



ISTITUTO NAZIONALE FASCISTA DELLA PREVIDENZA SOCIALE
OSPEDALE SANATORIALE « B. RAMAZZINI » - ROMA
Direttore: prof. FEDERIGO BOCCHETTI

DOTT. MARIO DE MARCHI

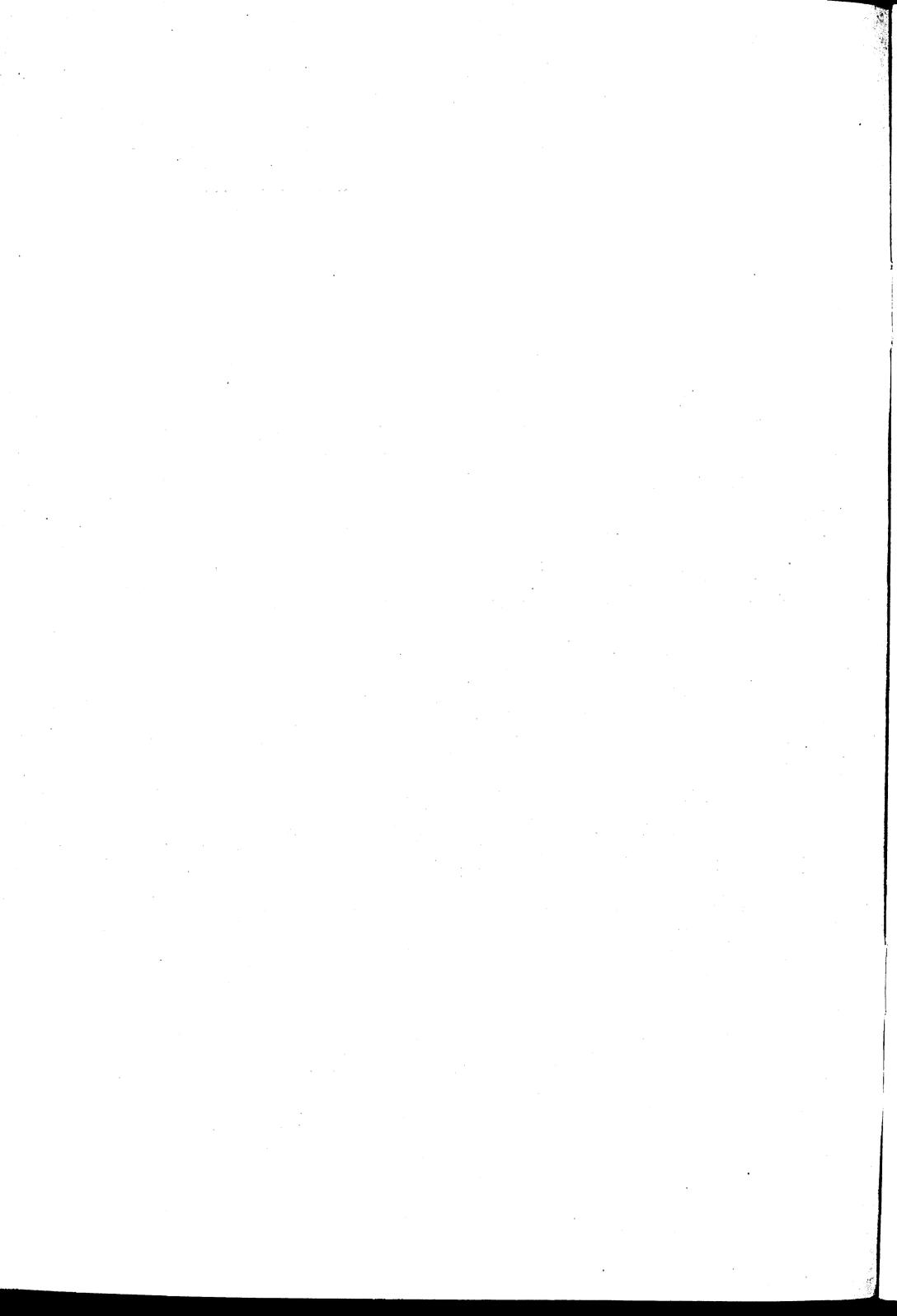
Rapida elisione spontanea di grossa caverna tubercolare del polmone

