



DOTT. TOMMASO LUCHERINI

*all'Ulmo Prof. Nageri
con riconoscenza.
T. Lucherini*

**Contributo allo studio della condropericondrite
laringea tifica** ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦

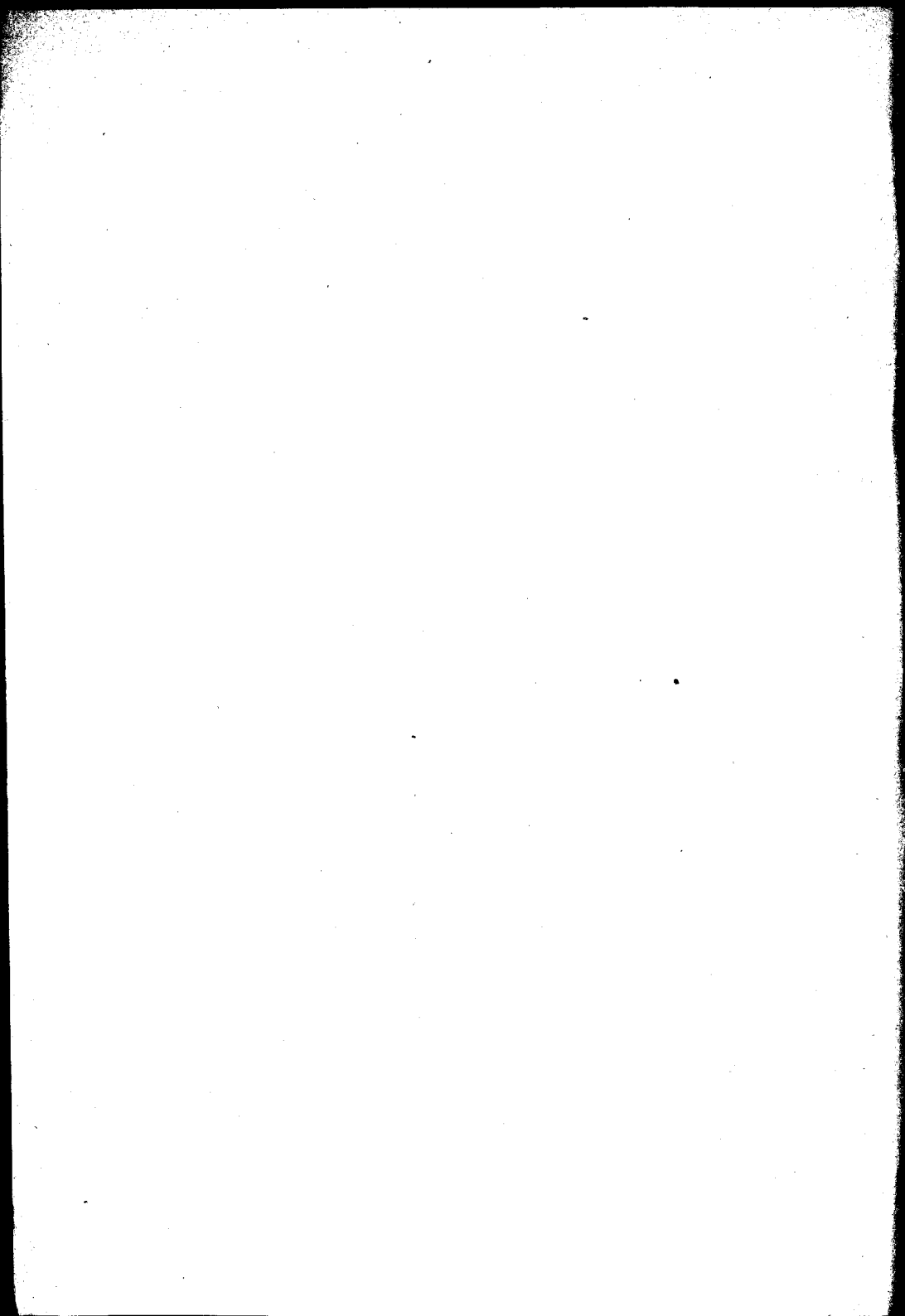
Estratto dal POLICLINICO (Sezione Pratica), anno 1924

*non 7.
B
65
/9*



ROMA
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »
N. 14 - Via Sistina - N. 14

1924





LABORATORIO PATOLOGICO PRESSO L'OSPEDALE DI SANTO SPIRITO IN ROMA diretto dal prof. A. NAZARI

Contributo allo studio della condropericondrite laringea tifica

per il dott. TOMMASO LICHERINI, assistente degli Ospedali.

