

CONTRIBUTO CLINICO ED ANATOMO-PATOLOGICO

ALLO STUDIO

DELLA PERICONDRITE LARINGEA POST-TIFOSA

DEL

**Dott. A. TOTI**

Chirurgo Capo della Medicheria di Santa Maria Nuova

WVB T717c 1891/s

Z-139621

Akc. z l. 2024 nr 74



# DELLA PERICONDRITE LARINGEA POST-TIFOSA

DEL

**Dott. A. TOTI**

Chirurgo Capo della Medicheria di S. M. Nuova.

Nel decorso ottobre ebbi occasione di praticare una tra-  
cheotomia in un giovanetto di 15 anni, A. Lenzi, colpito da  
stenosi laringea acuta da pericondrite, sopravvenuta durante i  
primi giorni della convalescenza da una febbre tifoide. Pubblico  
ora questo caso non per l'esito felice della operazione, sibbene  
per trarne occasione a portare un contributo allo studio della  
patogenesi e delle ulteriori conseguenze di questa importante e  
non tanto rara successione morbosa della infezione tifica.

Il Lenzi aveva già felicemente superato il periodo febbrile  
della malattia, che del resto aveva avuto un decorso piuttosto  
benigno; di fenomeni da parte del laringe non aveva presentato  
che una leggera raucedine a cominciare dall'ultimo settenario;  
raucedine che, anzichè migliorare, nel quarto giorno di conva-  
lescenza si convertì in afonia completa e si complicò con diffi-  
coltà della respirazione. Nella serata e nella notte successiva,  
l'ostacolo respiratorio andò continuamente aumentando. La mat-  
tina dipoi il quadro dell'asfissia da stenosi laringea era così ben  
delineato, che, alle 9 ant., quando vidi il malato per la prima  
volta, dovetti decidermi ad intervenire.

Malgrado le condizioni sfavorevoli, mi era riuscito a prati-  
care, innanzi l'operazione, l'esame laringoscopico, i cui risultati

riassumo qui nelle linee salienti: l'epiglottide era normale, ma si sollevava con difficoltà ed incompletamente; i ligamenti ariepiglottici invece erano enormemente edematosi e non lasciavano vedere, del vestibolo laringeo, che un piccolo spazio triangolare verso la regione posteriore, limitato dai tessuti edematosi delle corde vocali superiori. Questo spazio era occupato in gran parte da muco tenace, che era tenuto in continuo movimento dalla corrente aerea inspiratoria ed espiratoria, e ciò cospirava, insieme all'edema suddescritto, a far sì che le corde vocali rimanessero del tutto invisibili, anche nella parte posteriore.

Nei dettagli dell'operazione non entrerò, perchè non avrebbero interesse. Dirò solo che eseguii la crico-tracheotomia, e ne esporrò più tardi le ragioni.

Il miglioramento fu immediato. La temperatura si mantenne sempre normale. L'operato non ebbe mai disturbi di deglutizione, e potè ben presto soddisfare a suo talento all'appetito che lo divorava, e che lo aveva abbandonato solo durante il periodo asfittico che aveva preceduto all'operazione.

Circa una settimana dopo l'operazione, nel fare l'esame laringoscopico, trovai che il vestibolo laringeo era inondato da pus cremoso, di cui gli sforzi del vomito determinati dalla presenza dello specchietto laringeo favorivano l'evacuazione. Raccomandai alla famiglia di conservare qualunque frammento di tessuto fosse venuto fuori; ma non mi fu mostrato che una volta uno straccio di tessuto biancastro, di aspetto tendineo; giammai però il più piccolo frammento di cartilagine necrotica.

Il Lenzi riacquistò rapidamente le forze. Per un mese dall'operazione, sia la inspirazione, sia la espirazione, furono assolutamente impossibili per le vie naturali. A quest'epoca però, essendo del tutto cessata la suppurazione intralaringea e l'edema del vestibolo e delle false corde essendo quasi completamente scomparse, si ristabilì a poco a poco la funzione fonatoria del laringe.

