

BIBLIOTECA
LANCISIANA

6

primo del settembre



DOTT. F. MARGARY

Chirurgo primario dell'Ospedale di S. Giovanni di Torino.

ESTIRPAZIONE TOTALE DELLA LARINGE
DEL CORPO TIROIDE, DEI PRIMI ANELLI DELLA TRACHEA
PARZIALE DELLA FARINGE E DELL'ESOFAGO

per epiteloma primitivo dell'esofago e della faringe
invadente gli altri organi accennati

con due tavole a litografia



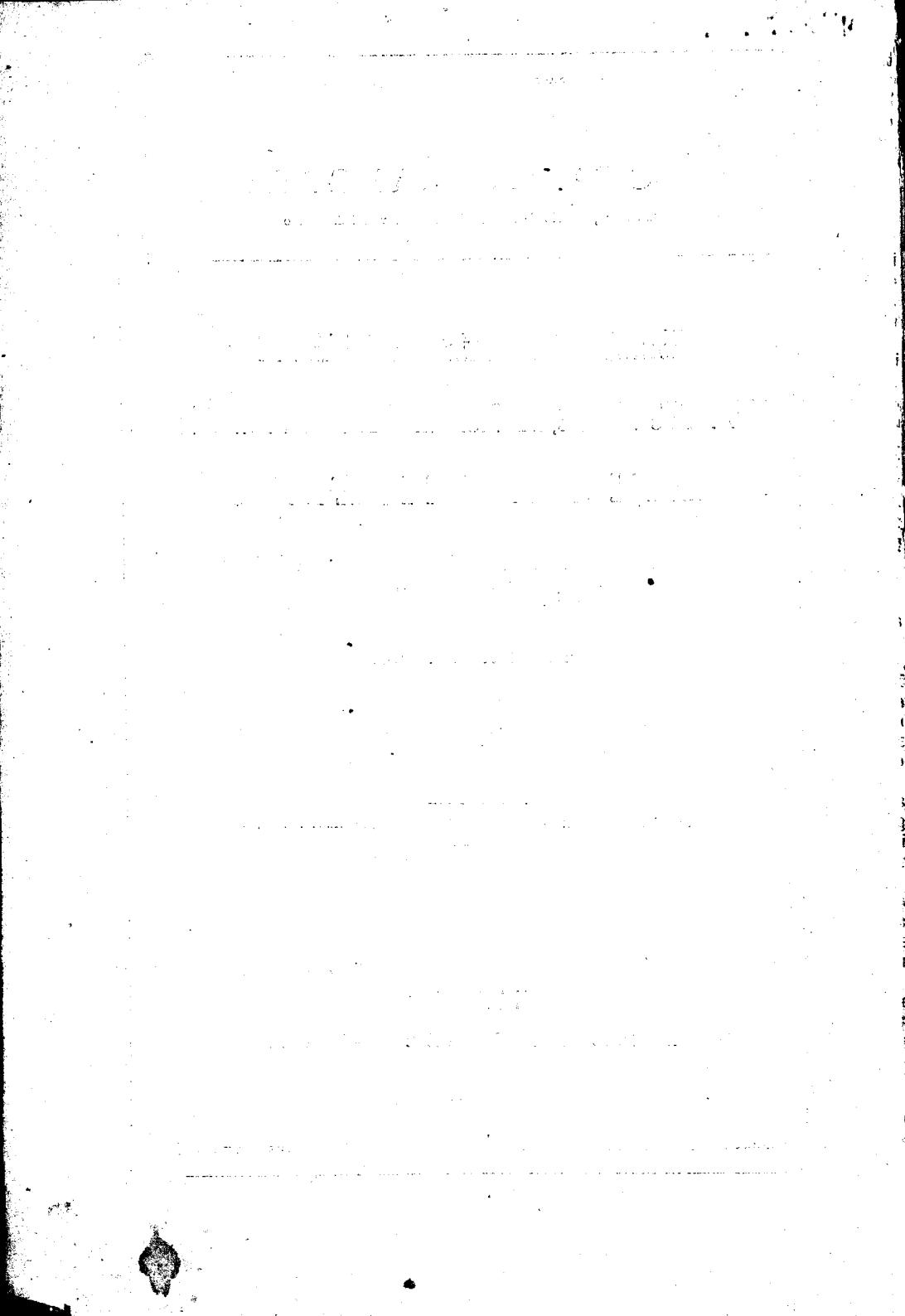
Estratto dal periodico *Archivii Italiani di Laringologia*, Anno I, fasc. 3.

NAPOLI

VINCENZO ONOFRIO MESE E C. — EDITORI

1882





DOTT. F. MARGARY

Chirurgo primario dell'Ospedale di S. Giovanni di Torino.

ESTIRPAZIONE TOTALE DELLA LARINGE
DEL CORPO TIROIDE, DEI PRIMI ANELLI DELLA TRACHEA
PARZIALE DELLA FARINGE E DELL'ESOFAGO

per epiteloma primitivo dell' esofago e della faringe
invadente gli altri organi accennati

con due tavole a litografia

Estratto dal periodico *Archivii Italiani di Laringologia*, Anno 1, fasc. 3.



NAPOLI
VINCENZO ONOFRIO MESE E C.—EDITORI
1882



TIP. DIR. RINALDIE G. SELLITTO

Perrone Catterina di anni 36, serva, da Mosso S. Maria, di meschina costituzione, nella fanciullezza soffrse rachitismo, che le lasciò una scoliosi della colonna vertebrale, ed adeniti serofolose al collo di cui porta le cicatrici.

La sua mestruazione, comparsa a 15 anni, continuò abbastanza regolare.

Prese marito a 25 anni, non ebbe figli. Non soffrse mai di sifilide. I genitori morirono oltre ai 50 anni, nè essi, nè altri in famiglia, a quanto pare, presentarono affezioni che possano credersi di natura cancerosa.

Il 7 settembre scorso io fui chiamato a visitare la malata in consulto col Dottore Berruti Giuseppe medico curante.

La donna narrava che fin dai primi giorni del luglio prossimo scorso cominciò a provare un dolore pungente al lato sinistro del collo, associato a difficoltà nel deglutire. A ciò tenne dietro, pochi giorni dopo, una tosse molesta assai ed una certa difficoltà nel respiro. Questi disturbi dell'apparato respiratorio andarono man mano crescendo e presero in ultimo il sopravvento su quelli della deglutizione.

Da una settimana, specialmente di notte, la donna era assalita da frequenti e gravi accessi di tosse convulsiva e minacce di soffocazione. La deglutizione era bensi sempre alquanto dolorosa, ma non molto turbata.

Di modo che le maggiori lesioni funzionali, all'epoca in cui io vidi la malata per la prima volta, appartenevano all'apparato respiratorio.

Circostanza questa notata dalla inferma, dai parenti, dal Dottore Berruti e da me nelle mie note. La voce era alquanto rauca.

