Scriveva nel 1937 di aver eseguito 30 t. t., per varie affezioni cardiache, e riferiva sui primi 17 casi, fra i quali si trovavano 8 t. t. per vizi cardiaci gravi in stato di

scompenso resistente alle cure mediche. Fra questi ultimi un paziente morì dopo 3 mesi. Egli afferma di non aver mai osservato mixedema grave, e solo raramente sintomi lievi di tetania. Conclude dicendo che la t. t. rappresenta un metodo di cura che è destinato ad affermarsi.

Ho voluto qui, fra le tante opinioni espresse, ricordarne una pessimista, una ottimista, ed una intermedia.

Ma anche il pessimista Lahey afferma che la t. t. può trovare le sue indicazioni, se pure eccezionali.

Ripetiamo che noi non possiamo esprimere una opinione personale, basata su fatti incontrovertibili.

Per far questo sarebbe necessaria una esperienza molto più vasta e una osservazione più prolungata; e, anche in tali circostanze richiederebbero l'avallo dei colleghi medici, che ci avessero inviato i malati.

Possiamo tuttavia dire quali sono le nostre impressioni, alcune delle quali (quelle che si riferiscono all'operazione in sé e ad alcune osservazioni post-operatorie) hanno un valore probativo.

Dobbiamo anzitutto dire che la tiroidectomia totale, eseguita in anestesia locale, senza taglio dei muscoli sottoioidei, rappresenta una operazione tipica, che deve essere eseguita con accuratezza, per evitare una lesione dei ricorrenti, e che è di solito sopportata abbastanza bene anche da malati in scompenso grave.

Secondo la statistica raccolta da Parsons e Purks lesioni unilaterali del ricorrente si sono verificate in circa l'8 % dei casi, ma io credo che nelle statistiche di singoli chirurghi, che abbiano una notevole esperienza di queste operazioni, tale percentuale dovrebbe ridursi notevolmente.

La mortalità post-operatoria precoce (nella prima settimana) calcolata a circa il 10,5 %, potrà essere ridotta, quando l'intervento non venga esteso a casi di scompenso troppo avanzato. Noi abbiamo avuto un esito letale precoce (dopo 48 ore) su 11 casi, ed esso si verificò proprio in una paziente, che al momento dell'intervento era in condizioni eccezionalmente gravi. Come ho già detto all'inizio di questo articolo, non credo sia necessario, durante l'operazione, di preoccuparsi eccessivamente di non asportare tutte le paratiroidi. A parte la difficoltà di riconoscerle con sicurezza (se non a mezzo di un esame istologico estemporaneo), la dissezione della tiroide, tenendosi in immediata vicinanza della capsula, permet-

te in parecchi casi di lasciare in situ uno o più paratiroidi.

Accade tuttavia di osservare dei sintomi di lieve tetania in alcuni dei pazienti operati, ed anche noi li abbiamo notati in 3 casi nei giorni immediatamente successivi all'intervento. Tali sintomi (Chwostek positivo, senso di freddo alle estremità, parestesie) sono prontamente scomparsi in seguito ad iniezioni endovenose di Ca.

La conseguenza più grave della tiroidectomia totale, il mixedema, non è di solito osservata in questi pazienti, in quanto allorché il M. B. si sia abbassato verso — 30, un'ulteriore discesa viene impedita col somministrare degli estratti tiroidei.

Una tale somministrazione deve essere accuratamente regolata. E ciò non solo per impedire la comparsa di sintomi di mixedema da un lato, ma anche per evitare che il M. B. torni a salire di troppo, frustrando così gli effetti della tiroidectomia. La somministrazione oculata di estratti tiroidei dovrebbe anche poter eliminare, o per lo meno attenuare, quello stato di apatia, e in genere quei cambiamenti del carattere, che tendono a verificarsi dopo la tiroidectomia totale.

E tuttavia sorprendente, ed in contrasto con le cognizioni classiche, il fatto che la tiroidectomia totale può essere tollerata in modo veramente sorprendente in alcuni casi. Ad esempio nella paziente n. 9, operata da più di due anni, il M. B. si mantiene sui — 30, e gli unici sintomi clinici, che rivelano una carenza tiroidea, sono dati da un grado notevole di apatia e da una lieve diminuzione dell'intelligenza.

In un altro paziente, operato circa due anni or sono di tiroidectomia totale per supposto tumore maligno della tiroide (in realtà si trattava di una tiroidite lignea) gli unici sintomi morbosi consistono in un lievissimo grado di succulenza dei tessuti, ed in un colorito pallido della cute.

