

2783

OSPEDALE SANATORIALE DI GENOVA DELL'IN.F.P.S.
DIRETTORE: PROF. LUIGI SIVORI

Prof. SANDRO LUIGI GIBELLI

Consulente O. R. L.

LA TRACHEOLARINGOSTOMIA NELLA TUBERCOLOSI LARINGEA

NOTA CLINICA

ESTRATTO DA «LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI»
ANNO XI - NUMERO 6 - GIUGNO 1940-XVIII

Muse B
64
50



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA

OSPEDALE SANATORIALE DI GENOVA DELL'I.N.F.P.S.
DIRETTORE: PROF. LUIGI SIVORI

Prof. SANDRO LUIGI GIBELLI

Consulente O. R. L.

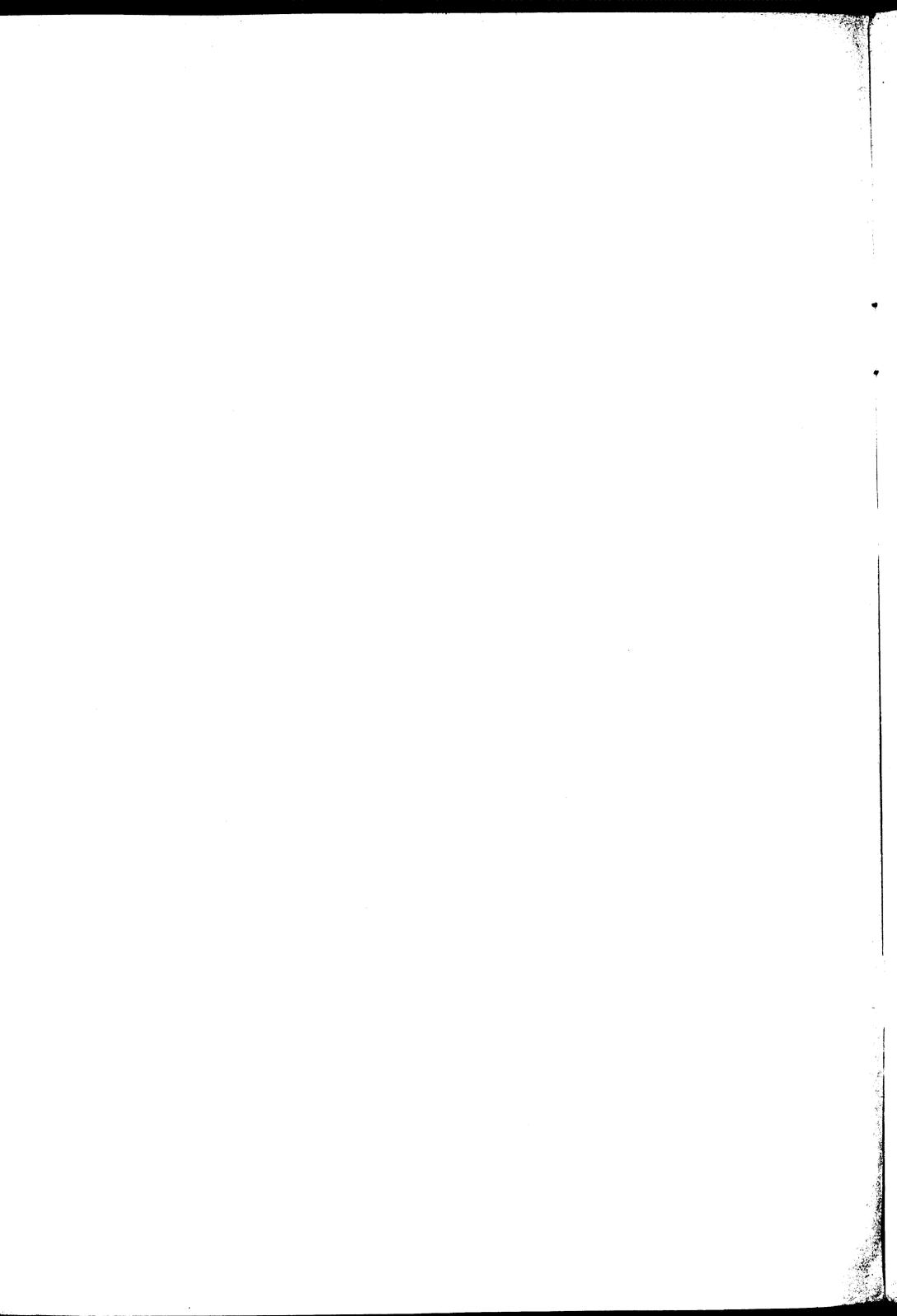
LA TRACHEOLARINGOSTOMIA NELLA TUBERCOLOSI LARINGEA

NOTA CLINICA

ESTRATTO DA « LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI »
ANNO XI - NUMERO 6 - GIUGNO 1940-XVIII



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



La esochirurgia del laringe (*laryngectomy, tirotomia, laringostomia*) nella tubercolosi di quest'organo è oggi sconsigliata e pressochè abbandonata.

La *laryngectomy* praticata da HOFFMANN (1887), da GLUK (1908) che su 12 interventi avrebbe ottenuto 11 guarigioni (!) e da SARGNON (chirurghi audaci ma poco pensosi della vita del malato - MOURE) è ricordata a solo titolo storico.

La *tirotomia* seguita dal trattamento a cielo aperto delle lesioni ebbe parecchi fautori.

PIENACZEK (1893) la consigliò nei tracheotomizzati per dispnea e con lesioni specifiche che potevano essere asportate *in toto* (due operati: due esiti letali).

GORIS (1904) ha segnalato cinque tirotomizzati con una guarigione e 4 morti per tubercolosi galoppante.

HANSBERG (1905) su tre operati avrebbe ottenuto tre guarigioni.

BARWELL (1908) colla laringofissura e il raschiamento e la cauterizzazione coll'acido lattico delle lesioni ha guarito un ammalato in cinque mesi.

