

La Clinica

DIRETTORI:

PROF. ANTONIO GASBARRINI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA MEDICA
PADOVA

ON. PROF. RAFFAELE PAOLUCCI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA CHIRURGICA
BOLOGNA

REDATTORE CAPO
MARIO TRINCAS

REDATTORI PER LA MEDICINA

G. BASSI e G. SOTGIU

REDATTORI PER LA CHIRURGIA

A. QUIRI e E. RUGGIERI

SEGRETARIO DI REDAZIONE

E. BERNABEO

ANNO QUARTO

1938

Amis B
OK
31



Su sei casi di corpo estraneo nel
polmone. Osservazioni cliniche e
anatomico - patologiche.

DOTT. SILVIO BIGI
ASSISTENTE

L. CAPPELLI — EDITORE — BOLOGNA

Su sei casi di corpo estraneo nel polmone. Osservazioni cliniche e anatomico-patologiche.

DOTT. SILVIO BIGI

ASSISTENTE



Il passaggio nelle vie respiratorie di un corpo estraneo, liquido o solido, in seguito ad una falsa deglutizione, determina nelle compagne respiratoria, le condizioni favorevoli alla formazione di un processo infiammatorio. Normalmente intervengono i riflessi di difesa, chiusura della laringe in un primo tempo, con fase di apnea di breve durata, espulsione in un secondo tempo, se il corpo estraneo ha superato la trachea e i bronchi alla biforcazione, che rappresentano le parti più sensibili verso lo stimolo esterno. Se il meccanismo della deglutizione è perturbato e il riflesso di difesa non è immediato, l'espulsione dell'elemento estraneo, incuneatosi nei bronchi (infiggendosi magari in essi), diventa sempre più difficile. Con la sua prolungata presenza si istituiranno poi, secondo il tipo del corpo estraneo, o ulcerazioni più o meno vaste della mucosa bronchiale, o stenosi di un bronco o lesioni nel tessuto peribronchiale. ALLEN ottenne con la introduzione di pus nelle vie aeree dei cani, legando un bronco, accessi broncogeni sperimentali.

I corpi estranei colpiscono, nella maggior parte dei casi, il lobo medio e il lobo inferiore destro (SERGENT). Infatti le statistiche riportano otto casi su dieci di ascessi da corpo estraneo a destra (territorio medio-inferiore). Per la spiegazione di questa maggiore frequenza, si sarebbe da-

to molta importanza alla direzione anatomica del bronco di destra, il quale è più situato dell'opposto sul prolungamento dell'asse della trachea. È noto poi che la grande maggioranza degli ascessi polmonari è localizzata a destra, e il lobo più colpito sarebbe l'inferiore destro (statistiche di PAOLUCCI, SERGENT, ecc.) di fronte alle minori localizzazioni sinistre. Il materiale estraneo che può penetrare nelle vie respiratorie è molteplice; dalle mucosità infette del rino-faringe e della cavità boccale (piorrea alveolare, ascessi dentali) colla presenza dei germi più svariati, anaerobi, spirochete, ecc., si arriva ai corpi solidi veri e propri (frammenti di cibo, di osso, semi, bottoni, corpi metallici, monete ecc.),

Oltre che per aspirazione, attraverso la glottide, i corpi estranei possono giungere al polmone, o per perforazione dell'esofago (aghi, aculei), o dallo stomaco, riportati col vomito in faringe e successivamente nella laringe, oppure ancora attraverso la parete toracica (proiettili, schegge metalliche, aghi, ecc.). Tralasciando la via esofagea (colle complicazioni polmonari, mediastiniche e pleuriche, abbastanza frequenti, ADELMAN riporta 40 casi), ci occupiamo della via diretta, bronchiale, e di quella toracica. Si è detto: la penetrazione degli elementi estranei nelle vie respiratorie dà una sintomatologia immediata, tale (tosse, soffocazione, ecc.) da

rivelarne subito, inevitabilmente, la loro presenza. L'osservazione clinica di molti casi ha modificato questa convinzione. Si è visto molte volte, sia radiologicamente che al tavolo operatorio, come a quello anatomico, corpi estranei passati nell'apparato respiratorio completamente o pressochè inosservati. Numerosi sono i casi citati; nella Clinica PAOLUCCI ne sono capitati, nello spazio di pochi anni, tre casi. La diagnosi risulta impossibile, quando il materiale penetrato, oltre a non aver dato in precedenza sicuri segni di sè, non è radiopaco, o soltanto debolmente, al punto da confondersi colle comuni opacità dei processi infiammatori acuti o cronici. Nei tre nostri pazienti si aveva la sintomatologia tardiva dell'ascesso polmonare; l'anamnesi era negativa per l'episodio della ingestione, e il radiogramma eseguito, muto, per la presenza del corpo estraneo. Si trattava, come sarà detto in seguito, in un caso di un piccolo osso di pollo, nell'altro di un seme di zucca e nel terzo di una spiga di campo.

