

La concomitanza del gozzo, del cretinismo e del sordomutismo coll'adenoidismo è stata osservata, fra gli altri, da BIRCHER e da WAGNER. HABERMANN in ricerche anatomopatologiche e cliniche fatte su cretini, riscontrò spesso notevole ipertrofia della tonsilla faringea. Lo stesso fatto venne asserito da ALEXANDER. Che le vegetazioni adenoidi siano frequenti nel cretinismo è stato messo in rilievo anche dalle osservazioni istituite sui cretini di Valdaosta dal DE SIMONI; frequenza pure constatata da RIVIÈRE e RAJER, nelle regioni dove è endemico il gozzo. Ed il cretinismo è ritenuto quale esponente di sindrome endocrina.

Vegetazioni adenoidi sono state riscontrate (Poppi) nel morbo di Addison. Tale concomitanza non era causale perchè l'adenotomia ha portato seco in tutti i casi un miglioramento nei sintomi fondamentali della malattia. Vegetazioni adenoidi sono state trovate anche in numerosi basedowiani e frequentemente in individui mixoedematosi.

Che le vegetazioni adenoidi esercitino una influenza sul dinamismo somatico in maniera analoga a quella che esercitano la tiroide, le paratiroidi, le ovaie ed altre ghiandole a secrezione interna è dimostrato dalle modificazioni che si verificano negli individui, cui dette formazioni patologiche furono asportate.

Ragazzi con catarri oculari cronici, con flittene ed ulcerazioni della cornea guariti rapidamente in seguito all'asportazione delle vegetazioni adenoidi (Arslan, Poppi), mentre si erano mostrati ribelli ai ricostituenti, ai bagni di mare ecc.; giovani addisoniani notevolmente

e rapidamente migliorati, ed in via di guarigione (Poppi), dei principali sintomi della sindrome suddetta; basedowiani conclamati ugualmente migliorati e guariti in seguito all'esportazione di vegetazioni adenoidi (Arslan, Holz, Poppi, ecc.).

Tutti questi singoli fatti vengono adunque a dimostrare che le tonsille (quella faringea in prima linea) si comportano nè più nè meno che come le ghiandole endocrine meglio conosciute finora.

La concomitanza poi delle vegetazioni adenoidi con sindromi morbose endocrine come il morbo di Basedow, di Addison, il mixoedema, il cretinismo, e la influenza che la adenotomia ha, in molti casi, su queste sindromi e viceversa poi la comparsa di tali sindromi in seguito all'asportazione delle vegetazioni adenoidi ci mostrano ancora l'esistenza di un intimo legame anatomico e funzionale fra le varie ghiandole endocrine, come per primo aveva già supposto il PINÈLES; e come ultimamente anche il PENDE ritiene. Per questo A., mentre ogni ghiandola endocrina ha una funzione strettamente specifica, non sostituibile dalle altre, le ghiandole endocrine sono collegate fra loro da rapporti chimici e nervosi e sono funzionalmente sinergiche, dimodochè in ognuna delle sindromi cliniche distrofiche da esse causate, deve vedersi la partecipazione morbosa di tutto il sistema endocrino, sebbene possa nei singoli casi dominare la alterazione di una ghiandola sulle alterazioni delle altre.

Tutto adunque concorda nel far ritenere che l'adenoidismo sia una sindrome endocrina; e mentre questa ipotesi viene a dare plausibile e soddisfacente spiega-

gazione di ogni sintomo inerente alla presenza delle vegetazioni adenoidi, coloro che non dividono tale opinione, debbono ricorrere ad altre teorie e ad altre ipotesi che, per il loro semplicismo, non reggono al primo soffio della critica.

Dicono costoro: tutte le manifestazioni morbose che si incontrano nella iperplasia adenoidea, dai disturbi locali a quelli degli organi dei sensi, a quelli nervosi, a quelli relativi alla psiche, ai disturbi trofici, ai disturbi generali dell'organismo, a quelli del sistema scheletrico, sono tutte manifestazioni cliniche dirette o riflesse di ostruzione, di ostacolata respirazione nasale e di mancata ossigenazione del sangue.

Teoria assai semplicistica questa che non può soddisfare chiunque voglia studiare un po' profondamente il problema.

La dottrina che fa dipendere tutto il complesso quadro dell'adenoidismo dal fatto meccanico dell'ostruzione più o meno completa dell'orofaringe, ha in suo favore la dimostrazione precisa, incontrovertibile, inoppugnabile dei fatti? Onestamente nessuno lo potrebbe affermare. Tolti gli zelanti, i quali rifiutano anche la discussione, e spiegano tutto, cercando nella inesauribile fertilità della loro fantasia le più cavillose, le più speciose ragioni in pro della teoria; tolti coloro che parlano per sentito dire, gli altri, gli osservatori spassionati, pur tenendo presente quanto ci può essere di buono, ravvisano i punti deboli della teoria, e onestamente li dicono.