Secondo GLUK gli insuccessi della tirotomia sono dovuti a insufficiente selezione dei casi e a tecnica difettosa chè essa è indicata quando la laringopatia decorre cronicamente, quando le ulcerazioni cedono il passo a delle forme pseudotumorali e vegetanti che non è possibile sopprimere attraverso le vie naturali e quando il processo tubercolare invade e necrosa le cartilagini e provoca degli ascessi; GLUK fa una vera *xenteratio* del laringe e opera senza tracheotomia preventiva.

COLLET (1912) dice che « la tirotomia va tentata in tutti i casi nei quali si è stati obbligati a

tracheotomizzare, soprattutto se le lesioni laringee sono circoscritte e, presumibilmente, estirpabili *in toto*, se lo stato generale è buono, se i fatti polmonari sono poco estesi o a evoluzione torbida; va consigliata fermamente nei tracheotomizzati che non possono essere decanulati ».

Ma il tempo e l'esperienza sono stati sfavorevoli anche a questo intervento.

Si è obiettato che molto frequentemente gli ammalati non sopportano lo choc operatorio, che più volte la ferita, infettata dall'escreto bacillifero, si tubercolizza, e « che la setticemia bacillare è la conseguenza pressochè fatale della tirotomia - CABOCHE, 1927 ».

Della *laringostomia* nella tubercolosi laringea quasi non si parla nei testi e nelle monografie o se ne accenna vagamente per ripudiarla.

CANUYT però nel suo recentissimo trattato sulle malattie del laringe non è di questo avviso e scrive che « in casi bene scelti la laringostomia può avere le sue indicazioni ».

A conferma egli illustra due ammalati dei quali riporto brevemente la storia:

1) Una suora con segni clinici, radiologici e bacteriologici di tubercolosi polmonare presenta una laringite specifica a forma stenosante con anchilosi crico-aritenoidea.

Tracheotomizzata nel maggio 1923, è operata di tracheo-laringostomia nel 1928.

Dal febbraio 1928 al maggio 1929 è trattata colla diatermo-coagulazione per distruggere il tessuto fibroso che ostruisce il lume laringeo e colle dilatazioni a mezzo del rullo di garza.

