

La Clinica

DIRETTORI:

PROF. ANTONIO GASBARRINI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA MEDICA
PADOVA

PROF. RAFFAELE PAOLUCCI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA CHIRURGICA
ROMA

REDATTORE CAPO

MARIO TRINCAS

REDATTORI PER LA MEDICINA

G. BASSI e G. SOTGIU

REDATTORI PER LA CHIRURGIA

A. QUIRI e E. RUGGIERI

SEGRETARIO DI REDAZIONE

E. BERNABEO

ANNO SESTO

1939



Miac B
57
13

**Sull'alcool-novocainizzazione
dei gangli simpatici dorsali nel trat-
tamento della tubercolosi polmonare.**

DOTT. C. UGGERI
ASSISTENTE

DOTT. B. FERRARI
ASSISTENTE

L. CAPPELLI — EDITORE — BOLOGNA

Sull'alcool-novocainizzazione dei gangli simpatici dorsali nel trattamento della tubercolosi polmonare.

DOTT. C. UGGERI

ASSISTENTE

DOTT. B. FERRARI

ASSISTENTE



Interventi più o meno diretti sul simpatico allo scopo di modificare determinati stati patologici e favorire i processi riparativi, sono stati tentati non soltanto per le estremità (gangliectomie lombari e dorsali; simpaticectomie periarteriali), ma anche su quello d'organi interni, per curare malattie resistenti ad altri trattamenti (angina pectoris: SVETLOW e SCHWARZ, MANDL; asma bronchiale: PAL, MANDL, JACCHIA; affezioni gastriche dolorose: ALVAREZ; ecc.).

I procedimenti usati sono stati per lo più alcoolizzazioni paravertebrali, spesso dirette a raggiungere i rami comunicanti; eccezionalmente altri procedimenti come quello di ALVAREZ dell'allungamento degli intercostali allo scopo di esercitare indirettamente un'azione sul simpatico.

In questi ultimi anni ha richiamato poi l'attenzione di diversi AA. la possibilità di agire sul simpatico innervante il polmone allo scopo di creare un nuovo metodo terapeutico nella tubercolosi di questo organo. Sembrerebbe che la prima idea o almeno la prima esecuzione di un procedimento praticamente realizzabile, spetta a JACCHIA (1934): non ci è stato possibile trovare accenni a tentativi precedenti. Questo A., essendosi prospettato il dubbio

che gli effetti ottenuti in alcuni ammalati trattati coll'alcoolizzazione degli intercostali secondo la tecnica di LEOTTA, fossero attribuibili ad un casuale diffondersi dell'alcool fino alla catena laterale del simpatico, emulsionò alla sostanza iniettata del lipiodol e poté così constatare radiograficamente che il liquido si diffondeva medialmente fino ai corpi vertebrali dove decorre la catena del simpatico. Pensò quindi che portando intenzionalmente il liquido a contatto con questa, gli effetti terapeutici sarebbero stati più sicuri e costanti nel senso che all'abolizione dell'azione vaso-costrittiva del simpatico avrebbe dovuto seguire una vaso-dilatazione con più abbondante e rapido afflusso di sangue e conseguente facilitazione degli scambi nutritivi e della riparazione dei tessuti lesi. Pare che JACCHIA abbia limitato il trattamento ad alcuni casi gravi dove era ineffettuabile il pnx.

In ordine cronologico dobbiamo poi ricordare ALVAREZ di Oviedo che dopo aver ottenuto, coll'allungamento degli intercostali, risultati incoraggianti in quattro casi di tbc. polmonare grave, propose nel 1935, allo scopo di conseguire nei polmoni ammalati un'iperemia non passeggera ma permanente, l'asportazione chirurgica

del simpatico toracico e precisamente di quella parte di esso posto in stretta relazione colla lesione tubercolare. Pare che l'A. non abbia però esperienza personale sulla gravità dell'intervento e sui suoi effetti terapeutici: accenna soltanto che l'estirpazione di un ganglio toracico simpatico, eseguita da COROCHAN di Barcellona dietro sua indicazione in malati con lesioni tubercolari molto avanzate, è stata seguita da regolare guarigione della ferita operatoria.

Abbiamo poi nel 1936 CHAIZE e MOLLARD che, senza accennare ai precedenti tentativi dell'A. italiano, enunciano quale idea propria quella di aggredire mediante alcool-novocainizzazione il simpatico dorsale nella tbc. polmonare. I presupposti teorici che giustificano un tentativo di questo genere sono, secondo i precedenti AA., d'indole varia; anzi tutto la constatazione che gli effetti terapeutici della frenicotomia non hanno spesso alcun rapporto coll'entità del collasso che essa apporta nella zona colpita. Questa circostanza ha fatto pensare a parecchi (SERGENT, CARLE, DUNNER e MEKLENBURG) che negli effetti del predetto intervento la paralisi diaframmatica non è tutto, ma che vi giochino una sicura parte le reazioni nervose e vasomotorie suscitate dall'operazione, colle relative conseguenze sull'irrorazione sanguigna dei polmoni e sugli scambi respiratori.

In secondo luogo l'importanza, dimostrata da studi di AA. americani (BAITSER e MARITSON) dell'influenza del simpatico sulla comparsa di tessuto connettivo nella tbc. polmonare.

Vi è infine una terza ragione più importante che gli AA. ribadiscono poi estesamente in numerosi lavori. Essi si sono convinti che nella tbc. polmonare in generale e in particolare nei periodi evolutivi della malattia, esistano dei disturbi nel tono del simpatico, nella maggioranza dei

casì nel senso di una ipersimpaticotonia. Questa può essere messa in evidenza con le comuni prove farmacodinamiche, e nella maniera più semplice e più facilmente ricontrollabile, colla misura del riflesso oculo-cardiaco che risulta di regola invertito. Il ritorno del riflesso verso la normalità decorre, naturalmente in generale e senza corrispondenze precise, parallelamente al miglioramento e alla guarigione clinica della forma morbosa. Essi fanno salire il numero dei simpaticotonici al 64 %; a questi vanno poi aggiunti i malati gravi con polso oscillante fra i 110 e i 130, in cui la paralisi contemporanea dei due sistemi vago e simpatico può dare, nei riguardi del riflesso, una falsa apparenza di vagotonia. Appunto per questo frequente squilibrio vago-simpatico con prevalenza del tono di quest'ultimo, sarebbe in modo particolare indicato un'intervento che tendesse a paralizzare la sua influenza.

Dobbiamo osservare però che in precedenza YOGANOVITH (1922) su 36 pazienti affetti da tbc. polmonare accuratamente studiati, aveva rilevato 15 iperparasimpatico-tonici e soltanto 7 ipersimpaticotonici. In seguito poi KINDBERG, DEBAY e CORCOS (1937) nei tubercolosi da loro esaminati trovano una percentuale di ipersimpaticotonici del 17,5. In un articolo successivo CHAIZE e MOLLARD fanno notare come risulti dalla statistica stessa di questi ultimi AA., che le percentuali relative dei simpaticotonici tendono in complesso a ridursi nelle forme poco evolutive o in via di guarigione, rispetto alle forme in netta evoluzione morbosa. Questo non toglie però che i risultati globali siano lo stesso da considerarsi contrastanti e che quindi quest'ultima ragione portata da CHAIZE e MOLLARD per appoggiare l'indicazione ad un intervento sul simpatico nella tbc. polmonare, sia lungi dal raccogliere un generale consenso.

Riguardo alle modalità di aggressione del simpatico dei polmoni, a parte l'operazione consigliata da ALVAREZ la cui gravità, in modo particolare in un tubercolotico, dà al metodo un semplice interesse teorico, gli altri AA. non differiscono eccessivamente nel procedimento usato.

JACCHIA aggredisce i gangli simpatici dorsali dal II al VI iniettando a scopo anestetico, oltre l'alcool, 8-10 cc. di novocaina al ½ %. Un'ago della lunghezza di 10 cm. viene infisso verticalmente 3 cm. a lato del processo spinoso prescelto fino all'arco costale, attenendosi preferibilmente al margine superiore della costa. Superato il margine osseo si penetra con un angolo di 20-30° verso la colonna infiggendo l'ago per altri 1-2 cm. Dopo aver iniettato lungo il percorso 2 cc. di novocaina, se ne iniettano a questo punto altri 5, quindi 2-3 cc. di alcool da separata siringa; il residuo della novocaina mentre si estrae l'ago.

Riguardo al numero delle volte per cui queste iniezioni devono essere praticate l'A., senza poter fissare le modalità della cura, crede che l'opportunità di ripeterle si possa avere quando, ridotti i rumori umidi dopo le prime iniezioni, essi presentano in seguito un nuovo aumento.

CHAIZE e MOLLARD nel loro primo lavoro aggrediscono i primi tre gangli toracici. Essi prendono come punto di reperi il tubercolo di Chassignac e fissano un primo punto situato 1 cm. al di sotto e 3 dita trasverse al di fuori di questo. Quivi si infinge un ago da puntura lombare, con direzione verso l'indentro e leggermente in alto per circa 6 cm.: a questo punto si urta contro un piano resistente che corrisponde al corpo vertebrale. Si sposta allora l'ago di qualche mm. e si inietta un miscuglio di 5 cc. di alcool al 30 % e di altrettanti di novocaina all'1 %. Ripetendo questa manovra nei due spazi intercostali sottostanti, si raggiungeranno il II e il III ganglio dorsale. In generale questo trattamento

viene ripetuto sei volte col ritmo di due sedute per settimana.

Questi AA. poi, sebbene non vi facciano accenno nel loro primo lavoro, ritengono sia pure indicata l'infiltrazione del ganglio stellato, che è possibile raggiungere da tre vie. Questo procedimento avrebbe il vantaggio di offrire come prova d'aver raggiunto il ganglio la comparsa di una sindrome di Claude Bernard-Horner. Dal punto di vista degli effetti terapeutici gli AA. non hanno tuttavia esperienza sufficiente per poter nettamente preferire l'alcoolizzazione del ganglio stellato o dei gangli dorsali: ciascuno dei due metodi ha portato miglioramento in casi che erano rimasti indifferenti all'altro.

