

CONDUCTA A SEGUIR EN CAS DE COS ESTRANY EN LES ALTES VIES RESPIRATORIES I DIGESTIVES

pel Dr. LL. VILA ABADAL

La solució a donar en aquests casos vos semblarà a tots molt senzilla, quan menys teòricament. Unànimement tots donarem la mateixa resposta: un cos estrany ha de treure's; però no tots els metges són del mateix parer i aquí van encaminades mes notes.

Tots heu assistit individus que havent ingerit un cos estrany han tingut la primera assistència de companys que han cregut que lo millor era empènyer el cos cap endintre en lloc d'estirar-lo enfora.

D'aquí vénen la majoria de les dificultats a l'intentar l'extracció d'un cos estrany encallat en l'esòfag o en les vies aèries.

Veieu el que passa amb alguna freqüència, com remarca GUISEZ: Una criatura o una persona gran, en una distracció, aspira un objecte que tenia a la boca o bé menjant degluteix un objecte dur o tan massa gros que s'encalla, el primer que fan els seus és procurar treure-li amb els dits i el que aconsegueixen és propulsar-lo a la larinx o a l'esòfag.

Aleshores van en busca d'assistència mèdica i si el cos és a l'esòfag el metge procura amb sondes propulsar-lo al ventrell i és quan l'enclava a l'esòfag; si va a la larinx, res intenta i l'envia a l'especialista; quant més, en cas d'asfíxia, fa la traqueotomia.

Això és lo que vos vull fer notar perquè amb l'exposició d'uns quants casos clínics, collits al vol, veieu la diferència de resultats entre els intervinguts a les fosques i els tractats a plena llum.

Veieu esquemàticaments uns casos:

Criatura d'un any, de Ripoll. Engolí un soldadet de plom i sembla que quedà en la farinx, produint disnea; amb els dits s'intentà treure'l i s'introduí més; aleshores fou propulsat amb son-des mentre es pogué.

Portat a l'Hospital Clínic, per radiografia veiérem esplèndidament el soldadet en el ventrell de la criatura.

Un cirurgia feu la gastrotomia i tregué la peça, però la criatura morí al dia següent.

Unes bones pinces haurien resolt el problema al primer moment.

Altres cas és el d'una dona també de Ripoll. Engolí una dentadura; fou enviada immediatament a Barcelona. Ingressà urgentment a l'hospital. Tenia dolors retroesternals i al coll, no podia engolir res. Pels metges de guàrdia s'intentà fer pressió amb la sonda i després de diferents assaigs, es pogué introduir un bon troç més la sonda, però d'allí no passà.

Examinada als raigs X, la papilla passà fins al començament del terç inferior de l'esòfag i després un petit filet arribà al païdor. Intentàrem l'esfagoscopia amb anestèsia local i la malalta se sincopà al tenir el tub dintre. L'endemà altra esofagoscopia amb anestèsia i amb esforç arribàrem al terç mig de l'esòfag però tingué un col·lapse i tinguérem de treure el tub. Altre intent i arribàrem poc més avall, trobant una regió friable esfacelada que impedia passar; amb això, la malalta estava col·lapsada de nou i no poguérem entretenir-nos més. Costà més de mitja hora de respiració artificial perquè la malalta tornés en si.

Els dies següents anà posant-se malament i començà la febre, fent-se molt intensa i expectorà pus abundant. Morí als quatre dies.

L'autòpsia ens dóna una perforació alta sota l'entrada de l'esòfag que comunica amb un gros abscess de pus fètid retroclavicular. Un gros esquinc de l'esòfag en el terç mig i la dentadura, dues dents, una peça de cautxú amb dos ganxos, clavada en el terç inferior pels dos ganxos que travessen tota la paret esofàgica i el superior amb un gros esquinc. Al voltant, una cel·lulitis mediastínica de grossa extensió.

Altres cas. Noia de 19 anys, minyona de servei, menjant se li encallà un tros de carn i no pogué ingerir res més.

Intents repetits de pressió amb sonda sens resultat.

Al dia següent la malalta febril, emfisema de tot el coll, farinx roja i edematosa. Impossibilitat d'engolir.

Vaig posar-la en repòs absolut, injeccions de morfina i emolients. Cap intent d'extracció ni examen.

Als tres dies començà a expectorar pus abundantment, sortia d'una fistula faríngea per darera el pilar posterior esquerre.

Als dos dies començà a engolir aigua, al següent llet, i als 15 dies estava curada.

Tenia un bocí de carn que la saliva digerí.

En comparació amb aquests, veiem uns quants tipus dels no intervinguts a les fosques.

Dona de 66 anys. Fa una hora ha engolit un os, que s'ha encallat darera l'estèrnum, senyala ella.

Anestèsia local, esofagoscòpia. Os pla encallat al nivell de la bifurcació bronquial, en l'esòfag, no passa pel tub de BRUNNINGS, faig presa i el retiro junt amb el tub. Total, 70 minuts.

Home de 32 anys. Fa poques hores s'ha engolit una peça dentària. Radiografia no diu res. Esofagoscòpia es veu al tercer intent la peça al terç superior de l'esòfag, s'intenta agafar-la, però rellisca avall; és perseguida sens conseguir atrapar-la, caient al païdor.

Passa a la clínica d'operacions.

Altre cas. Periodista que al ficar-se al llit a la matinada engoleix la dentadura. Corre a la Casa de Socors i allà el remeten a casa fet un boig, per l'excitació nerviosa.