All'esame esterno io trovai un certo grado di tumefazione perilaringea, più marcata ed estesa a sinistra, il lobo sinistro della ghiandola tiroide alquanto ingrossato sollevava il margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo ed appariva eziandio infiltrato; un leggero grado di

infiltrazione si riscontrava pure attorno alla cartilagine cricoide. Le parti ora accennate erano dolenti alla pressione. La mobilità della laringe, normale. All'esame laringoscopico trovai: rima glottidea deviata a sinistra, corde vocali superiore ed inferiore del lato sinistro immobili, tumefazione di aspetto edematoso della mucosa della cartilagine aritenoidea destra, della corrispondente metà del margine posteriore del vestibolo, della ripiegatura ariteno-epiglottica e della corda vocale superiore dello stesso lato. Questa tumefazione non oltrepassava il solco laterale della faringe né la linea mediana longitudinale della parete posteriore della laringe o anteriore della faringe, tranne sul margine posteriore del vestibolo, dove la tumefazione spostava alquanto la cartilagine di Santorini destra.

Il limite inferiore di detta tumefazione non si poteva raggiungere nell'immagine laringoscopica. L'anormale sporgenza del margine posteriore del vestibolo della laringe mascherava i due terzi posteriori della corda vera omonima. Le corde vocali inferiori presentavano leggero grado di edema. Nessuna traccia di tumefazione dei gangli del collo.

Io mi trovai perplesso se si trattasse di una pericondrite dell'aritenoide sinistra e della cricoide (metà posteriore), oppure di un neoplasma maligno della parete posteriore della laringe sviluppatosi sulla metà sinistra.

Esclusa un'affezione sifilitica; considerando il corso piuttosto lento dell'affezione, la limitazione della tumefazione alla metà sinistra della parete posteriore, ma più che tutto la forma, subrotonda della tumefazione, così accentuata da destare l'idea di un tumore; ricordando un caso simile osservato nel 1880, io feci diagnosi presuntiva di neoplasma maligno ossia di cancro così detto *misto* da Krishaber, vale a dire svoltosi sulla parete comune alla laringe ed alla faringe.

Due giorni dopo ripetei l'esame nel mio gabinetto e mi confermai nella idea di neoplasma maligno.

11 settembre. La sera antecedente la malata ebbe febbre con ingruenza a freddo. La difficoltà della deglutizione, la tosse convulsiva e gli accessi di soffocazione aumentarono assai. La metà sinistra del collo, oltre ad essere dolente spontaneamente ed alla pressione, si presenta profondamente infiltrata, e la pelle che copre il lato sinistro della ghiandola tiroide è arrossata. All'esame col laringoscopio trovo la tumefazione edematosa aumentata; la medesima costituisce un tumore sporgente e teso. Mettendo in rapporto questo aumento con quello dei dolori, della tumefazione esterna, coll'arrossamento della pelle, coll'accesso febbrile preceduto da brividi, mi ritorna in pensiero o che si tratti di una pericondrite o che per lo meno oltre al cancro si sia formato un ascesso sottomucoso alla parete posteriore della laringe. Siccome inoltre è pure cresciuto sensibilmente l'edema delle corde vocali inferiori, io vedo l'indicazione di praticare una incisione sul tu-

more della parete laringea posteriore, onde dare esito al pus qualora esista, ed in caso contrario portare momentaneo rimedio all'edema.

Pratico sulla guida del laringoscopio, mediante un coltello bitagliente di Schrötter, una incisione, la quale cade alquanto fuori del centro della tumefazione. Escono circa 30 grammi di sangue; non vidi uscire pus.

Prescrivo un gramma di Chinino.

12 settembre. La donna ebbe qualche sollievo, non ebbe febbre e passò la notte discretamente bene. Dalla fatta incisione vien fuori pus, il quale deve essere uscito in certa quantità durante la notte, mandando un odore assai fetente, come nella carie. Faccio un'altra incisione, escono pure circa 30 gram. di sangue.

13 settembre. Pare sia escita molta materia fetente. Notevole sollievo dal lato della respirazione. Pus cremoso vien fuori dalle due incisioni. È scemata la tumefazione interna ed esterna.

15 settembre. La malata entrò ieri all'Ospedale. Miglioramento marcato dal lato della respirazione e della degluttazione. Pressione sul collo quasi indolente. Continua l'uscita del pus cremoso e fetentissimo dalle praticate incisioni.

17 settembre. Da ieri impossibilità di inghiottire checchessia. Allo esame laringoscopico trovo che una massa di vegetazioni a forma di cavolfiore occupa tutta la parte visibile della parete posteriore del laringe e s'innalza oltre il livello del margine posteriore del vestibolo, in modo da mascherare l'apertura della laringe.

21 settembre. Persiste la grande difficoltà d'inghiottire. All'esame laringoscopico noto l'aumento progressivo della massa di vegetazioni. Si mantiene la diminuzione dell'infiltrazione del collo. La diagnosi di cancro non è più dubbia. Chiamo a consulta il collega ed amico Novaro, col quale cadiamo di accordo sulla indicazione dell'estirpazione nel più breve termine possibile.

22 settembre. Previa cloroformizzazione pratico la *tracheotomia inferiore preventiva* senza alcun accidente.

26 settembre. Nei giorni che tennero dietro alla tracheotomia, il termometro segnò alla sera il *massimum* di 37°,7 e la paziente ebbe catarro bronchiale abbondante e tosse frequente.

Oggi havvi apiressia, la notte trascorsa fu piuttosto buona, il catarro e la tosse sono scemati, la respirazione è libera.

Persiste una massima difficoltà di deglutire anche i liquidi, i quali passano in parte per la ferita della tracheotomia.

28 settembre. La malata si trova in condizioni generali abbastanza buone. Da cinque giorni apiressia. L'operazione viene fissata per domani. Il caso vuole che l'ottimo mio amico, il professore Massei di Napoli, sia di passaggio a Torino, ed io mi chiamo fortunato di presentargli la paziente e di averlo a testimonio dell'operazione.

All'esame laringoscopico il neoplasma occupa tutta la parte visibile della parete posteriore della laringe e s'innalza tanto verso la faccia posteriore dell' epiglottide , da lasciare appena vedere una rima tra l'una e l'altra. Ai lati, l'epitelioma invade già la parete laterale della faringe, e ricopre le ripiegature ariteno-epiglottiche, in basso non se ne vedono i limiti. La massa del neoplasma nella parte più alta presenta per qualche millimetro il rivestimento della mucosa edematosa, di colore roseo sbiadito, tutto il rimanente si presenta coi caratteri di vegetazione a cavolfiore, ricoperto da un essudato bianco sporco.

Io manifesto all'illustre specialista essere mio parere si tratti di un cancro sviluppatisi dalla parete posteriore della laringe. Egli , dopo avere attentamente esaminato la paziente, dichiara opinare in favore di un cancro sviluppatisi dall'esofago, fondandosi essenzialmente sulla circostanza che, secondo lui, la laringe è spostata a destra per parte del neoplasma.

Egli propone, a scopo di accertare il fatto, di praticare colla sonda una esplorazione della faringe e dell'esofago.

Alla prima opinione del Massci, senza negare che attualmente il neoplasma per la sua invasione in alto eserciti uno spostamento sulla laringe verso destra , io oppongo però un'altra circostanza di fatto che potei constatare nei miei primi esami davanti al D.^r Berruti ed al D.^r Roth mio assistente, e si è che a quell'epoca la rima glottidea era deviata a destra per l'immobilità delle due corde vocali superiore ed inferiore destre cagionata da evidente infiltrazione. Per conseguenza non essere improbabile che il neoplasma si sia sviluppato nella parete posteriore della laringe, determinando una infiltrazione della metà sinistra della glottide.