E finalmente assai scarse deviazioni della norma mostra il paziente n. 8 operato di t. t. per angina di petto.

Non va inoltre taciuto che dopo t. t. è stato possibile eseguire degli interventi, anche importanti, in casi in cui tali interventi non erano prima fattibili, per lo stato di scompenso, in cui i pazienti si trovavano. Così Mandl ricorda di aver potuto operare di asportazione del retto per cancro un paziente, sofferente di asma cardiaco, dopoché con la t. t. gli attacchi di asma erano scomparsi. E. fra i miei

casi, ve ne ha uno, in cui la rimozione di un tumore ovarico fu possibile solo dopo aver ottenuto uno stato di compenso relativo a mezzo della tiroidectomia totale.

L'ultima nostra paziente, di recente operata di t. t., è affetta da calcolosi renale infetta. Ed è nostro proponimento, qualora si possa stabilire il compenso cardiaco, di trattare successivamente la calcolosi renale.

CONCLUSIONI.

Il trattamento dell'angina di petto e dello scompenso cardiaco a mezzo della tiroidectomia totale deve essere regolato in intima collaborazione fra medico e chirurgo.

Per quanto riguarda l'angina di petto, dato che per essa esistono anche altri metodi chirurgici abbastanza efficaci, si propone che per l'a. d. p. con scarse lesioni cardiache e senza sintomi di scompenso, sia data la preferenza agli interventi sul simpatico cervico-toracico, mentre per le forme con scompenso cardiaco è forse preferibile ricorrere direttamente alla t. t.

Per quanto si riferisce alla t. t. nello scompenso cardiaco, sembra fuori dubbio che la maggior parte degli insuccessi debba essere attribuito all'aver sottoposto all'intervento dei casi, per i quali, come si suol dire, non c'era più nulla da fare. E più esattamente al non aver tenuto conto delle indicazioni e delle controindicazioni.

Queste debbono essere stabilite da competenti cardiologi.

Allorché al chirurgo saranno inviati pazienti, che si trovino nelle condizioni, alle quali abbiamo fatto cenno in questo lavoro, è assai probabile che la t. t. darà risultati prossimi e remoti soddisfacenti.

La t. t. rappresenta una operazione ben regolata, e che, eseguita da chirurghi competenti, è ben sopportata da questi malati.

Non sembra necessario di preoccuparsi eccessivamente di ricercare le paratiroidi, per poterle rispettare.

Sintomi paratireoprivi, dopo la t. t. eseguita secondo determinate regole, non sono frequenti, appaiono piuttosto lievi, e possono essere eliminati con somministrazione di Ca.

Bisogna invece preoccuparsi di rispettare i ricorrenti.

Sintomi di carenza tiroidea si stabiliscono di solito quando il M. B. è disceso oltre — 30.

Essi possono essere eliminati, o molto ridotti, con una regolata somministrazione di estratti tiroidei.

La t. t. non rappresenta che una tappa, sia pure importante, nella cura dello scompenso cardiaco. I pazienti operati non dovranno sottrarsi ai controlli ed alla cura del cardiologo.

In qualche caso la t. t., eliminando lo scompenso cardiaco, ha reso possibile il compimento di altri interventi chirurgici sugli stessi pazienti.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce brevemente su 11 casi di tiroidectomia totale eseguita per angina di petto (2 casi) e per scompenso cardiaco (9 casi).

Fa alcuni rilievi sulla tecnica operatoria; e

si intrattiene sul problema delle indicazioni, e sugli esiti immediati e a distanza di tempo.

BIBLIOGRAFIA.

- ANTONUCCI. Riv. Ital. di Endocrino, ecc., 1935.
 Id. Policlinico, Sez. prat., 1937.
 CHIASSERINI. Policlinico, Sez. prat., 1935.
 Id. Soc. Emiliano-Romagnola di chirurgia, 1935.
 Id. Res. Accad. Lancisiana, 1938.
 ELLIOT, CUTLER, SCHNITKER. Ann. Surg., 1934.
 F. LAHEY, Ann. Surg., 1937.
 MANDL. Zentr. f. Chir., 1937.
 MIXTER, BLUMGART. Ann. Surg. Berlin, 1934.
 PARSONS e PURKS. Ann. Surg., 1937.
 SEBASTIANI. Policlinico, Sez. prat., 1937.

