

## Biologia

### VEGETAZIONI ADENOIDI E MIXOEDEMA

D. P. E. HERTOGHE

ad Anversa (1)

Nella precedente comunicazione, pubblicata dalla *Rivista Internazionale d'Igiene* nel marzo p., io mi sono studiato di stabilire che la *distinzione fatta finora fra gli arresti di crescita di origine mixoedematosa e quelli di origine non mixoedematosa*, è condannata a scomparire innanzi ad una *eziologia comune che li abbraccia tutti*.

Le classificazioni antiche possono essere scartate. La tubercolosi, il rachitismo, la condro-distrofia, la sifilide ereditaria, la stenosi mitralica, la ristrettezza congenita dell'aorta, l'albuminuria infantile, le intossicazioni da tabacco e da alcool non sono che cause indirette dell'arresto di crescita. Queste diverse forze morbose esercitano il loro primo sforzo sulla glandola tiroide. Esse incagliano la crescita ed imprimono in seguito alla loro vittima una impronta patologica, speciale se si vuole, ma nel cui profilo si trovano frattanto delle linee comuni e delle analogie che colpiscono.

Questa opinione si basa su tre ordini di fatti, che possono essere interpretati diversamente, ma non negati: la *coesistenza* nella stessa famiglia di differenti tipi d'infantilismo; gli *antecedenti* distiroidiani dei genitori (B a s e d o w, asma tiroidiano, menorragie); ed infine *gli effetti terapeutici costanti* che esercitano sui differenti tipi d'infantilismo i prodotti tiroidiani ingeriti. È a tenersi inoltre presente la *similitudine delle lesioni* nelle varie forme d'infantilismo. Non vi è cretino mixoedematoso che non presenti tracce irrecusabili di deterioramento rachitico dello scheletro. È vietato che i nani eredo-sifilitici rassomiglino, da ingannare, ai nani rachitici. Oggi molti medici non credono forse che la scrofola ed il rachitismo non

---

(1) Comunicazione fatta all'Accademia r. di Medicina del Belgio, la quale ha graziosamente permessa la pubblicazione nella nostra *Rivista*. Ef.

sieno che sifilidi larvate, diluite, viste di lontano attraverso gli ambienti attenuati dell'eredità?

Io mostrerò un nano nel quale le lesioni del mixoedema, quelle del rachitismo, e quelle che risultano dalla esistenza di lesioni naso-faringee (vegetazioni adenoidi) sono così bene frammischiate e nel tempo stesso così distinte, che è quasi impossibile di scernere se cotesto individuo è mixoedematoso, rachitico o adenoidiano.

Con le antiche classificazioni dell'infantilismo, questo caso era o doveva restare un vero enigma; con l'unità etiologica che io ho proposta, la complessività apparente dei sintomi si esplica con facilità. Questo nano è etiologicamente un distiroidiano e non presenta niente di sorprendente né di straordinario.

Ciò mi mena a parlare di una entità morbosa che si accusa di potere incagliare la crescita, val dire delle *vegetazioni adenoidi del faringe*.

I laringologi hanno segnalata la importanza di queste lesioni ipertrofiche delle tonsille e delle mucose naso-faringee al punto di vista dello sviluppo armonico del torace ed anche della crescita generale, riunendo, sotto il vocabolo di *adenoidiani*, gl'individui che presentano coteste lesioni. Essi hanno descritto una fisionomia, una maschera speciale, ed i sintomi del male sono stati accuratamente notati.

Gérard, nel 1894, anticipa che l'infantilismo si riscontra non solamente nella tubercolosi e sifilide ereditaria, ma anche nella stenosi arteriale congenita; nel restringimento mitralico puro; o nelle vegetazioni adenoidi del faringe. G. Follet si sforza di provare che le vegetazioni adenoidi del faringe possono arrestare lo sviluppo della cassa toracica. Il cuore, messo allo stretto, s'ipertrofizza, onde la tachicardia ecc.