Il fatto che nessuno fenomeno degno di nota si sia presentato al momento del passaggio del corpo estraneo nell'albero bronchiale, ci fa pensare come possono essere spesso relativi i riflessi rivelatori e i segni clinici dell'ingestione di sostanze estranee. Saranno le perturbate reazioni di difesa, oppure le speciali condizioni locali, generali, neuropatologiche, che entreranno in gioco in quel dato momento o in quella determinata circostanza.

In un altro caso, che riportiamo nella casistica, si è avuto la penetrazione di un ago da materasso attraverso la parete toracica, e la paziente non ne avrebbe avuto la minima percezione, al punto da non ricordare nessuna sensazione dolorosa toracica in passato (osservazione alquanto strana, forse spiegabile col fattore nevropatico). Solo a distanza di tempo, in seguito a disturbi vaghi, mal localiz-

zati, un esame radiologico occasionale repertò, in pieno parenchima polmonare, la presenza di un lungo e grosso frammento d'ago.

Un corpo estraneo può rimanere, d'altronde, a lungo nel tessuto polmonare senza dare segno di sè, soprattutto quando la via di entrata è stata quella toracica. È erroneo però il credere che la sua presenza rimanga per lungo tempo innocua; nella maggioranza dei casi, secondo le diverse condizioni e i diversi tipi di corpo estraneo, l'elemento finirà per determinare quelle lesioni a carico del parenchima sulle quali sarà possibile l'insorgenza di un ascesso polmonare (lacerazioni, atelettasie, infiltrazioni peribronchiali, ecc.).

Il permanere a lungo nella compagine dei tessuti costituirà inoltre un pericolo sempre maggiore; e le lesioni anatomicopatologiche, istituitesi nel polmone, saranno tanto più gravi quanto più tardiva sarà l'espulsione o l'estrazione del corpo estraneo. L'intervenire a suppurazione avvenuta, ai comuni pericoli dell'asportazione, si aggiungono quelli inerenti all'ascesso polmonare. Si consiglia perciò l'intervento, quando è attuabile, il più presto possibile, a parenchima sano. Grande importanza avranno più che la dimensione del corpo estraneo e la sua sede, le eventuali lesioni infiammatorie che si saranno formate attorno ad esso. Queste variano da caso a caso; possono comparire a breve distanza, come possono insorgere tardivamente. Si sono descritti casi in cui il corpo estraneo si era mantenuto in sito per dei mesi (anche anni) senza provocare nessuna alterazione anatomicopatologica; altri invece nei quali il processo infiammatorio e l'ascesso erano insorti dopo poco tempo dall'entrata dell'elemento estraneo.

L'osservazione clinica avrebbe dimostrato che i corpi estranei penetrati per la via bronchiale, nella quasi totalità dei casi, finiscono per provocare, a breve sca-

denza, la formazione di un ascesso, mentre quelli arrivati al parenchima attraverso la parete toracica (proiettili, aghi, schegge, ecc.) possono rimanere qualche volta nel tessuto per un periodo di tempo anche lungo (mesi, anni, in rari casi per tutta la vita) senza arrecare nessun fenomeno di focolaio nel territorio circostante.

Dei tre casi di corpo estraneo per via toracica, soltanto in uno non si era costituito l'ascesso del polmone, negli altri due il processo purulento, distruttivo, era comparso sia pure tardivamente. La via bronchiale rappresenterebbe perciò un pericolo più immediato e forse talvolta più grave della via parete toracica. Le statistiche di SERGENT, MINOT, SALOMONE, danno un'alta mortalità (63,2 %) quando il corpo estraneo è nei bronchi. La mortalità aumenterebbe ancora fra i casi operati tardivamente (CARPENTIER, KER, RIST). Esponiamo il quadro microscopico (da BORST) di un ascesso polmonare broncogeno.

Riportiamo i nostri sei casi di corpo estraneo nel polmone: tre entrati attraverso i bronchi, tre attraverso la parete toracica. L'unita tabella riassume per ogni caso i dati clinici inerenti: al genere di corpo estraneo all'epoca di entrata, all'insorgenza della suppurazione, alla sua sede, all'intervento, alle eventuali complicazioni, e all'esito finale.

OSSERVAZIONE I. — B. Eugenio, di anni 33, da Reggio Calabria.

Anamnesi familiare negativa. Il paziente quattro anni prima fu colpito da un proiettile di rivoltella, che entrato nel quarto spazio intercostale destro sulla marginale dello sterno non ha dato foro di uscita. Un esame radiografico ha dimostrato la presenza del proiettile nel polmone destro.

