

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

V. MONALDI e C. PANÀ

ANDAMENTO CLINICO
E REPERTI ANATOMO-PATOLOGICI DI TRE CASI
TRATTATI CON ASPIRAZIONE ENDOCAVITARIA

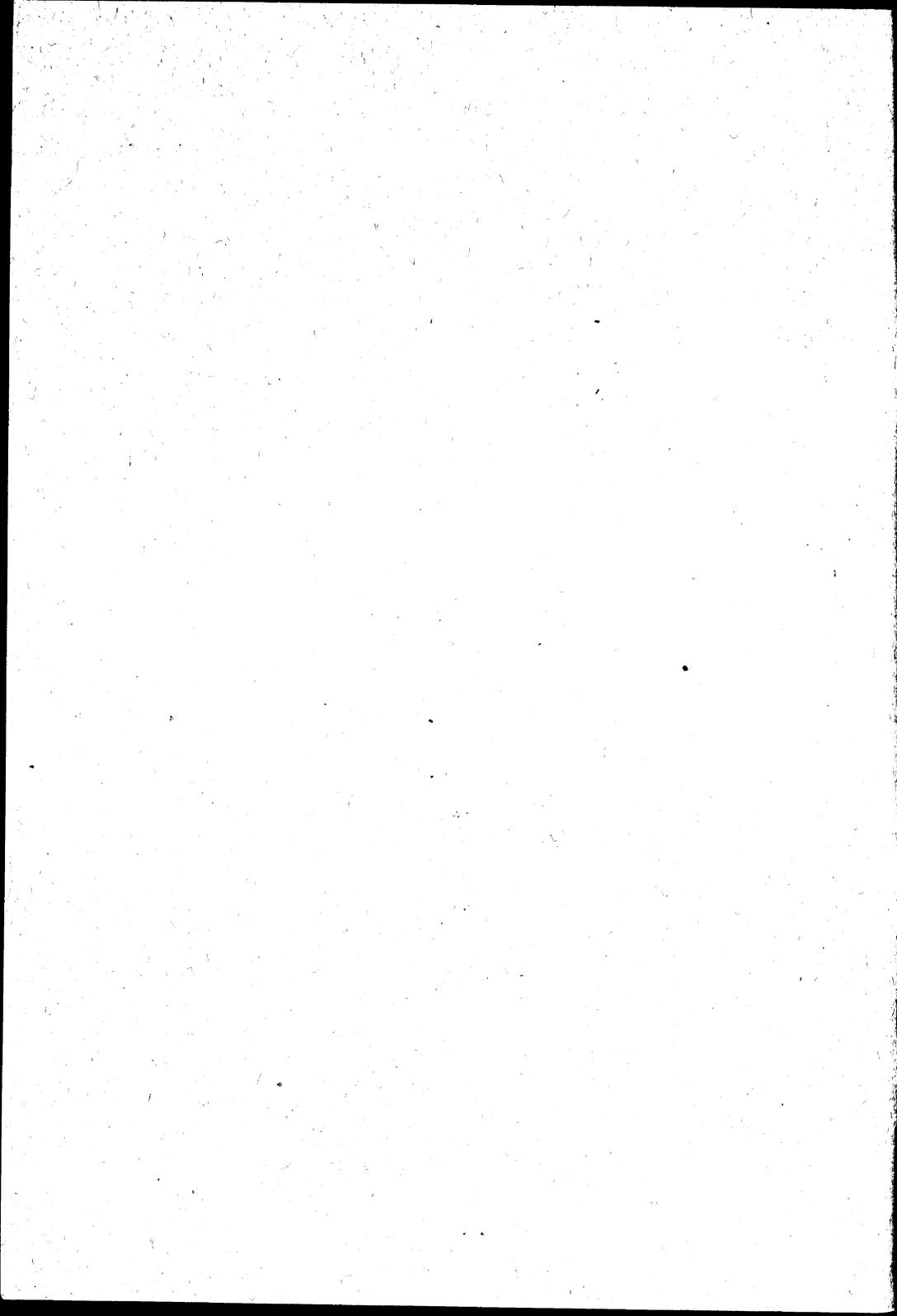
Estratto da ANNALI DELL'ISTITUTO «CARLO FORLANINI»
Anno IV, N. 9-10 Pag. 657-674