Ho creduto opportuno illustrare i due seguenti casi, che si prestano a considerazioni cliniche ed anatomico-patologiche degne di nota, quale contributo allo studio di una non frequente localizzazione extraintestinale dell'infezione tiberiana.

CASO I. — P. Mario, di anni 18, da Rimini, allievo del R. Riformatorio «N. Tommaso» di Tivoli.

Si ignora l'ambiente familiare; in passato sofferse di pleurite destra; nega malattie veneree luetiche. Temperamento nervoso.

Il 27 agosto 1925, essendo stato colto da febbre altissima fu trasferito nell'infermeria del R. Riformatorio «N. Tommaso». Con il consenso del dott. Seneca, sanitario del Riformatorio, riferisco senz'altro l'estratto della storia clinica:

I Settenario. Lingua patinosa, arida, arrossata ai margini, odore melenoso; gonfiore in corrispondenza della fossa iliaca. Temperatura elevata con lievi remissioni mattutine. Organi addominali nei limiti normali.

II Settenario. Temperatura oscilla fra i 38° ed i 40°.

Medico tumore di milza. Comarsa di recessi fegati sulla superficie cutanea addominale. Sensorio piuttosto ottuso; insonnia; stato delirante; sintomi di bronchite diffusa.

La sierodiagnosi di *Creech-Widal* ha dato risultato positivo.

III Settenario. Persistono con eguale intensità gli stessi sintomi. Comparsa di piaghe da decubito diaso sacrali. Epistassi.

IV Settenario. Attenuazione dei sintomi precedenti. Alla fine di questo settenario caduta della febbre per crisi. Persistono i sintomi del catarro bronchiale.

V Settenario. Le condizioni generali migliorano rapidamente. Alvo regolare. Guarigione completa delle piaghe da decubito, sensorio normale.

VI Settenario. Nelle orine giornate di questo settenario ricompare lieve elevazione termica serotina, 37,1-37,5. Persistenza di questa temperatura nei giorni successivi. L'ammalato per la prima volta riferisce di sentire come del catarro alla gola che non riesce ad emettere. Non accusa dolore sottotaneo alla gola; ne la pressione digitale esercitata sulla regione laringea tracheale provoca dolore. La voce è chiara. Respirazione normale.

VII Settenario. Perdura la lieve elevazione termica serotina. Al 5° giorno si nota lieve grado di dispnea. Al sesto giorno rapida e grave accentuazione della difficoltà respiratoria. Viene inviata d'urgenza all'ospedale civico di Tivoli per un pronto intervento operativo. Giunge in questo ospedale il giorno 13 ottobre.

Esame obiettivo. Condizioni generali gravissime. Forte stato di irrequietezza. Cianosi intensa della cute della faccia, e delle mucose visibili. Abbondate sudorazione fredda nella fronte. Lingua patinosa, arida; polso piccolo, frequente (120 al m'); temperatura febbrile; sensorio patetico. Forte grado di dispnea a tipo prevalentemente inspiratorio ed acciampata, da una stridore laringeo rumoroso *stridore*, con rientramento delle parti costali del torace. Afonia di non poter parlare liberamente.

Esame del torace normale.

Non si riscontrano punti dolorosi alla pressione profonda della regione laringo-tracheale. Non si notano alterazioni della voce. Si palpano piccoli noduli gangliari duri, nelle stazioni linfatiche del collo.

Torace. Si ascendono stili e rami di grosse bolle diffuse su tutto l'ambito. Nulla al esame dei polmoni e del cuore. Organi addominali nei limiti normali.

