

BIBLIOTECA
LANCISIANA

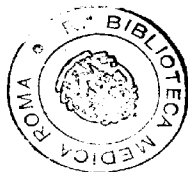


DOTT. CARLO LABUS

UN POLIPO TRACHEALE

ESPORTATO

PER LE VIE NATURALI



Milano — Tip. P. Agnelli.

Sono a pubblica conoscenza sinora soltanto cinque casi in cui per la cura di un tumore sporgente nel lume del canale tracheale, sia stato tentato un trattamento chirurgico passando per le vie naturali, senza ricorrere previamente alla tracheotomia.

Il più conosciuto è quello che Schrötter operò nel 1867 ⁽¹⁾. Si trattava di un uomo di 34 anni, nel quale si riscontrava all'esame laringoscopico, come causa di lamentati disturbi respiratorii, un tumore bernoccolato che dalla parete posteriore del canale tracheale, a livello del quarto anello, protrudeva nel lume e lo ostruiva in gran parte.

Tentata invano l'estirpazione per la via della bocca con apposite pinzette uncinatae, lo Schrötter pensò di istituire, sempre per la stessa via, la mortificazione del tumore mediante iniezioni nel di lui parenchima di percloruro di ferro. La riduzione fu manifesta ed una piccola porzione che era rimasta dopo l'ultima iniezione si vide in seguito scomparire anch'essa completamente. Ma già nel dicembre 1869 si constatava la recidiva ⁽²⁾.

Per desiderio del malato la cura non fu ricominciata che alla fine del 1870. Sono degne di ammirazione la pazienza e la costanza che mostrarono l'operatore ed il paziente nei molteplici tentativi di cura spesso infruttuosi. Ogni atto operativo fu sempre eseguito sotto l'anestesia locale col noto processo delle pennellate alternate di cloroformio e di soluzione satura di acetato di morfina. Provò lo Schrötter dapprima l'applicazione dell'ansa galvano-caustica; non essendovi riescito tentò di distruggere il

(1) *Wien. med. Jahrb.*, 1868, 15. Band.

(2) *Jahresbericht der Klinik für Laryngoskopie*, Wien, 1871, pag. 86-87.

tumore con un semplice galvano-cauterio, ma anche ciò invano; un tentativo di cauterizzazione con una pasta di cloruro di zinco ed ossido di zinco fallì esso pure. Smessa l'idea della cauterizzazione, in altra seduta lo Schrötter ritentò lo strappamento colle pinzette uncinata e poté in tal guisa esportare in varie riprese alcuni pezzi del tumore. Infine l'operatore ritornò al processo curativo che gli aveva dato un risultato soddisfacente la prima volta, ossia alle iniezioni parenchimatose di percloruro di ferro liquido mediante uno schizzetto a lunga cannula ricurva e pungente all'estremità. Per quattro sedute i tentativi, ben inteso sempre per la via della bocca, andarono a vuoto, o perchè riescita incompleta l'anestesia locale il paziente non aveva tutta la tolleranza che era necessaria, o perchè una emorragia sviluppatasi al primo pungere del tumore obbligava il paziente a continui colpi di tosse, o per imperfezioni manifestatesi nell'istrumento. Due volte però le iniezioni riescirono a dovere e portarono una profonda mortificazione. Intanto dal 21 dicembre 1870, in cui era stata cominciata la cura, si era venuti al 1.º aprile 1871; il tumore erasi ridotto d'assai ma lagnandosi il paziente di dolori nella trachea ed alla pressione della fossa giugulare, lo Schrötter, prima di ripetere altri atti operativi, volle attendere e vedere fino a qual punto sarebbe arrivato il disfacimento del tumore, e lasciò che il paziente escisse dalla clinica. L'esame microscopico dei pezzi esportati mostrava, accordandosi colla diagnosi già emessa nel 1867, trattarsi di un sarcoma a piccole cellule.

