



DELLA

PLEURITE PURULENTA

SECONDARIA ALLA PNEUMONITE ACUTA FIBRINOSA

CON EVACUAZIONE DELLA MARCIA PER LE VIE BRONCHIALI

ED ESITO IN GUARIGIONE

MEMORIA

DEL DOTT. LUIGI MAZZOTTI

MEDICO PRIMARIO NELL'OSPEDALÉ MAGGIORE DI BOLOGNA



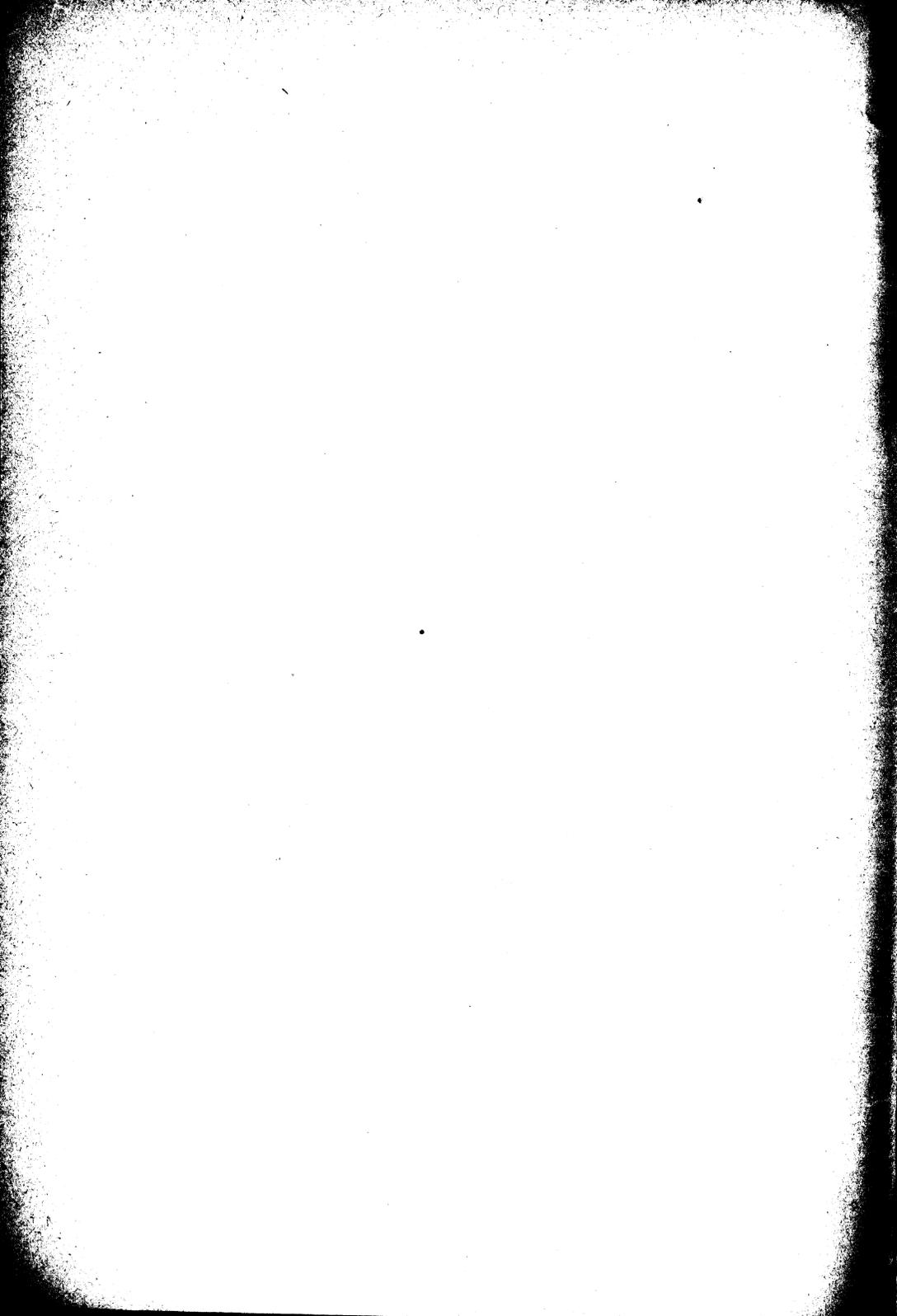
BOLOGNA

TIPOGRAFIA GAMBERINI E PARMEGGIANI

1888



1850.5



DELLA
PLEURITE PURULENTA

SECONDARIA ALLA PNEUMONITE ACUTA FIBRINOSA

CON EVACUAZIONE DELLA MARCIA PER LE VIE BRONCHIALI

ED ESITO IN GUARIGIONE

MEMORIA

DEL DOTT. LUIGI MAZZOTTI

MEDICO PRIMARIO NELL'OSPEDALE MAGGIORE DI BOLOGNA



BOLOGNA

TIPOGRAFIA GAMBERINI E PARMEGGIANI

—
1888

Estratta dalla Serie IV, Tomo VIII, delle Memorie
della Reale Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna
e letta nella Sessione delli 18 Dicembre 1887.



L'insorgere di una pleurite ad essudato purulento, durante il corso di una pneumonite acuta fibrinosa, costituisce un fatto non del tutto ignoto ai cultori degli studi medici. Ed invero qualche cenno, qualche nozione generica si legge qua e là nei trattati e nelle memorie; ma, per quanto è a mia conoscenza, non deve essere stato pubblicato alcun lavoro, il quale tratti esclusivamente di questo speciale argomento. Quindi se ne descrivo alcuni casi da me osservati, credo di compiere un'opera non affatto inutile, poichè essi mi sembrano importanti sia dal lato patologico, sia da quello pratico e curativo.

