



OSPEDALE SANATORIALE « BERNARDINO RAMAZZINI »
DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE

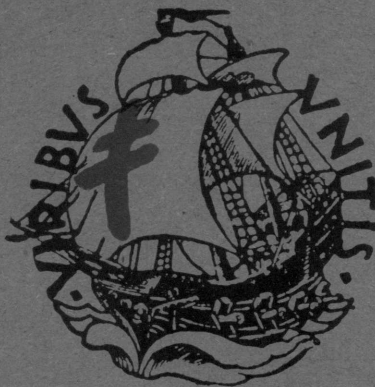
Direttore: prof. FEDERIGO BOCCHETTI

Dott. RENATO D'AMBROSIO

Assistente

Un caso di pleurite lamellare nel decorso di t.b.c. polmonare

(Estratto dalla Rivista " Lotta contro la tubercolosi " - Anno VII, n. 4 - Aprile 1936-XIV)

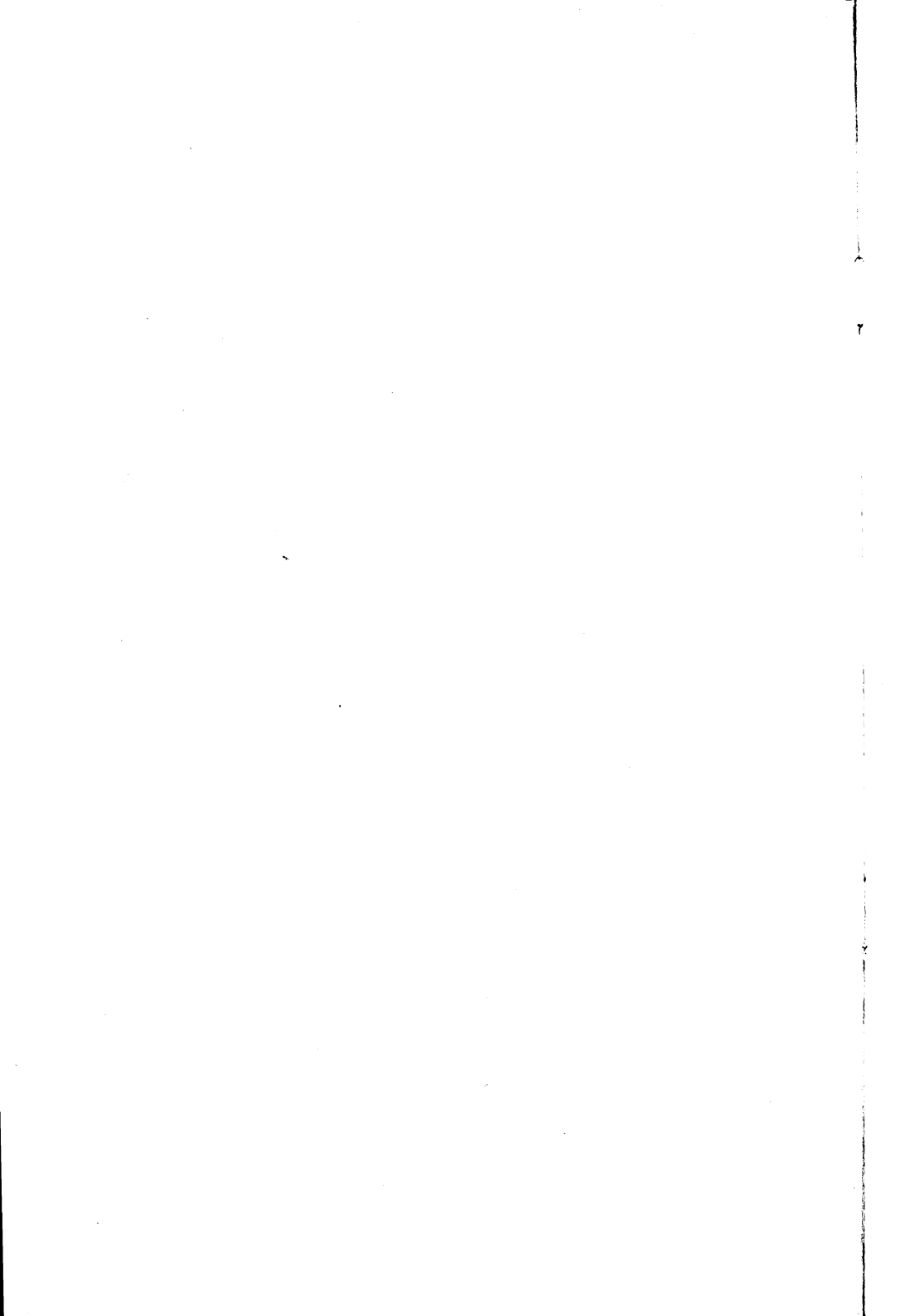


Dott. RENATO D'AMBROSIO
Assistente

Un caso di pleurite lamellare nel decorso di t.b.c. polmonare

(Estratto dalla Rivista " Lotta contro la tubercolosi " - Anno VII, n. 4 - Aprile 1936-XIV)





Capitato sotto la nostra osservazione un caso di pleurite lamellare, credo opportuno riferirne brevemente, non tanto per l'infrequenza di tale aspetto radiologico, ma perchè esso sembra fin'ora di raro riscontro nel decorso di lesioni tbc. polmonari di una certa estensione.

La nostra paziente, M. L., secenne, che ha trascorso una prima infanzia molto regolare, nella quale però ha avuto con sicurezza possibilità di contagio per esser convissuta con il padre tubercoloso, nel settembre 1935 ha sofferto, come complicanza di una infezione morbillosa, di una affezione polmonare di breve durata, febbrile, non ben precisabile, decorsa con tosse e modico espettorato muco purulento.

Una breve e rapida convalescenza riportò la bambina in condizioni almeno apparenti di buona salute, la quale d'altronde fu collaudata e convalidata in un mese di soggiorno in colonia marina. Nel novembre un radiogramma risultò negativo per lesioni pleuro-polmonari. Nel gennaio 1936, insorta febbricola, tosse e deperimento, fu riscontrata una forma estesa di tbc. polmonare destra.

