



*All' Illustr. Prof. Galassi
omaggio dellettore*

173.21

CASO ECCEZIONALE

DI

PNEUMONITE ACUTA CRUPOSA

LETTURA

TENUTA NELL'ADUNANZA 1° LUGLIO 1879

DEL CIRCOLO DI SCIENZE MEDICHE E NATURALI DI SASSARI

DAL

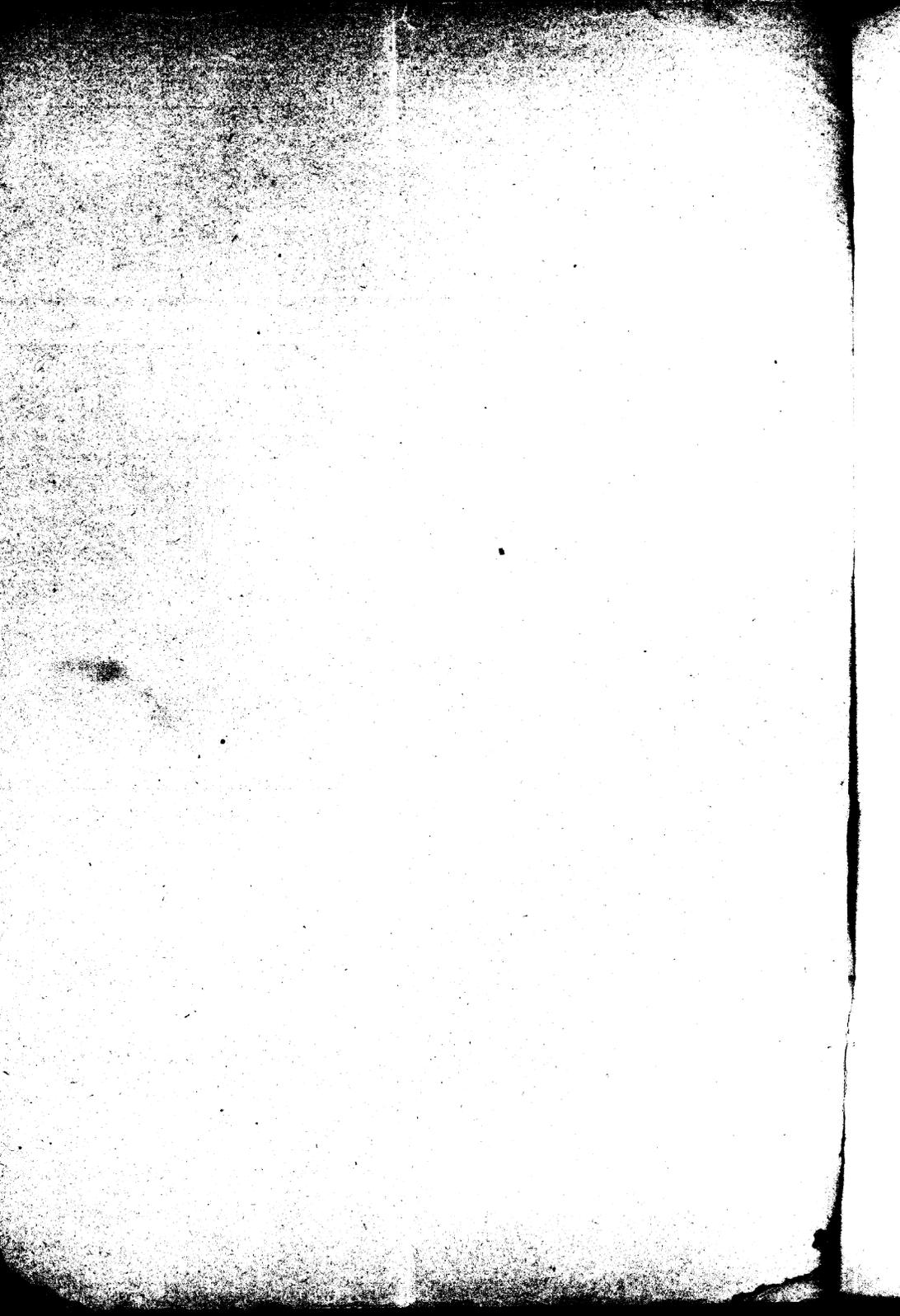
D.^R GIUSEPPE SILVESTRINI

Prof. ord. di Patologia speciale e Clinica medica

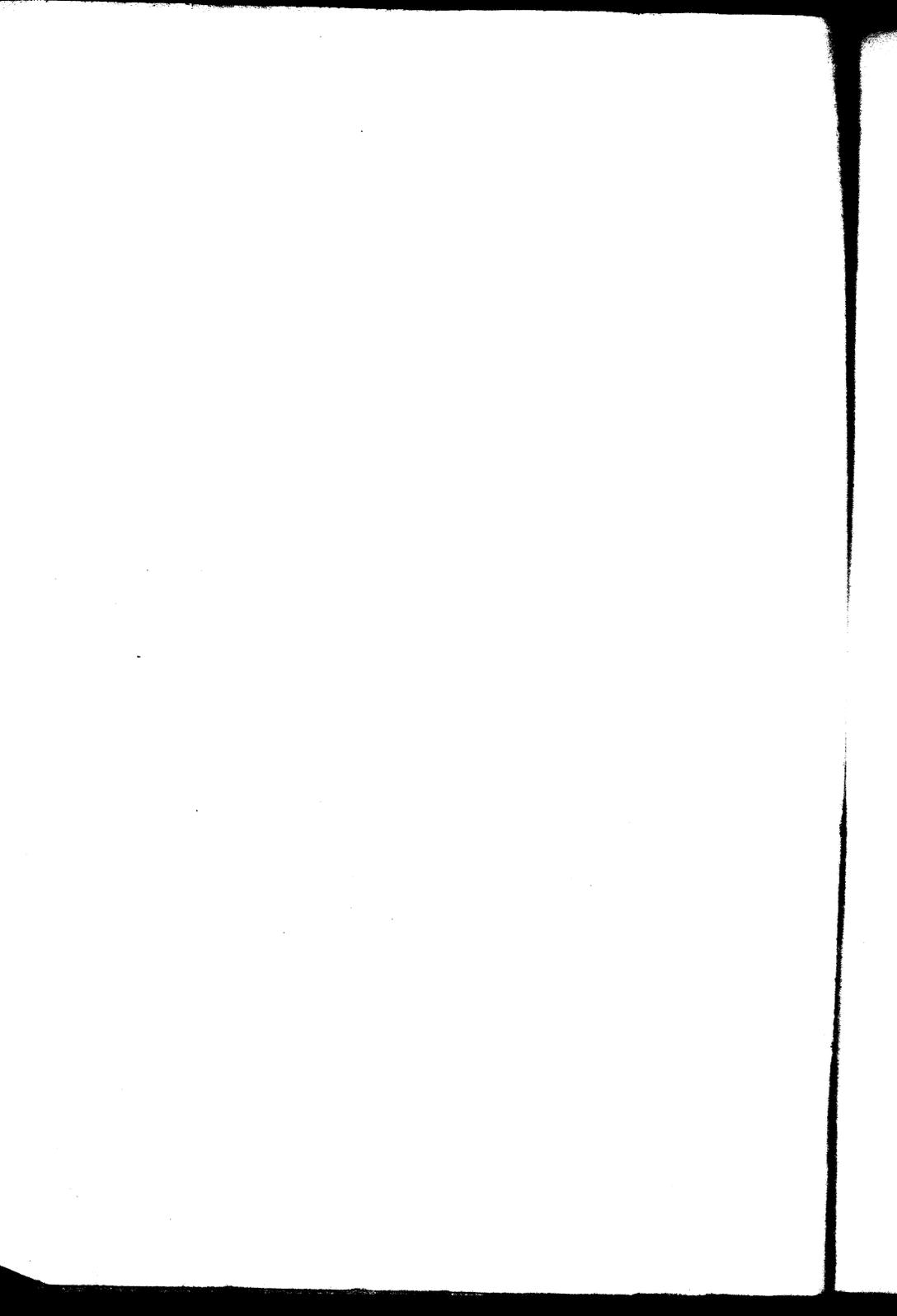
Presidente

del Circolo di Scienze Mediche e Naturali









CASO ECCEZIONALE

DI

PNEUMONITE ACUTA CRUPOSA

LETTURA

TENUTA NELL'ADUNANZA 1° LUGLIO 1879

DEL CIRCOLO DI SCIENZE MEDICHE E NATURALI DI SASSARI

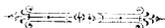
DAL

D.^{re} GIUSEPPE SILVESTRINI

Prof. ord. di Patologia speciale e Clinica medica

Presidente

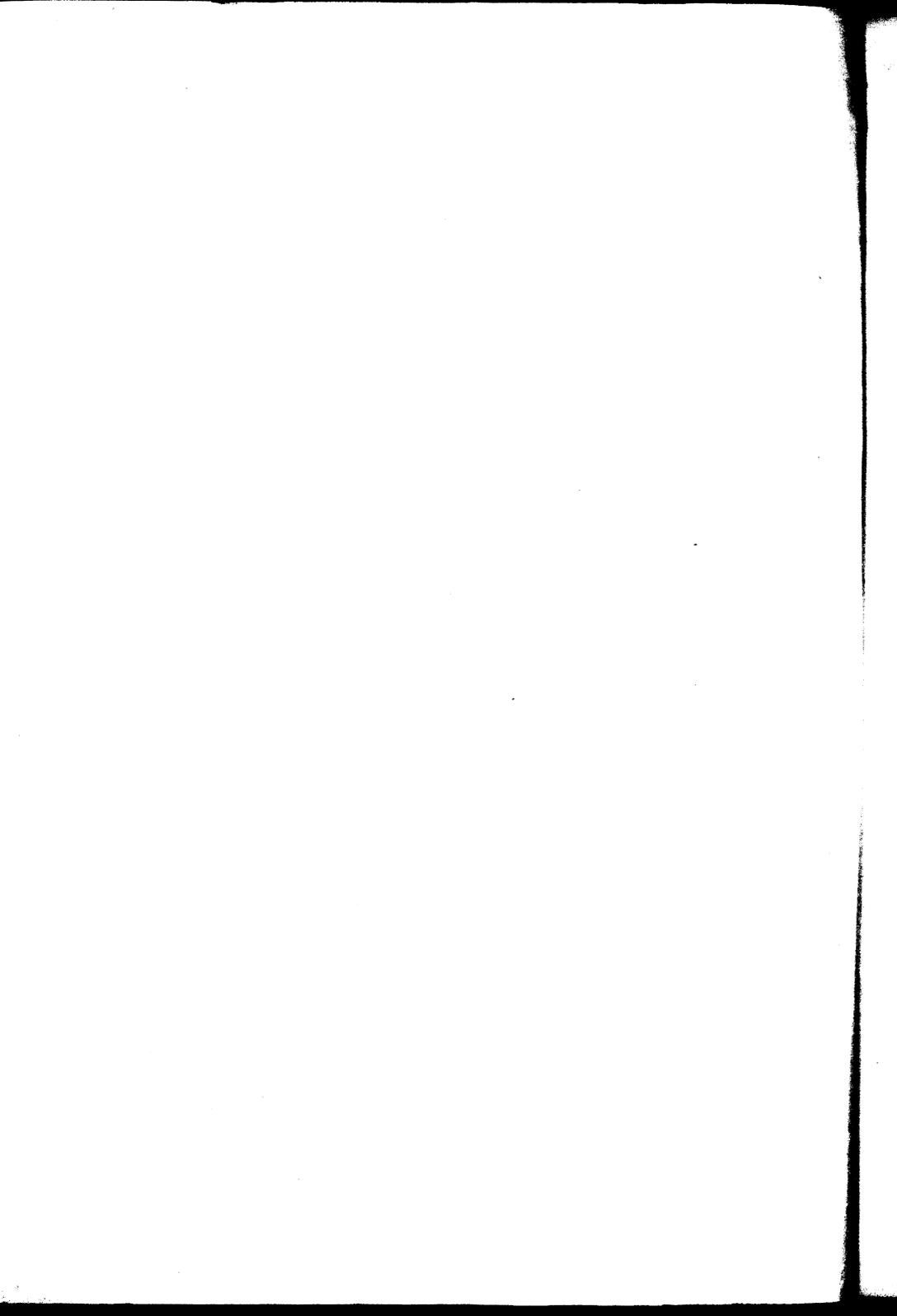
del Circolo di Scienze Mediche e Naturali



SASSARI

TIPOGRAFIA AZUNI

1879.



Signori,

« O quantum difficile est, curare
« morbes pulmonum! o quanto dif-
« ficilius eos cognoscere! »

BAGLIVI.

Il caso di pleuro-pneumonite acuta che mi accingo a narrare per la eccezionalità di alcuni sintomi e per la difficoltà della loro interpretazione, mi sembra di tale e tanta importanza, sì dal lato clinico quanto dal semiologico, che crederei commettere una grave omissione, se non lo sottoponessi al vostro illuminato giudizio.

Nella sera del giorno 8 maggio p. p. veniva urgentemente accolto dalla R. Clinica Medica, che ho l'onore di dirigere, un giovanotto, Muzio Agostino, di costituzione robusta e di ottima conformazione scheletrica. Da esso, che al momento dell'accettazione era, si può dire, agonizzante, non si poterono avere altri dati anamnestici all'infuori di questi; che era sofferente da sette giorni e che la sua malattia avea cominciato con febbre a cui si era aggiunto affanno di respiro sempre crescente. Egli degeva nel letto sul fianco sinistro, in posizione alquanto sollevata col tronco. La sua fisionomia esprimeva un gravissimo stato di ambascia; lo sguardo era privo di espressione, le labbra alquanto

cianotiche, la cute della faccia di colore terreo cupo e sudante per sudore freddo e viscoso. Interrogato, rispondeva con grande fatica lagnandosi di forte ambascia respiratoria, che era manifesta dalle rapide e quasi spasmodiche contrazioni dei muscoli respiratori e specialmente del diaframma. Avea il collo bene conformato, i muscoli sterno-cleido-mastoidei contratti, le fosse sopraclaveari e del iugulo bene pronunciate, vene iugulari esterne turgide costantemente, ed oscillanti per impulso trasmesso. Il torace ampio con fosse sottoclaveari poco