Estratto dalla Rivista « Lotta contro la tubercolosi » - Anno IX, n. 6 - giugno 1938-XVI

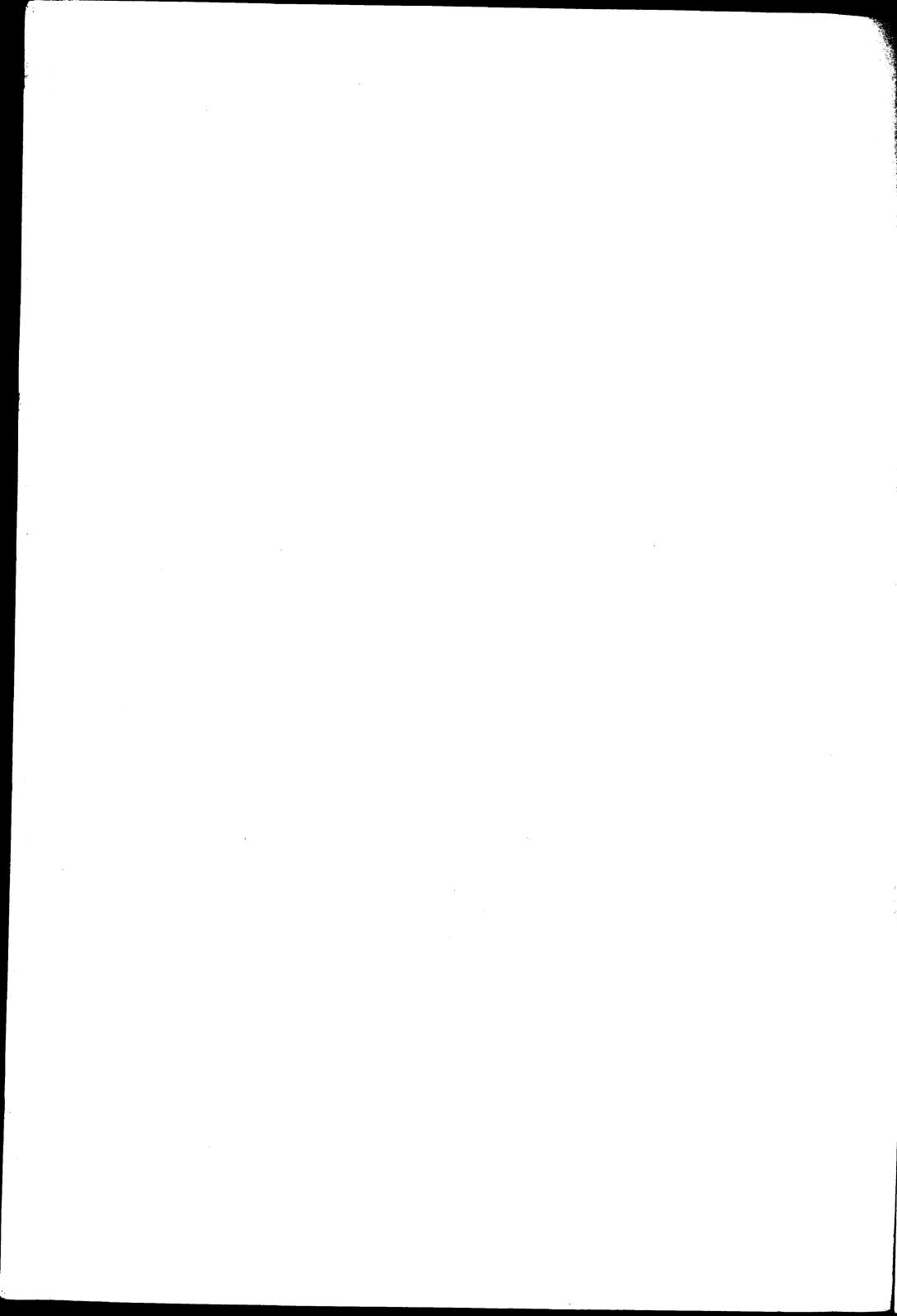
M. d.
B
54
73



STABILIMENTO TIPOGRAFICO « EUROPA » - ROMA







ISTITUTO NAZIONALE FASCISTA DELLA PREVIDENZA SOCIALE
OSPEDALE SANATORIALE « B. RAMAZZINI » - ROMA
Direttore: prof. FEDERIGO BOCCHETTI

