



c. 5. 11. 34
Prof. G. QUARTA e G. BILANCIONI

**Ascesso latero-cervicale sinistro profondo (flemmone della
regione carotidea) di origine tonsillare a decorso insolito**

Estratto dalla *Rivista Ospedaliera*, Anno XI, Vol. XI, n. 4-5

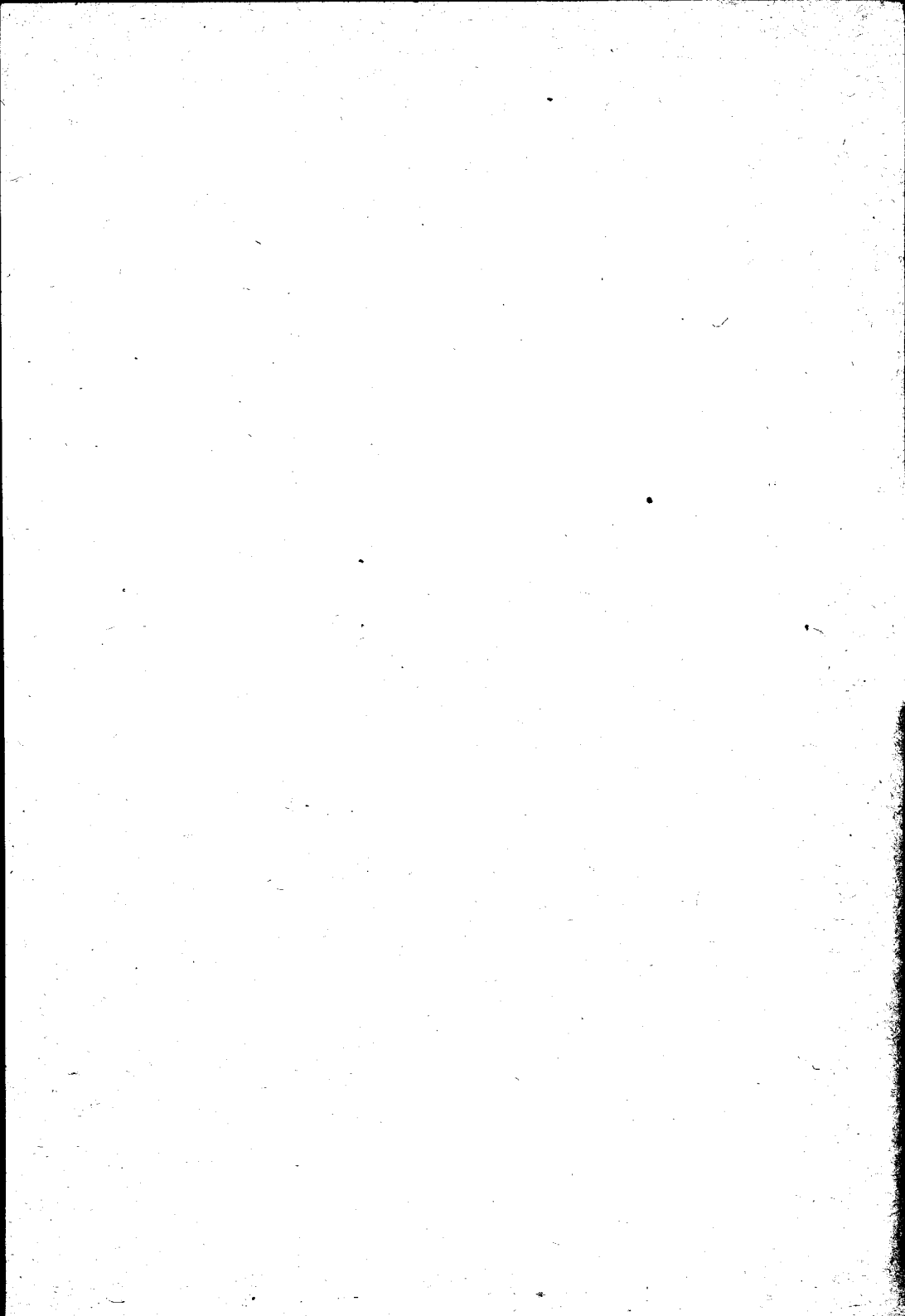


ROMA

TIPOGRAFIA DELL' UNIONE EDITRICE

Via Federico Cesi 45

1921



Prof. G. QUARTA e G. BILANCIONI

**Ascesso latero-cervicale sinistro profondo (flemmone della
regione carotidea) di origine tonsillare a decorso insolito**

Estratto dalla *Rivista Ospedaliera* - Anno XI, Vol. XI, n. 4-5

ROMA

TIPOGRAFIA DELL'UNIONE EDITRICE

Via Federico Cesi 45

1921

Ascesso latero-cervicale sinistro profondo (flemmone della regione carotidea) di origine tonsillare a decorso insolito

Prof. G. QUARTA e G. BILANCIONI.

Riteniamo di un certo interesse pubblicare questo caso per le difficoltà diagnostiche che si sono dovute superare per giungere a individuare la presenza di un vasto ascesso flemmonoso profondo del collo, dato anche il fatto della mitezza dei fenomeni flogistici a carico della tonsilla sinistra — punto di partenza della suppurazione profonda. Una volta posta la diagnosi, operato l'infermo, si ebbe rapida guarigione.

STORIA CLINICA.

ANAMNESI. — Ugo M... fu Mosè di anni 21, ragioniere da Roma. Non bevitore, nè fumatore. Nega lues e mali venerei. Nell'anamnesi familiare risulta quanto appresso: padre diabetico morto in coma acetonemico. Madre sana. Una sorella è cardiopaziente; nella fanciullezza ebbe reumatismo articolare acuto febbrile con endocardite e residuò stenosi dell'orificio atrioventricolare sinistro, ed insufficienza della bicuspidale. Nel gentilizio risulta ancora diabete in vari membri della famiglia della madre e turbe nervose di natura funzionale in altri. Non pare vi sia eredità diretta