



1852

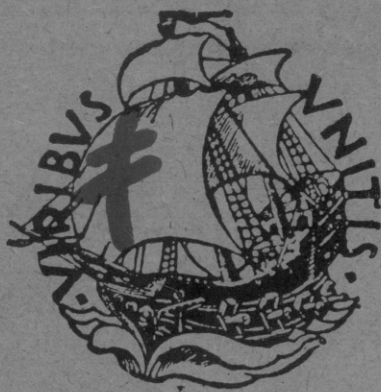
OSPEDALE SANATORIALE «ACHILLE SCLAVO» DELL'I.N.F.P.S. IN SIENA
Diretto dal prof. A. GUALDI

Dott. ALFIO CIMINO

Assistente

Sui rapporti funzionali tra torace e addome
Sindrome gastrica in pneumotorace e la sua
scomparsa con la costituzione di idropneumotorace

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi", - Anno X, n. 3, marzo 1939-XVII



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA

OSPEDALE SANATORIALE «ACHILLE SCLAVO» DELL'I.N.F.P.S. IN SIENA

Diretto dal prof. A. GUALDI

Dott. ALFIO CIMINO

Assistente

Sui rapporti funzionali tra torace e addome
Sindrome gastrica in pneumotorace e la sua
scomparsa con la costituzione di idropneumotorace

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi", - Anno X, n. 5, marzo 1959, XVI

STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA

Da MORELLI e dalla sua Scuola (1) sono state da tempo inquadrare nei « rapporti funzionali tra torace e addome » alcune sindromi a carico dell'ambito addominale e che accompagnano l'insorgenza di versamenti pleurici in corso di pneumotorace terapeutico in ammalati di tubercolosi polmonare.

La sintomatologia è varia a secondo che il versamento parapneumotoracico sia a sinistra o a destra; quando questo è a sinistra tutta la sindrome è legata quasi esclusivamente a turbe dello stomaco che si palesano con sensazioni dolorifiche e gravative, senso di pienezza dopo i pasti, anorexia, vomito sia dopo l'ingestione di cibi che al mattino a digiuno. Nei versamenti improvvisi ed acuti i disturbi gastrici sono piccoli e la sindrome violenta è di breve durata e dopo pochi giorni si attenua e scompare per intero se l'essudato è scarso, o se esso viene evacuato. Se invece il liquido è abbondante e viene lasciato nel cavo pleurico, anche se la fenomenologia acuta è scomparsa, i disturbi gastrici permangono più o meno modificati assumendo l'andamento continuo e meno violento dei perturbamenti conseguenti a versamento ad insorgenza non acuta.

Nei versamenti di destra la sintomatologia è diversa: possono aversi turbe a carico dello stomaco con i caratteri di quelli descritti per i versamenti di sinistra, ma non sono frequenti; in genere i disturbi sono esclusivamente dolorifici e si manifestano a carico dei due quadranti superiore ed inferiore di destra e la sindrome è molto vicina a quella delle alterazioni flogistiche degli organi siti nella metà destra dell'addome da condurre sovente ad errori diagnostici.

Con tutta la messa a punto della questione da parte della scuola di MORELLI, l'argomento è sempre all'ordine del giorno, sia per l'interesse della sindrome e sia per il meccanismo patogenetico.

Può quindi riuscire di un certo interesse ogni ulteriore contributo e questo è lo scopo del presente studio.

E' capitato alla mia osservazione il caso seguente che descrivo:

M. Umberto, di anni 28, vetraio, sposato con prole, da Ruffina.

Nulla di notevole nell'anamnesi familiare e personale remota.

Nel dicembre 1934 fu colto da febbre, preceduta da brividi di freddo, dolore forte a tipo puntorio all'emitorece destro. Dopo qualche giorno la febbre assunse carattere remittente: comparve tosse, cui seguì espettorato dapprima scarso e poi abbondante, mucopurulento. Dopo qualche mese la febbre scomparve, il p. si sentì migliorato, ma la tosse e l'espettorato rimasero invariati.

Nel maggio 1935 ebbe emottisi imponente, per cui fu ricoverato di urgenza in un sanatorio ove, il 15 maggio 1935, gli venne istituito il pnx. a destra.

Nel novembre successivo fu dimesso in cura ambulatoria: i rifornimenti pneumotoracici erano eseguiti ogni quindici giorni.

