

1591

ISTITUTO "CARLO FORLANINI",
CLINICA TISILOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: PROF. E. MORELLI

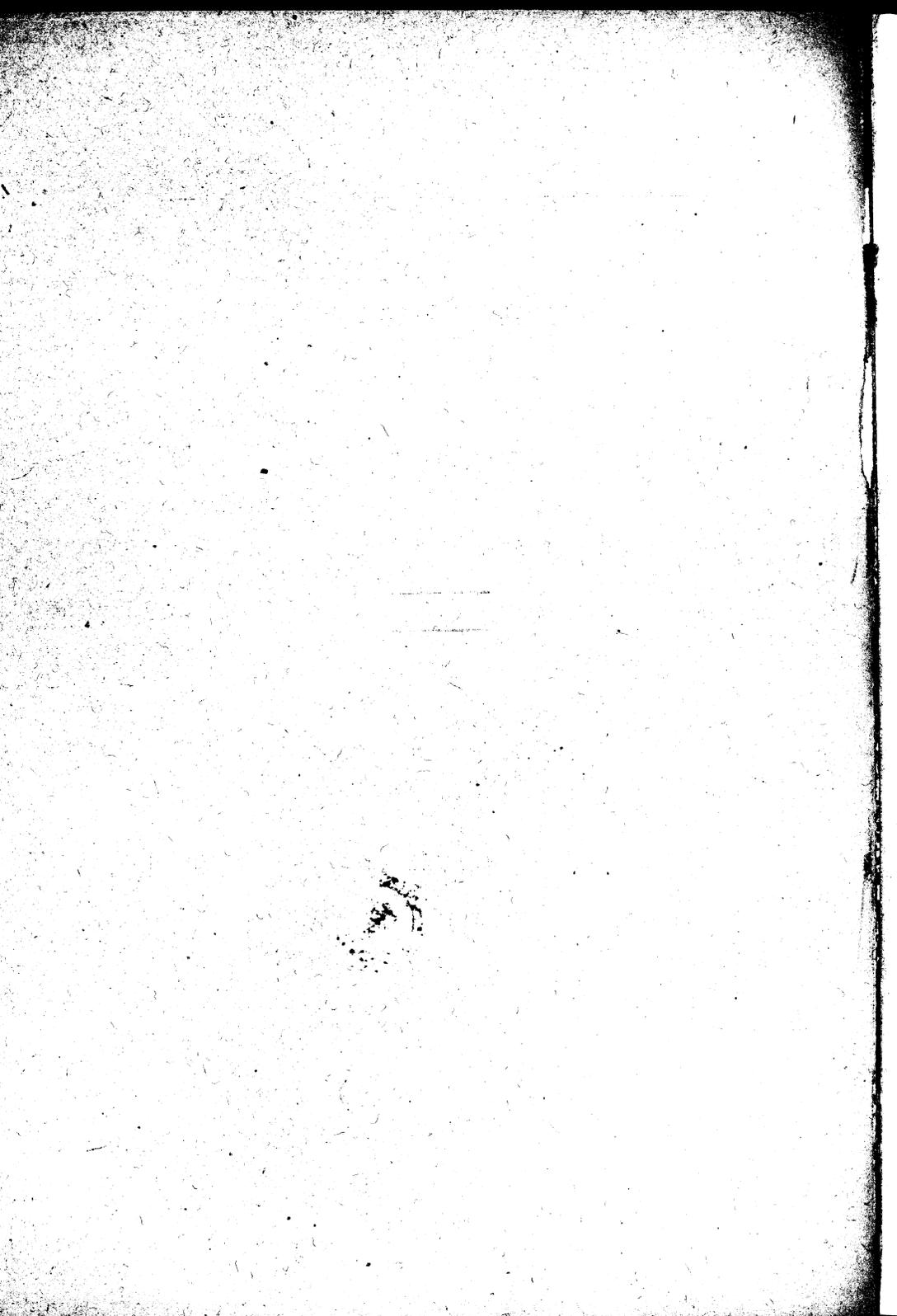
P. GUGLIELMETTI - G. BOTTARI

Influenza della detensione progres- siva con lavaggio sui processi tubercolari del polmone nella cura dei piopneumotoraci

