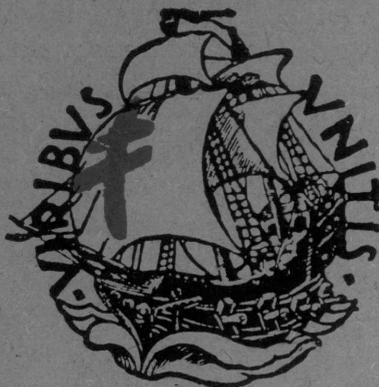


1698

Prof. VINCENZO MONALDI

Tentativi di aspirazione endocavitaria nelle caverne tubercolari del polmone

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi", - Anno IX, n. 10, ottobre 1938 - XVI



57
76

STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHYSICS DEPARTMENT

PHYSICS 309



PHYSICS 309

Prof. VINCENZO MONALDI

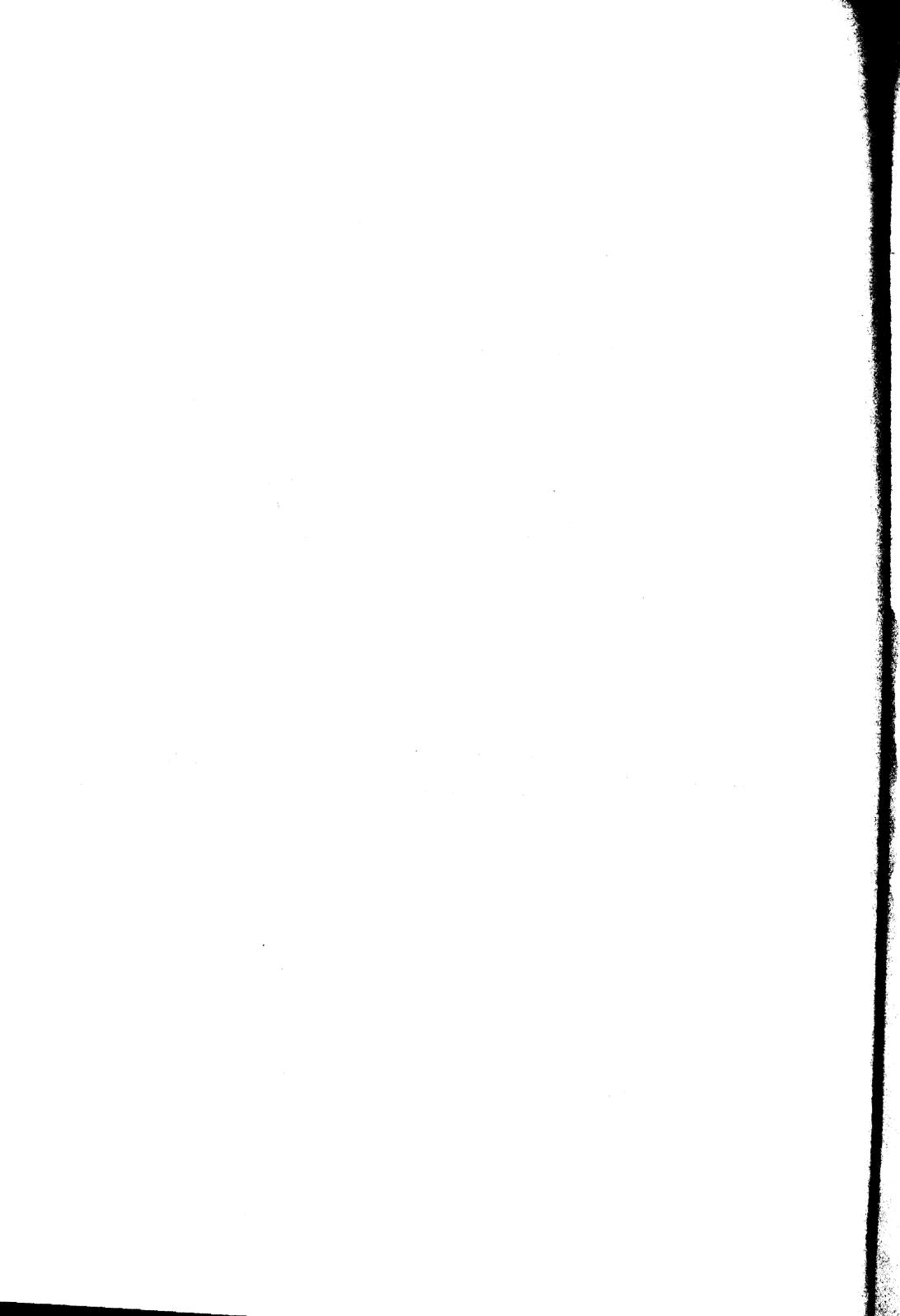
Tentativi di aspirazione endocavitaria nelle caverne tubercolari del polmone

*Comunicazione svolta nella seduta della Sezione Laziale
della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la
Lotta contro la tubercolosi presso l'Istituto C. Forlanini,
il 15 luglio 1938 - XVI*

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi", - Anno IX, n. 10, ottobre 1938 - XVI



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



Studi clinici e indagini sperimentali che da qualche tempo sto conducendo sulle caverne tubercolari del polmone mi hanno portato alla constatazione di alcuni fatti che espongo in breve sintesi.