Invece la inspirazione a cannula chiusa è stata sempre, ed è, assolutamente impossibile. In breve, il giovanetto è costretto a portare continuamente la cannula.

Qual è la ragione di questo stato di cose? La risposta non



può darcela che l'esame laringoscopico. Io l'ho ripetuto varie volte in queste ultime settimane, ed ho trovato costantemente quanto segue: l'epiglottide si rialza solo in minima parte; normalmente sta abbassata, anche durante la fonazione, sull'apertura superiore del laringe: per gettare uno sguardo nell'interno di questo, è necessario sollevarla artificialmente, premendo sia sulla faccia inferiore, sia sul ligamento glosso-epiglottico mediano. I ligamenti ariepiglottici non presentano alterazioni, ma non fanno il più piccolo movimento. Le corde vocali superiori sono leggermente tumefatte. Le due cartilagini aritenoidi sono fortemente addotte e ruotate in dentro, ed inclinate in avanti: però non in modo uniforme, in quantochè la sinistra, diminuita di altezza, ha subito anche uno spostamento in massa e sta tutta quanta al dinanzi e più bassa della destra. Tutte queste anomalie congiurano a determinare una notevole diminuzione nel lume del laringe. Tale diminuzione è costante ed immutabile; sia durante la fonazione, sia durante i tentativi, del resto perfettamente vani, di inspirazione, nulla si muove attivamente; il pronto e vivace ginoco muscolare intralaringeo è totalmente abolito; l'unico movimento costatabile è la vibrazione assolutamente passiva del 3° posteriore, unica porzione visibile, delle corde vocali; le quali, di un colorito bianco-splendente, strettamente e continuamente ravvicinate l'una all'altra nella linea mediana, lasciano passare sì una piccola quantità d'aria espiratoria, ma non un filo durante i tentativi di inspirazione.

A che cosa è dovuta questa grave alterazione della funzionalità del laringe? Se si tenesse conto dei fenomeni fondamentali del quadro morboso presentato da questo individuo: impossibilità della inspirazione, possibilità della fonazione, immobilità delle corde vocali fisse nella linea mediana; si potrebbe pensare che si trattasse di una paralisi dei due muscoli dilatatori della glottide, dei crico-aritenoidei posteriori, come ne è stato descritto un caso da Rehn (16). \* Prescindendo dalla estrema rarità di questa forma di paralisi come conseguenza del tifo,

---

\* I numeri fra parentesi aggiunti ai nomi degli Autori, rimandano all'indice bibliografico alla fine del presente lavoro.

tanto il decorso della malattia, quanto i risultati dell'esame laringoscopico stanno a dimostrare che qui si tratta di un ostacolo meccanico all'allontanamento delle corde vocali, ostacolo che ha la sua ragion d'essere nella immobilità delle articolazioni crico-aritenoidee. Tale immobilità può essere dovuta, come avviene per qualsiasi altra articolazione, a cause estrinseche o a cause intrinseche alle articolazioni stesse. Nel primo caso si dovrebbero costatare, in corrispondenza della parete posteriore del laringe, dei cordoni fibrosi trasversali, che legherebbero fra loro sia le apofisi vocali, sia le superfici interne delle cartilagini aritenoidi. Ora nulla di tutto questo è visibile all'esame laringoscopico. Dunque la causa della fissità delle articolazioni crico-aritenoidee è dovuta, almeno in massima parte, a una lesione intrinseca delle articolazioni stesse. Si potrebbe, considerata la bilateralità dell'affezione, pensare che si sia trattato di una pericondrite della cartilagine cricoide in seguito alla quale si fosse determinata una infiammazione suppurativa delle sue articolazioni con le due aritenoidi. Ma contro tale ammissione stanno vari fatti: 1° che durante l'operazione, inciso l'arco anteriore della cricoide, non si vide alcun segno di tumefazione o formazione d'ascesso sulla sua superficie posteriore; 2° che allorquando si vuotò l'ascesso, alcuni giorni dopo l'operazione, tutto quanto il pus si versava e si soffermava nella sezione superiore del laringe, al disopra delle corde vocali, nè mai se ne vide una goccia venir fuori dalla incisione operatoria o dalla cannula; 3° che mai è stato emesso qualche frammento di cartilagine necrotica di una certa grandezza, ciò che si verifica quasi sempre quando la pericondrite colpisce la cricoide.

