



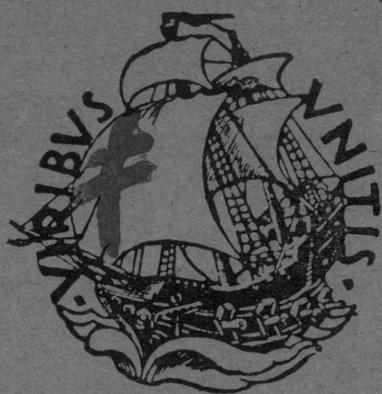
OPERE ANTITUBERCOLARI BERGAMASCHE
SANATORIO POPOLARE DI GROPPINO
Direttore: dott. E. SALE

Dott. MARIO RAFFO

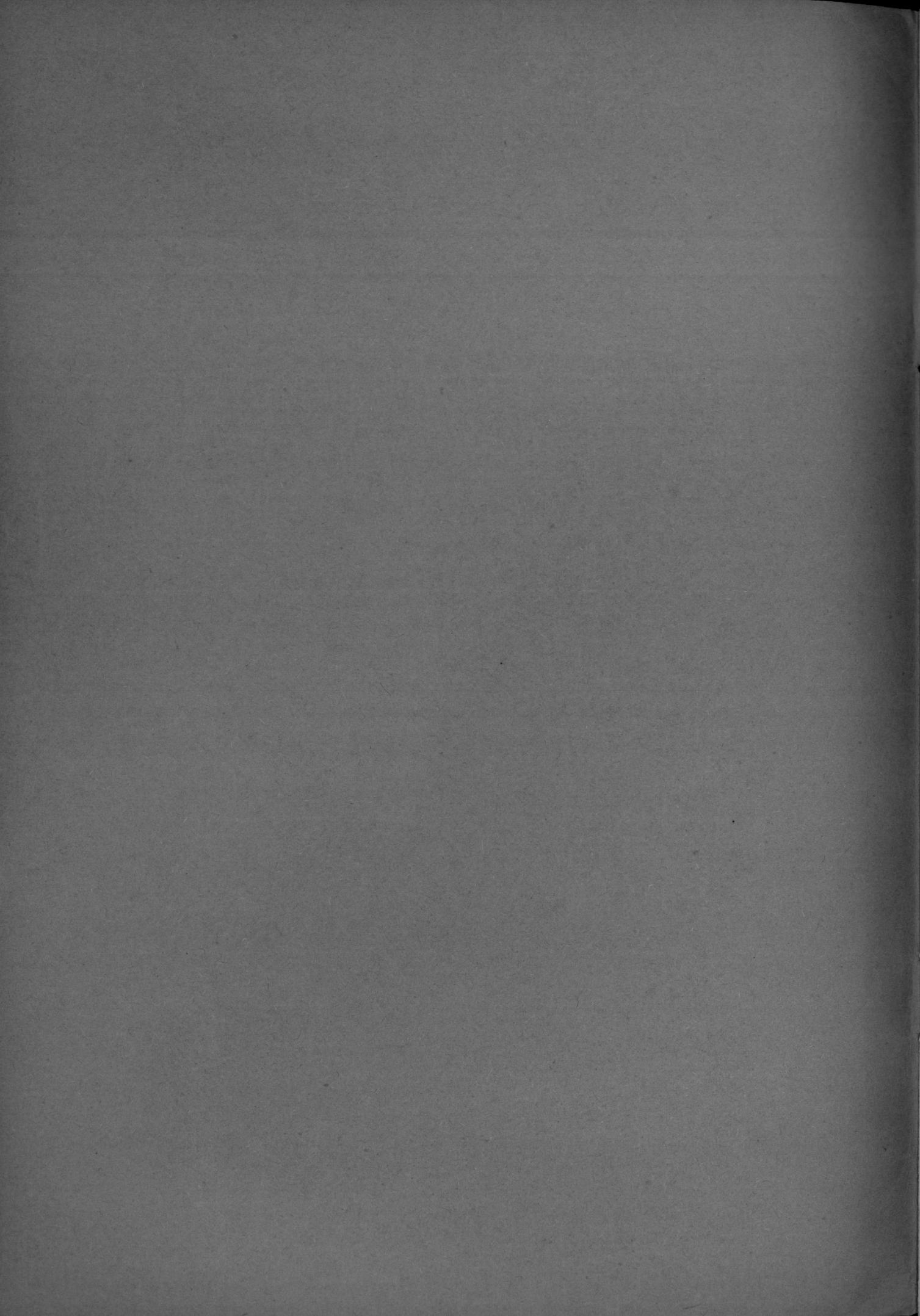
GLI ESITI DI INTERLOBITE SUPERIORE DESTRA NELLA PROGNOSI DI EFFICIENZA DEL PNX. TERAPEUTICO