Due anni e mezzo dopo, nel dicembre 1873⁽¹⁾, lo Schrötter rivede il suo operato, ed all'ispezione col laringoscopio poté constatare che il tumore aveva ripreso il volume di una nocciola ed originava dalla parete posteriore della trachea ma prevalentemente a destra. Non essendovi però grave ostacolo alla respirazione, non volle il paziente per allora assoggettarsi ad alcun trattamento locale.

Di questo stesso paziente ne dà notizia ultimamente lo Stoerk⁽²⁾, essendoglisi presentato nell'inverno 1878-79. Questi trovò che il tumore aveva raggiunto maggiori dimensioni in modo da occludere quasi tutto il lume della trachea.

(1) *Jahresber. der Klinik für Laryngoskopie*. Wien, 1875, pag. 102.

(2) *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs* Stuttgart, 1880, pag. 130.

Esternata al malato la necessità della tracheotomia per la demolizione del tumore, egli vi si rifiutò e si sottrasse ad ulteriori visite.

Un secondo caso è pure riferito dallo Schrötter nei due *Jahresberichts* citati. Si tratta di una ragazza di 19 anni, soffrente di dispnea e di una tosse secca, alla quale col laringoscopio egli trovò nella parte alta della trachea, sulla parete destra, un tumore duro al sondaggio, che aveva molta somiglianza nell'aspetto a quello che presentava il paziente succitato e che diagnosticò per un sarcoma. Questa ragazza si rivolse più tardi ad un giovane medico, il quale volle tentare le iniezioni di percloruro di ferro, come aveva praticato lo Schrötter, ma con risultato infelice perchè la paziente morì sotto l'operazione. La necropsopia convalidò la diagnosi di sarcoma.

A questi due casi, che se attestano il lodevole spirito di iniziativa degli operatori non furono però coronati dal risultato che si avrebbe voluto sperare, se ne devono aggiungere altri tre di cui trovasi cenno nella recentissima opera di M. Mackenzie ⁽¹⁾. Questo autore riferisce che, nel 1865, in un uomo di 45 anni che avea un tumore della grossezza di un fagiuolo nella trachea a livello del secondo e terzo anello, riescì, dopo varii tentativi falliti di estirpazione colle pinzette, a toccarlo con un galvano-cauterio acuminato in seguito a che dopo una settimana il tumore era completamente scomparso. Nel 1868, in una donna di 22 anni, scopri l'esistenza di un tumore della grossezza di un pisello sporgente nel lume della trachea in corrispondenza del terzo anello; la paziente però dopo un tentativo fallito di galvano-caustica non si ripresentò altrimenti. Nel 1874, dopo aver esportato con una pinzetta in cinque sedute un tumore inserito sopra la commissura anteriore delle corde vocali in un uomo di 37 anni, trovò che un altro tumore della grossezza di un acino di ribes esisteva nella trachea al primo e secondo anello. Anche in questo caso, dopo alcuni tentativi, riescì a toccare il tumore col galvano-cauterio, ed una settimana più tardi potè constatare che non vi era più vestigia del neoplasma. È a deplorarsi che l'autore non dia un cenno sulla natura anatomo-patologica, presumibile almeno macroscopicamente, di questi tumori.

(1) *A Manual of Diseases of the Throat and Nose*, London, 1880, pag. 524-525.

A questi casi sono lieto di aggiungerne un altro, il quale ebbe l'esito più completo che si potesse desiderare.

Il giorno 17 dello scorso gennaio il distinto collega Dott. Viganoni di Monza mi presentò un giovinetto sparuto in viso, con un respiro greve udibile a distanza, in uno stato insomma da muovere a compassione gli astanti. Stimai opportuno praticare adirittura l'ispezione delle prime vie aeree e rimettere in seguito la ricerca anamnestica e di tutti i fenomeni rilevabili cogli altri mezzi diagnostici. Tosto potei trovare la causa della dispnea e mostrarla al Collega presente; attraverso la glottide si scorgeva giù nel canale tracheale una massa moriforme ingombrare pressochè tutto il lume. Con un tale reperto sorgeva evidente l'indicazione terapeutica: la demolizione di quel neoplasma.