È stato bene fino a sei mesi prima di entrare in Clinica. Da questa epoca ha iniziato la malattia. Con un forte dolore all'emitorace destro compare febbre accompagnata da tosse stizzosa. Dopo un transitorio benessere di qualche giorno,

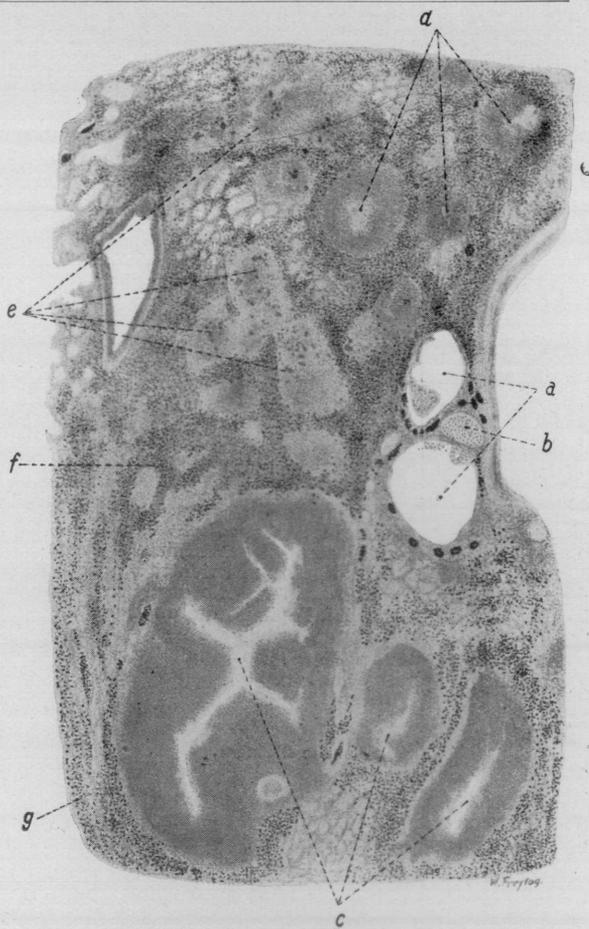


Fig. 1 (DA BORST) - Polmonite ab ingestis (ascessi polmonari broncogeni: a) Piccoli bronchi dilatati a contenuto muco-purulento; b) Cartilagine bronchiale; c) Grandi focolai di fusione purulenta; d) Ascessi più piccoli; e) Cumuli di batteri nel territorio di piccolissimi focolai purulenti; f) Parenchima polmonare con infiltrazione pneumonica; g) Tessuto polmonare compresso ed infiltrato dalla infiammazione, alla periferia dei grossi ascessi.

si presenta un abbondante espettorazione fetida, purulenta. Entra in clinica in queste condizioni. (1935).

Esame radiologico (fig. 2). - Addensamento polmonare nel campo superiore destro colla presenza di una cavità a livello idroaereo il cui limite superiore corrisponde al margine inferiore della seconda costola. Negli esami successivi questo reperto si è mantenuto invariato. Sono state praticate tutte le cure mediche.

Esame radiologico con broncografia; iniezione buona del bronco inferiore destro, mentre il bronco medio dello stesso lato si presenta iniettato irregolarmente (stenosi). Una scarsa quantità di mezzo di contrasto opacizza alcune piccole

CASISTICA DI CORPI ESTRANEI NEL POLMONE

Casi	Nome e Cognome	Età	Corpo estraneo	Epoca e via di entrata	Inizio - Tipo - Sede dell'ascesso	Intervento	Fato	Osservazioni e figure
I	B. Eugenio	33	Proiettile di rivoltella (rissa)	4 anni prima Emitorace destro anteriormente	Sei mesi prima - Suppurazione cronica lobo super. destro	Piombaggio Resezione	Guarito dopo 2 mesi	OSSERV. I Fig. 2
II	R. Aldo	27	Raggio di bicicletta (suicida)	7 mesi prima Emitorace sinistro anteriormente	4 mesi prima - Ascesso corticale sinistro con empiema saccato	Pleurotomia	Guarito dopo 4 mesi	Fig. 6
III	S. Amelia	21	Ago da massaggio (come?)	2 anni prima? Emitorace sinistro anteriormente	Corpo estraneo senza ascesso situato nella parte mediale inferiore lobo superiore sinistro, aderente Pericardio	Estrazione dell'ago	Guarito dopo 2 mesi e mezzo	—
IV	C. Sandro	4	Spiga di grano	2 mesi prima Bronco-polmonite Ignota l'epoca	20 giorni dopo la broncopolmonite - Ascesso fetido lobo inferiore destro apertosi in pleura bloccata	Pleurotomia Pneumotomia	Guarito dopo 50 giorni	—
V	B. Agostino	55	Seme di zucca	Ignota l'epoca Passato inosservato	6 mesi prima - Ascesso canceroso lobo inferiore destro apertosi in pleura libera	Pleurotomia	Morto dopo 6 giorni per empiema putrido - Sepsi	OSSERV. II Figs. 3-4
VI	M. Augusto	53	Osso di pollo	Ignota l'epoca Passato inosservato	Ascesso canceroso lobo inferiore sinistro a cavità multiple	Non operato per la gravità	Sepsi generalizzata - Morto dopo un giorno	OSSERV. III Fig. 5

diramazioni bronchiali in corrispondenza della zona incriminata. Il proiettile è situato in corrispondenza dell'ottavo spazio intercostale. I se-

taria della seconda costale sulla ascellare posteriore. La puntura esplorativa dà esito a liquido denso, di odore fetido. Le pleure appaiono par-