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la Tuberculosis" - Anno VII, n. 7 - Luglio 1936-XIV

Be' 4
B
54
41



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA»
ROMA — VIA DELL'ANIMA, 46



OPERE ANTITUBERCOLARI BERGAMASCHE
SANATORIO POPOLARE DI GROPPINO
Direttore: dott. E. SALE

Dott. MARIO RAFFO

GLI ESITI DI INTERLOBITE SUPERIORE DESTRA NELLA PROGNOSI DI EFFICIENZA DEL PNX. TERAPEUTICO

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la Tubercolosi", - Anno VII, n. 7 - Luglio 1956-XIV



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA»
ROMA — VIA DELL'ANIMA, 46



Sino a pochi anni or sono fra le indicazioni per la cura del pneumotorace artificiale ancora veniva messa l'esistenza della pervietà del cavo pleurico, ora giustamente si è venuto dissociando il concetto della «indicazione» da quello della possibilità dell'«attuazione», giudizio terapeutico il primo e giudizio prognostico il secondo.

E se l'esperienza ha dimostrato come in alcuni casi all'assenza dei segni clinici di pervietà del cavo non corrisponde affatto l'esistenza di una sinfisi, la ricerca però di quei segni non ha perduto ugualmente ancor oggi valore perchè differente sarà l'atteggiamento del medico di fronte al malato, specie se riluttante all'inizio della cura pneumotoracica, a seconda se egli si senta di poter emettere un giudizio di maggiore o minore probabilità di riuscita dell'intervento proposto.

Già altri si sono occupati del giudizio di pervietà o non del cavo pleurico in totalità, a me è sembrato potesse presentare qualche interesse il ricercare se la preventiva diagnosi radiologica di esiti di pleurite interlobare potesse giustificare qualche riserva sulla futura efficienza di un pneumotorace da iniziare. In altre parole mi sono chiesto se una pregressa interlobite potesse di per sé impedire un efficiente collasso polmonare o per l'ispessimento interlobare stesso o per l'impedita dissociazione dei lobi o infine per aderenze lungo il solco di affioramento dell'interlobo verso il grande cavo.

Le pleuriti interlobari possono insorgere come reazione pleurica di un focolaio parenchimale contiguo (periscissurite di Sergent, lobite di Bernard) oppure possono partecipare ad una pleurite della grande cavità sia successivamente per penetrazione passiva del liquido nella scissura favorita da una diversa retrattibilità dei lobi polmonari o dal peso del liquido stesso, sia contemporaneamente al processo infiammatorio del grande cavo. Neppure è da escludersi, così come avviene nelle forme purulente, la possibilità di pleuriti secche o sierose primitive od anche esclusive delle scissure.

Tali processi infiammatori danno luogo ad esiti che se spesso sfuggono ad un anche accurato esame clinico, però si manifestano all'esame radiologico.