Nel febbraio 1936, data del ricovero, la paziente, afebrile, in condizioni generali discrete, scarsamente tossicolosa, presentava obiettivamente una leggera ipofonesi timpanica nella regione sottoclaveare destra ove, ed unicamente, il respiro assumeva il carattere soffiante, accompagnato da un discreto numero di rantoli a piccole bolle.

La lesione polmonare, che fu accertata di natura tubercolare, era raffigurata sul radiogramma da un'estesa opacità occupante buona parte della metà inferiore del campo polmonare destro, a modica intensità, con un *maximum* a sede parailare, degradante regolarmente verso la periferia, contenente nella sua parte centrale una chiara zona anulare di iperdiafania a limiti tenui, della grandezza di una moneta da 10 centesimi. Il seno costo-diaframmatico destro risultava obliterato. Si notava inoltre un'ombra nastriforme marginale destra tenuamente opaca che dal seno costo-diaframmatico si estendeva fino all'altezza del secondo spazio intercostale, dello spessore di circa mezzo centimetro. Essa rimase di dubbia interpretazione. Radioscopicamente i due emitoraci si espandevano ugualmente in tutti i diametri; il seno costo-diaframmatico destro non si rischiarava nelle profonde inspirazioni.

Dopo alcuni giorni si procedeva alla istituzione di un pnx. destro. Pungendo nel terzo spazio, quasi sull'ascellare anteriore, si ottenne una pressione leggermente positiva (+ 4) scompagnata da oscillazioni manometriche. Si poteva invece constatare che dal padiglione dell'ago fuoriusciva a gocce ravvicinate più frequenti nella espirazione liquido citrino piuttosto torbido che senz'altro veniva estratto in modica quantità (4 cmc.). Le pressioni pleuriche essendo divenute nettamente negative, veniva messo il palloncino in comunicazione con la pleura la quale aspirò spontaneamente 100 cmc. di aria. Un radiogramma eseguito subito dopo dimostrò la disposizione a livello dell'essudato.

