

## Kind

### Scapola alta congenita a carattere familiare

Dott. RENZO CORNO M.

Nel gennaio 1955 ebbi l'opportunità di presentare alla Terza Assemblea Internazionale dell'American College of Surgeons un lavoro sulla eziologia della Scapola alta congenita nel quale sostenevo l'influsso, in determinati pazienti, di un fattore di ordine familiare. Le fondamenta della teoria esposta ed il materiale clinico presentato da me non lasciavano alcun dubbio. Poco tempo dopo un mio assistente, il MOREY, presentò alla Facoltà di Medicina di Lima uno studio esauriente e preciso sulla eziologia della scapola alta congenita, confermando il mio concetto di una eziologia familiare.

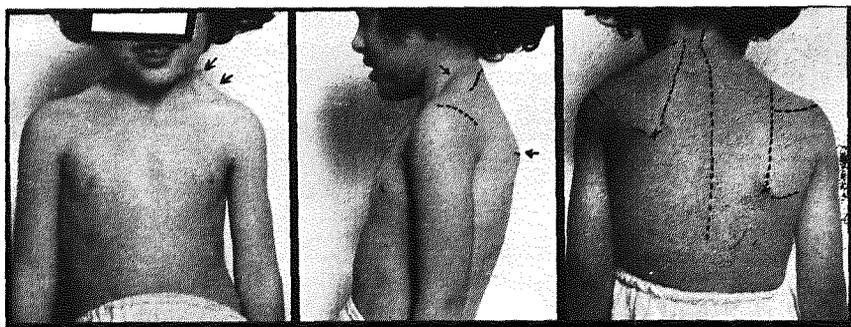
Voglio ora presentare brevemente le cartelle cliniche ridotte ai punti più interessanti e caratteristici, di tre fratelli nei quali si mette bene in evidenza la familiarità della scapola alta congenita lasciando ai miei Assistenti MOREY e AURORA CORNO il compito di studiare in un'altro articolo, l'eziologia della malattia.

Il materiale clinico ci viene, come già dissi, da una famiglia nella quale due bambine ed un fratellino presentano sintomi e segni di scapola alta congenita.

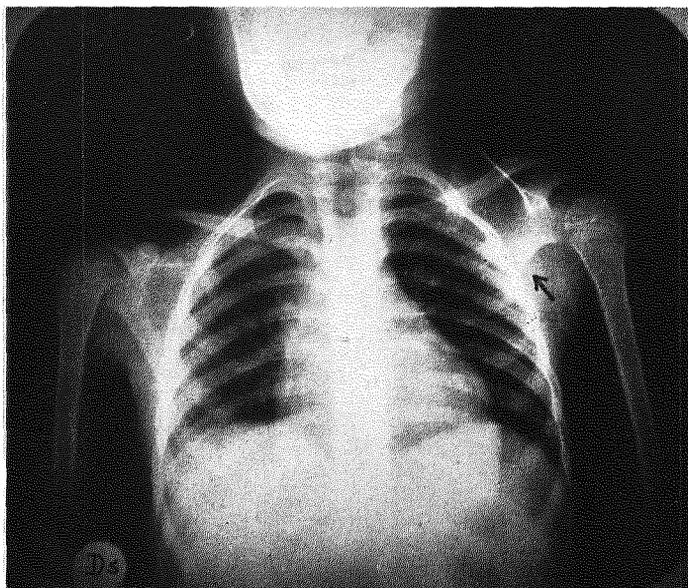
CASO 1. - *M. M.* Bimba di sei anni; nata prematura da parto eutocico. Nei primi due anni di vita episodi di gastroenterite. Si siede ai sei mesi, si mette in piedi all'anno e cammina ai quattordici mesi. Prime parole e dentizione in epoca normale. Dai due anni la bimba è in perfette condizioni di salute.

Circa un anno fa la madre nota che compie con difficoltà alcuni movimenti (mettersi maglie, giacchette, ecc.). Tutte le rimanenti funzioni (alimentazione, giochi), sono pressochè normali.

Sei mesi addietro, dopo il taglio dei capelli, la madre vede la spalla sinistra della bambina più alta della destra e si rivolge per questo ad uno specialista il quale fa la diagnosi di scapola alta congenita e suggerisce trattamento chirurgico da compiersi quando la bimba raggiunga i dieci anni di età. Viene poco dopo da noi in cerca di trattamento.