Che alla pneumonite acuta si accompagni di regola la pleurite è un fatto talmente ovvio che appena appena merita di venire qui rammentato. Solamente si dirà che alla pneumonite si aggiunge una vera pleurite, allorchè l'essudato sierofibrinoso diventa abbondante e la pleurite procede in seguito come malattia a sè: la quantità di essudato viene stabilita dal Jürgensen (1) in circa 500 grammi. E per analogia si potrà dire che esiste una pleurite purulenta secondaria a pneumonite, se la marcia prodotta dalla pleura infiammata supera la quantità dal Jürgensen indicata e la malattia continua dopo cessata la pneumonite.

La pleurite purulenta in seguito a pneumonite è frequente o rara? Se noi guardiamo ai trattati di patologia medica e di anatomia patologica nei capitoli della pneumonite, nella maggior parte non ne troviamo parola; e mi basterà ricordare quelli di Niemeyer (2), Jaccoud (3), Laveran e Teissier (4), Eichhorst (5),

(1) JÜRGENSEN — Pneumonite erupale nella Patologia e terapia medica speciale redatta dallo Ziemszen. Vol. V. Napoli 1885, p. 144.

(2) NIEMEYER — Patologia e terapia speciale. 2ª ediz. Vol. I. Napoli 1866.

(3) JACCOUD — Trattato di patologia interna. 2ª ediz. Vol. II. Napoli 1881.

(4) LAVERAN e TEISSIER — Nuovi elementi di patologia e di clinica medica. 3ª ediz. Vol. II. Napoli 1886.

(5) EICHHORST — Trattato di patologia e terapia speciale. Vol. Iª. Napoli 1886.

De Luca e Racchi (1), Förster (2), Ziegler (3), Birch-Hirschfeld (4), e soltanto in alcuni ne vediamo qualche sfuggevole accenno. Così il Jürgensen (5) asserisce che un essudato primitivamente marcioso in una pneumonite è una straordinaria rarità; lo Strümpell (6) scrive „ in rari casi dopo la pneumonite si manifesta anche la pleurite purulenta. „ Invece nei capitoli riguardanti la infiammazione della pleura, quasi tutti gli autori ora menzionati fra le cagioni della pleurite purulenta non dimenticano la pneumonite, ma non si diffondono gran fatto intorno a tale argomento.

Se vogliamo ricavare cognizioni un po' più numerose ed esatte, dobbiamo cercarle in quegli autori, che hanno scritto intorno alla pleurite purulenta od empiema e massimamente intorno alla loro cura.

Il Trousseau (7) indica, che durante il corso della pneumonite si formano talvolta ascessi della cavità pleurale, i quali dopo un tempo alquanto lungo (egli dà come regola da due a tre mesi) si possono aprire nel parenchima polmonare e che il pus in questi casi sarà nella quantità di qualche litro. Parlando poi dell'esito in generale ei lo ritiene infausto, però rammenta che in qualche caso questi ascessi della pleura apertisi nei polmoni possono decorrere senza danni notevoli all'individuo.

L'Ewald (8) ci dà una importante notizia statistica, cioè che nella Clinica di Frerichs a Berlino sopra 46 casi di empiema, 17 erano stati la conseguenza di una pleuro-pneumonite.

Il Wagner (9), il quale si occupa della cura chirurgica dell'empiea, nella prima osservazione che serve d'argomento alla sua conferenza racconta la storia d'un uomo di 80 anni malato di pneumonite acuta: nella dodicesima giornata si ebbe la defervescenza della febbre e dopo 24 ore di apiressia, la temperatura si elevò di nuovo, oscillando fra i 38° ed i 39°, mentre lo stato generale mantenevasi buono. Dopo 19 giorni si rilevò la presenza di un liquido dentro la cavità pleurale, che l'A. giudicò sieroso e soltanto mediante la puntura esplorativa si accertò della sua natura purulenta: l'infermo fu operato in venticinquesima giornata con esito di guarigione.

(1) DE LUCA e RACCHI — Compendio di patologia speciale medica. Vol. II. Napoli 1887.

(2) FOERSTER — Manuale di anatomia patologica. Parte 2ª. Napoli 1867.

(3) ZIEGLER — Trattato di anatomia patologica e patogenesi. Parte 2ª. Vol. II. Napoli 1886.

(4) BIRCH-HIRSCHFELD — Trattato di anatomia patologica generale e speciale. Nuova ediz. ital. Vol. II, parte 2ª. Napoli 1886.

(5) JÜRGENSEN — Op. cit.

(6) STRÜMPELL — Trattato di patologia speciale medica e terapia. Vol. I, parte 1ª. Napoli 1885, pag. 273.

(7) TROUSSEAU — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. 4ª ed. Tom. I. Paris 1873, p. 866.

(8) EWALD — Zur operativen Behandlungen pleuritischer Exudaten. Charité-Annalen. Berlin. Anno I, p. 159.

(9) WAGNER — L'empiea e il suo trattamento. Raccolta di Conferenze cliniche edita da Riccardo Volkmann. N. 197. Napoli 1884.