I due fatti eclatanti della fuoriuscita del liquido dall'ago ad un'altezza notevole, e della disposizione a livello di esso dopo l'immissione dell'aria, annullando tutti i dubbi interpretativi dell'immagine nastriforme, dettero la certezza tardiva di essere stati in presenza di una pleurite lamellare.

Gli esami chimici e citologici accertarono la natura essudativa del liquido estratto che si mostrò fortemente linfocitario e ad alto contenuto albuminoideo, batterioscopicamente e culturalmente privo di germi. La semina in Petraghami e la prova biologica sono anche risultate negative.

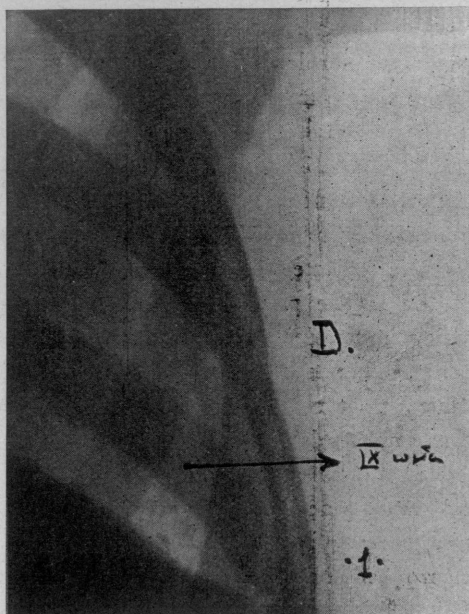
Di notevole in questo caso la forte positività della reazione di Witebskj K. K. e della reazione di Klopstock. La cutireazione ha dato esito positivo.

* * *

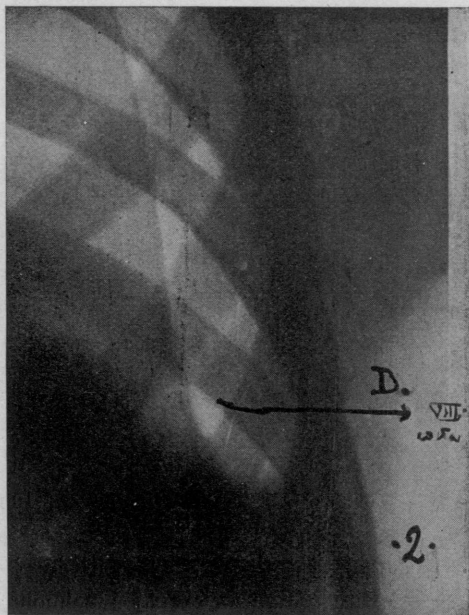
Diversi autori e numerose osservazioni all'inizio di quest'ultimo decennio hanno fatto conoscere la particolare disposizione che possono assumere versamenti pleurici di non grande entità, i quali si distendono su tutto o quasi tutto il polmone avvolgendolo a mo' di una sottile camicia liquida.

Tale disposizione, povera e spesso priva di segni obiettivi, è rivelata da un interessante quadro radiologico consistente essenzialmente in un nastro opaco situato alla periferia dell'ombra chiara polmonare. L'ombra nastriforme corrisponde allo strato liquido attraversato secondo il suo maggiore spessore. A tale aspetto radiologico è stato dato il nome di pleurite lamellare.

L'attenzione degli osservatori dopo la prima comunicazione di RACH, si è rivolta essenzialmente alla ricerca di dati atti a differenziare tale aspetto da immagini simili dovute, anziché a versamenti, a pleuriti fibrinose e ad ispessimenti e cotenne pleuriche.



Ombra nastriforme prima del pnx.