profonde, muscolatura e pannicolo adiposo normali, cute sudante. All'ispezione oculare il costato sinistro si vedeva alquanto rotondeggiante specialmente nella regione anteriore, gli spazi intercostali immobili ma visibili; si notava però marcato rientramento del diaframma al lato sinistro e ad ogni atto inspiratorio, il quale si compiva quasi assolutamente a spese del costato destro per cui si avea spiccata obliquità nella respirazione. Palpeggiando il torace in ogni suo punto non si provocava dolore ed appoggiando la palma della mano in tutti i punti tanto a destra che a sinistra si percepiva un forte fremito per rantoli bronchiali. Facendo dire all'infermo alcune parole mentre si tenevano le mani appoggiate in vari punti della superficie toracica si notava spiccato fremito vibratorio ovunque a destra; assenza assoluta dello stesso anteriormente e nelle regioni laterali e postero-inferiore sinistra, indebolimento spiccato nella regione scapolare dello stesso lato. La percussione dava risonanza esagerata sempre a destra; suono timpanico, quasi cavernoso, a sinistra all'interno della fossa sotto-claveare per uno spazio della larghezza di un pezzo da dieci centesimi, ottusità assoluta in tutte le altre regioni, eccettuata la doccia vertebrale nella regione scapolare, ove essa ottusità era spiccata bensì, ma di grado minore. Percuotendo sì col dito che col martello si otteneva la più completa sensazione di inelasticità come se si percuotesse sopra una pietra. All'ascoltazione si sentivano rantoli bollosi a medie e grandi bolle in tutto l'ambito toracico, più manifesti e numerosi a destra che

a sinistra, ove il murmure vescicolare, che pure al lato opposto confusamente si percepiva, *era del tutto assente*. Posteriormente a sinistra nella doccia vertebrale della regione scapolare, si aveva respirazione bronchiale non molto intensa e senza timbro metallico, all'imbasso silenzio assoluto. La voce chiaramente sillabata si trasmetteva con debole rinforzo a sinistra nella regione scapolare, *con timbro nasale e manifestamente tremulo* in tutta la regione scapolare e specialmente lungo una linea che partendo dalla scapola fosse diretta al capezzolo della mammella. Facendo all'infermo sillabare afonicamente la parola *trentatre*, si sentiva *distintamente la trasmissione di tutte le lettere, meno l'ultima r*, per cui si aveva la parola *trentaté*, nelle regioni ascellare e scapolare, nonchè nella doccia vertebrale fino alla base del torace. La misurazione del torace alla papilla mammaria dava 46 centimetri d'ambo i lati.

