

ARCHIVIO ITALIANO
DI OTOLOGIA

RINOLOGIA E LARINGOLOGIA

FONDATO DAI PROFESSORI

E. DE ROSSI | **G. GRADENIGO**

in Roma

in Torino

E PUBBLICATO DAL

Professore G. GRADENIGO

Redattore-Capo Prof. GHERARDO FERRERI

Aiuto nella Clinica Oto-Rino-Laringologica di Roma.

Principali Collaboratori:

Dott. ARSLAN - Prof. AVOLEDO - Dott. BIAGGI - Dott. BONOMO - Dott. BRUNETTI
Dott. CALAMIDA - † Prof. CORRADI - Prof. COZZOLINO - Dott. DELLA VEDOVA
Dott. DE SIMONI - Prof. FARACI - Dott. GALETTI - Dott. GARBINI
Dott. GAVELLO - Prof. GERONZI - Dott. LABUS - Dott. MARTUSCELLI - † Dott. MARCHIAFAVA
Prof. MASINI - Prof. NICOLAI - Prof. NOVARO - Dott. OSTINO - Dott. NUVOLI
Prof. POLI - Dott. RICCI - Dott. RONCALLI - Dott. ROSATI - Dott. SECCHI
Dott. STRAZZA - Dott. VILLA.

**Carcinoma primitivo della laringe
e secondario dell'esofago**

Dottor **GIOVANNI SENDZIAK**
di Varsavia (Polonia).

ESTRATTO

dal vol. VIII, fasc. 4.

TORINO

STAMPERIA DELL'UNIONE TIPOGRAFICO-EDITRICE

33, Via Carlo Alberto, 33

1899

1429306400

Dott. ERNESTO CHAMBARD

I MORFINOMANI

STUDIO CLINICO, MEDICO-LEGALE TERAPEUTICO

Traduzione del Dottor GIOVANELLI GIOVANNI

(Estratto dal Giornale *Il Diritto* del 29 maggio 1895).

È questo il titolo di un libro parecchio melanconico, e certo non raccomandabile agli ipocondriaci, nè a chiunque abbia già colma la misura dei fastidii che rendono pesante l'esistenza. Ma è un libro eccellente per due classi ben distinte di persone: classe prima: quella dei dottori, i quali per malintesa compassione, o — quel ch'è peggio — per leggerezza, ricorrono all'uso della morfina per procurare un transitorio sollievo ai loro ammalati; classe seconda: i disgraziati che per dimenticare o per rendere più tollerabili le loro sofferenze si abituano poco a poco alla morfina di cui finiscono per avere il bisogno assoluto, mentre la soddisfazione di questo bisogno li trae inevitabilmente, inesorabilmente all'abbruttimento, alla cachessia, alla morte, quando non li ha prima trascinati, per qualche monomania, per qualche disordine psichico fatale, al delitto che costringe la società a ritirarli in un manicomio penale.

In Italia, questa terra benedetta dalla natura e così tormentata dall'umana cupidigia, in Italia, fortunatamente, il numero delle persone cui possa interessare il libro — dotto e severo — del CHAMBARD, è ancora molto circoscritto. Siano le condizioni privilegiate del nostro bel suolo, le quali poco si conciliano col disgusto della vita reale, o sia virtù vera dei suoi abitanti, i morfinomani ed anche i morfinisti sono tuttora rari fra noi. Mancano statistiche apposite, a cui si possano attingere cifre sicure, ma dallo studio attento dell'ambiente si può con sicurezza venire all'affermazione che siamo ben lontani ancora dai Circoli morfinomani e dalle aberrazioni cagionate dalla morfina, per esempio, in Francia, e più specialmente a Parigi, dove c'è un po' di tutto, e perciò anche questo veleno fine di secolo, il quale vi ha trovato i suoi cultori ardenti e i suoi templi, precisamente come in Cina l'oppio, e.... in troppe altre regioni l'alcool, reso gradito ai palati più schizzinosi sotto le svariate forme dei liquori che hanno demolite e stanno demolendo tante personalità cospicue e per molti riguardi rispettabili.

