



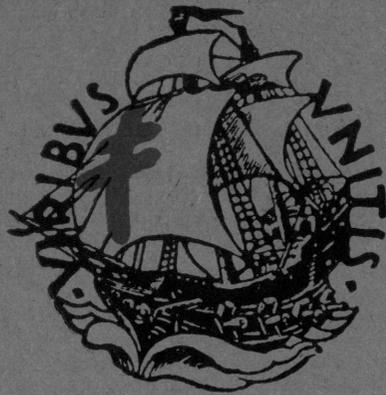
ISTITUTO DI SEMEIOTICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore inc.: prof. A. SIGNORELLI

Dott. V. FANANO

Fibrotorace totale sinistro con mediastino respinto a destra

(Estratto dalla Rivista *Lotta contro la Tuberculosis* - Anno VII, n. 9 - Settembre 1936-XIV)

Handwritten notes:
N. 10
B
54
—
48

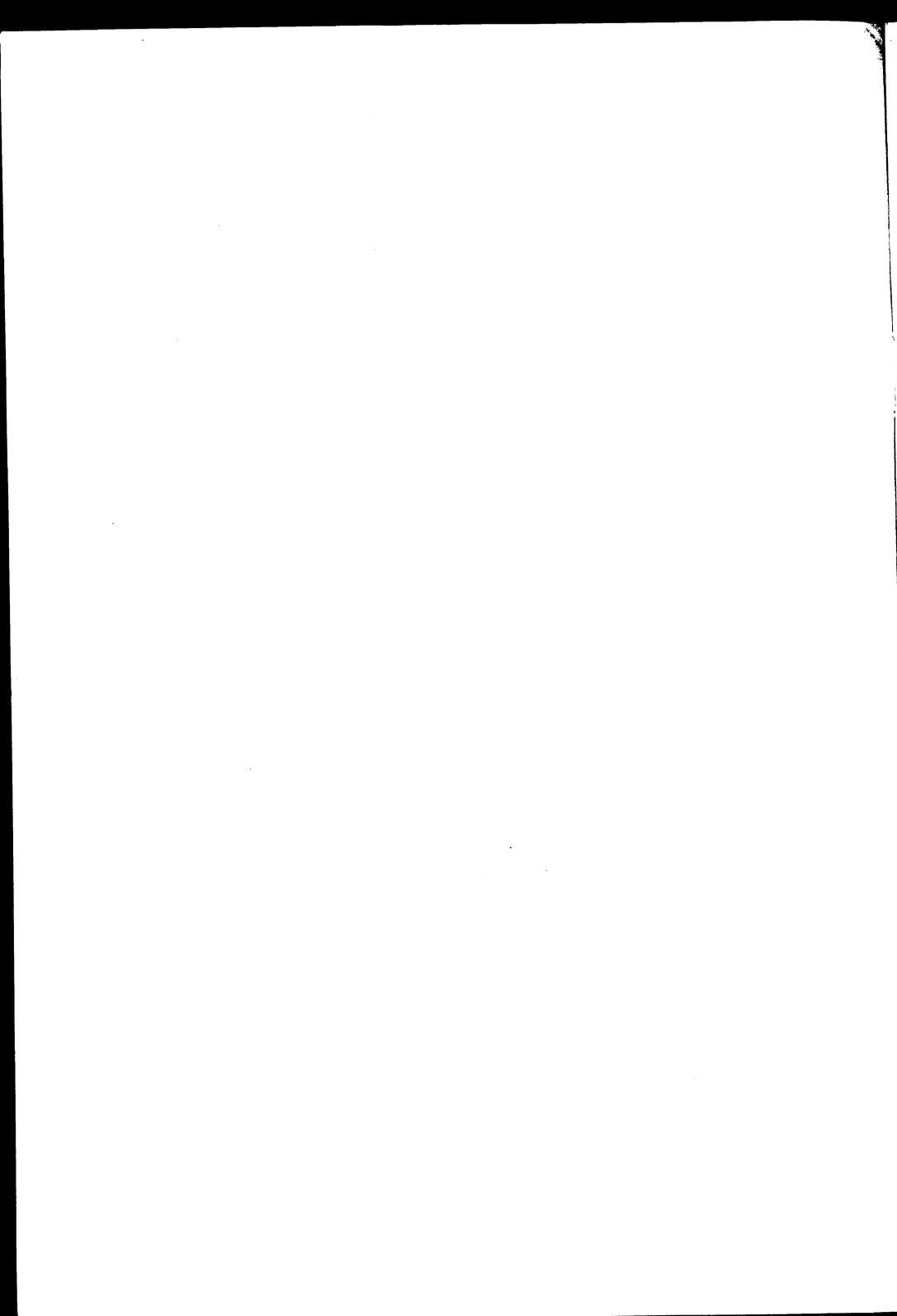


STAB. TIPOGRAFICO "EUROPA", - ROMA - VIA DELL'ANIMA, 45

THE UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARY

UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARY





ISTITUTO DI SEMEOTICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore inc.: prof. A. SIGNORELLI

Dott. V. FANANO

Fibrotorace totale sinistro con mediastino respinto a destra

(Estratto dalla Rivista *Lotta contro la Tubercolosi* - Anno VII, n. 9 - Settembre 1956-XIV)



STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA",
ROMA - VIA DELL'ANIMA, 46



FORLANINI, per primo, osservò che alcune volte, in corso di pneumotorace, si verifica, in seguito ad un versamento, una sclerosi pleuro-polmonare totale consecutiva al riassorbimento di esso. Tale sclerosi può rappresentare una guarigione duratura.

SIGNORELLI, nel 1923, confermò queste vedute e riportò un caso di guarigione per fibro-torace con lunghissima sopravvivenza (circa 40 anni). Nel 1928, in una comunicazione all'Accademia Lancisiana, lo stesso A., propose quale metodo di cura, in alcuni casi di tubercolosi polmonare, la istituzione del fibro-torace artificiale.

VINCENTI e JAQUEROD, nel 1925, riportarono casi di guarigione per fibro-torace totale con lunghe sopravvivenze.

LUPACCIOLU, nel 1931, illustrò anch'esso numerosi casi di malati di tubercolosi polmonare, guariti per fibro-torace parziale e totale, spontaneo o post-pneumotoracico.

Molti altri AA. italiani e stranieri, si sono occupati in seguito dell'argomento, arricchendo la letteratura di numerosi casi di guarigione, e trattando il lato clinico-radiologico ed anatomico-patologico, del fibro-torace.