Il materiale radiografico veramente abbondante che questo Sanatorio ha posto a mia disposizione, è però in gran maggioranza formato da radiografie in proiezione frontale, questo mi ha obbligato a limitare la mia ricerca a quanto si riferiva agli esiti di interlobite superiore destra. Infatti se in passato venivano interpretati come segni di esiti di interlobite delle due grandi scissure nella loro porzione inferiore le

deformità del contorno diaframmatico a forma di creste con l'apice rivolto in alto e poste in corrispondenza appunto al solco di affioramento inferiore di tali scissure (fenomeno del festone di Maingot-tenda di Fleischer) gli interventi pneumotoracici e le radiografie ad ammalato capovolto (PARODI) hanno tolto a questo disegno tale significato dimostrando che il più spesso siffatte modificazioni del profilo diaframmatico non sono dovute ad aderenze ma a cause meccaniche a carico del parenchima polmonare e del diaframma.

Anche le immagini «a pala» delle grandi scissure interlobari, nelle proiezioni frontali non si rendono manifeste, in quanto che per la caratteristica disposizione anatomica delle scissure stesse, esse, quando siano interessate, si manifestano solo nelle proiezioni laterali (O A D - O A S) e benchè, secondo alcuni radiologi (LENARDUZZI) anche in buoni radiogrammi frontali si possano vedere delle linee opache grossolane per lo più multiple, talvolta trasversali (come quelle descritte da FLEISCHNER, al disopra del diaframma, dovute ad ispessimenti della pala inferiore) dipendenti dalla proiezione di un tratto di pleura interlobare ispessita; ciò non ostante tali immagini non sempre sono nette, e spesso di difficile interpretazione potendosi confondere con immagini analoghe dovute a formazioni diverse (pareti dei grossi bronchi, vasi, coste, ecc.) da cui si potranno differenziare solo con la proiezione laterale.

Solo dunque la scissura superiore di destra per il suo caratteristico decorso pressochè orizzontale che dal margine mediale della scapola all'unione del terzo superiore coi due terzi inferiori del margine stesso, si spinge anteriormente per tutto lo spessore del polmone, si può rendere ben manifesta nei comuni radiogrammi frontali.

Per alcuni autori (ARNONE, SCILIANO, VETTORI ed altri) in condizioni normali l'interlobo superiore di destra non dovrebbe essere in alcun modo visibile nel radiogramma; per altri (BUSI, VESPIGNANI, NICOTRA, WOLFF, SCHALLER) una immagine veramente capillare sia semplice, sia doppia per una disposizione a S. dell'interlobo, è da considerarsi anch'essa come normale e da interpretarsi come la proiezione di coltello dei foglietti pleurici interlobari e variando opportunamente l'incidenza dei raggi la linea capillare potrebbe essere messa quasi costantemente in evidenza. Secondo questi ultimi AA. solo se la linea è subcapiciale o addirittura grossolana, essa deve essere ritenuta come espressione di una pregressa scissurite.

La presenza di aderenze visceroparietali in vicinanza della scissura superiore è, secondo TARANTOLA, dell'11,5%. Tale Autore peraltro aggiunge che in alcuni casi anche quelle comprese nel grande gruppo delle sotto-apicali (55%) si fissano sul polmone «piuttosto in basso in vicinanza della scissura interlobare o sopra di essa» è presumibile pertanto il giungere ad una percentuale assai vicina a quella stabilita con la tarascopia da DIEHL e KREMER in 29% o da MISTAL in 28%.

E' ora interessante il notare che nei 21 casi da me presi in esame il pnx. ha messo in evidenza aderenze visceroparietali in corrispondenza della scissura in 11 casi; cosicchè una preesistente scissurite porterebbe la percentuale al 52,3%.

RIST ed AMEVILLE per primi e successivamente MARAGLIANO, SERGENT, DELL'ACQUA ed altri hanno descritto una caratteristica deformazione ad arco della scissura superiore destra nei casi di lesioni del lobo superiore a tendenza cirrotica e ne

hanno cercato la causa in una possibile sinfisi pleurica mentre un'ascesa in modo rettilineo della scissura stessa si verificherebbe in caso di mantenuta pervietà del cavo pleurico. Nel primo caso il setto interlobare, considerato nella sua proiezione frontale, si troverebbe fissato tanto al suo estremo mediale quanto a quello laterale e quindi la retrazione del lobo superiore si farebbe sentire soprattutto nel terzo medio del setto incurvandolo a convessità verso l'alto; nel secondo caso essendo l'estremità laterale del setto mobile, questo ruoterebbe come la sfera di un orologio facendo perno sul mediastino.

