

17
to degli
di Laringologia
4° - Ottobre 1915

Clinica Oto-rino-laringojatrica della R. Università di Roma
e Arciospedale del SS. Salvatore al Laterano

SU DI UN CASO

DI

CORPO ESTRANEO NELLE VIE AEREE

PEL

Prof. **GUGLIELMO BILANCIONI**



NAPOLI

STAB. TIP. DELLA CASA EDIT. E. PIETROCOLA

SUCCESSORE P. A. MOLINA

Via Portamedina alla Pignasecca, 44

1915



(103)

Estratto dagli
Archivi Italiani di Laringologia

Anno XXXV, Fasc. 4^o - Ottobre 1915

R. Clinica Oto-rino-laringojatrica della R. Università di Roma
e Arciospedale del SS. Salvatore al Laterano

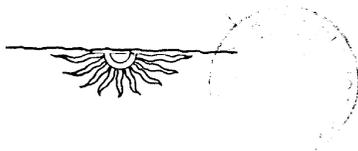
SU DI UN CASO

DI

CORPO ESTRANEO NELLE VIE AEREE

PEL

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI



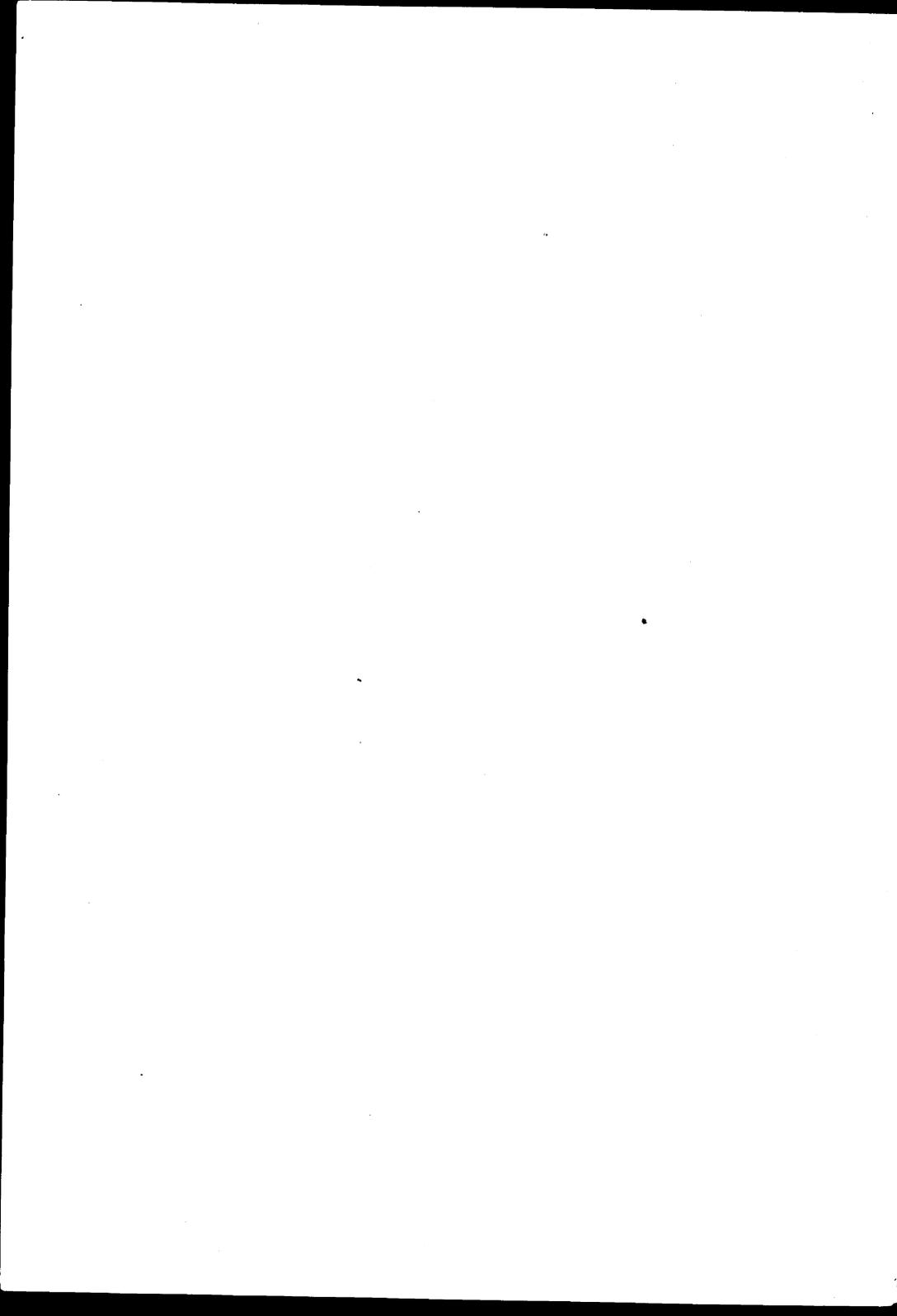
NAFOLI

STAB. TIP. DELLA CASA EDIT. E. PIETROCOLA

SUCCESSORE P. A. MOLINA

Via Portamedina alla Pignasecca, 44

1915





Se ben ricordo, Sir Astley Cooper giustificava il grande interesse che egli poneva nel seguire anche le ernie più banali, affermando che *una non rassomiglia all'altra*. Il detto del chirurgo inglese si adatta con rara efficacia allo studio dei corpi estranei delle vie aeree, i quali o nella sintomatologia, o nel decorso, o nelle difficoltà della cura, tutti presentano degli eventi molto istruttivi nella pratica.

Queste considerazioni — che in ultima analisi discendono anche dalla casistica che la ricca esperienza ha permesso al **M a s s e i** di raccogliere in suo recente articolo (1) — sono quelle che mi hanno indotto a render conto di un caso occorsomi, nel quale l'esito non fortunato non scema l'interesse.

Ecco senz'altro la storia:

Il 6 agosto 1915 viene condotta nel mio gabinetto F. Anna, di anni 10, contadinella da Rocca di Papa. I genitori narrano che la notte innanzi la figlia, una piccola selvaggia, era stata colta improvvisamente da difficoltà di respiro, tosse eruttante che ben presto era cessata, inspirazioni rumorose.

I genitori si levarono dal letto, interrogarono la figliuola, la quale col respiro mozzo e piangente non seppe, o non volle dar risposta su

(1) **F. M a s s e i**: *Un grave incidente per intubazione laringea* (Atti del XVI Congresso della Società Italiana di laringologia, otol. e rinol., Roma, 1913; Venezia, 1914, pag. 219).

quanto era accaduto; ma ben presto cadde la loro attenzione su numerosi semi di fava secca, di quella che col nome di *favino serve* per l'alimentazione dei cavalli, sparsi nel letto e sotto il cuscino sui quali dormiva la bambina. Supposero subito che avesse ingerito una fava e « che le fosse andata a traverso »: corsero per un medico, il quale tentò l'uso dell'emetico vegetale.

Con la somministrazione dell'ipecacuana la bambina si liberò di copiosi cibi non digeriti, fra i quali molti frammenti di semi della leguminosa.

A poco a poco la sindrome asfittica minacciosa si calmò; venne il giorno, la paziente si alzò, ma ad un tratto fu ripresa dal respiro rumoroso e difficile; il polso era leggermente febbrile. Il medico, riveduta la bambina, consigliò i genitori di portarla a Roma e nel dubbio di un *crup* (la confessione della bambina, di avere ingoiato la favetta, non si era potuta ottenere) di portarla al Policlinico, reparto isolamento, per l'esame batterioscopico.