Poichè il paziente era venuto a Milano, non prevedendo di dover trattenersi per la necessaria cura, lasciai che ritornasse a casa e così potesse disporre per un soggiorno di qualche tempo in questa città.

Il giorno 20 gennaio si ripresentò questo povero ragazzo al Dispensario per le malattie della gola all'Ospedale Maggiore ed ecco tutti i dati clinici che potei rilevare.

Si chiama Fossati Emilio, nativo di San Lorenzo su quel di Monza. Figlio a genitori sani, è esente da labi gentilizie od acquisite e non soffrì mai di malattie importanti fino a quella che lo travaglia attualmente. Racconta che a dieci anni entrò a lavorare in una fabbrica di tessuti di lana e cotone dove fu messo a montar spole. Quantunque in un ambiente polveroso si trovò bene per i primi due anni, ma poi cominciò ad essere molestato da una tosse secca, insistente, sostenuta da un prurito tracheale. Tornati vani quei pochi rimedii di uso volgare apprestigli dai genitori, nella primavera dello scorso anno cercò ricovero nell'Ospedale di Monza, dal quale, dopo alcune settimane di degenza, escì guarito. Ritornato al lavoro ben tosto riapparve la tosse cogli stessi caratteri di prima non solo ma si aggiunse una tal quale difficoltà di respiro che si faceva più palese negli sforzi corporei e più non gli permetteva di correre giocando cogli altri ragazzi.

Aumentando gradatamente l'inceppo nel respiro il Fossati domandò di essere ammesso ancora nello stesso Ospedale di Monza, dove entrò il 14 dicembre ultimo passato. Colà gli furono appli-

cati, a quanto racconta, cataplasmi ed unguenti solventi al collo; ma non migliorando punto, anzi essendo manifesto il peggioramento il 5 gennaio del corrente anno abbandonò l'Ospedale e se ne ritornò a casa.

La dispnea però continuava ad aumentare e facendosi minacciosa, dopo una diecina di giorni i parenti lo portarono dal succitato Dott. Viganoni per avere un suo consiglio. Questi interessatosi del caso grave volle, come già accennai, accompagnarmi egli stesso il Fossati per vedere se col laringoscopio era possibile scoprire la causa della stenosi che evidentemente appariva risiedere nelle prime vie aeree.

Ecco ora l'esame dello stato presente.

Il paziente ha 13 anni, è impubere; lo scheletro ha uno sviluppo discreto ma è assai scarno; il viso è pallido e pallide sono pure le mucose; occhiaje livide e profonde ed un rattrapimento generale, per il freddo che sente in modo soverchio, completano l'aspetto di un individuo in preda a grave sofferenza. In istato di riposo ha un respiro, quantunque rumoroso, abbastanza calmo, ma l'incasso od una lieve fatica qualsiasi tosto gli provoca una dispnea rilevante; allora, senza che la laringe si sposti in basso, nell'inspirazione si vedono approfondarsi le fosse sopraclavicolari e rientrare maggiormente la fossetta giugulare e si fa più pronunciato il rumore di sibilo respiratorio. La posizione nella quale la respirazione gli riesce più facile è la seduta colla testa diritta alquanto inclinata all'avanti, come quella che raccorciando gli spazii interannulari della trachea favorisce l'allargamento del di lei calibro. In posizione supina si sente soffocare; di notte quindi trovandosi a letto in camere non ventilate e con aria viziata per accumulo di persone la dispnea si fa imponente al punto da destare veri accessi soffocativi. Alla dispnea si accompagna una tosse secca, insistente che lo molesta di continuo, talvolta con accessi violenti, i quali gli lasciano indolenzita la regione sternale. La voce è sonora e di timbro puro, ma non ha intensità per la deficiente pressione aerea. Non vi ha alcun sputo caratteristico.