*Disposizione a livello del versamento
dopo il pnx.*

diaframmatico possono rappresentare una comune pleurite iniziale, nella quale l'opacamento basale sia poco manifesto. Viceversa possono rientrare nelle pleuriti lamellari quadri radiologici costituiti da un comune aspetto basale non molto esteso di versamento pleurico, in diretta continuazione lateralmente con un'ombra nastriforme che si prolunga in alto per una certa estensione (SCHINZ).

La tenue opacità del nastro, uniformemente diffusa per tutta la sua altezza, e la regolarità di esso sono favorevoli per un versamento. Medialmente non si apprezzano immagini speciali o tutto al più è solo visibile una tenue velatura uniforme.

Se la pleurite è a destra, l'ombra lamellare può fornire uno sperone nella scissura interlobare superiore. Tale prolungamento può essere un segno prezioso di versamento solo se, nel decubito laterale sinistro, esso aumenta in estensione (SCHINZ, PALMIERI). La larghezza del nastro nelle osservazioni meno recenti è stata sempre descritta di proporzioni esigue. Ma più recentemente si è venuti a conoscenza che il fenomeno della camicia pleurica è compatibile anche con versamenti di non lieve entità, e che quindi non sempre la striscia pleurica sul radiogramma o sullo schermo appare di proporzioni modeste. Una larghezza non molto esigua è specialmente visibile nei processi acuti polmonari, ove la pleurite lamellare è di osservazione più frequente. In questi casi essa può essere presente anche dal lato opposto (PALMIERI, URBANI).

I dati radiologici più utili e di maggiore attendibilità per un versamento pleurico avvolgente sono offerti dalle modificazioni dell'ombra lamellare durante le fasi respiratorie, aumentando lo spessore del nastro nella espirazione, diminuendo nella inspirazione, che forzata al massimo può portare alla sua scomparsa.

Altro dato importante favorevole ad un versamento è dato dall'aumento dello spes-

Tali caratteri differenziali, pur raggiungendo delle sottigliezze notevoli, possono condurre ad una diagnosi certa anche in assenza di segni clinici e contribuire così notevolmente alla diagnostica radiologica della pleura; ma è concorde l'opinione degli Autori che in alcuni casi il risultato è incerto (SCHINZ).

La pleurite lamellare si osserva meno frequentemente nei bambini e quasi sempre a destra. L'immagine nastriforme, segno fondamentale, è di altezza variabile e può essere visibile anche su tutta la periferia del polmone (SCHINZ, BAENSCH, FRIEDL).

Essa però ha valore solo se occupa almeno i due terzi inferiori della periferia del polmone (FLEISCHNER.) Immagini lamellari di breve altezza, che sorpassino di poco il seno costo-

sore del nastro nel decubito contro-laterale, e dall'allungamento di esso nel decubito omolaterale (SCHINZ, SCHIEFFER, FLEISCHNER, LAURELL, HYELM). La mancanza di queste variazioni depone a sua volta per la presenza di fibrina, ipotesi alla quale il reperto obiettivo semeiologico, che dovrebbe essere sempre presente, conferirebbe certezza. In questi ultimi casi l'ombra nastriforme è sempre esile, tenuamente opaca, ma con minore uniformità di quella dovuta a versamenti.

Ispessimenti pleurici, pachipleuriti, cotenne possono dare immagini simili. In esse però l'opacità è intensa, i limiti del nastro netti e non sfumati, i margini rettilinei; l'ombra è immodificabile nel suo spessore e nella sua lunghezza durante le fasi del respiro e nei vari decubiti.

E' favorevole ad un ispessimento una linea più opaca dal lato del polmone, che esprime un ispessimento più marcato della pleura viscerale (FLEISCHNER). Ispessimenti molto sottili fino a 2 mm. di spessore possono, secondo FLEISCHNER e contrariamente all'idea di numerosi autori (MANTOUX, MAINGOT, BARIJOU, AMENILLE), essere rivelati in certe condizioni favorevoli (polmoni molto trasparenti, soggetti molto magri); in tali casi il pnx. non sarebbe attuabile.