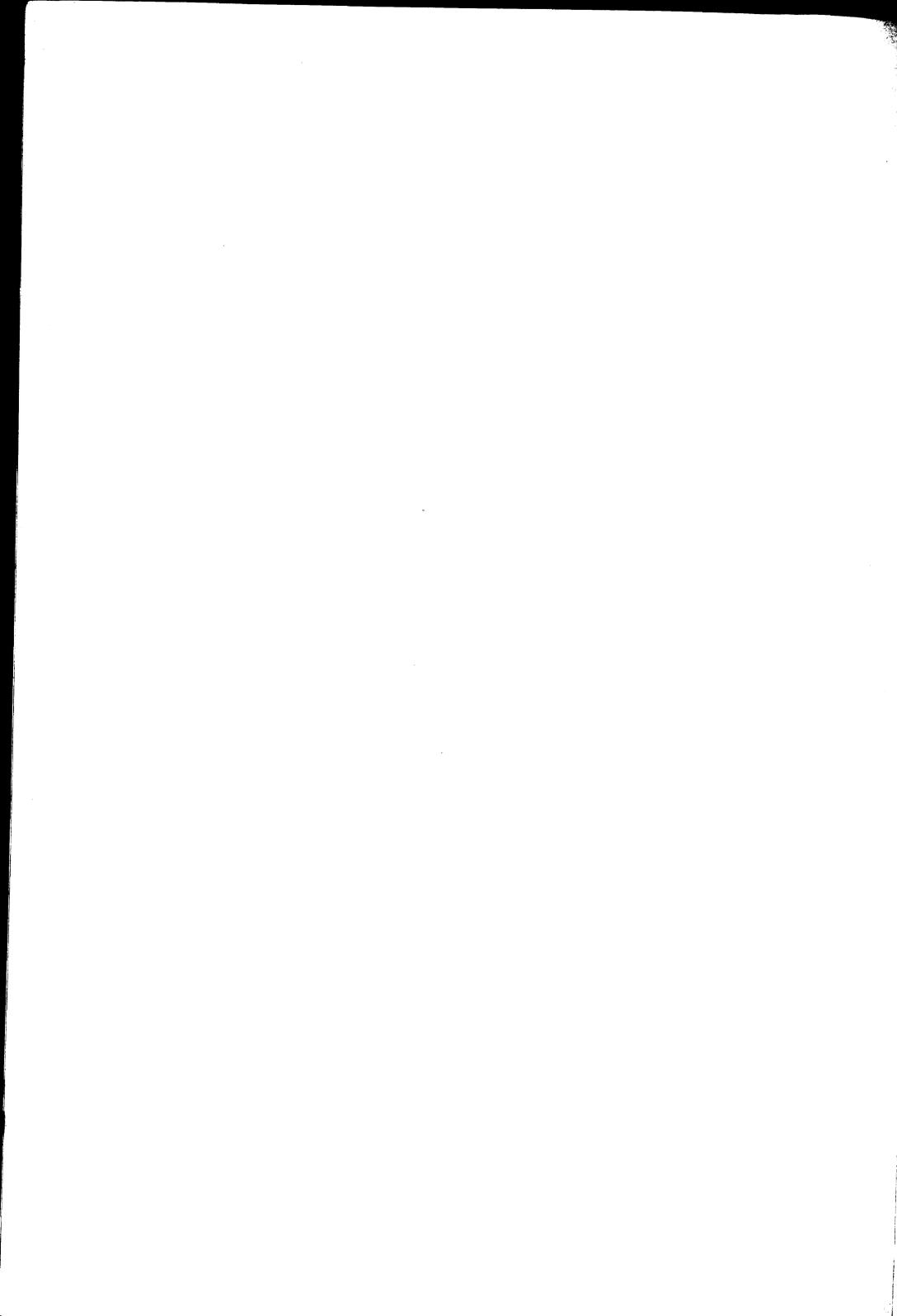
DOTT. MARIO DE MARCHI

Rapida elisione spontanea di grossa caverna tubercolare del polmone

Estratto dalla Rivista « Lotta contro la tubercolosi » - Anno IX, n. 6 - giugno 1938-XVI