L'esame stetoscopico non ci dà alcuna anomalia alla percussione; i fenomeni ascoltatorii non si possono apprezzare nel loro giusto valore perchè coperti dal sibilo tracheale. Il suono di percussione sulla laringe e sul canale tracheale non dà differenze decise al punto dove corrisponde il tumore. Del pari all'ascolta-

zione della trachea non odesi che un sibilo diffuso. Alla palpazione quest'organo non mostra alcuna sensibilità dolorifica.

Nell'apparato della circolazione nulla si riscontra di anormale all'infuori di un polso piccolo ed accelerato.

Quanto all'apparato della digestione, tanto nelle prime vie come nel tratto gastro-intestinale, non si rileva alcun disturbo; solo vi ha un certo grado di anoressia. Anche i movimenti di deglutizione non sono punto alterati nè dolorosi.

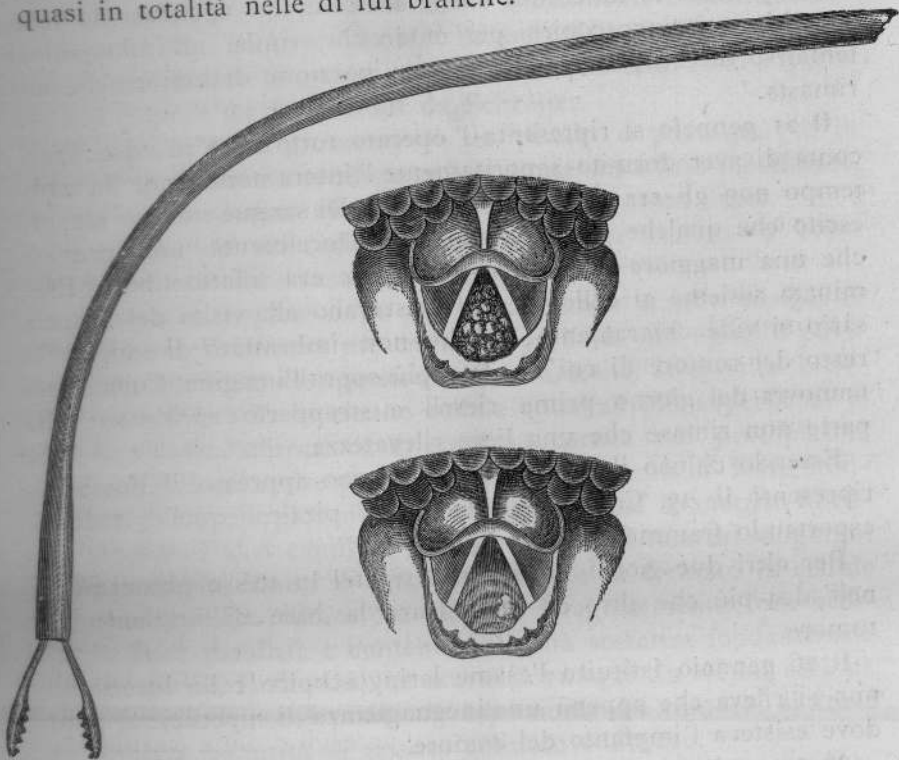
Del resto il Fossati non ha nè ebbe mai febbre. Il deperimento notevole che presenta dipende, come è evidente, del nessun esercizio corporeo, dalla scarsa ingestione di alimenti allo scopo di evitare ogni replezione di stomaco ed il conseguente aumento di dispnea, dall'insufficiente ossigenazione sanguigna, infine dall'impossibilità negli ultimi tempi a soddisfare al sonno tanto necessario alla sua età.

Instituito di nuovo l'esame laringoscopico riscontrai l'epiglottide piccola, accartocciata sui lati ed alquanto abbassata sull'orificio superiore laringeo come osservasi negli impuberi: il resto della laringe ha piccole dimensioni proporzionali all'età. Tutte le varie parti però si presentano affatto normali ed anche i movimenti si compiono regolarmente. Quando le corde si divaricano nell'atto inspiratorio si vede al disotto di esse nel canale tracheale un tumore granelloso, di color roseo, occuparne in gran parte il lume lasciando libero solo il segmento anteriore. Il tumore non si smuove anche sotto forti espirazioni. È impossibile stabilire se origini dalla parete posteriore o dalle pareti laterali poichè il tumore stesso copre il proprio punto d'impianto; dall'essere visibile soltanto il segmento anteriore della cartilagine cricoide, si può inferirne però che debba trovarsi a livello dei primi anelli tracheali.

