



ISTITUTO « CARLO FORLANINI »
CLINICA FISIOLÓGICA DELLA R. UNIVERSITA' DI ROMA
Direttore: prof. EUGENIO MORELLI

Prof. CARLO PANÀ e Dott. GUIDO BOTTARI

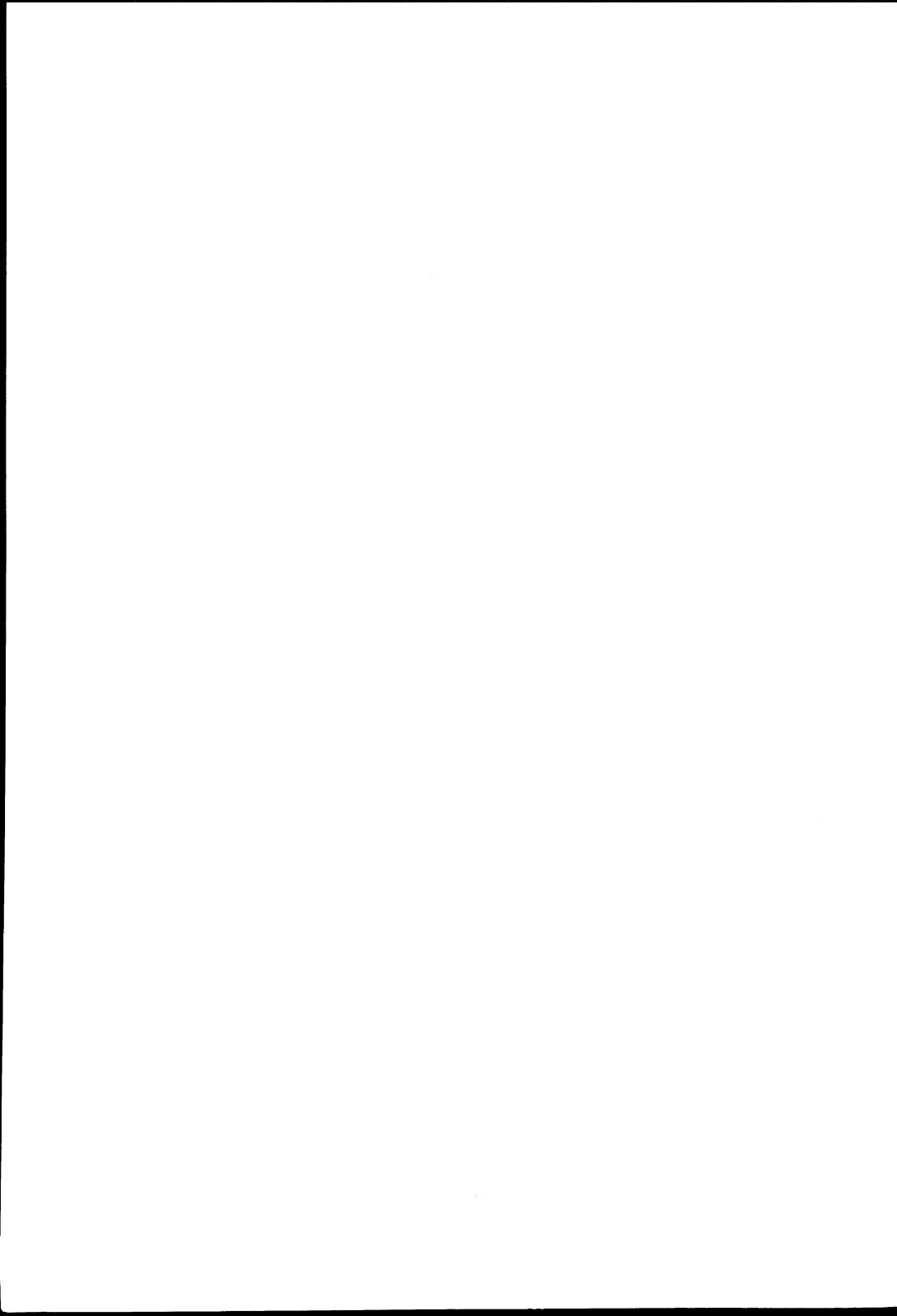
RILIEVI ANATOMICI PARTICOLARI SU DI UN CASO DI ASPIRAZIONE ENDOCAVITARIA

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi", - Anno X, 1939-XVII







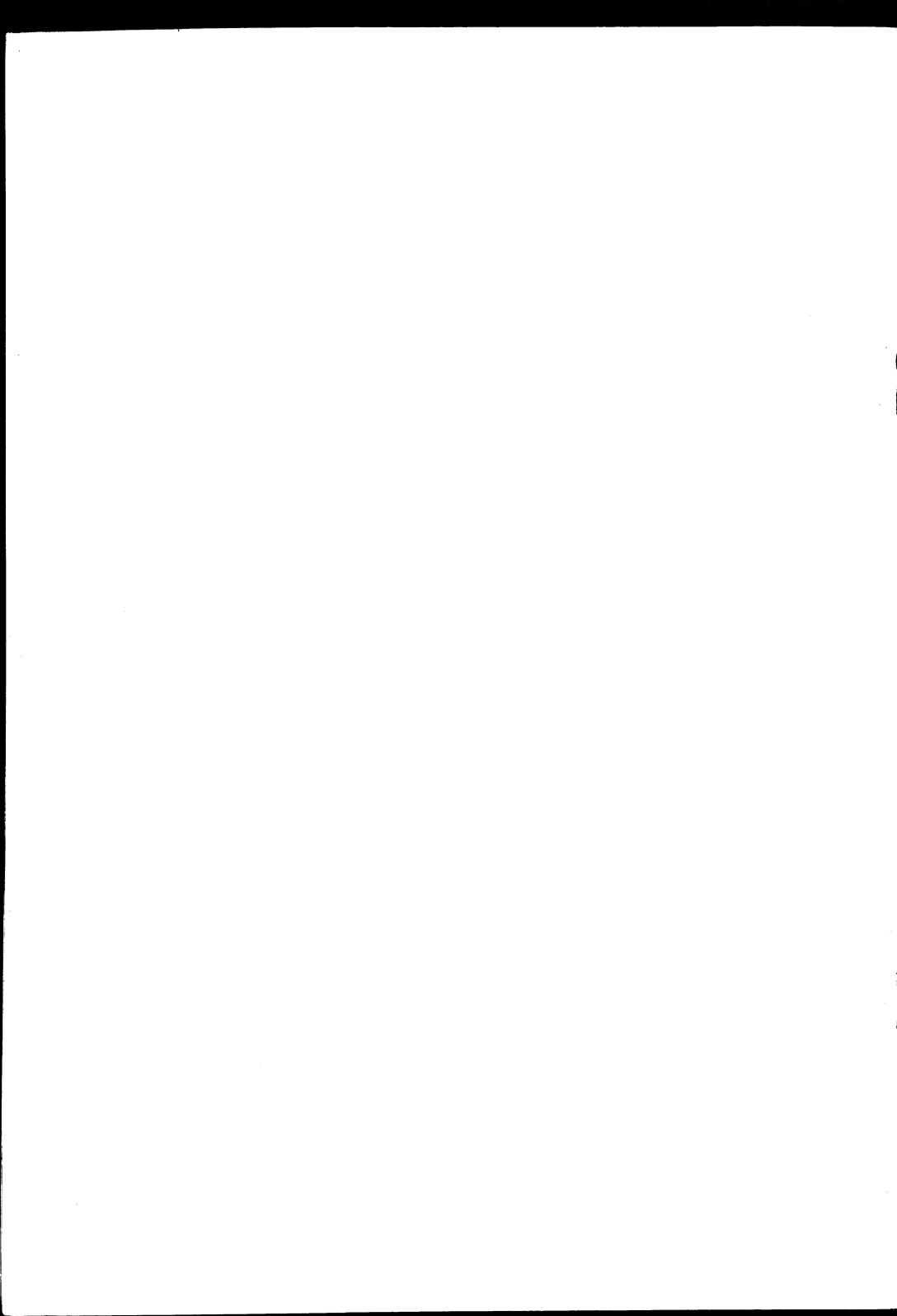


ISTITUTO « CARLO FORLANINI »
CLINICA FISIOLÓGICA DELLA R. UNIVERSITA' DI ROMA
Direttore: prof. EUGENIO MORELLI

Prof. CARLO PANÀ e Dott. GUIDO BOTTARI

RILIEVI ANATOMICI PARTICOLARI SU DI UN CASO DI ASPIRAZIONE ENDOCAVITARIA

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi," - Anno X, 1959-XVII



La presente comunicazione (1) fa seguito ad una serie di osservazioni anatomico-patologiche condotte da noi su alcuni soggetti nei quali poco tempo prima della morte era stata praticata, a solo scopo sintomatico, un procedimento d'aspirazione endocavitaria alla Monaldi. I risultati di tali osservazioni sono riportati in un nostro lavoro già in corso di stampa negli « Annali Forlanini ».