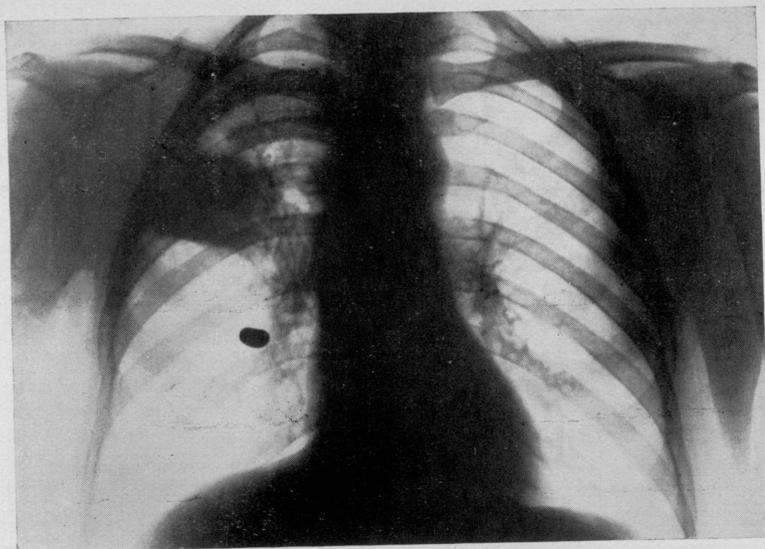


Fig. 2.

gni stetoacustici sono pressochè normali. La quantità dell'escreato si aggira sui 250-300 cc. nelle 24 ore.

zialmente libere; si pratica perciò il piombaggio e al disotto di esso si pone un cerchietto di filo di piombo per il controllo radiologico. A distan-

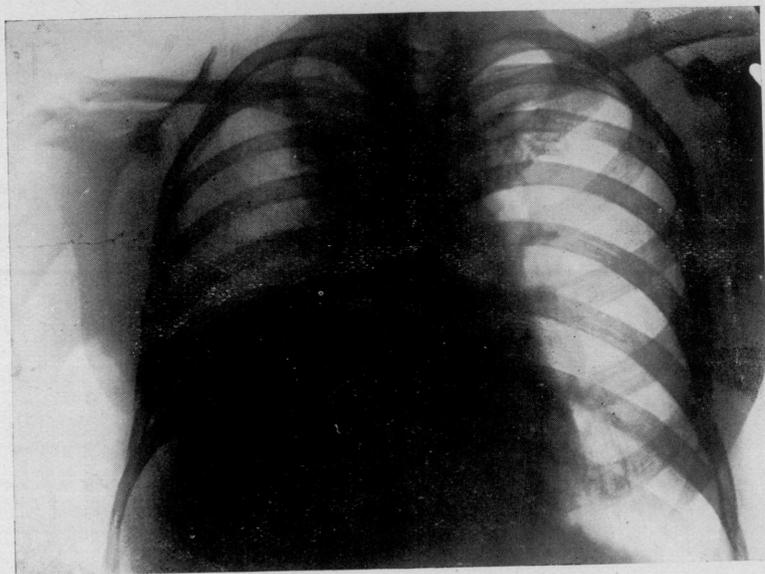


Fig. 3.

L'esame del bacillo di Koch negativo. Delimitato sulla parete col sussidio radiologico la sede dell'ascesso, si procede all'intervento.

Reperto operatorio (prof. PAOLUCCI). - Anestesia locale alla novocaina. Resezione segmen-

za di due settimane si compie il secondo intervento.

Coll'esame radiografico si vede che il filo di piombo è addossato alla cavità. Si allarga la breccia toracica, si esplora la zona ascessuale

con aghi sottili indi si pratica una pneumotomia colla quale si dà esito a una buona quantità di materiale purulento. Si drena con un piccolo tubo di gomma e con qualche linguetta gomolata.

Il seguito postoperatorio è stato soddisfacente. Colla diminuzione dell'espettorato fetido si è avuto successivamente la caduta della febbre. La breccia chirurgica col passare dei giorni,

generale con tosse e raffreddore, senza espettorazione, fu costretto al letto per il presentarsi improvviso della febbre, accompagnata da brividi di freddo e profuso sudore. Mentre la tosse si faceva sempre più stizzosa, senza escreato, incominciò ad avvertire un alito di cattivo odore. Nel contempo comparve anche un forte dolore all'emittoce sinistro.

Fu diagnosticata una pleurite sinistra e pre-

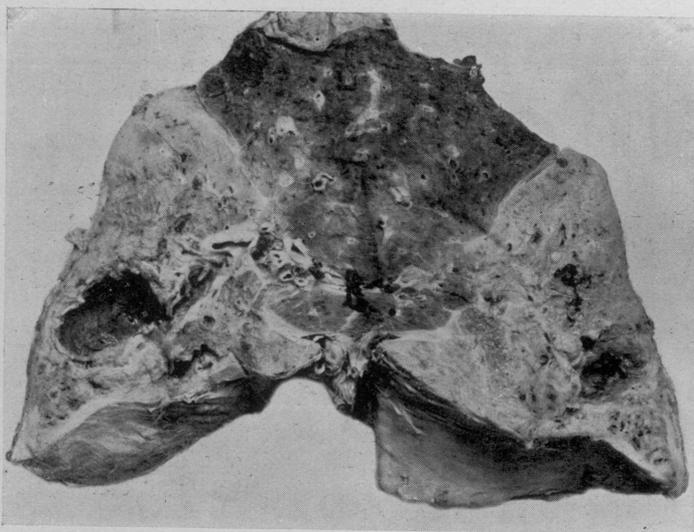


Fig. 4.

