



Il Policlinico
Omaggio dell'Autore

Clinica Med. Gen. del R. Istituto di Studi Superiori di Firenze
diretta dal prof. sen. P. GROCCO

Dott. GUSTAVO PADOA
Assistente

RICERCHE SEMEIOLOGICHE

SUL

TRIANGOLO DI GROCCO

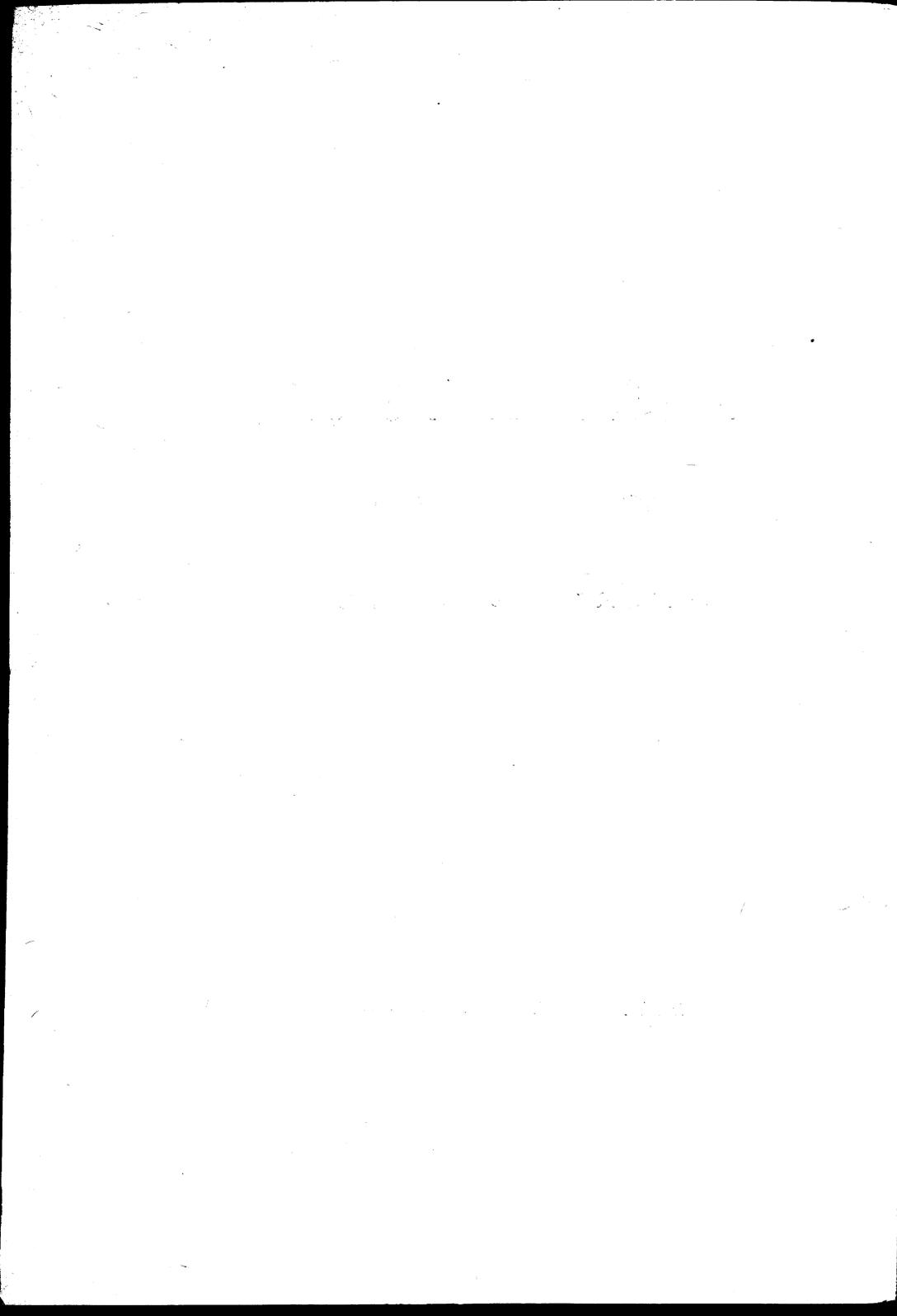
NELLE

PLEURITI ESSUDATIVE



CASA EDITRICE
DOTTOR FRANCESCO VALLARDI
MILANO

Mic. B. 29.29



Clinica Med. Gen. del R. Istituto di Studi Superiori di Firenze
diretta dal prof. sen. P. GROCCO

Dott. GUSTAVO PADOA

Assistente

RICERCHE SEMEIOLOGICHE

SUL

TRIANGOLO DI GROCCO

NELLE

PLEURITI ESSUDATIVE



CASA EDITRICE
DOTTOR FRANCESCO VALLARDI
MILANO

Estratto dalla *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*
N. 33 Anno 1907

Stabilimenti riuniti d'ARTI GRAFICHE — Milano, Corso Magenta N. 18

Il sintoma della zona di ottusità in forma di triangolo nella regione paravertebrale opposta al lato del versamento nelle pleuriti essudative, che il *Grocco* descrisse nel 1902 da prima nel fascicolo della Rivista Critica di Clinica Medica pubblicato in onore del Murri pel giubileo professorale di lui, e poi nel Congresso annuale della società italiana di medicina interna, ha avuto in questi pochi anni un plebiscito di conferme; talchè il sintoma di Grocco ha ormai acquisito il più pieno diritto di cittadinanza tra i fatti semeiologici meglio accertati.

Oltre al lavoro di *Koranyi* il quale, quasi contemporaneamente al Grocco, nel 1902, pubblicava una figura di un malato di pleurite essudativa nella quale è segnata dal lato sano una zona ipofonetica corrispondente al triangolo di Grocco, senza però rilevarne il valore, ricorderemo le pubblicazioni di *Plessi*, di *Pieraccini*, di *Ewart*, di *Berghinz*, quelle di *Bucco*, di *Ferranini Luigi*, di *Flora*, di *Silvestrini*, di *Maragliano F.