Con tali ricerche c'eravamo proposti di osservare quali modificazioni morfologiche e istologiche venivano determinate dal procedimento di aspirazione endocavitaria sulle caverne trattate, sul tessuto pericavitario e sul tragitto della sonda.

Mentre nei casi allora studiati si trattava sempre di soggetti che avevano avuto la aspirazione per breve tempo ed irregolarmente, date le loro gravi condizioni locali e generali; nel caso che presentiamo e che successivamente è capitato al tavolo anatomico, si tratta invece di un soggetto in discrete condizioni generali per quanto con lesioni bilaterali e venuto a morte per emottisi improvvisa proveniente da lesioni dell'apice dell'altro lato. Si tratta di un caso in cui le modificazioni della caverna sono più evidenti, poichè il trattamento è stato più lungo e più regolare e in cui durante il trattamento stesso si era constatata una notevole riduzione dell'area cavitaria.

R. Ferruccio di anni 24, malato fin dal 1937 di lesioni ulcerative del lobo superiore destro, per cui aveva condotto per alcuni mesi un pneumotorace terapeutico abbandonato in seguito perchè inefficiente.

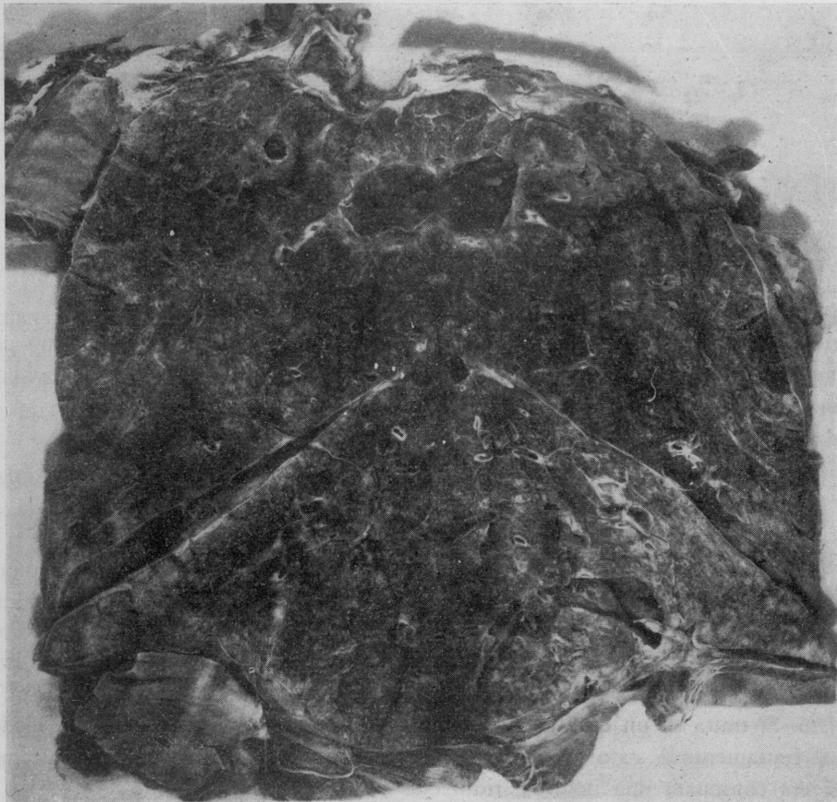
Il 3 gennaio 1939 il paziente entra nell'Istituto presentando la seguente diagnosi clinico-radiologica: grossa caverna infraclavare destra con diffusione di micronoduli omo- e controlaterali tendenti in alcuni punti alla confluenza. Il 25 gennaio 1939, non essendo possibile attuare altra terapia efficace, si istituisce trattamento di aspirazione endocavitaria alla Monaldi. Il p. sopporta magnificamente l'intervento e l'aspirazione praticata nei giorni successivi. Si nota poi un certo miglioramento delle condizioni generali, diminuzione dell'espettorato; la secrezione endocavitaria dopo un breve periodo in cui è densa e ricca di frustoli, diviene poi sempre più scarsa e fluida sino a diventare quasi appena corpuscolata e sierosa. I reperti radiografici praticati in serie dimostrano il pro-