sempre meno secernente e di aspetto non più grigiastro appariva ridotta, presentandosi a fondo deterso e granuleggiante. Le radiografie successive dimostravano il progressivo rimpicciolimento della sacca e il rischiaramento della primitiva opacità. Lo stato generale era alquanto migliorato: ripresa delle forze, aumento del peso, ecc.

Per 6 settimane si sono mantenuti i drenaggi in sito; questi sono stati poi ridotti gradatamente col diminuire della secrezione e il restringersi della ferita. Dopo due mesi e mezzo circa dall'intervento radicale, colla chiusura del taglio si è raggiunto la guarigione completa.

Rivisto a distanza di 6 mesi, in condizioni di perfetta salute, si è eseguito l'estrazione del proiettile con esito felice. La guarigione permane ormai da 2 anni.

OSSERVAZIONE II. — B. Agostino, anni 55, da Castelmaggiore (Bologna).

Nulla nell'anamnesi personale e familiare. La malattia ha avuto inizio sei settimane prima di entrare in clinica. Dopo otto giorni di malessere

scritte cure sedative per la tosse. Nelle due settimane successive la febbre si mantenne sempre alta, alla sera, con lievi remissioni mattutine. Il dolore all'emittoce era sempre presente, e gli accessi di tosse persistenti. Qualche giorno prima di entrare in Clinica comparvero anche dolori retrostenali e all'epigastrio. Nel reparto medico dove fu ricoverato, gli fu praticata una puntura esplorativa alla base dell'emittoce sinistro, colla quale si estrasse una quantità considerevole di pus denso, fetidissimo, che all'esame aveva rivelato parecchi elementi cellulari polinucleati in via di disfacimento, con ricchissima flora batterica, composta in prevalenza da forme bacillari lunghe, gram negative. Leucocitosi 20.000.

La sezione medica lo passa di urgenza nella nostra Clinica. All'ingresso le condizioni generali sono oltremodo gravi; febbre alta (39°), spiccata cianosi, polso piccolo, frequentissimo, adinamia profonda (non riesce a stare eretto sul tronco).

Esame obiettivo. - Respirazione obliqua con minore espansione all'emittoce sinistro, dove si

riscontra alla palpazione forte diminuzione del fremito vocale tattile nella metà inferiore.

Alla percussione si ha netta ipofonesi, specie sulla settima fra l'ascellare posteriore e la paravertebrale. Si ode inoltre un respiro soffiante, in certi momenti anforico, accompagnato da rantoli a piccole e medie bolle. La espettorazione non è molto abbondante, sempre di odore ripugnante, e lasciata a sè si divide nettamente in

nauseabondo. Pleurotomia. Fuoruscita di un enorme quantità di materiale grigiastro, fetidissimo. Allargando la breccia, si riesce ad introdurre un dito, col quale si percepisce una grande sacca pleurica, che si prolunga con tratti anfrattuosi nel parenchima. Questo reperto ci conferma l'ipotesi dell'ascesso polmonare comunicante, ampiamente colla pleura. Si applica un grosso tubo di gomma sul fondo della

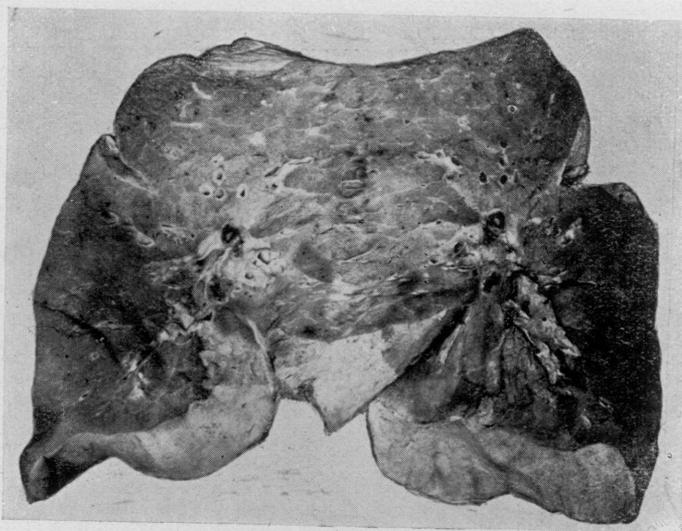


Fig. 5.

tre strati. L'esame del bacillo di Koch è negativo.

Esame radiologico (fig. 3). - Opacità della metà inferiore del campo polmonare sinistro che si sfuma verso l'alto. In essa è evidente una immagine idroaerea, basilare, a sede posteriore. Campo polmonare destro normale. Si pone la diagnosi di ascesso cancrenoso basilare a sede posteriore; per i dati radiologici e semeiotici si pensa a un concomitante versamento pleurico.