*, di *Signorelli*, e quello assai importante di *Baduel e Siciliano* i quali, mediante iniezioni praticate nei cadaveri con metodo razionale, hanno contribuito a portar molta luce anche sulla genesi del fenomeno.

Fra tanto coro di ricercatori che controllarono l'esistenza del sintoma e si studiarono di indagarne la genesi, solo uno, il *Barbieri*, di Parma ha negato (*vox unius clamantis*) non solo l'esistenza, ma anche la possibilità del fenomeno.

Non è il caso, mi sembra, di spender molte parole sui suoi risultati negativi; è questione di diligenza nel rilievo

semeiotico: se un Tizio ci confessasse candidamente di non aver rilevato né il soffio tubario nella polmonite né l'ascite nella cirrosi epatica, non per questo crederemmo meno all'esistenza di tali sintomi.

Un altro autore, anch'egli alle prime sue armi cliniche, il *Bernard*, ha studiato il sintoma nella sua tesi di dottorato (Parigi, 1905) e riferisce sette sole osservazioni: è curioso che per rilevare un sintoma che lo stesso *Grocco* ha dichiarato trovarsi nei versamenti discretamente abbondanti, egli sia andato a scegliere dei malati con versamento scarso! Ma nei tre casi nei quali l'essudato era piuttosto copioso poté riscontrare anch'egli l'area paravertebrale opposta di ottusità (osserv. 3, 4 e 7), e in un altro caso (osserv. 2) in cui il versamento era mediocre (arrivava a due dita trasverse sotto la punta della scapola) ebbe parzialmente il sintoma, in quanto rilevò bensì una striscia paravertebrale opposta di ottusità, ma non in forma triangolare.