Nel seguito della conferenza il Wagner parla di un altro ammalato di 44 anni con pneumonite acuta, nel quale la febbre cessò al settimo giorno: poscia insorsero nuove elevazioni di temperatura ed al sedicesimo giorno di malattia esisteva già un essudato pleurítico completo senza fenomeni generali gravi. La puntura esplorativa, eseguita in basso al 9° spazio intercostale, diede esito a pus denso bianco-giallastro: un'altra puntura eseguita in alto mostrò un liquido sieroso. L'A. giudicò che l'essudato purulento fosse diviso da quello sierofibrinoso mediante un seipimento: eseguì l'operazione in 45ª giornata e dopo qualche complicanza ottenne la guarigione.

Da quanto scrive l'Autore si rileva, che egli ammette potersi nell'adulto formare l'empìema in seguito a pneumonite, quantunque lo ritenga un avvenimento piuttosto raro, che come causa egli vi assegna la preesistenza di una pleurite essudativa ordinaria, e che infine i sintomi si presentarono sempre poco gravi, di guisa che egli giudicò l'essudato sierofibrinoso e solo la puntura esplorativa glielo fece vedere purulento.

In Italia il Prof. Brugnoli (1) ha scritto una importante memoria, la quale tratta esclusivamente della cura dell'empìema: in essa però descrive due casi, nei quali la pleurite purulenta si svolse secondariamente ad una pneumonite acuta.

In un caso si trattava di un robusto ortolano di 41 anno, nel quale ad una grave pneumonite destra susseguì pleurite purulenta: dopo 21 giorni dal principio della pneumonite si estrassero 500 grammi di pus cremoso di buona natura e dopo altri 6 giorni 1400 grammi: si praticarono in seguito lavature fenicate e dopo tre mesi si ottenne la compiuta guarigione.

Nell'altra osservazione, un muratore di 37 anni ammalò di pneumonite destra al lobo superiore e medio, a cui seguì pleurite purulenta. Si fece la cura come nel caso antecedente, se non che oltre all'acido fenico si usò prima una soluzione di solfato di ferro, poi di acido tannico: la guarigione venne ritardata dall'insorgenza di accessi febbrili da malaria, ma dopo 5 mesi e mezzo riescì compiuta.

Da queste poche nozioni, che negli autori sono andato spigolando, parmi si possa concludere, che veramente la pleurite purulenta può tener dietro alla pneumonite acuta, ma che ciò ha luogo ben di rado: in altre parole, che in proporzione al grande numero di casi di pneumonite, pochissimi sono quelli, in cui tale avvenimento si verifica. Il che ci spiega come gli Autori, i quali nelle cliniche e negli ospedali hanno eseguito osservazioni e studi sulla pneumonite, non siano occupati di queste pleuriti purulente, poichè non ne hanno vedute che pochissime.

Per altra parte, prendendo a base i casi, certo poco frequenti, di pleuriti pu-

(1) BRUGNOLI — Sulla cura dell'empìema, Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna, 1873, Serie IIIª, Tomo IV, p. 251.

rulente, la proporzione di quelli, nei quali il morbo sviluppossi in seguito a pneumonite acuta, diventa relativamente più elevata (17 sopra 46 secondo la statistica di Ewald). Gli ammalati di questa specie in generale si sono presentati agli stabilimenti ospitalieri per farsi curare dell'essudato purulento endo-pleurale; ed i clinici per necessità hanno dovuto rivolgere la loro attenzione massimamente alla cura, senza preoccuparsi di studiare il modo di sviluppo, i sintomi e l'andamento di cotali pleuriti. Il che ci spiega appunto come poche ed indeterminate cognizioni noi possediamo intorno alla parte prettamente patologica di questa speciale affezione.

Del resto nei trattati i casi di pleurite purulenta vengono tutti insieme riuniti e la descrizione loro vien fatta complessivamente, senza che delle varie circostanze, nelle quali si sono svolte, si tenga gran calcolo. Così si dice che la pleurite purulenta offre i sintomi della pleurite essudativa molto esagerati, cioè: stato gravissimo; notevole elevazione di temperatura, preceduta da accessi di freddo; prostrazione delle forze; anoressia; dolore puntorio fortissimo; molto affanno di respiro; edema del tessuto connettivo sotto-cutaneo; ed il pus suol presentarsi scorrevole, grigiastro, fetido. Quanto all'esito, si scrive che l'apertura spontanea per le vie bronchiali quantunque possibile è rarissima, e che queste pleuriti portano quasi costantemente la morte, salvo naturalmente l'intervento del chirurgo mediante atti operatorii.

I tre casi tipici di pleurite purulenta avvenuta in seguito a pneumonite, i quali costituiscono il fondamento principale di questa memoria, si presentarono con sintomi relativamente miti; in tutti tre il pus si aprì una strada spontanea per le vie bronchiali e si ottenne una stabile guarigione. A guisa d'appendice aggiungerò la storia di un quarto caso diverso dagli altri per molte circostanze, e che terminò con esito infausto.

OSSERVAZIONE I^a — Luigi D... d'anni 34, lanternaio, entrò in Ospedale la sera del 24 Gennaio 1885 (Sala Malpighi, letto N. 32) essendo ammalato fino dal giorno 22 con dolore puntorio alla base del torace destro, tosse e febbre intensa. Io riscontrai i segni di pneumonite acuta del lobo inferiore destro, la quale si presentava di carattere mite e di regolare andamento.