Il giorno dopo all'entrata lo stato del paziente si era fatto preoccupante: condizioni ultragravi. Si è esitanti sulla decisione dell'intervento; che si finisce di eseguire poi, alla presenza del Direttore dell'Istituto Medico che l'aveva avuto in osservazione.

Reperito operatorio (prof. PAOLUCCI). - Anestesia locale alla novocaina. Sul segno fissato dal radiologo per la sede, si pratica la resezione della settima costola fra l'ascellare posteriore e la paravertebrale. Colla palpazione si avverte sulla pleura una zona dura, dalla quale, con un ago da puntura esplorativa, si estrae pus denso,

cavità e garza gomenolata tutto all'intorno.

Nei giorni successivi all'intervento le condizioni, già gravissime prima, sono andate ulteriormente peggiorando; dispnea intensissima, cianosi, polso filiforme, ecc.

Le medicazioni eseguite con molta difficoltà, per la mancanza completa delle forze, ci hanno fatto osservare nei giorni successivi, che l'enorme sacca descritta nel reperto operatorio si estendeva, sia in basso che in alto, a tutto l'ambito pleurico, con nessuna barriera aderenziale. Le sue pareti apparivano grigiastre, coperte da cenci necrotici nerastri, e in un punto si scorgeva una apertura crateriforme circondata da tessuto polmonare in pieno sfacelo.

Il decesso è avvenuto dopo 6 giorni dall'intervento.

Autopsia. - Enorme focolaio congenoso nel lobo inferiore sinistro (fig. 4), con ampia cavità ripiena di pus cremoso, giallo verdastro, con infiltrazione purulenta delle pareti. In mezzo a stracci di tessuto cangrenoso si scorge la presenza di un corpo estraneo della dimensione di un bottone, ovalare, sfrangiato in qualche punto,

che ad un esame accurato si rivela un grosso seme di zucca. Tutto all'intorno alla sacca si vedono estese zone d'infiltrazione putrida con piccole cavità ripiene di liquido icoroso.

OSSERVAZIONE III. — M. Augusto, anni 53, da Anzola (Bologna).

Nulla nell'anamnesi familiare e personale. La malattia ha avuto inizio venti giorni prima di entrare in clinica. Improvvisamente, in pieno

generali erano estremamente gravi. L'ammalato non si reggeva sul tronco e appariva fortemente cianotico.

Esame obbiettivo. - Forte ottusità su due terzi dell'emitorace destro, con diminuzione del fremito vocale tattile; diminuita espansione di tutto l'emitorace. Alla ascoltazione si avvertono rantoli a piccole e medie bolle. Campo polmonare sinistro pressochè normale.

L'intervento non viene eseguito per la gravi-

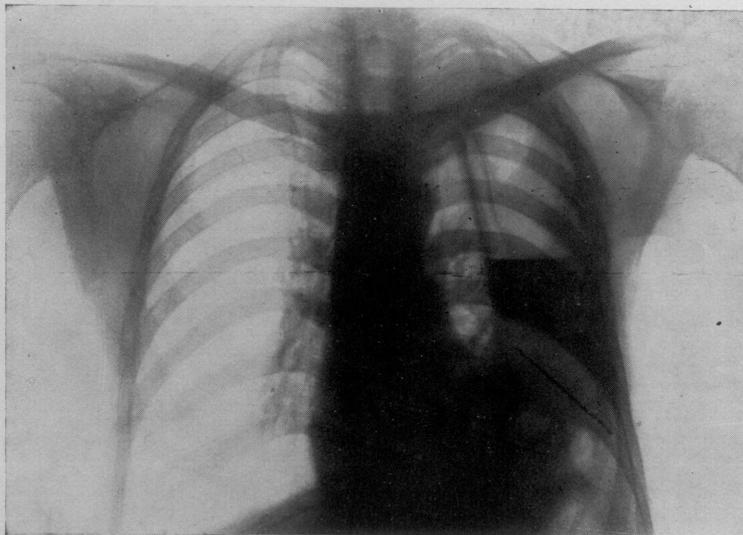


Fig. 6.

benessere, è stato colto da cefalea e febbre alta, senza brivido, duratagli otto giorni. La febbre si abbassava dopo l'emissione di abbondante escreato, emissione che si presentava ogni due o tre giorni e coincideva colla caduta della febbre.

Esame radiologico all'ingresso. - Addensamento della base polmonare destra con una zona ovale di maggiore trasparenza sopradiaframmatica. Le condizioni generali sono discrete. Per la comparsa di una grave emotisi viene inviato in reparto medico per le relative cure; in considerazione anche dell'inizio recente (venti giorni) della malattia.