PADIGLIONE FLAJANI DELL'OSPEDALE DEL LITTORIO IN ROMA

Prof. Dott. ANGELO CHIASSERINI

chirurgo primario.

Dati anatomo-istologici concernenti alcune tiroidi asportate in casi di scompenso cardiaco e angina di petto.

Dott. GIOVANNI PICARDI, aiuto.

Riferiamo brevemente su alcuni dati anatomo-istologici di nove delle tiroidi asportate dal prof. Chiasserini in pazienti affetti da scompenso cardiaco o angina di petto.

Casi esaminati:

Caso I. — D'A. Paolina, di a. 27. Affetta da vizio composto della mitrale con scompenso cardiaco.

La tiroide asportata appare di forma e grandezza normali; non vi si nota piramide di Morgagni.

L'esame istologico dimostra: alveoli in gran parte voluminosi, vescicole ed epiteli appiattiti e ricchissimi di colloide cromaticamente omogenea. Scarsissimo tessuto interalveolare.

Caso II. — M. A. di a. 25. Insufficienza mitralica, scompenso cardiaco.

Tiroide asportata appare di forma e grandezza normali.

Esame istologico: la maggior parte dei lobuli è formata da alveoli prevalentemente di medie dimensioni con epiteli cubico e colloide omogenea e scarso tessuto interalveolare.

Alla periferia vi è un lobulo con segni di sclerosi e atrofia degli alveoli.

Caso III. — C. Rosa di a. 59. Scompenso cardiaco. Fibrillazione auricolare.

La tiroide asportata appare piccola: pesa 10 gr. L'esame istologico dà: alveoli prevalentemente di medie dimensioni pieni di colloide omogenea. Epitelo appiattito. Scarso tessuto interstiziale.

Caso IV. — M. Serafino. Angina pectoris. Segni clinici di bronchite.

La tiroide asportata appare di forma e grandezza normali.

L'esame istologico dimostra: lobulazione evidente. Si alternano alveoli piccoli e medi con epiteli appiattiti e pieni di colloide e a forma spesso irregolare.

Un lobulo periferico appare in condizioni patologiche per il pallore degli epiteli (ischemia?). Una grossa arteria sita alla periferia presenta in parte una frammentazione, ma senza sfibrillamento, della limitante elastica interna. In un altro punto vi è tubercolo elementare quasi certamente di natura specifica. Non se ne vedono altri.

Caso V. — P. Francesca di a. 56. Insufficienza aortica. Insufficienza mitralica relativa. Angina pectoris. Lues.

La tiroide (gr. 22) è di forma normale; verso la parte inferiore dell'istmo esiste una piccola cisti.

Esame istologico: alveoli quasi tutti di grandi dimensioni con epiteli estremamente appiattiti ripieni di colloide chiara omogenea. Piccole isole

con alveoli di piccole dimensioni con colloide più densa.

Caso VI. — R. Romolo di a. 52. Angina pectoris.

Tiroide di forma normale (gr. 15).

Esame istologico: alveoli di varie dimensioni, pieni di colloide omogenea. Epitelio appiattito.

Caso VII. — T. Giuseppe di a. 55. Insufficienza cardiaca ed insufficienza aortica.

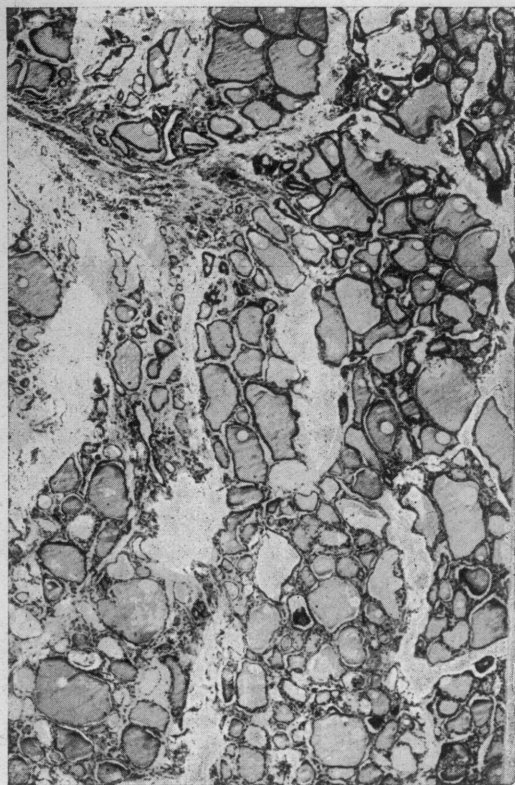


FIG. 1. — Alveoli di varia grandezza, cellule appiattite.