In quanto alla proposta di cercare con una sonda di accertarsi della sede d'impianto del neoplasma, io non credo di dovere accettarla nelle nostre condizioni. Urge operare la paziente che da circa dodici giorni quasi non prende più nutrimento. Il proposto sondaggio, come osserva Krishaber , non è scevro di pericoli; il medesimo potrebbe recare danno, costringerci a rimandare e forse a rinunziare all'estirpazione per complicazioni insorte.

I fenomeni di lesione funzionale della deglutizione e della respirazione eransi sviluppati presochè contemporaneamente ; in seguito, e quasi fino all'epoca in cui io praticai le incisioni, i disturbi della respirazione avvano preso un marcato predominio. Queste circostanze mi danno ragione di credere che il neoplasma, se interessa l'esofago, non si spinga nel medesimo oltre al livello a cui arriva nella laringe o nella trachea. Per altra parte la tracheotomia inferiore mi ha fornito occasione di constatare che nel tratto inciso la trachea è sana. Or bene per il Chirurgo che ha davanti a sè un essere irremissibilmente per-

duto, se non opera; per il chirurgo che è preparato ad estirpare tutto ciò che è inquinato da un neoplasma maligno; per questo Chirurgo basta che egli abbia fondamento per credere di potersi portare oltre i confini del male. In questi casi l'esempio di Langenbeck, di Billroth e del nostro Caselli, ci incoraggia.

29 settembre. La paziente passò una buona notte; tosse rara, secrezione bronchiale scarsa, da cinque giorni *apiressia*.

Operazione — Sono assistito dal mio Collega primario Novaro e del mio assistente D.^r Roth. Il Prof. Novaro s'incarica della cloroformizzazione, che riesce lunga e delicata in quanto che di tratto in tratto la respirazione rimane sospesa. Si riesce allora efficacemente ad eccitare l'atto respiratorio, vellicando con una penna d'oca la mucosa della trachea e dei bronchi. Dopo tre quarti d'ora si raggiunge l'anestesia completa. Alla canula comune, da circa venti minuti è stata sostituita la canula tampone di Trendelenburg modificata da Rosenback, mediante la quale si continua l'amministrazione del cloroformio.

Messa la paziente semiseduta sul letto d'operazione, col capo rovesciato all'indietro e postomi al suo lato destro, faccio sulla linea mediana una incisione longitudinale delle parti molli fino alle cartilagini ed alla membrana tiro-joidea, che dall'osso joide discende a 5 mm. dall'apertura di tracheotomia.

Procedo allora mediante l'*elevatorium* al distacco dalla cartilagine tiroide dei muscoli tiro-joidei, sterno-tiroidei e costrittore inferiore della faringe, prima a destra poi a sinistra.

In questo lavoro le due placche della cartilagine si rompono per una fragilità anormale. Non occorre il dire che ciò rende alquanto difficile questa parte dell'operazione.

A questo punto l'indicatore di Rosenback diventa floscio e con ciò siamo avvertiti che la camicia della canula si è rotta. Si mette rapidamente la paziente nella posizione Maas-Rose a capo declive. La cloroformizzazione procede regolarmente, e non penetra sangue nella trachea.

Uncinata allora la cartilagine tiroide in corrispondenza dell'incisura ed affidato l'uncino ad un assistente, sulla guida del dito indice sinistro introdotto per la bocca al davanti dell'epiglottide, con bisturi retto trafiggo per breve tratto il legamento tiro-joideo mediano e quindi col bisturi buttonato, rasentando l'osso joide, compio l'incisione dei legamenti io-e glosso-epiglottici e della membrana tiro-joidea a destra ed a sinistra sino in vicinanza dei due legamenti tiro-joidei laterali; recido questi legamenti colle forbici curve sul piatto dopo averli fissati tra il pollice e l'indice della mano sinistra; ciò mi riesce pure alquanto malagevole a cagione della frattura delle due placche della tiroide.

Nell'incisione della membrana tiro-joidea, le due arterie laringee superiori non diedero emorragia.

Uncinata quindi l'epiglottide e tratta così fortemente la laringe in basso ed in avanti, recido colle forbici le ripiegature epiglottico-faringee sino all'altezza della cartilagine cricoide.

Allora si vede che il neoplasma invade tutto in giro la faringe, si affonda nell'esofago, e sale sulla parete posteriore della laringe sino alla base delle cartilagini aritenoidi ricoperte dalla mucosa edematosata.

È adunque necessità esportare queste parti. Comincio a liberarmi della laringe staccandola con taglio dall'indietro in avanti al di sotto della cartilagine cricoide. Allora si scorge come il neoplasma si affondi ancora nella trachea ed abbia invaso altresì il lobo sinistro della ghiandola tiroide. Nell'incisione esce circa un cucchiaino di liquido puriforme proveniente, da quanto posso giudicare, dalla parete posteriore della laringe e dal lobo sinistro della tiroide.

Mi accingo allora anzi tutto ad estirpare il corpo tiroide.

Prolungo l'incisione mediana sino alla forchetta dello sterno, comprendendovi, bene inteso, l'apertura di tracheotomia. Distacco anzi tutto il lobo destro, il quale, essendo poco sviluppato e sano, facilmente viene isolato. L'isolamento del sinistro riesce alquanto più lungo e difficile in grazia del suo volume aumentato, e della infiltrazione sia purulenta che per parte del neoplasma. Tutti i vasi vengono reeisi tra due legature di *catgut*, oppure tra una legatura ed una pinza di Péan, per cui non si ha emorragia. Liberato così il campo dell'operazione, passo ad isolare la parete posteriore della faringe dall'aponevrosi prevertebrale sino a livello dell'osso joide, livello in cui la parete appare sana, ed in cui io la incido trasversalmente.

Afferrato allora colle dita il lembo inferiore della faringe, procedo all'ulteriore distacco della porzione più inferiore della medesima e dell'esofago dall'aponevrosi pre-vertebrale, sino al livello in cui mi pare cessi il neoplasma.

Isolata la parete anteriore dell'esofago dalla posteriore della trachea, faccio passare due fili di seta a traverso la parete laterale dell'esofago sul limite giudicato sano, recido trasversalmente l'esofago e la trachea allo stesso livello, mentre da un assistente vengono tesi gli accennati fili onde impedire che l'esofago si affondi.

Fatta questa incisione, l'esofago e la trachea appaiono ancora per alcuni millimetri interessati dal neoplasma.

Si mettono altri due fili più in basso sull'esofago e si recide la parte morbosa dell'esofago e la trachea allo stesso livello e con ciò si è penetrati nell'incisione di tracheotomia.

Dietro proposta del Prof. Novaro si fissa la metà sinistra dell'esofago e la metà destra della trachea alla pelle corrispondente della ferita del collo.

A sinistra, in corrispondenza dell'origine della tiroidea superiore, havvi un tratto di tessuti sospetti; si applica sulla parte sana una pinza di Péan e si recide la parte sospetta, lasciando la pinza a permanenza.

Introdotta una canula Nélaton nell'esofago, si versa nel ventricolo un bicchiere di vino di *Marsala*.

In ultimo, messa la paziente a capo pendente, si fa una lavatura diligente della cavità della ferita, delle fauci, faringe superiore, cavità nasali e bocca con una soluzione tiepida di acido borico.