Nel settembre 1936, in seguito a rifornimento, cominciò ad accusare disturbi a carico dello stomaco: dolore, sensazione di acidità, bruciore e vomito qualche volta alimentare. Tale sintomatologia si ripeteva immancabilmente nei successivi rifornimenti pneumotoracici e durava 2 o 3 giorni per cessare del tutto. Non febbre nè dolore al torace. L'appetito era quasi sempre conservato.

Nel dicembre dello stesso anno fu colto da febbre alta, leggermente remittente, tornò tosse con una certa quantità di espettorato mucopurulento. Nel gennaio 1937 rientra in Sanatorio, ove gli venne diagnosticata una nuova lesione specifica alla zona alta del polmone sinistro. Il pnx. destro venne continuato ogni 12-15 giorni con introduzione di aria di circa 300 cc. e lasciando pressioni terminali negative. Dopo ogni rifornimento il p. era in preda a dispnea, talvolta ad accesso asmatiforme, dolore e bruciore allo stomaco, stimolo di vomito e qualche volta vomito alimentare. Raramente ebbe diarrea e l'appetito era sempre conservato ed anzi, dopo il vomito, il nuovo cibo somministrato veniva trattenuto.

Alla fine di novembre viene trasferito in questo Sanatorio.

Esame obiettivo: Torace cilindrico, gracile, con fosse sopra e sotto spinose e sopra e sotto clavicole pronunciate, scapole sporgenti, angolo del Louis prominente, angolo epigastrico acuto. Escursione respiratoria ridotta sull'emitorece destro.

Fremito v. t. abolito sull'emitorece destro ed in sopra e sotto clavicole sinistra.

Ipfonesi marcata in sopra e sotto spinosa sinistra ed anteriormente sullo stesso lato in corrispondenza della quarta costola. Base sinistra in sede e mobile. Suono timpanico su tutto l'emitorece destro ed in sopra e sotto clavicole sinistra.

Murmure vescicolare fortemente ridotto su tutto l'emitorece destro ed in sopra e sotto clavicole sinistra, conservato sul rimanente ambito. Rantoli sottocrepitanti in sopra e sotto spinosa e nell'i. s. v. di sinistra e respiro nettamente soffiante in corrispondenza della quarta costola sull'emiclavicole dello stesso lato.

Esame radiologico: Nulla a carico dello scheletro. Organi mediastinici in sede.

Emitorace destro: zona di trasparenza per presenza di aria nel cavo pleurico delimitante a fascia tutta la superficie del polmone in collasso perilare.

Emitorace sinistro: grossa area ovale di iperdiafania col maggiore asse verticale, interessante tutto il terzo superiore, delimitata da un margine inferiore semicircolare fortemente opaco. Accentuazione dell'ombra parailare.

Capacità vitale: 1300 cc.

Pressione arteriosa: (RIVA-ROCCI) mx. 108, mn. 60.

Espettorato: Mucopurulento; presenza di numerose fibre elastiche; positiva la ricerca dei bacilli di Koch.

Urina: Nulla di patologico.

Diagnosi clinica: Tbc. polmonare destra resa inattiva dal pnx. terapeutico in atto e grossa caverna tubercolare del lobo superiore del polmone sinistro.

Il 13 dicembre 1937 viene istituito il pnx. anche a sinistra introducendo cc. 200 di gas. Il p. non accusa alcun disturbo neanche nei successivi rifornimenti di sinistra, mentre ad ogni rifornimento del pnx. destro i disturbi gastrici ricompaiono con le modalità suddescritte.

La radiografia praticata in questo momento ci presenta reperto invariato all'emitorace destro e collasso quasi totale della zona escavata e subtotale del rimanente polmone sinistro.

Il 20 gennaio 1938 si decide di abbandonare i rifornimenti di destra per l'acuirsi delle sofferenze a carico della sfera gastrica.

Subito dopo si ha una lieve ripresa delle condizioni generali; senonchè dopo circa un mese, con il mantenere solo il pnx. sinistro, ricompare la stessa sintomatologia riscontrata durante i rifornimenti del pnx. destro, sintomatologia che si ripete nei successivi rifornimenti fino al marzo successivo.

Questa volta il dolore, pur avendo sede principale all'epigastrio, si irradia su tutto l'addome: compare diarrea, tenesmo, vomito ribelle all'azione dei farmaci.