Mise B
68
54

ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 27

1940-XIX



ANDAMENTO CLINICO E REPERTI ANATOMO-PATOLOGICI
DI TRE CASI
TRATTATI CON ASPIRAZIONE ENDOCAVITARIA

V. MONALDI e C. PANÀ

Riassumiamo brevemente le osservazioni anatomico-patologiche consegnate sino ad oggi in letteratura sulle condizioni delle caverne trattate con procedimento di aspirazione endocavitaria.

IACOPO (1) in un caso venuto a morte per broncopolmonite intercorrente dopo breve periodo di trattamento rileva come fatti essenziali la detersione delle pareti cavitari e l'instaurarsi di un tessuto di granulazione giovane con prevalenza di elementi linfocitari e istiocitari e modicamente ricco di vasi.

PAPA (2) facendo il confronto tra una caverna trattata con aspirazione endocavitaria ed un'altra non trattata disposta nello stesso ambito polmonare osserva che il procedimento ha determinato la caduta dello strato necrotico e ha indotto formazione di tessuto di granulazione ricco di cellule e di bottoni vascolari e vasodilatazione con ampia vascolarizzazione del tessuto parenchimale pericavitario.

La tendenza alla demarcazione del processo specifico e alla riparazione con fatti sclerotici è anche documentata nel caso descritto da RATTI (3).

Più estese e di grande interesse sono le osservazioni di PANÀ e BOTTARI (4) (nove casi) e di BERBLINGER (5) (nove casi). I primi due Autori descrivono la detersione delle pareti cavitari per caduta degli strati piodici ed essudativo-caseoso, dilatazione dei piccoli vasi, larga infiltrazione di cellule linfocitoidi e di istiociti, tendenza del bronco di drenaggio all'obliterazione per processo di endobronchite proliferante, tendenza del tragitto della sonda a costituirsi precocemente una propria parete.

I casi di BERBLINGER erano in trattamento da un minimo di uno a un massimo di tredici settimane. L'Autore conferma la detersione delle pareti della caverna e la possibile trasformazione della stessa in cavità libera da prodotti specifici anche quando per ragioni meccaniche rimane beante; do-

(1) IACOPO. — Aspirazione endocavitaria delle caverne tubercolari del polmone. « Archivio di Medicina e Chirurgia », n. 4, 1939.

(2) PAPA G. — Su di un caso di grossa caverna tuberculare del polmone trattata con aspirazione endocavitaria di Monaldi giunta al tavolo anatomico. « Lotta contro la Tbc. », n. 4, 1940.

(3) RATTI E. — Descrizione anatomico-istologica di caverna gigante del polmone trattata con aspirazione endocavitaria alla Monaldi. « Minerva Medica », n. 7, 1940.

(4) PANÀ e BOTTARI. — Reperti anatomico-patologici di alcuni soggetti trattati con aspirazione endocavitaria. « Ann. Ist. C. Forlanini », luglio-agosto 1939.

(5) BERBLINGER. — Die Saugdrainage behandlung tuberkulöser Lungencavernen (Monaldi) in morfologischer Beurteilung. « Beitr. z. Klin. d. Tbk. », B. 3, 1940.

cumenta l'effettiva riduzione dello spazio cavitario e il rimpiccolimento dei bronchi di drenaggio per fatti anatomici e per modificati rapporti con la caverna. A livello del tragitto della sonda si stabiliscono reazioni infiammatorie aspecifiche e alterazioni specifiche di carattere produttivo.

PANÀ e BOTTARI (1) hanno comunicato anche i risultati di un caso trattato per circa due mesi con aspirazione endocavitaria e deceduto per emottisi proveniente da lesioni del lato opposto. Hanno messo in evidenza in questo caso l'effettiva riduzione dello spazio cavitario per distensione del parenchima sano circostante e anche lontano, la caduta dello strato essudativo caseoso con l'allentamento di tutti i prodotti patologici, la vivace neoproduzione di tessuto connettivale su tutto il contorno dell'area cavitaria.