Il *Bernard* si lamenta che la ricerca del sintoma sia delicata e difficile... Ma, mio Dio!, non tutti i sintomi possono essere di facile e banale ricerca: questo è offerto in premio a coloro che sanno percuotere e apprezzare i risultati della percussione... O che forse è più facile la delimitazione dell'ala cardiaca, che pur fa ogni medico pratico?

Del tutto recentemente il *Rauchfass*, di Pietroburgo, si è occupato nel *Deut. Arch. f. Klin. Med.*, del fenomeno, recando il contributo di due anni di osservazioni. Egli sostiene che l'ottusità paravertebrale ha realmente importanza clinica, che il suo livello segue con grande esattezza le oscillazioni di livello del versamento pleurico: nella polmonite l'ottusità paravertebrale dal lato sano o manca oppure si risveglia solo con la percussione profonda, ed ha un'apparenza nastroiforme, mentre nel versamento pleurico si risveglia facilmente (specialmente nei bambini) ed ha forma nettamente triangolare; anzi, la comparsa del segno di *Grocco* nel decorso di una polmonite depone per la coesistenza di un versamento pleurico insieme col processo pneumonico.

Il *Pollak*, nella *Wiener Klin. Woch.*, dello scorso ottobre, dichiara, concordemente anche coi risultati di *Hamburger*, di aver constatato il fenomeno dell'ala paravertebrale opposta di ottusità nella pleurite essudativa, ma di averla anche riscontrate in due casi di estesa polmonite in bambini.

D. Durante ha ricercato il sintoma nei bambini, e lo ha osservato ma non in modo costante; del che egli ricerca la ragione sia nella scarsezza del versamento, sia nella tendenza della pleurite nei bambini a diventare saccata, sia nell'altezza relativamente minore del cavo pleurico: egli da però al sintoma di Grocco, quando è presente, il valore di prova sicura di esistenza di liquido nel cavo pleurico.

Thayer e Fabyan, in un lavoro uscito pochi giorni fa, riferiscono di aver trovato il segno di Grocco in trenta su trentadue malati di pleurite essudativa da essi esaminati: dei due altri casi, in uno si aveva parzialmente il sintoma sotto forma di una breve aia di ottusità dal lato sano, nell'altro trattavasi di un empiema interlobare e la posizione speciale dell'essudato giustificava l'assenza del sintoma.

Veggio con piacere che la maggior parte delle mie osservazioni semeiologiche sull'aia di ottusità, da me comunicate nell'ottobre scorso al XVI Congresso della Società italiana di medicina interna, trovano conferma nel lavoro dei due autori americani, comparso in questo gennaio.

Pure assai recentemente *Aráoz Alfaro* ha pubblicato nella *Rivista della Società medica argentina* un importante studio, che trovo riassunto nella *Semaine médicale* del 27 febbraio 1907.

Egli ha riscontrato il sintoma di Grocco in tutti i versamenti pleurici di qualche entità (quantità minima di 900 cc. negli adulti e di 300 cc. nei bambini); e non solo negli essudati sierosi, ma anche nei purulenti, purchè non troppo densi, e anche nei versamenti emorragici.

So che il *Mirquet* ha discusso pochi giorni or sono a Bordeaux la sua tesi di dottorato trattando del triangolo di Grocco; ma non ho ancora ricevuto il suo lavoro al momento di congedare le bozze di questa memoria.

Dato così uno sguardo abbastanza completo alla bibliografia dell'argomento, soffermiamoci un po' a vedere per quale meccanismo si produca questo fenomeno.

Dalle esperienze fatte mediante iniezioni endotoraciche nei cadaveri, si desume che va invocato lo spostamento della sacca pleurica, la quale va ad applicarsi al davanti dei corpi vertebrali, potendo più o meno avanzarsi oltre la linea mediana, e che spinge innanzi a sè il mediastino posteriore (*Baüel e Sciliano, Rauchfass*, ecc.).