A noi pare razionale di vedere nelle *anangioplasie* il risultato piuttosto che la causa dell'infantilismo. Quanto alle vegetazioni adenoidi ed alle lesioni del cavo retro-nasale esse meritano una menzione speciale ed uno studio più approfondito. Onde noi ci proponiamo di far risultare in questa nota *la relazione che esiste fra l'impoverimento tiroidiano, altrimenti detto il mixoedema, e la genesi delle vegetazioni adenoidi, l'ipertrofia delle amigdale, la rinite ipertrofica e le affezioni del cavo retro-nasale*.

Non è esatto dire che le lesioni naso-faringee provochino l'arresto di sviluppo del torace e quello della crescita generale. Nessun legame di causa ed effetto esiste fra

la lesione faringea e quella di crescita. Questi fenomeni coesistono, ecco tutto. Essi scaturiscono da una sorgente patologica comune, unica: l'inanizione tiroidiana.

Dapprincipio, *le vegetazioni adenoidi sono un sintoma costante del mixoedema dei fanciulli ed anco degli adulti.*

Io non ho mai visto fanciullo mixoedematoso, il quale non fosse nel tempo stesso uno adenoidiano confermato. Tutti i nani nettamente strumiprivi, quale che sia il grado della loro degenerazione, respirano a bocca aperta, hanno la voce ed il parlare nasale e ronfano dormendo. Ve ne sono di quelli che ronfano quando non dormono, e sono assai spiacenti a sopportarsi dappresso.

I fratelli, le sorelle, padre e madre del mixoedematoso sono assai frequentemente colpiti da rinite ipertrofica, da lesioni adenoidi del cavo retro-nasale, e questa costatazione è assai facile a fare. Il parlare è caratteristico ed il tono nasale si riscontra assai presto.

*Gli adulti mixoedematosi di media intensità* presentano tutti un intasamento del naso e si reumatizzano facilmente. Essi perdono la voce al menomo raffreddamento. Questa è leggermente assordante. Essi hanno delle vegetazioni faringee ed ipertrofia della mucosa nasale. S'indirizzano ai laringoscopisti, la cui clientela si recluta in grande parte fra questi nuvoli di adenoidiani, si fanno causticare la mucosa nasale e curare il cavo retro-nasale. Queste manovre eccitano la vitalità dei tessuti e provocano, per un tempo, un miglioramento evidente. Ma a capo di alcuni mesi, la congestione recidiva ed il malato si rassegna poco a poco al suo destino.

*Negli adulti fortemente mixoedematosi*, questi fenomeni si perdono nel caos funzionale, provocato dalla tumefazione mucoide delle superficie boccale, nasale, faringea, linguale, glottica, ed amigdalica. Gli è a stento se l'aria passa ancora attraverso la bocca. Il parlare è quasi impossibile, l'incubo respiratorio è intenso.

Il trattamento tiroidiano, nelle forme leggere come nelle gravi, cachettiche, dissipa questi sintomi, per quanto accentuati sieno, ed il *miglioramento dura tanto lungamente quanto il rimedio*. Se il mixoedematoso ritardasse la sua cura, le sue riserve tiroidiane si esaurirebbero prontamente. Alcuni giorni (8 a 12) bastano a metterlo in deficit. Egli perde del peso, ed il primo passo di regressione verso il mixoedema è precisamente la corizza, l'ipertrofia delle amigdale, il parlare nasale, la sensazione di

avere il naso tappato, di essero reumatizzato. Seguono disfonia, disfagia, ronfo notturno e poscia diurno.

Coloro che circondano il paziente se ne accorgono prestissimo ed avvertono il malato di riprendere le pastiglie. Si può rinnovare l'esperimento a volontà, provocare e far scomparire, quando si vuole, tutti questi disturbi.

Questo metodo, che permette di fare la *sintesi del mixoedema*, di costruirlo per così dire di tutti i pezzi, è dei più preziosi. Esso è unico nello studio dell'istoria naturale delle malattie e permette di cogliere le prime sfumature sintomatiche del male, di precisare gli organi che si risentono più presto della inanizione tiroidiana. Questo processo mi ha permesso, studiandone le forme primitive, assistendo per così dire alla nascita del male, di affermare che quest' *affezione è diffusissima*; che molte varietà mal classificate di anemia, di disordini uterini, biliari e renali, non sono che delle *affezioni strumiprivate*, attenuate, che non sorpassano un certo livello patologico; ed io ho potuto confermare il mio diagnostico con la *ricerca degli antecedenti ereditari*, così caratteristici nel mixoedema e col *trattamento* che ne è la pietra di paragone.