*Esame clinico:* Collo deviato a sinistra. Battito carotideo ben visibile dallo stesso lato. Mento deviato a sinistra. Fossa sopraclavicolare occupata. Evidente scoliiosi sinistroconvessa a livello delle tre ultime vertebre cervicali e della prima dorsale, compensata nei segmenti inferiori del rachide. Nella regione interscapolovertebrale sinistra vi è una zona d'ipertricosi che dalla V<sup>a</sup> cervicale discende fino all'altezza



della IV dorsale occupando due dita trasverse della fossa infraspino-  
sosa. La scapola sinistra è visibilmente elevata; il suo angolo superoin-  
terno si trova a livello della C6, 5,5 centimetri al di sopra dell'angolo  
omologo ed a 1,5 centimetro dalla linea interspinosa. L'angolo inferiore  
è a livello dello spazio intervertebrale fra D4 e D5, 7 centimetri al di  
sopra dell'omologo ed a 6 centimetri dalla linea interspinosa. Il mar-  
gine interno della scapola è diretto in basso ed in fuori (l'omologo è  
verticale) formando con la colonna un angolo di 30°. La spina, che è

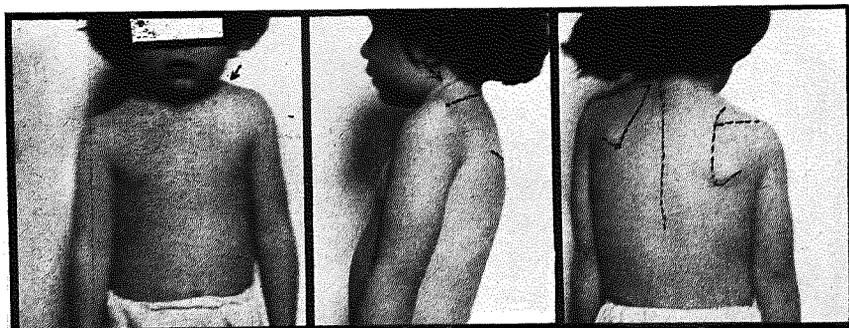
di 2,5 centimetri più lunga di quella di destra, decorre in giù ed in fuori e nasce dall'angolo supero-interno. L'acromion sinistro, alla stessa distanza dalla linea media dell'omologo, si trova 2 cm. più alto di questo.

La scapola si palpa allargata, trovandosi le caracoidi di ambo i lati alla stessa distanza dalla linea mediana pur essendo più prominente a sinistra.

Per ciò che riguarda le formazioni vicine, oltre alla prominenza che fa l'angolo superiore al disotto del trapezio nella fossa sopraclavicolare, dobbiamo dire che la clavicola sinistra è più obliqua in su ed in fuori, più contorta ed allo stesso tempo più lunga (1 cm.) di quella di destra.

*L'esame radiologico* della colonna cervicodorsale e del moncone della spalla ripete le caratteristiche della scapola alta congenita, associata, come si vede, a bifidità della colonna cervicale e dorsale superiore. Sono ben chiare la deformità scapolare e le variazioni a carico della clavicola. Il ponte omovertebrale, isolato dalla scapola, è molto inclinato in giù ed in fuori, trovandosi in intimo rapporto con la colonna cervicale.

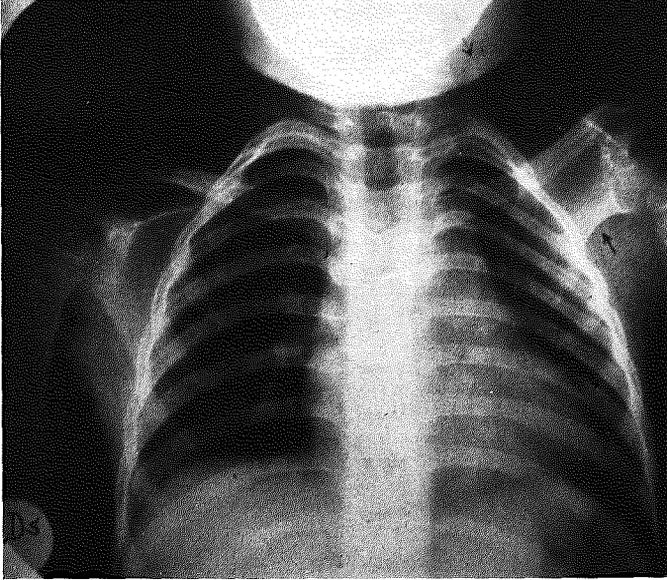
CASO 2. - *N. M.* Bimba di cinque anni; nata a termine da parto eutocico. Cianosi pochi giorni dopo la nascita che regredisce spontaneamente. Si siede ai sei mesi, si mette in piedi all'anno e cammina ai tredici mesi. Dentizione e prime parole nei limiti normali. Mai stata malata. La scapola alta si scopre nelle stesse circostanze della sorellina.



*Esame clinico:* Collo e mento deviati a sinistra. Non si vede battito carotideo. Scoliosi sinistroconvessa a livello delle ultime cervicali. Fossa sopraclavicolare occupata. Ipertricosi nella regione interscapolovertebrale di sinistra fra C7 e D1. La scapola sinistra si apprezza più sopraelevata che nella malata precedente. L'angolo superiore a livello dello spazio intervertebrale C5 e C6, 4 cm. al di sopra dell'omologo ed a 2 cm. della linea interspinosa; l'angolo inferiore a livello della D3. Il margine interno è anche qui molto obliquo in basso ed in fuori e la spina scapolare decorre nella stessa direzione, nascendo dall'angolo super-interno. L'acromion sinistro alla stessa distanza dalla linea media del destro

ma 3 cm. più alto. Nella scapola sinistra predominano i diametri trasversali.