L'ammalata è guarita dal 1929 e tale si mantiene nel 1938.

2) Una signorina di 27 anni con tubercolosi polmonare fibro-nodulare e tubercolosi laringea è curata con delle sedute di galvanocaustica a

seguito delle quali le corde vocali e le bande ventricolari si saldano e si riuniscono in un blocco fibroso stenosante.

Il 17 ottobre 1936 tracheotomia e il 30 stesso mese tracheo-laringostomia con ablazione di tessuto cicatriziale; in proseguo diatermo-coagulazione e dilatazioni progressive.

Nel giugno 1937 l'ammalata è giudicata guarita ma nel 1938, sebbene le condizioni laringee si mantenessero soddisfacenti, essa ha una ripresa di tubercolosi polmonare bilaterale.

* * *

La mancanza di documentazione bibliografica sulla tracheo-laringostomia nella tubercolosi laringea e il giudizio di CANUYT in proposito mi invogliano a portare il contributo di due casi personali.

Caso 1°. — P. Pierina, nata a Genova il 9 maggio 1907, nubile, operaia.

Il 3 dicembre 1935 entra in ospedale sanatoriale di Genova con diagnosi di infezione tbc. e broncopolmonite distruttiva bilaterale prevalente a sinistra.

Il 30 giugno 1936 l'a. si presenta alla visita laringoiatrica accusando abbassamento di voce e un dolore alla deglutizione che essa localizza a livello del margine superiore dell'ala tiroidea destra.

Colla laringoscopia si nota un voluminoso granuloma ulcerato dello spazio meso-aritenoideo, una modica infiltrazione dell'aritenoidoide destra, un lieve arrossamento delle corde vocali.

Prescrivo atomizzazioni laringee con liquido di Mermod e il 28 luglio 1936 faccio, coll'ansa galvanocautica a punta, tre profonde infissioni nel granuloma.

Nei giorni che seguono si ha la scomparsa della odinfagia e una rapida riduzione del granuloma.

Le cose vanno bene fino al 15 agosto 1936 quando si manifesta una certa difficoltà respiratoria.

Colla endoscopia noto un modico edema delle aritenoidi e una limitazione dei movimenti di abduzione delle corde vocali. Prescrivo riposo vocale assoluto, degenza a letto in posizione seduta, corona di ghiaccio al collo, polverizzazioni laringee decongestionanti, ghiaccio per bocca, cibi semiliquidi e freddi, purganti salini.

Il 28 agosto stesso anno la situazione peggiora rapidamente con segni di grave stenosi laringea causata da notevolissimo aumento dell'edema aritenoideo e da fissazione delle corde vocali sulla linea mediana.

Seduta stante faccio una tracheotomia superiore.

Il decorso post-operatorio è normale e si ha anche una lenta e progressiva diminuzione dell'edema aritenoideo, ma la motilità delle corde non si modifica.

Persistendo questo fatto e nell'impossibilità quindi

di decanulare, il 6 febbraio 1937 pratico una tracheo-laringostomia e inizio delle dilatazioni con rollo di garza.

Il 22 maggio 1937 le aritenoidi hanno ripreso un aspetto e un volume quasi normale e il laringostoma è ampio. Sospendo allora le dilatazioni, tolgo la canula e applico una placca di caucciù fornita di un tappo centrale che si modella e incassa nella stomia chiudendola.

Nel tempo che segue la corda vocale sinistra riprende qualche movimento, non così quella destra.

Il 17 luglio 1937 levo l'apparecchio e mantengo chiuso il laringostoma con medicatura a piatto per controllare se la ottenuta posizione di distanziamento delle due lamine tiroidee non sarà per modificarsi.

Poichè la prova è favorevole, il 4 ottobre 1937 chiudo il laringostoma con autoplastica.

Il 26 marzo 1938 l'a. è dimessa per stabilizzazione dei fatti polmonari con un aumento di peso di kg. 18,200 da quello dell'ingresso, con persistenza di immobilità della corda vocale destra e con movimenti limitati di quella sinistra e tuttavia con apertura glottica ampia ma disposta in senso opposto al normale, cioè la base in avanti e l'apice tronco in addietro.