Dopochè i colleghi Dott. Frua, mio assistente, Dott. Margary e Dott. Baiardi di Torino, e Dott. Salomoni di Cremona, che erano presenti alla visita del Dispensario, ebbero campo ciascuno alla sua volta di laringoscopizzare il Fossati e constatare l'esistenza del tumore suddescritto, decisi di tentare seduta stante l'estirpazione.

Senza che si fossero istituiti sondaggi preparatorii per abituare la laringe alla tolleranza degli istrumenti, impugnai la pinzetta di Türck colle branche chiuse — alle quali avea dato preventivamente una direzione di divaricamento antero-posteriore — mi

portai all'orificio superiore laringeo e, sulla guida del laringoscopio, in un momento di profonda inspirazione scesi rapidamente in laringe, passai tra le corde vocali divaricate ed in questo frattempo aprendo le branche della pinzetta piombai sul tumore e feci presa: ritirato l'istrumento il tumore era impigliato quasi in totalità nelle di lui branche.



L'atto operativo fu tanto rapido che gli astanti, i quali pur lo seguivano collo sguardo, non se ne accorsero che a fatto compiuto.

Cessato quel po' di gemizio di sangue che naturalmente dovea avvenire dalla lesione di continuità, e quindi la tosse per espellerlo, subito si accorse il Fossati che il suo respiro era ridvenuto del tutto libero. Esaminato di nuovo col laringoscopio da me e dai colleghi sunnominati, si trovò che rimaneva un avanzo del tumore del volume di circa un grano di canape tra la parete laterale sinistra e posteriore del canale tracheale a livello del terzo anello. Nelle due immagini laringoscopiche qui unite è rappresentata in grandezza al vero la laringe prima e dopo l'operazione.

L'altra figura è pure un disegno al vero della porzione laringea dell'istrumento di cui mi sono servito. Salterà all'occhio come la lunghezza del tratto verticale sia enorme in rapporto alle condizioni anatomiche della gola di un ragazzo a 13 anni.

Intanto sia per la tosse, sia per il ripetuto esame il Fossati aveva perduta la tolleranza anche alla semplice applicazione dello specchietto laringoscopico per modo che rimisi all'indomani il tentativo di estirpare quella piccola porzione di tumore che era rimasta.

Il 21 gennaio si ripresenta l'operato tutto ilare in viso; racconta di aver dormito saporitamente l'intera notte come da tanto tempo non gli era stato più possibile. Di sangue non ne era più uscito che qualche grumo verso sera: localmente non provava che una maggiore sensibilità; il respiro era affatto libero. Esaminato assieme ai colleghi che assistevano alla visita del Dispensario si vide chiaramente, perchè non imbrattato di sangue, il resto del tumore di cui ho dato più sopra l'immagine. Colla stessa manovra del giorno prima riescii a strappararlo anch'esso: alla parte non rimase che una lieve rilevatezza.

Essendo chiuso il Dispensario il giorno appresso, il Fossati si ripresentò il 23. Colla stessa pinzetta pizzicai quelle nodosità esportando frammenti di tessuto.

Per altri due giorni consecutivi ripetei lo stesso pizzicamento nell'idea più che altro di mortificare la base di impianto del tumore.

Il 26 gennaio, istituito l'esame laringoscopico colla luce solare, non si rileva che appena una ineguaglianza di superficie al punto dove esisteva l'impianto del tumore.

Al 30 anche quella ineguaglianza era scomparsa.