Il cuore non si vedeva ne si sentiva pulsare la sua area di ottusità si confondeva completamente con quella che si riscontrava in tutto il torace sinistro, per cui era impossibile la misurazione; solo si potè ripetutamente osservare che il limite destro di detta area sorpassava il margine sternale dello stesso lato per ben *tre centimetri* in corrispondenza del 3° e 4° spazio intercostale.

Il fegato nulla ci offriva di rimarcabile; l'area splenica, sebbene confusa completamente colla toracica, la quale senza interruzione come si disse, arrivava fino alle ultime coste, pareva ingrandita. L'addome non presentava nulla di rimarchevole. Polsi radiali piccoli (160^p per min.) fuggevoli, le estremità superiori fresche, le inferiori abbastanza calde. Temperatura ascellare 39, 2° C.

In quello stato così grave che non ammetteva indugio qualora si volesse tentare di portare giovamento all'infermo si decise di praticare la toracentesi, previa però una puntura esploratoria. Difatti, fatto sedere l'infermo sul letto e convenientemente sostenutolo, si infisse un tre quarti esploratore del dia-

metro di millimetri due nel settimo spazio intercostale, nella linea scapolare, ed estratto il punteruolo non si vide uscire nemmeno una goccia di liquido. Fatta l'aspirazione sulla cannula infissa si ebbe il medesimo risultato, ed avvicinato l'orecchio alla estremità della cannula mi venne dato di udire un piccolo crepitio come di bollicine d'aria che scoppiavano negli atti espiratori. Si estrasse quindi la cannula, e dalla piccola ferita non uscì nemmeno una goccia di sangue. Allora si praticò un salasso dal braccio destro estraendo circa una libbra di sangue, e si prescrisse all'infermo un po' di vino generoso. Mezz'ora dopo la dispnea era molto diminuita, i rantoli tracheali e bronchiali quasi scomparsi, l'espressione della fisionomia molto migliorata, la temperatura era discesa a 37. 3 C., il polso a 90, ed era sufficientemente ampio, le respirazioni a 45 per minuto.

Dagli esposti sintomi offertici al momento dell'accettazione dell'ammalato Muzio Agostino, risulta, come non si dovesse punto esitare sulla diagnosi di pleurite essudativa sierosa sinistra. Difatti, l'espansione maggiore del normale del torace sinistro, che si rilevava e colla ispezione e colla misurazione (la quale ultima dava centimetri 46 come al lato opposto, mentre è noto che a sinistra si hanno, nei non mancini come il Muzio, sempre due o tre centimetri in meno); l'immobilità del torace sinistro e degli spazi intercostali negli atti respiratori; il rientramento inspiratorio del diaframma da quel lato; l'assoluta mancanza del murmure vescicolare nella regione interna della fossa sotto-claveare, ove si avea risonanza timpanica, come sempre avviene nelle pleuriti essendo il lembo anteriore del polmone enfisematoso ed addossato alla parete costale; la respirazione bronchiale debole e percepibile soltanto nella doccia vertebrale; la voce trasmessa con timbro nasale spiccatamente tremulo; la trasmissione chiara della voce *afonicamente sillabata*; lo spostamento del cuore verso destra; sono sintomi tutti che depongono quasi indubbiamente per un abbondante essudato endopleurico.

Poichè se è vero che una epatizzazione del polmone può dare una respirazione obliqua, ciò avviene specialmente in allora che il dolore puntorio per la concomitante pleurite è intenso, nel qual caso però sussiste sempre un po' di mobilità degli spazii intercostali, mobilità che mancava completamente nel nostro caso. Che se pure si voglia ammettere che in conseguenza di estesa pneumonite e quindi di impervietà più o meno completa di un polmone si abbia talora immobilità del torace affetto durante gli atti respiratori, questa immobilità non è mai così assoluta come negli abbondanti versamenti endopleurici pei quali soltanto, d'ordinario, si può avere la completa paralisi dei muscoli intercostali e del diaframma.

Se è vero ancora che in qualche raro caso di solidificazione polmonale per pneumonite può mancare talvolta il fremito vibratorio fonico per occlusione diffusa e completa dei bronchi, in conseguenza di abbondante essudato denso e tenace (la quale occlusione evidentemente deve impedire il propagarsi delle vibrazioni sonore laringee) esso fremito nelle pneumoniti, le quali assai raramente possono colpire tutto un polmone, si riscontra assente in qualche limitata provincia, ma spiccato in altre, e non mancante del tutto ovunque come nel nostro caso, analogamente cioè a quanto solo si osserva negli abbondantissimi essudati endopleurici.

Egli è ben vero che Federico Roberts accenna a fatti rarissimi di pneumoniti a consolidazione *estesa e polposa* per rapida essudazione, nelle quali manca il fremito pettorale; ma egli è esatto eziandio che nei versamenti endopleurici, per solenne testimonianza di tutti, o pressochè tutti gli autori, tale mancanza è di gran lunga più frequente, per non dire costante; ed è vero ancora che dato il caso di assenza di fremito nella pneumonite per occlusione dei tubi bronchiali, essa assenza è uguale ovunque, ove esiste l'ottusità alla percussione, e non si limita soltanto nelle regioni anteriori e laterali, persistendo la vibrazione notevolmente indebolita nella doccia vertebrale, regione

scapolare, come avviene nella pleurite essudativa; nella quale, come è noto, il polmone è cacciato verso quella regione ed ivi compreso, schiacciato, addensato. Di più perchè il fremito sia assente nella pneumonite è d'uopo si abbia come si disse l'occlusione completa dei bronchi, lo accennano la maggior parte degli autori; nel caso nostro però un tale fatto non era ammissibile, poichè non si saprebbe comprendere una occlusione bronchiale, ove chiaramente si udivano in gran copia rantoli bollosi a medie e piccole bolle diffusi in tutto l'ambito respiratorio, rantoli che non avrebbero potuto mai formarsi se non fosse stato possibile il passaggio dell'aria attraverso tubi contenenti una certa quantità di liquido tenue, il quale per lo stesso passaggio dell'aria veniva appunto a sommuoversi in bolle scoppianti.

Dissi più sopra, che nel caso attuale il torace sinistro era espanso alquanto più che nello stato normale, che gli spazii intercostali si inferiori che superiori di quel lato erano immobili, ed il diaframma rientrante ad ogni atto inspiratorio. Tali fenomeni, non è d'uopo dirlo, se possono indicare talora tanto una estesa pneumonite, quanto una pleurite ad abbondante essudato, egli è certo però che nella prima condizione sono di gran lunga meno appariscenti, poichè un polmone totalmente epatizzato non supera di grandezza il volume di un polmone sano nella sua massima distensione, come si ottiene nelle più profonde ispirazioni, e perchè il diaframma si contrae convenientemente, in ispecialità in quei casi in cui il processo pneumonico incominciò a svolgersi all'apice polmonale.

L'ottusità e l'inelasticità alla percussione, quali segni fisici dinotanti la mancanza d'aria nelle provincie polmonali corrispondenti al punto percorso, possono appartenere alle più svariate condizioni patologiche, sempre che sieno di tale natura da solidificare il polmone per essudati, o neformazione, oppure da comprimerlo notevolmente, come avviene nei casi di essudati o di tumori endopleurici. E se tale ottusità può nella pneumonite raggiungere il massimo suo grado, *tanquam percussio*

femoris sonitu, specialmente allora che secondo il già citato Roberts, in uno al processo crupale esiste notevole congestione ed edema del polmone, egli è certo che i casi di mutezza così assoluta in tutto l'ambito respiratorio di un lato, meno un piccolo spazio nella regione interna della fossa sottoclaveare, sono eccezionalmente rari, e perchè è rarissima una così estesa e totale pneumonite, e perchè ancora un simile modo di distribuzione della ottusità e della risonanza timpanica è, si può dire, caratteristico degli abbondanti essudati pleurali. Si poteva però ragionevolmente osservare che a detta dell'infermo eravamo soltanto in ottava giornata di malattia, e che è assai difficile quindi, in un così breve spazio di tempo si formi un così abbondante versamento sieroso per pleurite acuta.