I parenti fanno quanto è loro indicato; all'isolamento differici si raccoglie il consueto tampone faringeo, ma, com'è facile intendere, il reperto è *negativo*. La bambina è frattanto in un periodo di calma ed i sanitari non si ritengono autorizzati a trattenerla. La piccola dimessa usciva dal cancello del Policlinico con i propri genitori, quando veniva colta da un nuovo e più grave insulto soffocativo; i genitori dopo qualche incertezza, ritornano sui propri passi, conducono la paziente al deposito di chirurgia, ove la piccola è posta in letto. La calma e qualche ora di riposo fanno scomparire l'attacco stenotico, tanto che il medico di turno non trova alcun segno sospetto di corpo estraneo nelle vie aeree e non vuole accettare la paziente, che viene definitivamente respinta.

I genitori si piegano a malincuore a questa repulsa, e nell'attesa della partenza del tram elettrico che dovrebbe ricondurli a Rocca di Papa, vanno a rifocillarsi. Anche la bambina mangia con il consueto appetito.

Dopo il pasto è ripresa da uno dei soliti attacchi, così che i genitori, invece di partire, vengono a consultarmi. Nell'attesa la bambina si era addormentata sul letto del mio gabinetto; risvegliata a stento si mette a piangere ed è solo con grande difficoltà che si lascia esaminare.

È una bambina ben sviluppata, di aspetto sano, che respira bene, come un bambino bizzoso che pianga a suo agio; noto soltanto che ha una temperatura leggermente febbrile (ha infatti 37°,8 all'ascella), ha la cute madida di sudore.

Non senza fatica riesco ad esaminare la faringe e la laringe; non

trovo nulla di anormale, eccetto un modico arrossamento delle corde vocali vere, la motilità normale, non si vede nulla di abnorme a carico dei primi anelli tracheali.

Confesso che questo risultato negativo mi lasciò perplesso, poichè lo stato generale attuale e l'esame laringoscopico contraddicevano al racconto fattomi, quando, mentre la bambina si spogliava per procedere all'esame del torace, fu colta da uno degli accessi di stenosi: *cornage* tipico, con un rumore sordo *a valvola*, come di un corpo che si spostasse e andasse ad occludere con un *tac* caratteristico la rima glottidea, *tirage* con rientramento cospicuo al giugulo, alle fosse sopraclavicolari e all'epigastrio, cianosi del volto, occhi iniettati di sangue, movimenti di estensione del capo, *facies* d'ambascia. Non un conato o un colpo di tosse.

Ad onta di tutto ciò, la piccola selvaggia, insensibile ad ogni esortazione, continuava a piangere, implacabile.

Il torace era dilatato, in posizione inspiratoria, i limiti polmonari erano abbassati; il suono ovunque ridotto; all'ascoltazione, apnea quasi assoluta: il murmure vescicolare scomparso, abolito il respiro soffiante tracheale.

Non v'era dubbio possibile sull'esistenza di un corpo estraneo in trachea o in corrispondenza dei grossi bronchi (ambidue i polmoni non respiravano); urgeva intervenire.

Feci condurre la bambina a S. Giovanni al Laterano — essendo la Clinica passata alle dipendenze della Sanità Militare, per il ricovero dei soldati feriti e malati di orecchio, di naso e di gola — ove avrei proceduto alla broncoscopia ed eventualmente alla tracheotomia.

La bambina, recata al nosocomio, era andata rapidamente peggiorando; lo stato asfittico non dileguava come negli accessi precedenti, la cianosi del volto era intensa: feci iniziare dal dott. Paolucci una narcosi oculata, mediante la miscela di Schleich, mentre io mi accingevo alla introduzione del tubo di Brünings in laringe. Ma dopo pochi minuti dalla iniziata narcosi la paziente non respirava più. Ricorremmo alla respirazione artificiale, alla trazione ritmica della lingua, alle iniezioni eccitanti, alle fustigazioni con panno bagnato sulla regione cardiaca; ma vedendo che non riprendeva, senza tralasciare mai la respirazione artificiale, procedetti ad una tracheotomia bassa.