Tuttavia il morfinismo, cioè il bisogno della morfina — e anche la morfinomania, cioè la passione della morfina — esiste anche fra noi. Anche

WVB 5449cp 1899/5

2-140648

Carcinoma primitivo della laringe e secondario dell'esofago

Dottor **GIOVANNI SENDZIAK**
di Varsavia (Polonia).

Un uomo dell'età di 51 anni, macchinista alle ferrovie, mi si presentò per consiglio il 10 febbraio del corrente anno.

Lamentava dolori alla gola durante la deglutizione specialmente degli alimenti solidi, raucedine, tosse, debolezza generale e dimagrimento. Il paziente diceva che questi sintomi esistevano da tre mesi, e prima di quell'epoca egli era sanissimo. Non malattie pregresse. Alcoolista.

Nell'anamnesi è notevole che il padre morì di tubercolosi polmonare.

L'ammalato nei primordi della sua malattia consultò due specialisti laringologi, i quali, a quanto pare, non furono completamente d'accordo sul carattere della malattia, e restarono dubbiosi se dovesse attribuirsi a tubercolosi oppure ad affezione cancerosa della laringe; come rimedio consigliarono l'uso interno di ioduro di potassio, che ebbe risultato negativo.

Esaminato l'ammalato, constatai:

Costituzione regolare, nutrizione cattiva.

A prima vista colpisce l'eccezionale colorazione della pelle del viso, colorazione ricordante un poco ciò che si osserva nella malattia d'Addison (Affezione delle glandule soprarenali).

Questa colorazione bronzina può essere conseguenza delle occupazioni dell'ammalato che lo obbligano ad esporsi di continuo alle intemperie atmosferiche, o dell'abuso di bevande alcoliche.

All'esame diretto osservo che la metà sinistra della laringe è quasi completamente immobile, ciò che dipende dall'estesa

ed ineguale infiltrazione nella regione della cartilagine arite-noidea, infiltrazione la quale si estende profondamente alla articolazione cricoarite-noidea, e alla superficie, occupando $\frac{2}{3}$ del legamento ari-epiglottico e anche la superficie faringea della parete posteriore della laringe, dal lato sinistro. Le altre parti della laringe non presentano modificazione alcuna, e neppure le altre parti degli organi respiratorii (naso, ecc.). Gli organi interni sono sani, solo mi parve che l'espiazione dell'apice del polmone destro fosse un poco prolungata. Il paziente tosse pochissimo, l'espettorazione è quasi nulla, ed all'esame microscopico non presenta nessun carattere che possa far supporre un'affezione grave dei polmoni, quindi nè microbi tubercolari, nè fibre elastiche, e nemmeno desquamazione dell'epitelio alveolare.

Consigliai all'ammalato internamente dell'arsenico, e localmente applicazione di fenolo sulfocianico (20 0/0) col pennello, e polverizzazione di dermatolo.

Con questo sistema di cura lo stato del paziente già dopo due settimane, tanto obbiettivamente quanto soggettivamente, cominciò a migliorare. La disfagia e la raucedine diminuirono molto distintamente, l'infiltrazione nella laringe divenne più superficiale e più localizzata, specialmente nella regione della cartilagine arite-noidea sinistra, più il movimento della corda vocale sinistra si era fatto marcatamente più libero.

Lo stato generale però, malgrado questo, non migliorò, dirò anzi peggiorò; cominciarono ad aggiungersi dei sintomi d'affezione di stomaco, nausea, eruttazioni, vomiti, mancanza assoluta d'appetito, e dimagrimento sempre più accusato.

Un medico, specialista per le malattie interne, al quale l'ammalato si rivolse onde avere consigli, gli ordinò la cura delle acque di Carlsbad, ma questa non influò menomamente sul miglioramento del suo stato.

Alla fine cominciarono a manifestarsi nuovi sintomi, i quali da questo momento furono i dominanti nel nostro ammaloato, e cioè: l'arresto degli alimenti nella località del processo xifoide con tendenza al regurgito di detti alimenti; però l'ammalato non soffriva dolori in questa località. Tale stato dura attualmente, aumentandosi fino al punto che l'ammalato all'infuori

di brodo, latte e altri alimenti liquidi, null'altro può inghiottire. Non desta quindi meraviglia se per questo, la nutrizione dell'ammalato, già così cattiva, cominciò a peggiorare in modo allarmante.