Una tale obiezione era certamente di grave valore, ed io non trascurai di muoverla a me stesso, ma se si considera in primo luogo che vi hanno casi di pleurite essudativa in cui il versamento (come vidi io stesso in un caso osservato nella Clinica Medica di Padova, in cui, vivente il mio maestro il Pinali, si dovette ricorrere d'urgenza alla toracentesi per totale versamento pleuritico sinistro in settima giornata di malattia) si compie in brevi giorni; e se, dico, si considera ancora che dalle brevi parole dettateci dall'infermo, la sua malattia aveva avuto un decorso irregolare, talchè gli fu possibile alzarsi da letto nei primi due giorni, nei quali come si vedrà non ebbe che qualche leggero colpo di tosse irritativa senza escreato, quella obiezione perdeva valore. E tanto più ne perdeva inquantochè nel caso concreto la completa ottusità in tutto l'ambito del torace sinistro, meno un limitato punto nella fossa sottoclaveare, non mi venne mai fatto d'osservarla che negli abbondanti versamenti endopleurici, come da pressochè tutti gli autori è accennato in modo da farne un segno caratteristico della stessa pleurite.

Tuttavia ad onta di tanti fatti ricorremo alla esplorazione del cuore per vedere se fosse o meno spostato, ma non ci fu

possibile precisare con nessun mezzo ove pulsasse la punta. Però fatta la percussione potemmo agevolmente stabilire che il margine destro del destro ventricolo era sporgente per oltre tre centimetri dalla linea parasternale destra, chiaro quindi appariva uno spostamento a destra del centro circolatorio. Or bene, un simile spostamento del margine destro del cuore, non si osserva che, o per lesioni proprie del centro circolatorio, di cui nel caso nostro non si avevano sintomi, o per pressione esercitata da essudati abbondanti endopleurici del lato sinistro, dei quali è un sintoma costante. Ma ciò non basta; che se ancora restava qualche dubbio altri segni fisici di maggior importanza avevamo a valutare. E fra questi primi fra tutti meritano speciale considerazione quelli offerti dalla ascoltazione. Non parlerò della respirazione bronchiale la quale, com'è notorio, può essere causata così dalla essudazione pneumonica come dalla compressione del polmone per liquido eudopleurico, sebbene nella prima di queste condizioni quando completa è la solidificazione polmonare essa respirazione acquista sovente quel timbro metallico che le meritò il nome di *soffio tubario*, e nella seconda abbia un carattere particolare di acuzie e di timbro, come avevamo nel nostro infermo.

Accennerò piuttosto al fatto importante che si avea nel caso nostro della esistenza di questa respirazione bronchiale nella doccia vertebrale e nella regione scapolare, andando essa a sparire completamente nelle regioni inferiori, ove si constatava un completo silenzio, al pari che nelle altre regioni. Un tale fatto è noto, e non si può agevolmente spiegare che ricorrendo alle leggi di distribuzione d'un liquido libero nella cavità pleurica. Diffatti, qualora il polmone sia libero di aderenze, raccogliendosi un liquido nella cavità pleurale, esso polmone, organo contenente aria, galleggia fino a che può sopra il liquido; ma come questo vada crescendo, il polmone rimane compresso in modo da divenire atelelasico, e ricacciato colà ove è fisso, vale a dire verso la colonna vertebrale. Nel qual luogo appunto si avverte la respi-

razione bronchiale modificata nel timbro per la presenza del liquido stesso endopleurico, e dovuta allo stato di addensamento della parenchima del polmone.

Nei grandi versamenti endopleurici poi, essendo notevole lo schiacciamento subito dal polmone, avviene che solo alla citata regione si avverte quella speciale respirazione bronchiale, la quale se non è caratteristica di un versamento, è per lo meno di una notevole importanza semiologica, specialmente allora che nelle altre regioni si ha o il progressivo indebolimento del murmure vescicolare, oppure il più assoluto silenzio. Tuttavia sebbene su questi caratteri si possa il più delle volte riporre fidanza, pure è prudente non basarsi su di essi in quei casi di dubbia diagnosi, od in quelli in cui si voglia mediante un atto operativo estrarre il liquido essudato; tanto più ciò è prudente in quanto che esistono altri segni fisici a ragione ritenuti di più sicura significazione. Voglio dire quelli offerti dalla ascoltazione della voce, sia normalmente articolata che afonicamente sillabata. Nel primo caso avviene che qualora esiste un liquido endopleurico, il timbro della voce in alcuni punti non si modifica, mentre in altri acquista un carattere del tutto particolare, dagli autori detto, voce di *Pulcinella*, voce *egofonica* o *caprizzante*, che io con parecchi autori amo distinguere col nome di *voce nasale e tremula*. Orbene, nella pleurite essudativa, ripeto, questo fenomeno si avverte non di rado, ed in ispecialità, come accennavano il Laennec ed il Chomel nella regione interscapolare, e come stabilirono poi Oppolzer, Niemeyer, Skoda, Gerardt, Gutmann, ecc., lunghesso una linea che partendo dal capezzolo della mammella va orizzontalmente alla doccia vertebrale. Varie furono le interpretazioni date a questo segno fisico che fino già dai tempi del citato Chomel venne ritenuto di sommo valore e quasi caratteristico della pleurite, mentre il Valleix e molti altri non lo ritennero punto di tanta pratica importanza.

Non è mio compito discutere se valga meglio per la sua interpretazione, l'opinione del Laennec avvalorata dagli esperi-

menti di Skoda, che ritiene il fenomeno in discorso sia dovuto esclusivamente alla presenza del liquido endopleurico in una data quantità, oppure quella che lo vuole causato e dal liquido e dallo schiacciamento dei bronchi, per cui questi vengono a rassomigliare ad una piva di oboè; oppure ancora quella che sia dovuto ad infiltrazione sierosa peribronchiale e liquido endopleurico, essendo addensato il parenchima polmonare, per cui il suono laringeo venga trasmesso lungo i tubi bronchiali e modificato pel liquido in modo da acquistare un timbro nasale ed un carattere tremulo.

Non discuterò ancora per vano lusso scientifico, se sieno o meno esatte queste opinioni, tanto più che il caso veramente eccezionale che vi narrai, potrà forse svelarvi meglio di qualunque ragionamento quale di queste opinioni sia la più attendibile.

Per ora, qualunque delle tre citate più importanti interpretazioni si accetti, egli è certo dovrebbe essere condizione *sine qua non* per la produzione del fenomeno in argomento un liquido endopleurico, tuttochè si accerti da molti autori che il carattere nasale della voce si possa avere anche pel semplice fatto dell'addensamento del polmone con infiltrazione sierosa dello stesso, come fra gli altri lo ebbero a notare il Valleix, Oppolzer, lo Skoda, l'Aitken, il Roberts, che lo constatarono nella semplice pneumonite con edema. Però se i citati autori udirono l'egofonia in questa ultima condizione patologica, egli è certo che la speciale ubicazione del fenomeno in quella linea che chiameremo *scapolo-mamillare* costituisce un fatto importantissimo per la probabilità, se non certezza, della esistenza di un liquido endopleurico. A tutto ciò si aggiunga ancora, la mancanza assoluta di trasmissione della voce nella regione postero-inferiore del torace, ove pure si udivano rantoli bollosi a medie e piccole bolle, il che ci dinotava pervietà dei tubi bronchiali, e noi avremo in tutto e per tutto i più spiccati fenomeni di un versamento endopleurico. Ma tutto ciò ancora non basta poichè facendo sillabare afoNICAMENTE all'infermo la parola *trentatre*, usando nell'ascoltazione

tutte le cautele suggerite dall'illustre prof. Baccelli, tale parola si trasmetteva nettamente all'orecchio di chi ascoltava, come lo ebbero a constatare tutti gli allievi che erano presenti e quella sera ed al seguente mattino.