L'operazione fu eseguita rapidamente, senza incidenti e quasi esangue, dato il turgore delle vene, che poterono essere evitate. Aperta la trachea, si sentì subito — sotto l'impulso della espirazione artificiale — che l'aria usciva liberamente dai polmoni; giudicai quindi che il corpo estraneo dovesse essere fermato più in alto del taglio tracheotomico, nella regione ipoglottica, ove avrebbe prodotto ad ogni moto del respiro il ru-

more a valvola ricordato. Introdotta una sonda dalla ferita verso l'alto, incontrai ostruito il lume della trachea e una superficie liscia; con una pinza ricurva immessa semi-aperta dal taglio afferrai facilmente il corpo estraneo. Era un seme di fava dura, liscio, a buccia consistente e inte-

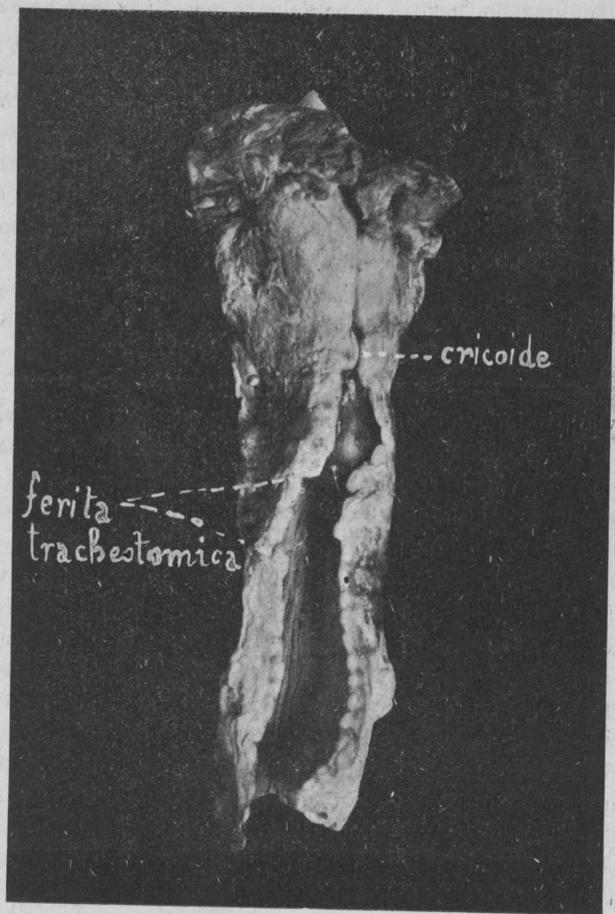


FIG. 1. — Laringe e trachea aperte longitudinalmente, sulla linea mediana. Il seme di fava è stato rimesso nella posizione in cui si trovava dopo la tracheotomia.
(Grandezza appena inferiore al naturale).

gra, ad onta che per virtù igroscopica fosse rigonfio oltre il doppio del volume primitivo. Aveva l'asse maggiore nel senso della lunghezza della trachea, con la parte più grossa in basso, come si vede nella figura 1.

Misi *in situ* la cannula tracheale e dovemmo continuare a lungo la respirazione artificiale e gli altri soccorsi, finchè ottenemmo qualche sospiro spontaneo; il colorito del volto riprese il vermiglio normale, gli atti del mantice toracico si vennero regolarizzando, ma era trascorsa quasi un'ora in questa rude fatica.