Dunque, malgrado la mancanza del segno patognomonico, si può asserire che in questo caso vi è stata una pericondrite che ha colpito primitivamente ed esclusivamente le cartilagini aritenoidi: forse una sola di queste, e precisamente la sinistra, quella cioè che non solo è rimasta immobile nella adduzione, rotazione in dentro ed inclinazione in avanti, ma anche ridotta di volume e diminuita d'altezza in seguito a parziale distruzione.

Quanto all'aritenoidi destra, mentre non è escluso che an-



ch'essa sia andata parzialmente incontro allo stesso processo, la sua immobilità può esser semplicemente dovuta a retrazioni cicatriziali attorno alla parete dell'ascesso che avvolgeva la sua compagna, oppure essere la conseguenza di un'artrite semplice, non suppurativa, come avviene facilmente anche in altre articolazioni, in seguito a processi flogistici periarticolari.

Durante la epidemia che ha inferito recentemente in Firenze ho avuto occasione di fare, per gentile concessione dei dottori Celoni e Bianchi e del prof. Banti, varie interessanti osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche, circa le complicazioni laringee del tifo, sui malati accolti nel nostro Spedale e sui cadaveri sezionati nel nostro Istituto Patologico. Forse troverò in seguito opportuno di riunire il materiale raccolto per farne la base di un lavoro monografico sull'argomento. Qui mi limiterò alla enunciazione generale di alcune osservazioni fatte, di impressioni ricevute e di considerazioni suggeritemi dal caso suddescritto, messo in rapporto cogli altri studiati successivamente e con le idee vigenti circa la Patologia e la Terapia della Pericondrite, consecutiva all'infezione tifosa.

Che la pericondrite laringea da tifo non sia mai primitiva, ma sempre secondaria ad ulcerazioni della muccosa, è un fatto ormai fuor di dubbio. Ciò risulta, oltrechè dalla osservazione diretta, da questa considerazione: che il processo in parola suole svilupparsi quasi senza eccezione a malattia finita, durante la convalescenza, talora a convalescenza inoltrata, cioè in un'epoca in cui i processi suppurativi metastatici non hanno più ragione di determinarsi, essendo in via di riparazione le porte di ingresso di coteste infezioni — le ulcerazioni spocifiche dell'intestino. La pericondrite adunque è un processo locale e secondario, consistente nella formazione di una cavità ascessuale fra il pericondrio e la cartilagine, per invasione locale di microrganismi piogeni da superfici ulcerate della muccosa soprastante o circostante. Nessuno, che io sappia, ha praticato esami batteriologici sul pus di tali ascessi. Ma, se l'analogia conta qualcosa in Patologia, è da ritenersi che si tratti di suppurazioni determinate dai comuni micrococchi piogeni, e che il bacillo specifico del

tifo non ci abbia nulla che fare<sup>1</sup> — precisamente come sono suppurazioni volgari quelle che si svolgono acutamente nelle glandule inguinali per penetrazione di germi piogeni dalla superficie delle ulcere veneree.