Secondo il MÄRKO, tale interpretazione avrebbe trovato conferma in tutti i casi da lui esaminati e quindi tale segno della deformazione ad arco permetterebbe di porre con tutta sicurezza la diagnosi di aderenza pleurica; secondo TORELLI invece, che se ne è recentemente occupato, solo nei 2/3 dei casi esaminati al segno dell'incurvamento ad arco ha visto corrispondere veramente una sinfisi pleurica.

Avendo indirizzato le mie ricerche non già a vedere in quanti ed in quali casi con precedenti di scissurite, il pnx. era stato possibile, ma bensì a vedere se il pnx. era riuscito efficiente in quei casi nei quali era stato possibile l'istituirlo; se le assolute affermazioni di MÄRKO corrispondessero a verità io non avrei mai dovuto trovare nei casi da me considerati il segno della deformazione ad arco. A conforto invece dell'affermazione del TORELLI in n. 6 casi, dei 21 considerati, la deformazione ad arco era presente, ed in n. 2 casi in modo ben netto; essa dunque non è patognomonica di una sinfisi pleurica totale.

Era interessante allora vedere se tale deformazione ad arco corrispondeva almeno sempre ad una completa saldatura lungo il solco di affioramento dell'interlobo; ma neppure questo si è dimostrato vero perchè sui 6 casi da me esaminati nei quali la deformazione ad arco era presente, in 5 casi il pnx. è riuscito efficiente pur essendo la lesione a carico della parte alta del polmone.

E neppure una completa saldatura lungo il solco è *a priori* sempre da ammettersi nella lobite superiore destra, che anzi dei 4 casi di lobite considerati in 2 il pnx. è divenuto efficiente.

CONCLUSIONI

a) Gli esiti di interlobite superiore destra, pur limitando spesso il collasso polmonare per aderenze lungo il solco di affioramento, però solo nel 47,6% dei casi esaminati hanno reso tale collasso veramente insufficiente.

La forma ad arco a convessità superiore di tale immagine interlobare, non è patognomonica di aderenza totale lungo il solco.

Quando il processo interlobare è parte di una lobite superiore destra cavitaria di antica data, la prognosi sulla futura efficienza del pnx. si fa assai riservata, ma non tanto però per l'aderenza lungo il solco, quanto per l'esistenza di estese aderenze a carico di tutto il lobo superiore delle quali quella lungo il solco non rappresenta che il margine di delimitazione inferiore.

b) Non sembra che gli esiti di interlobite, solo per l'ispessimento dell'interlobo, siano, almeno spesso, causa di insufficiente collasso polmonare.

CASISTICA

Numero	Diagnosi	Aspetto radiologico della scissura	Deformazione ad arco della immagine scissurale	P.n.x. terapeutico	Osservazioni
1 N. G.	tbc. ulcerosa lobo sup. D. (vedi fig. 1)	ispessimento fibroso nastriforme	leggera	aderenze apicali » scissurali sinfisi interlobare (vedi fig. 2)	efficiente
2 N. M.	tbc. ulcerosa lobo sup. D.	ispessimento fibroso grossolano	molto leggera	aderenze apicali » basilari	efficiente
3 G. C.	tbc. cavitaria lobo sup. D.	ispessimento subcapillare orizzontale	assente	aderenze apicali » basilari	efficiente
4 B. A.	tbc. cavitaria lobo sup. D. (vedi fig. 3)	ispessimento fibroso nastriforme	leggera	aderenze apicali sinfisi interlobare (vedi fig. 4)	efficiente + per insufficiente za cardiaca
5 R. L.	lobite sup. D.	ispessimento fibroso nastriforme	marcata	aderenze apicali sinfisi interlobare	non efficiente soggetto diabetico
6 B. M.	tbc. cavitaria D. tbc. ulcerosa S.	ispessimento subcapillare orizzontale	assente	aderenze apicali » basilari	non efficiente
7 B. A.	tbc. ulcerosa lobo sup. D.* (vedi fig. 5)	ispessimento fibroso nastriforme	leggera	aderenze scissurali sinfisi interlobare (vedi fig. 6)	efficiente
8 G. C.	tbc. cavitaria lobo sup. D.	ispessimento fibroso nastrif., obliquo	assente	aderenze apicali » scissurali sinfisi interlobare	non efficiente