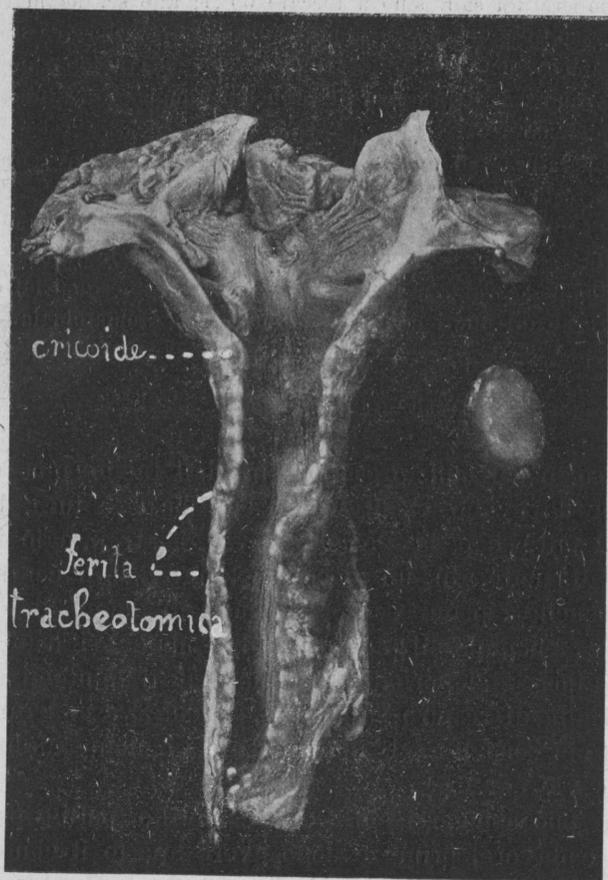


FIG. 2. — Laringe e trachea ampiamente divaricate, mostrano la regione ipoglottica, sede del corpo estraneo.
(Grandezza appena inferiore al naturale).

Allontanato il corpo estraneo, restituita al respiro la bambina, io meditai se convenisse o no chiudere subito la incisione tracheotomica; valutai il pro e il contro, di fronte ai pericoli della bronco-polmonite,

che ritenevo già iniziata, posi quello di un eventuale attacco asfittico e decisi per lasciare in posto la cannula. Non giudicherà manchevole l'opera mia chi rifletta, che fuori del vestibolo della stanza operatoria attendevano impazienti i genitori della bambina!

Questa fu posta in letto ed ebbe tutte le cure richieste dal caso. Per alcune ore stette bene, salvo la febbre a 38°,5; ma dopo la mezzanotte la temperatura salì, sino a toccare 39°,7; alle sei del mattino successivo, il respiro si fece frequente, dalla cannula fuoriusciva un liquido torbido, spumoso, denso, filante. La percussione e l'ascoltazione del torace mostravano che il processo di bronco-polmonite era diffuso a tutto l'ambito polmonare.

La temperatura salì ancora, superò i 40° e la morte avvenne all'indomani, 8 agosto 1915.

Dopo 24 ore si potè eseguire l'autopsia degli organi toracici: non v'era che la conferma della bronco-polmonite catarrale diffusa. Asportai il tubo laringo-tracheale, perchè ci avrebbe forse dato qualche elemento per dirimere alcuni punti oscuri riguardanti la sintomatologia.

••

Il caso occorsomi presentò sin dall'inizio una serie di eventi che dovevano costituire la sua disavventura. Prescindendo dal fatto che la piccola selvaggia trangugiò il corpo estraneo di notte, in un paesello lungi da un centro ospedaliero, benchè i primi soccorsi (emetico) del medico fossero prudenti ed encomiabili; la causa precipua del ritardo ad ogni soccorso dipese dai periodi di calma di tutti i sintomi asfittici; ogni difficoltà di respiro si placava, subentrava una quiete che induceva nel sospetto dell'inesistenza del benchè minimo ostacolo nelle vie aeree.