Se dunque alcuni sintomi possono dipendere, e sono

bene spiegabili, colla ostruzione meccanica dell'orofaringe, i sintomi fondamentali e più gravi dell'adenoidismo sfuggono completamente a questa dottrina. Così mentre si potrà concordare coi sostenitori della teoria in parola che la oppressione respiratoria, la voce nasale, i raffreddori frequenti, l'otalgia, i disturbi dell'udito, dell'olfatto e del gusto ecc., compresi forse, almeno in parte, anche i frequenti accessi cefalalgici (dovuti ad iperemia e stasi venosa dei seni frontali) dipendano dal fatto meccanico della ostruzione dell'orofaringe e dalla ostacolata respirazione nasale, non si può, a parer mio, ritenere che i disturbi a carico della psiche, l'alterata crasi sanguigna, la cachessia, la caratteristica *facies*, le malformazioni scheletriche, l'enuresi, le convulsioni, la tetania ecc., siano fatti riflessi unicamente dovuti alla ostacolata respirazione nasale.

Dopo le ricerche sperimentali di MASINI e di GENTA, confermate anche con nuovi e validi argomenti da LICHTWITZ e SABRAZÉS, da SCHEJER ecc. non si può seriamente ritenere che l'ostacolata o la soppressa respirazione nasale per iperplasia adenoidea sia la causa della alterazione del sangue ed in una parola della *cachessia*, cui vanno incontro gli adenoidei. A parte la dimostrazione sperimentale data da MASINI e GENTA che per la via orale può passare una quantità di aria uguale a quella che negli individui normali passa per la via nasale, se l'alterata crasi del sangue e la cachessia adenoidea dipendessero dall'ostruzione dell'orofaringe, identica alterata crasi del sangue ed identica cachessia dovrebbe pure aversi negli stenotici nasali da altra

causa. Il che non è affatto vero, come hanno dimostrato le ricerche sperimentali più sopra ricordate. A ciò aggiungasi che negli adenoidi il grado della cachessia non è affatto in rapporto col volume delle vegetazioni adenoidi; il che dovrebbe costantemente avverarsi se la cachessia fosse causata dal fatto meccanico della ostruzione dell'orofaringe, fatto meccanico che, come abbiamo altrove notato, dovrebbe portare una ipossigenazione del sangue, che a sua volta darebbe luogo al dissolvimento dell'organismo.

Per le identiche ragioni non è, oggi, possibile, a me pare, sostenere da alcuno che le deformazioni scheletriche, l'arresto nell'accrescimento, i disturbi trofici degli adenoidei, l'eczema generale, i sudori plantari debbano ripetere la loro origine da mancata od insufficiente ossigenazione del sangue per la ostruzione dell'orofaringe; mentre la ipotesi che l'adenoidismo sia un prodotto di alterata o mancata secrezione interna è pienamente soddisfacente, sol che si pensi quale e quanta azione sull'*accrescimento* e sullo *sviluppo scheletrico* esercitino certi organi, ormai riconosciuti come facenti parte del sistema endocrino, ad es. la ipofisi cerebrale e i testicoli ecc.

Molto discussa è stata anche la patogenesi della *enuresi notturna*, che accompagna abbastanza frequentemente la iperplasia faringea e che scompare prontamente in seguito all'atto operativo. Per spiegare questa scomparsa molti hanno invocato il miglioramento dello stato generale, che suole seguire all'atto operativo. Altri si sono opposti a questa spiegazione considerando che

in una serie di casi la enuresi cessa subito dopo l'intervento operatorio, prima cioè che questo abbia potuto esercitare una influenza sullo stato generale, ed invocano invece come fattore unico della guarigione l'impressione psichica che l'atto operativo avrebbe esercitato sul malato. A me pare che tale spiegazione non regga, sol che si pensi che un processo di suggestione è difficile ad ammettersi per i piccoli malati; ed anche perchè si è dato il caso della riapparizione della enuresi per una recidiva della iperplasia faringea.

Oggidi la più parte degli autori ritiene con MAJOR e ZIEM, che la enuresi, negli adenoidei, si abbia per intossicazione del sangue, dovuta ad accumulo di acido carbonico, prodotto da insufficiente respirazione boccale durante il sonno. Questo accumulo di acido carbonico produrrebbe paresi dello sfintere delle labbra ed aumentata sensibilità del detrusore. Ma poichè la enuresi non si osserva in tutti i casi di iperplasia adenoidea, i detti autori ritengono che sia anche necessaria una speciale disposizione del sistema nervoso od una speciale debolezza dello sfintere.