STABILIMENTO TIPOGRAFICO « EUROPA » - ROMA



La possibilità della guarigione spontanea delle caverne polmonari tubercolari — argomento di vecchia osservazione che risale alle constatazioni anatomo-patologiche di LAENNEC e MECKEL (1814) — costituisce una delle questioni più discusse della tisiologia.

In questi ultimi anni, soprattutto per il crescente controllo dell'indagine radiologica nelle affezioni tubercolari del polmone, si sono avute numerose e complete descrizioni delle caverne polmonari e della loro evoluzione.

Non è mio intendimento, quindi, rifare la storia delle caverne, nè parlare della loro classificazione.

Scopo della presente breve nota è solo quello di portare un contributo casistico all'argomento, senza addentrarmi a discuterne il meccanismo per la cui conoscenza rimando ad altri osservatori che se ne sono occupati estesamente e in modo completo (MICHELL, BOCCHETTI, OMODEI-ZORINI, LUZZATTO-FEGIZ, MAESTRI, TOSI, ACCORRIMBONI, JAQUEROD, BRONKHORST, WOLHERS, ALEXANDER, ecc.).

Riporto alcuni dati riguardanti il caso capitato alla mia osservazione:

CARTELLA CLINICA N. 6628. — S. Luigi, di anni 43, sarto.

Nell'anamnesi familiare non si riscontrano malattie tubercolari. Per 11 anni, però, il paziente ha vissuto nella stessa casa con persona affetta da tbc. polmonare. Nulla di particolare nell'anamnesi personale remota.

Inizio della malattia nel marzo 1935, con malessere, febbre, tosse con escreato qualche volta ematico, astenia, diminuzione di peso fino a 12 kg. Riscontrato affetto da lesione tubercolare del polmone destro, venne ricoverato in un sanatorio dove gli fu ripetutamente tentato, senza esito, un pneumotorace terapeutico. Dimessosi spontaneamente dal sanatorio nell'aprile 1936, continuò cure ricostituenti a domicilio, ritraendone un discreto miglioramento delle condizioni generali.

Nel luglio 1937 cominciò a notare un persistente malessere, diminuzione del peso, aumento della tosse e dell'escreato. Il 1° settembre 1937 rientra in sanatorio.

All'esame obiettivo del torace presenta: a D., lieve ipofonesi della metà superiore con aumento del f. v. t. e respiro indeterminato con rantoli a piccole e medie bolle, con-

sonanti sotto tosse, nelle regioni sopra- e sottospinosa e sottoclaveare; a S.: lieve riduzione di suono nel terzo superiore con respiro indeterminato nelle regioni sopra- e sottospinosa.

Esame radiografico (3 settembre 1937 - fig. 1): Campo polmonare destro ristretto. Modica attrazione a D. della trachea. Visibile la linea interlobare superiore. Il lobo superiore destro è quasi totalmente occupato da una zona di iperdiafania circondata da un orlo di opacità densa. Disseminazione di noduli di varia grandezza, raggruppati alla base. Campo polmonare sinistro disseminato di scarsi noduli di piccola e media grandezza.

Peso: kg. 69.

Espettorato: positivo per il bacillo di Koch.

Cutireazione: umana = + -; bovina = -+.

Velocità di sedimentazione: I h. = 25; II h. = 65.

Reazioni sierologiche: MTbR = negativa. T. A. = negativa. Weltmann = 0,4. Witebsky = + + +.

Dopo cinque mesi di semplice cura sanatoriale associata a ricostituenti generali, si ha il seguente reperto clinico-radiologico:

Obiettivamente, a carico del torace: a D., ipofonesi marcata nel terzo superiore con respiro molto scarso, indeterminato, e pochi rantoli sottocrepitanti nelle regioni sopra- e sottospinosa e sottoclaveare; a S.: respiro indeterminato, scarso, senza rumori aggiunti.