L'11 marzo 1940 ho rivisto l'a. che ha ripreso in pieno le sue occupazioni e gode ottima salute (vedi fig. 1).

Alla laringoscopia non esistono tracce del granuloma cauterizzato; le aritenoidi sono di colorito e volume normale e non si osservano lesioni specifiche nelle altre parti dell'organo; i movimenti di adduzione e abduzione della corda vocale destra sono ritornati quasi normali, quelli della sinistra invece persistono torbidi; l'attacco anteriore delle corde è sempre distanziato.

Caso 2°. — V. Giuseppe, nato ad Alessandria il 1891, celibe, invalido di guerra.

Il 28 giugno 1934 entra al Padiglione 13° degli Ospedali civili di Genova portatore di canula tracheale e con diagnosi di stenosi laringea e di tubercolosi polmonare nodulare in soggetto con bronchite bronchiectasica.

Dice l'ammalato che un mese prima, colto improvvisamente da febbre, mal di gola e grave difficoltà respiratoria, era stato portato di urgenza al pronto soccorso e quivi subito tracheotomizzato.

L'ammalato è apiretico, in buone condizioni generali ma con espettorazione abbondantissima.

L'ispezione e la palpazione del collo e del condotto laringo-tracheale sono negative.

Alla laringoscopia si osserva una modica infiltrazione delle aritenoidi ma è difficile stabilire lo stato endocavitario dell'organo il cui lume è fortemente ristretto e ingombro di abbondante secrezione muco-purulenta.

Col sondaggio endolaringeo si sente come dell'osso scabro sulla parete posteriore e si provoca fuoriuscita di pus e sangue.



FIG. 1.

La ricerca del bacillo di Koch nell'espettorato è positiva.

La sieroreazione di Wassermann, Kan, Meinicke è negativa.

Il 18 luglio 1934 in anestesia locale faccio una tracheolaringostomia.

L'introduzione della forbice per aprire il laringe è resa malagevole dalla stenosi; divaricate le pareti, la cavità appare occupata da zone di tessuto fibroso e da granulazioni, specie sulla parete posteriore. Escido questo tessuto, asporto le granulazioni e al disotto di esse estraggo un grosso sequestro largo, appiattito e riferibile al castone cricoideo chè in questo punto la parete si mostra molle, depressibile e priva di sostegno. Col cucchiaio maneggiato dolcemente tolgo altri tre piccoli sequestri. Zaffo il lume laringeo con il rolo di garza e con questo procedimento inizio poi le dilatazioni.

Esse sono alquanto laboriose perchè l'a. ha frequenti colpi di tosse e innonda la parte di espettorato. La calibratura del lume si compie lentamente ma tuttavia regolarmente (v. fig. 2).

Nel febbraio 1935 sospendo la cura dilatatoria e chiudo il laringostoma con apparecchio di protesi in attesa della plastica; ma le condizioni dell'a., che fino

ai primi di aprile erano state buone, cominciano a scadere, si ha riattivazione dei fatti polmonari e l'ammalato muore nel giugno stesso anno.

La laringostomia è in genere usata nelle stenosi gravi post-traumatiche, nelle stenosi infiammatorie croniche, nelle stenosi condrali, luetiche, in quelle da decubito degli intubati e dei portatori di canula. In simili casi l'operazione mira a sopprimere il tessuto cicatriziale, a mantenere aperta l'apertura artificiale del laringe, a calibrarne il lume colla dilatazione e a chiudere la stomia con plastica appropriata quando la permeabilità laringo-tracheale è stata ristabilita.

Nel secondo caso ho eseguito la tracheo-laringostomia con questo scopo perchè qui si trattava di una pericondrite specifica della cricoide con necrosi e sequestrazione di cartilagine e neoproduzioni connettivali, ma nel primo il criterio è stato tutto differente.