Nel marzo sopravviene pleurite essudativa a sinistra. Il versamento va gradatamente crescendo fino a raggiungere dopo pochi giorni il quarto spazio intercostale.

Dall'inizio dell'inflammazione pleurica e durante la costituzione del versamento parapneumotoracico sinistro cessano i disturbi gastro-enterici, persistendo soltanto forte dispnea.

Dal diario clinico dell'ammalato in esame, risultano i seguenti fatti a carico della sfera gastrica:

1) dopo sedici mesi di cura pneumotoracica a destra insorgono disturbi a carico dello stomaco, che si riacutizzano subito dopo il rifornimento, durano 2 o 3 giorni e poi si attenuano; il cavo pneumotoracico è privo di ogni raccolta liquida; tale fenomenologia diviene sempre più insistente e dannosa tanto da interrompere la cura pneumotoracica destra;

2) dopo circa due mesi dall'istituzione del pneumotorace sinistro per lesioni evolutive sinistre, ricompare la stessa sintomatologia che si aveva a destra, sintomatologia che scompare del tutto e permanentemente con la comparsa di un idropneumotorace sinistro.

Come si spiega questo comportamento che si differenzia nella patogenesi da quello che avviene nelle sindromi addominali surricordate?

Che si possono avere dei disturbi gastrici in conseguenza ed in dipendenza della costituzione di un pneumotorace terapeutico, o di rifornimenti pneumotoracici, è un fatto ormai assodato ed ammesso.

Infatti CAMPANI (2) ha constatato una sindrome gastro-enterica acuta ed accessoriale a tipo enterocolitico (diarrea, tenesmo rettale e vomito) con fatti imponenti di bronchite asmatica ed ha interpretato i fatti riscontrati come dovuti ad una tossiemia acuta indotta dall'intervento collassante pneumotoracico, ammettendo l'ipotesi che l'introduzione del gas in pleura ed il collasso delle lesioni mobilitino tossine specifiche capaci di risvegliare una latente ulcerazione dell'intestino con una intensa congestione di essa.

Anche BONAFÉ e MOLLARD (3) hanno descritto alcuni casi di turbe gastriche consecutive a pneumotorace, caratterizzati da senso di pienezza addominale in seguito ad ingestioni di piccole quantità di cibo, da vomiti e dolore. Essi ritengono trattarsi di fatti di aerofagia, avendo constatato quasi costantemente nelle radiografie una grande bolla gassosa nello stomaco ed ammettono per la genesi dell'aerofagia un elemento meccanico per la immobilizzazione dell'emidiaframma del lato collassato e di un fattore riflesso dovuto alla irritazione vagale che determinerebbe lo spasimo dell'esofago e del cardiacus.

ANZALONE (4) dall'osservazione dell'insorgere dei disturbi addominali dopo l'instituzione di un primo pneumotorace ed il rapido spontaneo espandersi del polmone destro, regredito poi in seguito alla somministrazione di bellafolina, ammette un perturbamento nell'innervazione vegetativa che si è manifestato nell'ambito toracico del vago con la improvvisa riespansione del polmone destro e nell'ambito addominale dello stesso nervo con lo spasmo del piloro. Per l'A. la presenza di un pneumotorace terapeutico può rappresentare uno stimolo abnorme per la vasta innervazione parasimpatica della pleura, stimolo continuo e duraturo che, senza dare effetti gravi ed intensi, può indurre a svelare una ipertonìa vagale, totale o regionale, che prima non si manifestava con evidenti segni clinici.

Da questi fatti menzionati e dal notevole contributo portato dalla scuola di MORELLI (5) nei rapporti funzionali fra torace e addome, si ammette che la causa vera di questi disturbi consecutivi ad un pneumotorace, ad una frenico-coeresi, ad una toracoplastica antero-laterale elastica, debba essere ricercata in un particolare squilibrio del sistema nervoso autonomo, squilibrio che, anche se basato su fattori costituzionali inerenti al soggetto e quindi indipendenti di ogni atto operativo, si rende manifesto attraverso i modificati rapporti di posizione e di funzione tra le due cavità, la toracica e l'addominale (MONALDI).

AmMESSO tutto ciò ed, a maggior ragione quando si tratta di disturbi gastro-enterici in occasione di un versamento parapneumotoracico, è, invece, difficile a verificarsi il fenomeno opposto: la scomparsa, cioè, di ogni disturbo, precedentemente presente durante il pnx. asciutto, con l'insorgere ed il costituirsi di un versamento pleurico. Questo fatto è avvenuto nel caso da me studiato e descritto.