Si fa diagnosi di edema acuto della glottide e si stabilisce di ricorrere immediatamente alla tracheotomia. Ma mentre si stava per procedere all'intervento operativo il paziente muore.

Autopsia. Miocardio flaccido, nulla nel endocardio; normale il valvolare; normali i grossi vasi. Notabile nei gangli ed edema del fuso dei noduli. Dai grossi bronchi fuoriesce abbondante secrezione mucosa. Adenone pleuriche filiformi, noduli a destra. Organi addominali normali.

All'esame macroscopico della laringe, tagliata sulla linea mediana posteriore, si rileva ingombro ed edema delle corde vocali e della mucosa di tutta la cavità laringea. Non si notano ne essudati, ne noduli ciliatiziali, ne ulcerazioni sia nell'epiglottide, che nella superficie mucosa della laringe.

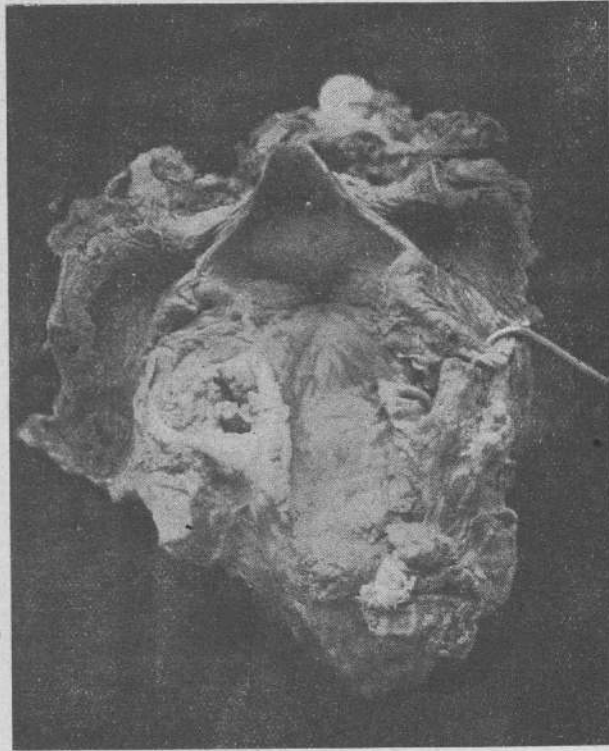
Sulla linea di taglio in corrispondenza della porzione posteriore della cartilagine crioidea si riscontrano una cavità ascessuale, rotundeggiante, della grandezza di una nocciolina ripiena di pus giallastro, denso, in mezzo a cui risaltano sequestri cartilaginei del castone della cricoide. Questi appaiono arosi e di co-

lorito giallo-brunastro in seguito al disfacimento necrotico.

L'ascesso condropericondritico è ben limitato e vi è integrità assoluta delle parti superficiali. (Vedi figura).

Esame istologico. — Questo è stato da me praticato nel laboratorio di Anatomia Patologica presso l'Ospedale di Santo Spirito in Roma:

Nelle sezioni a tutto spessore della cavità ascessuale praticate perpendicolarmente all'asse longitudinale della laringe, colorate con vari metodi, si vede che nel lume della cavità stessa sporge libera la cartilagine dell'anello della cricoide spogliata del pericondrio, con alterazioni necrobiotiche degli strati



più superficiali della cartilagine. La parete ascessuale costituita dal connettivo del pericondrio e dalle parti molli della laringe (connettivo e muscoli intrinseci della laringe) presenta una ricchissima infiltrazione leucocitaria polinucleare suppurativa con alterazioni necrotiche dei tessuti. Da un lato la infiltrazione raggiunge i muscoli intrinseci della laringe circondandone e quasi dissociandone le fibre; dall'altro lato raggiunge lo strato delle glandole mucipare, *ma non raggiunge la mucosa laringea che presenta intatto il suo rivestimento epiteliale cilindrico.*

L'esame batterioscopico delle porzioni necrotiche della parete ascessuale dimostra la presenza di numerosi bacilli che si colorano col liquido di Löffler e che per il loro caratteristico modo di aggruppamento, e per i caratteri morfologici, e per il fatto che non sono Gram-resistenti, sembrano con ogni verosimiglianza bacilli del tifo. Non si notano altre forme batteriche.