Se riteniamo superflua un'esposizione generale della sintomatologia del fibro-torace, crediamo tuttavia richiamare l'attenzione su due segni particolari, quasi essenziali, del fibro-torace totale; l'attrazione del mediastino, e la deformità, anch'essa per attrazione, della parete toracica.

Questi due segni clinici, è noto, rappresentano una conseguenza diretta dell'intimo processo anatomico-patologico che è alla base del fibro-torace cioè della neoformazione del connettivo. Qualunque sia le genesi di un fibro-torace, rappresenti cioè essa l'esito spontaneo in guarigione di una limitata lesione polmonare (fibro-torace spontaneo, parziale) o l'esito in guarigione della medesima affezione in seguito a pneumotorace terapeutico (fibro-torace consecutivo a pneumotorace) o ad abbondante versamento in corso di pneumotorace (fibro-torace da idropneumotorace) noi siamo soliti riscontrare una cospicua formazione di connettivo ed una tendenza alla retrazione.

La neoformazione del tessuto connettivale può avere origine dal solo polmone. In questa evenienza il tessuto polmonare è invaso e sostituito più o meno estesamente da blocchi e da travate connettivali che provocano una sclerosi polmonare circoscritta. Non di rado invece, specie in seguito a pneumotorace od a idropneumotorace, è la pleura che partecipa, insieme al polmone, alla neoformazione e del tessuto connettivo. Da essa, che aumenta notevolmente di spessore, si dipartono travate che si approfondano nel parenchima polmonare sostituendosi al tessuto nobile dell'organo.

Al tavolo anatomico, si trova il polmone notevolmente rimpicciolito, anelastico, contenuto in un emitorace molto ristretto ed aderente fortemente a tutta la parete toracica. Le due pleure, saldate intimamente sono ispessite alcune volte, di qualche centimetro e trasformate in una cotenna callosa. Il parenchima polmonare invaso e sostituito da vaste travate a maglie o da noduli fibrosi, presenta alternati ad essi, aree di enfisema e di atelettasia.