Nel meccanismo di elisione delle caverne la sostituzione di spazio può avvenire per modificazioni del parenchima circostante. Questa modalità sembra essere la più comune e la prevalente nelle toracoplastiche antero-laterali elastiche.

Il territorio parenchimale atelettasico che l'anatomia patologica e spesso anche la radiologia rilevano tutt'intorno a una caverna sembra godere di grande importanza nel decorso della lesione cavitaria sia nel senso della progressione che nel senso della regressione. Di fronte all'attività parietale traumatizzante il tratto parenchimale atelettasico non è in grado di deformarsi e quindi di attutirne le ripercussioni che pertanto si porteranno direttamente sul cercine e sul contenuto gassoso endocavitario. Ne deriva quale corollario nella dottrina del trauma respiratorio (MORELLI) un danno che si ripete a ogni inspirazione e che favorisce la progressione del processo distruttivo.

Però se il territorio malato viene sottratto alle trazioni parietali traumatizzanti o il cercine cavitario per qualsiasi ragione esalta il proprio potere retrattile, il parenchima atelettasico circostante diviene una riserva utile in quanto, venendosi in seguito al richiamo concentrico a distendersi e ad aerearsi, può andare a sostituire progressivamente lo spazio cavitario. In queste condizioni quindi permette la graduale elisione della caverna.

Il bronco di drenaggio in un gran numero di caverne è di piccolo calibro, per cui nel giuoco respiratorio si creano sproporzioni tra le modificazioni imprresse alla caverna dai movimenti toracici e l'ingresso o la fuoriuscita di aria nella cavità. Ne consegue che il contenuto gassoso di questa va incontro a notevoli rarefazioni inspiratorie e a compressioni espiratorie che si traducono al manometro con ampie oscillazioni, che invece sono minime nei casi in cui il bronco di drenaggio è di calibro maggiore.

Senza voler ora analizzare tutto il significato fisiopatologico del gas endocavitario è da ritenere che le ampie oscillazioni di esso siano dannose particolarmente in fase di espirazione (tisi da compressione di FORLANINI e Mo-

RELLI). Infatti in questo tempo impedisce al cervice cavitario di svolgere il proprio potere retrattile e contemporaneamente contribuisce a mantenere atellassico il parenchima circostante che viene a trovarsi tra due forze compressive convergenti: la parietale e la endocavitaria. E non è improbabile che da ciò derivi quello stato di apparente rigidità di molte caverne che al contrario poi in seguito ad appropriati interventi si dimostrano elastiche e deformabili.

Io credo di aver avuto la dimostrazione delle precedenti premesse teoriche in alcuni tentativi di elisione di caverne con procedimento di aspirazione endocavitaria eseguiti con la collaborazione di BOTTARI e BABOLINI.

Con tale procedimento abbiamo ottenuto l'elisione temporanea di grosse caverne datanti da alcuni anni e già trattate inefficacemente con interventi chirurgici. L'elisione è avvenuta senza spostamento mediastinico e senza evidenti modificazioni morfologiche della parete toracica: quindi la sostituzione dello spazio cavitario si è determinata attraverso modificazione del parenchima circostante. D'altra parte il fatto è anche dimostrato da una maggiore trasparenza radiologica del polmone sede della caverna.

La chiusura temporanea del bronco di drenaggio si è ottenuta con molta facilità; alla riapertura di esso non è conseguito l'immediato ripristino della fisionomia antecedente della caverna, anzi in un caso avviata l'elisione della caverna questa ha continuato spontaneamente nel processo di regressione.

Ciò conferma la premessa teorica che la ridistensione del parenchima circostante modifica l'equilibrio meccanico nei riflessi delle caverne.

I predetti tentativi hanno avuto solo significato sperimentale, ma non è da escludere che in casi particolari il procedimento con opportuna tecnica possa apportare dei vantaggi pratici. E' in tal senso che con BOTTARI e BABOLINI ne sto attuando lo studio.

Discussione: Il prof MORELLI si intrattiene ad illustrare alcuni concetti di fisiomeccanica polmonare ed accenna alla tendenza retrattiva di cui spesse volte è dotata la caverna, per cui è bene mettere la caverna stessa nelle migliori condizioni di esplicare questa forza retraente. Richiama l'attenzione sulla presenza di pressioni positive che si hanno quando il bronco di drenaggio è chiuso; esso però in molti casi può disostruirsi e si determina così la possibilità che le caverne si retraggano con l'aspirazione. Infine consiglia di continuare in tali esperimenti.

327250