Si sostituisce una canula ordinaria d'argento alla canula tampone di Trendelenburg. Si nota che la camicia della medesima non era rotta. La canula esofagea si terrà a permanenza e la sua estremità superiore è tenuta a traverso la ferita. I margini della ferita non vengono riuniti; la cavità di questa viene medicata con batuffoli di garza-fenica, che verranno rinnovati ogni due ore sotto una nebulizzazione di soluzione di *timol*, che può essere utile sia per la ferita che per l'apparato respiratorio.

Sera—Temperatura vaginale 37°,1. Non fuvvi collapsus, non vomito; tosse rara con iespettorazione di catarro tinto di sangue; ad ogni medicazione si amministra brodo con vino di Marsala.

20 settembre. Notte buona. Giornata buona assai; grande calma, rara tosse, pochissimo catarro bronchiale. Alle ore 2 pom. si toglie la pinza di Péan lasciata a permanenza; la medesima specialmente se veniva smossa, cagionava un vivo dolore irradiantesi alla nuca; tolta la pinza il dolore cessò, non vi fu emorragia.

L'operata può cangiare decubito; non ebbe vomito, prese ogni due ore brodo coll' uovo e vino di *Marsala*. L'essudato della ferita fu poco abbondante, alquanto fetente nella parte più bassa della ferita; per cui in questo tratto si tocca leggermente la superficie con batuffoli bagnati in una soluzione 8% di clorato di zinco. Maximum di temperatura 37°,8.

2 ottobre. Condizioni generali e locali sempre buone. Oggi la temperatura sale a 38°,4 per non più di due ore. Il secreto della ferita leggermente fetente non si raccoglie mai nella parte bassa della cavità, grazie alle regolari medicazioni ogni due ore. La superficie della cavità è ricoperta da un essudato poco denso, bianco sporco; si tocca ancora leggermente col cloruro di zinco all'8%. Nessuna infiltrazione del collo; i margini della pelle sono già adesi alle parti sottostanti.

11 ottobre. Sempre bene; da tre giorni l'operata scende qualche poco dal letto. Messa la medesima a sedere rimpetto alla finestra, tolgo la canula tracheale. La cavità è in piena granulazione, poco secreto e quasi inodoro. Il tratto che separa l'angolo inferiore della incisione dalla trachea è ripieno di granulazioni e la cicatrice vi fa pro-

gressi. Il tratto della trachea e dell'esofago che furono uniti con sutura alla parte corrispondente della pelle, vi hanno preso adesione. Tra l'esofago e la colonna vertebrale esiste uno spazio della profondità di due centimetri, risultato della dissezione dell'esofago, fatta a scopo di portarsi sulla parte sana del medesimo. In questo spazio si raccolgono un poco di pus, che si ha cura ad ogni medicazione di togliere con cotone fenico.

Oggi incomincio ad introdurre il dito indice nell'apertura inferiore della faringe onde oppormi per tempo allo stringimento della medesima.

15 ottobre. Condizioni generali buone. L'operata ha appetito; prende 18 uova nel brodo e beve una bottiglia di vino nelle 24 ore. Faccio passare la canula esofagea per la bocca; se ne terrà l'estremità superiore all'angolo destro della bocca, fissandola con un rafe alla cuffia.

23 ottobre. La canula esofagea è bene tollerata; ne introduco una più grossa (di 13 mm.). La cicatrice dai margini accenna ad avanzarsi verso il centro; tutta la cavità si è assai ridotta sia in senso trasversale che in senso longitudinale.

20 novembre. Le pareti della cavità si sono modellate sulla sonda esofagea, e nel centro la ricoprono per circa i due terzi della circonferenza; in corrispondenza dell'angolo superiore della ferita, i margini si sono riuniti e cicatrizzati al disopra della sonda per parecchi millimetri; all'angolo inferiore i margini si sono cicatrizzati per il tratto della incisione che esisteva tra il manubrio dello sterno e l'orifizio della trachea. Il canale a cui si ridusse l'ampia perdita di sostanza, e che io chiamerò *faringo-esofageo*, non è però ancora rivestito di epitelio; le granulazioni ne sono alquanto fungose, ma non presentano alcun carattere di riproduzione del neoplasma.

16 dicembre. Da alcuni giorni, per ragione di estetica, avevo preso il partito di far tenere abitualmente in bocca l'estremità della sonda esofagea, ed avevo insegnato all'operata ad estrarla soltanto all'ora del pasto. Mi sono convinto che quei movimenti di scorrimento della canula nell'estrarla ed affondarla turbano il processo di cicatrizzazione del canale faringo-esofageo; come pure sono convinto che la presenza della canula è la causa che ritarda la cicatrizzazione stessa: perciò faccio di nuovo tenere l'estremità della canula fuori della bocca sino a nuovo ordine.

23 dicembre. Tratta fuori la canula esofagea sino a far salire la estremità inferiore della medesima dietro l'angolo superiore del canale faringo-esofageo, trovo la superficie di questo fungosa e facilmente sanguinante; i margini del canale sono pure fungosi e si ribattono sulla sonda esofagea. Colle forbici escido le granulazioni fungose dei margini e quindi passo il nitrato d'argento su tutta la superficie della cavità.

25 dicembre. La superficie della cavità ha perduto affatto quello aspetto fungoso e si è fatta rosea. Ripeto la leggera cauterizzazione col nitrato d'argento.

1º gennaio 1882. L'operata si trova in condizioni generali di nutrizione abbastanza buone, tenuto conto della sua meschina costituzione. Da qualche giorno il suo appetito è alquanto scemato, per cui le fu concesso di andare a passeggio fuori dello spedale. Dopo l'operazione i mestrui non comparvero più.

In quanto allo stato locale, ecco il risultato di un minuto esame.

Distanza tra l'estremo superiore e l'estremo inferiore della cicatrice, ossia tra l'osso joide ed il manubrio dello sterno, centim. 8,5

Distanza tra l'estremo superiore della cicatrice e l'angolo superiore dell'apertura del canale faringo-esofageo . . . » 2,4

Distanza tra l'estremo inferiore della cicatrice e l'angolo inferiore di detta apertura. » 2,3

Lunghezza di detta apertura » 3,8

Larghezza di detta apertura » 1,0

L'angolo inferiore dell'apertura e l'orificio della trachea e dello esofago si trovano un centimetro sopra il livello del manubrio dello sterno, i margini dei due orifizi sono fusi insieme nella loro parte interna e situati molto diagonalmente l'uno per rapporto all'altro, effetto questo della sutura dei due orifizii colla pelle corrispondente.

Il canale faringo-esofageo si apre nel fondo di una fossa le cui sponde sono formate dal margine interno dei muscoli sterno-cleido-mastoidei e dei muscoli sterno-ioidei.

La canula esofagea ha il diametro di 13 mm.

La canula tracheale, del diametro di 11 mm., poggia sull'angolo inferiore dell'apertura del canale faringo-esofageo.

Il muscolo sterno cleido-mastoideo destro fa un rilievo più marcato del sinistro ai lati dell'apertura. All'esplorazione mi accorgo per la prima volta di un indurimento esistente sotto il ventre del detto muscolo. Quest'indurimento comincia quasi all'inserzione del tendine allo sterno e si estende sotto il muscolo oltre il livello dell'angolo superiore dell'apertura faringo-esofagea.