Come si vede da questi brevi richiami i reperti si ripetono con tale costanza e in maniera talmente uniforme da non doversi mettere in dubbio che l'aspirazione endocavitaria sia in grado di detergere le pareti della caverna dai prodotti patologici, di stimolare la formazione di nuovo tessuto di granulazione, di ravvivare la circolazione del territorio circostante e anche di ridurre lo spazio cavitario semprechè esistano condizioni meccaniche sufficienti.

I casi osservati dai vari autori suddetti si limitano a dare i risultati della prima fase del trattamento delle caverne con aspirazione endocavitaria. Da essi non era possibile trarre elementi definitivi comprovanti l'effettiva regressione del processo perchè il procedimento aspirativo era stato sempre incompleto e irregolare, perchè condotto su casi estremamente gravi o giunti al tavolo anatomico per fenomeni patologici intercorrenti, avvenuti molto prima della fine del trattamento. In non pochi casi poi l'osservazione fu condotta quando il procedimento era stato abbandonato da qualche tempo senza che si fossero raggiunte le finalità cliniche.

Noi siamo in possesso di altri casi del genere (Cfr. nota di MONALDI sugli insuccessi), ma la presentazione di questi non costituirebbe che una ripetizione delle precedenti osservazioni. Crediamo invece opportuno esporre i reperti di tre casi con risultati più avanzati, anzi in uno con risultati a termine.

I. — G. CECILIA (46) di anni 35, da Scandone (Aquila).

Primi segni clinici della malattia polmonare nel novembre 1934. Il 21 dello stesso mese fu attuata frx. D. Faceva vita sanatoriale dal luglio 1936.

Entrò in Istituto il 16 dicembre 1938 presentando due grosse caverne simmetriche occupanti il terzo superiore di ambedue i polmoni (fig. 1). Stato generale fortemente scaduto. Insufficienza cronica cardiorespiratoria.

Il 2 gennaio 1939 viene attuato procedimento di aspirazione endocavitaria a destra. Il 14 marzo viene istituito procedimento a sinistra mentre è tuttora in atto quello di destra. Il decorso del procedimento in ambedue i lati è regolare. Nel giugno si raggiunge la negatività dell'espettorato e del liquido endocavitario.

Nell'agosto ambedue le caverne agli esami radiografici non sono più visibili agli esami stratigrafici: sono presenti piccolissimi residui intorno all'estremità della sonda (fig. 2). L'1 settembre 1939 la p. viene colta improvvisamente da una sindrome acuta dell'apparato respiratorio a sinistra che viene diagnosticata per broncopolmonite basilare. Il 5 dello stesso mese la p. decede.

Diagnosi anatomica dell'autopsia n. 166/39 eseguita il 6 settembre 1939. Broncopolmonite a focolai confluenti del lobo inferiore del polmone sinistro. Blanda disseminazione miliariforme cronica tbc. polmonare bilaterale. Enfisema di alto grado dei lobi

(1) PANÀ e BOTTARI. — Rilievi anatomici particolari su di un caso di aspirazione endocavitaria. « Lotta contro la Tbc. », 1939.

superiori polmonari. Piccolissimi residui detersi di caverne tbc. nei lobi superiori dei polmoni in comunicazione con la parete toracica.

L'esame del torace fu condotto eseguendo numerose sezioni trasversali di tutto il tronco secondo il metodo e con l'apparato del Prof. MORELLI. Riportiamo per brevità la descrizione particolareggiata del solo apparato polmonare.