Ma, se i processi pericondritici tifosi per sè non sono probabilmente di natura specifica, lo stesso non può dirsi delle ulcerazioni che loro danno luogo. In alcuni punti dell'interno del laringe e più precisamente alla base dell'epiglottide, sulle false corde, e in corrispondenza della superficie interna delle aritenoidi, la muccosa è rinforzata da uno strato di tessuto adenoido o linfoide, analogo a quello che esiste alla base della lingua<sup>2</sup> dietro le papille circunvallate, e a quello che costituisce le placche di Peyer e i follicoli solitari dell'intestino. Analogamente a ciò che avviene in quest'ultimo organo, il tessuto linfoide della muccosa del laringe può, come ha dimostrato Eppinger, (6) andare incontro alla infiltrazione specifica tifosa, diffusa e circoscritta, e per il rammollimento di questa infiltrazione, si producono, analogamente alle ulcere tifose intestinali, delle ulcere tifose laringee. E. Fränkel, (9) Wagner, (23) v. Vámosy, (22) Landgraf, (13) Antonow, (1) hanno cercato di dimostrare, sia in queste, sia in quelle laringee, la presenza del bacillo di Gaffky, ma non vi sono riusciti. Ciò non prova affatto che le dette ulcerazioni non siano specifiche, e non toglie punto del loro valore alle ragioni che militano in favore di tale specificità, specialmente poi per quella forma di ulcere laringee che è in questione.

<sup>1</sup> Lasciando da parte le affezioni polmonari, in cui è stato trovato il bacillo tifico [Foà e Bordoni-Uffredduzzi (7), Chantemesse e Vidal (3)], fra le varie complicazioni suppurative del tifo, fin qui esso è stato dimostrato, per quanto è a mia conoscenza, solo in sei casi: da A. Fränkel (8) in una suppurazione peritoneale, da Tavel (19) in una orchite suppurata, da Ebermayer (5) in due casi di periostite suppurata, da Colzi (4) in un caso di periostite suppurata.

<sup>2</sup> L'insieme di questo tessuto linfoide, situato alla base della lingua, costituisce la cosiddetta tonsilla linguale. Anche quest'organo si tumefà abbastanza frequentemente nell'infezione tifica. Ho potuto constatare questo fatto due volte sul vivente, e almeno nella metà dei casi studiati sul tavolo anatomico. Non ho mai visto però il processo andare al di là della semplice infiltrazione, nè mi consta che alcuno vi abbia mai osservato formazione di ulcerazioni.



La sede di elezione di tali ulcerazioni, come ho potuto ripetutamente persuadermi, sia sul vivente che sul cadavere, sono le parti laterali della faccia anteriore della parete posteriore del laringe, e più precisamente lo spazio compreso fra le corde vocali superiori ed inferiori. La lesione suol essere bilaterale: vi sono cioè due ulcerazioni simmetriche indipendenti, come potemmo benissimo vedere in un caso sezionato il 15 corrente, che lasciano fra di loro uno strato mediano di vari millimetri di muccosa sana. Il punto indicato corrisponde al centro della faccia interna della cartilagine aritenoidica; la muccosa che ricuopre la porzione inferiore di questa faccia e l'apofisi vocale non cadono in preda al processo ulcerativo che secondariamente, e non costituiscono mai il punto centrale dell'ulcerazione, che suol essere sempre più alto. Insisto su queste particolarità, perchè nessun'altro, che io sappia, vi ha insistito; ma soprattutto perchè mi serviranno di base ad ulteriori considerazioni.

Se si tien conto delle particolarità suddescritte circa la sede delle ulcerazioni, ne viene di conseguenza che le cartilagini più frequentemente e primitivamente sede di pericondrite debbano essere le aritenoidi. Intanto ciò non si accorderebbe con le asserzioni degli autori, secondo cui in un numero rilevante di casi la pericondrite sarebbe limitata alla cricoide e più specialmente alla sua sezione posteriore. Se realmente le cose fossero così, siccome non vi è dubbio che la pericondrite è sempre secondaria ad ulcerazioni della muccosa e che si determina sulla cartilagine sottostante al punto ulcerato, si dovrebbero avere con altrettanta frequenza delle ulcerazioni nella sezione inferiore del laringe, al disotto delle corde vocali. Invece ben tutt'altra, come ho detto sopra, è la sede delle ulcerazioni in parola. Io le ho riscontrate sette volte; mai però in corrispondenza della porzione sottoglottica o cricoidea della parete posteriore. I casi visti da me sono certamente ben poca cosa, ma