Nel centro della massa indurita si sente battere l'arteria carotide primitiva. Questo indurimento non si presenta come un nodo isolato, ma piuttosto come una infiltrazione del neoplasma lungo la guaina dei grossi vasi; noto pure alcuni piccoli ganglii linfatici indurati sulla faccia esterna dello sterno-cleido-mastoideo sinistro.

A tutta prima pensai ad una nuova e pronta operazione; ma poscia, riflettendo alla gravità della medesima... forse la resezione della giugulare e della carotide primitiva, alla quasi certezza di una pronta

riproduzione, come avvenne al Langenbeck in un caso analogo, mi sono rassegnato all'inazione.

Ora mi sia lecito aggiungere alcune brevi considerazioni.

Il caso della *Perrone* cadde sotto la mia osservazione in un periodo in cui da tutti i più riputati specialisti di laringologia è riconosciuta la grande difficoltà della diagnosi.

Io rimasi a tutta prima, come dissi, perplesso tra la diagnosi di un neoplasma maligno della parete posteriore della laringe, ed una pericondrite della cricoide o delle aritenoidi.

La limitazione della tumefazione alla metà sinistra della parete posteriore della laringe, la forma subrotonda della medesima, e l'avere io un anno prima osservato un caso simile in un individuo che morì or sono pochi giorni, e di cui dirò ancora fra poco, mi fecero fare la diagnosi... *presuntiva*, di neoplasma maligno. Pochi giorni dopo, l'insorgere della febbre, l'aumento del dolore e dell'infiltrazione interna ed esterna della laringe e del corpo tiroide scossero la mia prima convinzione e ripensai alla pericondrite, tanto più quando dalle fatte incisioni uscì pus in quantità per parecchi giorni con grande sollievo delle lesioni respiratorie. Ma il giorno *17 settembre* segnò un nuovo periodo del cancro della laringe, vale a dire quello in cui il neoplasma si presentò nello specchio laringoscopico coi suoi caratteri propri, e la diagnosi non poteva essere più incerta.

Il Professore Massei, libero da tutte le preoccupazioni che aveva lasciato in me l'esame laringoscopico del primo periodo, con quella intuizione che è effetto di pronto ma profondo giudizio, diagnosticò *cancro dell'esofago*. Ed io qui mi compiaccio altamente di segnalare un giudizio completamente confermato dalla diagnosi istologica del Professore *Colomiatti*, e che prova una volta di più la profonda dottrina del laringologo napoletano; ma mi sia lecito notare altresì come la mia diagnosi, che chiamerei *chirurgica*, non fu smentita dal fatto. Io mi pronunziai per il cancro della parete posteriore della laringe ed il pezzo anatomico dimostrò che il tumore *si era propagato alla parete posteriore della laringe e del primo tratto della trachea* (v. fig. II^a e la descrizione macroscopica del Prof. *Colomiatti*).

Ho accennato sopra ad un caso simile da me osservato un anno fa. Eccolo in breve. L'ingegnere C. assai conosciuto in Piemonte per il suo ingegno e le sue sventurate vicende, mi consultò in maggio 1880. L'impressione che mi lasciò l'esame molte volte ripetuto, non che l'osservazione e le figure allora prese e che ho sott'occhi, mi permettono di dire che l'ingegnere C. mi presentò all'esame laringoscopico la stessa forma di lesione osservata nei primi giorni sulla *Perrone*, colla sola differenza, che la lesione si osservava a destra. Feci diagnosi di neoplasma maligno della parete posteriore della

laringe. Consigliai al malato di consultare un illustre specialista, che per iscritto confermò la mia diagnosi e mi incoraggiò all'estirpazione pronta. L'idea dell'estirpazione spaventò il povero ingegnere e più non si lasciò vedere da me. Egli soffriva fin dal giugno 1878 di raucedine e difficoltà nell'inghiottire. Il Dottore Buridani, che lo vide negli ultimi giorni di vita, mi assicurò che l'ingegnere C. morì di marasmo e che la lesione funzionale predominante negli ultimi mesi di vita fu una grandissima difficoltà nel deglutire.

Io sono perciò convinto che questo caso era identico a quello della mia operata, tanto nella forma come nella natura e sede della lesione.

Un fatto degno di nota nella mia operata si è la mancanza assoluta di ganglii linfatici ingrossati al collo, sino a 15 giorni fa. Kri-shaber in un importante lavoro *sur le Cancer du larynx* (1) scrive: « aussi longtemps que l'affection reste limitée au larynx, l'adénopathie ne se produit pas; ... Mais cette immunité des ganglions disparaît du moment où le cancer a envahi l'un des points supérieurs des voies digestives. L'état des ganglions est donc une des circonstances les plus importantes pour le diagnostic différentiel, ou si l'on veut, pour la détermination exacte du siège du mal ».

Il mio caso, in cui si trattava di epiteloma primitivo della faringe e dell'esofago, farebbe eccezione alla regola, ed infermerebbe alquanto il valore diagnostico differenziale attribuito all'adenopatia dall'illustre laringologo di Parigi.

Poichè la già incominciata riproduzione del neoplasma rende alquanto ozioso il parlare di laringe artificiale per la mia operata, mi limiterò a dire che, qualora la riproduzione non avesse avuto luogo, difficilmente quella sarebbe stata attuabile. Il tratto considerevole di tessuto cicatriziale che verrebbe a riunire l'estremo inferiore della faringe col capo superiore dell'esofago, avrebbe continua e poderosa tendenza a retrarsi ed appianare il canale, ora modellatosi così bene sulla sonda esofagea. Nel mio caso è necessario opporsi alla retrazione della cicatrice colla sonda esofagea a permanenza, sonda che sappiamo essere benissimo tollerata. Io preferirei tenere l'estremo superiore della sonda esofagea abitualmente in bocca, giacchè così è anche bene tollerata, ed estrarne lo soltanto al momento del pasto.

Il D.^r D. Foulis di Glasgow presentò nello scorso agosto alla Sezione di laringologia del congresso di Londra una statistica di 32 estirpazioni totali di laringe. Aggiungendo quella praticata dal nostro Novaro il 19 agosto 1880, e le tre del Professore Thiersch di Lipsia, già annunziate nella monografia dello stesso Novaro, la mia sarebbe probabilmente la 37^{ma}.

(1) *Annales des maladies de l'Oreille et du larynx* p. 162. Paris 1879.

Fra le estirpazioni totali di laringe conosciute prima della mia, in due era pure stata estirpata parte della faringe e dell'esofago (Langenbeck, Billroth); in una, parte dell'esofago (Bottini); in una, la faringe (Caselli).

Langenbeck nel 1875 per carcinoma estirpò la laringe, l'osso joide, parte della lingua, del faringe e dell'esofago. Del faringe esportò le parti laterali ed anteriori, e dell'esofago una piccola parte. L'operato, di anni 57, morì quattro mesi dopo l'estirpazione per riproduzione del neoplasma.

Billroth, come risulta dalla statistica di Foulis, dietro comunicazione privata avutane dal Prof. di Vienna, nel 1879 estirpò per cancro epiteliale la laringe con parte dell'esofago e della faringe. L'operato di 43 anni morì sei settimane dopo, per il passaggio di una sonda nel mediastino.

Bottini nel 1877 estirpò per epiteloma la laringe e porzione dell'esofago. L'operato, di anni 48, morì in quarta giornata. L'autopsia non venne permessa.