Ciò, oltre ad essere causa di per sè d'ottusità, ha altresì

una evidente influenza smorzatrice sulle vibrazioni del rachide e delle ultime coste per un certo tratto della regione paravertebrale.

Inoltre, non va dimenticato nella genesi del sintoma lo spostamento del cuore; e va ricordato che la ottusità, evocata da organi situati così in profondo rispetto alla superficie dove si percuote, viene favorita della maggiore compattezza del polmone compresso per questa invasione del mediastino posteriore e del cuore stesso nella cavità toracica sana.

Per quanto dunque la genesi del fenomeno sia, come si vede, complessa, e debba essere riportata a molteplici cause, possiamo ritenere che lo spostamento del mediastino posteriore concorra in buona misura nella produzione del sintoma.

Nei versamenti pleurici unilaterali abbiamo dunque uno spostamento del mediastino anteriore, che produce il *suono retrosternale di Banti*; e uno spostamento del mediastino posteriore, che concorre a produrre il *triangolo di ottusità paravertebrale opposto di Grocco*.

Anche le ricerche radioscopiche hanno valso a portare luce sulla produzione del fenomeno.

*
* *

Ho voluto studiare in un cospicuo numero di ammalati di pleurite il triangolo di Grocco.

Per ciò che riguarda i *fenomeni palpatori ed ascoltatori* che vi si possono rilevare, le mie osservazioni portano piena conferma ai risultati delle diligenti ricerche compiute dal *Plessi* nella Clinica Medica di Modena.

Si hanno all'incirca sul triangolo, con minore evidenza, gli stessi fenomeni osservabili sul versamento; e tanto più chiari quanto più nel ricercarli ci scostiamo dal lato esterno del triangolo per avvicinarci al suo lato interno, quello che è segnato dalla linea delle apofisi spinose.

Così il *fremito vocale tattile*, debolmente trasmesso verso il lato esterno, è sempre più debole fino, talvolta, a scomparire del tutto verso la linea mediana, ossia verso il lato interno del triangolo.

Il sintoma di *Heubner Danzac* (fenomeno del soldo) è abbastanza chiaramente apprezzabile sull'ala di ottusità triangolare.

Il *respiro* vi si ascolta tanto più ridotto quanto più si

ascolta verso il lato interno del triangolo, dove talvolta si ha silenzio respiratorio quasi assoluto: nelle mie ricerche ho invece trovato poco frequente e poco netto il soffio dolce e lontano all'ascoltazione sul triangolo.

Talora, verso il lato esterno del triangolo, si ascoltano rantoli fini, sottocrepitanti o a piccolissime bolle, specialmente in quei casi nei quali il versamento è molto cospicuo e il triangolo assai ampio: ritengo che essi possono spiegarsi invocando la compressione del polmone dal lato sano.

Il fenomeno di *Bacelli*, la egofonia, la broncofonia si comportano sul triangolo presso a poco come sul versamento, secondo le ricerche di *Plessi*: io, in verità, ho trovati appena accennati e poco nettamente rilevabili questi sintomi sull'ايا di ottusità paravertebrale.

L'ampiezza del triangolo di Grocco subisce dei notevoli cambiamenti, a seconda dello *spostamento della posizione del corpo del malato*.

Così, specialmente quando il versamento è in quantità ragguardevole e più ancora quando esso è dal lato destro, facendo decubere il paziente lateralmente sul lato sano, si nota di solito un allargamento evidente della base del triangolo, che raggiunge talvolta anche due centimetri (e in un caso da me osservato oltre 2 1/2 cm.) in più di quel che fosse quando il malato trovavasi seduto.

Meno evidente è il restringimento della base del triangolo se si faccia decubere il malato sul lato dove è il versamento; il che, del resto, si comprende pensando alla grande pressione che offre un cospicuo versamento; in questa posizione, la delimitazione del lato esterno del triangolo riesce malagevole; quasi direi che l'ipofonesi va sfumando insensibilmente dal lato esterno triangolare: la forma triangolare dell'ايا d'ottusità riesce in questa posizione di meno evidente rilievo.