Si notano inoltre bronchi stenotici o dilatati per trazione esercitata dal tessuto di sclerosi.

In seguito a questa neoformazione connettivale si determina ordinariamente l'attrazione di tutto o parte dell'emitorace corrispondente al fibrotorace totale o parziale. La retrazione alcune volte è notevolissima. Nei fibrotoraci totali l'asimmetria toracica è spiccata. L'emitorace colpito appare infatti appiattito ed anteriormente presenta una depressione così notevole da arrivare sino alla concavità in corrispondenza della sesta- nona costola; gli spazi intercostali si rivelano più ristretti, le fosse sopra e sotto-clavicolari sono più pronunciate; la colonna vertebrale è in scoliosi a concavità verso il lato malato. Osservato l'emitorace posteriormente si riscontrano, specie alla base, tutti i segni della retrazione. I muscoli presentano una notevole ipotrofia. L'immobilità respiratoria, nei fibrotoraci totali, è assoluta.

Premessi questi brevi ricordi clinici, radiologici ed anatomopatologici riportiamo due casi di fibrotorace i quali, per il comportamento del tutto eccezionale presentato, meritano a nostro modo di vedere questa nota.

CASO I. T. Arturo di anni 43, impiegato.

Un fratello morto di tbc. polmonare all'età di 38 anni. Niente di particolare nell'anamnesi remota. Nell'agosto del 1929 ebbe febbre, dolori al torace, tosse, con scarso espettorato (Koch positivo). Diagnosticata un'infiltrazione di natura specifica del lobo superiore di sinistra fu istituito senz'altro un trattamento pneumotoracico. Dopo otto rifornimenti (d'aria filtrata) si produsse un versamento pleurico che andò man mano aumentando sino a raggiungere nel dicembre dello stesso anno la regione apicale. All'esame Roentgen il mediastino appariva respinto a destra. Non fu mai estratto liquido. Nei primi mesi del 1930 il versamento cominciò a diminuire e nel novembre dello stesso anno ogni traccia di liquido era scomparsa. Un nuovo esame Roentgen confermò l'attrazione del mediastino a destra. Nel giugno del 1931 ebbe di nuovo versamento pleurico a sinistra di breve durata. Da quest'epoca ha avuto qualche volta dolore all'emitorace sinistro, modica tosse e scarso catarro. Mai febbre. La ricerca del bacillo di Koch nell'espettorato praticata dopo l'inizio della cura ha dato costantemente esito negativo.

Afferma di sentirsi bene e non accusa dispnea. In questi ultimi tempi ha sofferto di colica renale sinistra con emissione di un piccolo calcolo.

E.O.: Condizioni generali buone. Nutrizione scaduta. Cute pallida. Nulla alle fauci. Masse muscolari flaccide.

All'esame del torace si nota l'immobilità assoluta respiratoria dell'emitorace sinistro con l'assenza di asimmetria anteriore. Si riscontrano su tutto l'emitorace le normali prominenze ed avvallamenti. Gli spazi intercostali appaiono normali; solo posteriormente ed alla base sinistra si rileva una lieve retrazione. Il f.v.t. si percepisce a sinistra indebolito. Anche il respiro è diminuito su tutto l'emitorace e pochi rantoli fini si ascoltano nella regione sottospinosa. A destra si rileva una ipersonorità con respiro aspro ed assenza di fatti umidi.

Alla percussione dell'ata cardiaca il margine destro del cuore è a due dita all'infuori della marginale destra dello sterno mentre l'ito della punta si palpa alla quarta costa, due dita all'interno della mammillare. Toni forti.

L'esame degli altri sistemi ed apparati è negativo.

All'esame Roentgen (fig. 1) (2 maggio 1936) il campo polmonare sinistro si rileva intensamente ed uniformemente opacato nella sua totalità. Non si riesce ad individuare il profilo dell'aorta e del cuore dal lato di sinistra. Due aree di maggior trasparenza si rilevano una al di sopra del seno costo-diaframmatico e l'altra nella regione apicale. Il mediastino specie nella sua porzione inferiore, appare notevolmente respinto a destra. L'orecchietta destra deborda di alcuni centimetri per fenomeni con tutta probabilità di rotazione, data l'assenza di segni clinici che rivelino un'azione cardiaca, come sopra abbiamo riferito. Anche la trachea ha subito un notevole grado di deviazione



FIG. 1.

a destra. Il torace si presenta simmetrico, gli spazi intercostali sono uguali dai due lati e le costole hanno conservato la loro normale obliquità.