Il paziente intanto avea già migliorato nelle condizioni generali, le gote aveano preso un po' di incarnato, l'occhio si era fatto vivace, l'appetito gagliardo e poteva rifocillarsi a sazietà. All'ascoltazione del petto non si notava che un po' di respirazione aspra agli apici dovuta certamente ad un po' di catarro per iperemia ex vacuo e per la protratta deficiente ventilazione del polmone.

Il 1.º febbraio, dieci giorni dopo da che erasi presentato alla Ambulanza, fu licenziato.

Notizie ulteriori mi confermavano come il Fossati continuasse

a trovarsi bene, ma potei constatarlo con certezza il giorno 23 maggio p. p., in cui, esaminatolo col laringoscopio, non mi fu dato di riscontrare nemmeno il minimo accenno a riproduzione del tumore.

Ecco finalmente il reperto dell'esame microscopico del tumore fatto dal sunnominato Dott. Baiardi e gentilmente comunicatomi. Merita che non si lasci passare inosservato come la struttura anatomo-patologica di questo tumore si accosta assai assai a quella dei due tumori tracheali citati da Schrötter.

« Il tumore ha la grossezza di un pisello o poco più; è di forma irregolarmente tondeggiante; ha una superficie moriforme, un color bianco roseo ed una consistenza piuttosto dura.

« La superficie del taglio, veduta a fresco, è asciutta, di color bianchiccio ed uniformemente liscia.

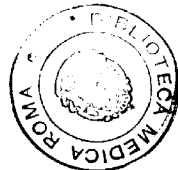
« In sezioni eseguite dopo averlo sottoposto ai soliti metodi di indurimento, il tumore presenta alla periferia un epitelio pavimentoso stratificato di spessore molto variabile. L'epitelio è delicato e molle; solo in alcune cellule epiteliali più superficiali si nota una lieve infiltrazione di sostanza cornea nel protoplasma cellulare. Immediatamente sotto l'epitelio esiste una forte infiltrazione di cellule giovani, uno scarso stroma di connettivo fibrillare, numerosi vasi capillari, e qua e là piccoli stravasi sanguigni di data recente. Tutto il resto del tumore è formato di cellule connettive ovali e fusate ora disposte irregolarmente, ora ordinate in fasci paralleli e contenute in una sostanza fondamentale qua omogenea, là fibrosa, ma scarsa dovunque. In alcune sezioni, specialmente vicino al punto di inserzione del tumore, si trova una discreta quantità di tessuto connettivo fibroso.