Quale sia l'importanza di questo segno fisico datoci dagli accuratissimi studi del Professore romano, non sarà necessario che io ora ricordi a voi, egregi Colleghi, poichè furono così solleciti tutti i medici ad apprezzare come si merita un tale segno diagnostico che oggi sarebbe spendere vane parole onde volerlo dimostrare. Non è guari io stesso nella *Gazzetta Medica italiana delle Provincie Venete*, prendendo occasione di riferire su di una interessante memoria del dott. Trippier, nella quale l'autore per sue osservazioni assicurava non meritare il segno fisico del Baccelli quella fiducia che in esso veniva riposta, poichè lo si poteva constatare e nella Pleurite come nella Pneumonite e nella Tuberculosis del polmone con caverne, io stesso dico, dichiarai essere inesatte le osservazioni del Trippier e meritare quel segno ogni fiducia nella diagnosi di liquidi endopleurici e della loro natura, densità e corpuscolazione. Comanderete quindi di leggeri che se io, dietro osservazioni fatte sotto la direzione del Baccelli stesso, che noi tutti ci gloriamo di aver nominato socio onorario di questo Circolo, e dietro osservazioni mie proprie, sostenni altra volta la somma importanza di questo segno diagnostico, nel caso che avevo dinanzi ascoltando come la voce afonicamente sillabata si trasmettesse colla massima chiarezza, non esitassi un solo istante a giudicare che in verità si trattava di versamento endopleurico per essudato di tenue densità e di poca corpuscolazione.

E tanto più mi confermava in questo giudizio diagnostico, inquantochè fra gli altri segni fisici non ve ne era uno solo di opposta significazione.

Egli è ben vero che all'esame dell'infermo si osservarono non dubbii segni di edema polmonare bilaterale, edema che come è noto, è più frequente nella pneumonite che nella pleurite, ma

qual valore poteva avere questo fatto di fronte agli altri di così decisiva importanza? Tuttavia, qualche dubbio restava nell'animo mio, e si fu per ciò appunto che visto lo stato gravissimo e senza speranze dell'ammalato, in uno che mi decideva a tentare la toracentesi, onde cautamente procedere, anzichè servirmi di un comune trequarti come sono solito di praticare nei casi di non dubbia diagnosi, ne adoprai uno sottile onde fare una puntura esploratoria, riservandomi di adoprarne uno di maggiore diametro se liquido veniva constatato nella cavità pleurica, come è prudente di fare in ogni caso di dubbia diagnosi.

Collocato infatti, come si disse, l'infermo in adatta posizione, infissi profondamente il sottile trequarti esploratore al settimo spazio intercostale nella linea ascellare posteriore, sito questo di elezione più comunemente prescelto, ed estratto quindi il punteruolo, non vidi una sola goccia di liquido uscire dalla cannula.

Per togliere ogni dubbio che qualche materiale ostacolo impedisse l'uscita del liquido, se liquido c'era, praticai l'aspirazione tenendo in sito la cannula, ma anche con questo mezzo non una sola goccia di liquido venne estratta. Avvicinando l'orecchio alla estremità della cannula mi venne dato di udire allora un piccolo crepitio come di bollinine aeree che penetrassero ed uscissero dalla medesima, per cui giunto alla conclusione che il trequarti era stato infisso nel polmone, estrassi la cannula.

Non si ebbe nemmeno una goccia di sangue, nè alcuno sputo colorato, nè l'ammalato accusò verun particolare sintomo in conseguenza di tale puntura che riuscì perfettamente innocua.

In allora persistendo, anzi aggravandosi tutti i sintomi, feci praticare un salasso al braccio destro, e quale fosse l'effetto di questa sottrazione sanguigna, l'abbiamo già altrove accennato.

I fenomeni dispnoici andarono mano mano scemando, così chè diminuita notevolmente la febbre e la dispnea l'ammalato potè nella notte, sorretto da qualche bevanda eccitante, prendere un po' di riposo.

Al mattino seguente, sebbene la febbre si fosse di nuovo aggravata (39, 3° C.) e persistessero i medesimi segni fisici, e l'ammalato fosse sempre in uno stato assai grave, potemmo raccogliere i seguenti dati anamnestici.

Figlio di genitori sani, condusse sempre una vita regolare nella sua giovinezza e non ebbe mai a soffrire di alcuna malattia di qualche entità. Recatosi a lavorare nelle ferrovie in costruzione fra Bonorva e Macomer, non ebbe disturbi di sorta fino all'attuale malattia. Era la sera del 7 di maggio quando stanco e sudante per la fatica giornaliera s'adagiò per riposarsi alquanto fuori della porta della capanna che lo ricoverava. Era una sera fredda ed umida, per cui ad onta egli volesse colà rimanere, assalito da alcuni brividi di freddo al dorso fu costretto a ritirarsi e gettarsi sopra il letto. Il freddo però crebbe di intensità e si protrasse oltre alle 9 ore, trascorse le quali ebbe calore violentissimo che verso all'alba andò mano mano declinando. Si alzò dal letto per ritornare al lavoro, ma un molesto senso di malessere e di stanchezza e qualche difficoltà negli atti di respirazione lo decisero a rimanere per quel giorno a domicilio, sperando tutto dovesse dileguarsi. Ma ecco che la difficoltà a respirare andò sempre crescendo e con essa il malessere generale per cui non potè abbandonare la sua abitazione ad onta che ripetutamente tentasse di alzarsi. Il giorno 7 visto che lo stato suo andava ad aggravarsi si fece condurre all'ospedale, di dove passò nella clinica. In quei pochi giorni non ebbe mai tosse, mai escreti, non dolore puntorio, ma un senso di adolentimento al torace sinistro; la febbre, egli disse, non era sempre eguale, ma presentava delle oscillazioni abbastanza rilevanti.

Ripetuto l'esame fisico si ebbero gli stessi risultati della sera antecedente, non uno eccettuato, e potei di nuovo far constatare ai miei allievi la chiara trasmissione della voce afonicamente sillabata ed il carattere nasale e tremulo della voce normalmente sillabata, in uno alla limitata respirazione bronchiale, alla mancanza di fremito, alla diffusa e più completa mutezza alla percussione.

ecettuata la regione sotto claveare ove la risonanza era timpanica. Il torace si manteneva sempre più ampio a sinistra che a destra, gli spazii intercostali immobili. Il cuore, del quale non potevamo scuoprire ove battesse la punta, sporgeva spiccatamente col suo margine destro oltre la linea parasternale dello stesso lato, dalla seconda costa al quarto spazio intercostale, per tre centimetri e mezzo. I toni cardiaci erano profondi, il primo all'orificio mitrale sostituito da un leggero soffio.

Nella notte l'ammalato in seguito a rari colpi di tosse ed a movimenti di raschiamento emise 250 c. c. di escreato, avente i seguenti strani caratteri:

Liquido leggermente filante di colore d'ambra gialla, perfettamente simile al siero del sangue, reazione alcalina bene spiccata; Densità 1040; Filtrato non lascia quasi alcun residuo sul filtro, trattato al calore ed acido acetico o all'acido nitrico coaguala quasi completamente per albumina, presenta appena tracce di mucina contiene scarsa copia di cloruri, tracce di fosfati. Sulla superficie del liquido, galleggiano due o tre piccoli sputi schiumosi e qualche piccolo fiocco di fibrina. Lasciato a sè alcune ore questo liquido, si formano alcuni fili opachi di fibrina coagulata (bradifibrina). Esaminati al microscopio i fiocchi galleggianti sul liquido e lo scarso sedimento, si riscontrano ammassi fibrinosi in quantità, molti epiteli pavimentosi, qualche epitelio cilindrico, molti leucociti ed alcune emasie.

Le urine emesse nella notte furono in quantità di 400 c. c. Dens. 1050, reaz. acida, non contenevano albumina, avevano cloruri scarsi, solfati normali, fosfati di calce scarsi, di magnesia normali, abbondanti gli urati e l'urea.

Nella stessa mattina presentava la temp. di 39, 3, il polso era a 170, le respirazioni 58. Andò gradatamente aggravandosi, la respirazione si fece sempre più difficile ed affannosa, le estremità divennero fredde e livide, ed alle ore 12 e $\frac{1}{2}$ morì con fenomeni di asfissia, essendo all'ora della morte la temperatura discesa a 36 C.