E' difficile, o per meglio dire rara, a quanto mi consta, una simile possibilità ed è molto indaginoso trovare il meccanismo gastro-enterico del fenomeno. Può tornare opportuno per la spiegazione un recente lavoro di GUALDI (6) sull'ittero catarrale che avveniva in ammalati di tbc. polmonare, portatori di pnx. terapeutico destro complicato da versamento durante la riacutizzazione della pleurite stessa. Egli ammette che la patogenesi della sindrome itterica è dovuta ad un fenomeno di Koch, nel senso che attraverso le vie linfatiche, in modo precipuo, e quelle nervose il processo flogistico primario della pleura sia passato al peritoneo sottopatico determinandovi piccole e circoscritte localizzazioni latenti, plastiche, e che ad una nuova entrata o passaggio di germi per la seconda riacutizzazione del processo pleurico, rispondono al secondo stimolo con fenomeni immediati e violenti, tali da condurre ad una pronta eliminazione del nuovo focolaio.

A questa premessa l'ipotesi più facile è quella di ammettere che con il primo pnx. si è avuta una irritazione pleurica che determinava i disturbi gastrici e che questi sono scomparsi togliendo l'irritazione con l'abbandonare il pnx. e permettendo così nuovamente il collabire delle due pleure. Ugual irritazione si è avuta per la seconda volta con il costituire il pnx. al lato sinistro, irritazione scomparsa con l'insorgere della pleurite essudativa nello stesso lato. Questo liquido di origine tubercolare può essere considerato come l'equivalente di prodotto caseoso espulso per guarigione del processo, come nel fenomeno di Koch.

BIBLIOGRAFIA

- (1) MORELLI E.: « Atti V Congr. naz. lotta contro tbc. », 399, 1936.
- (2) CAMPANI: « Riv. di pat. e clin. della tbc. », 1929.
- (3) BONAFÈ e MOLLARD: « Presse Médicale », 1930.
- (4) ANZALONE: « Riv. di pat. e clin. della tbc. », 2, 1938.
- (5) MONALDI: *Fisiopatologia dell'apparato respiratorio nella tbc. polmonare*. Tip. Armani, Roma, 1937.
- (6) GUALDI e ROBUSCHI: « Giornale clin. medica », 10, 1938; BARTOLOTTI: « Riv. Croce Rossa It. », 6, 1934; GUGLIELMETTI: « Atti V Congr. naz. lotta contro tbc. », 443, 1936; MONALDI, SISTI, CATI: « Lotta contro la tbc. », 3-9-16, 1934; 1, 1935.

RIASSUNTO

L'A. descrive un caso originale capitato alla sua osservazione caratterizzato da turbe gastro-enteriche consecutive a riformimenti pneumotoracici, scomparse in seguito alla costituzione di idropneumotorace sinistro.

Dopo aver riportato alcuni casi di turbe intestinali avvenute senza la complicità di versamenti pleurici, cerca di dare la spiegazione del fenomeno riportandolo a quello di Koch.

RESUME

L'A. relate un cas original observé par lui-même et caractérisé par des troubles gastro-enteriques, qui se manifestèrent à la suite de refournissements pneumothoraciques et disparurent dès qu'on effectua un hydropneumothorax gauche.

Après avoir décrit quelques cas de troubles intestinaux qui se vérifièrent sans la complication d'épanchement pleural, il tâche d'expliquer ce phénomène en le rapportant à celui de Koch.

SUMMARY

The A. describes an original case characterized by gastro-enterical troubles following pneumothorax refurnishments, which disappeared after creating a left hydropneumothorax.

After relating some cases of intestinal troubles which occurred without the complication of pleural effusion, he tries to explicate the fact by carrying it back to the one by Koch.

ZUSAMMENFASSUNG

V. beschreibt einen eigenartigen Fall, der durch Magendarm-Störungen charakterisiert war, die als Folge von Pneumothorax-Wiederversorgungen sich offenbarten und nach Herstellung eines linken Hydropneumothorax verschwanden.

Nach Beschreibung einiger Fälle Darmstörungen ohne Pleurärguss-Komplikation, versucht V. den Vorgang zu erklären, indem er diesen zum Koch'schen zurückführt.

58884



330029