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



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



ISTITUTO "CARLO FORLANINI",
CLINICA FISIOLÓGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: PROF. E. MORELLI

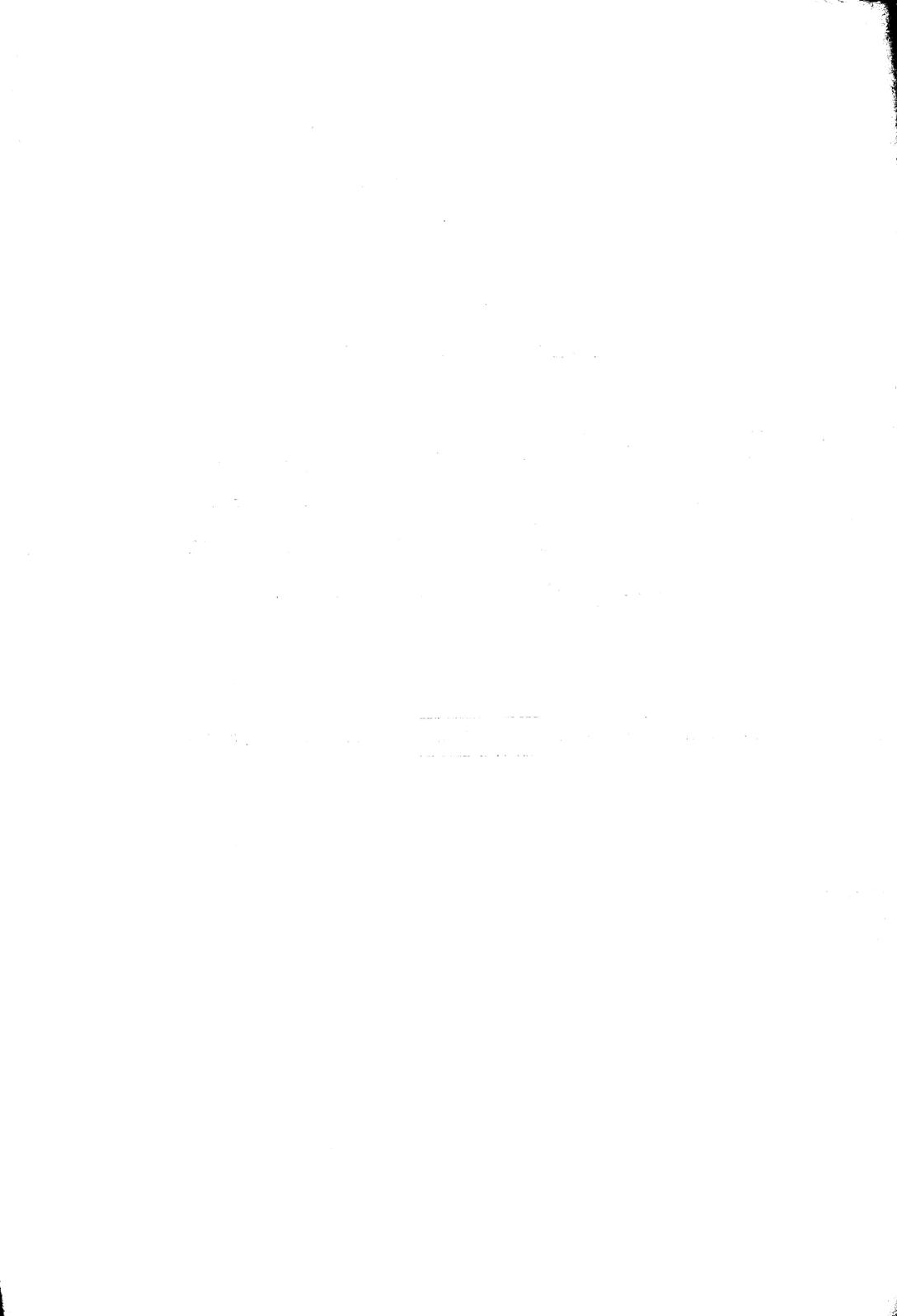
P. GUGLIELMETTI - G. BOTTARI

Influenza della detensione progres- siva con lavaggio sui processi tubercolari del polmone nella cura dei piopneumotoraci

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



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



Esistendo fino ad oggi, solamente osservazioni saltuarie sul comportamento delle lesioni polmonari in seguito ai procedimenti di aspirazione praticati in corso di pnt. per empiema altrimenti irriducibile, abbiamo creduto opportuno condurre su l'argomento indagini dettagliate sistematiche, scegliendo per la dimostrazione solo casi presentanti lesioni cavarie.