Appena ebbi occasione di esaminare l'escreato che era stato diligentemente raccolto, nel vederlo di un aspetto del tutto nuovo per me, mi venne il dubbio che per avventura l'ammalato o qualche persona di servizio avesse versato dell'acqua nella patella, ma ben tosto avendo l'ammalato qualche leggero colpo di tosse potei accertarmi che in realtà quel liquido simile del tutto al siero sanguigno o se vuolsi ai liquidi di essudazione delle sierose, usciva dai suoi organi respiratori. Ormai visto l'esito della puntura esplorativa, constatato il progressivo aggravarsi di tutta la fenomenologia clinica, constatata la presenza dell'edema polmonare costituito da quel liquido che più che trasudato doveva chiamarsi essudato, e per la quantità di albumina che conteneva e per l'abbondanza di fibrina, non mi rimaneva più alcun dubbio sulla diagnosi, poichè soltanto una pneumonite poteva presentarsi con tali sintomi. Diffatti non mancai di far notare agli allievi la strana coincidenza di segni fisici e di perturbamenti funzionali che avrebbero depresso senz'altro per una grave raccolta di liquido nella cavità pleurica, e di fenomeni di essudazione polmonare che non potevano corrispondere che ad una pneumonite cruposa totale del polmone sinistro.

Rimanevano però sempre alcune incognite che era duopo rischiarare; voglio dire, 1.° il modo di decorso della pneumonite nei primi giorni del suo sviluppo; 2.° l'apparente spostamento del cuore verso destra; 3.° l'escreato del tutto nuovo per me e per quanto mi consta per la massima parte degli autori. Riguardo alla prima delle incognite, esaminando l'infermo mi fu agevole constatare come la milza fosse ingrossata ed alquanto dolente, e ponendo a raffronto questo fatto colla circostanza che l'infermo, sebbene mai avesse decisamente sofferto di febbri da malaria, pure proveniva da un paese dell'interno dell'isola dove le febbri dominano e mietono non poche vittime, e con quello constatato dall'irregolare decorso della febbre nei primi giorni di malattia, non dubitai che la pneumonite avesse assunto un de-

corso così grave e strano per la influenza malarica, e che fosse una vera pneumonite malarica. Poteva ancora sorgere il dubbio si trattasse di pernicioso pneumonica, ma un tale dubbio cadeva tosto dinanzi alla considerazione che nella pernicioso pneumonica la pneumonite non raggiunge mai lo stadio della epatizzazione e nel nostro caso il polmone era epatizzato e come epatizzato!

Riguardo al secondo fatto, vale a dire allo spostamento del cuore, pensai tosto che tale spostamento poteva essere apparente, potendo il cuore spingersi verso destra pel semplice fatto della dilatazione del destro ventricolo per l'inceppamento della circolazione polmonale. Se mi fosse stato possibile determinare ove battesse la punta del cuore, ogni dubbio sarebbe stato immediatamente risolto, ma come dissi la punta del cuore era irripetibile ad ogni mezzo di investigazione, per ragioni facili a comprendersi.

Non restava quindi che proporsi a sciogliere il seguente quesito:

Dato un caso di pneumonite totale sinistra può il ventricolo destro dilatarsi di tanto da arrivare oltre il margine sternale destro come nel caso attuale pel solo fatto dell'inceppamento di circolazione? Al quale quesito la risposta ne convengo non era troppo facile.

In generale dato un forte ostacolo circolatorio polmonale il ventricolo destro può dilatarsi di molto, ma nel caso attuale benchè ci fossero dati sufficienti a giudicare che la circolazione nel polmone destro era di molto inceppata, pure si doveva notare che per un fatto strano avevamo in tutto l'ambito polmonale un forte trasudamento sieroso, trasudamento che, come è ben naturale poteva far diminuire la tensione endovasale e quindi non produrre una eccessiva dilatazione del destro ventricolo. Dunque ne veniva la conseguenza che la risposta al propositomi quesito era per lo meno molto dubitativa, e quindi sorgeva il dubbio che il cuore fosse così dilatato nel destro ventricolo per

qualche fatto non bene determinabile. Mediante l'ascoltazione del centro circolatorio si avvertiva un leggero soffio che sostituiva il primo tono alla mitrale; ora questo soffio era dovuto forse a sconcerto funzionale e per la febbre e per quelle degenerazioni dei muscoli che accompagnano sempre le malattie infettive e le elevate temperature, e che sono forse dovute al tramutamento della miosina in sintonina? oppure era dovuto a lesioni dell'apparato valvolare?

Quest'ultimo fatto sembrava il più probabile, però non mi azzardai a formulare un assoluto giudizio diagnostico, sia per la brevità dell'osservazione che rende impossibile una diagnosi esatta, sia ancora in conseguenza delle tante incognite che si affacciavano alla mente. In conseguenza di ciò, piuttosto che correr rischio di commettere un grossolano errore, preferii, come è mio metodo, lasciare pressochè indisciplto il quesito. Comunque la necropsia sarebbe stata interessante nel caso di lesione dell'apparato valvolare onde dilucidare il dubbio se un soffio sostituito il primo tono sia dovuto ad insufficienza della valvola, come si ritiene da pressochè tutti gli autori, oppure a stenosi dell'orificio come ritengono il clinico di Roma ed i pochi ma forti suoi seguaci.

Finalmente la terza fra le incognite a conoscersi veniva offerta dall'escreato del tutto speciale, che venne espulso o per meglio dire fuì dagli organi respiratori del nostro infermo. — Nella pneumonite cruposa è noto si ha sovente un escreato liquido (idrorrea) pel suo aspetto chiamato *succo di prugne*; era forse tale nel caso nostro! Certo che no, nè v'ha dopo dimostrarlo che tutti sanno quali sieno i caratteri di questo escreato di pessimo segno pronostico, perchè dovuto ad incipiente edema polmonale. Nel caso nostro però c'era l'edema del polmone, come ne facevano fede i rantoli bollosi che si udivano ovunque; ma l'escreato liquido per idrorrea degli individui affetti da edema non è mai simile al siero di sangue, nè mai contiene albumina in tanta copia come nel caso attuale.

Di più l'escreato dell'edema polmonale, sia esso o meno simile al succo di prugne, ha l'aspetto ed i caratteri chimici di un trassudato, perchè tale è in realtà, e nel nostro caso a nessuno può sorgere dubbio che quell'escreato così ricco di albumina e di fibrina, non fosse dovuto ad una vera essudazione albuminosa e fibrinosa anzichè ad una trassudazione meccanica.

Ne concludo quindi che non si poteva ammettere punto l'identità coll'escreato dell'edema del polmone.

Fra i molti autori che consultai in proposito in nessuno trovai menzione di un simile fatto; i soli Roberts e Primavera parlano di qualche cosa di analogo ma non di eguale. Il Roberts accenna a casi eccezionali in cui l'escreato nella pneumonite fu nell'aspetto simile a siero di sangue, ma non va più innanzi e non sa dare spiegazione del fatto. Il Primavera invece nel suo trattato di Chimica Clinica, al capitolo del cosiddetto *Muco-albumina*, riferisce un caso di una pneumonite del tutto simile per la fenomenologia a quello da me osservato, nel quale l'escreato emesso dall'infermo rassomigliava perfettamente al siero di sangue. Però fattane l'analisi chimica potè constatare che in esso escreato oltre a grande quantità di albumina che coagulava pel calore ed acido nitrico si avea forte coagulo mediante il solo acido acetico, per cui, non v'ha dubbio, anche molta muccina era in esso disciolta. Nel caso mio invece, la muccina ricercata e coll'acido acetico e cogli alcali, quali la potassa caustica e l'ammoniaca, era in così scarsa copia da giustificare pienamente la qualifica di *traccie* che adoperai poco fa. Non è quindi il *muco-albumina* del Primavera che era contenuto nell'escreato del mio infermo, escreato che ripeto era pretto siero di sangue.

Come spiegare quindi una tale essudazione ?