Esame radiografico (7 febbraio 1938 in A. P., fig. 2; 20 aprile 1938 in proiezione di Alberts-Schönberg, fig. 3): Notevole attrazione della trachea a D. La regione precedentemente occupata dalla zona di iperdiafania, è ora sostituita da un'area di opacità densa, irregolarmente tondeggiante.

Peso: kg. 78.

Espettorato: ripetutamente negativo per il bacillo di Koch.

Intra-dermoreazione: intensamente positiva.

Velocità di sedimentazione: I h. = 10; II h. = 20.

Reazioni sierologiche: MTbR = negativa. T. A. = negativa. Weltmann = 0,5. Witebsky = negativa.

Mi è sembrato opportuno riferire e illustrare brevemente questo caso, soprattutto per due fattori che hanno una notevole importanza nelle guarigioni accertate di caverna:

- 1) grandezza della cavità;
- 2) tempo occorso per la sua elisione (circa cinque mesi).

Per ciò che riguarda il secondo fattore, se è pur vero che MICHELI afferma che vi è possibilità di guarigione spontanea di una caverna anche nello spazio di pochi mesi, nel caso descritto i cinque mesi costituiscono un tempo eccezionalmente breve, specie in relazione all'ampiezza della cavità.

Dirò subito che il secondo esame radiografico del torace (fig. 2) ha costituito una vera sorpresa. Tanto che, mancando alla prima lastra il controllo di un'altra eseguita proiezione diversa, è sorto il dubbio che la diagnosi iniziale di caverna non fosse stata esatta. Ma tale dubbio è stato poi diradato da precedenti radiogrammi, eseguiti in altri sanatori nel 1935 e 1936, in cui era ben chiara la presenza di una caverna del lobo superiore destro, da progresso infiltrato tisiogeno (fig. 4).

Stabilito, quindi, che si è trattato di vera caverna, resta a vedere il meccanismo di guarigione. E' possibile in questo caso parlare di vera guarigione, piuttosto che di scomparsa radiologica di caverna, in base a vari dati di ordine clinico e biologico, quali la riduzione netta del reperto ascoltorio, la scomparsa del bacillo di Koch dall'espettorato, il notevole miglioramento delle condizioni generali, l'abbassamento della velocità di sedimentazione, ecc.

Che una caverna polmonare tubercolare possa guarire spontaneamente, è un fatto, per quanto discusso, ormai accertato da una vasta casistica. Più rara è la guarigione di grosse caverne, possibilità, questa, che viene infirmata specialmente dagli anatomo-patologi. GRAEFF, infatti, sostiene che solo le caverne che non superano il volume di una piccola ciliegia possono guarire spontaneamente. Ma, come fa giustamente notare BOCCHETTI, tutte le caverne, di qualsiasi dimensione, tendono, ad un certo momento della loro evoluzione, alla guarigione spontanea, con raggrinzamento delle loro pareti che può ridurre il volume della caverna a $1/5$, per cui al tavolo anatomico apparirà quanto una ciliegia una caverna che un tempo era notevolmente più ampia.

Certamente, il volume delle caverne, come pure il loro tipo, ha una netta influenza sulla possibilità di guarigione perchè tutti gli autori che si sono in questi ultimi tempi interessati dell'argomento (MAESTRI, TOSI, ALEXANDER e altri), concordano nell'affermare che sono specialmente le cavità recenti, di piccolo e medio volume, quelle che maggiormente evolvono verso la scomparsa.

Il caso sopra descritto, non rientra in queste condizioni perchè si tratta di vecchia caverna di almeno tre anni di età, di notevole ampiezza, contornata da grosso cerine fibroso. Mancando, quindi, i requisiti necessari, la sua spontanea e rapida regressione ha costituito un fatto piuttosto eccezionale.

Riguardo alle modalità e ai fattori attraverso i quali avviene la regressione spontanea di una caverna, accennerò solo di sfuggita ai possibili meccanismi per vedere quale è entrato in giuoco nel caso che ci interessa.