La mattina del 27 si ebbe la defervescenza febbrile (Temp. 36°,7) e lo stato apirettico seguì per tutta quella giornata e nel mattino successivo. Alla sera del 28 Gennaio si verificò un rialzo a 39° ed il mattino seguente il malato all'improvviso ebbe un'emoptoe, emettendo circa mezzo litro di sangue rutilante. Il sangue seguì anche nei giorni successivi, quantunque in poca quantità. Il 31 Gennaio si verificò una enterorragia non molto copiosa, la quale pure prestamente cessò.

Intanto la febbre continuava non molto forte (Temp. massima 38°,5) ed il malato aveva tosse insistente ma quasi secca ed un po' di affanno di respiro.

L'esame, eseguito appunto nei primi giorni di Febbraio, diede per risultato: anteriormente a destra suono chiaro alla percussione: posteriormente invece ottusità, non che abolizione del murmure respiratorio. A sinistra non si aveva nulla di notevole.

Lo stato dell'infermo allora si presentava alquanto grave: egli non si cibava quasi affatto, aveva tosse secca ed insistente, respiro affannoso; inoltre la temperatura, la quale, come dissi, non era molto alta, il giorno 12 Febbraio salì a 39°,4 senza accesso di freddo. Seguì la elevazione termica fino verso il 20, alla quale epoca diminuì, mentre migliorava lo stato generale del malato: localmente continuavano i segni della presenza di un liquido dentro la cavità pleurale destra.

Nel mese di Marzo le cose seguitarono per il meglio: la temperatura si abbassò e verso il 15 alla sera il termometro non segnava più di 37°,8. Il malato aveva appena qualche colpo di tosse con un po' d'escreato mucoso.

Il giorno 20 Marzo l'infermo all'improvviso venne preso da tosse molto insistente ed emise un'abbondante quantità di liquido prettamente purulento, di colore verdognolo, senza odore disgustoso. Il pus seguì nei giorni seguenti, recando molestia al malato, unicamente per la tosse stizzosa, che lo accompagnava. Ben presto però egli si sentì migliorato, respirò più liberamente, non ebbe più febbre e riacquistò l'appetito. Le prescrizioni consistettero in acido fenico in soluzione per uso interno, ed in inalazioni di vapori d'olio essenziale di trementina. Tale cura venne seguitata per tutto Aprile fino all'8 Maggio con ottimo effetto, poichè si giunse ad ottenere una guarigione perfetta e l'infermo potè escire dall'Ospedale il 10 Maggio 1885.

OSSERVAZIONE II^a — Pompeo F... d'anni 35, figlio di ignoti genitori, era cresciuto robusto e sano, senza aver mai sofferto di gravi malattie, dimorando in luoghi salubri ed esercitando il mestiere di fornaciaio. Nel mese di Novembre 1885, quest'uomo cominciò a non sentirsi forte e volenteroso al lavoro come di consueto; ma provava un senso indefinibile di mal essere ed avvertiva male di capo ed una lieve molestia come di piccola puntura sotto la mammella del lato destro. Ed ecco nella sera del 27 Novembre sopraggiunse un lungo accesso di freddo e forti dolori di puntura al torace destro: alla notte i dolori si mitigarono, al freddo subentrò intenso calore ed apparve la tosse con sputi rossigui. Il medico, chiamato il mattino seguente, giudicò trattarsi di pneumonite, praticò un salasso, fece applicare sanguisughe al torace destro e prescrisse rimedi per uso interno. E che realmente allora esistesse una pneumonite acuta, io ne ebbi la conferma dal medico stesso, il quale me ne diede assoluta assicurazione.

La pneumonite tenne un decorso regolare e breve ed il 15 Dicembre il malato potè alzarsi dal letto. Se non che la sera stessa si ripresentò il dolore al torace destro, già scomparso da molti giorni, e la tosse ridivenne intensa. Questi fenomeni si alleviarono bensì nelle giornate successive, ma non cessarono, per cui

quest' uomo venne consigliato di entrare in Ospedale, il che fece la sera del 22 Dicembre 1885 (Sala Malpighi, letto N. 27).

All' esame io vidi un uomo di alta statura e di aspetto robusto. Anteriormente al torace non si avvertiva nulla d'abnorme; posteriormente a destra in alto ipofonesi ed in basso ottusità assoluta, abolizione del murmure respiratorio, diminuzione notevole del fremito tattile e vocale. Escreato scarso e mucoso. Urine normali. Temp. 37°,6.

Nei giorni seguenti la temperatura si elevò alquanto raggiungendo il massimo di 39°, mentre lo stato locale rimaneva presso a poco immutato ed il generale si conservava discreto, compendosi tutte le funzioni con sufficiente regolarità. Si prescrisse da prima salicilato di sodio per uso interno, e poscia rimedi diuretici: feci applicare un ampio vescicante al torace destro.

Verso i primi di Gennaio 1886 si notò un miglioramento sia nella febbre poco elevata, sia nell' appetito, che era discreto, mentre la tosse era quasi affatto cessata. Le urine si mantenevano scarse e lo stato locale non subiva apprezzabili cambiamenti. Così stavano le cose, allorchè il 10 Gennaio, dopo parecchi colpi di tosse insistente, il malato sputò un liquido purulento, molto abbondante, di colore verdognolo, e di odore non disgustoso; il che fece anche nei giorni seguenti, con questo che se egli si voltava sul fianco sinistro, emetteva il detto sputo purulento, con tale una tosse forte e molesta che presto doveva cambiar posizione; se invece giaceva supino o sul fianco destro, la tosse era poca e l' escreato mucoso. Non ostante il nuovo fatto sopraggiunto, la temperatura non si elevò (massimo 38°).