Tiroide (gr. 18) con lobo medio sviluppato.

Esame istologico: Alveoli di varie dimensioni i quali appaiono anziché sferoidali, come sono di regola quelli a contenuto colloideo normale, a contorno irregolare e come raggrinziti.

L'epitelio appiattito e il contenuto è rappresentato da una delicata trama finemente reticolare che solo in qualche alveolo si condensa a formare una massa omogenea come la normale colloide. Gli spazi interalveolari sono evidenti, finemente fibrillari, edematosi. Nessun segno flogistico.

Caso VIII. — M. Ernesta di a. 31. Stenosi e insufficienza mitralica. Fibrillazione auricolare.

Tiroide (gr. 20) di forma normale.

Esame istologico: evidente la suddivisione in lobuli nei quali gli alveoli sono di forma regolare, hanno epitelio appiattito e contengono una

colloide poco colorabile e di apparenza poco compatta. Particolarmente evidente un ampio strato di colloide extralveolare che non si può escludere dovuta a rottura dell'epitelio e successiva retrazione. Connettivo interalveolare assai evidente.

Caso IX. — M. A. Scompenso cardiaco. Tiroide di forma normale.

Esame istologico: Alveoli di varie dimensioni, alcuni addirittura cistici. Tutti con epitelio appiattito e pieni di colloide omogenea. Scarso tessuto interalveolare.

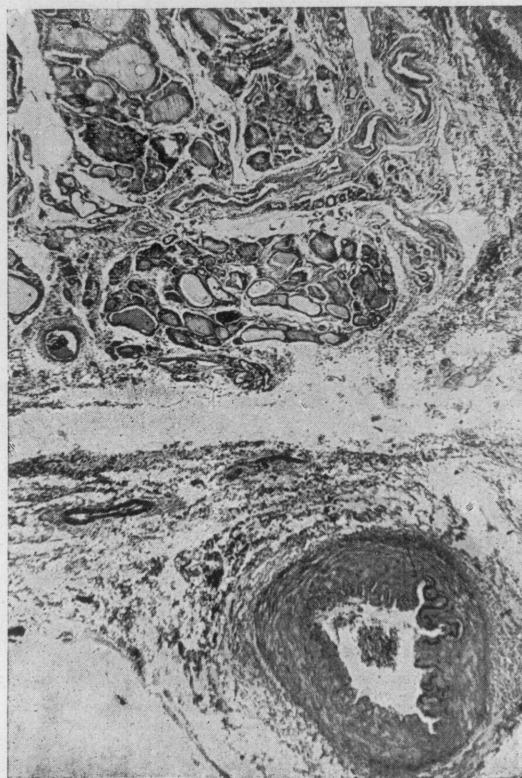


FIG. 2. — Arteria con frammentazione della limitante elastica interna.

Dal risultato degli esami eseguiti si rileva in complesso e nella grande maggioranza dei casi un aspetto delle tiroidi che non differisce da quello normale, se non per le dimensioni della ghiandola, che spesso sono inferiori alla media.

Dal punto di vista istologico si rileva una struttura molto vicina a quella normale.

Unico fatto che ricorre spesso in queste tiroidi è la grandezza degli alveoli spesso ridotta e l'aspetto appiattito delle cellule (fig. 1).

Soltanto in due casi abbiamo un aspetto patologico e precisamente nel caso IV, troviamo che una grossa arteria sita alla periferia (fig. 2) presenta in parte una frammentazione della li-

mitante elastica interna. In un altro punto vi è un tubercolo elementare quasi certamente di natura specifica (fig. 3). Il paziente presentava segni clinici di bronchite.