Tralascio le classificazioni di WOLF, JAQUEROD, WOLHERS ed altri, per ricordare che, in via schematica, si ritiene oggi che la guarigione di una caverna possa avvenire per risoluzione o per fibrosi, con il concorso fondamentale di elementi meccanici e biologici.

La guarigione per risoluzione interviene di solito nelle caverne recenti, con pareti costituite da tessuto simile a quello che si ha in una pneumonite acuta (STAUB, CURSCHMANN, FLEISCHNER), in cui il collasso si può verificare, come ricorda MAESTRI, per la conservata retrazione elastica delle pareti, o per azione meccanica dell'enfisema vicario delle parti vicine, o per ipertrofia compensatoria del tessuto pericavitario.

La guarigione per fibrosi, assai più rara e ad evoluzione più lenta, può avvenire nelle caverne di vecchia data. Essa può verificarsi:

— attraverso un processo di trasformazione della infiltrazione perica-

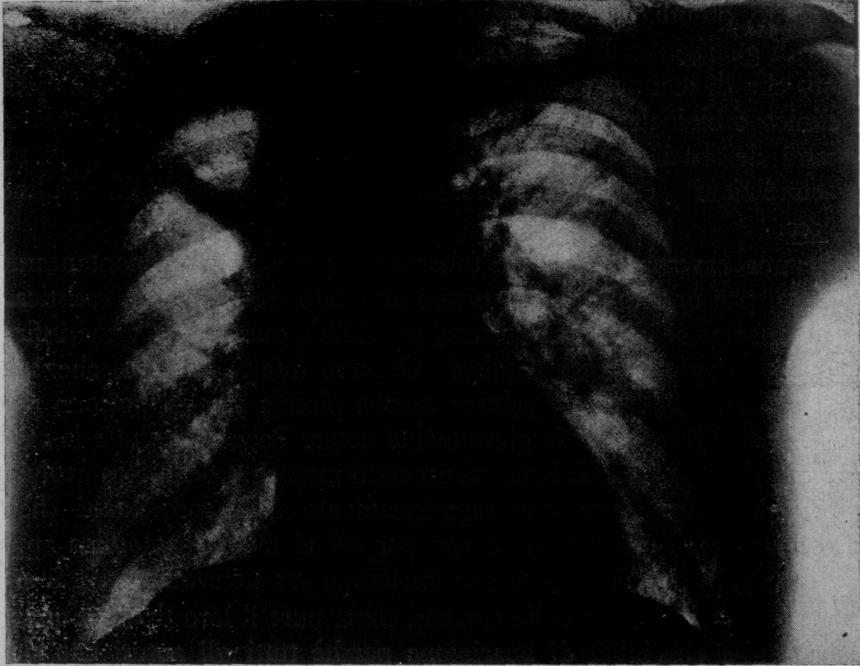


FIG. 1.

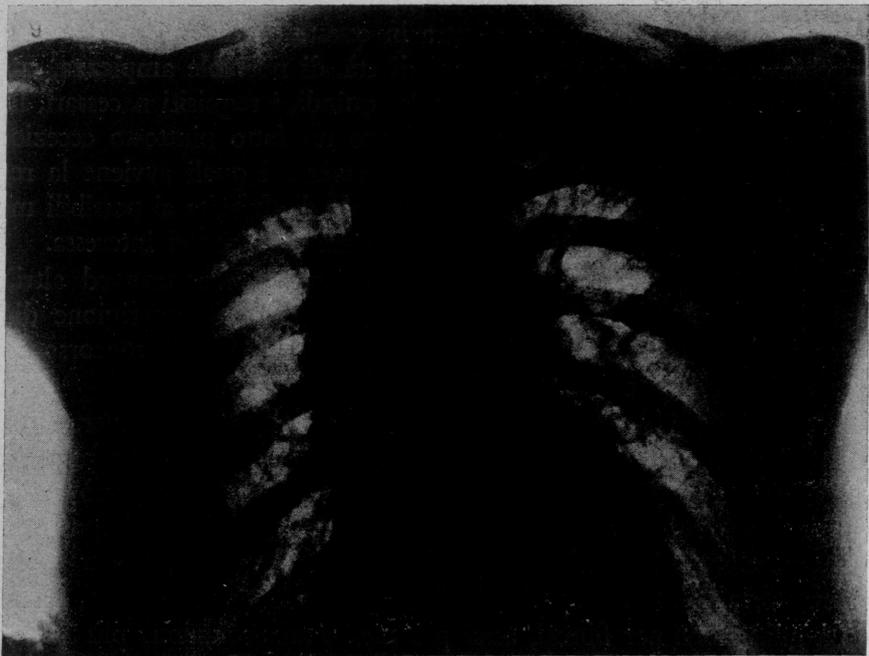


FIG. 2.