Il 20 Gennaio feci una puntura esplorativa a destra in basso colla siringa del Pravaz ed estrassi un po' di liquido prettamente purulento eguale a quello emesso per le vie respiratorie: la ripetei il giorno successivo più in alto coll' identico risultato.

Siccome lo stato di quest' uomo si conservava buono, e la temperatura era pressochè normale (37°,5), così aspettai qualche giorno, pensando che aumentasse lo sputo marcioso e diminuisse il liquido purulento endo-pleurale. Alla fine il 1° Febbraio 1886 praticai la toracentesi e l' aspirazione coll' apparecchio del Potain: estrassi adunque 500 grammi di pus denso e di buona natura. Il malato non si risentì di nulla e seguì a mantenersi in lodevoli condizioni con poca tosse e scarso escreato marcioso. Dopo pochi giorni ordinai le inalazioni di iodofornio, sciolto nell' olio essenziale di trementina in proporzione del 3 per 100.

L' esame del torace, praticato il 7 Febbraio, mostrò ancora una leggera ottusità posteriormente a destra in basso. Si prescrisse il ioduro di potassio e si seguirono le inalazioni. Poco dopo la temperatura si ridusse allo stato normale e tale si mantenne anche in seguito.

Verso la fine di febbraio il malato cominciò ad alzarsi: si sentiva benissimo e pieno di forza, mangiava con ottimo appetito, urinava abbondantemente; lo

sputo era scarso, marcioso, qualche volta tinto in rossigno; alla sera si riscontrava un lieve edema ai malleoli. Si continuarono le inalazioni e per uso interno si prescrisse la terpina fino alla dose di grammi 1,20 in tre parti nelle ventiquattro ore.

Il miglioramento seguì in via progressiva e lo sputo già molto diminuito alla fine cessò affatto. Quanto allo stato locale, nell'esame praticato il 10 Marzo si notava una manifesta depressione al torace destro. Anteriormente normali la percussione e l'ascoltazione; posteriormente a destra si manteneva ancora un lieve grado d'ottusità alla base, mentre all'ascoltazione si udiva il respiro ampio e regolare dovunque.

Il soggetto uscì perfettamente guarito il 27 Marzo 1886.

OSSEVAZIONE III^a — Luigi A... d'anni 35, conciapelli, il giorno 26 Marzo 1887 ad un tratto si sentì preso da un fortissimo dolore puntorio al fianco sinistro, che si estendeva verso la regione del cuore e gli impediva di respirare liberamente. Quasi contemporaneamente egli avvertì freddo intenso, seguito da calore febbrile, che proseguì nei giorni successivi. Dopo due applicazioni di sanguisughe al luogo dolente il dolore si mitigò, ma continuò la febbre, molto elevata, crebbe l'affanno di respiro e si aggiunse tosse con escreato poco abbondante, difficoltoso, di colore rosso. Oltre a ciò il 31 Marzo sopravvenne dolore al gomito destro, il quale in breve si rese così molesto da impedire i movimenti. Perciò egli fece domanda di venire ammesso all'Ospedale, ove entrò la mattina del 2 Aprile 1887 (Sala Malpighi, letto N. 40).

Il malato era uomo bene conformato e di robustissima apparenza. All'esame del torace anteriormente non si avvertiva alcun che di speciale. Posteriormente a destra colla percussione si otteneva suono normale; laddove a sinistra dalla spina della scapola alla base si aveva ottusità assoluta. Coll'ascoltazione dalla parte destra si udiva respirazione aspra; a sinistra si aveva in alto respiro egualmente aspro; a metà inspirazione soffiante ed aspirazione bronchiale; alla base soffio bronchiale deciso, non che rantoli crepitanti inspiratorii sonori e poco numerosi. Le condizioni generali del malato si mantenevano abbastanza buone. Temperature. Mattina. 38° - Sera. 39°.

Il giorno successivo (3 Aprile) lo stato obbiettivo del petto si manteneva presso a poco eguale. L'escreato in discreta quantità era rossigno, coerente, aerato a grandi e piccole bolle. Il malato si lagnava soprattutto di forte dolore all'articolazione del gomito destro, la quale era molto gonfia, con pelle arrossata e dolentissima ad ogni lieve contatto. Temp. 39°,6 - Sera. Temp. 39°.

Il 4 Aprile l'articolazione suddetta si fece anche più tumida e più dolente, colla cute di colore violaceo; lo stato del petto si manteneva discreto. Si applicarono sanguisughe in corrispondenza dell'articolazione.

Il giorno successivo (5 Aprile) il dolore ed il gonfiore articolare manifesta-

mente diminuirono ed il malato con poca dispnea e poca tosse provava un senso di ben essere ed aveva appetito. Temp. 37°,4.

All' esame del torace si rilevava a sinistra una manifesta diminuzione del fremito tattile e del vocale alla base posteriormente, ed in alto perduravano i segni già notati. Lo sputo era aerato, coerente, di colore giallo chiaro. Sera. Temperatura 38°,2.

Nelle successive giornate continuò il miglioramento iniziatosi: l' articolazione del gomito a poco a poco si detumefece e permise al malato una certa libertà dei movimenti: la temperatura si manteneva bassa ma oltrepassando i 38° alla sera; poca era la tosse ed il malato mangiava di buon appetito e si sentiva bene.

Così procedettero le cose fino al 13 Aprile, in cui si ebbe una marcata elevazione termica alla sera (Temp. 39°,2) non accompagnata da alcun fatto rilevante.