luetica. La madre non ha avuto aborti. Il paziente ebbe fin da piccino lesioni dell'apparato respiratorio di cui non si può precisare la entità e la durata nè la natura. Gli vennero applicati spesso revulsivi pel torace, sul quale residuano le tracce. Ebbe talvolta modiche elevazioni termiche, e quasi mai espettorato di sorta. Ha pure sofferto *varie volte di tonsillite acuta follicolare febbrile*, e talora i fatti flogistici dell'albero bronchiale pare sieno stati preceduti da lievi fenomeni infiammatori faringo tonsillari. Due anni fa ebbe broncopolmonite sinistra confluyente, pseudo-lobare, con pleurite secondaria sierofibrinosa (durante l'inferire della pandemia influenzale del 1918). Le condizioni del paziente furono assai gravi per vari giorni, per insufficienza specialmente della funzione cardiaca. Dopo lungo periodo di cure riuscì a lasciare il letto, ma rimasero per lungo tempo cospicui fatti obbiettivi a carico dell'albero bronchiale, e tracce evidenti della sofferta pleurite, al punto che, dopo un anno dall'avvenuta bronco-polmonite, non si credette, da società assicurative, di potere accettare una polizza di assicurazione.

Il 13 marzo ultimo scorso dopo una corsa fatta per lungo tratto nella città, in una giornata fredda, e mentre imperversava violenta pioggia, per ripararsi da questa, essendo sprovvisto di ombrello, ebbe ad accusare dapprima malessere, quindi senso di freddo in tutto il corpo, a cui seguì elevazione termica cospicua (39° C.). Il mattino seguente comparvero: modico dolor di gola, dolenzia piuttosto viva e diffusa all'occipite, alla regione della nuca, con limitazione dei movimenti del capo sul collo, al cingolo scapolare in ambo i lati, e meno vivi dolori al tronco specie al rachide, ed agli arti inferiori; senso di astenia muscolare e nervosa.