Un nuovo esame dimostra un restringimento dell'esofago, probabilmente nella regione del cardias. Dico probabilmente perchè mediante la « prova d' Hamburger », inghiottimento d'acqua e contemporanea ascoltazione in diversi punti, si ritiene risiedere questo restringimento nella regione dell'8° anello della colonna vertebrale, e cioè all'altezza del cardias; il sondaggio però diede risultati differenti.

La sonda inglese piegata, anche finissima, incontra un ostacolo nella parte inferiore dell'esofago, mentre quella terminata a pallottola e di maggiore calibro, soltanto ad una distanza di 43 centimetri dal dente incisivo incontra un ostacolo, contro il quale si ferma. Come è noto, se la sonda alla profondità di 40 centimetri del dente incisivo passa liberamente, questo prova che la sua estremità si trova già nello stomaco. Questi risultati contraddittori spiegano in certo modo anche le diverse opinioni dei due medici specialisti delle malattie di stomaco per quanto riguarda la località dove si trovava il restringimento; uno di essi pretendeva assolutamente che si trovasse nella località del cardias, ed avesse forma d'imbuto, mentre l'altro era più incline a credere ad un processo canceroso nello stomaco stesso. Devo aggiungere che s'incontra una certa resistenza nell'estrarre la sonda in corrispondenza al sito dell'infiltrazione laringea.

Attualmente resta dunque a decidere: 1° Con quale affezione abbiamo da fare nella laringe; 2° Dove si trova la sede della doppia affezione, nell'esofago oppure nello stomaco e di qual natura è il restringimento, e 3° quale relazione corre fra questi due processi.

Per quanto riguarda la prima domanda, devo prima di tutto dichiarare, che la risposta non è così facile, come si potrebbe crederlo a prima vista. L'affezione della laringe, come del resto succede frequentemente, questa volta pure non era così caratteristica, da poter far decidere *a priori* sull'esistenza di un dato processo infettivo.

I cambiamenti che si presentavano durante l'esame collo specchio potevano essere tanto di natura tubercolare, quanto sifilitica o cancerosa.

Per un probabile carattere tubercolare di questa affezione parlava la diatesi, come pure una leggera affezione della sommità del polmone destro.

L'esame però dell'espettorazione, come ho già accennato, non indicò alcun segno di questa malattia; del resto il corso successivo fu piuttosto contrario ad una simile supposizione.

La tosse cessò, e l'ammalato non espettorò più. Un secondo esame dei polmoni (fatto in presenza d'un medico delle malattie interne) non accusò alcuna accentuata differenza in ambedue gli apici polmonari.

Ad un carattere sifilitico accennavano però le cicatrici sospette che furono trovate sulla clavicola e sulla omoplata sinistra del paziente e che furono esaminate insieme ad un collega sifilologo. L'ammalato nega però recisamente di essere stato soggetto a simile infezione ed attribuisce le cicatrici suddette a scottature avute nell'infanzia.

Malgrado ciò, e malgrado pure la dose di ioduro di potassio amministrato precedentemente senza risultato, ordinammo a titolo di prova 24 frizioni (in dose di 0,02), in seguito alle quali però nessuna azione importante si manifestò nè sullo stato della laringe (che in quel momento era in corso di guarigione), nè nell'esofago, nè nello stomaco.

In presenza di ciò, la maggior probabilità, se si escludeva la tubercolosi, era quella della esistenza di una nuova formazione di carattere maligno. Cancro della laringe, in favore del quale accennavano, parlavano e la profondità del processo patologico (immobilità della corda vera sinistra) e, ciò che è più importante, la non dubbiosa infezione cancerosa dell'esofago. D'altra parte il decorso parla piuttosto contrariamente a questa supposizione.

Fa meraviglia che il processo canceroso della laringe, avendo come è noto¹, una continua tendenza a svilupparsi ed estendersi, non solo nel caso presente si limitò, ma cominciò pure a dimi-

¹ SENDZIAK, Die bösenartige Geschwülste des Kehlkopfes und ihre radicale Behandlung. Wiesbaden 1897.

nuire, mentre d'altra parte ancora più meravigliosa sarebbe la guarigione di un'infezione tubercolare della laringe e dei polmoni, in un individuo rovinato da infezione cancerosa dell'esofago.