Caselli nel 1879, per granuloma, estirpò la laringe, la faringe, la base della lingua, il velopendolo e le tonsille. L'operata, di anni 19, è guarita e si serve molto bene della laringe artificiale inventata dall'operatore.

Nella mia operata, io estirpai totalmente la laringe ed il corpo tiroide nonché i primi anelli della trachea; estirpai inoltre la metà inferiore del faringe; dell'esofago estirpai tutto quel tratto che vi ha dalla sua unione colla faringe sino ad un centimetro sopra il livello della forchetta dello sterno. Ammesso con Sappey che, dal punto di vista chirurgico, il limite inferiore della porzione cervicale dell'esofago sia stabilito da un piano orizzontale che rasenti la forchetta dello sterno, la lunghezza della porzione cervicale dell'esofago oscillerebbe tra 4 e $4 \frac{1}{2}$ centimetri. Per conseguenza io avrei estirpato da 3 a $3 \frac{1}{2}$ centimetri di esofago.

Prima di deporre la penna, io debbo ringraziare il mio amico e Collegha Prof. Novaro della sua preziosa assistenza nell'operazione. Sono pure gratissimo al Prof. Colomiatte che mi favorì il reperto macroscopico e microscopico e le pregevoli figure.

Il Sig. Stuart Foulis nell'inviarmi la statistica dell'illustre laringologo di Glasgow, mi annunziava la recente morte del medesimo per *difterite!* Profondamente commosso mi associo al dolore dei congiunti e dei connazionali.

*Descrizione macroscopica del pezzo esportato
redatta dal Professore COLOMIATTI.*

Il pezzo esportato comprende la laringe coll' epiglottide ed alcuni anelli della trachea—la ghiandola tiroidea il faringe (metà inferiore) con porzione di esofago (v. fig. I.).

Vi si osserva un tumore che ha sede nella porzione più bassa del faringe, e che si continua nell'esofago.

Questo tumore comprende tutta la circonferenza delle parti indicate (faringe ed esofago); si è sostituito completamente alle pareti delle medesime; ha invaso posteriormente ed in alto il lobo sinistro della ghiandola tiroidea e si è propagato alle pareti posteriori della laringe e del primo tratto della trachea, risparmiando ancora le cartilagini, ma producendo un forte edema delle pieghe ari-epiglottidee (v. fig. II.).

Esso ha raggiunto un discreto volume, superando i diametri di un uovo di tacchino. Però si mantenne un po' schiacciato dell'avanti all'indietro, e quindi più esteso sui due lati della linea mediana, e massimamente a destra.

Ha l'aspetto di un epiteloma profondamente ulcerato, che in alto ed in avanti termina a forma papillare, sporgendo alquanto al di sopra delle pieghe ari-epiglottidee in corrispondenza del loro terzo posteriore.

Non vi sono glandole linfatiche.

Esame a fresco tre ore dopo l'operazione.

La massa del tumore si rivelò costituita essenzialmente da cellule epiteliali pavimentose con alcuni globi aventi la solita disposizione a strati concentrici, ma non cornificati.

Ulteriori indagini microscopiche.

Le sezioni praticate sul pezzo indurato dimostrarono giusta la diagnosi fatta all'esame macroscopico ed all'esame a fresco.

Si tratta perciò di un *epiteloma a cellule pavimentose con globi rari e non cornificati*, che si è svolto dalla membrana mucosa faringo-esofagea e che ha invaso le parti già indicate nella descrizione macroscopica.

Professore COLOMIATTI.