Il mattino successivo (14 Aprile) il termometro era già disceso a 37°,8. Riferendo l' esame del torace si rilevava: ottusità quasi compiuta posteriormente a sinistra; abolizione del respiro nella metà inferiore e superiormente soffio bronchiale. Il malato aveva tosse insistente e secca; ma in complesso seguiva a sentirsi bene ed a mangiare con appetito.

Dopo qualche giorno, ai fatti suddescritti si aggiunse il seguente, e cioè che le urine da prima di normale apparenza divennero di colore scuro e spumose ed all' esame chimico mostrarono contenere una discreta quantità d' albume con tracce di sangue. La temperatura seguiva a mantenersi piuttosto elevata alla sera con remissioni alla mattina, ora più, ora meno notevoli. Ciò fino al 20 Aprile. Passata la suddetta epoca, la temperatura si rifulse quasi alla norma ed il malato diceva di stare perfettamente bene e domandava con insistenza di mangiare molto e di alzarsi dal letto. Persistevano la ottusità alla metà del torace sinistro posteriormente, il soffio bronchiale in alto ed il silenzio respiratorio in basso. Le urine, quantunque meno scure, contenevano ancora albume in discreta copia e tracce di sangue. L' articolazione del gomito destro restava bensì un po' gonfia, ma non doveva più e permetteva l' assoluta libertà dei movimenti.

Il giorno 27 Aprile, il malato ad un tratto sotto un impeto di tosse emise un' abbondante quantità di sputo prettamente purulento; non avvertì nessuna speciale sensazione. Temp. Mattina. 36°,8 - Sera. 37°,5.

L' espettorazione di molto liquido purulento di bella apparenza e di odore non disgustoso seguì nei giorni successivi, mentre il malato continuava a star bene. Infatti il liquido endo-pleurale diminuiva manifestamente, così che all' esame dei primi di Maggio non si aveva che una ottusità molto circoscritta alla base del torace sinistro: ivi non si avvertiva il respiro, laddove più in alto si sentiva la respirazione debole.

Il giorno 4 Maggio praticai una puntura esplorativa colla siringa del Pravaz,

la quale si riempì di un liquido purulento perfettamente eguale a quello emesso coll' espettorazione. Le urine contenevano lievissime tracce d' albume e l' articolazione del gomito destro era tornata normale.

Lo sputo marcioso continuò abbondante per un po' di tempo, poi gradatamente diminuì e da ultimo cessò affatto. Nessun fenomeno degno di nota venne ad interrompere l' andamento regolare della malattia e l' infermo esci guarito il 20 Giugno 1887.

La cura da principio fu negativa: non si diedero che pochi rimedi per mitigare i sintomi più molesti. Il 22 Aprile si cominciò la somministrazione del ioduro di potassio, che si continuò fino a che il malato esci dall' Ospedale.

Le tre descritte osservazioni, salvo differenze di lieve momento, risultano quasi identiche. Si trattava di uomini robusti nel fiore dell' età (uno di 34, gli altri due di 35 anni) malati di pneumonite acuta, nei quali dopo la defervescenza febbrile si manifestò una pleurite ad essudato purulento. I sintomi non si mostrarono in complesso molto gravi, poichè si notò: temperature non elevatissime, senso piuttosto di ben essere, discreto appetito, non dolore al torace, nè molto affanno di respiro. Il pus si aprì spontaneamente una strada per le vie bronchiali, mostrandosi (come si verificò anche mediante le punture esplorative) cremoso, non fetido, e di buona natura. La guarigione riescì compiuta in tutti tre i casi in un tempo relativamente breve (tre mesi, tre mesi e mezzo, quattro mesi, dal principio della pneumonite). In un caso solo (osservazione 2^a) ritenni ben fatto di praticare l' estrazione di 500 grammi di pus; e ciò non perchè ne riconoscessi la assoluta necessità, essendosi buona parte della marcia già evacuata spontaneamente pei bronchi; ma unicamente al fine di rendere più sollecita la totale guarigione; negli altri non ricorsi ad alcun atto operatorio. In due casi, tolta la complicità di cui ci occupiamo, la pneumonite ebbe un decorso regolare; in uno (osservazione 3^a) si verificò anche monoartrite del gomito destro e nefrite.

Il quarto caso che accennai come diverso dagli altri è il seguente:

OSSERVAZIONE IV^a — Carlo M... d' anni 62, falegname, entrò in Ospedale il 6 Luglio 1885 (Sala Malpighi, letto N. 6) in ottava giornata di una pneumonite acuta del lobo inferiore destro. Il malato era assai malandato nella nutrizione e la pneumonite presentò caratteri dinamici. La temperatura molto elevata da principio calò gradatamente con oscillazioni regolari, e soltanto dopo 20 giorni di malattia si ottenne la apiressia assoluta.

Non ostante il cessare della febbre, il malato noi. si riaveva ed all' esame si rilevarono i segni della presenza di liquido nella cavità della pleura destra. Da prima cercai che il malato acquistasse un po' di appetito e si rimettesse in forza: ciò ottenuto, il 12 Agosto praticai la toracentesi capillare ed estrassi un litro di liquido sieroso-purulento di colore verdognolo non fetente.

Dopo l'atto operatorio, il liquido si andò riproducendo ed il 21 praticai una nuova toracentesi aspirando il liquido coll'apparecchio del Dieulafoy: questa volta estrassi un litro e mezzo di pretto pus. Si notò che fra la prima e la seconda toracentesi non si verificarono fenomeni generali apprezzabili nè elevazioni notevoli di temperatura (massimo 38°,2).