Questa speciale disposizione dell'individuo è facile e possibile ad ammettersi; ma dopo gli esperimenti di MASINI e GENTA, di SOBRANÈZ ecc., la ipotesi di MAYOR e ZIEM non può più, a me sembra, essere sostenuta, mentre il concetto che l'adenoidismo sia una sindrome endocrina non può sollevare serie obiezioni.

La questione delle possibili relazioni esistenti fra vegetazioni adenoidi ed *epilessia*, correlazione constatata da Quesse, Brindel, Lennox-Brown, Collier, Dun-

das, Grant, Arslan, Gradenigo ecc., è stata ampiamente discussa nel 1901 all'Associazione Britannica di laringologia, rinologia ed otologia e poi ancora in prosiegua di tempo dagli autori che si sono occupati dell'argomento; ma tutti hanno dovuto convenire nella difficoltà di dare una spiegazione plausibile a tale correlazione.

Risulta da questa discussione che si deve considerare come un fatto indiscutibile che certi casi di epilessia derivino e siano aggravati dalle condizioni anormali del naso-faringe; che questi casi generalmente non migliorano perchè essi sono poco conosciuti e che la maggior parte dei medici non sospettano neppure questa causa di irritazione (Collier) e che la demolizione delle vegetazioni adenoidi è utile in ben altre forme di disturbi dell'equilibrio cerebrale che debbono essere attribuiti ad una irritazione periferica, occasionata dalle adenoidi, e che sono specialmente caratterizzati dagli accessi più o meno convulsivi o parossistici di collera o di violenza (Lennox-Brown).

DUNDAS, GRANT e LENNOX-BROWN hanno ancora segnalato un altro punto di interesse capitale dal lato pratico. « Mentre che forti dosi di bromuro restano senza alcun effetto prima dell'asportazione dei tumori adenoidi, il bromuro somministrato in prosiegua di tempo, anche a piccole dosi (numerose osservazioni ne hanno fede), esercita un'azione benefica per la scomparsa completa della irritazione periferica ».

THOMSON riporta la storia di due fratelli con tumori adenoidei, morti di convulsioni; un terzo fratello, affetto ugualmente da vegetazioni adenoidi, fu preso da

convulsioni che cessarono dopo un primo intervento chirurgico; ricomparvero nello stesso tempo che si produceva una recidiva d'ipertrofia dell'amigdala faringea, insufficientemente asportata, ed infine scomparvero duramente dopo un secondo intervento.

SUAREZ DE MENDOZA ritiene che esista una correlazione fra vegetazioni adenoidi ed epilessia, ma che nella maggioranza dei casi di epilessia attribuibili alle vegetazioni adenoidi queste non intervengono che quale causa occasionale, che la causa determinante doveva attribuirsi ad una affezione auricolare determinata a sua volta dalle vegetazioni adenoidi. Anche ARSLAN ne ha descritti quattro casi; ma non sa dare una spiegazione soddisfacente sulla influenza che può esercitare la ipertrofia adenoide sugli attacchi epilettici. Scartata la ipotesi troppo semplicista che la epilessia in questi casi possa essere determinata dal fatto meccanico della ostruzione del rinofaringe, perchè fra l'altro, si sono verificati casi di epilessia anche in adulti, nei quali la presenza delle vegetazioni adenoidi non portava l'occlusione totale del rinofaringe, a me pare che la teoria endocrina possa riuscire meglio di un'altra dottrina a spiegare il fenomeno.

Ritengo che nella maggior parte dei casi la presenza di vegetazioni adenoidi sia la causa occasionale della comparsa della epilessia, specialmente nei bambini, che, come è noto, sono degli spasmofiliaci; ma ritengo per altro che qualche caso di epilessia, specialmente quelli in cui la epilessia si è sviluppata tardivamente, da adulti si possa anche ritenere come diretta conseguenza delle

vegetazioni adenoidi, quando si ammetta che la tonsilla faringea appartenga al sistema endocrino.

Alcune moderne ricerche infatti (Garbini, Parhon, Schmiergeld, Zalla ecc.) hanno messo in rilievo, nella epilessia essenziale, costanti lesioni di alcune ghiandole a secrezione interna, prima fra tutte quelle della ghiandola tiroide.

Dice BRINDEL « che sarebbe assurdo affermare che tutte le epilessie si possano guarire coll'ablazione delle vegetazioni adenoidi, ma è vero che si possono guarire alcune di queste epilessie, mercè il ristabilimento della permeabilità delle fosse nasali ».