Nel secondo radiogramma (fig. 2) eseguito previa somministrazione di liquido baritato si rileva la deviazione verso destra dell'esofago.

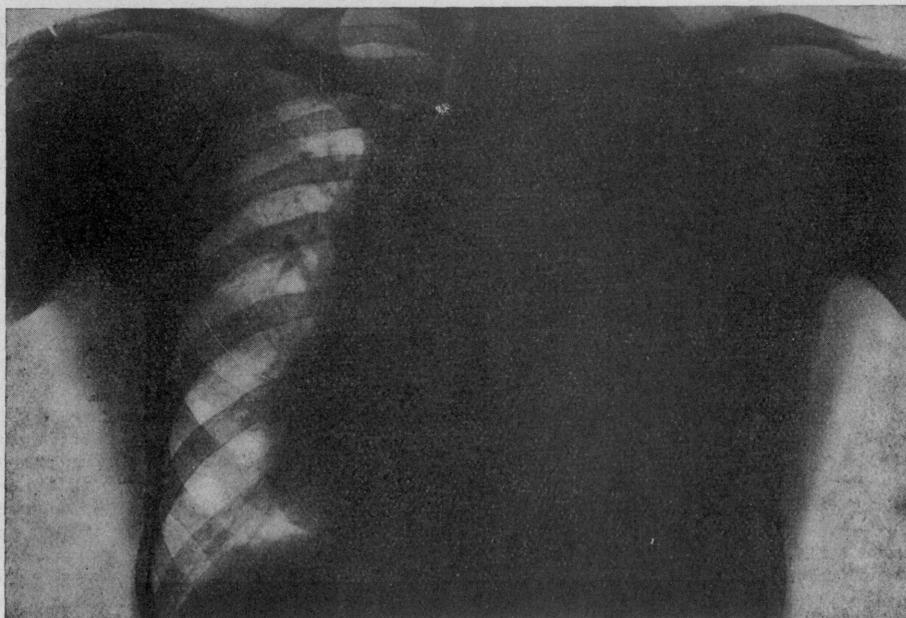


FIG. 2.

Il terzo radiogramma (fig. 3), infine, è stato eseguito adoperando raggi duri ed utilizzando l'antidifusore a griglia mobile ai fini di ricercare l'eventuale presenza di formazioni cavarie che, nel caso in esame, si dimostrano assenti.

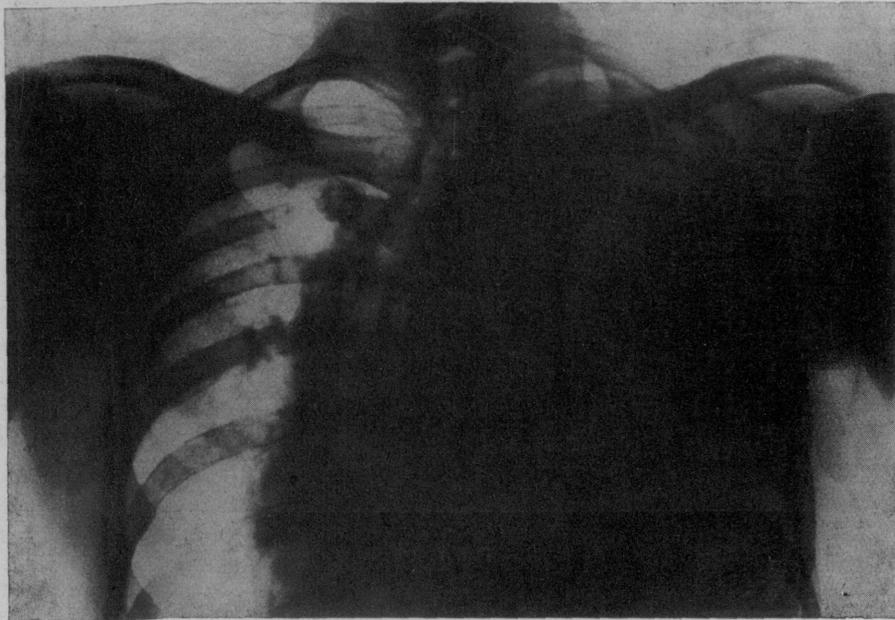


FIG. 3.