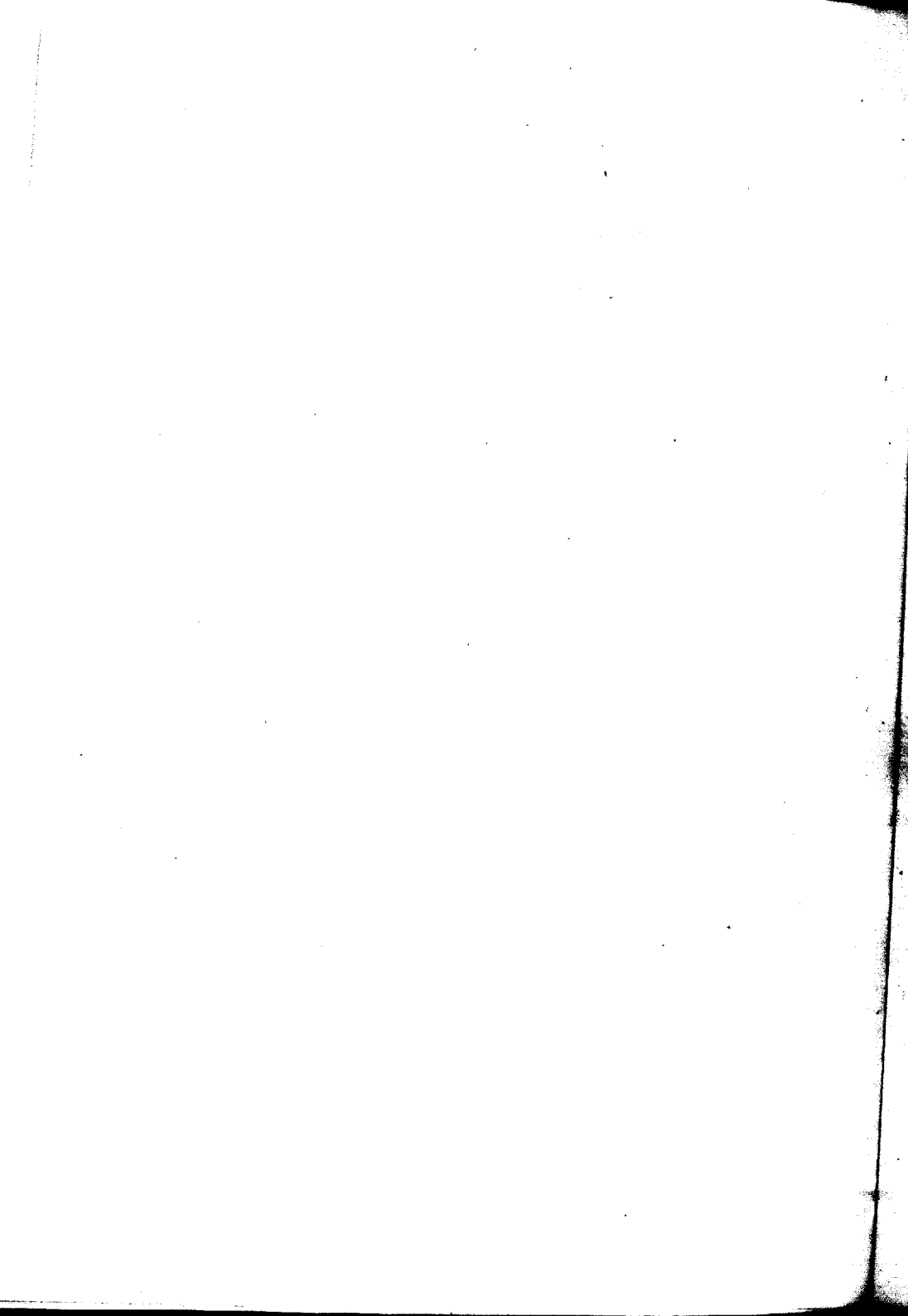
« I vasi che percorrono la massa del tumore sono molto dilatati a pareti sottilissime ed in piccolo numero.