Come può spiegarsi ciò, se — come ho potuto osservare bene sul cadavere, prima e dopo avere aperto il condotto laringo-tracheale — il seme vegetale occludeva quasi completamente la regione ipoglottica, ove si era fermato? Noi possiamo formulare due ipotesi: o che il seme stesse sempre in detto spazio, subito sotto la cricoide, e lasciasse filtrare l'aria fra la parete e sè stesso, mentre all'insorgere di uno spasmo il breve spazio venisse soppresso, donde i periodici accessi di laringostenosi; oppure che esso fosse mobile in trachea e su-

bisse anzi ampie escursioni, dallo spazio ipoglottico alla biforcazione bronchiale. Io propendo per l'ultima ipotesi, poichè misurando sul cadavere i diametri tracheali rispetto a quelli del corpo estraneo, si trova che nella porzione inferiore, l'ampiezza del lume tracheale è molto maggiore che in alto, in guisa che il seme potea scorrervi senza attrito.

Esso probabilmente scendendo sino alla sella che divide le principali diramazioni bronchiali, si situava in modo da non ostacolare quasi affatto la respirazione; dopo un breve movimento, nel porsi orizzontale del corpo, oppure in un atto espiratorio più energico, il corpo estraneo veniva proiettato nella regione sottoglottica e dava i fenomeni asfittici. E a proposito di tali accessi, è degno di nota il fatto dell'assenza, durante di essi e da me constatato, di ogni accenno di tosse, che è invece sempre vivace e tormentosa nei corpi estranei incuneati nella glottide e nel vestibolo laringeo: questo dato viene a confermare alcune considerazioni svolte da Baglioni e da me, a proposito delle sensibilità della laringe (1). La mancanza di questo riflesso, nei periodi di calma di ogni sintoma asfittico, ha contribuito di certo al misconoscere, fra i colleghi, l'esistenza di una grave possibilità, quale quella di un corpo estraneo tracheale.

La storia dei corpi estranei delle vie aeree è d'altronde ricca di avvenimenti inusitati che vanno dalla asfissia e morte improvvisa alla più placida tolleranza e ignoranza dell'ospite inopportuno caduto nella laringe o nella trachea. Sebbene non desideri richiamare la intera letteratura dell'argomento — il che altererebbe il carattere di questa nota — non posso esimermi, ad avvalorare il fatto del constatato silenzio di ogni sintoma asfittico nel caso descritto, dal ricordare da un lato le osservazioni, preziose per il medito legale, di L. Thoinot, di morte sospetta o improvvisa per la penetrazione accidentale di corpi estranei venuti dall'esterno nelle vie respiratorie

(1) Baglioni e Bilancioni: *Ricerche sulle diverse sensibilità della mucosa laringea* (Atti del XVI Congresso della Società Ital. di laringol., otol. e rinol., Roma, 1913; Venezia, 1914, pag. 206).

e dall'altro l'esempio illustrato da Emilio De Rossi (1), relativo a un giovane ingegnere che aveva inspirato un voluminoso pezzo d'osso, ignorando sempre tale accidente, sottoponendosi alla cura di una pretesa « laringite luetica », sino a che il tavolo anatomico non dimostrò il corpo del delitto! Numerosi fattori, individuali ed estrinseci, anche senza pensare a ipoestesie e anestesie di natura patologica a carico della mucosa laringo-tracheale, debbono contribuire in consimili casi.

Queste difficoltà di diagnosi per scarso rilievo del quadro nosologico sono state notate specialmente per i corpi estranei bronchiali: G u i s e z (1911) insiste invero sul fatto che la radioscopia può essere incerta e che i segni clinici possono mancare, in particolar modo se il corpo è piccolo, non si sposta e non occlude un ramo bronchiale così da portare il silenzio respiratorio nel territorio dipendente. Si hanno talora all'inizio alcuni sintomi di bronchite, più tardi una vera broncopolmonite, non già dati caratteristici, ma piuttosto parvenze di contingibilità difficili e remote.

Esisteva invece nel caso che ci occupa un sintoma interessante e prezioso, che mi indusse da solo ad accertare la diagnosi: il rumore caratteristico dello spostamento del corpo entro il tubo laringo-tracheale, le *bruit du clapet* o *du drapeau* dei francesi, *Hopp Geräusch* dei tedeschi.