Nel loro ultimo lavoro poi (ottobre 1938) CHAIZE, MICHON e MOLLARD credono opportuno tentare una debole alcoolizzazione dei gangli simpatici (la cui aggressione sembrano prolungare fino al V dorsale), soltanto dopo ripetute infiltrazioni corrette e ben sopportate con novocaina semplice.

Nessuno degli AA. che hanno sperimentato il metodo ha avuto incidenti e disturbi di qualche entità, sia subito dopo l'iniezione che in seguito. Consigliamo però prima delle iniezioni di aspirare colla siringa per controllare che non venga sangue, il che significa che si è entrati in un vaso o nel polmone, o liquido limpido, quando l'ago seguendo una falsa via fosse entrato nello speco. Quest'ultima eventualità è capitata a CHAIZE e MOLLARD tre volte senza però alcuna conseguenza. In ogni caso basterà ritirare l'ago e iniettare il liquido dopo aver controllato di avergli dato una posizione più corretta.

Subito dopo l'iniezione gli ammalati non hanno avuto che qualche sensazione di calore sia all'emitorace o al braccio, che genera un po' di malessere generale, qualche disturbo visivo, alle volte dolore a cintura, in qualche caso irradiato anche al

lato opposto (CHAIZE e MOLLARD), segno della diffusione del liquido fino alle fibre dell'intercostale. Il complesso di queste sensazioni passeggera è tuttavia prezioso in quanto indica che l'ago è arrivato nella posizione desiderata.

Per evitare la possibilità di ledere il polmone conviene dare all'ago la direzione del corpo vertebrale e non quella vera e propria della catena simpatica, posta un po' più lateralmente: si otterrà in questa maniera una infiltrazione meno perfetta del ganglio che si troverà alla periferia della bolla, ma si potrà così evitare di pungerne il parenchima polmonare.

In quanto ai risultati del procedimento gli AA. li vantano per lo meno incoraggianti.

Come si è accennato, JACCHIA ha riservato l'alcoolizzazione simpatica uni- o bilaterale ai casi gravi nei quali è ineffettuale il pnx. Data la prognosi a priori molto riservata in questi pazienti e resa più difficile la valutazione critica del metodo; hanno tuttavia tanto maggiore significato i miglioramenti. L'A. ha potuto constatare anche in questi ammalati gravissimi con lesioni cavarie bilaterali, un miglioramento dello stato soggettivo, abbassamento della temperatura, spesso anche riduzione dell'escreato e dei dolori toracici. Il tempo trascorso dall'inizio della cura era tuttavia troppo breve per poterne valutare con precisione gli effetti.

ALVAREZ, come si è visto, ha in un primo tempo agito indirettamente sul simpatico collo stiramento del II, III, IV intercostale. Egli ha così operato quattro casi di tbc. polmonare grave: gli ammalati erano in uno stato veramente deplorabile, avevano tutti forti diarree, temperatura elevata, tachicardia accentuata, dimagrimento estremo. Ora, risultato che veramente meraviglia, in capo a due o tre mesi, si è avuta la scomparsa di tutti i sintomi con aumento del peso corporeo fra i

6 e 10 kg.; il numero dei bacilli nell'escreato si è estremamente ridotto. Nonostante che gli ammalati si fossero poi trascurati, ebbero la vita prolungata dai 12 ai 22 mesi. Sugli effetti della gangliectomia l'A. non può dir nulla, non avendo mai sperimentato personalmente questa operazione su malati di tbc. polmonare.

CHAIZE e MOLLARD hanno trattato col metodo delle infiltrazioni alcool-novocainiche ripetute, in un primo tempo 10 pazienti. I primi 5 erano ammalati molto gravi in cui altri trattamenti o erano impossibili o non avevano dato alcun risultato. In questi non si è avuto alcun sensibile miglioramento: anche questa prova però non è stata inutile, perchè ha potuto dimostrare come anche in pazienti in condizioni molto gravi, il procedimento non è stato seguito da alcun disturbo od inconveniente. Negli altri 5 ammalati, non cachettici, ma tuttavia portatori di lesioni discretamente gravi per lo più cavarie, si è avuto costantemente miglioramento clinico notevole, consistente in una ripresa nello stato generale, aumento di peso, normalizzazione della temperatura, diminuzione e scomparsa dei bacilli nell'escreato. Da aggiungersi anche miglioramento del riflesso oculo-cardiaco verso la vagotonia. Meno nette le modificazioni radiologiche: in alcuni casi il quadro è rimasto pressochè stazionario: in due ammalati però si è potuto vedere la scomparsa del manico periferico intorno alla caverna.

In relazione a quest'ultima constatazione, gli AA. in lavori successivi insistono sull'importanza del sistema simpatico nel determinare questi fenomeni congestivi che si aggiungono alle vere e proprie lesioni bacillari e che si rivelano con un aumento dell'espettorato, emofie vere e proprie o sputi sanguigni, e radiologicamente con ombre accentuate: la rapidità con cui queste possono comparire e scomparire, la mancanza frequente di febbre, dimo-

strebbere l'origine vasomotoria e non infettiva del quadro. In base ad un'esperienza abbastanza vasta, che nel loro ultimo lavoro CHAIZE, MICHON e MOLLARD dicono di aver fatto su 40 ammalati in cui sono state praticate circa 300 infiltrazioni, gli AA. si dimostrano sempre più fiduciosi nell'efficacia del loro metodo. Essi citano casi di stabilizzazioni cliniche praticamente corrispondenti a guarigioni; in singoli ammalati si è potuto vedere sparizione di una caverna sottoclavare del volume di un uovo, ripulitura radiologica di un'apice in cui esistevano cavernule separate da zone di opacità, ecc. In complesso poi i fenomeni che più precocemente e costantemente tendono a sparire sono quelli congestizii e le loro conseguenze. L'influenzabilità degli ammalati sembra poi tanto più forte quanto più chiaramente si sono potuti in precedenza controllare segni di ipersimpatocotonia.

Nel periodo fra il giugno e il settembre 1938 noi abbiamo trattato con alcool-novocainizzazione del simpatico dorsale 10 ammalati ricoverati nell'Istituto « C. Forlanini » di Pavia.

Per il procedimento ci siamo attenuti a quello fissato inizialmente da CHAIZE e MOLLARD, sia per i gangli da aggredire, che per la tecnica di esecuzione delle iniezioni e per il ritmo con cui esse sono state ripetute.

Precisamente abbiamo agito così:

Il paziente, in un primo tempo viene tenuto seduto su di uno sgabello per fissare i punti di reperi. Poi, prima dell'infissione dell'ago in direzione della colonna, ci è sembrato necessario procedere ad una anestesia della cute o almeno degli strati muscolari superficiali, in tutta la zona interessata, mediante 25-30 cc. di soluzione di novocaina al 1/2 %. Le punture infatti, all'inizio non di rado un po' indagginose, sono sempre, senza preventi-

va anestesia, mal sopportate dagli ammalati, specialmente se ripetute. Per eseguire l'anestesia il p. viene sdraiato e indi di nuovo fatto sedere in modo da presentare il dorso un po' curvo e nello stesso tempo avere un solido punto d'appoggio (su una sedia col petto appoggiato contro la spalliera). Come in tutte le anestesie con novocaina, viene fatta precedere una iniezione di caffeina.

Riguardo agli aghi da usare, fra quelli da puntura lombare, ci sono sembrati più adatti i più robusti potendo quelli più esili piegarsi nei cambiamenti di direzione che necessariamente si devono imprimere all'ago.

Noi abbiamo infisso l'ago, secondo le indicazioni primitivamente date da CHAIZE e MOLLARD, tre dita trasverse all'esterno della linea delle apofisi spinose. In seguito questi AA. parlano di 5 cm., vale a dire forse un po' meno della distanza precedente: a noi è sembrato però che la prima indicazione sia più adatta e che 6-7 cm. sia la distanza più conveniente.

Infiggendo poi l'ago, sempre secondo le indicazioni dei precedenti AA., secondo un'obliquità di circa 55°, abbiamo potuto constatare, fatto che da quelli non viene messo in rilievo, come, evitati i processi trasversi e il margine costale, si vada nella gran parte dei casi ad urtare contro un piano osseo costituito dalla faccia posteriore della parte più esterna della lamina vertebrale. Soltanto diminuendo progressivamente l'obliquità si riesce ad evitare questo piano: approfondendo allora l'ago ancora 2-3 cm. si urta contro l'ostacolo cercato, cioè contro la parte postero-laterale del corpo vertebrale e precisamente contro il foro di coniugazione o la superficie ossea ad esso immediatamente anteriore. A questo punto se si sposta di poco l'ago in avanti e lateralmente sarà facile arrivare alla pleura e al polmone. Bisogna

tener presente anche che lo spazio utile per l'infissione dell'ago lateralmente alla lamina, è minimo, e che spostamenti laterali superiore ad un cent. circa non permettono più di incontrare il corpo vertebrale. Dato allora che, come abbiamo visto, l'unico pericolo inerente a questa iniezione è quello di ferire il polmone, il che può avvenire quando si infigga l'ago troppo perpendicolarmente e lo si mandi troppo in profondità senza incontrare piani ossei, non crediamo sconsigliabile esagerare un po' nell'obliquità per urtare intenzionalmente contro la lamina, sulla quale sembra facile arrivare: quando saremo riusciti ad evitarla sfiorandola, saremo pressapoco certi di penetrare coll'ago in posizione corretta senza pericolo di ledere la pleura. Soltanto l'obliquità eccessiva ci potrà condurre nello speco.