---

<sup>1</sup> Naturalmente, qui non è questione delle altre due forme di ulcerazioni che anch'io ho potuto riscontrare, sebbene con minore frequenza, nei casi da me studiati, cioè: le ulcerazioni da decubito sulle apofisi vocali, e le ulcerazioni marginali dell'epiglottide dovute a lacerazione della muccosa per edema. (Schrunden, o ragadi di Eppinger).

anche le altrui osservazioni, per quel che riguarda la assenza delle ulcerazioni nella suddetta regione, sono perfettamente d'accordo con le mie. Come si spiega allora la asserita frequenza della pericondrite esclusivamente cricoidea?

Il processo pericondritico suppurativo che mena alla necrosi delle aritenoidi si propaga facilmente al pericondrio della cricoide, per l'intermezzo delle due articolazioni crico-aritenoidee. Su ciò non cade dubbio, e i numerosi casi di contemporanea pericondrite e necrosi aritenoidea e cricoidea vengono da tutti concordemente interpretati così. Ora, a mio modo di vedere, così stanno pure le cose nei casi descritti come pericondrite e necrosi cricoidea pura. Molti di questi casi infatti sono battezzati per tali in base a resoconti clinici provenienti da chirurghi che hanno praticata la tracheotomia, e o di data anteriore all'uso del laringoscopio, o mancanti del reperto laringoscopico, ed il giudizio è basato sulle apparenze dei frammenti cartilaginei necrotici espulsi od estratti dalla ferita. Ora la cricoide suole necrosarsi sotto forma di grossi frammenti che non possono passare inosservati; tanto più che spesso vengono riconosciuti fin dal momento dell'operazione; le aritenoidi invece si eliminano spesso sotto forma di frammenti relativamente piccoli; in un caso sezionato il 6 gennaio dal prof. Banti, una sola aritenoida, solo parzialmente necrotica, era divisa in 4 o 5 frammenti; di più la necrosi delle aritenoidi non viene, per ragioni anatomiche, costatata al momento dell'operazione; e, parimenti per ragioni anatomiche, l'espulsione dei sequestri cartilaginei si fa per la via della bocca, ed i sequestri stessi o non vengono avvertiti in mezzo alle altre secrezioni emesse dal laringe o vengono inghiottiti.

Niente di più facile adunque che casi di pericondrite, contemporaneamente aritenoidea e cricoidea, vengano clinicamente descritti come casi di pericondrite cricoidea pura. Ma, oltre che nelle relazioni cliniche e chirurgiche, io ritengo che un errore consimile possa facilmente insinuarsi anche nei protocolli necroscopici. E le ragioni son queste: il medico o il chirurgo che vanno al tavolo anatomico per determinare quale sia stata la lesione speciale intra-laringea che ha dato luogo ai fe-



nomeni di soffocazione in un malato o convalescente di tifo, sono più che soddisfatti se trovano la cartilagine cricoide necrotica ed immersa nel pus, e non hanno un interesse speciale ad andare a ricercare, o ad invitare l'anatomico a ricercare, se contemporaneamente anche le aritenoidi siano o siano state malate, o se la malattia abbia potuto cominciare da queste piuttosto che da quella: tanto più che, in quei casi, la mucosa che ricuopre la cricoide suol esser già distrutta secondariamente dal processo suppurativo sottostante, e può questa distruzione essere interpretata come un'ulcerazione primitiva da cui abbia preso il suo punto di partenza il processo pericondritico.

La pericondrite secondaria di ulcerazioni laringee tifose suole regolarmente svilupparsi molto tardi, nel periodo della convalescenza. Così dice Sestier (18) e dopo lui tutti coloro che si sono occupati più specialmente della questione. Tanto che una stenosi laringea acuta che si sviluppa durante la convalescenza è certamente l'effetto della pericondrite, e viceversa. Questo è vero come regola; ma, come quasi tutte le regole, ha le sue eccezioni. E ciò è dimostrato chiaramente da uno dei casi di tifo occorsi nel nostro Spedale, in cui trovammo all'autopsia una tipica pericondrite aritenoidea doppia con necrosi cartilaginea ed edema dei ligamenti ariepiglottici, mentre le ulcerazioni intestinali non erano ancora entrate nel periodo di riparazione e la milza era ancora notevolmente ingrossata.