CASO II. C. *Eugenio* di anni 23, tipografo.

Niente di particolare che interessi l'attuale malattia la quale ha avuto inizio quattro anni fa con modica tosse e scarso catarro. Diagnosticata una lesione specifica dell'apice sinistro praticò per qualche mese le solite cure medico-dietetiche. In seguito insorse febbre alta, tosse intensa accompagnata ad abbondante espettorato. La ricerca del bacillo di Koch nell'espettorato diede esito positivo. Fatta la diagnosi di lesione ulcerativa del lobo superiore sinistro venne immediatamente eseguito il pneumotorace. Dopo circa un mese di cura pneumotoracica, di giorno, improvvisamente, in pieno benessere, accusò dolore violento all'emittoce sinistro con tosse e dispnea rapidamente progressiva. Fu fatta diagnosi di rottura polmonare. Pochi giorni dopo ebbe inizio un versamento pleurico che andò gradatamente aumentando. La dispnea e il dolore cominciarono allora a diminuire sino alla loro totale scomparsa, mentre il versamento invase rapidamente tutto l'emittoce sinistro. Esso non venne mai aspirato. Nei primi mesi del 1932 con l'iniziarsi del riassorbimento del liquido pleurico che si effettuò in un breve periodo di tempo, le condizioni dell'ammalato andarono migliorando. Scomparvero la febbre e l'espettorato, aumentarono le forze e l'appetito. Rimase modica dispnea.

L'esame obiettivo praticato alla fine del 1934 a distanza cioè di due anni dal riassorbimento del liquido pleurico era il seguente:

E.O.: Condizioni generali e di nutrizione buona. Cute pallida. Masse muscolari flaccide. Modica dispnea da sforzo. Il torace mostra un'immobilità assoluta dell'emittoce sinistro nei movimenti respiratori con assenza completa di asimmetria. Gli spazi intercostali sono normali ed eguali bilateralmente. Nessuna deviazione della colonna vertebrale. Si nota una lieve ipotrofia muscolare a sinistra. Il fremito vocale tattile si percepisce indebolito a sinistra. Alla percussione si ha su tutto l'emittoce sinistro suono ottuso. Il respiro è notevolmente diminuito a sinistra. Si ascoltano inoltre rantoli fini localizzati alla regione sottospinosa ed alla base. A destra si rileva ipersonorità con respiro aspro. Il margine destro del cuore è circa a tre dita all'infuori della marginale destra dello sterno. L'itto della punta si palpa alla quarta costa in corrispondenza della marginale sinistra dello sterno. Toni cardiaci non molto netti. Nulla negli altri organi. La ricerca del bacillo di Koch nell'espettorato praticato dopo l'inizio della cura diede sempre esito negativo. Furono praticate varie punture esplorative sia posteriormente che anteriormente e lungo l'ascellare in diversi periodi di tempo le quali

dimostrarono la costante assenza di liquido pleurico e presenza di un tessuto duro, compatto, stridente, sotto l'ago esploratore.

L'indagine radiografica eseguita nel 21 febbraio 1934 (fig. 4) mette in evidenza un'opacità



FIG. 4.

uniforme molto intensa e diffusa a tutto il campo polmonare sinistro. Il profilo aortico e del cuore a sinistra si confonde completamente con detta opacità. Anche la cupola diaframmatica corrispondente non è individuabile. Un'area meno opaca si nota nella regione apicale. Il mediastino è respinto a destra in special modo nella sua porzione inferiore. Il cuore è ruotato. Nel limite destro dell'opacità, si distinguono nettamente le immagini chiare del tubo laringo-tracheale e del bronco destro che hanno subito un notevole grado di deviazione.

Nella discussione dei casi illustrati dobbiamo innanzi tutto escludere due affezioni toraciche che potrebbero per alcuni determinati segni far sorgere un dubbio diagnostico: la pleurite con versamento ed il tumore polmonare.