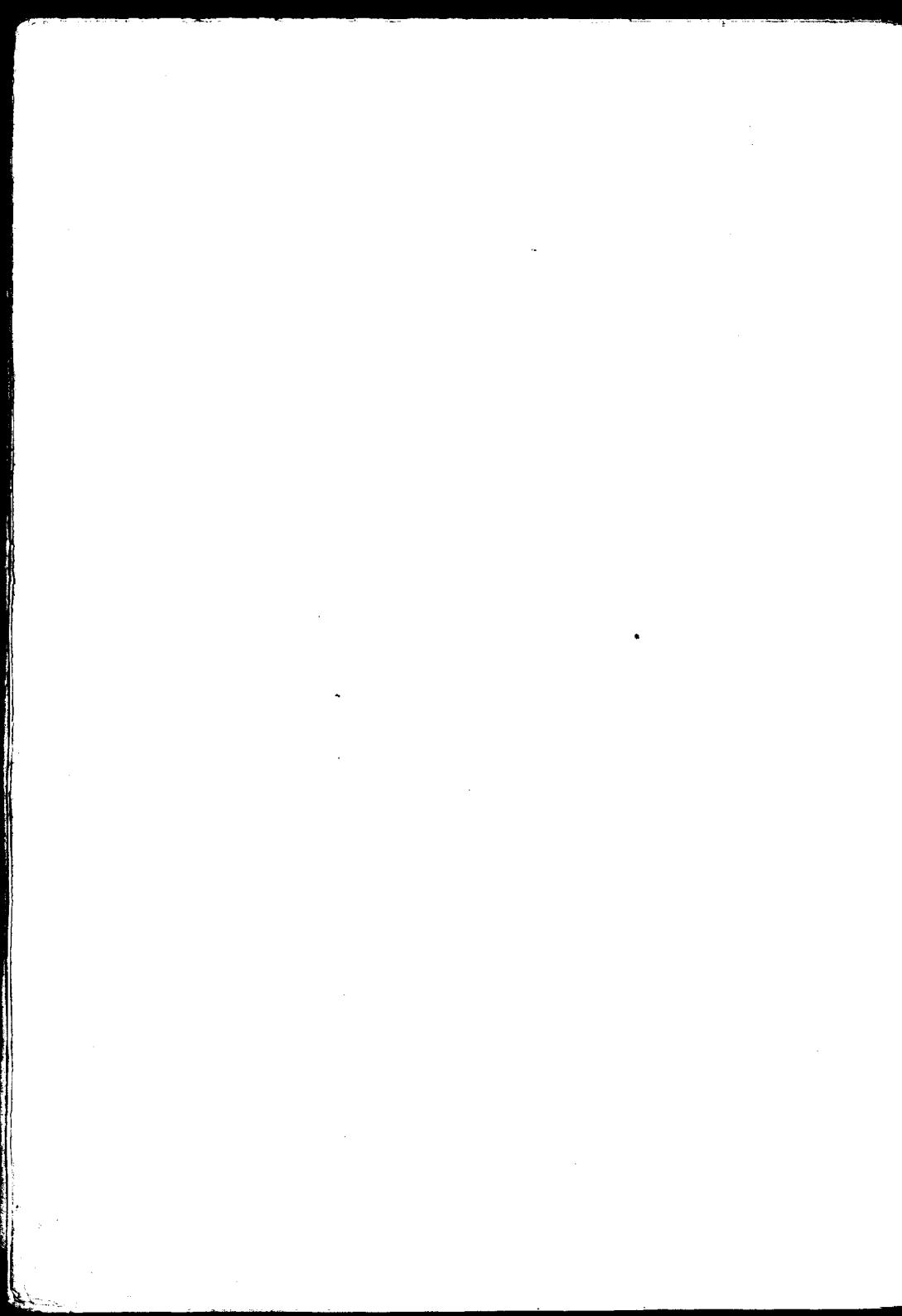
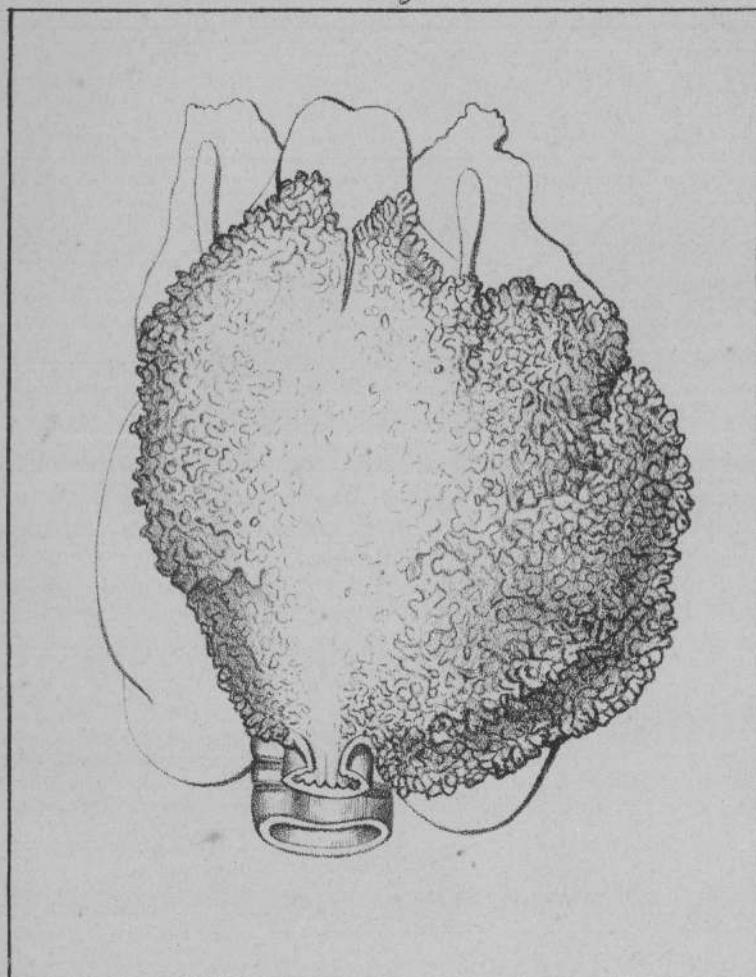
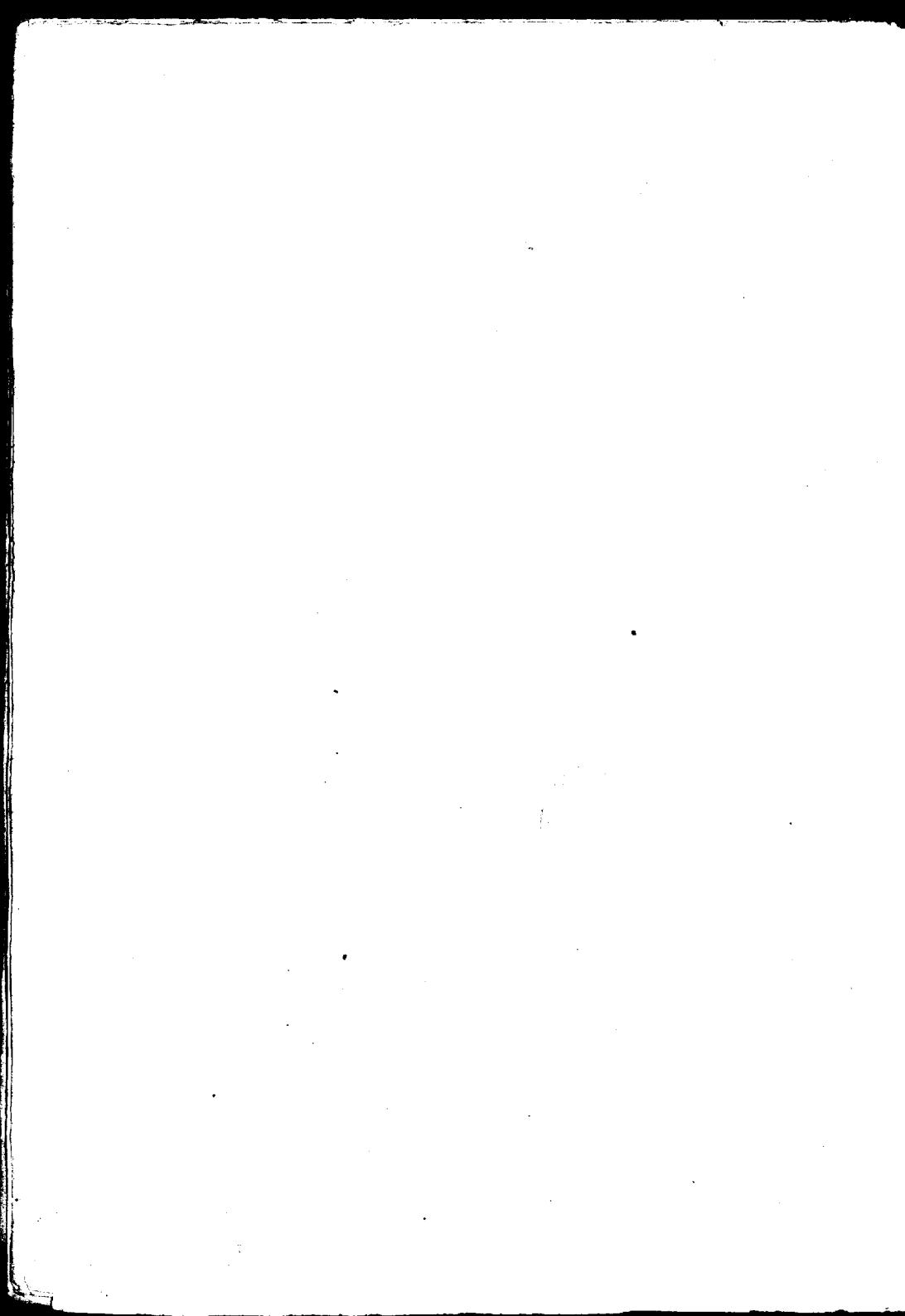


Fig. I.



PEZZO ESPORTATO VISTO DALLA PARTE POSTERIORE

Il tumore è spaccato, ed il taglio si continua inferiormente nella breve porzione di esofago ancor sana.