Ad ogni modo è certo che nella grandissima maggioranza dei casi la pericondrite, o, per esser più esatti, la stenosi laringea acuta da pericondrite suole svilupparsi a convalescenza dichiarata. La ragione di questa comparsa tardiva è troppo evidente, quando si tenga conto della patogenesi, e non abbisogna di esser ulteriormente discussa.

Non rientra nei limiti del presente lavoro l'esposizione sistematica degli elementi diagnostici. Voglio solo notare una possibilità, che ha la sua importanza contemporaneamente anche per la prognosi e per la cura: la concomitanza cioè di lesioni pleuro-polmonari colla stenosi laringea da pericondrite. È ciò che avvenne in un caso del turno del dott. Bianchi, durante la recente epidemia. La sera del 5 gennaio fui pregato di

esaminare al laringoscopio un malato che presentava fenomeni laringei, e trovai infatti tutti i segni della pericondrite arite-noidea con notevole stenosi della glottide ed immobilità delle corde vocali. Contemporaneamente il curante aveva constatato una grave lesione pleuro-polmonare a destra. Nella notte i fenomeni di stenosi della glottide si calmarono; si aggravarono invece quelli dal lato del petto, ed il malato nella notte successiva ne morì.

All'autopsia si trovò, oltre la doppia pericondrite arite-noidea, un abbondante versamento purulento nella cavità pleurale destra, e polmonite. Se in questo caso la stenosi laringea si fosse aggravata, sarebbe stato necessario ricorrere alla tracheotomia, malgrado la lesione toracica, e, naturalmente, l'individuo avrebbe del pari soccombuto alla sua pleuro-polmonite.

La prognosi della pericondrite post-tifosa, quando sia lasciata a sè stessa, è quasi sempre letale, per quanto si conoscano però dei casi, fra cui quello di Hérard citato da Lüning, (14) quello di Schiffers, (19) ed alcuni di Landgraf, (13) di guarigione spontanea, dopo l'espulsione di frammenti cartilaginei necrotici. Tale gravità è dovuta all'edema del connettivo sottomucoso laringeo, che si determina allorchè il processo pericondritico ha raggiunto il più alto grado. Questa lesione, la cui prima descrizione si deve al nostro Morgagni, (15) prima che Bayle (2) la illustrasse sotto il nome di *angine laryngée oedémateuse* e ne mettesse in rilievo il rapporto con ciò che allora si denominava febbre putrida maligna, costituisce ciò che si chiama comunemente, ma a torto, edema della glottide. Io ho potuto studiarla su due dei miei casi, e cioè: al laringoscopio nel mio operato, e sul tavolo anatomico nel penultimo dei casi citati.

Però la prognosi è abbastanza buona quando si ricorra al momento opportuno alla tracheotomia. Da una statistica raccolta da Lüning è dimostrato che con questo mezzo si son potuti salvare dal 50 al 60 % dei malati.

Quanto al processo operatorio, io ritengo che, nel caso speciale si debba fare, checchè ne dica P. Koch, (11) la crico-tracheotomia, per questi motivi: 1° perchè, se vi è necrosi della cricoide, di cui quasi senza eccezione è colpita la lamina posteriore,