Contro la presenza di un versamento pleurico abbiamo numerosi elementi che risultano, alcuni dall'indagine anamnestica, altri dall'esame obiettivo. Fra i primi di essi rileviamo, la lunga durata dell'affezione, specie nel primo caso, deponente tipicamente per il fibrotorace, il quale, è noto, si istituisce e progredisce lentissimamente mentre la pleurite con versamento dà luogo quasi invariabilmente al riassorbimento più o meno rapido di esso. Non sono rari i casi in cui il versamento, per condizioni speciali, può persistere per lungo tempo ma è da escludere la sua presenza dopo circa cinque anni, nel primo dei nostri ammalati, sotto forma di versamento totale e senza che mai si sia notata una pur lieve elevazione termica. Fra i segni riscontrati all'esame fisico e deponenti per un fibrotorace abbiamo: il fremito vocale tattile conservato, il respiro diminuito ma presente, l'assenza dell'egofonia.

Non persuasi di tutti questi elementi probativi abbiamo fatto ricorso a numerose punture esplorative in diversi periodi di tempo ed in sedi pure diverse le quali, come abbiamo sopra detto, sono state negative.

Ugualmente per i dati anamnestici e per i segni clinici noi possiamo escludere l'endotelioma della pleura. Anche in esso, la puntura esplorativa, ci avrebbe rivelato un versamento seppure emorragico, ma sempre un versamento pleurico.

Un tumore polmonare che abbia invaso tutto un campo polmonare? L'anamnesi, le condizioni generali buone del paziente, l'assenza di dolori così frequenti nei tumori pleuro-polmonari, ci fanno escludere con sicurezza detta affezione.

Accertata la presenza nei nostri ammalati di vero e proprio fibrotorace totale occorre dare una soluzione ad un quesito importantissimo e cioè perchè in questi casi il fibrotorace non si rivela con i suoi due segni caratteristici: l'attrazione del mediastino e la retrazione della parete costale. Il versamento rilevante istitutosi rapidamente, ha respinto il mediastino verso il lato sano come sempre avviene in simili casi. Possiamo ammettere che il versamento stesso abbia determinato uno stimolo irritativo tale da dare origine ad una reazione del mediastino con secondario irrigidimento e bloccaggio per aderenze, in posizione anormale di esso.

La nostra ipotesi appare maggiormente fondata quando si ricordi il tentativo di alcuni AA. (M. BERCK) che hanno praticato iniezioni di sostanze oleose, nello spazio mediastinico anteriore delle cavie determinando una reazione infiammatoria lenta, ed innocua capace di produrre la fissazione del mediastino. In seguito a questa fissazione è possibile l'istituzione di pneumotorace a pressioni positive molto alte.

Sul cadavere è stato inoltre dimostrato, con esperienze simili, il potere di resistenza del mediastino umano a pressioni altissime (M. BERCK).

Tuttavia non possiamo dare una esauriente spiegazione alla mancata retrazione della parete toracica, poichè, e anzi a maggior ragione, mancando da una parte l'attrazione mediastinica dovrebbe essere più marcata ed appariscente la retrazione costale.

Ammettendo infatti che il connettivo avesse il punto fisso irremovibile nel mediastino bloccato da aderenze, esso dovrebbe esercitare tutta la sua forza sull'altro punto cedevole cioè sulla parete toracica. Al contrario troviamo alla misurazione una completa simmetria, un'assenza di retrazione, una regolarità negli spazi intercostali.

Non possiamo allora imputare la fissità dell'uno o dell'altro punto della mancata deformità e dobbiamo avanzare l'ipotesi che tale fatto paradossale sia unito al tessuto neofornato, mancante in tutto o in parte, di potere retrattile. Tale tessuto potrebbe ben essere in rapporto della organizzazione e trasformazione fibrosa di un particolare versamento con la partecipazione dei foglietti pleurici e invece, minima partecipazione del connettivo parenchimale, dato il lungo periodo di eccessiva compressione del polmone che per tal modo si carnificherebbe in atelettasia.

Uno studio anatomo-patologico, di casi consimili darebbe la chiave di soluzione del problema; e noi, od altri, completeranno questo piccolo capitolo di patologia pleuro-polmonare.