(1) Seduta del maggio 1939-XVII presso la Sezione Laziale della Federazione.

gressivo ridursi della lesione cavitaria e l'ultimo radiogramma non mette in evidenza un netto residuo della caverna.

Senonchè il processo nodulare controlaterale confluisce e si ulcera determinando il 30 marzo 1939 emottisi accompagnata da febbre. Per il persistere dell'emottisi s'istituisce, il 3 aprile, pnt. sinistro, ma non si riesce a dominare la sindrome ed il p. decede il 6 aprile.

Alla necropsopia n. 95/39 eseguita il 7 aprile 1939 si constata che il polmone di destra, che è sinfisato totalmente alla parete pleurica, presenta sulla superficie di taglio



(vedi fig.) nel lobo superiore una cavità del diametro di circa 3 cm. con le seguenti caratteristiche: assenza di contenuto, superficie interna detersa, colorito rosso scuro emorragico; subito all'intorno alla cavità intensa proliferazione di tessuto fibroso neoformato; alcune strie si irradiano a stella con punto di partenza dal cerchio cavitario. Nel rimanente del polmone si ritrovano numerosi noduli ematogeni di varia data e di varia grossezza, alcuni nettamente fibrotici, altri invece con centro caseoso; alla base focolai recenti congestizi. Il tragitto che unisce la cavità alla parete toracica è lunga circa 4 cm. e si scorge sull'interno di essa una parete neoformata. Nel polmone di sinistra esistono numerosi noduli ampiamente caseosi all'apice con i segni di recente ulcerazione. Alla base focolai bronco-pneumonici macroscopicamente aspecifici.

Nell'intestino cieco tubercolosi ulcerativa recente.

All'esame istologico della parete cavitaria si osserva: scomparsa dello strato pleurico su quasi tutta la superficie della cavità, solo in *alcuni punti si notano* alcuni bottoncini con struttura specifica, punti che non era possibile individuare macroscopicamente. Lo

strato vasale è molto aumentato in spessore ed assai dilatati sono i singoli vasi con forte proliferazione cellulare intermedia. Frammista già a questo strato e subito al difuori di esso si nota per tutto il contorno della cavità una marcata proliferazione di tessuto fibroso che manda irradiazioni anche notevolmente lontano dal punto della caverna. Il parenchima sano immediatamente vicino è in preda ad un enfisema di alto grado; mancano del tutto aree atelettasiche, anche lontano dalla cavità, sempre però nell'ambito del lobo superiore, il parenchima sano presenta un certo grado di enfisema.

Si può ritenere che le caratteristiche più peculiari di questo caso siano le seguenti: alla constatata riduzione radiologica dell'area cavitaria corrisponde pure anatomicamente una riduzione del diametro originario della caverna; ad effettuare questa riduzione in questo caso hanno contribuito: primo, la distensione del parenchima polmonare sano immediatamente vicino ed anche lontano del lobo superiore polmonare; secondo, la neo-produzione vivace di tessuto fibroso su tutto il contorno dell'area cavitaria.

58971



~~333017~~