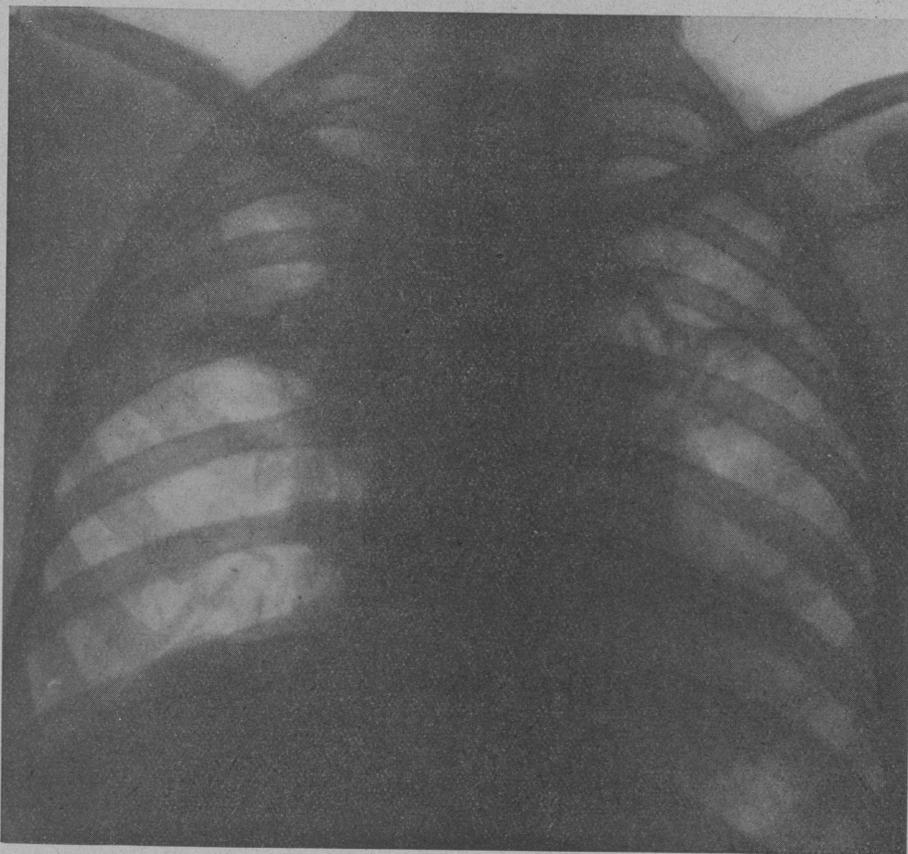


Fig. 1. — G. Cecilia (46). Prima del trattamento.

Ambedue i polmoni sono completamente aderenti alla pleura parietale. Anteriormente a destra sulla parete toracica esiste l'apertura esterna del tramite chirurgico a livello del 1° spazio intercostale, seguendola con la sonda si arriva ad un residuo cavitario situato nella porzione posteriore del lobo superiore del polmone. Tale residuo ha una forma molto irregolare nel suo punto di maggior larghezza (v. fig. 3-2 in *c*) presenta il diametro anteroposteriore di $1\frac{1}{2}$ cm. e trasverso di $2\frac{1}{2}$ cm. Questo punto è anche la parte più bassa, il fondo del residuo cavitario stesso; verso l'alto invece esso si assottiglia progressivamente, assume aspetto circolare con diametro di circa $\frac{1}{2}$ cm. la sua parete è rosso scura, con chiazze emorragiche, è privo assolutamente di contenuto (v. fig. 3-1 in *C*₁). Immediatamente all'intorno di esso si riscontra una proliferazione di tessuto biancastro sclerotico che si spinge, sorpassandola fino alla superficie pleurica da un lato, irradiandosi a raggiera nel parenchima polmonare dall'altro. Quest'ultimo mostra anche macroscopicamente bolle di enfisema irregolare attraverso cui si spingono tralci più sottili di tessuto fibroso. I bronchi sono dilatati con parete ispessita, stirate ed ispessite anche le formazioni vasali dell'ilo polmonare (fig. 3-3).

A sinistra il residuo cavitario è ancor più piccolo : si tratta in fondo della sola parte terminale del tramite chirurgico che appare come dilatata, una propaggine sottile si segue verso l'alto per circa 2 cm. (fig. 3-1 in *c*).