A seconda della robustezza e delle condizioni di nutrizione dell'individuo, l'ago penetra circa 6-9 cm. Toccato il piano osseo esso viene retratto di 2-3 mm. Abbiamo poi iniettato lentamente una miscela, preparata estemporaneamente, di 5 cc. di novocaina all'1 % e altrettanto di alcool etilico al 30 %.

In ciascuna seduta veniva eseguita l'infiltrazione dei tre primi gangli toracici praticando la prima iniezione poco sotto il livello del tubercolo di Chasseignac e le altre due nei due spazi intercostali sottostanti. Le sedute, tutte con identico procedimento, sono state praticamente in ciascun ammalato sei volte col ritmo di 2 alla settimana (3 o 4 giorni d'intervallo). Di un p. che dopo la prima seduta, ha rifiutato il proseguimento della cura, non teniamo conto. Dove l'infiltrazione è stata bilaterale, si è terminato il trattamento da una parte e cominciato dall'altra dopo l'intervallo di una settimana circa.

I disturbi immediati dopo il trattamento sono stati, a conferma di quanto viene affermato da altri AA., minimi: disturbi

lontani, sicuramente riferibili alle iniezioni, non ci è stato possibile accertarne.

Alcuni ammalati ipersensibili, e non è raro trovarne nei tbc., si lamentano nonostante l'anestesia, di dolori durante l'infissione dell'ago e le manovre successive: sarà quindi utile un esercizio preventivo sul cadavere perchè la durata dell'operazione sia ridotta al minimo.

Durante la manovra per l'iniezione abbiamo potuto constatare due volte di essere entrati nello speco, senza che ne seguisse la minima conseguenza spiacevole: mai nel lume dei vasi. Non crediamo neppure (e a questo non ci sembrano estranee le precauzioni tecniche che abbiamo consigliato) di aver mai ferito il polmone.

Al momento dell'iniezione del liquido alcuni ammalati hanno accennato soltanto un senso di tensione, altri un po' di bruciore; due volte soltanto un dolore circondante l'emitorace, senza però irradiazione al lato opposto, probabilmente per diffusione alle fibre dell'intercostale.

Tutti i p. hanno accusato però, chi più chi meno, senso di pesantezza gravativa alla colonna dal lato iniettato. Iniziatosi durante la seduta, questo persisteva 1-2 giorni. Si può credere non vi sia stata estranea l'anestesia. Mai dolori nè bruciori persistenti: una volta sola rialzo termico sensibile oltre la temperatura abitualmente raggiunta dal p. Rare volte per qualche ora cefalea in individui particolarmente soggetti ad essa.

I soggetti scelti per il trattamento erano ammalati con lesioni tbc. polmonari a tipo fibro-caseoso o fibro-ulcero-caseoso mono o bilaterali, nei quali o per aderenze o per il carattere e la diffusione delle lesioni non era stato possibile eseguire o non era indicata la terapia pnx. Uno era portatore di frx. scarsamente efficiente.

I p., come risulterà particolarmente dalle cartelle cliniche, presentavano lesioni

di tipo assai diverse, alcune in stato cronizzante, altre in periodo evolutivo. Anche le condizioni generali di temperatura, polso, ecc. erano assai diverse.

Nonostante gli esiti negativi di CHAIZE e MOLLARD, dato che da altri (JACCHIA) era stata accennata la possibilità di miglioramenti anche in casi gravi, dopo aver constatato che negli altri ammalati il metodo non aveva dato praticamente alcun disturbo, l'abbiamo voluto usare pure in p. in condizioni molto gravi, con prognosi infausta a breve scadenza. Se i vantaggi sono stati in complesso nulli, la mancanza di complicazioni o disturbi anche in questi ammalati ha potuto fornirci la conferma dell'innocuità del procedimento.

Durante e dopo il trattamento non si è creduto opportuno interrompere nei p. le cure generali già in corso (balsamici, calcio, ricostituenti). Trattandosi però di ammalati in cui queste si continuavano da tempo, è sembrato che le variazioni nell'andamento della malattia avvenute durante o immediatamente dopo il nuovo trattamento, fossero in ogni caso logicamente riferibili, almeno per la più gran parte, a questo piuttosto che a quello.

Per quel che riguarda i risultati terapeutici e l'influenza della cura sul tono simpatico degli ammalati, li vedremo più particolarmente nelle storie cliniche.

Gli individui su cui è stato istituito il trattamento erano degenti nell'Istituto « C. Forlanini » da periodi variabili. Per brevità riporteremo soltanto l'esame clinico e radiologico che in ogni ammalato è stato eseguito immediatamente prima dell'inizio dell'alcool-novocainizzazione, includendo nell'anamnesi il precedente decorso in Istituto. In seguito, negli ammalati sopravvissuti, abbiamo praticato il controllo dopo un periodo costante di 8-10 mesi. Riproduciamo soltanto i documenti radiologici di quei casi che hanno avuto

dalla cura un miglioramento documentabile.

CASO I. - T. G., d'anni 27, operaio, di Pavia. A. F.: Negativa.

A. P. R.: Differite a 7 anni, nefrite a 9 anni, durata circa 2 mesi. Modico fumatore e bevitore.

A. Pr.: Nel febbraio 1938 ha cominciato ad accusare anoressia, astenia, tosse con catarro, sudori notturni; il peso diminuì di circa 5 kg. in due mesi. Visitato in aprile da un sanitario, fu consigliato il ricovero in ospedale.

Entrato il 3 maggio nell'Istituto Forlanini, furono fatte cure generali. La diminuzione del peso ha subito un arresto, l'espettorazione è un po' diminuita, la temperatura serotina, che oscillava all'ingresso intorno ai 38°,5, non ha in seguito quasi mai superato i 38°.

Il 17 giugno 1938 viene iniziata a destra l'alcool-novocainizzazione simpatica.

Es. Obb. Gen. G Costituzione longilinea, stato generale scadente, peso kg. 51. Temp. 37°,8. Polso 94; Resp. 22.

Nulla di particolarmente interessante fuori dell'apparato respiratorio.

Auu. Resp.: Naso e laringe nulla di notevole.

Torace: Cilindrico, meno espansibile a destra. A. D. F. v. t. accentuato nella zona scapolare e apicale; ipofonesi in dette zone. Il respiro è diminuito con rantoli a medie bolle in zona di ipofonesi. A. S. F. v. t. accentuato al terzo superiore. Ipofonesi modica in detta zona, dove si apprezza un respiro lievemente tendente al soffiante, con rantoli ispiratori a piccole bolle, sotto tosse.

Cuore: Rinforzato il secondo tono sulla polmonare.

Escreato: Koch + + +.

Urine: Nulla di patologico.

R. O. C. (controllato alla distanza di due giorni prima dell'inizio del trattamento): 96-92 (-4); 92-84 (-8).

Reperio radiologico: Entrambi i campi polmonari sono modicamente velati: i due terzi superiori del polmone destro sono infiltrati da nodi acinosi piccoli e medi sfumati e confluenti, alternati con zone iperchiare. A. S. il terzo superiore è infiltrato, con cerine cavitario sottoclaveare e zona da addensamento circostante.

Diagnosi: Infiltrazione tbc. del lobo superiore D. Caverna sottoclaveare S.

L'alcool-novocainizzazione viene iniziata a destra col ritmo riferito: dopo l'intervallo di

una settimana viene iniziata a sinistra. Nessun disturbo all'infuori di un po' di cefalea dopo la prima seduta.

Gli effetti immediati del trattamento sono scarsi: soltanto lieve diminuzione della temperatura. L'appetito non è influenzato. Persiste catarro piuttosto abbondante e ricco di bacilli.

R. O. C. (a trattamento ultimato): 94-86 (— 8).

Dopo 9 mesi (maggio 1939) il p., ancora ricoverato, è aumentato 1 kg. di peso: è sempre Koch + + +.

Radiologicamente si nota lieve ripulitura del campo polmonare destro in zona sottoclaveare; a sinistra però notevole aumento del cerchione cavitario con diffusione broncogena dello stesso lato.

R. O. C.: 82-78 (— 4).

Giudizio sintetico: Stazionario.

CASO II. - N. C., d'anni 36, contadino, di Pieve Porto Morone.

A. F.: Padre morto in seguito a nefrectomia.

A. P. R.: Pleurite essudativa non toracentizzata a D. nel 1926.

A. Pr.: Nell'agosto 1937 la malattia ha iniziato con astenia e anoressia che ha provocato la perdita di alcuni kg. di peso. Nel novembre emoftoe improvvisa di grado discreto. Viene ricoverato nell'Istituto Forlanini.

Quivi in seguito a cure generali aumentano l'appetito e il peso corporeo; non però miglioramento delle condizioni polmonari; aumenta l'espettorato prima scarso.

Il 17-VI-1938 viene iniziata a D. l'alcool-novocainizzazione simpatica.

Es. Obb. Gen.: Normotipo. Stato generale discreto. Peso kg. 65. Temperatura 37°,4. Polso 80. Resp. 16.

Nulla agli organi al di fuori dell'apparato respiratorio.

App. Resp.: Laringite catarrale cronica.

Torace: Ben conformato; emitorace D. poco mobile, retratta la zona sottoclaveare D. F. v. t. accentuato nel terzo superiore; in detta zona ipofonesi e respiro vescicolo-bronchiale con rantoli gorgoglianti. A S. respiro aspro diffuso.

Escreato: Koch +.

Urine: Nulla di patologico. R. W.: negativa.

R. O. C.: 80-76 (— 4), 82-74 (— 8).

Reperto radiologico: Il lobo superiore del polmone destro è occupato da cerchini cavitari intersecantisi fra loro e divisi da zone opache e sfumate. Diaframma fisso. A S. qualche nodulo apicale.

Diagnosi: Fbc. cavitaria del lobo superiore di destra. Tbc. nodulare apicale a S.