Se io ho provato finora che tutti i mixoedematosi, adulti o non, presentano dei disordini dal lato naso-faringeo, mi resta a dimostrare che *tutti gli adenoidi, sono, in realtà, colpiti da mixoedema od almeno che essi hanno delle tare ereditarie d'ipotiroidia*.

Le alterazioni faringee, nasali, amigdaliche e glottiche si riscontrano sopra tutto nella giovinezza, nel momento quando la tiroidina, indispensabile alla crescita, è in così forte richiesta. Fino a 15 anni la malattia colpisce frequentemente tanto i giovanetti che le giovanette (52 m. e 50 f. su 102 casi studiati da G. Meyer di Copenhagen). Passata l'età della pubertà, le giovanette la superano (49 giovanette e 26 giovanetti, secondo Francke e Huntington Bosworth). La predominanza del sesso femminile è in rapporto con l'importanza, l'usura più precoce e la fatica più grande della glandola tiroide ed essa si rinviene nel gozzo semplice, nel gozzo esoftalmo e nel mixoedema.

Non ci sorprenderemo di vedere le vegetazioni adenoidi e le riniti ipertrofiche riattaccate in questi ultimi tempi alla scrofola, alla tubercolosi ed anche alla sifilide ere-

ditaria. La tubercolosi si rinviene sempre fra gli ascendenti dei mixoedematosi confermati.

S'intenderà anche facilmente perché nelle donne, colpite da laringite cronica (voce rauca, soffocata) e da rinite, i sintomi si aggravano al momento del flusso catameniale. La mestruazione si accompagna ad un'utilizzazione più forte delle riserve tiroidiane. Sopravviene nel sangue una povertà relativa di tiroidina ed essa si ripercuote sulla nutrizione delle parti malate.

Il D.r Cheval cita due casi di amenorrea in giovanette di 17 1/2 e 18 anni. Esse avevano la maschera adenoide, anemia, ipertrofia della tonsilla retrofaringea. Noi abbiamo dimostrato che l'organismo, insufficientemente provvisto di tiroidina, non potrebbe arrivare ad una pubertà perfetta. *L'amenorrea è ben qui la traduzione sintomatica di un ritardo di sviluppo del sistema sessuale.* Il D.r Cheval asportò i tumori; l'ematosi si fece meglio. La quota tiroidiana, pensiamo noi, si sarà accresciuta e lo sviluppo genitale si è compiuto. Alcuni mesi dopo, le regole apparvero. Una delle giovani si maritò e divenne madre.

Ma entriamo in un ordine più particolareggiato.

Io ho visto, nella stessa famiglia, vivente sotto il medesimo tetto, un gruppo di fanciulli, fratelli e sorelle. Uno fra essi era nettamente mixoedematoso; a 20 anni aveva la statura di un fanciullo di 7 e misurava 1m 21. Gli altri avevano una statura normale e parevano sani di corpo e di spirito; nondimeno, esaminandoli più da vicino, io trovai che tutti avevano delle lesioni naso-faringee. Essi parlavano nasale. Alcuni soffrivano di cefalee frontali, di quei dolori frontali così caratteristici degli adenoidiani.

Tutti si reumatizzano interminabilmente, sono sensibili al freddo, hanno dei geloni crudelissimi. Infine l'eredità familiare rivela: tubercolosi, albuminuria, diabete, menorragie, malattie di fegato, gotta.

X. ha 18 anni. Due anni è stato operato di vegetazioni adenoidi. Statura normale. Petto un poco gracile e lungo. Pare forte e ben nutrito. La madre è colpita da mixoedema confermato; è anche afflitto da corizza. La connessità strumipera si afferma nettamente.