Ora io penso che la teoria endocrina spieghi il difficile ed oscuro fenomeno almeno un po' più scientificamente delle altre teorie fino a qui ventilate e posso quindi ritenere, *sempre in via del tutto ipotetica*, che i casi di epilessia guaribili colla asportazione delle vegetazioni adenoidi siano i casi puri e di recente data, quelli cioè nei quali la epilessia è comparsa per l'avvelenamento del sangue dovuto ad alterata funzione della tonsilla faringea; e che i casi di epilessia non guariti, malgrado l'asportazione della tonsilla faringea iperplastica, debbano ritenersi o come casi nei quali la epilessia era associata all'adenoidismo, ma ad esso non legata in alcuna maniera, oppure che la mancata guarigione della epilessia negli individui portatori di vegetazioni adenoidi, possa dipendere, dopo l'intervento operatorio, dal fatto che esso intervento non sia stato completo o dal fatto che l'ablazione delle vegetazioni adenoidi sia stata compiuta tardivamente, quando cioè la lunga data del ripe-

tersi degli accessi convulsivi avesse determinato delle lesioni anatomiche nella zona motoria dell'encefalo, o le frequenti iperemie avessero reso così ipersensibile questo territorio corticale da farlo reagire, ai meno intensi e differenti stimoli, con una scarica motoria.

Infine io non credo che i *disordini psichici* e l'*aprosexia di Guje* possano, come la maggior parte dei rinoologi ritiene, essere determinati dal fatto puramente meccanico dovuto alla presenza delle vegetazioni adenoidi sole o coesistenti con un'altra affezione nasale.

Non lo credo, malgrado che le esperienze psicologiche sull'aprosexia nasale istituite da Kaffmann diano alla ipotesi suddetta parvenza di verità. KAFFMANN, perfettamente abituato da tempo a portare una canula nasale la cui presenza non provocava in lui più alcuna sensazione, ha fatto una serie di esperienze sulla sua propria attività cerebrale mettendosi alternativamente in condizioni diverse: la respirazione nasale cioè lasciata libera attraverso il tubo e la respirazione nasale parzialmente ostacolata per la ostruzione del tubo stesso, ma non al punto da necessitare la respirazione boccale.

Le esperienze sono state fatte nel laboratorio psicologico del prof. Kraepelin in Heidelberg, secondo i metodi classici.

Senza entrare in dettagli diciamo che l'attività cerebrale è stata trovata nel Kaffmann diminuita per la ostruzione nasale; questa attività fu valutata dalla rapidità di percezione e dalla somma del lavoro ottenuto in un determinato spazio di tempo ecc. Le esperienze di

Kaffmann, del resto molto interessanti, non mi sembrano avere, per più ragioni, carattere decisivo. Esse non sono state, cioè, confermate, che io sappia, da alcuno; in secondo luogo l'esperimento di Kaffmann non riproduceva le condizioni in cui vengono a trovarsi i portatori di vegetazioni adenoidi.

Costoro, avendo se non completamente impedita per lo meno ostacolata la respirazione nasale, respirano per la bocca, che tengono costantemente aperta, mentre il Kaffmann al contrario, sperimentava a bocca chiusa.

Nel Kaffmann la diminuita attività cerebrale così ottenuta può essere in primo luogo, attribuita a maggior afflusso di sangue venoso nei seni frontali e nell'encefalo, determinante per se stesso un certo torpore delle facoltà intellettuali; ed in secondo luogo ad insufficiente ossigenazione del sangue per scarsa quantità di aria introdotta per le narici in parte ostruite, scarsa quantità a sua volta non compensata dalla mancata respirazione per via boccale. Inoltre l'esperimentatore, per quanto intelligente ed abile, difficilmente avrà potuto per tutta la durata dell'esperimento mantenersi completamente estraneo alla prova.

Ai risultati dell'esperimento di Kaffmann si può ancora obiettare che le condizioni nelle quali il Kaffmann si era posto, dovevano avere un carattere precario di transitorietà e di artificio, mentre evidentemente diverse debbono essere quelle dei portatori di vegetazioni adenoidi; in questi pazienti cioè deve essersi formato grado a grado un adattamento alla ostacolata respirazione, mentre questo adattamento doveva mancare

nello sperimentatore, malgrado che il Kaffmann avesse con l'abitudine eliminate tutte le sensazioni anormali derivanti dalla presenza di un corpo estraneo, la canula, nelle narici.

Per tutte queste ragioni e perchè i disturbi psichici fondamentali che si incontrano nell'adenoidismo si incontrano in maniera analoga ed anche identica nel miœdema e nel cretinismo, che sono sindromi endocrine, ritengo che qui pure essi siano da attribuirsi ad alterata funzione di alcune ghiandole a secrezione interna, che, nel caso nostro, sarebbero appunto quelle che risiedono nell'orofaringe e la cui ipertrofia ed iperplasia dà luogo alle cosiddette « vegetazioni adenoidi ».