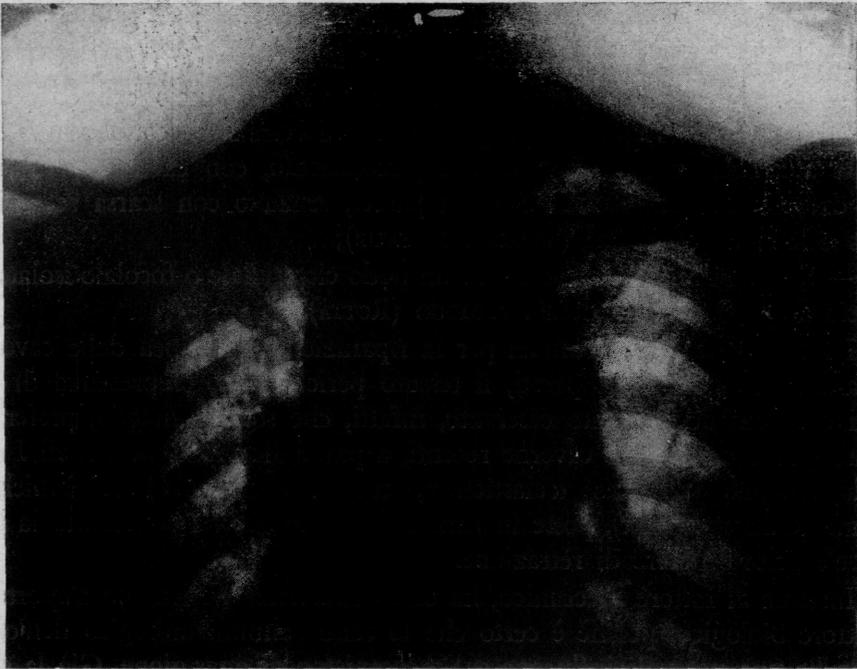


FIG. 3.

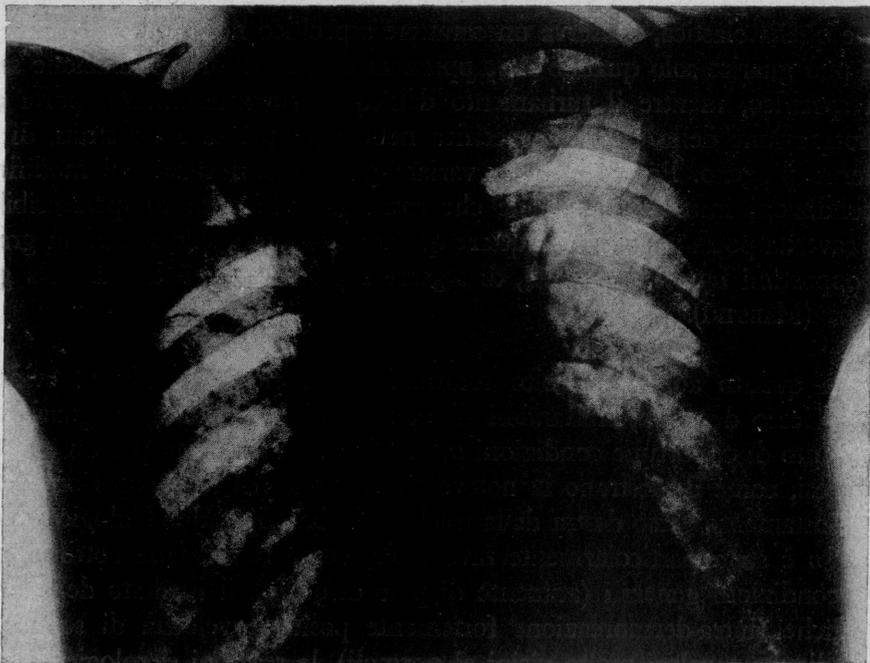


FIG. 4.