L'espettorato purulento, fetido, con febbre, si è mantenuto per tutto il periodo di degenza nella sezione medica. Sono state tentate tutte le cure medicamentose. Viene ripassato nella nostra clinica per il comparire di una nuova fenomenologia, cioè: dolore puntorio violento, improvviso, all'emitorace destro con rialzo termico a 40°, dispnea, cianosi, polso piccolo frequentissimo. Al momento del reingresso le condizioni

del caso. L'ammalato era in condizioni tali da non potere essere nemmeno esaminato radiologicamente. Il giorno dopo dell'entrata si è avuto il decesso.

Autopsia. - All'esame dell'apparato bronchiale si riscontra: mucosa arrossata ricoperta da essudato di tipo icoroso. A cavaliere dello sprone di biforcazione del bronco di destra si osservano alcune piccole perdite di sostanza con margini necrotici (circa tre-quattro centimetri) nei quali si impianta un osso (verosimilmente di pollo).

Seguendo le diramazioni bronchiali medesime si nota come una di esse (a circa cinque centimetri dal punto predetto), immetta in una cavità situata nel lobo inferiore (fig. 5) posteriormente, ed in parte sottopleurica circoscritta da una membrana dello spessore di circa un millimetro e avvolta all'esterno da parenchima polmonare addensato, di colorito grigio ardesiaco. Detta cavità presenta all'incirca le dimensioni di un grosso arancio, e contiene un liquame nerastro di odore acre e pungente (puzzo di carogna)

commisto a coaguli sanguigni e a blocchi necrotici di tessuto. Oltre ad aprirsi in una diramazione bronchiale, a mezzo di una larga apertura rotondeggiante del diametro di circa due centimetri, la sacca ascensuale comunica con la cavità pleurica, la quale, ad eccezione dell'apice e della base, presenta lasse aderenze ed è ripiena di liquame icoroso (due litri circa).

CONSIDERAZIONI

La nostra scuola è d'accordo con tutti quelli che sostengono l'opportunità di asportare al più presto qualsiasi corpo estraneo arrivato nel parenchima polmonare. Ricorre alla pneumotomia quando la via bronchiale non è attuabile. Nei casi poi in cui, in seguito all'elemento estraneo, è insorta una lesione suppurativa che domina per se stessa il quadro broncopolmonare, e non è possibile in una unica seduta estrarre il corpo estraneo e aggredire la raccolta purulenta (perchè lontani uno dall'altro), interviene prima su questa, rimandando l'asportazione del corpo estraneo, condizioni permettenti, in un secondo tempo (caso I). Nei casi in cui esso è situato nell'interno della cavità ascensuale, o a diretto contatto colla stessa, (caso II e IV) con un'unica operazione, si è eliminato e il corpo estraneo e la raccolta purulenta.

Quando le pleure non sono validamente adese, oppure il punto della lesione suppurativa è molto profondo, ed esiste un ampio tratto di tessuto sano intermedio, si ricorre al piombaggio extrapleurico alla Sauerbruch; allo scopo di ottenere in un caso la saldatura dei foglietti pleurici, nell'altro si favorisce, o comunque affrettare la pariealizzazione del focolaio purulento (caso I). Nella evenienza di corpo estraneo senza processo suppurativo (caso III) può essere sufficiente un'unica operazione, sempre però che il corpo non sia centrale o non intervenga emorragie cospicue o altri fatti generali non permettenti (shock,

deliqui, deficienze cardiache) nei quali casi si dovrà ricorrere a più sedute. Nei casi con infezione del cavo pleurico o di ascessi cangrenosi estensivi, sepsi generalizzata, l'intervento chirurgico oltre a non essere quasi mai unico, sarà uniformato alle particolari condizioni della lesione (sede, tipo, complicazioni ecc. ecc.). Da una semplice pleurotomia, si potrà arrivare a pneumotomie multiple, o a resezioni parziali, ecc. ecc. Nei casi di suppurazione polmonare da corpo estraneo non diagnosticato (casi IV, V, VI) il tentativo chirurgico sarà per lo più incompleto e raramente efficace. Incompleto perchè si interviene quasi sempre tardi, e solo per aggredire la cavità ascensuale, non sospettando la presenza dell'elemento estraneo (spesso non vicino al focolaio), causa di vaste e irrimediabili lesioni suppurative. Raramente efficace perchè è rara l'evenienza di poter arrivare presto sulla sacca purulenta e nel contempo di aver la possibilità dell'eliminazione spontanea del corpo estraneo, attraverso alla breccia chirurgica, quando esso fosse nell'interno della cavità stessa (caso IV). A diagnosi fatta con corpo estraneo penetrato nei bronchi, da poco tempo, si pratica la broncoscopia. Questo mezzo, se usato precocemente, prima che l'elemento sia arrivato in profondità, o abbia provocato lesioni nel tessuto polmonare, può dare dei buoni risultati. In nessuno dei nostri tre casi di ascesso bronco-geno per corpo estraneo, è stata eseguita; essi, come si è detto, erano passati del tutto inosservati e la diagnosi non fu possibile neppure coll'esame radiologico (fig. 3).

Erano sostanze non radiopache o che avevano dato una opacità non differenziabile da quella delle suppurazioni polmonari.

WILLIAM, SCHOTT, hanno riportato numerosi successi colla broncoscopia alta o bassa, secondo i casi, seguita dall'inferio-

re coll'aiuto di strumenti di presa.