Ma, ammessa tale ipotesi e fermo restando il convincimento che i suddetti disturbi siano in diretta correlazione con alterata funzione endocrina dovuta alla iperplasia faringea, ritengo che i disturbi psichici in generale e la cosiddetta aprosexia nasale trovino una concausa o per lo meno un'aggravante al loro insorgere nella diminuzione di acutezza uditiva (1) per scarsa ventilazione della cavità timpanica, diminuzione di acutezza uditiva che non manca mai o quasi mai negli individui con tumori adenoidei (Gradenigo, Garbini Gius., Arslan, Levi, Lange, Poli ecc.).

Se dunque risulta, per lo meno in maniera assai probativa, dal complesso dei fatti, che l'adenoidismo sia la conseguenza diretta di un'intossicazione, determinata

(1) KRAEPELIN ritiene che la sordità possa di per se stessa, dare luogo a speciali stati deliranti: *le psicosi dei sordastri e dei sordi*.

da condizioni patologiche della tonsilla faringea, considerata come ghiandola a secrezione interna, non è possibile però allo stato attuale delle nostre conoscenze, determinare in che cosa questa intossicazione di origine endocrina consista: se sia essa cioè la conseguenza di alterata o soppressa funzione interna della amigdala faringea.

× ×

A corollario delle precedenti considerazioni riferisco un caso clinico occorsomi, nel quale la correlazione fra gravi disturbi psichici e vegetazioni adenoidi mi pare indubbia. Esso ci dimostra ancora una volta quanto mai importante e necessario sia sempre, anche nelle malattie mentali, l'esame clinico accurato di tutte le funzioni e sistemi, e quali vantaggi curativi si possano trarre, talvolta, da tali indagini.

Con esami sistematici completi potremo forse conoscere, in un avvenire più o meno lontano, la patogenesi finora ignorata di alcuni disturbi mentali, indirizzarne quindi razionalmente la cura, ed evitare qualcuno almeno dei nostri numerosi presenti insuccessi.

Che alcune sindromi mentali abbiano talora la loro origine, specialmente nei predisposti, in una alterazione somatica (presa nel senso ristretto della parola; perchè nel senso lato, nel senso anatomo-patologico cioè, non è possibile vi sia oggi alcun dubbio), lo ritengo per lo meno probabile. La malattia mentale, in se stessa e per se stessa, non può essere considerata come un qualche cosa

di astratto, ma, deve considerarsi quale una sindrome patologica che può manifestarsi non sempre per causa unica ed alla stessa guisa: cause diversissime possono dare luogo a sindromi mentali identiche, come viceversa una identica causa è capace di provocare sindromi psichiche completamente fra loro diverse. E ciò perchè il cervello, nella massima parte dei casi, a mezzo dei suoi componenti elementari, reagisce sempre in una identica maniera, qualunque siano gli stimoli e le cause perturbatrici.

Abbiamo infatti delle condizioni patologiche psichiche, ad es., degli stati di eccitamento, degli stati depressivi, allucinatori, confusionali ecc. che possono ripetere la loro causa da fattori diversissimi, tossici e non tossici, esogeni ed endogeni ecc., e che pure sotto l'aspetto clinico non diversificano l'uno dall'altro.

Storia clinica.

F... IDA, di anni 18, da Perugia, è figlia di padre morto per carcinoma del fegato a 55 anni di età. La madre è sana. Ha cinque fratelli e due sorelle in buona salute.

Ha mossi i primi passi ad un anno circa, ed ha balbettate le prime sillabe in epoca del tutto normale. Cinquenne ebbe a soffrire di tifo addominale. Le prime mestruazioni comparvero a 15 anni; poi queste si sono susseguite sempre in maniera irregolarissima, restando anche a lungo sospese. Fino dalla prima giovinezza è

andata soggetta a frequenti tonsilliti catarrali afebrili; e, ancora bambina, i parenti si accorsero che durante il sonno teneva la bocca aperta e russava profondamente. A quanto sembra non ha mai sofferto di enuresi. La F.... IDA ha frequentata di buona voglia la scuola, imparando con facilità e traendone evidente profitto. Fino ai 15 anni nè essa nè i parenti ebbero a notare alcun rilevante disturbo sia dal lato somatico che da quello psichico: era vivace, pronta, dotata di buona memoria, affettuosa, e solo raramente mostravasi caparbia.

A 14 anni andò a servizio come bambinaia; e la famiglia, presso la quale serviva, se ne dichiarava soddisfatta. Fra i 15 ed i 16 anni la paziente cominciò a mostrarsi alquanto apatica, strana, irritabile e smemorata. Contemporaneamente i suoi parenti ebbero a notare un arresto nello sviluppo somatico. Questi disturbi andarono poi a mano a mano lentamente aumentando in numero ed in intensità fino a rendersi assai gravi, ed insopportabili alla stessa paziente, quando questa raggiunse i 18 anni; tanto allarmanti da indurre la famiglia a ricercare, nel 1912, l'opera del medico.