9 P. M.	lobite sup. D.	ispessimento fibroso grossolano, orizzontale	assente	aderenze apicali » scissurali sinfisi interlobare	non efficiente
10 G. A.	pericissurite D.	ispessimento fibroso nastrif., obliquo	assente	aderenze apicali » basilari	efficiente
11 B. S.	lobite sup. D.	ispessimento fibroso nastriforme, orizzontale	assente	aderenze apicali » scissurali	efficiente
12 A. D.	tbc. cavitaria D.	ispessimento fibroso nastriforme, orizzontale	assente	aderenze apicali » scissurali sinfisi interlobare	non efficiente
13 S. M.	tbc. cavitaria D.	ispessimento subcapillare obliquo	assente	sinfisi lobo superiore aderenze scissurali	non efficiente
14 G. C.	tbc. cavitaria D.	ispessimento fibroso grossolano	assente	aderenze apicali » scissurali sinfisi interlobare	non efficienti + per meningite
15 T. M.	tbc. ulcerosa D.	ispessimento subcapillare	assente	vasta sinfisi del lobo superiore	non efficiente
16 S. M.	pericissurite D.	ispessimento fibroso grossolano	assente	aderenze scissurali sinfisi interlobare	efficiente
17 M. P.	tbc. cavitaria lobo sup. D.	ispessimento fibroso nastriforme	marcata	aderenze apicali sinfisi interlobare aderenze scissurali	efficiente
18 V. M.	lobite sup. D.	ispessimento fibroso grossolano	assente	aderenze apicali » scissurali	efficiente costo fibrotorace
19 F. G.	tbc. cavitaria D.	ispessimento subcapillare, obliquo	assente	vasta sinfisi del lobo superiore	non efficiente
20 N. P.	tbc. ulcerosa lobo sup. D.	ispessimento subcapillare, orizzontale	assente	aderenze apicali	efficiente
21 G. M.	tbc. cavitaria D., pericissurite	ispessimento fibroso nastriforme	assente	vasta sinfisi del lobo superiore	non efficiente