Y. ha 20 a. Statura un poco inferiore alla media: 1m. 52 (la statura militare minima è 1m. 55), intelligentissimo, e passa degli esami brillanti. È stato ricevuto alla Scuola militare fra i primi, poscia rifiutato per difetto di statura. È tarchiato, musco-

loso, peloso. Di condotta irreprensibile e di facile contentatura. Temperamento propenso alla dolcezza e tranquillità. Ama il riposo e lo studio. È tormentato da una invincibile sonnolenza prima e dopo il pasto; si addormenterebbe sul posto se non si alzasse di tempo in tempo. Invoca il mio ausilio per ingrandire un poco. È miope, i suoi occhi sono affaticati, la congiuntiva bulbare è iniettata, come s'egli fosse di recente reumatizzato. Dice che soffre molto al naso, ed è stato curato da uno specialista. Alcune cauterizzazioni della mucosa nasale sembrano aver vinta la rinite ipertrofica. Poscia la corizza, il dolore, l'ambascia respiratoria, la cefalea frontale, il ronfo notturno sono tornati più molesti di prima. Il viso è un poco gonfio. Null'altra tara organica. A ciascun piede il secondo dito è a martello. Il piede è corto, ammassato. Insomma i disordini naso-faringei dominano la scena: accanto ad essi, un ritardo di crescita, della sonnolenza abituale ed un poco di gonfiezza al viso.

Volere rattacciare questo caso alla diatesi strumipriva in un modo assoluto, sarebbe esporci ad uno sbaglio serio.

La madre, donna a 40 anni, riferisce che ella non è stata mai inferma, pertanto non è stata mai bene. Si sente debole benché presenti l'esterno di una buona salute. Pesa 68 kilog.; ha piuttosto la cera forte anziché magra.

Il viso presenta una certa gonfiezza che allarga la faccia. Le gote sono rosee su di un fondo un poco pallido e ambraceo. Da 20 anni non ha passato un giorno a letto. Attende alle sue occupazioni domestiche regolarmente, ma senza vivo interessamento. Disposta alla sonnolenza, le occorre di sonno più che altre persone, e non si trova mai così bene che dopo di aver riposato molto. Il cammino è pesante, onde si affatica e si ritira prestissimo, invidiando le sue amiche che vanno, vengono, corrono senza essere impastoiate da questa eterna sensazione di sfinimento. La menoma emozione l'annienta. Cuore e polmoni sani. Prova subito freddo. La mano, fina e gracile, si gonfia alle volte assai rapidamente; così i piedi. Soffre cefalea e neuralgie occipitali, che attribuisce alla sua grande impressionabilità pel freddo.

È stata mestrata tardi, mai fortemente, ma perde in flussi bianchi. I suoi capelli sono incanutiti assai per tempo e cadono in abbondanza. Parla nasale. È delicata con la gola, ed al meno freddo diviene afona. La voce è abitualmente ottusa e velata. Sua nonna morì di albuminuria. Suo padre, gottoso cronico, restò per 20 anni confinato in letto, e morì tifico. Una sorella morì di affezione polmonare.

Evidentemente si tratta di una forma attenuata di mixoedema: gli antecedenti albuminurici e tubercolari dei genitori, la sonnolenza abituale, la sensazione di freddo, di fatica incessante, i disordini congestivi e glottici, gli edemi passeggeri della estremità, la caduta rapida dei capelli, la cefalea, tutto ciò forma la sintrome della ipotiroidia.

M. X. mi reca suo figlio di 18 anni e sua figlia di 21 anni. Suo figlio misura 1m. 563 (1 1/2 cent. più della statura militare minima). Peso, 52 kil. Intelligenza media. Fisicamente magro, debole. A 12 anni, in seguito ad un accesso di reumatismo articolare acuto, il suo sviluppo parve arrestarsi. È divenuto sordo poco a poco. La bocca è beante, il respiro rumoroso, il naso ostruito. È la imagine ideale di un adenoidiano. I timpani dell'orecchio sono sclerotizzati come tesi, incurvati per un'aspirazione interna. Fatto interpretato da specialisti dipendente da concrezioni calcaree depositate nello spessore del timpano. Fortemente miope. Le amigdale sono ipertrofiche. La forza muscolare della mano sinistra sorpassa quella della mano destra (26 e 22). È dolce, rassegnato, paziente, portato al riposo ed alla sonnolenza.