CASO II. — R. Hermann, di anni 34, celibe, giardiniere. Entra all'Ospedale di Santo Spirito (corsia S. Carlo-Bacci, primario prof. Nazari) il giorno 30 ottobre 1923. Nulla di notevole nel gentilizio. Non ha sofferto di sifilide, nè di mali venerei. Modico bevitore e fumatore. In passato non ha avuto malattie degne di nota. Riferisce che è malato da circa un mese con febbre elevata a tipo irregolare. Soffre sin dai primi giorni della malattia di diarrea (4-5 scariche al giorno); ha tosse insistente con espettorato che da circa 10 giorni è accompagnato da notevole quantità di sangue. Accusa dolori vaghi alla gola.

Esame obiettivo. — Condizioni generali depresse; stato di nutrizione mediocre; cute e mucose visibili pallide; lingua arrossata ai

margini; arida; faringe normale. Sensorio integro. Voce chiara.

Torace: scarno, simmetrico; espansione eguale ai 2 lati. All'ascoltazione respiro aspro nelle fosse sopraspinose. Margini polmonari inferiori mobili.

Cuore: nei limiti, toni normali. Polso ritmico, a frequenza e pressione media.

Fegato nei limiti.

Milza: in alto all'VIII spazio; il polo inferiore arrotondato e mobile si palpa ad un dito e mezzo trasverso al disotto dell'arcata costale.

Presenza di albumina nelle urine. Temperatura oscillante fra 37.5 al mattino, e 39.2 la sera.

Il 1° novembre ebbe epistassi, enterorragia cospicua. Comparve qualche roseola sulla cute dell'addome.

Nei giorni successivi la temperatura si mantenne fra 38° (mattino) e 39° (sera). Si prati-

co la siero-diagnosi di Widal con risultato negativo (diluizione 1:50). Le condizioni generali andarono gradatamente peggiorando; comparvero decubiti sacrali; con la *espellazione emetica continuamente sangue*. Il sensorio depresso. Enterorragie.

Il giorno precedente alla morte si ebbe la caduta della temperatura a 36,5. Il decesso avvenne il 18 novembre.

Autopsia. — Cuore e polmoni normali. Aderenze pleuriche fibrose totali a sinistra. Tumore di fegato (gr. 1950). Tumore acuto di milza (peso gr. 500). Ulcera ulcero-tiflica (escara caduta ed ulcersi parzialmente detesi). Linfoma tifico delle ghiandole del mesenterio.

Esame macroscopico della laringe. — Posteriormente al di sotto dell'aditus, in corrispondenza delle cartilagini aritenoidi, si nota una lesione di continuo della mucosa con i caratteri di un'ulcera, i cui margini sono tagliati a picco ed il fondo è emorragico. Nulla di abnorme nel rimanente della laringe.

La siero-diagnosi di Widal eseguita dopo morte con il siero di sangue estratto dalla vena femorale diede risultato debolmente positivo (1:50) per il tifo e per il paratifo A. L'esame culturale del succo splenico diede luogo allo sviluppo di un germe con tutti i caratteri morfologici e culturali del bacillo di Eberth.

La prova siero-agglutinante fatta con la emulsione del germe sviluppato risultò positiva fino alle forti diluizioni con i sieri agglutinanti specifici, sia per il tifo che per il paratifo A.

Esame istologico. — Nelle sezioni dell'ulcerazione praticate perpendicolarmente all'assolungitudinale della laringe e colorate con vari metodi, si vede in corrispondenza della ulcerazione l'interruzione dell'epitelio piatto stratificato di rivestimento, che, avvicinandosi al margine dell'ulcera presenta alterazioni regressive crescenti verso l'ulcera stessa.