Le modificazioni di forma e di ampiezza nell'ايا ipofonetica nella posizione supina sono, ognun comprende, disagiati a ricercarsi: le poche volte che ho potuto ricercarle, facendo tenere sollevato il malato da più infermieri, ho notato un certo smussamento dell'apice del triangolo e una maggiore sfumatura nei contorni della zona ipofonetica: la forma triangolare viene ad essere in questa posizione meno evidente.

Nella posizione prona si notano fatti analoghi, ma in modo meno chiaro.

*
*

In ogni caso di versamento discretamente abbondante il sintoma di Grocco mi apparve ben manifesto; non lo potei porre in evidenza in due casi di individui vecchi, l'uno di 61 l'altro di 64 anni, che già avevano sofferto in passato più volte di pleuriti e di pleuropolmoniti, i quali presentavano entrambi tutti i segni di una pleurite essudativa sierosa dal lato destro.

In questi casi la pleura tenuta fissa da briglie e da aderenze proibite della organizzazione di precedenti essudati pleurici, non godeva sotto la pressione del liquido essudato, della ordinaria spostabilità.

Ciò venne in uno di questi casi confermato dal reperto necroscopico; si trovarono, infatti, valide aderenze che limitavano notevolmente la spostabilità del foglietto parietale della pleura dal foglietto viscerale.

Una simile osservazione mi venne riferita verbalmente dal prof. *Gabbi*, ma non mi risulta che sia stata da lui pubblicata: anche nel caso di *Gabbi*, che ebbe la constatazione anatomica, la mancanza del triangolo d'ottusità fu ascritta a briglie fibrose, residui di vecchie precedenti pleuriti, che immobilizzavano la pleura.

*
*

Da taluno si volle sostenere che il triangolo di Grocco non è patognomonico della pleurite, ma che lo si può avere anche nella pneumonite (*Pollak*).

Vollì fare qualche ricerca di proposito a questo riguardo, sebbene ormai la esperienza che nella nostra scuola si è acquistata sul valore del sintoma sia tale da darci al riguardo un convincimento preciso.

Non è chi non sappia come la pneumonite lobare soglia accompagnarsi con grandissima frequenza da compromissione pleurica; la quale talora si limita alla produzione di un essudato fibrinoso, tal'altra volta invece va fino alla produzione di essudato liquido più o meno abbondante; e non è chi abbia veduto parecchi malati di pneumonite e non sappia come qualche volta, guarito il processo pneumonico, occorra attendere qualche settimana prima di abbandonare il paziente a se stesso, per avere il riassorbimento del liquido essudato nella cavità pleurale.

Ora, nei casi di polmonite nei quali si ha dal lato sano l'aria paravertebrale di ipofonesi in forma triangolare, corrispondente a quella descritta dal Grocco, la polmonite non ha alcuna influenza nella produzione di questo fatto: basta, come io ho fatto in più casi, pungere la pleura per persuadersi che insieme col processo pneumonico è in atto anche un processo di pleurite essudativa.

Nei malati di pneumonite senza versamento pleurico noi non abbiamo mai, in molte decine di casi, riscontrata la presenza del triangolo di Grocco; che anzi dall'esistenza o meno del triangolo si può trarre in questi casi un prezioso sussidio per diagnosticare se al processo pneumonico si accompagni o no un processo essudativo pleurico.

Ognun sa, infatti, per pratica, quanto in una polmonite, per es. della base, sia spesso non facile pronunziarsi se si abbia altresì essudazione liquida nella pleura: i sintomi della lesione polmonare e quelli della lesione pleurica si sommano e si sovrappongono, ed è soprattutto all'aumentato senso di resistenza alla percussione che si suole por mente per dissipare il dubbio diagnostico.