All'esame obbiettivo si constatò: *facies* congesta, dolente la palpazione dei bulbi oculari, e dolenti pure i movimenti dei medesimi. Modica iperemia con tumefazione delle tonsille, con scarse tracce di essudato grigio giallastro. Dolori vivissimi nei punti di emergenza dei nervi occipitali, ed alla palpazione di ambedue i cucullari, e notevole limitazione dei movimenti del capo e del collo.

Scarso reperto bronchiale in ispecie a sinistra (vari fatti di macro e medio bronchite. Nulla per altri organi, compreso il cuore. Nulla si rinvenne di patologico nelle urine.

Si somministrarono al paziente piccole e ripetute dosi di chinino e fenacetina, si fecero applicazioni caldo-umide al collo, e si provvide con colluttori e con penneclature di preparato di argento alla modica flogosi tonsillare.

I sintomi dolorifici sul tronco e sugli arti inferiori si mitigarono ben presto, ma non migliorarono le condizioni generali, chè anzi in breve volgere di giorni si aggravarono, facendo assumere al paziente l'aspetto di un settico grave — e la temperatura venne assumendo un carattere fortemente remittente. Si venne pure determinando una posizione coatta del capo, che era permanentemente ruotato verso destra, dalla quale posizione, solo provocando vivissimo dolore, si riusciva passivamente a toglierlo, senza però mai raggiungere la posizione mediana. Comparve pure discreta rigidità del tratto cervicale della colonna vertebrale. Il giorno 24 marzo (in 11ª giornata di malattia) comparve modica tumefazione alla regione latero-cervicale posteriore sinistra, e retromastoidea, e la temperatura assunse il tipo nettamente intermittente, insorgente con brivido e cessante con profuso sudore.

Dall'esame orale si rilevò che persisteva il modico turgore con arrossamento della faringe e della tonsilla di sinistra, la quale era pur sempre coperta da varie chiazze di essudato aderente grigio giallastro.

Il 25 marzo si procedette collegialmente, per la prima volta, ad un esame accurato del paziente, e si rinvenne quanto appresso, a carico della cavità orale e del collo:

E. O. (al giorno 13° di malattia): Stato generale sofferente, febbre a 39,5°. Il paziente è costretto a un decubito dorso-laterale coatto, ogni piccolo movimento suscita dolori vivissimi; *facies* contratta e madida di sudore. Rigidità completa dei movimenti di lateralità, flessione e rotazione del capo: esiste una tumefazione modica della regione latero-cervicale posteriore sinistra, che s'estende sino alla punta della mastoide ed occupa in parte la regione della nuca. La tumefazione latero-cervicale non ha confini ben netti, non è saliente in qualche tratto, ma è profondamente dolente, tesa e non lascia percepire una netta fluttuazione.

L'esame dell'orecchio esterno e medio di S. e della regione mastoidea non dà alcun dato patologico.

L'esame della faringe mostra un arrossamento diffuso, che si fa più intenso, quasi cianotico, nella parete laterale faringea sinistra. L'esterno delle fauci appare leggermente asimmetrico, quasi che la metà S. fosse portata un poco medialmente. Le tonsille palatine non sono ipertrofiche; solo la S. appare procidente con numerosi follicoli accentuati dalla presenza di un essudato grigio-giallastro aderente.

Con la palpazione combinata non si riesce a far defluire pus dalla fossa sopra-tonsillare o dall'interstizio tonsille-palatino.

OPERAZIONE (Bilancioni) — Narcosi morfo-cloroformica ben sopportata.