L'alcool-novocainizzazione prima a D. poi a S. viene iniziata e condotta contemporaneamente al precedente ammalato. Nessun disturbo all'infuori di una lipotimia durante la prima seduta.

Effetti immediati pressochè nulli sulla febbre; appetito immutato. Koch sempre +.

R. O. C.: 78-76 (— 2).

Dopo 4-5 mesi abbiamo però aumento della febbre e dell'escreato e diminuzione di peso.

Dopo circa 9 mesi (maggio 1939) si ha il seguente

Reperto radiologico: Attorno ai cerchini cavitari pressochè immutati del polmone D, lieve aumento della sclerosi, che tende a delimitare il processo escavativo. A S. accentuazione dell'infiltrazione apicale e noduli di media grossezza sparsi nel lobo superiore.

R. O. C.: 96-98 (+2).

Giudizio sintetico: Indifferente al trattamento. In seguito peggiorato.

CASO III. - P. G., d'anni 43, sacrestano, di Arquate Scrivia.

A. F.: Nulla di notevole.

A. P. R.: Pleurite essudativa sinistra nel 1932, non toracentizzata e durata circa 2 mesi. Da allora durante i periodi invernali sofferse di ripetute affezioni bronchiali.

A. Pr.: Nel gennaio 1938 il p. in seguito ad astenia, anoressia, tosse con catarro, febbricole serotine, si fece visitare al dispensario di Alessandria e venne ricoverato in quel Sanatorio, da cui dopo un periodo di 5 mesi viene passato al nostro Istituto (14-VI-38).

Dopo 3 giorni viene iniziata l'alcool-novocainizzazione simpatica.

Es. Obb. Gen.: Normotipo. Stato generale discreto. Peso kgr. 56. Temp. 37°,2. P. 48. Resp. 18.

App. Resp.: Lieve laringite catarrale.

Torace: Ben costituito, poco espansibile bilateralmente. F. v. t. accentuato nel terzo superiore S. Quivi ipofonesi diffusa ed intensa, modica a D. su tutto il campo polmonare. A. S. nel terzo superiore respiro bronco-vescicolare con qualche rantolo a medie bolle; alquanto diminuito nei 2/3 inferiori. A. D. marmure vescicolare aspro diffuso con rantoli e piccole e medie bolle in zona scapolo-vertebrale.

Cuore nei limiti, secondo tono sulla polmonare rinforzato.

Emia inguinale bilaterale.

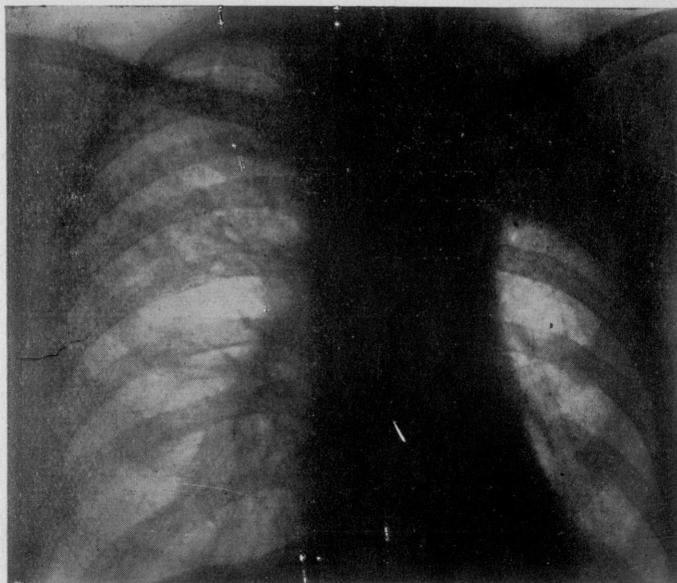


Fig. 1

Escreato: Abbondante, Koch +.

Urine: Nulla di patologico. R. W. negativa.
R. O. C.: 84-79 (— 6); 82-78 (— 4).

Reperto radiologico (fig. 1): Campo polmonare D. lievemente velato e cosparso di noduli acinosi al terzo medio. Campo polmonare S. modicamente retratto e diffusamente velato: in zona sottoclaveare cercine cavitario circondato da pareti e parenchima intensamente opachi. Diaframma sinistro poco mobile.

Diagnosi: Lesioni acino-nodose con cavernule in zona parailare D. Ulcero-fibro-caseosi del lobo superiore S.

L'alcool-novocainizzazione viene condotta anche in questo p. colle stesse modalità (prima a D. poi a S.) e contemporaneamente ai due p. precedenti. Nessun disturbo segue le sedute, sebbene in questo p. si sia due volte, in sedute diverse, penetrati nello speco vertebrale.

R. O. C. (alla fine del trattamento): 78-68 (— 10).

Fino dalle prime sedute eseguite a D. il p. dimostra un miglioramento sensibile. La temperatura si normalizza, l'appetito aumenta, l'escreato diminuisce di quantità. Questo miglioramento persiste anche nei mesi seguenti sebbene si abbiano periodi di lievi temperature serotine.

Dopo circa 10 mesi (giugno 1939) lo stato generale è sensibilmente migliorato (aumento del peso corporeo 6 kgr.). Al torace notevole dimi-

nuzione della sintomatologia acustica a D. dove si apprezza soltanto respiro aspro. A S. prevalgono i rumori secchi.

L'espettorato è scarso e contiene soltanto pochi bacilli. Contemporaneamente si ha il seguente

Reperto radiologico (fig. 2): A D. scomparsa pressochè completa dell'infiltrazione acino-nodosa in zona paraileare. A S. lieve ripulitura della zona di infiltrazione pericavitaria. La caverna appare un po' retratta verso l'alto.

R. O. C.: 76-70 (— 6).

Giudizio sintetico: Sensibile miglioramento.

Caso IV. - P. C., d'anni 45, contadino, di Mirabello.

A. F.: Figlio affetto da tbc. polmonare, in cura di pnx. D.

A. P. R.: Nulla di notevole ad esclusione di frequenti affezioni bronchiali nei periodi invernali.

A. Pr.: Nel marzo 1938, in seguito a forma influenzale, l'A. incominciò ad accusare facile stanchezza, dolori vaghi toracici, febbre serotina insistente. Visitato da un sanitario fu consigliato il ricovero nell'Istituto Forlanini dove entrò il 7 aprile.

Nei tre mesi successivi le condizioni generali sono un po' migliorate. La temperatura serotina, che si aggirava intorno ai 38°,5, è scesa ora sotto i 38°. Peso corporeo stazionario. Scar-

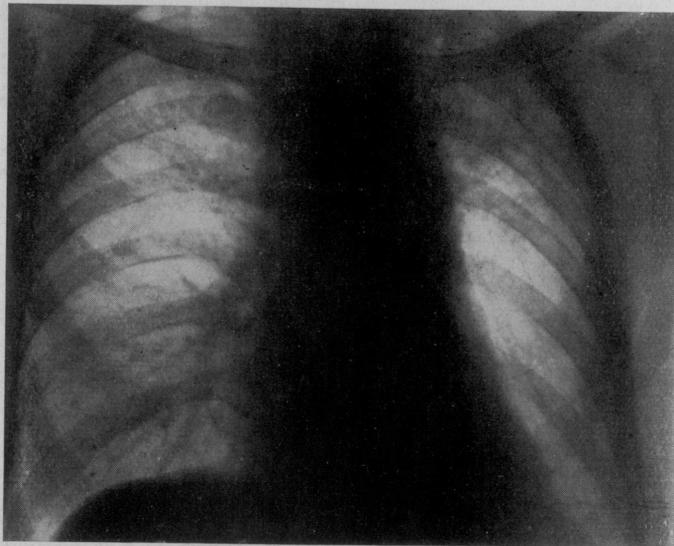


Fig. 2

sa modificazione del reperto polmonare; escreato sempre abbondante.

Il 2 luglio si inizia l'alcool-novocainizzazione simpatica.

Torace: Poco espansibile in toto. F. v. t. accentuato sul terzo superiore dei due emitoraci. Ipfonesi biapicale. Qualche rantolo sotto tosse a medie bolle sull'apice di S.

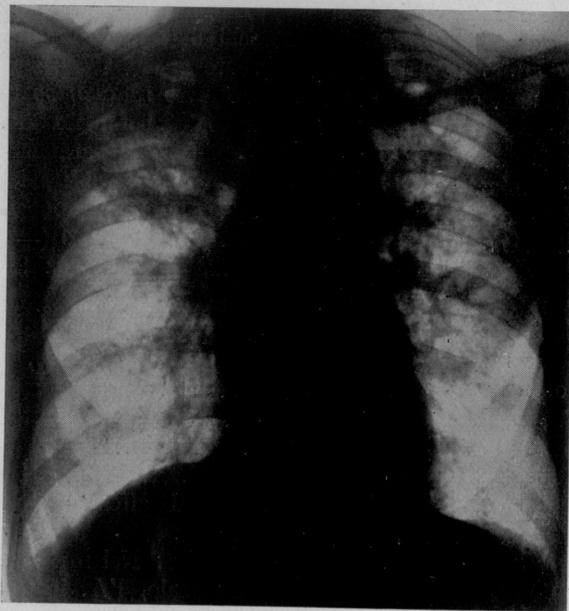


Fig. 3

Es. Obb. Gen.: Costituzione tendenzialmente brevilinea. Stato generale abbastanza buono. Peso kgr. 68. Temp. 37°,5. P. 78. Resp. 16.

Nulla agli organi all'infuori dell'apparato polmonare.

Escreato: Purulento. Koch +.

Urine: Nulla di patologico.