Poso un xafa-llengues i amb un esforç del pacient salta la dentadura.

Altre. Dona de 35 anys. Dinant s'empassà un os rodó, li sembla, fa mitja hora, Esofagoscòpia amb anestèsia local. Os sota l'entrada de l'esòfag. Rellisca a les pinces i poc a poc s'escapa, al terç mig el perdo per haver caigut al païdor. No tingué cap més molèstia,

Altre. Minyona de servei. Engolí un troç de carn i no pot passar res; el seu metge la remet a un especialista, aquest, l'envià a casa. Com no tenia més molèstia que el no poder deglutir, vaig creure en un cos tou.

Altre cas. Noia de 32 anys. Des dels 15 anys té una estenosi esofàgica per haver engolit sosa. Sovint té obstruccions esofàgiques. Ara fa uns dies no pot engolir per tenir encallat un pinyol nespra. Radioscòpia: bismut passa fins al començament del terç inferior, grossa bossa per sobre. Al dia següent

altra radioscòpia i el bismut arriba al càrdias, un petit masatge de desobstruïx l'esòfag. Al següent dia evacua el pinyol.

Crec que a aquesta malalta se li havien fet diferents esofagoscòpies i sondatges sense trobar el pinyol.

Ja veieu que en diverses formes s'han resolt en bé tots els casos en què no s'ha intervingut a les fosques en comparació amb els desastres dels intervinguts.

Aquesta febre de fer quelcom en el primer moment és degut a que l'esverament del malalt i de la família es comunica al metge que no sap substraure's de fer alguna cosa i a voltes quasi forçat a fer alguna cosa, per això vos deia que molts veuen que a lo millor ja que no poden treure el cos procuren desembossar el conducte obstruït.

Altres mal és el contrari a intervenir del que n'és mostra el que vos contaré ara.

Tots sabeu lo freqüent que és en les criatures l'engolir monedes i tots també sabeu lo senzillíssim que és treure-les.

Un dia es presentà a casa una dona amb una nena de deu anys que anava coixa de la cama dreta, i em féu la següent història: La nena, fa dos anys tingué la grip i durant la malaltia engolí una peça de cinc cèntims; tingué tos, vòmits i dificultats per engolir. El metge li prescrigué vomitius, purgants i per fi, com no que conseguí cap èxit, els digué que quan seria més gran faria la moneda. A l'any i mig tingué altra malaltia i quedà amb paràlisi de la cama dreta que anà augmentant. En els dos anys engoleix amb dificultat no més que líquids i vomita amb molta freqüència.

Vista la paràlisi la portaren a un metge i feta l'història els féu fer una radiografia que demostrà l'existència de la moneda a l'entrada de l'esòfag. Cregué que la paràlisi podia ésser tòxica i els remeté a un especialista que estigué un mes fent medis per a treure la moneda. No pogué conseguir-ho i vingueren a casa.

Jo vaig procurar amb el ganxo treure-la sens anestèsia sens resultat. Amb anestèsia de clorofil faig una esofagoscòpia i no trobo res més que fungositat a l'entrada de l'esòfag en; tot l'esòfag res més.

Altres intent amb el ganxo i s'encalla a la entrada de l'esòfag en un teixit fungós que feia una bossa que cedí a la pressió, a l'estirar no seguia, per fi amb esforç vaig arrencar el ganxo junt amb una moneda coberta de verdet, fungositats, pus i detritus alimenticis.

No tingué cap trastorn ulterior i la nena menja de tot. Al mig any torna a casa i la paràlisi segueix igual.

Aquest és un cas de deixadesa mèdica.

Ara molt somerament diré unes paraules sobre els cossos estranys en les vies respiratòries.

Els de les fosses nasals, difícils de treure algunes vegades perquè també han sigut empenguts, deuen treure's anestesiant localment la fossa per a retreure els teixits tous. La irrigació posterior poques vegades assoleix l'objecte, lo millor és usar unes petites pinces d'oida, com les que fabrica en PHAU, i fer presa. El cloretil és un gran anestèsic en aquests casos.

Quan el cos estrany està en la larinx, tràquea o bronquis, quasi sempre es fa necessari la traqueotomia o bé d'urgència per a evitar l'asfíxia o bé posteriorment per a la traqueobroncoscòpia baixa.

La broncoscòpia alta té l'inconvenient de la dificultat de fer-la, de la facilitat de traumatitzar la larinx i produir un edema post-operatori.

Per a les criatures és millor no anestesiar-les, però moltes vegades es fa necessari.

La posició necessària és el decúbit supí, per a evitar que pel mateix pes el cos estrany profunditzi; com més baix és el cap millor, perquè introduït el tub l'esforç de la tos pot fer sortir el cos estrany.

La radiografia ens donarà bones referències, si no es veu el cos estrany es veu la sombra d'un pulmó que no s'omple d'aire; tinguem en compte, per això, que en els bronquis els cossos estranys es mouen amb molta facilitat i canviant de posició moltes hores.

Es bona pràctica en els primers moments posar la criatura cap per vall, perquè amb la tos i la gravetat surti el cos introduït.

Com que totes les matèries orgàniques fermenten ràpidament, es produeixen focus bronquials i neumònics amb gran rapidesa; no passa el mateix amb les peces metàl·liques que a voltes es conserven anys sens causar molèsties.

Per acabar, no més repetiré lo del començament, que no deu un hom intervenir a cegues i que sempre devem procurar extreure el cos estrany, mai introduïr-lo a la força.