Incisione lungo il margine posteriore dello sterno-cleido-mastoideo S., che supera in alto l'angolo della mandibola; procedendo a strati nell'interstizio fra lo sternocleido ed il gruppo degli stilieni, ed incisa l'aponevrosi media del collo, si riesce a raggiungere una vasta raccolta ascessuale, che occupa la regione laterale del collo, al davanti e in basso dell'apofisi stiloide, lungo i grossi vasi del collo. Dall'ampia apertura si dà esito a tutto il suo contenuto, grigio-giallastro fetido. Si zaffa la cavità con garza iodoformica.

La temperatura dopo l'intervento scese a 36,8°, subì qualche oscillazione giornaliera (sino ad un massimo di 38°), per tre giorni e si mantenne poi normale. Il decorso post-operatorio fu ottimo.

* * *

I flemmoni del collo di origine bucco-faringea sono ben noti, sia nella loro patogenesi, sia nel loro decorso e nell'eventualità delle loro complicazioni molteplici e talora fatali. La loro diagnosi, come nel caso nostro, può essere disagiata quando per un lungo periodo predominano i fatti generali, mentre trascorre quasi inosservata o subdola la *fase anginosa* del processo.

È ben vero che nel corso di alcune malattie infettive, il tifo, l'eresipela, la febbre puerperale, le infezioni chirurgiche possono apparire degli ascessi cervicali senza che si sia avuta la più piccola manifestazione oro-faringea. Si tratta in tal caso di una settico-piemia in cui germi circolanti si fermano nel tessuto cellulare del collo in cui danno degli ascessi metastatici.

Poulsen, il quale studiò 530 storie di ascessi del collo nel reparto chirurgico dell'ospedale di Copenaghen, vide un caso di parametrite acuta dare un adeno-flemmone del collo.

Ma la grande maggioranza dei casi — a prescindere dalle ferite e da lesioni anche minime dei tegumenti della faccia, del naso, delle labbra (eczemi, impetigini, specie nei bambini) — è dovuta a lesioni erosive o ulcerose della mucosa della bocca o delle vie respiratorie superiori; in seguito a gran parte delle infiammazioni del naso e della cavità boccale, della faringe e della laringe; in seguito a carie dentaria o ad eruzione del « dente del giudizio ».

Alcune malattie generali, come il tifo e la scarlattina, oltre che col meccanismo sopra ricordato, possono dare ascessi del collo perchè indu-

cono delle ulcerazioni bucco-faringee; queste ultime, del tifo in generale, decorrono tuttavia senza accompagnarsi a ingorgo glandolare (Trounlier).

Ma *in primis*, come fonte etiologica capace di dare adeno-flemmoni cervicali, vanno elencate le tonsilliti, le glossiti, le stomatiti, le angine, le riniti e le rino-faringiti acute. Anche le flogosi della tonsilla linguale possono dare tali complicanze.

Non ci soffermiamo sulla patogenesi e sulle vie linfatiche del collo, percorse da queste infezioni: è studio degno del massimo interesse, che sconfina da questa nota ed è stato già compiuto dal Broeckart. Sorvoliamo anche sulla sintomatologia e la clinica delle varie forme, riassumendole in un quadro sinottico.

A). Forme laterali e anteriori alla via laringo-tracheale (ascessi previscerali di Poulsen).

al di fuori dell'aponeurosi media	{	flemmone largo del Dupuytren				
		flemmone sterno-cleido-mastoideo di Velpeau •				
		adeno-flemmone sottomascellare				
		flemmone per calcolosi della sottomascellare;				
al di dentro dell'aponeurosi media	{	forme sopraioidee	{	flemmone linguale		
				angina di Ludwig		
	{	forme sottoioidee	{	ascesso sottoperiosteale mascellare inferiore;		
				{	laterali	flemmone della regione carotidea (parte
						media, alta e bassa)
						flemmone della glandola tiroide;
	{	mediane	{	adeniti comuni		
				flemmone della borsa di Boyer		
				flemmone del cellulare pre-epiglottico		

B). Forme posteriori alla via laringo-tracheale (ascessi retroviscerali di Poulsen).