Orbene, in tali casi la presenza della zona triangolare di ottusità dal lato opposto ci farà affermare con piena sicurezza che anche la pleura è interessata nel processo morboso e che ha reagito colla produzione di un essudato liquido discretamente abbondante.

Insisto però sulla forma triangolare dell'aria ipofonetica non per diletterantismo geometrico, ma perchè la forma siffatta dell'aria è veramente patognomonica. Talora, infatti, nella polmonite si può riscontrare, ed io stesso l'ho riscontrata, una sottile striscia di ipofonesi che di poco deborda oltre la linea delle apofisi spinose dal lato sano; un tal reperto si ha anche senza che si abbia nessuna essudazione liquida nella pleura, ma questa striscia uniforme, nastroforme è ben diversa dal triangolo di Grocco, il quale invece non ho riscontrato che laddove avevasi essudato pleurico liquido.

Perciò i risultati delle mie ricerche collimano esattamente a questo riguardo con quelli ottenuti dal *Rauchfass*.

*
*
*

E' interessante seguire lo svolgersi e il modificarsi dell'aria triangolare di ottusità nei casi di versamento pleurico

doppio allorquando tra i versamenti delle due pleure vi è notevole dislivello.

In questi casi, dal lato ove il versamento è più basso, al di sopra della ottusità assoluta dovuta al liquido essudato in quella pleura, si ha un triangolo di ottusità relativa, il cui apice giunge all'altezza del livello del liquido dell'altro lato, il cui limite inferiore si continua con l'ottusità più assoluta prodotta del versamento, mentre il limite interno si continua con l'ottusità pleurica dall'altro lato. Quanto maggiore è il dislivello tra i due liquidi, tanto più alto è il triangolo e tanto più largo il suo lato inferiore; ma anche in casi nei quali il dislivello tra i due versamenti non superava l'ampiezza di due spazi intercostali, ho trovato il triangolo nettamente apprezzabile (*triangolo differenziale*).

Particolarmente degni di nota sono quei casi nei quali, avendosi doppio versamento pleurico, si producono alternative di livello per modo che a un dato momento sia notevolmente più elevato il liquido in una pleura, ad altro momento il liquido nell'altra. Si vede allora il triangolo differenziale passare dall'uno all'altro lato, a seconda di queste alternative.

Ricorderò in modo speciale due di tali casi, che ho potuto seguire nella nostra clinica medica di Firenze.

In uno di essi si trattava di un individuo affetto da calcolosi epatica, pleurite essudativa doppia e leggera nefrite; da prima la pleurite era limitata al lato destro, e si aveva netto a sinistra il triangolo di Grocco; poi cominciò a formarsi liquido a sinistra, mentre quello di destra si riduceva alcun poco: in tre giorni, avendo il livello del versamento a sinistra superato quello di destra di quattro buone dita trasverse, il triangolo di Grocco era manifesto dal lato destro.

L'altro caso riguarda un giovinotto nefritico con doppio versamento sieroso nelle pleure: anche qui vedemmo il triangolo passare da un lato all'altro e poi ancora ritornare al lato di prima, in seguito a successivi mutamenti di livello nei due versamenti.

Lo stesso accade quando, avendosi versamento pleurico doppio, e dislivello ragguardevole nell'altezza dei due versamenti, si pratici la toracentesi dalla pleura dove il liquido è in maggior copia, così da ridurlo notevolmente al di sotto del livello dell'altro lato. Si vede allora scomparire il triangolo di Grocco dal lato dove era prima, e comparire assai rapidamente dall'altro lato.

E poichè ho ricordato la toracentesi, aggiungerò ancora che la toracentesi praticata nelle pleuriti unilaterali fa immediatamente ridurre (fino a scomparsa totale, quando si spinga la evacuazione oltre limiti moderati) l'ala triangolare paravertebrale di ottusità dal lato opposto: la riduzione è in relazione e in proporzione col liquido estratto.