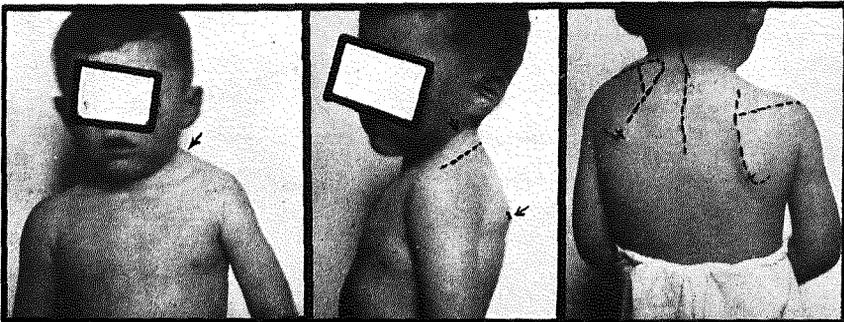
La spina è due centimetri più lunga a sinistra; la clavicola appare più lunga, larga e contorta di quella del lato sano.



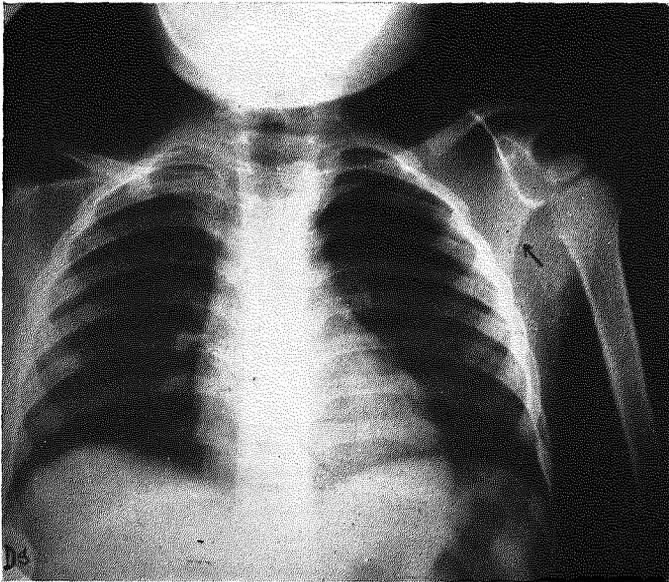
*Esame radiografico:* Non si apprezza bifidità della colonna cervicale nè ponte omovertebrale. Si confermano le modifiche di forma e posizione suddette riguardo alla scapola.

CASO 3. - C. M. Bimbo di 3 anni; nato a termine da parto eutocico. Si siede ai sei mesi, si mette in piedi all'anno e cammina all'anno e due mesi. Come le sorelline dentizione e prime parole in epoca normale. Non è mai stato malato. Anche in lui la si scopre malformazione dopo il taglio dei capelli.

*Esame clinico:* Collo deviato a sinistra. Scoliosi sinistroconvessa a livello delle ultime cervicali. Battito carotideo ben visibile a sinistra.



Fossa sopraclavicolare sinistra occupata. Ipertricosi nella regione interscapolovertebrale sinistra a livello delle C5, e C7 e che non va oltre il margine interno della scapola. Scapola sinistra fortemente sopraelevata. Il suo angolo interno si trova all'altezza della C6, 2,5 cm. al di sopra dell'omologo ed a 4 cm. della linea interspinosa; l'angolo inferiore a livello della D5, 2,5 cm. al di sopra dell'omologo ed a 6,5 cm. della linea interspinosa; in questo modo il margine interno della scapola risulta avere una direzione molto obliqua in giù ed in fuori. La spina si percepisce molto deviata in giù ed in fuori essendo più lunga di quella del lato sano. Vi è deformità scapolare con predominio dei diametri trasversali.



*Esame Radiografico:* Nella radiografia è ben chiara la sopraelevazione della scapola associata a bifidità della colonna cervicodorsale ed alla presenza di ponte osseo omovertebrale il quale, in questo caso, è meno sviluppato e più orizzontale che nel caso 1.

Di questi tre casi si possono trarre alcune conclusioni di una certa importanza:

1). Si presenta per la prima volta nella letteratura medica una *scapola alta congenita familiare* in tre bimbi, due femmine ed un maschio, di una stessa famiglia.

2). La deformità si accompagna soltanto in due casi di ponte omovertebrale.

3). Si deve accettare l'esistenza di una forma familiare di scapola alta congenita.