è possibile fin dal momento dell'operazione di estrarre il frammento necrotico e di ovviare così a successive noie e pericoli; 2° perchè quanto più alta è stata fatta l'apertura delle vie aeree, tanto più facile riesce successivamente la cura della stenosi laringea che quasi invariabilmente succede alla pericondrite; 3° perchè, come trovai nell'operare il mio caso, e come ho potuto poi riscontrare in tutti i cadaveri di tifosi che ho visto sezionare, la glandula tiroide si tumefà per il processo tifico, ed il margine superiore dell'istmo sorpassa quasi costantemente il primo anello della trachea; ora la lesione della glandula tiroide va evitata in modo speciale nei malati e convalescenti di tifo che, come è noto, son di già tanto predisposti alle emorragie parenchimatose ostinate. Unico inconveniente della incisione della cricoide è la possibilità, rarissima del resto, che il processo pericondritico si sia diffuso alla sua sezione anteriore, e che invece di capitare nel lume del laringe, si capiti nella cavità ascessuale. È avvenuto già in questo caso allo stesso Schrötter (17) ed anche a Krishaber, se non erro, di mettere la cannula entro la cavità dell'ascesso. Naturalmente, essendo prevenuti di quella possibilità, è facile trarsi d'impaccio incidendo longitudinalmente la muccosa che costituisce la parete posteriore dell'ascesso pericondritico.

Dell'esito finale della pericondrite laringea da tifo, nei casi salvati dalla morte per asfissia con la tracheotomia, ho fatto cenno incidentalmente nell'espone le ragioni che consigliano a fare la crico-tracheotomia: ed il mio operato ne è un esempio tipico. Quest'esito, come già dimostrò il Theopold (22), e molti altri dopo di lui, nel 93 % dei casi, è la stenosi cronica permanente del laringe, la quale trae naturalmente seco la necessità, per i disgraziati che ne sono affetti, di portare la cannula per tutta la vita, ammenochè non si riesca, con una cura lunga, difficile e paziente, a rendere alla laringe il suo calibro normale. E anche nella piccolissima frazione di casi, nei quali è avvenuta una relativa guarigione spontanea, e gli operati hanno potuto liberarsi dalla cannula, come, ad esempio, nel caso descritto da Gerhardt (10), ciò è avvenuto sempre almeno a molti mesi di distanza dall'operazione, in alcuni casi dopo 5-6 anni.

L'esposizione delle manovre di cui dispone la chirurgia endolaringea per restituire al laringe ristretto da processi pericondritici un calibro sufficiente e permanente, tanto da poter togliere la cannula tracheale, decamperebbe dall'argomento fondamentale del presente lavoro, perchè pur troppo la stenosi laringea è un triste retaggio di varie altre malattie dellaringe, oltrechè dalla pericondrite tifosa. Tanto più che, avendo avuto l'opportunità di studiare e curare alcuni altri casi, conto di trattare a suo tempo quest'argomento in un apposito lavoro, nel quale esporrò i risultati ottenuti col processo dell'intubazione cogli strumenti di O' Dwyer-Bleyer.

Firenze, gennaio 1891.

---

(Aggiunta fatta durante la correzione delle bozze).

Nel fasc. II dello *Sperimentale* (Memorie Originali), il dottor Colzi ha pubblicato un nuovo caso di suppurazione dovuta al bacillo del tifo, in un individuo affetto già da gozzo cistico. Il mio lavoro, benchè pubblicato dopo, essendo stato scritto prima della pubblicazione del dott. Colzi, non era possibile che vi fosse registrata l'osservazione in parola; la quale, oltrechè pel reperto batteriologico, è importante anche per la località dove la suppurazione si era determinata, e per l'estrema rarità di fatti consimili. Dopo i casi pubblicati da Billroth (*Chir. Klin. Zürich*, 1860-67, pag. 166), da Pinchaud, *Thèse de Paris*, 1881 e Weill (*France Méd.*, 1881), non ho trovato nella letteratura alcun altro caso di strumite acuta da tifo. In queste osservazioni però manca, s'intende bene, l'esame batteriologico.

Giugno 1891.