vitaria in tessuto fibroso che retraendosi avvicina le pareti e riduce la perdita di sostanza fino alla elisione più o meno totale della cavità (JAQUEROD);

— la membrana tubercolare si trasforma in un guscio connettivale la cui faccia interna si epitelizza e per successiva retrazione conduce gradualmente alla obliterazione o al solo impiccolimento, con caverna persistente ma, data la trasformazione della sua parete, senza o con scarsa secrezione priva di bacilli tubercolari (TURBAN e STAUB);

— tutta la cavità si trasforma in un nodo cicatriziale o focolaio isolato ed occasionalmente in un focolaio rotondo (ROTTA).

I fattori meccanici necessari per la riparazione spontanea delle caverne, riguardano lo stato delle pareti, il tessuto pericavitario, la presenza di trazioni o stiramenti. E' stato osservato, infatti, che solo o, meglio, preferibilmente guariscono quelle caverne recenti, a pareti flaccide (caverne di I e II grado, secondo WOLHERS; «elastiche», secondo ALEXANDER; «dinamiche», secondo OMODEI-ZORINI), poste in mezzo a tessuto che ha conservato la propria elasticità e potere di retrazione.

Insieme al fattore meccanico, ha una importanza non meno importante il fattore biologico, poichè è certo che lo stato immuno-biologico dell'organismo ha una notevole influenza sul meccanismo di guarigione. Già la semplice formazione di una caverna viene ritenuta da HUEBSCHMANN espressione di ipersensibilità e da JACCOUD, JAQUEROD e DUMAREST come massima espressione iperergica specifica, di significato molto vicino al fenomeno di Koch. Ora, quanto più è forte la ipersensibilità dei tessuti, tanto più la caverna, specie quella elastica, conserva un carattere aspecifico nel tessuto delle pareti. Essa può guarire solo quando sia tappezzata da tessuto di granulazione sano, non specifico, mentre il turbamento dell'equilibrio immunitario porta alla trasformazione della capsula aspecifica nella nota parete a tre strati, di cui l'interno piogeno. Poichè possono variare gli elementi capaci di modificare le condizioni immuno-biologiche che sostengono lo stato di ipersensibilità, una caverna potrà utilmente sfruttare queste condizioni, solo se sarà in grado, per opportuni fattori meccanici, di seguire rapidamente gli stimoli alla guarigione (MAESTRI).

Da quanto abbiamo molto sommariamente ricordato, risulta evidente che nel caso descritto, trattandosi di caverna di antica data, la guarigione, con l'aiuto di opportune condizioni meccaniche, sia avvenuta per un processo di fibrosi, come dimostrano la notevole retrazione del lobo superiore destro e lo spostamento verso destra della trachea. La base immuno-biologica di tale processo è stata particolarmente favorevole, come fanno fede l'ottimo stato delle condizioni generali (aumento di peso di 9 kg.), il risultato delle prove biologiche (intra-dermoreazione fortemente positiva; velocità di sedimentazione discesa a valori molto vicini ai normali), le reazioni sierologiche nettamente concordi per una diagnosi di regressione.

RIASSUNTO

L'A., dopo aver descritto un caso di rapida elisione di una grossa caverna tubercolare del polmone, ricorda brevemente i meccanismi e i fattori di guarigione.

RÉSUMÉ

Après avoir brièvement décrit un cas d'élosion rapide d'une grande cavité pulmonaire, l'auteur rappelle le mécanisme et les facteurs qui contribuèrent à la guérison.

SUMMARY

The author describes a case of rapid closing up of a large pulmonary cavity and briefly records the mechanism and the factors which produced the healing.

ZUSAMMENFASSUNG

Nach der kurzen Beschreibung eines Falles von der raschen Beseitigung einer grossen Lungenkaverne, erläutert Verf. den Mechanismus und die Faktoren die zur Heilung beitragen.



55534