Il fondo dell'ulcera è costituito dal connettivo della sottomucosa e dal pericondrio che riveste ancora la cartilagine aritenoidica parzialmente ossificata. Il connettivo sottomucoso presenta alterazioni necrobioniche e come il pericondrio, presenta ancora una ricca infiltrazione leucocitaria polinucleare ed emorragica, la prima diffusa, la seconda ugualmente diffusa e a focolai.

Esame batterioscopico ha dimostrato sul fondo dell'ulcera una notevole quantità di cocci e diplococchi che si colorano con il liquido di Löffler e che sono Gram-resistenti. Si vedono anche forme bacillari piccole, aggruppate, che non sono Gram-resistenti.

Alterazioni patologiche della laringe possono essere determinate dai più svariati processi infettivi acuti. Fra questi il tifo trova nella laringe, qualunque non frequentemente, una delle sedi delle sue molteplici localizzazioni extraintestinali. Nella letteratura troviamo che le prime osservazioni cliniche di condropericondriti laringee tifiche, confortate anche dalle relative indagini anatomo-patologiche, sono dovute ad Millard (1859), ad Baising (1880), al Koch (1885), ad Lünig (1884), ad

Bruhl (1888). In Italia il primo caso magistralmente descritto è stato quello del Toti nel 1891.

In seguito la casistica clinica è andata sempre più arricchendosi, ed oggi non c'è trattato di patologia medica che non ricordi e descriva fra le varie complicanze dell'ileo-tifo le alterazioni della laringe.

Le forme di tali alterazioni non sono sempre le stesse e possono variare di intensità e di estensione. Così in alcuni casi può riscontrarsi la semplice erosione ed ulcerazione superficiale della mucosa, che il più delle volte passa inosservata, in altri casi invece si presentano processi ulcerativi e distruttivi più profondi. Altre volte, ma molto più raramente, possono svilupparsi processi condropericondritici laringei senza alcuna soluzione di continuo della mucosa (Dittrich).

I pericoli dovuti a tali lesioni possono dipendere sia dall'ostacolo meccanico alla respirazione prodotto dall'ascosso; sia dall'insorgenza dell'edema acuto della glottide, che il più delle volte si sviluppa improvvisamente senza che si possa in alcun modo prevedere. I bambini sono in generale più difficilmente vittime di tali processi laringei; gli uomini vanno più soggetti delle donne.

La sede più frequente della lesione è la cartilagine aritenoidica; più raramente è lesa la cartilagine cricoide. La comparsa di queste ulcerazioni si verifica generalmente verso la fine della malattia, o durante la convalescenza, e tali forme non debbono essere confuse con il cosiddetto *«laringo-tifo»*, nel quale sin dall'inizio l'infezione eberthiana si localizza nella laringe, ed in particolar modo in corrispondenza del suo tessuto linfoide, analogamente a quanto avviene nell'intestino.

Jackson (1905) riferisce che sopra 68 casi di laringite ulcero-tiflica, in ben 67 casi si ebbero ulcerazioni tardive, ossia in media al principio del IV settimana.

Riguardo alla genesi delle condropericondriti laringee molte ricerche batteriologiche sono state praticate per stabilire se dette pericondriti siano dovute all'azione diretta del bacillo di Eberth, ovvero all'azione dei cocci della suppurazione penetrati attraverso le ulcerazioni della mucosa. La questione è ancora dibattuta; molti ricercatori, fra i quali Fraenkel, Landgraf, Schmidt, non hanno mai riscontrato il bacillo di Eberth, ma i cocci comuni e specialmente le stafilococchi piogene aurei. Di Lœntz, partendo dal concetto che le infiltrazioni laringee signo analogie a quelle intestinali, ritiene che il bacillo del tifo possa determinare nel tessuto adenoidico la

ringeo processi ulcerativi, nei quali poi arrivano i comuni piogeni, che sono a loro volta causa delle successive condropericondriti. Altri autori hanno dimostrato che anche senza alcuna soluzione di continuo della mucosa la ringea possono nel tifo svilupparsi processi condropericondritici, determinati esclusivamente dal bacillo di Eberth, il quale, come è noto, può essere capace di dare suppurazione (Jackson). Come si vede gli studi dei vari autori per la ricerca degli agenti causali delle pericondriti laringee nel tifo, non sono stati sino ad ora coronati da risultati sempre concordanti.