- Peritonsillite uni o bilaterale.
- Flemmoni tonsillari.
- Ascesso retrofaringeo (porzione alta, media e bassa).
- Flemmone retro e periesofageo.
- Flemmone retrolaringeo.

C). Forme flogistiche e suppurative perilaringee e peritracheali, delle cartilagini e del loro pericondrio.

Uno dei pericoli maggiori di questi ascessi si è la loro diffusione, favorita da disposizioni anatomiche. Il migliore studio sull'argomento resta tuttora quello del Poulsen. Egli ha veduto che gli ascessi della regione soprasternale restano sovente limitati; tuttavia possono penetrare nello spazio situato dietro lo sterno-mastoideo e, di là, sotto l'aponeurosi superficiale della fossa sopraclavicolare.

Gli ascessi che occupano lo spazio compreso tra l'osso ioide e lo sterno — *previscerali* dell'A. — non migrano mai nel mediastino, ma alcuni di essi si sono propagati in dietro, lungo la faccia interna della carotide primitiva sino nel tessuto cellulare retro-faringeo.

Nella metà dei suoi casi, gli ascessi retro-faringei o *retro viscerali* hanno migrato lungo i grossi vasi cervicali, sino a livello della regione carotidea superiore.

Quanto agli ascessi del tessuto cellulare che circonda i grossi vasi del collo, la loro propagazione varia secondo i gangli donde muove la suppurazione. Così gli ascessi che nascono nei gangli situati lungo la faccia posteriore delle vene tendono a propagarsi alla regione laterale del collo. Al contrario, gli ascessi originari dei gangli situati presso la biforcazione delle carotidi primitive e che ricevono i linfatici della lingua, delle tonsille, della faringe e dei gangli sottomascellari si manifestano con una tumefazione sita in dietro e al di sopra dell'angolo della mandibola e che solleva lo sterno-cleido-mastoideo e dà un rigonfiamento triangolare della regione carotidea superiore.

Il più spesso il pus si fa strada verso i tegumenti superficiali. Progredendo sotto la cute può discendere verso la fossa giugulare; ma può anche penetrare, insinuandosi lungo i grossi vasi, sino alla clavicola. La forma triangolare della salienza formata dagli ascessi della regione carotidea superiore dipende dal fatto che il pus si trova qui immediatamente sotto la pelle e al di sopra dell'aponeurosi, che si continua da un lato con la guaina fibrosa dello sterno-mastoideo, mentre dall'altro aderisce intimamente al ventre anteriore del muscolo omo-ioideo.

Nulla di notevole dobbiamo aggiungere circa l'atto operativo: esso in massima ha seguito le vie indicate dell'anatomia e si è intonato ai precetti del Sacchi, nella cura degli ascessi retro-faringei dall'esterno.

BIBLIOGRAFIA.

- BAR, *Contribution à l'étude des abcès juxta-pharyngiens* (Congr. Soc. franç. d'otol., etc., Paris, 5-7 mai 1902).
- BROECKAERT, *Les phlegmons du cou d'origine bucco-pharyngée* (Bull. de la Soc. belge d'otol., I, 1907-8).
- DELLA VEDOVA, *I processi flogistici e suppurativi del collo in relazione alla via laringo-tracheale* (La Pratica oto-rino-laring., II, 1).
- GRAZZI, *Alcune considerazioni sugli ascessi faringei* (Boll. delle mal. d'or., 1892, 107).
- POULSEN, *Gli ascessi del collo* (Nordiskt med. Ark., 1893, 12).
- SACCHI, *Contributo alla cura degli ascessi retro-faringei* (Gazz. degli ospedali, 1892).
- STRAZZA, *Su una causa poco nota di torcicollo nei piccoli bambini* (Liguria med., anno 1907).