È uno speciale rumore secco, come del colpo di chiusura di una valvola a cerniera, rumore di risonanza tracheale, prodotto del corpo mobile in trachea che ad ogni espirazione urta contro la faccia inferiore della glottide: segno veramente decisivo, pel quale sovente, come in alcuni casi di Calamida, Maltese ed altri molti, si è potuto dirimere gli ambagi di una diagnosi incerta.

Prima di chiudere questa nota, desidero fare una osservazione d'ordine curativo, che concerne la vessata questione circa il valore della tracheotomia e della tracheo-broncoscopia. Senza negare nessuna delle prerogative che rendono mira-

(1) De Rossi: *Saggi di clinica speciale chirurgia otorinologica, laringologica e rinologica*. Anno scol. 1887-8, Roma, 1889, pag. 67.

bile l'efficacia del metodo di Killian-Brünnings, specie con i più moderni accorgimenti della tecnica, rilevo soltanto il fatto che con esso sarebbe riuscita ben ardua la asportazione della fava; dato il suo volume superiore al lume dei tubi consentiti nell'infanzia, data la levigatezza della sua superficie, la durezza della sua massa anche, riuscendo a ghermirla, avrei dovuto abbandonare la preda nel tragitto di estrazione; come accadde a Delobel e Desplats (1911), che dopo essere penetrati nel bronco sinistro mediante tracheotomia e col tubo di Brünnings, videro il corpo estraneo, un pezzo di metallo, lo attanagliarono, ma non riuscirono ad estrarlo; come avvenne a Hinsberg (1913), in una donna di 36 anni, che aveva aspirato un nocciuolo di prugna nel bronco destro. Durante l'estrazione il corpo ligneo sfuggì alla pinza nel momento in cui superava la glottide e, aspirato di nuovo, penetrò nel bronco sinistro. Malgrado i progressi effettuati nel sottrarre corpi estranei dalla cavità degli organi, dopo l'invenzione della broncoscopia, i tentativi di allontanamento di tali corpi non sono dunque sempre esenti da gravi difficoltà manuali e da danni irreparabili.

Con la tracheotomia, invece, è stato relativamente agevole l'allontanare il seme; l'intervento sarebbe riuscito meno indaginoso e di pronta risoluzione se si fosse chiuso subito dopo la trachea, come avremmo fatto se il caso non fosse stato oscurato da tante disdette. Bagoraz (1908) è fautore della sutura primitiva della trachea dopo trovato il corpo occludente. Il Minkh in modo precipuo, fondando su un suo operato fortunato (*Prakticheskij Vratch*, 1912) stima che ogni volta che il trauma subito dalla mucosa della trachea non è molto accentuato, sia buona pratica la sutura della trachea e della ferita cutanea.