BIBLIOGRAFIA

- AGNELLO V.: *Le alterazioni del polso radiale sinistro nel corso del pneumotorace terapeutico, nel pneumotorace con versamento pleurico e nel fibrotorace.* « Rivista di Pat. e Clin. della tbc. », 5, 984-989, 30 novembre 1931.
- ALLOI V.: *Kilievi semiotici nel fibrotorace.* « Rivista di Pat. e Clin. della tbc. », 8, 161-163, 28 febbraio 1934.
- BERNARD E., P. BERNAL e M. GONZALES: *Les Jeux fibrotorax.* Soc. Méd. des Hôp. de Paris, seduta del 22 marzo 1935, n. 11, 1° aprile 1935.
- BUSI: *Esplorazione radiologica dell'apparecchio respiratorio.* Collana « Policlinico », ed. Pozzi, 1929.
- BERCK M.: *Fissazione sperimentale del mediastino.* « The Journal of Thoracic Surgery », ottobre 1932.
- COLLA: *Considerazioni su di un caso di fibrotorace in una ragazza.* « Policlinico inf. », n. 7, 1934.

- COSTANTINI: *Tre processi di guarigione della tubercolosi polmonare col pneumotorace artificiale.* « Rivista di Pat. e Clin. della tbc. », settembre 1928.
- DIAMANTI: *Fibrotorace spontaneo e pnx. artificiale.* « Rivista Medica », febbraio 1933.
- FROLA E.: *Contributo allo studio del fibrotorace tubercolare.* « Ann. dell'Istituto Maragliano », 2, 175, 186, settembre 1932.
- GIUFFERIDA F.: *Contributo allo studio del fibrotorace totale spontaneo.* « Tubercolosi », 25, 73-81, marzo 1933.
- JACQUEROD D.: *Etude clinique et radiologique des cavernes tuberculeuses.* Masson, Parigi, 1928.
- KAUFFMANN: *Trattato di anatomia patologica.*
- LUPACCIOIU: *Il fibrotorace.* « Riv. di Radiologia e fisica medica », agosto 1931.
- MAININI C. e ALVAREZ A.: *A proposito del denominato fibrotorax.* « Rev. Asoc. Med. Argent. », 47, 3284-3289, ottobre 1933.
- MATTEI CH. VIENS e BOUDOURESQUE: *Notes cliniques et radiologiques sur les fibrothorax.* Soc. Med. de Marseille. « Marseille Méd. », n. 24, 25 agosto 1934.
- MATTEI CH. VIENS e BOUDOURESQUE: *Notes cliniques et radiologiques sur les fibrothorax.* Soc. Med. de Marseille. « Arch. de Méd. gen. et coloniale », n. 1, 1935.
- MAURER e OLIVER MONOD: *Cinq cas des fibrothorax par thoracoplastie.* « La Presse Médicale », n. 36, 4 maggio 1935.
- MORELLI: Société Médicale des hôpitaux de Paris, 1927.
- PERIOT e LOMBART: *Carnisation totale du poumon gauche. Fibrothorax et déplacement des organes thoraco-abdominaux.* « Provence Médicale », n. 45, 15 giugno 1935.
- ROUBIER: « Le Journal de Médecine de Lyon », 5 aprile 1934.
- ROUBIER e DOUBROW: « Lyon Médical », 5 febbraio 1929.
- ROUBIER: *Les pachipleurites retractiles consécutives au pneumothorax artificiel et leur pronostic.* « Journal de Médecine de Lyon », 5 aprile 1929.
- SIGNORELLI: *Come si ammala e come si guarisce di tubercolosi polmonare.* Collana « Policlinico », 1923.
- SIGNORELLI: *Il fibrotorace laterale artificiale quale metodo di cura della tubercolosi polmonare.* « Bollettino e Atti dell'Acc. Lancisiana », III, IV, 5 luglio 1928.
- VACCAREZZA R. F. e GALLI A. J.: *Fibrothorax total tuberculoso sin. existencia de sinfis pleural.* « Semana Med. », 19 aprile 1934.
- VENUTI M.: *Il fibrotorace e l'invalidità al lavoro.* « Riv. di Pat. e Clin. della tbc. », aprile 1934.
- VINCENTI: *Le fibrothorax.* « Journal de Méd. de Lyon », 1925.
- *Contribution a l'étude des fibrothorax.* « Rev. de la tuberc. », aprile 1932.
- *Les fibrothorax, indications de la thoracoplastie.* « La Presse Médicale », n. 36, 4 maggio 1935.



55538

31443