Status al febbraio 1912.

Il tono sentimentale della paziente appare molto depresso; la fisionomia smarrita ed apatica; l'occhio poco mobile e quasi del tutto senza espressione. La F... IDA si muove con lentezza, e torpida ne è l'attività cerebrale.

A detta dei parenti questo stato è quasi costante; talora però si modifica nel senso che la paziente ha periodi, di breve durata, durante i quali si mostra abbastanza energica, attiva e speranzosa; viceversa poi va soggetta a crisi depressive protratte e gravi, nelle quali cade in istato quasi di ansia: si dispera, piange tutte le sue lacrime e non nasconde che la vita, così come la vive, le è insopportabile.

Interrogata, si mostra lucida, perfettamente orientata, non soffre di idee deliranti nè va soggetta a disturbi sensoriali.

Il linguaggio è nasale, ma bene formato. La paziente, del tutto consapevole del suo stato, dice che si sente oltremodo infelice e pronta, benchè la tema, ad affrontare la morte qualora i suoi disturbi non cessino o migliorino. « La perdita della memoria », essa dice, « il senso di stanchezza generale di cui soffro, mi tolgono la possibilità di guadagnarmi di che vivere, ed io non voglio gravare in alcuna maniera sul magro bilancio dei miei fratelli ». « Sono un essere inutile, perchè a 18 anni non riesco a procurarmi da vivere, nè oso sperare in un miglioramento, perchè da qualche mese a questa parte i miei disturbi, anzichè attenuarsi, vanno facendosi sempre più gravi ». A tale proposito anzi narra che, mentre un anno prima era intelligente ed attiva, ora invece non si ricorda, per usare la sua frase, *le cose del naso alla bocca*; si sente debole, la mente vuota, incapace di eseguire le più semplici faccende di casa. Racconta che per qualche tempo ha potuto far fronte alla sua insufficiente attività mentale annotandosi le ordi-

nazioni che la padrona le comunicava e financo le cose più elementari inerenti al suo servizio, che ormai da anni metodicamente eseguiva.

Nella F... IDA in conclusione, si notano i seguenti fondamentali disturbi psichici: difficoltà di acquisire ed assimilare nuove nozioni; difetto di memoria; difficoltà a fissare l'attenzione. Ma non finisce qui la serie dei suoi malanni: la paziente soffre di cefalea ribelle a qualsiasi cura, di sensazione di strangolamento, paura dello spazio, di oppressione respiratoria nelle ore della sera, di ronzii agli orecchi, di senso di vertigine, di incubi notturni. Nello spazio di un anno dice di aver sofferto, per tre o quattro volte, di spasmi muscolari dolorosi agli arti superiori ed inferiori, seguiti da profuso sudore (tetania?).

Esame obiettivo.

Deficiente è, nella ragazza, lo sviluppo generale somatico: essa non dimostra più di 15 anni di età. La cute è pallida, olivastra. La faccia è piuttosto tumida, i lineamenti sono cascanti, la bocca semiaperta, il labbro superiore rialzato e l'inferiore penzolante, il naso appiattito trasversalmente e carnoso; gli occhi infossati e circondati da tessuto tumido; il palato duro, concavo ed alto, i denti incivisi sono accavallati l'uno sull'altro.

Scarsamente sviluppate sono le masse muscolari, il sistema pilifero e le ghiandole mammarie.

Il collo è rotondeggiante corto e grosso. Nulla di notevole a carico del sistema scheletrico e nulla a ca-

rico del cuore, dei polmoni e degli organi addominali. Né i movimenti attivi e passivi degli arti, né i movimenti riflessi presentano fatti degni di nota, all'infuori di una certa lentezza nella esecuzione dei movimenti e nella percezione degli stimoli tattili e dolorifici. Non mancava un certo grado di iposmia ed ipogeusia. All'esame digitale del rinofaringe riscontrai la presenza di vegetazioni adenoidi, ragione per cui ebbi a consigliare la famiglia, prima di intraprendere qualsiasi cura, di condurre subito la paziente dal rinologo.

Il dottor GRAZIANI, che la visitò il 16 marzo 1912, ebbe a constatare « la presenza di vegetazioni adenoidi nel cavo naso-faringeo, vegetazioni adenoidi *voluminosissime* e tali da riempire quasi completamente il cavo medesimo ». Incitai la famiglia a seguire senza por tempo in mezzo, i suggerimenti del rinologo, che aveva proposto l'intervento operatorio.