Qui mi si potrà fare forse l'appunto, che non applicai, nel caso presente, il metodo più facile per riconoscere con precisione la malattia, asportando cioè un brano del neoplasma, onde sottoporlo all'esame microscopico. Devo dichiarare che già da bel principio quando pensai ottenere una guarigione radicale, mediante la resezione parziale della laringe, ebbi l'idea di effettuare questa operazione.

In presenza però del sollecito miglioramento abbandonai quest'idea, credendo questa operazione inutile, e forse anche pericolosa; quantunque succeda raramente essa può essere causa di un più sollecito sviluppo del processo canceroso (caso Newmann).

Il principio *primum non nocere* mi ritenne dall'impiegare questo, malgrado tutto, prezioso metodo diagnostico.

Per quanto riguarda il secondo punto, cioè dove si trovava la sede del processo patologico secondario sia nell'esofago e precisamente al suo estremo inferiore (cardias), sia nello stomaco, pare che la prima supposizione sia la più probabile; si deve quindi supporre un restringimento a forma d'imbuto abbracciante l'ultima estremità dell'esofago, forse lungo in modo anormale.

Per quanto riguarda il carattere del restringimento pare che non vi sia alcun dubbio che si ha da fare con un processo canceroso.

Resta quindi da esaminare il terzo punto, cioè in qual rapporto si trovano fra di loro ambedue i processi infettivi, se l'affezione della laringe è di altra natura (tubercolare) ed indipendente completamente dall'affezione dell'esofago, o se, come pare più probabile, abbiamo da fare tanto nella laringe come nell'esofago, con un solo processo canceroso, che nella laringe sarebbe primitivo, e secondario nell'esofago. Questa complicazione del cancro della laringe, non appartiene ai casi più frequenti (caso Landgraf), ciò che mi indusse a pubblicare questo caso curioso anche per la difficoltà che presenta alla diagnosi.

Per finire dirò ancora due parole sulla terapeutica di detto caso. I chirurghi i quali ebbero occasione di esaminare l'ammalato consigliarono, come *ultimum refugium*, la gastrostomia.

Avuto riguardo però al reale sollievo che prova l'ammalato dopo il sondaggio credo che meglio sarebbe aspettare dal fare questa operazione, e continuare il sondaggio. Ho pure l'idea di applicare in questo caso il metodo Renvors, consistente nell'introdurre e lasciare fisso un tubo di caoutchouc, appositamente costruito¹.

Come però sovente accade, l'ammalato si sottrasse per un certo tempo ad ulteriori osservazioni, e soltanto dopo qualche mese venne dai congiunti condotto a me, ma in uno stato tale da metter pietà. Durante questo periodo di tempo, il paziente perdette in peso 11 libbre.

La debolezza è grandissima. Apparenza miserabile, e propriamente caratteristica degli ammalati di affezione cancerosa (cachessia carcinomatosa).

Tosse e sputa. Un nuovo esame dei polmoni non rivela nessun cambiamento all'infuori di pochi rantoli sottocrepitanti nelle parti inferiori della cavità toracica, gli apici polmonari non sono affetti. L'espettorazione non contiene microbi tubercolari. L'urina non contiene albumina. Nella laringe nessun cambiamento. L'esame colle sonde molli ed a pallottola accusa un restringimento nella parte inferiore dell'esofago (distanza dai denti incisivi circa 38 centimetri).

La deglutizione anche dei liquidi molto difficile. L'affezione cancerosa dell'esofago, non offre più alcun dubbio, invece l'affezione della laringe (se tubercolare o carcinomatosa) resta sempre indecisa, malgrado che per me la diagnosi probabile sia sempre quest'ultima.