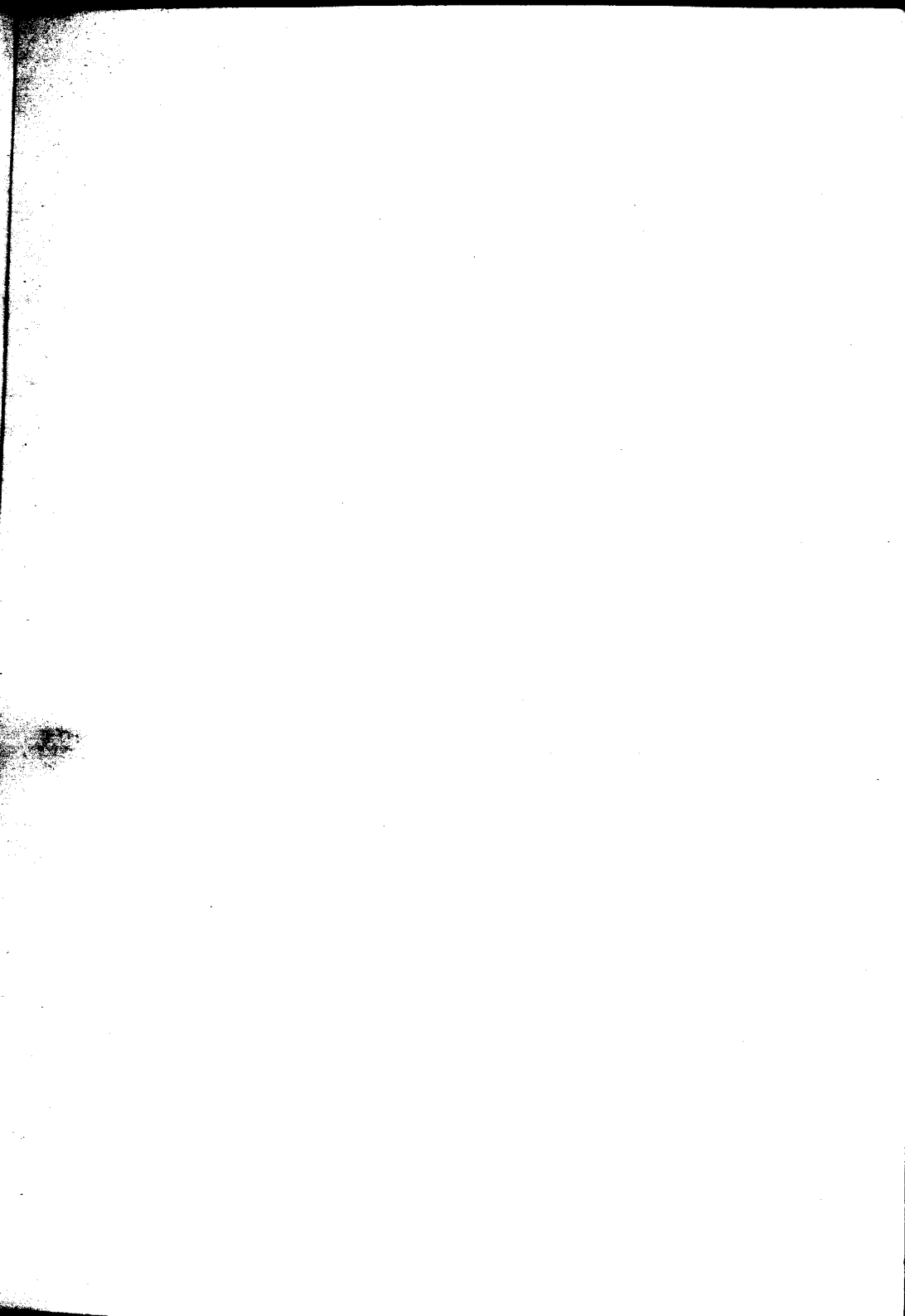
« Si può quindi far diagnosi di *fibro-sarcoma*. »

Al lettore ora i commenti sulla sorte di questo povero ragazzo una ventina d'anni or sono, e sull'utilità di addestrarsi a tutto quel moderno campo operativo che ha dischiuso l'invenzione del laringoscopio.

2734







ALTRI LAVORI DELL'AUTORE.

- Contribuzione alla Chirurgia laringoscopica. — *Gazzetta Medica Italiana, Lombardia*, 1871.
- La laringoscopia e l'elettricità nei sordo-muti. — *Gazzetta Medica Italiana Lombardia*, 1871.
- La laringoscopia. — *Rivista di Med. Chir. Terrap.*, 1872.
- Casuistica di tumori laringei. — *Ann. Univ. di Med.*, 1873.
- Un nuovo apparecchio illuminante per la laringoscopia. — *Gazz. Med. Ital. Lomb.*, 1873.
- Operazioni laringoscopiche. — *Comment. di Med. Chir.*, 1874.
- Il cateterismo e la dilatazione meccanica nelle stenosi della laringe. — *Annali Univ. di Med.*, 1876.
- Laringoscopia portatile. — *Gazz. Med. Ital. Lomb.*, 1876.
- Fantoccio per esercitazioni laringoscopiche. — *Annali Univ. di Med.*, 1878.
- Prelezione al corso di laringoscopia nella R. Università di Pavia. — *Gazzetta Med. Ital. Lomb.*, 1878.
- Tumore fibroso-cistoideo della vera corda vocale destra. Estirpazione per via laringoscopica. — *Giornale internaz. delle Scienze mediche*, 1880.
- Sullo scorticamento delle corde vocali. — *Gazzetta degli Ospitali*, 1880.
-