Questo risultato, del resto, collima con i risultati ottenuti da *Silvestrini* e con quelli di *Maragliano F.*

Ho creduto non privo di qualche interesse portare su un sintoma recente ed importante il contributo di personali ricerche e di numerose osservazioni, che valesse a rischiararlo nelle sue modalità di presentarsi ed anche un po' nella sua genesi complessa.

BIBLIOGRAFIA.

Araoz Alfaro. Riv. de la Soc. med. argentina, luglio-agosto 1906; riasunto in *Semaine méd.*, 27 febb. 1907. — *Baduel e Siciliano.* Rivista critica di clinica medica, 1904, N. 1-3; e *Riforma Medica*, 1904, N. 6. — *Barbieri.* Boll. dell'Associaz. medico chirurgica di Parma, 1903, n. 4. — *Berghinz.* Sul triangolo paravertebrale di Grocco (Rivista critica di clinica medica, 13 agosto 1904, n. 33). — *Bernard.* Le signes de Grocco dans les pleuresies serousee. Thèse de Paris, 1905. — *Bucco.* I sintomi di Grocco (Cronaca della Clinica Medica del prof. De Renzi di Napoli; La Nuova Rivista clinico-terapeutica, 1903, n. 7). — *Durante D.* La Pediatria, settembre 1906, n. 9. — *Ewart.* Lancet, n. 4273 22 luglio 1905. — *Ferrannini Luigi.* Il triangolo paravertebrale opposto di Grocco (*Riforma Medica*, anno XX, n. 35). — *Floca.* Recenote semeiologiche sulle pleuriti (Rivista critica di clinica medica, maggio 1902, n. 19). — *Grocco.* Brevi note di semeiotica fisica (Rivista critica di clinica medica, marzo 1902, n. 11, 12 e 13; fascicolo special pubblicato pel giubileo professorale di Augusto Murri). — *Grocco.* Triangolo paravertebrale opposto nella pleurite essudativa (Atti del XII Congresso ital. di medicina interna, Roma, 1902). — *Hamburger.* Wiener Klinische Wochenschrift, 1906, n. 14 e 27. — *Koranyi.* Ein. Beit. z. differenziale diagnostik pleuritischer Ergüsse (Wiener Klinische Rundschau 1902, n. 16). — *Landouzy et Labbé.* Pleurésies (nel trattato di Brouardel et Gilbert). — *Maragliano F.* Contributo alla semeiotica dei versamenti pleurici (Boll. della Soc. Eustachiana, n. 1 e 2, adunanza del 2 gennaio 1903). — *Mirquet.* Du triangle de matité paravertebrale de Grocco dans les pleurésies à grand épanchement (Thèse de Bordeaux 1907). — *Neurath.* Gesellschaft für Kinderheilkunde, soli 1906. — *Padoa.* Atti del XVI Congresso della Società ital. di Medicina interna, Roma 1906. — *Pieraccini.* Il suono retrosternale di Banti e il triangolo paravertebrale di Grocco (*Clinica Moderna*, 1 luglio 1903). — *Plessi.* Sul triangolo paravertebrale opposto di Grocco (Soc. med. chir di Modena, seduta del 2 giugno 1905; e *Rivista critica di clinica medica*, 1 luglio 1905). — *Pollak.* Ueber paravertebrale und parasternale perkussionstefunde bei pneumonie (Wiener Klinische Wochenschrift, 1906, n. 46). — *Rauchfass.* Deutsch. Archiv. für Klinische Medizin, 1906, H. 1-4. — *Signorelli.* La percussione della colonna vertebrale (Policlino. Sezione pratica, 22 agosto 1903). — *Silvestrini.* Atti del XII congresso italiano di medicina interna, Roma, ottobre 1902. — *Thayer W. e Fabyan M.* American Journal of the medical sciences, n. 418, gennaio 1907; riasunto in *Riforma Medica*, n. 6, 1907, pag. 164.