Evidentemente tre erano forse i fattori di essa; l'uno, il grave e diffuso processo pneumonico; l'altro, l'inceppamento di circolazione e in conseguenza dello stesso processo pneumonico e forse anche di alterazioni materiali del centro circolatorio; il

terzo, una grave alterazione della massa sanguigna per infezione malarica, per cui il siero poteva agevolmente separarsi dai globuli, qualora questi venissero riccamente impigliati nel coagolo fibrinoso di essudazione che riempiva gli alveoli polmonali. Cosichè era giuocoforza ammettere che in conseguenza dei già discussi fatti il processo di essudazione infiammatoria assai rapido nella sua formazione fosse riccamente emorragico, con potere coagulante rapido della fibrina notevolmente accresciuta, e con pronta separazione del siero che veniva espulso, e quasi spontaneamente fluiva dalle vie aeree. Della forte iperinosi del sangue si poteva avere una prova dall'analisi di quello che era stato estratto mediante il salasso, ma volle sventura che l'infermiere sbadatamente, ad onta che egli abbia l'ordine di tutto conservare, gettasse quel sangue e ci togliesse così l'opportunità di fare qualche importante osservazione.

Tutto ciò, o signori, parmi degno di nota riguardo alla pneumonite e mi lusingo che l'importanza di questi fatti sia tale da farmi perdonare, dalla vostra grande benevolenza, la lunga digressione dal principale scopo di questa comunicazione. Difatti non dimenticherete che nell'accennare all'importanza del caso per sè, dissi che esso ne era però di ben maggiore per la difficoltà della diagnosi differenziale della pleurite essudativa, colla pneumonite, diagnosi che talora, come lo accennano il Valleix, lo Skoda, l'Oppolzer, il Niemejer, il Gerardt, il Guttmann ed altri, riesce difficilissima e quasi impossibile.

Or bene, esposti i fatti quali vennero sotto la mia osservazione, riassunte in breve tutte, o quasi tutte, le considerazioni che feci ai miei allievi, non vi sarà certamente sfuggito che al momento dell'ingresso nella clinica del nostro infermo non un solo sintomo deponesse per la pneumonite, ma bensì tutti per la pleurite essudativa, talchè non esitai di infiggere nn tre quarti esploratore nel torace ammalato.

Fra tutti i segni fisici della pleurite uno dei più importanti vi è quello della trasmissione della voce afonicamente sil-

labata, segno che dobbiamo al grande ingegno del sommo clinico il professore Baccelli, segno fisico che appena noto nel mondo scientifico venne accolto ovunque con entusiasmo e con lode allo scopritore. Anche per lo innanzi che si conoscesse un tale segno è vero si potevano formulare esatte diagnosi differenziali fra pleurite e pneumonite in un grande numero di casi, ma avveniva talora, come dissi, che una tale differenziazione fosse quasi impossibile essendo così dubbii i sintomi tutti da trarre in errore il più esperto fra i clinici. Si è per ciò appunto che io non vi parlo ulteriormente dei varii segni fisici nè dei dubbii diagnostici che essi possono offrire, essendo, credo, sufficiente quanto dissi, o potendosi in ogni trattato di medicina studiare ampiamente, ed assai meglio di quello che io potessi fare, la questione, ed acquistare così la convinzione per bocca di tutti gli autori della possibilità di errori di diagnosi fra due malattie che, come giustamente osserva il sommo Valleix, si possono più spesso distinguere pei sintomi generali complessivamente studiati, che per speciali caratteristici fenomeni.

Mi fermo però brevemente ancora sul segno del Baccelli, e ciò tanto più volentieri in quanto che ebbi non è molto, come dissi, a parlare altrove di tale argomento e combattere le asserzioni del dottor Trippier. Questi infatti, combattendo le asserzioni di Baccelli, di Guennau da Moussy, di Gerardt, di Hennet, di Valentiner e di molti altri ed asserendo che il Baudin fino dal 1873 aveva riscontrato la pettoriloquia afona nella tisi polmonare con caverne, nella pneumonite e nella pleurite, dimenticando gli studi in proposito dal Baccelli pubblicati nell' *Union Medicale* e nel Dizionario di Paolo Garnier, conclude coll'asserire che tale fenomeno acustico si riscontra soltanto in allora che vi ha respirazione bronchiale, qualunque sia la causa che tale respirazione bronchiale produce.

Fino da quando pubblicai quel mio articolo bibliografico, ebbi cura di citare fatti che smentivano assolutamente l'asserzione del Trippier. In conseguenza di che io concludeva che invece

di dire con esso non avere la pettoriloquia afona *qu'une valeur très relative*, si doveva asserire col Baccelli che un tale fenomeno nei casi di liquido endopleurico ha invece un valore assoluto per la dimostrazione della densità, natura e corpuscolazione del liquido.

Nel caso attuale però si ebbe un tale fenomeno nel modo il più chiaro e spiccato, cosichè ogni dubbio sulla esistenza di un liquido sieroso nella cavità pleurica sinistra poteva quasi essere allontanato, eppure in essa cavità non vi era goccia di liquido. La teoria quindi del Baccelli rimane distrutta per questo fatto? Ecco quale domanda dobbiamo rivolgerci.

Per rispondere ad essa però, io credo necessario sia più conveniente proporre un doppio quesito, onde non precipitare di troppo un giudizio, che forse in avvenire potrebbe per altri fatti essere modificato. Quindi dobbiamo piuttosto avanzare a noi stessi le seguenti domande: 1° Il segno fisico del Baccelli costituisce un sintomo di assoluta significazione per la diagnosi di raccolta liquida endopleurica? — 2° Dato un liquido endopleurico e diagnosticatolo con altri mezzi, il segno fisico del Baccelli costituisce un criterio assoluto per la diagnosi della densità, natura e corpuscolazione di detto liquido?

Alla prima di queste domande, dopo aver osservato il caso che vi narrai, certo si deve dare una risposta negativa, poichè è giocoforza inferirne esservi casi eccezionali di pneumonite in cui si può chiaramente avere la trasmissione chiara della voce afonicamente sillabata, tanto più che in casi di vaste caverne polmonali un tale fenomeno può del pari essere avvertito, come si avverte il bisbiglio di Skoda, *la voix misterieuse de Fournet*, *la voix soufflé di Woillez*, la voce afonica e la diplofonia del Baccelli. Ma anche posto indubbiamente il fatto che in eccezionali casi di pneumonite si possa avere questo fenomeno così nettamente, quali sono questi casi? In altri termini: per quali condizioni fisiche possiamo, come avvenne nel nostro caso, avere questo fenomeno che nei comuni ammalati di pneumonite non si

avverte mai o solo raramente? Nel nostro caso eravamo, non v'è dubbio, sotto condizioni eccezionali; da un lato il polmone sinistro era tutto solidificato, quindi potea trasmettere rinforzata una vibrazione sonora formatasi nelle prime vie aeree, ancorchè essa vibrazione fosse quasi afona; dall'altro i bronchi minimi di esso polmone contenevano in abbondanza un liquido tenue perfettamente simile al siero del sangue; dico in abbondanza poichè di tale liquido in poche ore ne potemmo raccogliere per ben 250 c. c. Quale meraviglia quindi che tali fisiche condizioni non invertissero le condizioni che sempre si riscontrano nella pleurite?

Infatti in questa condizione patologica per la presenza dell'essudato endopleurico il polmone viene schiacciato e quindi solidificato, e può per tale sua condizione rinforzare le vibrazioni sonore, mentre il liquido endopleurico può trasmetterle alla parete toracica e all'orecchio dell'ascoltatore tanto più chiaramente quanto minore è la densità e corpuscolazione del liquido. Nel caso nostro di pneumonite i fatti di solidificazione del polmone e liquido esistevano, soltanto che il liquido era nel polmone stesso e nei bronchi anzichè nella cavità pleurica, quindi il fenomeno del Baccelli poteva riprodursi. E che tale interpretazione sia probabilmente conforme al vero me lo dimostra il fatto, che mentre anche nei bronchi del polmone destro dello stesso infermo c'era notevole copia di liquido, come lo dimostravano i rantoli bollosi, pure mancando in questo lato la solidificazione del polmone non si avea punto trasmissione della voce afonicamente sillabata, come non si avea nè voce nasale e tremula nè alcun altro speciale fenomeno. È quindi a mio vedere provato che il segno del Baccelli viene prodotto da due fattori, l'uno addensamento del parenchima polmonare, l'altro liquido all'intorno di desso addensamento. Questa logica interpretazione, bisogna confessarlo, potrebbe però esser pienamente accettata qualora osservazioni analoghe la confermassero, poichè non è da un solo fatto che si può fondare un assioma di medica sapienza; ed io sono

ben lungi di azzardarmi a tanto. Per ora mi accontento di sottoporre al vostro illuminato giudizio questo mio modo di interpretazione, ed aregarvi di voler ripetere le osservazioni in proposito.