R. O. C.: 78-84 (+6); 76-78 (+2).

Reperto radiologico (fig. 3): Il lobo superiore di D. è occupato da noduli multipli opachi e

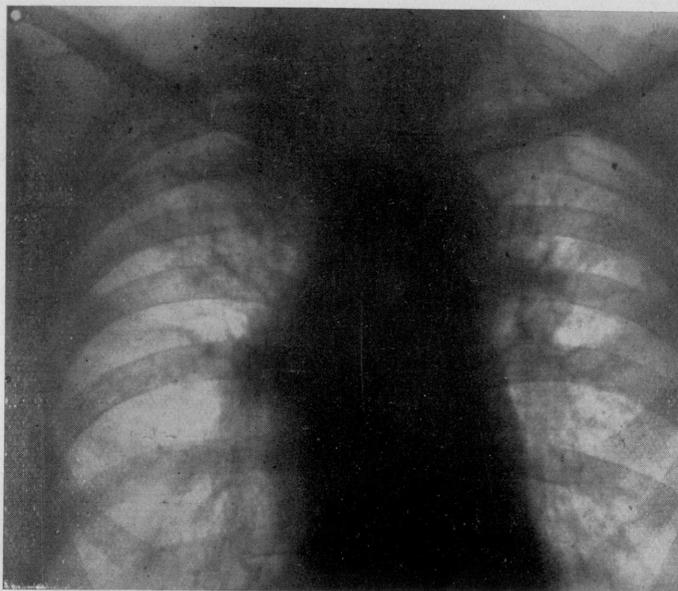


Fig. 4

sfumati, specialmente apicali, alternati con zone di trasparenza. In zona sottoclaveare e apicale si nota un spazio iperchiaro delimitato da un cercine, espressione di un fatto cavitario. A S. il lobo superiore è infiltrato da noduli di media grossezza, sfumati, confluenti verso l'apice; in zona sottoclaveare si apprezza un cercine cavitario. Strie vascolo-bronchiali accentuate. Diaframmi scarsamente mobili.

Diagnosi: Fibro-ulcero-caseosi biapicale prevalente a S.

L'alcool-novocainizzazione viene iniziata a S. e condotta col ritmo già usato (2 sedute settimanali; una settimana d'intervallo prima di iniziare il trattamento dall'altro lato). Il p. non presenta alcun disturbo ad eccezione che saltuariamente un po' di cefalea dopo le sedute.

R. O. C. (alla fine del trattamento: 72-74 (+2).

Fin dalle prime sedute si ha caduta della temperatura, che difficilmente oltrepassa alla sera i 37°. All'inizio scarsa influenza sugli altri sintomi: mentre però il trattamento sta per essere compiuto bilateralmente e dopo la fine di esso, si ha aumento dell'appetito e uno notevole diminuzione del catarro (persiste Koch +).

Nel giugno 1939 dopo circa 10 mesi il p. è aumentato di 7 kgr. La febbre è sempre stata assente, soltanto ultimamente il p. ha avuto un leggero fatto influenzale a cui sono seguiti attacchi d'asma bronchiale.

L'appetito è buono, l'espettorato notevolmente diminuito (sempre Koch +).

Reperto radiologico (fig. 4): I focolai multipli occupanti il lobo inferiore di destra sono notevolmente regrediti lasciando una zona di sclerosi su tutto l'apice; nella regione sottoclaveare si intravede ancora il cercine cavitario. A S. l'infiltrazione dei nodi confluenti è pure diminuita notevolmente: l'apice e la regione clavaare sono intensamente velati. Il cercine cavitario non è più chiaramente apprezzabile.

O. O. C.: 74-78 (+4).

Giudizio sintetico: Miglioramento notevole clinico-radiologico.

CASO V. - S. P., d'anni 50, operaio, da Pavia.

A. F.: Nulla di notevole.

A. P. R.: Ammalò nel 1919 d'influenza pandemica.

Da quell'epoca dice di aver sofferto più volte per lunghi periodi di tosse stizzosa con scarso espettorato, senza però risentimento dello stato generale.

Forte bevitore e fumatore.

A. Pr.: Nel marzo 1938 il p. cominciò ad allarmarsi perchè sempre più astenico e anoressico; al mattino tosse con abbondante catarro. Diminuzione di peso, di circa 10 kgr. Visitato da un sanitario fu consigliato il ricovero nell'Istituto Forlanini, ove entra il 19 marzo.

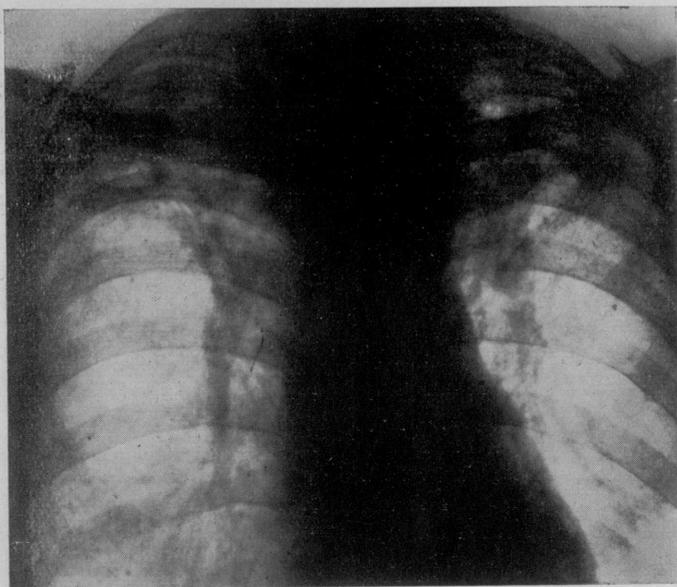


Fig 5

Quivi in seguito a cure generali si ha nei primi tempi un po' di aumento dell'appetito e miglioramento nello stato generale. Persiste però la febbre e il catarro tende a farsi sempre più abbondante.

Il 2 luglio si inizia l'alcool-novocainizzazione simpatica.

Es. Obb. Gen.: Costituzione normotipica, stato generale discreto. Peso kgr. 64. Temp. 38°, 2. P. 98. Resp. 18.

App. Resp.: Lieve infiltrazione tbc. non ulcerata alla corda vocale falsa.

Torace: Poco espansibile in toto. A D. f. v. t. accentuato ai due terzi superiori; ipofonesi diffusa. Respiro aspro con espirazione prolungata tendente al soffiante e qualche rantolo a medie bolle al terzo superiore. A S. f. v. t. lievemente accentuato in zona sopraspinoza, ipofonesi diffusa, con rantoli a piccole e medie bolle nella metà superiore.

Cuore: Toni un po' lontani, ritmici.

Addome: Tragitto fistoloso perianale abbondantemente secernente, sulle 5 ore.

Escreato: Koch +++.

Urine: Nulla di patologico.

R. O. C.: 100-104 (+4); 96-98 (+2).

Reperto radiologico: I due terzi superiori dell'emitorace D. sono velati da opacità a tipo acino-nodoso. In zona justa-ilare, lateralmente, si nota un cerchione cavitario della grossezza di 10 lire, a margini netti e sottili. A sinistra il terzo medio è infiltrato da opacità sfumate, for-

mate da ombre a tipo acino-nodoso. Diaframmi quasi fissi.

Diagnosi: Caverna al lobo superiore di D. con disseminazione a tipo broncogeno a tutto il lobo sup. di D. e all'inferiore di S.

L'alcool-novocainizzazione viene iniziata a D.; è condotta poi anche a S., contemporaneamente al caso precedente. Nessun particolare disturbo da riferirsi alle iniezioni.

R. O. C. (alla fine del trattamento): 112-108 (-4).

Sia durante il trattamento, pur senza aversi alcun rapporto con le sedute, sia nel periodo successivo ad esse, le condizioni del p. peggiorano gradatamente; aumentano l'astenia, la temperatura serotina, il catarro; le condizioni generali si fanno sempre più scadenti, il polso sempre più sottile e frequente. L'ammalato muore in istato di cachessia il 27 novembre, circa 3 mesi dopo da fine del trattamento.

R. O. C. (quindici giorni prima dell'exitus): 118-112 (-6).

Giudizio sintetico: Il decorso rapidamente progressivo della malattia non è stato minimamente influenzato dal trattamento.

CASO VI. - F. I., d'anni 40, contadino, da Garlasco.

A. F.: Nulla di notevole.

A. P. R.: Durante la grande guerra, in pri-

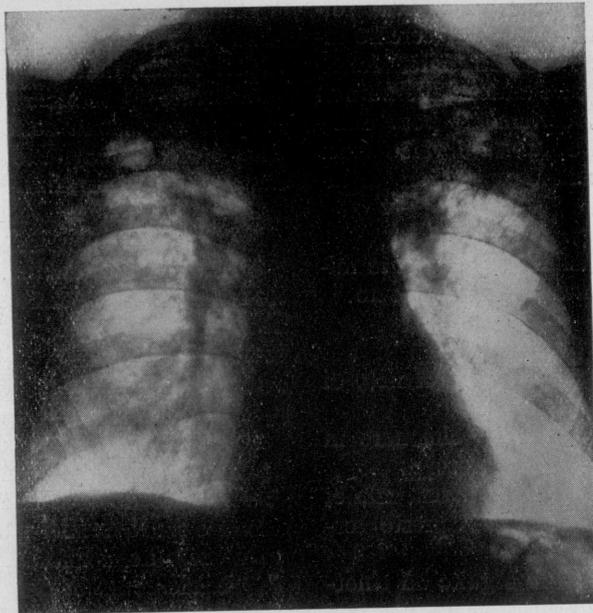


Fig. 6



gionia (1917), soffrì di pleurite sinistra, non toracentizzata, durata circa 3 mesi.

A. Pr.: Nel maggio 1937 cominciò ad avvertire tosse, catarro, febbre. Dopo un mese che persisteva questa sintomatologia, visitato da un sanitario, fu inviato al sanatorio di Groppino. Dopo qualche mese in cui le condizioni erano relativamente buone, comparve e persistette temperatura serotina oltre i 38°. Venne allora inviato il 15 maggio 1938 nell'Istituto Forlani. Da allora le sue condizioni non sono gran che modificate; la temperatura serotina tende a normalizzarsi.