I casi che io riporto sono utili a questo proposito, poiché dimostrano chiaramente che la condropericondrite suppurativa laringea, quando non è preceduta, come nel I caso, da alcuna soluzione di continuo della mucosa, può essere determinata esclusivamente dal bacillo di Eberth giunto per via ematica a differenza del I caso, in cui invece si è riscontrata la più svariata flora microbica, penetrata attraverso la ulcerazione della mucosa laringea. E nel primo caso non possiamo pensare che attraverso le piaghe da decubito verificate durante la malattia, possano essere passati in circolo i comuni germi della suppurazione per andare poi a localizzarsi nella ringea, poiché, come ho già detto, l'esame batterioscopico mi ha fatto rilevare soltanto gruppi di forme bacillari aventi i caratteri morfologici e tintoriali Gram non resistenti del bacillo di Eberth.

Questi due casi sono utili non solo per il contributo che recano dal punto di vista anatomicopatologico allo studio delle localizzazioni laringee del tifo, ma anche per la importanza pratica che dal punto di vista clinico diagnostico essi presentano.

Infatti in questi due casi il processo condropericondritico è stato caratterizzato dall'assenza o quasi di ogni sintomo obiettivo e soggettivo, se si eccettua la emissione di sangue che nel II caso accompagnava l'espettorazione.

I due pazienti non accusavano dolore alla pressione esterna della regione laringea, né esso si manifestava durante gli atti della deglutizione e della fonazione. La voce chiara. Non tosse stizzita, né fenomeni di stenosi laringea. Interessante in ispecial modo il I caso, in cui senza che l'infermo accusasse disturbo

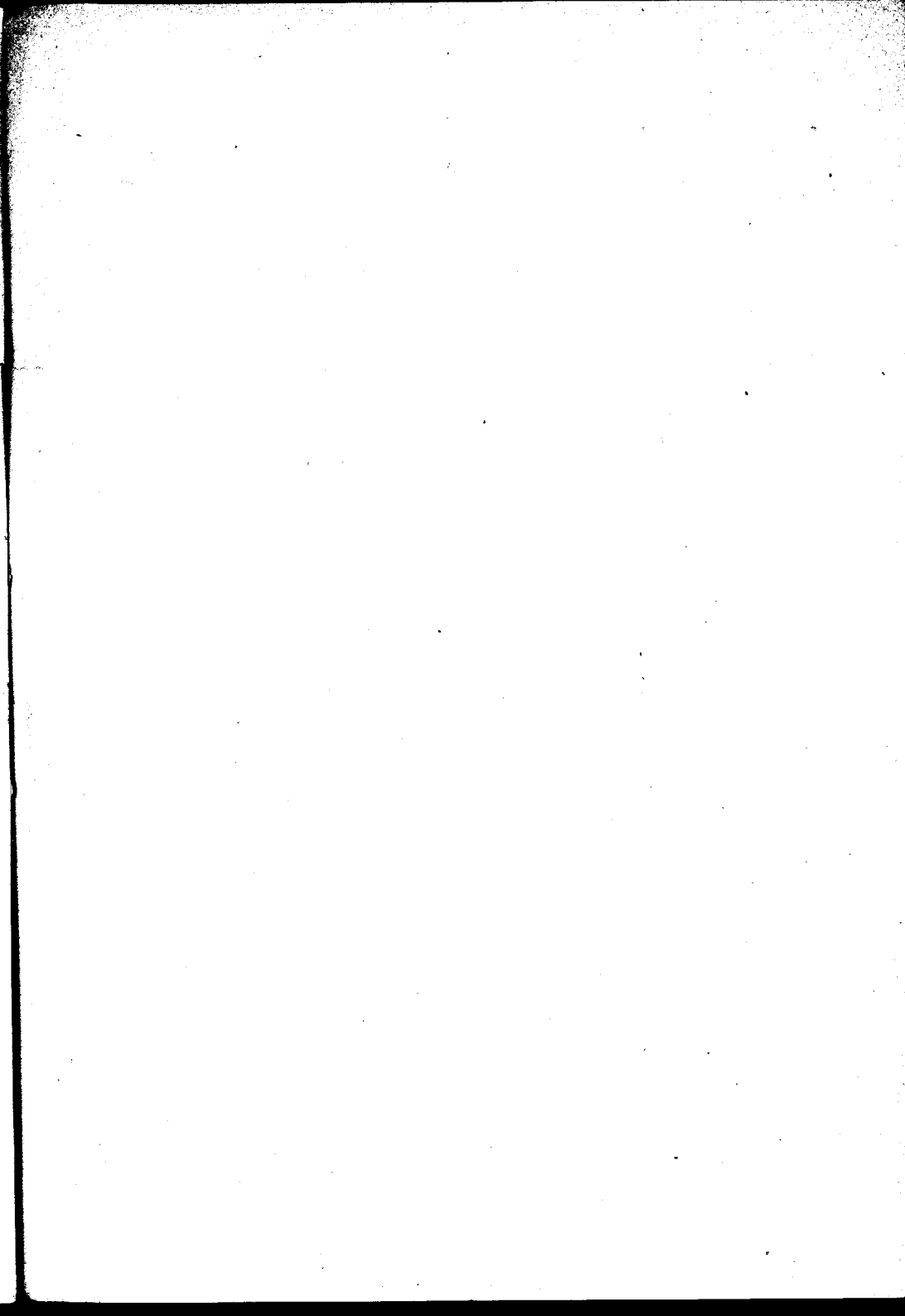
alcuno a carico delle prime vie respiratorie, insorsero in maniera rapida e tumultuosa i sintomi dell'edema della glottide, che portarono subito a morte il paziente.