Il 27 marzo 1912 infatti la ragazza fu dal dott. Graziani operata di adenotomia. Subito, fino dai primissimi giorni dell'aprile successivo, la F... IDA si sentì migliorata: erano cessati i ronzii alle orecchie, l'oppressione respiratoria; era cessata la cefalea, il senso di vertigine; i sonni eransi fatti più tranquilli, la fisionomia aveva assunto un aspetto meno apatico, la espressione dell'occhio era più vivace, i movimenti meno lenti. La paziente appariva più serena e coltivava dentro di sé la speranza di un progressivo miglioramento; ma questo non manifestandosi ulteriormente, continuando d'altra parte la paziente a soffrire di labilità della attenzione e della memoria, migliorando poco le con-

dizioni generali, fu nuovamente visitata dal dottor Graziani, che alla rinoscopia posteriore riscontrò ancora delle masse di tessuto adenoidale. Un secondo atto operativo fu praticato il 2 maggio. Quando, dopo poche settimane da questo, rividi la paziente questa era irriconoscibile. Cessata l'apatia, cessati completamente gli incubi, scomparsa ogni preoccupazione, scomparsa l'anemia e la caratteristica *facies*.

La ragazza mi si presentò sorridente, affermando di sentirsi ristabilita in salute e capace di lavoro proficuo, perchè la mente era tornata lucida, buona la memoria e vigile l'attenzione. Dopo qualche settimana, continuando il benessere, la F... IDA volle tornare al servizio. La famiglia presso la quale presta l'opera sua di cameriera assicura, anche ora a due anni di distanza, che la la IDA F... disimpegna attivamente le sue funzioni. La ragazza gode ottima salute, non ha mai più sofferto di nessuno dei disturbi sopra accennati, si è sviluppata in altezza; ed i *menses*, dall'epoca del secondo intervento chirurgico, ricorrono regolarmente.

Diagnosi.

Nessun dubbio che la F. IDA fosse affetta da vegetazioni adenoidi e da adenoidismo. Le vegetazioni adenoidi furono diagnosticate da uno specialista e furono anche asportate.

Che tutti gli altri disturbi somatici, quali il deficiente sviluppo scheletrico e somatico, l'anemia e la

cefalalgia, l'oppressione respiratoria, il senso di vertigine, i ronzii auricolari, gli spasmi tetanici, la speciale tumidezza della cute fossero legati, come causa ad effetto, alla presenza delle vegetazioni adenoidi lo dimostra il fatto della loro rapida scomparsa fino dal primo (in massima parte almeno) intervento chirurgico, ma ancora di più dal fatto che tutta questa fenomenologia è bene conosciuta dai rinologi, come quella che costituisce il quadro clinico classico dell'adenoidismo.

Come pure devono categoricamente essere assegnati alla presenza delle vegetazioni adenoidi la difficoltà di acquisire e di assimilare nuove nozioni, il difetto di memoria, la difficoltà di fissare l'attenzione, gli incubi notturni; perchè una ormai lunga esperienza clinica ha insegnato che detti disturbi della sfera intellettuale sono abbastanza comuni nei ragazzi (specialmente in quegli originariamente predisposti alle psicopatie) affetti da adenoidismo e cessano col cessare della causa che li ha prodotti. Nella grande massa degli individui affetti da vegetazioni adenoidi non è facile riscontrare simili gravi disturbi mentali; e se nel nostro caso abbiamo potuto constatarli, ciò si deve in parte attribuire (astrazione fatta di una possibile speciale predisposizione individuale organica) all'enorme non comune iperplasia della tonsilla faringea, ed in parte, e forse più, al fatto che il soggetto era persona già adulta, e nell'adulto, naturalmente, le reazioni psichiche normali e patologiche vengono ad assumere una impronta speciale, assai diversa da quella che avremmo avuta qualora la paziente fosse stata in età più giovane. Pare infatti che, col cre-

scere dell'età, la psiche abbia tendenza (KRAEPELIN) a reagire agli stimoli morbosi molto più con lavoro anormale della intelligenza, di quello che con alterazione dello stato suo generale. Anche altrimenti è manifesto l'infusso della età sull'esteriore delle psicopatie: così la frenosi maniaco-depressiva, con l'inoltrarsi degli anni, tende sempre più a rivelarsi con forme melanconiche.

Ma gli stati di ansia, le crisi di profonda angoscia, gli scoppi di lagrime ed i propositi suicidi, tutti insomma gli altri fenomeni psichici presentati dalla F. IDA, che la rendevano una vera e propria malata di mente, erano da attribuirsi essi pure all'adenoidismo oppure coll'adenoidismo non avevano nulla a che fare, ed erano invece disturbi psichici unicamente ad esso adenoidismo concominanti?

Alla complessa sindrome adenoidea si era cioè associata anche una psicosi?