L'11 luglio si inizia l'alcool-novocainizzazione simpatica.

Es. Obb. Gen.: Costituzione normatipica. Stato generale discreto. Peso kgr. 60. P. 86, Temp. 37°,2.

Nulla di notevole agli altri organi all'infuori dell'apparato respiratorio.

App. Resp.: Laringite catarrale cronica.

Torace: Ben costituito. Poco espansibile bilateralmente. F. v. t. accentuato ed ipofonesi bilateralmente nelle zone sotto- e sopra-claveari. In dette zone si apprezza respiro bronco-vescicolare e numerosi rantoli a medie bolle particolarmente sul lato destro.

Escreato: Muco-purulento. Koch +.

Urine: Nulla di patologico. R. W.: negativa. R. O. C.: 86-74 (— 12); 82-72 (— 10).

Reperto radiologico (fig. 5): Entrambi gli

emitoraci sono velati da ombre acinose diffuse. L'apice D. è opacato; si apprezza una caverna nella regione sottoclaveare. Identicamente a S.; quivi il cercine cavitario infra- e sotto-claveare è di maggiore ampiezza con un livello liquido endocavitario.

Notevole accentuazione delle strie vascolo-bronchiali. Diaframmi appiattiti. Seni costo-diaframmatici oblitterati.

Diagnosi: Tbc. cavitaria cronica bilaterale a tendenza sclerosante.

L'alcool-novocainizzazione viene condotta prima a D. e poi a S. col ritmo abituale. Il p. presenta una lipotimia alla seconda seduta, in seguito un po' di cefalea. Nessun altro disturbo.

R. O. C. (alla fine del trattamento): 76-68 (— 8).

Verso la metà del trattamento e nei mesi che lo seguono si stabilisce un netto e progressivo miglioramento delle condizioni del p. Senso di euforia, aumento dell'appetito, digestione facile, diminuzione del catarro, normalizzazione della temperatura. Contemporaneamente progressiva diminuzione dei fatti umidi bilaterali. Nel giugno 1939 (9 mesi dopo la fine della cura) il p. è in ottimo stato di nutrizione e sanguificazione: peso aumentato di 7 kg. Persistono però bacilli nell'espettorato, sebbene scarsi. Si ha il seguente

Reperto radiologico (fig. 6): Discreto rischia-

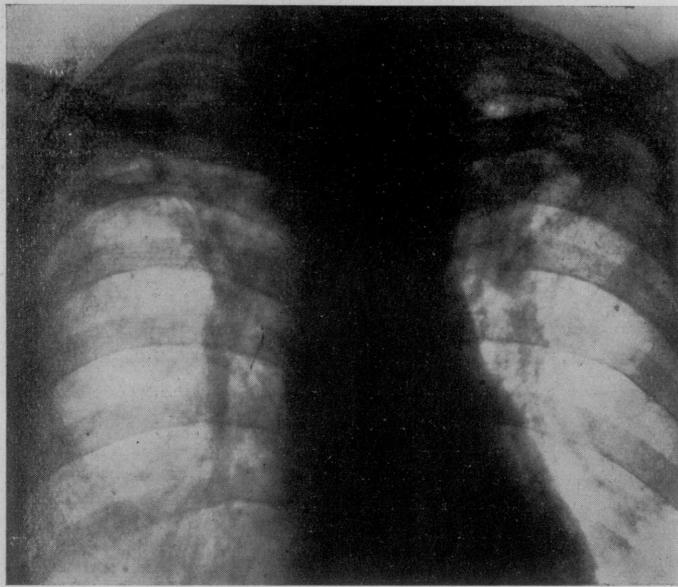


Fig 5

Quivi in seguito a cure generali si ha nei primi tempi un po' di aumento dell'appetito e miglioramento nello stato generale. Persiste però la febbre e il catarro tende a farsi sempre più abbondante.

Il 2 luglio si inizia l'alcool-novocainizzazione simpatica.

Es. Obb. Gen.: Costituzione normotipica, stato generale discreto. Peso kgr. 64. Temp. 38°,2. P. 98. Resp. 18.

App. Resp.: Lieve infiltrazione tbc. non ulcerata alla corda vocale falsa.

Torace: Poco espansibile in toto. A D. f. v. t. accentuato ai due terzi superiori; ipofonesi diffusa. Respiro aspro con espirazione prolungata tendente al soffiante e qualche rantolo a medie bolle al terzo superiore. A S. f. v. t. lievemente accentuato in zona soprascapolare, ipofonesi diffusa, con rantoli a piccole e medie bolle nella metà superiore.

Cuore: Toni un po' lontani, ritmici.

Addome: Tragitto fistoloso perianale abbondantemente secernente, sulle 5 ore.

Escreato: Koch +++.

Urine: Nulla di patologico.

R. O. C.: 100-104 (+4); 96-98 (+2).

Reperto radiologico: I due terzi superiori dell'emitorace D. sono velati da opacità a tipo acino-nodoso. In zona justa-ilare, lateralmente, si nota un cerchio cavitario della grossezza di 10 lire, a margini netti e sottili. A sinistra il terzo medio è infiltrato da opacità sfumate, for-

mate da ombre a tipo acino-nodoso. Diaframmi quasi fissi.

Diagnosi: Caverna al lobo superiore di D. con disseminazione a tipo broncogeno a tutto il lobo sup. di D. e all'inferiore di S.

L'alcool-novocainizzazione viene iniziata a D.; è condotta poi anche a S., contemporaneamente al caso precedente. Nessun particolare disturbo da riferirsi alle iniezioni.

R. O. C. (alla fine del trattamento): 112-108 (-4).

Sia durante il trattamento, pur senza aversi alcun rapporto con le sedute, sia nel periodo successivo ad esse, le condizioni del p. peggiorano gradatamente; aumentano l'astenia, la temperatura serotina, il catarro; le condizioni generali si fanno sempre più scadenti, il polso sempre più sottile e frequente. L'ammalato muore in istato di cachessia il 27 novembre, circa 3 mesi dopo da fine del trattamento.

R. O. C. (quindici giorni prima dell'exitus): 118-112 (-6).

Giudizio sintetico: Il decorso rapidamente progressivo della malattia non è stato minimamente influenzato dal trattamento.

CASO VI. - F. I., d'anni 40, contadino, da Garlasco.

A. F.: Nulla di notevole.

A. P. R.: Durante la grande guerra, in pri-

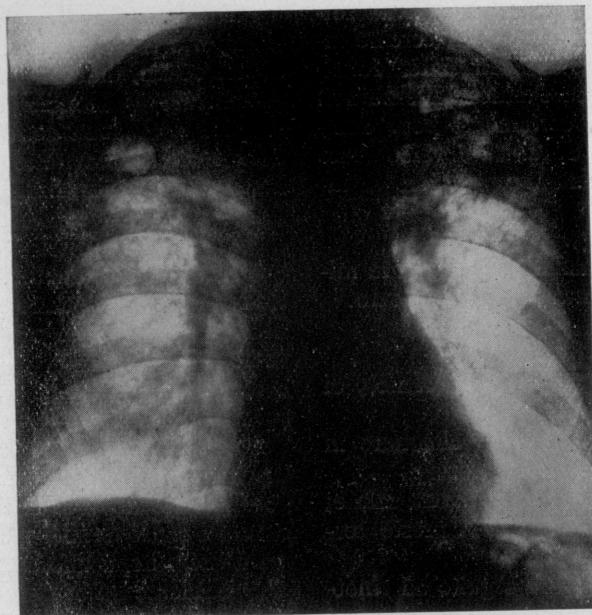


Fig. 6



gionia (1917), soffrì di pleurite sinistra, non toracentizzata, durata circa 3 mesi.

A. Pr.: Nel maggio 1937 cominciò ad avvertire tosse, catarro, febbre. Dopo un mese che persisteva questa sintomatologia, visitato da un sanitario, fu inviato al sanatorio di Groppino. Dopo qualche mese in cui le condizioni erano relativamente buone, comparve e persistette temperatura serotina oltre i 38°. Venne allora inviato il 15 maggio 1938 nell'Istituto Forlani. Da allora le sue condizioni non sono gran che modificate; la temperatura serotina tende a normalizzarsi.

L'11 luglio si inizia l'alcool-novocainizzazione simpatica.

Es. Obb. Gen.: Costituzione normatipica. Stato generale discreto. Peso kgr. 60. P. 86. Temp. 37°,2.

Nulla di notevole agli altri organi all'infuori dell'apparato respiratorio.

App. Resp.: Laringite catarrale cronica.

Torace: Ben costituito. Poco espansibile bilateralmente. F. v. t. accentuato ed ipofonesi bilateralmente nelle zone sotto- e sopra-claveari. In dette zone si apprezza respiro bronco-vescicolare e numerosi rantoli a medie bolle particolarmente sul lato destro.

Escreato: Muco-purulento. Koch +.

Urine: Nulla di patologico. R. W.: negativa.

R. O. C.: 86-74 (— 12); 82-72 (— 10).

Reperto radiologico (fig. 5): Entrambi gli

emitoraci sono velati da ombre acinose diffuse. L'apice D. è opacato; si apprezza una caverna nella regione sottoclaveare. Identicamente a S.; quivi il cercine cavitario infra- e sotto-claveare è di maggiore ampiezza con un livello liquido endocavitario.

Notevole accentuazione delle strie vascolo-bronchiali. Diaframmi appiattiti. Seni costo-diaframmatici oblitterati.

Diagnosi: Tbc. cavitaria cronica bilaterale a tendenza sclerosante.

L'alcool-novocainizzazione viene condotta prima a D. e poi a S. col ritmo abituale. Il p. presenta una lipotimia alla seconda seduta, in seguito un po' di cefalea. Nessun altro disturbo.