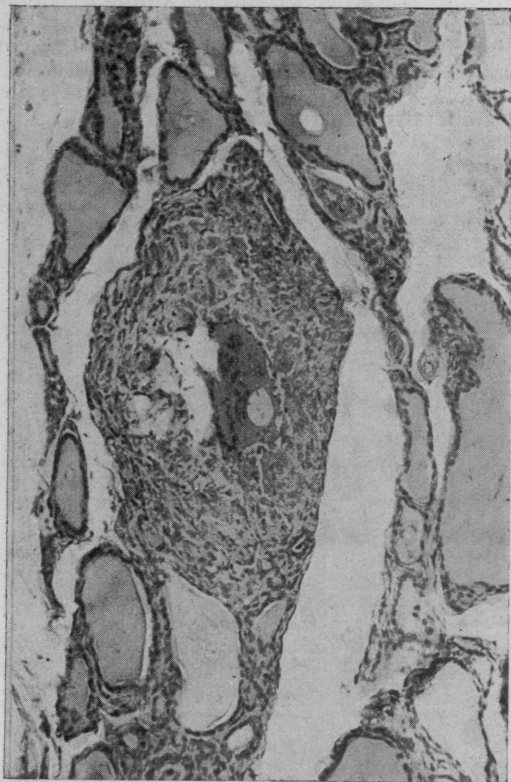


FIG. 3. — Tubercolo elementare.

Nel caso IV (fig. 4), si hanno alveoli di varie dimensioni i quali appaiono anzichè sferoidali, a contorno irregolare e come raggrinziti. L'epitelio è appiattito e il contenuto è rappresentato da una delicata trama finemente reticolare che solo in qualche alveolo si condensa

a formare una massa omogenea come la normale colloide.

Tengo a ringraziare il prof. Vernoni per la sua assistenza nella interpretazione dei preparati istologici.

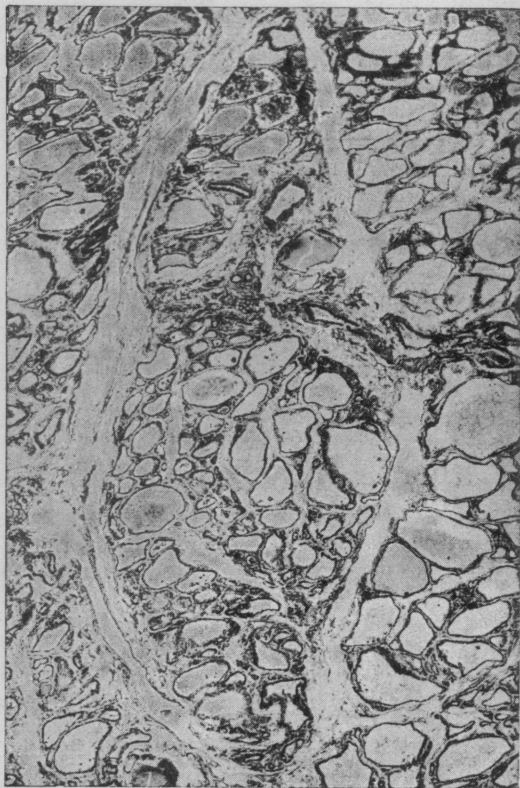


FIG. 4. — Alveoli a contorno irregolare, epiteli appiattiti e contenuto costituito da delicata trama finemente reticolare.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce su alcuni dati anatomo-istologici di 9 tiroidi asportate in casi di scompenso cardiaco e angina di petto.

832057

58754



"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da Guido Baccelli e Francesco Durante
diretto dai proff. CESARE FRUGONI e ROBERTO ALESSANDRI

Collaboratori: Clinici, Professori e Dottori italiani e stranieri

Si pubblica a ROMA in tre sezioni distinte:

Medica - Chirurgica - Pratica

IL POLICLINICO

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

LA SEZIONE PRATICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO

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

PREZZI DI ABBONAMENTO ANNUO		Italia	Estero
Singoli:			
1) Alla sola sezione pratica (settimanale)	L. 70	—	L. 115
1-a) Alla sola sezione medica (mensile)	» 35	—	» 65
1-b) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	» 35	—	» 65
Cumulativi:			
2) Alle due sezioni (pratica e medica)	» 110	—	» 165
3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica)	» 110	—	» 165
4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica)	» 140	—	» 195
Un numero della sezione medica o chirurgica	L. 6,	della pratica	L. 4

Il Policlinico si pubblica sei volte il mese.

La Sezione medica e la Sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli mensili illustrati di 48-64 pagine ed oltre, che in fine d'anno formano due distinti volumi.

La Sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32-36-40 pagine, oltre la copertina.

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

L'abbonamento non disdetto prima del 1° Dicembre, si intende confermato per l'anno successivo

Indirizzare Vaglia postale, Chèques e Vaglia Bancari all'editore del "Policlinico", LUIGI POZZI

Uffici di Redazione e Amministrazione: Via Salaria, 14 — Roma (Telefono 42-309)