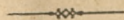


## LETTERATURA.



- (1) *Antonow*, Ulcerazioni laringee nel tifo addominale (*Jeschemed klin. Gaz.*, 1889, n. 18-20. In russo, riferito in: *Int. Centr. f. Laryng.*, VI, pag. 420).
- (2) *Bayle*, Mémoire sur l'ang. oedémateuse. (Letta alla Soc. de Médec., il 10 agosto 1808, riprodotta nel *Dict. d. Sc. Médicales*, tom. 18, Paris, 1817).
- (3) *Chantemesse* e *Vidal*, (*Courier Méd.*, 1887, n. 12).
- (4) *Colzi*, Suppuraz. dovuta al bacillo del tifo (*Sperim.*, giugno 1890).
- (5) *Ebermaier*, Ueber Knochenerkrankungen bei Typhus (*D. Arch. f. klin. Med.*, Bd. 44, 1888).
- (6) *Eppinger*, Anatomia patologica della laringe e trachea. (*Handbuch von Klebs*, Liefer. VII).
- (7) *Foà* e *Bordoni-Uffreduzzi*. (*Riforma Medica*, 1887, n. 1).
- (8) *Fränkel A.*, Verhandlung. d. VI Congr. f. inn. Med., 1887.
- (9) *Fränkel E.* und *Simmonds*, Die aetiolog. Bedeut. d. Typhusbacillus. Hamburg, Leipzig, 1886.
- (10) *Gerhardt*, Perichondr. n. Typhus. Laryng. Mittheilungen (*D. Arch. für Klin. Med.*, vol. XI, 1873).
- (11) *Koch P.*, Rétrécissement laryngien après la fièvre typhoïde (*Ann. d. mal. du lar.*, 1879).
- (12) *Koch P.*, Affections des cart. laryng. pendant la convalescence de la fièvre typhoïde (*Revue de Laryngologie*, 1885).
- (13) *Landgraf*, Ueb. Rachen — u. Kehlkopfkrankungen beim Abdominaltyphus (*Charité-Annalen*, 1889).
- (14) *Lüning*, Die Laringo — und Tracheosten. im Verl. d. Abdominaltyphus (*Langenbeck's Arch.*, XXX, H. 2-3).
- (15) *Morgagni*, De apoplexia serosa (*Sed. et causis morb.*, Lib. I, Epist. IV, Par. 26).
- (16) *Rehn*, Ein Fall von Lähmung d. Glottiserweiterer nach Typhus. (*Deut. Arch. f. Klin. Med.*, XVIII, 1876).
- (17) *Schrötter*, Laryngologische Mittheil., Wien, 1873-1875.
- (18) *Sestier*, Traité de l'angine laryngée oedémat. Paris, 1852.

- (19) *Shiffers*, Cart. aryten. nécrosé et rejeté pend. la vie (Ann. de la Soc. Méd. de Liège, 1884, n. 5).
- (20) *Società Francese di Laringologia*. Discussioni sul laringo-tifo, 24 dicembre 1884 (Revue de Laryngol., 1885).
- (21) *Tavel*, Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte, 1887, pag. 590.
- (22) *Theopold*, Die perichondr. laryngea im Anschluss an Thyphus. — Jena, 1867. (Dissertaz., riferita da Gerhardt e da Lüning).
- (23) *Vamosy*, (v.) Beitr. z. Casuistik der typhösen Erkrank. d. Gaumens u. Larynx (Wien. Klin. Wochenschr., n. 18-20; 1888).
- (24) *Wagner*, Die Erkrank. d. weichen Gaumens im Abdominaltyphus (D. Arch. f. Klin. Med., 1885, vol. XXXVII, fasc. 3-4).





## Lavori precedenti dell'Autore:

Resezione dell'apofisi mastoide in un caso della forma descritta da Bezold di mastoidite secondaria a suppurazione dell'orecchio medio.

Critica dell' " Igiene dell' Orecchio „ del prof. Cozzolino.

Dilatazione completa di una stenosi laringea in individuo tracheotomizzato e portante la cannula da oltre 7 anni.

---

*In collaborazione col Prof. BRIGIDI:*

Necrosi grassa in un tumore lipomatoso.

Studio anatomo-patologico su alcune produzioni morbose di animali domestici. (Tubercolosi e cancro).