R. O. C. (alla fine del trattamento): 76-68 (— 8).

Verso la metà del trattamento e nei mesi che lo seguono si stabilisce un netto e progressivo miglioramento delle condizioni del p. Senso di euforia, aumento dell'appetito, digestione facile, diminuzione del catarro, normalizzazione della temperatura. Contemporaneamente progressiva diminuzione dei fatti umidi bilaterali. Nel giugno 1939 (9 mesi dopo la fine della cura) il p. è in ottimo stato di nutrizione e sanguificazione: peso aumentato di 7 kg. Persistono però bacilli nell'espettorato, sebbene scarsi. Si ha il seguente

Reperto radiologico (fig. 6): Discreto rischia-

ramento delle due zone apicali; la caverna sottoclaveare D. è rimpiccolita con un cercine intensamente opaco. A S. nella zona intensamente opaca di sclerosi apicale l'antica caverna non è più ben apprezzabile, certamente però diminuita nei suoi diametri. Stiramento verso l'alto delle stric vascolo-bronchiali, espressione di intensa sclerosi.

R. O. C.: 78-74 (— 4).

Giudizio sintetico: Sensibile e persistente miglioramento iniziatosi durante il trattamento.

CASO VII. - F. R., d'anni 28, meccanico, di Voghera.

A. F.: Sorella affetta da tbc. polmonare in cura di pnx. S.

A. P. R.: Il p. godette sempre buona salute; fu fatto abile al servizio militare e prestò servizio nell'arma dei bersaglieri.

A. Pr.: Nel giugno 1933, in seguito ad emottisi in pieno benessere, fu ricoverato nell'ospedale di Voghera dove fu iniziato il pnx. D. Da qui passò nell'Istituto Forlanini di Pavia. Il pnx. era scarsamente efficiente avendo uno sviluppo latero-basilare. Dopo una degenza di 5 mesi viene inviato al Sanatorio di Vallesana ove rimase 15 mesi circa. Da qui, congedato il pnx. destro, ritornò a domicilio.

Nell'ottobre 1937 torna ancora nell'Istituto Forlanini in seguito ad emottisi. Viene eseguita Fx. D. Dopo qualche tempo viene ancora inviato al Sanatorio di Vallesana ove rimase un po' di mesi. Ritorna poi alla dimora in discrete condizioni.

Il 28 giugno 1938 viene ancora ricoverato nell'Istituto Forlanini per un'altra emoftoe.

L'11 luglio si inizia l'alcool-novocainizzazione simpatica.

Es. Obb. Gen.: Costituzione normotipica. Stato generale discreto. Peso kg. 60. Temp. 37°,1. Polso 80, Resp. 17.

Nulla di notevole agli organi all'infuori del torace.

Torace. - Emitorace D. retratto e fisso. Zone sopra e sotto claveari non espansibili. F. v. t. accentuato all'apice, diminuito nel rimanente campo polmonare. Ipofonesi diffusa; margine inferiore innalzato di alcuni cm. Rantoli a medie bolle in zona sopraclaveare.

Nulla di importante a S.

Cuore: Punta un po' spostata verso sinistra. Accentuato il secondo tono sulla polmonare.

Escreato: Muco-purulento. Koch +.

Urine: Nulla di patologico.

R. O. C.: 80-78 (— 2); 82-72 (— 10).

Reperio radiologico: Emitorace D. uniformemente velato, diaframma elevato di 3 cm. circa. Movimento paradossico di Kiembök evidente. L'apice e la zona sottoclaveare sono occupati da un cercine cavitario discretamente spesso a limiti ben apprezzabili.

Diagnosi: Caverna isolata dell'apice D.

L'alcool-novocainizzazione, col solito ritmo, viene fatta a D. Questo p. ha accusato qualche dolore irradiato lungo l'intercostale, dopo diverse sedute.

R. O. C. (alla fine del trattamento): 78-74 (— 4).

Lo stato soggettivo, la temperatura, l'appetito non subiscono variazioni durante il trattamento. Poco dopo la fine di questo però, scompaiono i rialzi termici già prima minimi.

Un mese dopo abbiamo un episodio febbrile, probabilmente influenzale, con rialzi termici che si prolungono 3-4 settimane: in seguito ancora scomparsa della temperatura e miglioramento dello stato generale.

Nel marzo 1939 il p. viene mandato in Sanatorio. Prima dell'invio si ha il seguente

Reperio radiologico: Il cercine cavitario D. non è più ben nettamente apprezzabile, ma la zona iperchiara cavitaria rimane immutabile.

R. O. C.: 80-74 (— 6).

Giudizio sintetico: Indifferente al trattamento.

CASO VIII. - M. R., d'anni 26, lucidatore, di Pavia.

A. F.: Nulla di notevole.

A. P. R. Ha sempre goduto buona salute.

A. P. Pr.: La forma è iniziata in pieno benessere con febbre oltre i 38° a tipo remittente. Inoltre sudorazioni notturne, malessere generale, anoressia, tosse con escreato muco-purulento, punteggiato di sangue.

Viene ricoverato all'Istituto Forlanini il 7 luglio; l'11 si inizia l'alcool-novocainizzazione simpatica.

Es. Obb. Gen.: Costituzione longilinea, stato generale scadente. Peso kg. 53. Temp. 38°,2. Polso 92. Resp. 20.

Capo: Strabismo divergente congenito.

Torace: Cilindrico; scarsamente espansibile nelle zone apicali. F. V. t. accentuato biapicalmente: in tale zona ipofonesi e rantoli a medie bolle specialmente a S.

Addome: Gastro-enteroptosi accentuata.

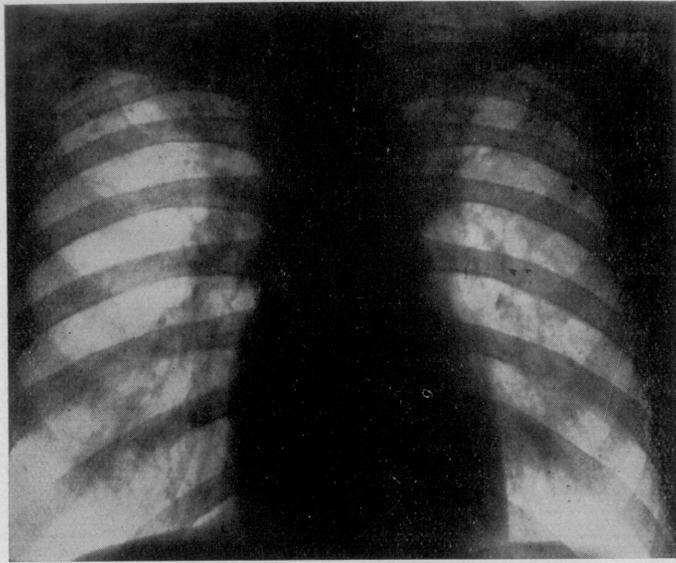


Fig. 7

Null'altro di notevole.

Escreato: Muco-purulento. Koch +.

Urine: Nulla di patologico. R. W. negativa.

Diagnosi: Fibrocasi biapicale, prevalente a S.

L'alcool-novocainizzazione viene condotta col

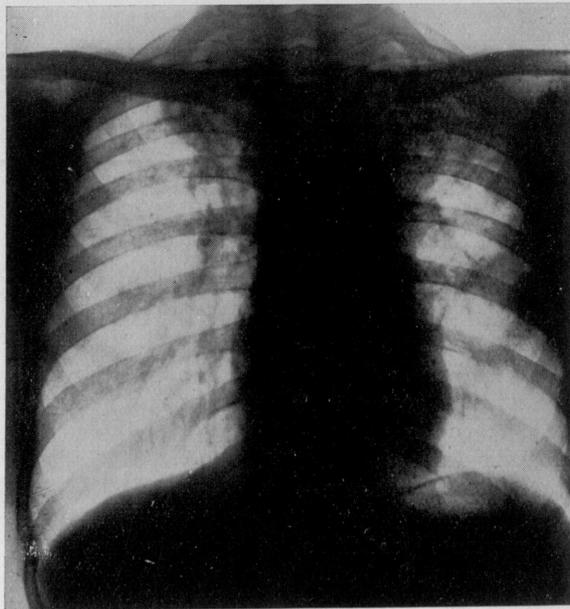


Fig. 8

R. O. C.: 92-80 (-12); 88-80 (-8).

Reperto radiologico (fig. 7): Entrambi gli apici sono velati e infiltrati intensamente, specialmente il S., da nodi opachi, sfumati e confluenti, delimitanti fra loro qualche zona iperchiarata. Diaframmi quasi fissi.

solito ritmo, prima a S. poi a D. Nessun disturbo inerente alle sedute.

R. O. C. (alla fine del trattamento): 84-76 (-8).

Fin dalle prime sedute si ha un miglioramento sensibile dello stato soggettivo: aumento del-

l'appetito, diminuzione della tosse e del catarro. La temperatura alla fine del trattamento si aggira sui 37°,5. Il peso è aumentato di 1 kg.

In seguito il miglioramento di tutti i sintomi si fa ancora più sensibile: il catarro è scarso con pochi bacilli. Persiste qualche saltuario rialzo termico serotino. Il 17 marzo, giorno in cui il p. viene passato nel sanatorio di Prasomaso, il peso è aumentato di 4 kg. La temperatura è 37°. Si ha in tale data il seguente

Reperto radiologico (fig. 8): Le zone infiltrative biapicali sono notevolmente ripulite e rischiarate, particolarmente a D. A S. in zona apicale si apprezzano nella reliquata opacità, nodi di maggiori intensità, ben delimitati.

R. O. C.: 86-76 (— 10).

Giudizio sintetico: Miglioramento progressivo, iniziatosi durante il trattamento.

CASO IX. - C. A., d'anni 40, meccanico da Corteolona.

A. P. R.: A 17 anni tifo.

A. Pr.: Nella primavera del 1931 in seguito a tosse, astenia, fu visitato da un sanitario che praticò una cura calcica. Alla fine di maggio qualche sputo ematico, per cui fu ricoverato al Policlinico di Pavia.