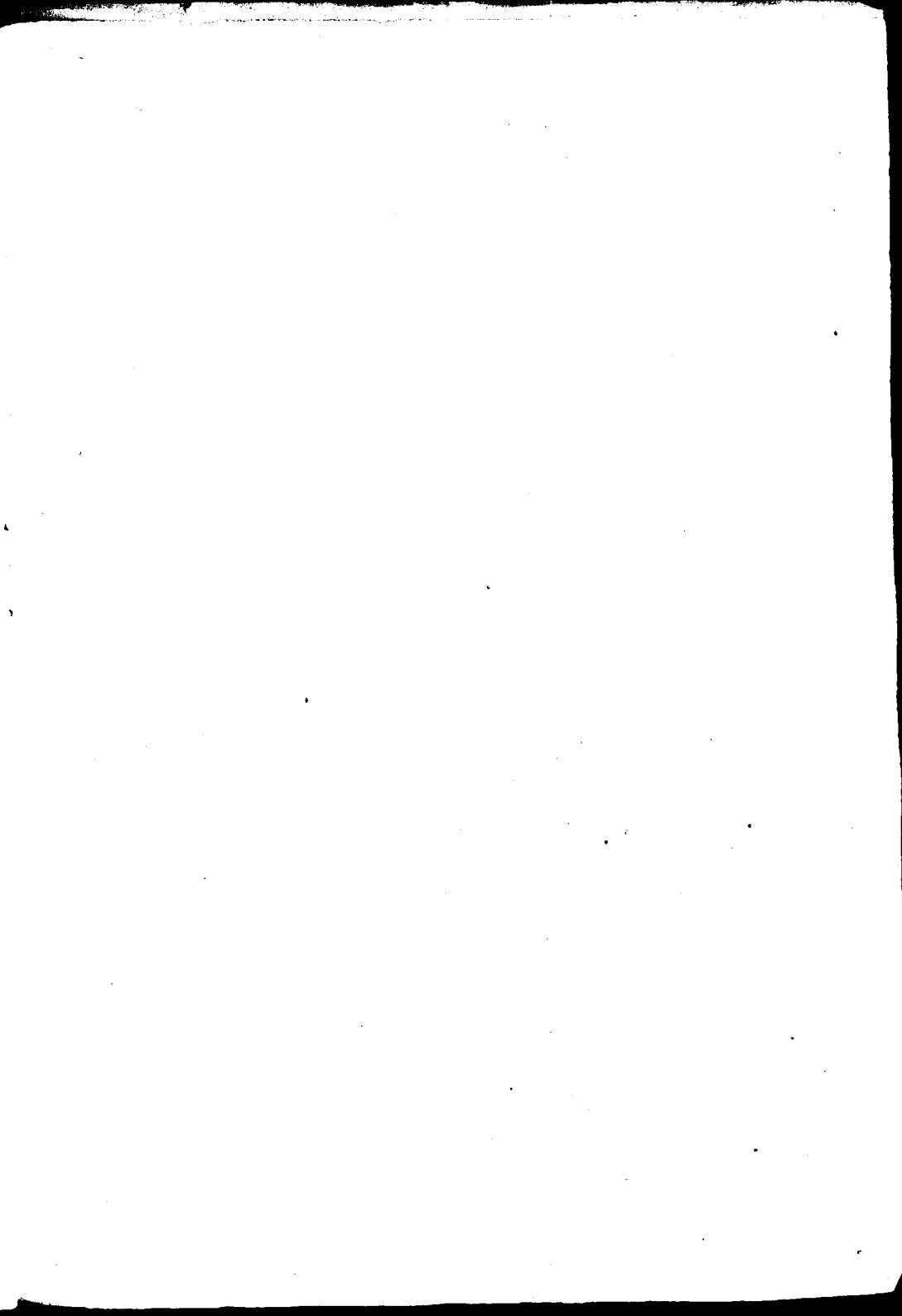
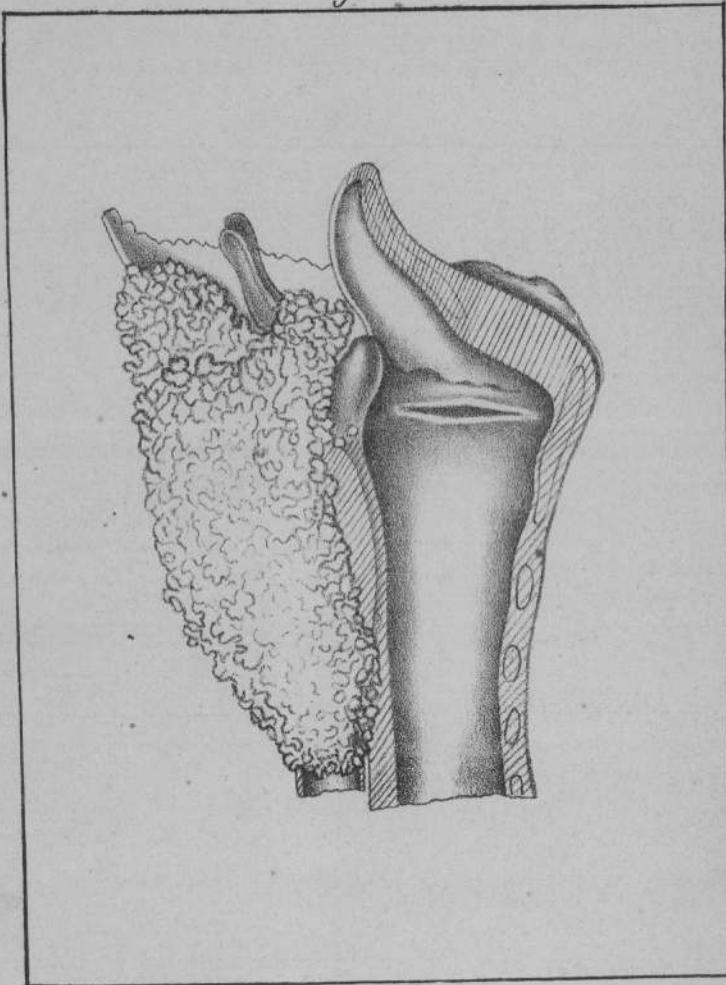


Fig. II.



PEZZO ESPORTATO VISTO SUL PIANO DELLA SUA SEZIONE
ANTERO-POSTERIORE MEDIANA. È STATA FIGURATA LA ME-
TA SINISTRA.

*In essa si osserva la linea d'invasione che teniva il tumore nella parete
posteriore della laringe e della trachea*

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

FONDATO E DIRETTO

DAL PROF. FERDINANDO MASSEI

Specialista per le malattie di naso, di gola e di petto
Docente privato di Laringologia.

REDATTORE

DOTT. PIETRO MASUCCI

Cultore di Laringologia.

COLLABORATORI

Professori: **A. Caselli** (Reggio-Emilia) — **D. Cervesato** (Padova) — **G. Clemente** (Catania) — **A. Fasano** (Napoli) — **E. Fazio** (Napoli) — **G. Frua** (Milano) — **V. Grazzi** (Firenze) — **C. Labus** (Milano) — **F. Margary** (Torino) — **V. Morra** (Napoli) — **G. Ruggi** (Bologna) — **A. Urbino** (Firenze) — **W. Zawerthal** (Roma).

Il Giornale — *Archivii Italiani di Laringologia* :

Annunzia le opere che riceve in dono.

Fa la rivista di quelle spedite in doppio originale, purchè riguardino le materie che tratta.

Tutto ciò che concerne materiale scientifico dev'essere indirizzato franco di porto al Dott. Ferdinando Massei, Napoli, 14, Forno Vecchio. — Tutto quello che riguarda parte amministrativa, agli Editori.
I manoscritti non si restituiscono.

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8.^o, di buoni tipi e finissima carta, ogni tre mesi, cioè il 15 Luglio, 15 Ottobre, 15 Gennajo e 15 Aprile di ciascun anno.

L'Abbonamento è obbligatorio per un anno, e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'estero: pagamento anticipato.
Un fascicolo separato L. 2.

NAPOLI
VINCENZO PONOFRIO MESE E C. — EDITORI
Via Trinità Maggiore 27
(LIBRERIA RONDINELLA)