La *giovannetta* misura 1m. 52; peso, 42 kilog. Il suo sviluppo è stato penoso. È stata mestruante a 19 anni. I primi denti non caddero spontaneamente, e bisognò estrarli: sintomi che si notano in tutti i fanciulli mixoedematosi. I capelli cadono facilmente. Pomelli e punta del naso color rosso vinoso. Bocca beante. Cefalea frequente; sempre fredda; geloni ai piedi.

*Madre.* La faccia è paffuta, larga ed un poco gonfia. Le gote ed il bordo del naso colore rosso vinoso, sopra un fondo nettamente ambraceo, giallastro. *Ipertrofia del lobo sinistro della glandola tiroide.* Giro del collo 38 cent. Questo tumore si è mostrato, sono 18 anni, dopo uno dei suoi sgravi. Poscia esso ha sempre ingrandito. Aumentò al momento delle regole per diminuire dopo. Ha sofferto calcoli biliari. Quando il fegato ingrossa il gozzo diminuisce ed inversamente. Incanuti di buonora e *perdette molti capelli.* La voce è sorda, nasale. Alla palpazione sono dolenti la vescica biliare e l'ovario dritto. Un poco di parametrite ligamentaria a destra. Utero sano e piuttosto in regressione. *Menorragie frequenti.* Ha perduto sangue in quantità incredibile. Temperamento calmo, rassegnato, paziente. L'eletttrizzazione del gozzo le ha fatto bene. La stimolazione elettrica della glandola tiroide ha avuto una felice influenza sulla salute generale. Sospendendo il rimedio il miglioramento è cessato. Ha sofferto di costipazione invincibile, migliorata con l'uso del miele, scomparendo contemporaneamente i dolori al fegato.

In questo caso la diatesi tiroidiana appare chiaramente. La tinta, la gonfezza del viso, le menorragie, i calcoli biliari, la costipazione ostinata, la degenerazione visibile di un lobo della glandola tiroide, l'incanutimento precoce e la rapida caduta dei capelli: tutti questi sono altrettanti sintomi di atiroidia, insignificanti presi uno a uno, capaci di apportare un convincimento solido quando si prendono in blocco.

Potrei citare molti casi analoghi. Termino dando la oftografia del nano di cui ho parlato a principio di questo lavoro \*.

Fig. I e Fig. II.

Questo infelice fanciullo è nettamente mixoedematoso. Presenta molte lesioni rachitiche; è il più perfetto adenoidiano che io abbia mai visto.

La presenza simultanea di questi diversi sintomi dovrebbe essa sola far concludere alla loro unicità etiologica.

La gonfiezza estrema del viso e delle palpebre, l'arresto di crescita (1m. 15 a 17 anni), le sopracciglia rovinate, il ventre enorme, l'ernia all'ombelico ed all'anello inguinale, i tumori sottoclavicolari visibili, soprattutto del profilo, svelano il mixoedema.

Il piede piatto, le ginocchia storte, la gonfiezza epifisaria ai polsi, ai gomiti, le dimensioni esagerate del cranio, le falangette a martello (V. radiografia) inclinano per il rachitismo.

Infine, la dispnea intensa, l'ostruzione completa delle narici, le dimensioni delle amigdale, la deformazione speciale del torace (a corset di donna troppo stretto) danno la nota adenoidiana.

Tutto ciò, ripeto, riconosce una causa unica, la quale non è altro che la povertà, l'inanizione tiroidiana.

Fig. III.

#### CONCLUSIONE

Da tutto ciò che precede, possiamo concludere che :

I. *Il mixoedema dei fanciulli e degli adulti si accompagna sempre a disordini naso-faringei, e che questi ultimi sono curabili nella stessa misura che il mixoedema stesso.*

II. *Nel numero dei casi, le vegetazioni adenoidi sono sotto la dipendenza di un impoverimento tiroidiano. L'ipotiroidia sfugge spesso ad un esame superficiale, ed occorre sottomettere ad una severa inchiesta i prossimi parenti del malato per scoprire la tara tiroidiana.*

*Ef.*

---

\* (V. Tavola in fine del Fascicolo).