Quivi fu iniziato in pnx. a D. e quindi, a distanza di 2 mesi, pnx. sinistro. Dopo 4 mesi di degenza ospedaliera e 8 mesi in Sanatorio, il p. ritornò a domicilio. Entrambi i pnx. furono continuati fino al marzo 1933, epoca in cui il p. fu congedato.

Da questo tempo godette buona salute fino al gennaio 1937, epoca in cui con sintomatologia di astenia, tosse, catarro, febbricola, viene ricoverato nuovamente al Policlinico, e da qui, dopo 3 mesi, all'Istituto Forlanini.

Quivi non si trova indicazione che a cure generali. Nonostante queste però le condizioni del p. continuano a peggiorare: si accentua il dimagrimento, l'astenia, la tosse con catarro abbondante; la temperatura oscilla fra i 38-39°.

In tali condizioni si inizia l'alcool-novocainizzazione il 17 luglio 1938.

Es. Obb. Gen.: Costituzione longilinea. Stato generale molto scadente. Peso kg. 48. Temp. 38°,3. Polso 108. Resp. 22.

App. Resp.: Nel laringe infiltrazione tbc. della zona interaritenoidica.

Torace: Cilindrico, asimmetrico per retrazione D. Poco espansibile bilateralmente. Pure bilateralmente f. v. t. accentuato e ipofonesi nei due terzi superiori. A D. in zona sopraclaveare; rantoli a grosse bolle; a S. respiro soffiante con tendenza all'anforico, sulla sottoclaveare.

Addome: Gastropatosi notevole. Zona ceco-appendicolare dolente alla palpazione.

Escreato: Abbondante. Koch + + +.

Urine: Velo d'albumina. R. W. negativa.

R. O. C.: 108-106 (— 2); 112-106 (— 6).

Reperto radiologico: Emitorace D. retratto. Entrambi gli apici sono occupati da due cercini cavitari della grossezza di circa 20 lire, ben delimitati. Nel lobo inferiore sinistro si nota una diffusione a tipo acino-nodoso. A S. diffusione a tipo bronco-pneumonico al lobo inferiore. Diaframmi fissi, ed evidente pinzatura al terzo medio del diaframma destro.

Diagnosi: Tbc. cavitaria biapicale; a D. e a S. diffusione broncogeno al lobo inferiore.

L'alcool-novocainizzazione, viene iniziata a S. Cominciata poi a D., dopo due sedute si ritiene opportuno interromperla. Le condizioni del p. sono andate infatti, sebbene questi non sembri accusare disturbi strettamente riferibili al trattamento, gradatamente peggiorando durante questo periodo. Il dimagrimento si accentua, l'appetito è assente, la digestione difficile, l'escreato sempre più abbondante. Dopo 15 giorni, in seguito ad una emoftoe discreta, si ha diffusione bilaterale bronco-pneumonica ed exitus il 16 settembre 1938.

R. O. C. (12 giorni prima della morte): 124-122 (— 2).

Giudizio sintetico: Nessuna influenza favorevole del trattamento. La malattia continua il decorso progressivo.

CASO X. - G. P., d'anni 17, contadino, di Voghera.

A. F. Madre e fratello morti di tbc. polmonare.

A. P. R. Il p. è sempre stato pallido e un po' astenico. A 15 anni pleurite secca a D., durata circa un mese e mezzo.

A. Pr. Il 5 giugno 1938 è stato colto da emoftoe improvvisa. Visitato al Dispensario fu consigliato il ricovero e entra all'Istituto Forlanini il 21-VI-38.

Quivi presenta tosse con catarro abbondante e febbre discreta. Viene subito tentato un pnx. D. che risulta inattuabile per sinfisi pleurica. Il 12-VII Fx. D. Persiste però astenia, febbricola; il dimagrimento tende ad accentuarsi.

Il 14-VIII viene iniziata l'alcool-novocainizzazione simpatica.

Es. Obb. Gen.: Costituzione longilinea. Stato generale molto scadente. Peso kg. 51. Temp. 38°. Polso 98. Resp. 20.

Torace: Cilindrico-paralitico, scarsamente mobile. F. V. t. accentuato al terzo superiore dell'emitorace D. Ipofonesi in detta zona, dove si apprezzano rantoli a medie bolle e respiro soffiante. A D. respiro aspro diffuso.

Addome: Gastroenteroptosi; si palpa il polo inferiore del rene sinistro.

Escreato: Purulento. Koch ++.

Urine: Velo d'albumina; nel sedimento numerosissimi globuli bianchi e qualche globulo rosso.

R. O. C.: 96-102 (+6); 96-100 (+4).

Reperto radiologico: Tutto il lobo superiore D. è opacato; nella regione sottoclaveare zona di iperdiafania della forma e grossezza di un mandarino, espressione di fatto cavitario. Diaframma fisso da ambedue i lati.

Diagnosi: Lobite ulcerata a D. Sospetta tbc. renale.

L'alcool-novocainizzazione viene condotta a D. col solito ritmo. L'a. accusa soltanto un senso di pesantezza gravativa, particolarmente fastidiosa, dopo la seduta. Nessun altro disturbo.

R. O. C. (alla fine del trattamento): 94-90 (-4).

Anche in questo ammalato non si è potuto constatare alcun miglioramento riferibile alla cura. Temperatura, appetito, catarro stazionario; quest'ultimo tende forse ad aumentare. Continua il dimagrimento.

In seguito nei mesi di novembre e dicembre, due mesi cioè dopo la fine del trattamento, lieve miglioramento delle condizioni generali; poi in gennaio imponente riacutizzazione a tipo bronco-pneumonico e morte dopo un mese.

R. O. C. (un mese prima dell'exitus): 122-118 (-4).

Giudizio sintetico: Nessuna influenza favorevole del trattamento.

I risultati della nostra esperienza sull'alcool-novocainizzazione eseguita secondo lo schema di CHAIZE e MOLLARD, in due ammalati da una sola parte, e in otto bilateralmente (in uno è stato interrotto il

trattamento) si possono brevemente, per non ripetere quanto è stato detto nelle storie cliniche, riassumere così:

4 ammalati hanno avuto un miglioramento più o meno sensibile e persistente, in relazione cronologica col trattamento. Questi ammalati sono però sempre rimasti Koch positivi. In 6 p. non si è avuto pressochè alcun beneficio. Fra questi ammalati ve ne erano tuttavia alcuni (gli ultimi due) in condizioni talmente scadute da non potersi sperare gran che da qualsiasi procedimento terapeutico.

La relazione fra R.O.C., lo stato dei malati, l'andamento della cura e i suoi effetti, non ci sono sembrate affatto così strette come è sembrato a CHAIZE e MOLLARD. Il R. O. C. si è apparso invertito in tre casi (30%); in uno di questi (caso 10°) dopo il trattamento è ritornato secondo la norma e tale si è mantenuto. Proprio in questo ammalato il miglioramento è stato però nullo e si è avuto l'exitus dopo alcuni mesi.

Negli ammalati migliorati si è potuto in realtà controllare radiologicamente un prevalere nella tendenza alla scomparsa dei fenomeni periferocali: inoltre ci è sembrato di poter osservare un accentuarsi dei processi sclerotici.

In complesso quindi l'alcool-novocainizzazione del simpatico dorsale non ha dato a noi gli effetti vantati da alcuni AA., a volte quasi miracolosi, nè miglioramento in ammalati in condizioni molto gravi; colla tecnica e il ritmo da noi seguiti può però dare sensibili vantaggi in forme già avanzate, e specialmente, secondo la nostra esperienza, rialzare lo stato generale e migliorare pure le condizioni polmonari nelle forme cronicizzanti bilaterali.

RIASSUNTO

Gli AA. hanno trattato con alcool-novocainizzazione dei primi tre gangli del simpatico dorsale secondo il procedimento di CHAIZE e MOLLARD, 10 ammalati di tbc. polmonare sia

mono che bilaterale, non portatori di pnx., in diversi stadii di evoluzione della forma morbosa.

I risultati sono stati soddisfacenti in 4 ammalati, nulli in 6. Nei primi si è potuto osservare un sensibile miglioramento, oltre che dello stato generale, anche del quadro radiologico polmonare.

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ C. - Essais expérimentaux sur le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire par l'intervention directe sur le sympathique thoracique. *Arch. Medico-Chirurg. de l'Appareil respiratoire*. T. X, n. 6, 1935, pp. 457-477.
- CHAIZE J., MICHON L. et MOLLARD H. - Le reflexe oculo-cardiaque et l'infiltration novocaïnique des ganglions sympathiques chez les tuberculeux pulmonaires. *Revue de la Tuberculose*. T. IV, n. 8, ottobre 1938, pp. 870-886.
- CHAIZE J. et MOLLARD H. - L'alcoolisation des ganglions sympathiques dorsaux dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Point de départ de la méthode et premières constatations. *Revue de Médecine*, anno 53, n. 2, febbraio 1936, pp. 130-142.
- JACCHIA P. - Alcoolizzazione del simpatico toracico nella cura della tubercolosi polmonare. *Boll. Ass. Med. Triestina*, anno 26, fasc. I, 12 ottobre 1934, pp. 5-12.
- KINDBERG L., DEBAY e CORCOS - Société de la Tuberculose, 13 marzo 1937. Cit. da CHAIZE, MICHON e MOLLARD.
- MICHON L., CHAIZE J. et MOLLARD A. - L'instabilité du système vago-sympathique et les interventions sur le système sympathique au cours de la tuberculose pulmonaires. *La Presse Médicale*, anno 46, n. 44, 1 giugno 1938, pp. 865-868.
- ROSENTHAL G. - Le système sympathique et la tuberculose pulmonaire. *Arch. Medico-Chir. de l'Appareil respiratoire*. T. XII, n. 3, 1937, pp. 215-232.



60679

1911