I risultati si possono schematizzare in quattro evenienze:

- a) modificazioni di forma, restandone il volume pressochè immutato;
- b) aumento di volume delle caverne;
- c) persistenza di collabimento di caverne, che per il breve tempo trascorso non si potevano ritenere avessero raggiunta la guarigione;
- d) variazioni regressive di caverne.

A parte l'ulteriore destino delle lesioni cavarie è di osservazione costante una modificazione di fisionomia della caverna, a meno che non si tratti di cavità sita in zona completamente aderente e lontana dalla sacca pneumotoracica. Il parenchima man mano che viene ridisteso viene a soggiacere a quelle trazioni parietali che dapprima erano eliminate dal gas pneumotoracico.

La modificazione solo di forma, senza aversi contemporaneamente anche un processo di regressione o di progressione del processo distruttivo, si osserva molto di rado, specie se il cavo pleurico è molto ampio; si può invece verificare quando il parenchima è aderente per ampia zona e la caverna ha assunto una posizione e una immagine in dipendenza del pnt., il più delle volte iperteso.

Esistono dei casi, nei quali con la riespansione del polmone si nota un ingrandirsi della caverna. Ciò avviene perchè si vanno ripristinando le ripercussioni delle trazioni parietodiaframmatiche, oltre che nel cavo pleurico, anche nei vari distretti polmonari.

Se la caverna si trova innicchiata in parenchima abbondante, ma anelastico per precedenti processi patologici, allora le trazioni parietali possono non trovare facile compenso nel parenchima pericavitarario ed esercitare quindi la loro azione traumatizzante sulla caverna.

Se la caverna è di enorme dimensione e senza parenchima sano circostante, succede facilmente che le trazioni parietali, anzichè esaurirsi nel cavo pneumotoracico, vanno ad elidersi nel gas endocavitarario. Ciò è ancora più facile verificarsi quando vi sono aderenze.

Quindi è da ritenersi che un aggravamento delle lesioni si possa avere in tutti quei casi in cui, durante il trattamento di detensione non esistono compensi più facili che nel tessuto lesio.

Questo compenso, prima che sul parenchima malato è da ricercarsi nel parenchima sano atelettastico principalmente e poscia nella mobilità del mediastino o in parti della parete toracodiaframmatica rese elastiche da interventi operatori.

Una conferma di questo sono tutti quei casi in cui con la riespansione si è avuta la scomparsa di formazioni cavarie e tutti quelli in cui focolai anche subattivi non si sono riattivati con la riespansione del parenchima.

E' da tenersi presente che in corrispondenza della parte lesa il tessuto è poco aerato o per normale riposo della fibra interrotta, o per inibizione, o per processo degenerativo del tessuto elastico, o per processo di connettivazione, quindi poco distensibile. Invece, il tessuto polmonare sano circostante alla lesione è facilmente distensibile. Pertanto quando si riespande un polmone collassato si osserva che il primo a distendersi è il parenchima sano.

Quanto più recenti sono le lesioni tanto più facilmente si osserva la modificazione di fisionomia e la scomparsa del cercine. La caverna viene a trovarsi circondata da parenchima sano che da atelettastico tenderebbe a ridistendersi occupando anche lo spazio occupato dalla cavità.

Pertanto radiologicamente si vede non solo modificarsi la forma della caverna, ma anche il più delle volte, scomparire il contorno netto di esso che diviene dapprima sfumato e poi non si rintraccia più. Il fatto che nei casi trattati con l'associazione di frenico-exeresi o di toracoplastica antero-laterale con o senza frenico-exeresi siano ancora più brillanti e rapidi i risultati, sta a indicare quanta importanza abbia a questo scopo la presenza di velari di compenso bene applicati, i quali, oltre ad elidere le trazioni dominanti, attutiscono con la loro cedevolezza anche le trazioni secondarie.