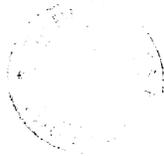
*
**

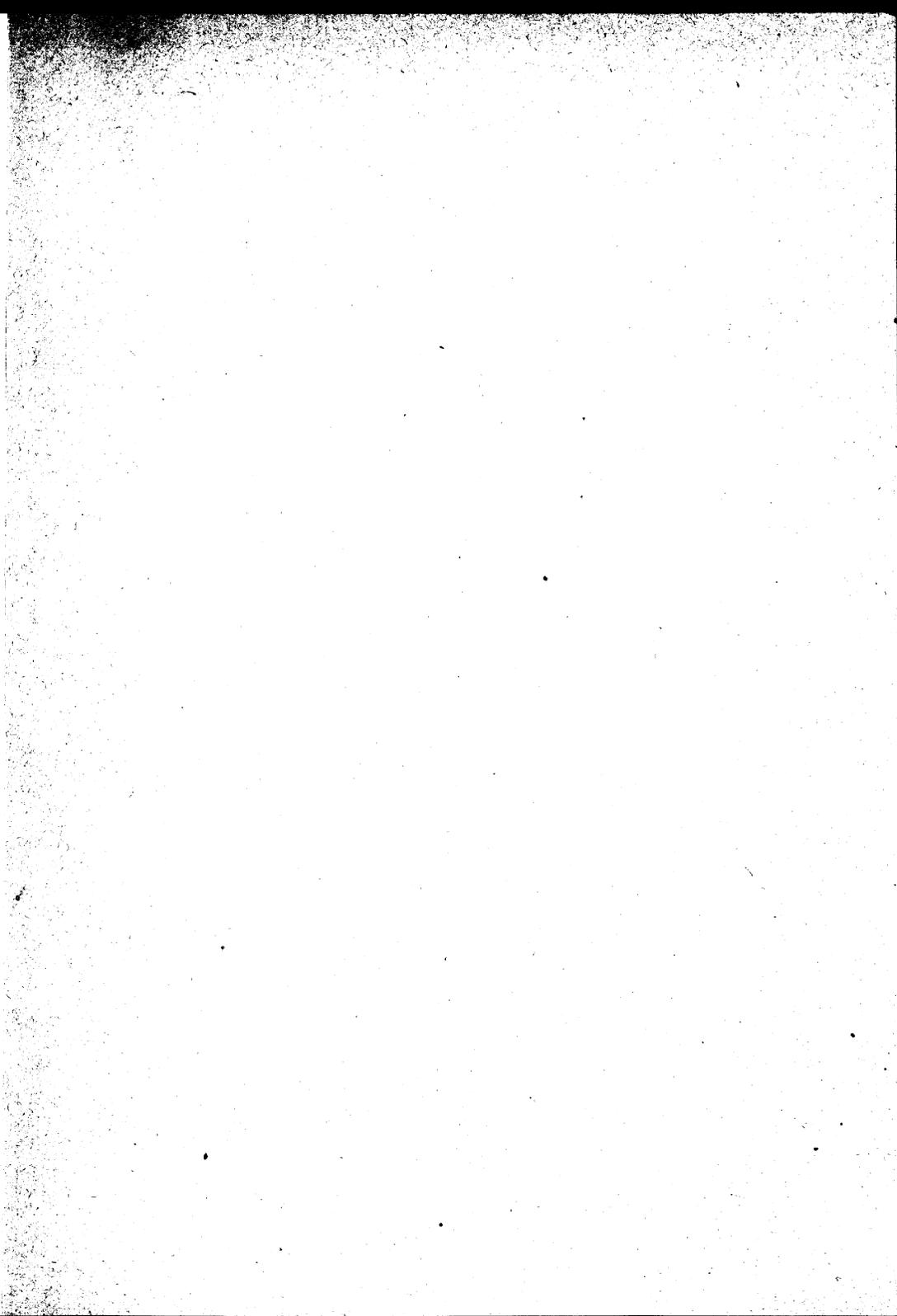
Gli insegnamenti che discendono da questa osservazione riguardano in particolar modo la sorveglianza attenta e vigile che il medico deve sempre rivolgere in ogni caso, anche solo sospetto, di corpo estraneo nelle vie aeree, poichè la sintomato-

logia può avere delle soste infide ed essere, al momento dell'esame, completamente muta o insignificante. Se in alcuni casi l'attesa non reca danno, in altri, col subentrare degli accessi asfittici o col favorire la sepsi bronco-polmonare, può riuscire fatale e veramente colposa.

Altro monito non trascurabile si è quello che tocca la cura: in ogni caso di corpo estraneo delle vie aeree inferiori è doveroso l'uso del tubo a traverso la glottide. Questo tentativo non deve tuttavia far dimentichi dei benefici che l'apertura della trachea può offrire, dandoci il mezzo di impadronirci del corpo ricercato e di dominarlo, in modo più sicuro che non col broncoscopio. Il taglio del condotto tracheale può essere assolutamente necessario quando il volume dell'oggetto da estrarre è cospicuo.

2286





2286