Verso i primi di Settembre entrarono in iscena fenomeni cerebrali, con subdelirio quasi continuo, mentre localmente il liquido erasi rinnovato. Il malato trascinò ancora una vita deplorabile e venne a mancare il 16 Novembre 1885.

Non si potè eseguire la necropsopia.

Troppo evidente risulta la differenza fra questo caso e quelli descritti nelle tre prime osservazioni. Qui si trattava di un uomo piuttosto avanzato in età e molto malandato nella nutrizione, nel quale la pneumonite presentò caratteri adinamici. La pleurite sviluppossi lentamente, e con probabilità l'essudato da principio fu sierofibrinoso e poscia divenne purulento: almeno è lecito argomentarlo da ciò, che nella prima toracentesi, eseguita un mese e mezzo dopo il principio del male, il liquido estratto mostrò semplicemente sieropurulento, e soltanto la seconda volta, ossia nove giorni dopo, lo si trovò formato interamente da pus. In questo caso, secondo me, non si sarebbe trattato di una vera pleurite purulenta secondaria a pneumonite; ma di una semplice pleurite ad essudato sierofibrinoso, il quale si trasformò in purulento solamente più tardi.

Tutto l'andamento di quest'ultimo caso si accorda di più con ciò, che si legge nei trattati. Infatti notano gli Autori e fra gli altri il Fraentzel (1) che la pleurite secondaria a pneumonite da prima dà un essudato sierofibrinoso, il quale poi a grado a grado diventa purulento: assegnano come cause di tale trasformazione le cattive condizioni del malato, e danno come esito quasi costante la morte dell'individuo. Nell'ultima osservazione appunto l'essudato probabilmente si formò sierofibrinoso e poscia si fece purulento: esisteva certo un notevolissimo deperimento nella nutrizione dell'infermo e l'esito riescì letale. Io praticai due volte la estrazione del liquido quasi più per necessità di quello che con fondata speranza di ottenere una guarigione; e non giudicai prudente ricorrere ad atti operativi più energici, tenuto calcolo delle pessime condizioni dell'infermo e delle complicazioni sopraggiunte.

Ripigliando ora il discorso intorno ai primi tre casi, mi limiterò puramente a ricavarne quelle principali conclusioni che valgono a rischiarare la patologia di tale affezione.

Per ciò che alla etiologia si riferisce, negli autori non ho vista determinata la frequenza; ossia non si dice in quale proporzione si verifichi la pleurite purulenta,

(1) FRAENTZEL — Malattie della pleura nella Patologia e terapia medica speciale redatta dallo Ziemssen. Vol. IV, parte 2ª, Napoli 1883, p. 318.

rispetto ai casi di pneumonite. Ecco quanto posso dire per parte mia. Nella sezione medica dell' Ospedale Maggiore di Bologna a me affidata, negli anni 1882, 1883, 1884, 1885, 1886 e nel primo quadrimestre del 1887 si sono avuti in complesso 302 casi di pneumonite acuta: la pleurite purulenta si è verificata 3 volte. Quindi le mie personali osservazioni mi danno la cifra quasi esatta di 1 caso di pleurite purulenta sopra 100 casi di pneumonite.

Rispetto al sesso, i casi miei furono tutti di maschi: lo stesso dicasi di quelli osservati dal Prof. Brugnoli (1) nello stesso Ospedale. Anche dalle osservazioni da altri descritte, o semplicemente accennate, risulta, che quasi tutte a maschi si riferiscono. Inoltre nelle mie osservazioni ed in quelle del Prof. Brugnoli si trattava di uomini robusti e quasi tutti nel vigore dell' età. Da ciò risultano queste condizioni etiologiche, cioè che la pleurite purulenta secondaria a pneumonite si è verificata di preferenza nel sesso maschile, e per lo più in individui di media età e ben costituiti.

Circa la cagione di tale forma speciale di pleurite, dalle storie narrate evidentemente rimane escluso che possa dipendere da condizioni generali debilitanti, come opina l' Ewald (2); poichè si trattava di uomini sani, robusti e per nulla indeboliti; del pari non si può ammettere, come vuole il Wagner (3), la preesistenza di una pleurite comune, poichè tutti i soggetti ammalarono mentre si trovavano in istato di sanità. Le nostre osservazioni, se ci fanno respingere le dette condizioni, ammesse dai due scrittori or ora ricordati, non ci permettono peranco di dare una interpretazione rigorosamente dimostrata di tale avvenimento.

Nel descrivere i casi da me veduti, ho già parlato dei sintomi e delle loro differenze da quelli delle pleuriti purulente comuni; quindi, per non ripetere le cose dette, mi limiterò ad esporre in un quadretto comparativo le differenze più salienti fra le pleuriti suppurative dell' una e dell' altra specie.

Sintomatologia della pleurite purulenta ordinaria

Febbre molto alta, ordinariamente con accessi di freddo.

Stato generale gravissimo, smania, dolore di capo, prostrazione di forze, anoressia.

Intenso dolore al torace, molto affanno di respiro.

Edema della cute dal lato affetto.

Pus scorrevole, grigiastro, fetido.

Sintomatologia della pleurite purulenta secondaria a pneumonite

Temperatura non molto elevata, senza brividi ed accessi di freddo.

Stato relativamente buono; non sensazioni moleste; conservazione dell' appetito e delle forze.