E ciò accadeva in pieno benessere senza fatti prodromici, e quando il processo tifico sembrava esaurito.

Soltanto quella lieve elevazione termica che persisteva la sera faceva supporre l'esistenza di qualche localizzazione extraintestinale determinata dall'infezione enterica.

LETTERATURA.

- ASCHOFF. *Anatomia pathologica*. Unione Tip. Torinese, 1911.
- BERGGRÖN. *Zur Aetiologie der Kehlkopfgeschwulst bei Typhus abdominalis*. Arch. f. Laryngologie, 1895.
- BLAISING. *Des complications laryngées de la fièvre typhoïde*. Thèse de Nancy, 1880.
- BRIAN. *Ulcerazioni laringee, pericondrite del le cartilagini aritenoidi, ecc.* Annals of Otolaryngology, T. 22, n. 3, 1913.
- CURSHMANN. *Enteroblastophus*. Pathologie u. Therapie, prof. N. Hünzel, 1898, Wien.
- FRANKEL. *Die Aetiologie Bedenit. u. Typhus laryngitis*. Leipzig, 1896.
- GERIMBE. *Pericondrite u. Typhus Laryng.* Deutsche Arch. f. Klinik. Med. Ed. XI, 1873.
- KOCH. *Affections des cartilages laryngées pendant la convalescence de la fièvre typhoïde*. Revue de Laryngologie, 1885.
- JACKSON. *La laringe nella febbre tifoide*. The American Journal of the Medical Sciences Vol. CXXX, n. 5, 1905.
- LEURE. *Diagnostica delle malattie interne*. Ed. Vallardi.
- LE CAMELLO. *Contributo alla patogenesi delle affezioni laringee nel Tifo*. Berliner Klin. Wochenschrift, n. 16, 1891.
- MAYER. *Post-typhoid pericondritis of the larynx*. New York, 1904, Medical Record.
- MOLINANI. *Condropericondriti laringee e loro esiti*. Atti della Clinica otorinolaringoiatrica di Roma, 1923.
- TRIBOLE. *Le localizzazioni extraintestinali del la infezione tifoide*. Castellazzi, Mortara, 1900.
- THEODOR. *Pericondritis and Typhus*. Deut. Arch. f. Klinik. Medicine, Ed. XI, 1873.
- LISSIER. *Les complications laryngées de la fièvre typhoïde*. Annales des maladies de l'oreille, 1887.
- TORMESE. *Contribiti e pericondriti laringee*. Cause. Lesioni. Cura. Eredi Segni. Mantova, 1913.
- TOTI. *Contributo clinico ed anatomicopatologico allo studio della pericondrite laringea post-tifoide*. Lo Sperimentale, anno XLV, fascicolo, 3, 1891.
- STRUMPELL. *Trattato di Patologia medica e terapia*. Vol. 1. Ed. Vallardi, 1924.



IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI - FRANCESCO DURANTE

Collaboratori: Clinici, Professori e Dottori italiani e stranieri

Si pubblica a ROMA in tre sezioni distinte:

Medica - Chirurgica - Pratica

IL POLICLINICO nella sua parte originale (Archivi) pubblica i lavori dei più distinti clinici e cultori delle scienze mediche, riccamente illustrati, sicché i lettori vi troveranno il riflesso di tutta l'attività italiana nel campo della medicina, della chirurgia e dell'igiene.

LA SEZIONE PRATICA che per se stessa costituisce un periodico completo, contiene lavori originali d'indole pratica, note di medicina scientifica, note preventive, e tiene i lettori al corrente di tutto il movimento delle discipline mediche in Italia e all'estero. Pubblica perciò numerose e accurate riviste in ogni ramo delle discipline suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono fatte da valenti specialisti.

Pubblica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di Medicina, e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici.

Non trascura di tenere informati i lettori delle scoperte ed applicazioni nuove, dei rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, dei nuovi strumenti, ecc., ecc. Contiene anche un ricettario con le migliori e più recenti formule.

Pubblica articoli e quadri statistici intorno alla mortalità e alle malattie contagiose nelle principali città d'Italia, e dà notizie esatte sulle condizioni e sull'andamento dei principali ospedali.

Pubblica le disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, potendo esserne informato immediatamente, nonché una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Reca tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Condotta vacanti, ecc.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgono al *Policlinico* per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica due rubriche speciali e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli vengono richieste.

IL POLICLINICO contiene ogni volta accurate recensioni bibliografiche, e un indice di bibliografia medica, col titolo dei libri editi recentemente in Italia e fuori, e delle monografie contenute nei Bollettini delle Accademie e nei più accreditati periodici italiani ed esteri.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO adunque, per gli importanti lavori originali, per le copiose e svariate riviste, per le numerose rubriche d'interesse pratico e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia più completi e meglio rispondenti alle esigenze dei tempi moderni.

ABBONAMENTI ANNI	Italia	Estero
Singoli		
1.) Alla sola sezione pratica (settimanale) . . .	L. 50	L. 80
1.a) Alla sola sezione medica (mensile) . . .	L. 35	L. 45
1.b) Alla sola sezione chirurgica (mensile) . . .	L. 35	L. 45
Cumulativi:		
2.) Alle due sezioni (pratica e medica) . . .	L. 75	L. 115
3.) Alle due sezioni (pratica e chirurgica) . . .	L. 75	L. 115
4.) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica) .	L. 95	L. 135

Un numero della sezione medica o chirurgica L. 5; della pratica L. 3.

Il *Policlinico* si pubblica sei volte il mese.

La sezione medica e la sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli mensili illustrati di 48-64 pagine, che in fine d'anno formano due distinti volumi.

La sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32 pagine oltre la copertina.

Gli abbonamenti hanno unica decorrenza dal primo di gennaio di ogni anno

L'abbonamento è impegnativo per tutto l'anno, ma può essere pagato in due rate semestrali anticipate Indirizzare Cartoline-Vaglia, Chèques e Vaglia Bancari all'Editore del "Policlinico", Cav. LUIGI POZZI.

UFFICI DI REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Sistina, 14 - ROMA (Telefono 23-09)