Al secondo quesito la risposta è più facile, poichè il fatto da me narrato non toglie nulla dell'importanza del segno fisico del Baccelli, qualora su altri dati si giunga alla diagnosi della pleurite essudativa. A questa diagnosi però non sempre ci è dato di giungere sollecitamente, poichè tutti i segni fisici e i perturbamenti funzionali della pleurite, possono essere per loro natura fallaci e quindi produrre il dubbio al medico anche più accurato nelle sue osservazioni. Dovremo quindi fino a prova contraria concludere che qualora si giunga a diagnosticare un liquido endopleurico con certezza, la trasmissione della voce afonicamente sillabata sarà un prezioso dato per differenziare la natura del liquido; ma che questo segno fisico per se stesso non potrà al pari degli altri che avere un valore *relativo* per la diagnosi stessa della pleurite.

Esposte tutte queste considerazioni ai miei allievi, formulai quindi la diagnosi seguente: Pleuro-pneumonite acuta cruposa malarica totale del polmone sinistro, apparente spostamento del cuore verso destra dovuto a dilatazione del ventricolo destro per inceppamento meccanico della circolazione, in causa della pneumonite, ed anche forse per lesioni strumentali acute della mitrale. Di quest'ultima condizione però ne avanzai il sospetto in modo alquanto dubitativo e ciò per mancanza di sintomi di sicura significazione.



REPERTO NECROSCOPICO

TOLTO DAI REGISTRI DELLA SCUOLA DI ANATOMIA PATOLOGICA

N. 4 di Protocollo Autopsie.

L'autopsia si esegue 44 ore dopo la morte.

Cadavere d'uomo adulto, di regolare e forte sviluppo scheletrico — buona nutrizione — colorito della pelle bianco — delle mucose delle labbra bluastrò. Macchie verdastre sulle pareti addominali per principio di putrefazione, Rigidità cadaverica assente alle estremità superiori, piccola ferita da punta e taglio per salasso alla piegatura del braccio destro.

Cranio. Larga bozza di molle consistenza in direzione della protuberanza parietale sinistra, con raccolta di sangue e siero, infiltrazione sierosa del pericranio e cuffia aponevatica nella stessa regione (ipostasi cadaverica). Aperto il cranio fuoriesce una discreta quantità di sangue nerastro. Seni della dura madre ripieni di sangue, perforazione della medesima lateralmente per grossi corpuscoli del Pacchioni, aderenza per lunga estensione nella stessa regione colle membrane sottostanti. Iniezione areolare dell'aracnoide e della pia madre. Forma e consistenza del cervello si sugli emisferi che alla base normale. La pia madre si distacca con facilità delle circonvoluzioni cerebrali. Il cervello presenta al taglio sottili punti emorragici e per la compressione filtra dal medesimo una lieve quantità di siero sanguigno. Plessi coroidei lievemente ingorgati di sangue. Ventricoli laterali vuoti di liquido cefalo-rachidiano. Talami ottici, corpi striati, cervelletto, ponte di Varolio, midollo allungato e principio del midollo spinale normale.

Torace. Aperta la cavità i polmoni non colabiscono, il sinistro per estese aderenze fra le pleure costali e viscerali il destro

perchè galleggia sopra liquido raccolto nella cavità pleurica sinistra. Questo liquido è in quantità di circa un litro, limpido giallastro, le pleure sono perfettamente lisce e lucenti. A sinistra poi le pleure aderiscono in tutta la loro estensione per essudati recenti. Aia del cuore aumentata in modo che il margine destro corrisponde a circa tre dita trasverse oltre la linea parasternale destra in corrispondenza del 3° e 4° spazio intercostale.

Aperto il pericardio nella sua cavità trovansi circa 200 c. c. di siero limpido di colore paglierino.

Estratti i polmoni ed il cuore, il polmone destro stride al taglio; ha un colorito bruno al lobo superiore e medio per iperemia passiva; il polmone sinistro appare più grande del normale sulla sua superficie si osservano degli strati fibrinosi concretizzati. Il lobo superiore ha una consistenza epatica forma rilevata e subrotonda, al taglio presenta una consistenza minore del normale, un colorito rosso bruno disseminato a chiazze più oscure rappresentanti piccole emorragie ed effusione di ematina. I medi bronchi sono permeabili ostrutti i capillari. Fatti alcuni tagli e posti alcuni pezzetti nell'acqua guadagnano il fondo.

Il lobo inferiore splenizzato e molle non stride al taglio la cui superficie mostrasi alquanto granulosa, e spremuto sgorga liquido sieroso in discreta copia. Posto nell'acqua va al fondo. (periodo iniziale della pneumonite). Lo stroma dei due polmoni presentasi sparso di macchie nere di melanina.

Cuore. Volume alquanto ingrandito, consistenza normale, sul ventricolo sinistro macchie cicatriziali. Miocardio endocardio ed apparecchi valvolari del ventricolo destro e dell'arteria polmonare normali, normale pure l'orecchietta destra. Ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro, sigmoidee normali, la mitrale nel suo bordo aderente presentasi di un colorito bianco gelatinoso, con alcuni punti rilevati sulla superficie, rigidi alquanto i tendini valvolari. Orecchietta sinistra normale.

Nulla di anormale nei grossi tronchi arteriosi e venosi.

Cavità addominale. Stomaco ed intestino normali.

Fegato lievemente grosso, Milza due volte più grande del suo volume normale, consistente al taglio, polpa di color bruno omogeneo (Indurimento bruno).

Reni. La capsula si distacca con facilità, conservate le porzioni fra sostanza corticale e midollare, lieve grado di ispermia, ed infarti emorragici della sostanza vascolare.

DIAGNOSI NECROSCOPICA

Polmonite fibrinosa totale sinistra, con pleunite essudativa fibrinosa. Idrotorace a destra. Ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro, endocardite limitata al bordo aderente della mitrale. Indurimento bruno della milza ed infarti emorragici dei reni.

La diagnosi quindi di pneumonite cruposa acuta totale sinistra era pienamente confermata; la presenza poi del tumore splenico, la pigmentazione anormale della milza e del polmone, davano presumibilmente ragione della associazione dell'infezione malarica alla forma infiammatoria. Al torace destro si rinvenne modico grado di idrotorace, evidentemente formatosi negli ultimi momenti di vita, se non era anche in parte dovuto allo stato cadaverico che può permettere nei casi di grave edema polmonare il liquido sieroso si raccolga nelle regioni le più declivi.

Al centro circolatorio riscontrammo un processo di endocardite produttiva valvolare limitata al bordo aderente della mitrale, endocardite che avendo prodotto delle saglienze in detto punto, di necessità dovea recare un leggero restringimento dell'orificio, restringimento, notate bene, che in vita dava per unico segno un piccolo rumore di soffio che sostituiva il primo tono. Questo fatto, come è chiaro, dovea aggravare notevolmente l'inceppamento della circolazione cardio-polmonare, e produrre una maggiore trassudazione polmonare e dilatare quindi il destro ventricolo, il quale appariva anche maggiormente aumentato in

volume per un lieve grado di idropericardio. Restava però un fatto notevole e poco suscettibile di spiegazione a studiarsi; voglio dire la mancanza di vero edema polmonale, mentre fino alla morte in così gran copia fluiva dalle vie aeree quello speciale liquido sieroso. A destra fino ad un certo punto si poteva interpretare il fatto, coll'ammettere come non impossibile fosse tutto il liquido raccolto nei polmoni, per ipostasi passato nella cavità pleurica; ma a sinistra ciò non era punto possibile per le aderenze di recente data fra lamina viscerale e parietale della pleura.

Era quindi questo fatto dovuto all'abbondanza straordinaria della essudazione infiammatoria fibrinosa polmonale la quale ostruiva del tutto gli alveoli e minimi bronchi e comprimeva il parenchima in modo da non permettere alla parte liquida dello stesso essudato di infiltrarsi in un così solido tessuto, e quindi lo costringeva a riversarsi nei bronchi?

A voi, o signori, la risposta.