Nessun dolore al torace, poco affanno di respiro.

Non edema cutaneo.

Pus cremoso, verdognolo, senza odore.

(1) BRUGNOLI — Mem. cit.

(2) EWALD — Mem. cit.

(3) WAGNER — Mem. cit.

Finalmente aggiungerò che l'esito della pleurite purulenta suole essere quasi costantemente infausto, laddove nei casi in discorso la guarigione si ottenne perfetta ed in un tempo piuttosto breve.

Rispetto all'esito non convien dimenticare che il pus chiuso nella cavità della pleura può aprirsi una strada pei bronchi e vuotarsi all'esterno; ma che ciò è raro ed eccezionale; invece nei miei ammalati si verificò appunto la evacuazione spontanea per la via bronchiale. A produrre tale avvenimento, agli infermi assai favorevole, deve aver contribuito lo stato di poca tenacità del parenchima polmonare per la recente pneumonite, cotachè il pus corrosa la pleura polmonare, trovando poca resistenza dall'organo sottostante, avrà potuto agevolmente attraversarlo per arrivare fino ai bronchi.

Ora supponendo una comunicazione fra il lume dei bronchi e la cavità della pleura perchè non avvenne un pneumotorace? È noto che in casi consimili in regola generale si forma appunto il pneumotorace, ma che per eccezione qualche volta ciò non avviene. Del qual fatto si danno due interpretazioni.

Colla interpretazione comune si ammette che la cavità della pleura comunichi col bronco mediante una fistola foggjata a valvola, in modo che si apra allorchè il pus entra dalla pleura nei bronchi, e viceversa si chiuda se l'aria od il pus stesso tenda a penetrare in direzione opposta, dai bronchi nella cavità pleurica. L'altra interpretazione è quella del Traube (1). Quest'autore ritiene che il pus corroda la pleura polmonare, penetri per filtrazione, come per una spugna, attraverso il tessuto del polmone, arrivi ai bronchi e si versi all'esterno, senza formare un vero canale. Tale fatto verrebbe favorito da ciò, che il pus dentro la cavità della pleura va soggetto a notevole pressione, la quale aumenta pel restringersi del cavo pleurico sotto i colpi di tosse e quindi supera la resistenza del tessuto polmonare e si infiltra attraverso di esso. Invece la forza, che sarebbe necessaria per aspirare l'aria dai bronchi, è debole, potendosi il torace poco o punto dilatare per lo stato infiammatorio della pleura stessa: così il pneumotorace non si verifica.

Relativamente ai casi descritti, per lo stato in cui dovevano trovarsi quei polmoni, difficilmente si concepisce la formazione di una fistola a valvola; ma si intende meglio il fatto colla interpretazione del Traube. Infatti il tessuto polmonare doveva trovarsi in istato meno tenace del normale, per la pneumonite avvenuta, e l'aria non poteva essere penetrata negli alveoli, sia per l'essudato, che in parte ancora li riempiva, sia per la compressione esercitata dal liquido endo-pleurale. Ora, dato che il pus sia giunto a corrodere in un punto la pleura polmonare, per lo stato poco resistente del polmone e per la pressione che subiva entro la cavità pleurica, facilmente sarà penetrato per filtrazione attraverso il parenchima

(1) TRAUBE — Verhandlungen der berlin. med. Gesellschaft. Tomo IV, p. 51 — citaz. del Fränzel — Malattie della pleura ecc.

fino ad arrivare ai bronchi. L'aria invece dai bronchi avrebbe dovuto vincere la resistenza sia del tessuto polmonare non distendibile, sia dell'essudato fibrinoso, ancor residuo negli alveoli, e superare la pressione sotto cui si trovava il pus dentro la cavità della pleura, la quale certo poco si dilatava. Date, come ripeto, queste condizioni, io intendo come l'aria non sia arrivata a penetrare attraverso il polmone fino nella pleura, e non siasi formato il pneumotorace. Anche la guarigione accaduta regolarmente ed in breve tempo si spiega meglio, ammettendo la interpretazione del Traube, di quello che la formazione di un canale fistoloso nel tessuto del polmone.

Ad ogni modo, qualunque interpretazione voglia accettarsi, sussiste sempre il fatto che in questi casi il pus si aprì spontaneamente una strada all'esterno pei bronchi, senza dar luogo nè al pneumotorace, nè ad altri inconvenienti, e che la guarigione riescì sollecita e duratura.

Riepilogo.

In individui robusti, nel vigore dell'età, durante il corso di una pneumonite acuta fibrinosa si è visto formarsi una pleurite ad essudato purulento. Ciò si è verificato prevalentemente nel sesso maschile, e secondo le mie personali osservazioni, una volta ogni 100 casi di pneumonite.

In questi casi la pleurite purulenta incominciò pochi giorni dopo cessata la febbre pneumonica, e si svolse senza dar luogo a sintomi locali o generali pericolosi: poichè si ebbe temperatura non troppo elevata, senza accessi di freddo; stato generale relativamente buono; conservazione dell'appetito e delle forze, nessun dolore al torace, poco affanno di respiro, e ciò in opposizione ai sintomi gravissimi, che suole offrire la pleurite purulenta ordinaria.

Il pus si mostrò denso, verdognolo, senza cattivo odore; ed apertosi spontaneamente una via fino ai bronchi, si evacuò all'esterno: non si verificò il pneumotorace od altro fenomeno rilevante e la guarigione si ottenne perfetta.