Quando la via naturale è impossibile, oppure il corpo estraneo non fu diagnosticato, o si è già arrivati all'ascesso polmonare, l'intervento per la via toracica, come abbiamo sopra accennato, rappresenta l'unico elemento di speranza per risolvere o comunque dominare l'infiltrazione purulenta e le inevitabili complicazioni ad essa legate (ascesso cangrenoso, emoptoe, bronchiectasie). Purtroppo molte volte l'ammalato arriva al chirurgo quando le lesioni sono già estese, o si ha la compromissione del cavo pleurico, e il tentativo chirurgico non sempre è seguito dal successo (caso V).

Si ritiene ormai erroneo che un corpo estraneo possa rimanere a lungo nella compagine polmonare senza dare nessuna complicazione (sia pure tardiva), come è da rigettare la convinzione che si debba sempre aspettare, anche nei casi aggredibili, e intervenire unicamente quando sono comparse le complicazioni secondarie al corpo estraneo (formazione dell'ascesso, diffusione, empiema putrido, ecc.). Il successo chirurgico nei nostri casi (4 guariti su 5; il 6° non operato), viene a confermare l'opportunità dell'intervento precoce, condiviso poi da molti Autori, che hanno riportato, seguendo questa direttiva, ottimi risultati.

RIASSUNTO

L'A. descrive sei casi di corpi estranei nel polmone. Tre penetrati attraverso i bronchi, tre attraverso la parete toracica. Mette in rilievo la possibilità che un corpo estraneo possa arrivare qualche volta ai bronchi senza dare una fenomenologia clinica che ne rilevi il suo passaggio. Descrive i pericoli legati alla presenza dell'elemento estraneo nella compagine polmonare, alla conseguenza in ascesso, specie per quelli arrivati al parenchima per via bronchiale. Condivide l'opinione dei più, che qualsiasi corpo estraneo diagnosticato debba essere asportato, quando è possibile, al più presto, senza aspettare l'insorgenza della suppurazione. Nei casi d'ascesso polmonare provocato dal corpo estraneo a distanza, sorge il dubbio se intervenire prima sul focolaio purulento o asportare il corpo estraneo e poi aggredire l'ascesso.

BIBLIOGRAFIA

- PAOLUCCI R. - Suppurazioni polmonari. Relazione al XLV Congr. Ital. di Chir. Roma, 1938.
- KINDBERG L. e ROBERT MONOD - *Le abcès du Poumon*, 1932.
- BORST M. - *Istologia Patologica*, 1931.
- SERGENT E. - *Le Abcès pulmonaires de deglutition. Paris Medicales*, 1934.
- MAUGES W. - Alterazioni del tessuto polmonare da presenza di corpi estranei. *Journ. of Ann. Med.*, anno 1926.
- RICCIOLI E. - Ascesso del polmone « ab ingestis », con estrinsecazione trans parietale. *Po-liclinico, Sez. Pratica*, 1928.
- RONFINI G. - Ascesso del polmone da corpo estraneo. *Ospedale Maggiore*, 1932.
- CAMERONS HAIGT - Aspirazione intratracheale nelle complicazioni polmonari post-operatorie. *Ann. of. Surg.*, 1938.
- MENKOFH - Acute putrid abscess of the lung. *Surgery Ostet.*, 1936.
- SAUERBRUCH - *Chirurgie der Brutorgane*, 1920.
- — Les suppurations pulmonaires. *Deut. Zeit. für Chir.*, 1926.
- ABLEN - Etiology of abscess of the lung. *Arch. Surg.*, 1928.
- SERGENT E. et BORDET - Le abcès putrides ou gangrèneux du poumon d'origine naso buccopharyngée. *Journ. méd française*, 1926.
- BERNARD et SOULAS - Considerations sur les corps étrangers méconnus intrabronchiques

- et sur le traitement par la broncoscopie des suppurations broncho pulmonaires. *La Vie Méd.*, 1930.
- FLANDIN, RAMADIER, SOULAS et WELL - Corps étrangers insoupçonné de le bronche droite chez une adulte. *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1928.
- PARROCEL - Corps étrangers pulmonaires suppuration. *Marseille Méd.*, 1928.
- GRIZEZ - Abscès du poumon consecutifs à des corps étrangers latents des voies aériennes. *Soc. de Médecine de Paris*, 1931.
- BOUGET et LEMARIEY - Étude pathogénique, clinique et thérapeutique des accidents respiratoires secondaires a un corps étrangers trachéobronchiques. *Arch. Med. Chir. App. resp.* IV, n. 5, 1929.
- MOLARE A. - Cura delle suppurazioni polmonari da corpo estraneo per le vie naturali col metodo broncoscopia. *Bollettino e Memorie della Società Piemontese di Chirurgia*, 1931.
- NISSEN et MIDDELDOPF - A propos de si abcès du poumon par corps étrangers. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1928.
- REICHE - Gangrene pulmonaire d'origine traumatique for aspication de corps etourger. *Med. Klin.*, 1931.



60501