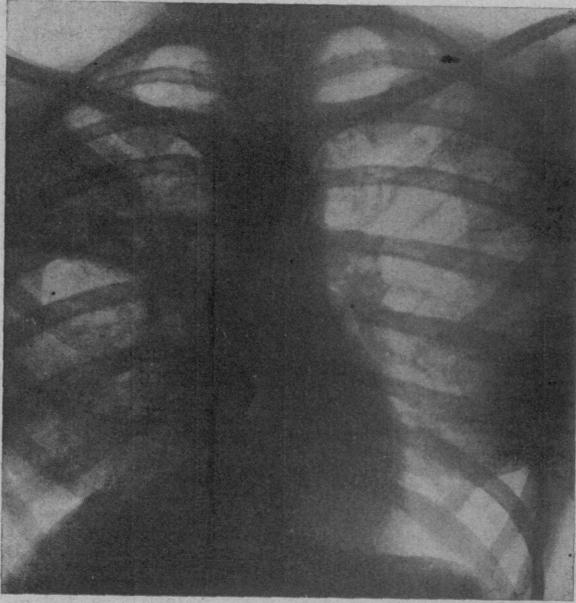


FIG. 1 — CASO I-A

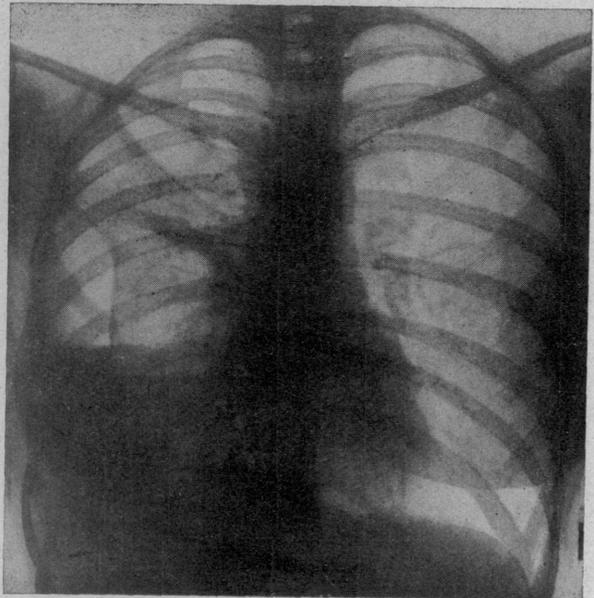


FIG. 2 — CASO I-B

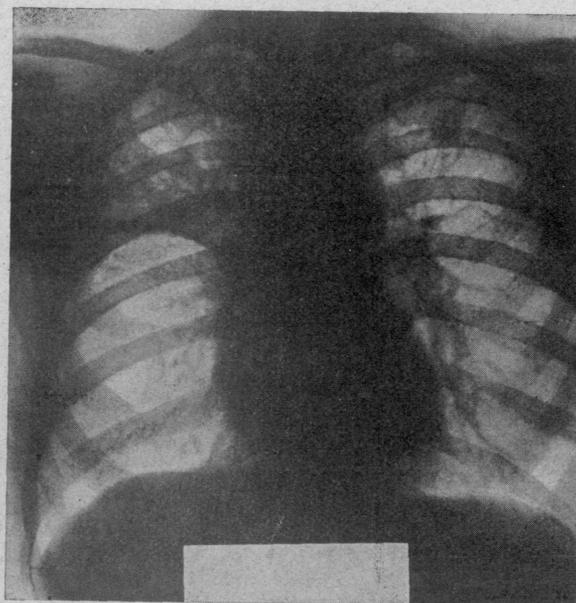


FIG. 3 — CASO 4-A

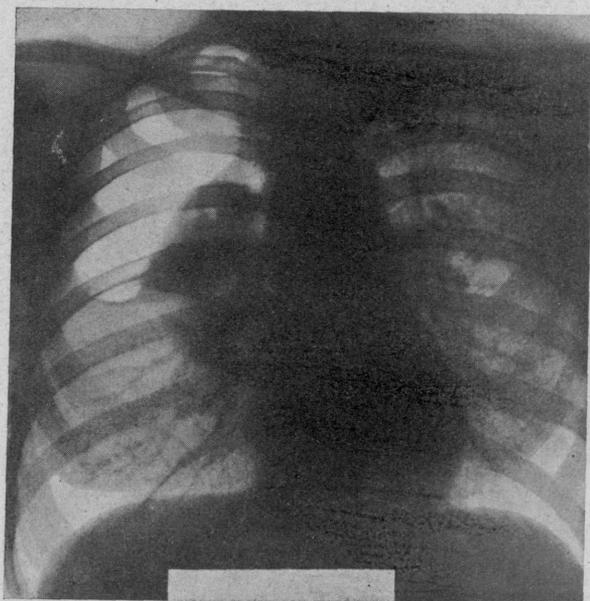


FIG. 4 — CASO 4-B

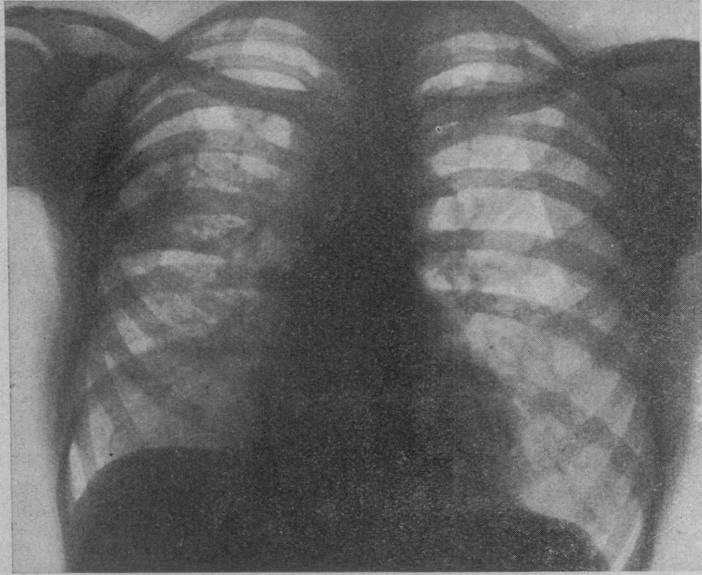


FIG. 5 — CASO 7-A

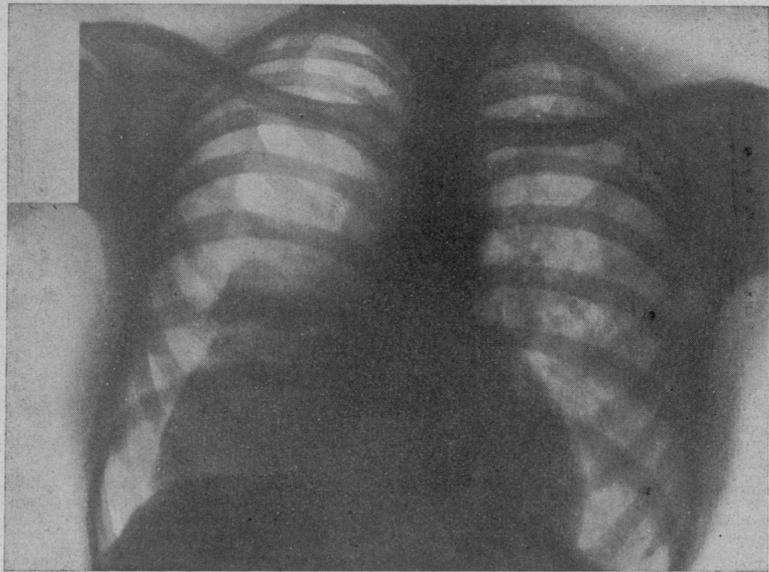


FIG. 6 — CASO 7-B

BIBLIOGRAFIA

- BAGNARESI: « Arch. Pat. Clin. Medica », agosto 1935.
BUSI: « Atti III Congresso contro la tbc. », 1929.
CURTI: *Lobiti tisiogene*. Ediz. Zerbinì, Milano, 1935.
DALL'ACQUA-VALSECCHI: « Radiologia Medica », 1933, n. 8.
DALL'ACQUA, citato da Torelli.
LENARDUZZI: « Minerva Medica », 1932, V. II, n. 41.
MALPELI: « Minerva Medica », 1934, V. I, n. 5.
MÄRKO: « Fortschritte a. d. Geb. d. Rongt. », V. 41, n. 3.
MARAGLIANO, citato da Torelli.
MISTAL: « Revue de la tbc. », 1935, n. 8.
RIST-AMEUILLE: « Bull. Soc. Méd. Paris », n. 35, dicembre.
TARANTOLA: « Rivista Pat. Clin. tbc. », 1932, V. IX.
TORELLI: « Il Giornale di Tinologia », 1933, n. 8.
VETTORI: « Radiologia Medica », 1931.

55558



~~312177~~