In esso, infatti, non si dovevano asportare dei

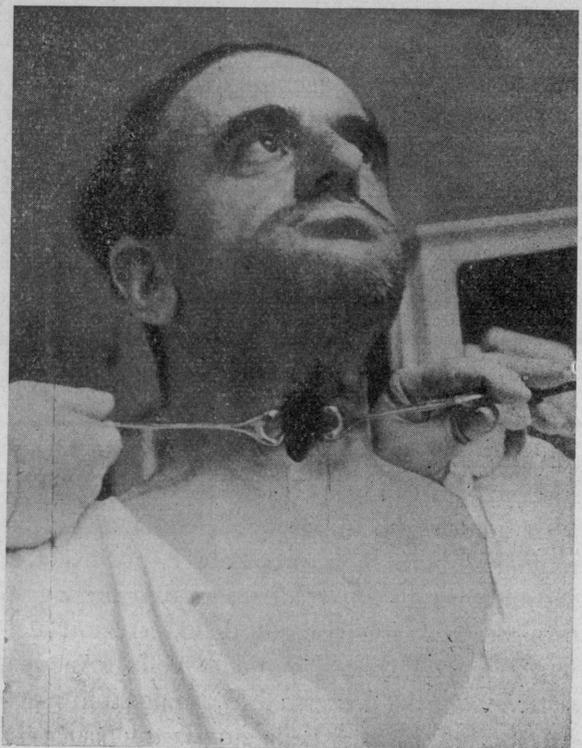


FIG. 2.

sequestri o del tessuto cicatriziale, ma bisognava dare lume alla glottide chiusa per effetto di una anchilosi crico-aritenoidea che realizza una interruzione di canalizzazione paragonabile a

quella che segue alla paralisi bilaterale dei postici.

In queste condizioni dubitando del ripristino della cinesi delle articolazioni crico-aritenoidee ho pensato di creare una apertura glottica statica, ma sufficiente ai bisogni vitali dividendo e allontanando l'inserzione anteriore delle corde. Le dilatazioni dunque non hanno qui avuto lo scopo di ricalibrare il lume laringeo ma di spostare e di mantenere in posizione laterale le lamine della tiroide forzando contro i bordi della stomia.

Ottenuto uno spostamento laterale sufficiente ho sospeso le dilatazioni e ho applicato l'apparecchio di protesi già descritto al fine di impedire il riavvicinamento dei bordi della stomia.

Collaudata, con un periodo di prova senza apparecchio, l'inamovibilità della posizione imposta alle lamine tiroidee ho eseguito la plastica col risultato di una glottide ampia ma statica, di forma triangolare ma disposta in senso opposto al normale, colla base in avanti, cioè, e l'apice in addietro.

Questa particolare tecnica dilatatoria che mi ha già dato dei risultati funzionali perfetti e duraturi nella paralisi bilaterale dei postici (GIBELLI: *Stenosi paralitiche della laringe trattate colla laringostomia*. « Il Valsalva », 1934) è stata coronata da brillante successo anche in questo caso di anchilosi crico-aritenoidea di origine tubercolare.

* * *

Sappiamo i danni della respirazione tracheale sull'apparato polmonare in genere e quelli ancora maggiori su un polmone tubercoloso.

In questo caso all'azione deleteria dell'inspirazione di aria non preparata e purificata si aggiungono gli effetti di un cattivo drenaggio broncopolmonare (ristagno delle secrezioni nelle vie aeree inferiori, aumento della tossiemia, riattivazione del processo tbc.) e la possibilità della tubercolizzazione della stomia tracheale.

Si potrebbe obiettare che qualche volta la tracheotomia ha invece migliorato l'ematosi e la nutrizione generale e ha fatto anche retrocedere le lesioni laringee tanto da essere stata proposta, all'infuori di una dispnea minacciate, come mezzo terapeutico sistematico allo scopo di met-

tere il laringe in riposo e di favorirne quindi la guarigione (BRYANT, BEVERLEY, MORITZ SCHMIDT, KRAUSE, ecc.).

Ma i fatti hanno dimostrato che la tracheotomia imposta dalla stenosi ha sì guarito o migliorato qualche ammalato, ma ha peggiorato la maggior parte di essi e che la così detta tracheotomia curativa conduce quasi sempre a dei gravi disastri.