A me pare si possa se non con assoluta certezza per lo meno con grande probabilità affermare che anche i disturbi psichici di ordine più complesso presentati dalla F.... IDA debbano ascrivarsi alla sintomatologia adenoidea, in primo luogo perchè essi scomparvero del tutto e rapidamente in seguito al secondo atto operativo insieme cogli altri disturbi di natura somatica, indubbiamente collegati alla presenza delle vegetazioni adenoidi; in secondo luogo perchè essi non avevano una origine autoctona, ma erano la conseguenza diretta dello stato di animo, derivante dalla impossibilità di assimilare, di fissare l'attenzione e di ricordare, impossibilità che

metteva la ragazza effettivamente, e non per idea o concetto delirante, in una posizione socialmente inferiore e nella impossibilità di guadagnarsi di che vivere. D'altra parte non era possibile pensare ad una demenza precoce per la mancanza di impulsi, di tics, di manierismi, di fatuità, di inaffettività e di indebolimento mentale. Nella paziente infatti l'affettività era perfettamente conservata; l'apatia e la difficoltà dell'azione non erano determinate da alterazione del processo volitivo, alterazione che facesse lasciare la malata del tutto indifferente a questo stato morboso, ma viceversa essa se ne sentiva afflitta e preoccupata. Di più le idee suicide non avevano alcun carattere dell'impulso suicida del demente precoce ed erano determinate da un lavoro mentale, sotto un certo punto di vista, perfettamente logico e ben giustificabile; inoltre nella paziente mancavano e sono sempre mancati i disturbi sensoriali, che nei dementi precoci sono invece costanti. A ciò aggiungasi il modo di insorgere lento e progressivo, nella paziente, dei disturbi mentali, il loro carattere permanente e la loro completa sparizione, senza residuale indebolimento mentale, in seguito all'adenotomia.

Più difficile è ad eliminare la frenosi maniaco-depressiva, perchè la sintomatologia di questa è molto variabile, e perchè in essa, passato l'accesso, è costante la completa *restitutio ad integrum* delle facoltà mentali. Pure, in via almeno molto probativa, ritengo che la sindrome presentata dalla F. IDA non debba attribuirsi a questa forma morbosa. Il suo modo di evolversi, il suo miglioramento subito dopo il primo atto operativo, la

sua definitiva guarigione dopo il secondo intervento, la mancanza di qualsiasi anche lontano accenno ad arresto psicomotorio mi convincono, così pensando, di essere nel vero. Il carattere dell'apatia e del torpore psichico dalla paziente presentato non aveva nulla di comune coll'arresto psico-motorio dei maniaco-depressivi.

Perugia, Aprile 1914.

BIBLIOGRAFIA

- ARSLAN J.: *A proposito di 1800 casi di tumori adenoidi.* — « Arch. Ital. di Otol. », vol. IX, 1900.
- ARSLAN J.: *IV Congresso della Società Italiana di Laring., otol. e rinologia.* — Roma, 25-26-27 ottobre 1899.
- ARSLAN J.: *Rapporto delle vegetazioni adenoidi colle affezioni oculari.* — « Arch. Ital. di Otol. », vol. IX, 1900.
- ARAI HARIJRO: *Der Inhalt des Canalis cranio-pharyngeus.* — « Anatomische Hefte », Dec. 1907, Bd. 33, Heft 2.
- ARENA G.: *Contributo alla conoscenza della cosiddetta « ipofisi faringea » nell'uomo.* — Rif. Med. sett. 1910, N. 39.
- ALEXANDER. - Cit. da Poppi, op. cit.
- BARTEL J.: *Ueber die hypoplastische Konstitution und ihre Bedeutung.* — Wien. Klin. Woch., n. 22, 1908.
- BRIEGER: *Zur Genese der Rachenmandelhyperplasie.* — « Arch. f. Laryng », Bd. 12.
- BOSWORTH: *A treatise of diseases of the nose etc.* — New-York, 1899; cit. da Gradenigo.
- BRYAN. - Cit. da Poppi, op. cit.
- BECKMANN: *Verhandl. der deutschen otol. Gesellsch.*, 1897, pag. 37; cit. da Gradenigo.
- BETTANY. - Cit. da Poppi, op. cit.
- BITTORF. - Cit. da Poppi, op. cit.
- BASSOE P. - Cit. da Poppi, op. cit.
- BUDAY K. und JANCsó N. - Cit. da Poppi, op. cit.
- BURR e RIESSMANN. - Cit. da Poppi, op. cit.
- BIRCHER. - Cit. da Poppi, op. cit.
- BRINDEL. - Cit. da Suarez de Mendoza, op. cit.
- CIUFFINI P.: *Contributo alla patologia del morbo di Basedow.* — « Policlinico » (Sez. medica), 1906.