L'inizio delle pleuriti lamellari è molto spesso acuto; finchè la camicia pleurica è di modeste proporzioni i segni fisici sono scarsi o mancano del tutto. Solo a polmoni indenni o quasi, in pleuriti essudative apparentemente primitive, dal lato affetto può rivelarsi un suono ottuso timpanico, mentre all'ascoltazione si sente che il polmone continua a respirare; in questi casi il fremito vocale tattile è conservato, ma può essere attutito, il soffio bronchiale è sempre assente.

Negli avvolgimenti molto estesi (in altezza) è conservata la sonorità percussoria solo anteriormente nella regione sottoclaveare, mentre l'apice e la base sono ipofonetici. Negli avvolgimenti molto estesi in spessore, respiro, fremito vocale tattile, timpanismo percussorio scompaiono e non vi è differenza semeiologica tra un grande versamento con polmone atelettasico all'ilo e quello avvolgente con polmone espanso. Tuttavia l'estensione dell'ottusità totale, contrastante con lo scarso spostamento viscerale e lo scarso affanno respiratorio dell'emitore colpito, nonchè la rapida insorgenza dell'ottusità totale servono a suscitare il sospetto di quest'ultimo tipo di versamento (VIOLA).

* * *

La possibilità che possa stabilirsi subdolamente in decorso di tbc. polmonare una pleurite lamellare si presta a qualche osservazione che può interessare il fisiologo pratico.

Essa può insorgere non solo acutamente, come generalmente è ammesso, ma anche in assenza di fenomeni generali e locali, e rappresentare alle volte delle sorprese radiologiche.

Tale aspetto deve essere tenuto presente, ricercato e interpretato nello studio delle condizioni della pleura, ricerca preliminare di ogni intervento pneumotoracico.

I dati radiologici differenziali, esposti precedentemente, possono dare utili indicazioni nell'affrettare un intervento collassoterapico (pleurite lamellare, pleurite secca) o nel contro-indicarlo (ispessimento, cotenne), o prevenirne le difficoltà.

La pleurite lamellare può insorgere subdolamente talchè, specie nei bambini, occorre una maggiore sorveglianza radiologica ed un'attenta ricerca e valutazione dei segni obiettivi indicati da VIOLA.

Le immagini radiologiche date dalla pleurite lamellare, dalla pleurite secca fibrinosa e dalle cottenne possono rappresentare tre aspetti somiglianti di un processo in evoluzione. Le difficoltà diagnostiche quindi legate alla interpretazione di questi quadri radiologici sono largamente compensate da una diagnosi precoce e quanto mai utile, ad evitare, con l'intervento pneumotoracico, che dal primo aspetto si giunga al terzo e cioè alla sinfisi pleurica completa.

BIBLIOGRAFIA

SCHINZ, BAENSCH e FRIEDL: *Lehrbuch der Roentgen-Diagnostik*.

SCHIEFFER: «Forsch. Roentgen», 32, S. 281, 1924.

FLEISCHNER: *Die Lamellare Pleuritis*, «Forsch. Roentgen», 36, S. 120, 1927.

VIOLA: *La sintomatologia clinica dei versamenti pleurici avvolgenti il polmone*, Società Med.-Chir. di Bologna, «Riforma Medica», 6, 1928.

PALMIERI: *Di alcuni aspetti radiologici poco noti delle pleuriti*, «Riforma Medica», 1929, pag. 509.

PALMIERI e URBANI: *Contributo allo studio radiologico delle pleuriti nei processi polmonari acuti - La reazione pleurica controlaterale*, «Rivista di Rad. e Fisica medica», vol. 2°, fasc. II, 1930.

FRATINI: *Su di un caso di poliziosite con camicie pleuriche*, «Atti Acc. Med. Chir. Picena», Ancona, 1933.

LAURELL: *La dimostrazione di un essudato pleurico spesso invisibile - Diagnosi differenziale con la pleurite lamellare e con la velatura basale*, «Acta Radiologica», fasc. 6, 1935.



55612

~~342055~~