¹ Presentai l'ammalato alla nostra Società Medica nella seduta del 17 maggio 1898.

noi abbiamo medici imprudenti, i quali, senza darsi il menomo pensiero delle conseguenze, curano colle iniezioni di morfina i loro clienti in certe crisi di dolore spasmodico non solo, ma — con una premura inqualificabile — li provvedono essi stessi della fatale siringa, perchè possano pungersi a loro bell'agio appena la crisi ricompare, d'onde l'inevitabile contrazione dell'abito morfino con tutte le spaventevoli sue conseguenze, che non si riescono sempre, anzi rarissime volte, a riparare. Ed anche noi abbiamo i disgraziati che, dopo aver cercato — come usava un tempo e come usa tuttora nelle classi inferiori nell'oppio e nell'alcool — nella morfina un oblio transitorio dei loro crocci, finirono per contrarre la passione acuta della morfina, passione quasi altrettanto pericolosa come quelle dell'alcool, dell'oppio, della cocaina, dell'etere, ecc., le quali stanno nella storia della patologia umana a provare quanto debba stare in guardia contro se stesso anche l'animale che si vanta il re dell'universo.

A tutti costoro è consigliabile la lettura dei *Morfinomani*, come quella che, presentando in un quadro bastantemente sintetico e molto fedele le conseguenze disastrose della loro imprudenza o della loro passione, può a tempo arrestarli li sulla china del precipizio in cui stanno per affondare, o farli riflettere un po' più seriamente prima di dare un'ordinazione che può risolversi in una rovina.

Il Chambard, dopo aver tracciata l'eziologia e la sintomatologia della morfinomania, parla in disteso, e con molta copia di osservazioni che rendono interessantissima la lettura dell'opera sua, della cura tanto tecnica (terapeutica) che morale.

Non è certo compito nostro il giudicare i suggerimenti dell'autore; ci piace però rilevare che, riguardo alla profilassi di questo morbo invadente, egli consiglia specialmente provvedimenti speciali contro i medici troppo.... pietosi, e gli speciali troppo compiacenti.

Certo non è cosa facile stabilire la responsabilità di un dottore; e la sanzione di leggi che colpiscano errori troppo grossolani nell'esercizio delicatissimo della medicina, allontanerebbe molti da questo filantropico sacerdozio. Ma sarebbe ben meglio avere un minor numero di medici, ma coscienziosi, studiosi, ben consci dell'altissima loro missione, dell'averne molti faciloni o speculatori. Ci troviamo quindi perfettamente d'accordo coll'autore..... su questo punto però! perchè noi non sottoscriviamo certo al pessimismo che gli detta certe sentenze, fra le quali scegliamo a caso questa: "La vita è un brutto scherzo del cielo, è un accidente disgraziato". Non è incoraggiante il signor Chambard!

Il che del resto non toglie che il suo libro torni utilissimo, e che il dottor GIOVANELLI abbia fatto ottimamente a tradurlo, specie colla diligenza e l'intelligenza che vi ha spesa, la quale lo ha reso più che traduttore, collaboratore del Chambard.

DOTT. LUIGI SANSONI

Aiuto della Clinica Medica generale di Torino
Docente di Patologia speciale medica.

CONTRIBUTO CLINICO

ED ANATOMO-PATOLOGICO

ALLO STUDIO DELLA

GENESI DELL'ITTERO GRAVE

MEMORIA

SCRITTA PER IL

Concorso al posto di Medico primario dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Solo nel 1842 l'attenzione dei Sanitari fu richiamata dal Dott. Rokitansky sopra la caratteristica lesione del fegato, alla quale corrispondeva un costante quadro sintomatico costituito da fenomeni acuti e violenti; affezione a cui venne dato il nome di *atrofia gialla acuta del fegato*. — Molti studii videro la luce dopo d'allora sull'ittero grave; rimaneva tuttavia un capitolo oscuro della patologia, ed era quello che si riferisce all'eziologia e alla patologia dell'ittero grave: chi crede sia una infezione, chi una intossicazione.

Col presente lavoro il Prof. SANSONI portò il suo contributo di studii, raccolti in molti anni di clinica sotto la direzione dell'illustre Bozzolo, alla ricerca dell'origine del male. Lo scopo della pubblicazione, destinata al concorso per uno dei primi posti di Sanitario in Italia, può rendere persuasi che la trattazione è degna di estimazione.

Prezzo **Lire 1,60.**