In presenza di uno specifico portatore di canula tracheale noi dobbiamo preoccuparci di una situazione a scadenza, più o meno lunga ma, certa. In questi casi se l'ostacolo a monte è altrimenti inamovibile, la tracheolaringostomia deve essere presa in seria considerazione.

I miei operati e quelli di CANUYT ne sono la prova.

Di essi, due (caso 1° di CANUYT e caso 1° di GIBELLI) si mantengono guariti da 9 a 3 anni, due hanno ceduto al risveglio dell'attività tubercolare polmonare, risveglio, con molta probabilità, indipendente dall'operazione subita (caso 2° di CANUYT e caso 2° di GIBELLI).

Nel mio secondo caso, infatti, le dilatazioni erano state sospese da circa tre mesi, il laringe era ricalibrato e guarito, la stomia era mantenuta chiusa dall'apparecchio di protesi in attesa dell'autoplastica, e la respirazione e l'espertazione si compivano lungo la continuità del tubo laringo-tracheale.

Nel secondo di CANUYT l'a. era considerata guarita dal giugno 1937 e solo nel 1938, ma con stato laringeo soddisfacente, essa ebbe una ripresa polmonare.

Da questi risultati non intendo trarre delle conclusioni assolute sul valore della tracheolaringostomia nella tubercolosi stenose dell'organo vocale, ma segnalare le possibilità di un intervento sconsigliato da quasi tutti gli AA.

Queste possibilità sono comandate da un giudizio clinico di insieme che tenga conto delle condizioni laringee, di quelle polmonari e di quelle dello stato generale.

In linea di massima io penso che la tracheolaringostomia sia indicata:

1) Nelle stenosi laringee da lesioni stabilizzate di origine tubercolare, che hanno necessitato la tracheotomia, che non sono trattabili per le

vie naturali e nelle quali non è possibile decanalare (stenosi cicatriziali tubulari, a diaframma; anchilosi crico-aritenoidea con corde in adduzione che data da più tempo; pericondriti con presenza di sequestri).

2) Quando le lesioni polmonari sono poco estese, non evolutive o poco evolutive (forme fibrose, forme fibro-caseose).

3) Negli ammalati in buone condizioni generali con curva del peso stabilizzata o in aumento, apiretici, non tachicardici, non ipotensi.

Seguendo queste norme il campo di azione della tracheolaringostomia nella tubercolosi laringea appare indubbiamente molto limitato ma per questo non bisogna scartare *a priori* e sistematicamente un atto operativo che in casi bene selezionati può rappresentare una riserva e una risorsa di grande importanza.

BIBLIOGRAFIA

- CABOCHE H.: *Indicazioni terapeutiche nella tubercolosi laringea*. Congresso della Società francese di otorinolaringologia. Parigi, ottobre, 1927. — CANUYT G.: *Le malattie del laringe*. Masson & C., Parigi, 1939. — CHEVALIER JACKSON: *Chirurgia della laringe*. O. Doin, Parigi, 1923. — COLLET F.: *La tubercolosi del laringe*. O. Doin, Parigi, 1913. — GIBELLI S.: *Stenosi parolitiche della laringe trattate colla laringostomia*. «Il Valsava», 1934. — ID.: *Peritropericondrite idiopatica tubercolare*. «Rassegna Italiana di otorinolaringologia», 1934. — MOURE E.: *Lezioni sulle malattie del laringe*. O. Doin, Parigi, 1889. — NICOLAI L.: *Tubercolosi laringea*. Tip. Gorlini, Milano, 1923. — PUGNAT A.: *La cura chirurgica della tubercolosi laringea - 18ª monografia otorinolaringologica internazionale*. «Les Presses Universitaires de France», Parigi, 1926. — TERRACOL J.: *L'apparato cartilagineo in otorinolaringologia - 23ª monografia otorinolaringologica internazionale*. «Les Presses Universitaires de France», Parigi, 1931.

RIASSUNTO. — L'A. segnala le possibilità e le indicazioni della tracheolaringostomia nelle stenosi laringee di origine tubercolare e illustra due casi da lui operati con guarigione che dura da tre anni in uno e con buoni risultati locali nell'altro.

~~338013~~

60520