Anche qui la superficie è detersa, congesta e tessuto biancastro sclerotico esiste tutt'all'intorno del residuo stesso. Bolle irregolari di enfisema si estendono a tutto il lobo superiore.

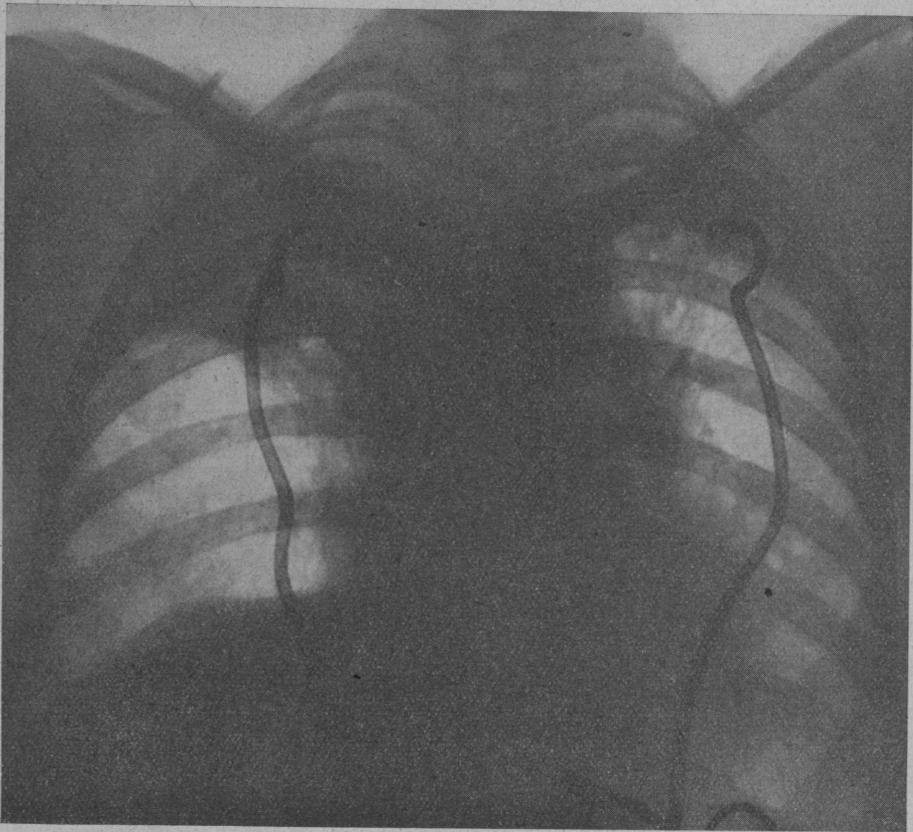


Fig. 2. — Lo stesso caso (46). Alla fine di agosto 1939.

Nel lobo inferiore numerosi focolai di consistenza aumentata rosso scuri, non aereati. In ambedue i polmoni disseminazione blanda di noduli sopramiliari in fase fibrosa.

I residui cavitari *istologicamente* dimostrano una parete fibrosa con emorragie, ricchissima in vasi, molto dilatati, che formano in alcuni punti quasi dei laghi sanguigni. In alcune anfrattuosità piccolissimi residui di tessuto tubercolare. Il tessuto biancastro immediatamente vicino è formato da fasci fibrosi densi che mano a mano ci si allontana eccentricamente diventano sempre più infiltrati da elementi cellulari linfocitoidi. (fig. 4) Questi ultimi formano anzi dei veri noduli. Moltissimi sono i vasi neoformati e frequenti gli stravasi sanguigni (fig. 5).

Proseguendo l'esame delle sezioni in territori più periferici si riscontra la comparsa di bolle enfisematose di forma assai varia. Alcune più eccentriche possiedono la struttura classica ; si tratta di spazi molto estesi, privi di contenuto, risultanti dalla rottura di setti interalveolari di vario ordine ; tale altissimo grado di enfisema comprende tutto il lobo sup. A contatto invece con la sopra descritta porzione sclerotica questo aspetto si modifica (fig. 6) : siamo sempre di fronte a bolle aeree che pur essendo di varia forma

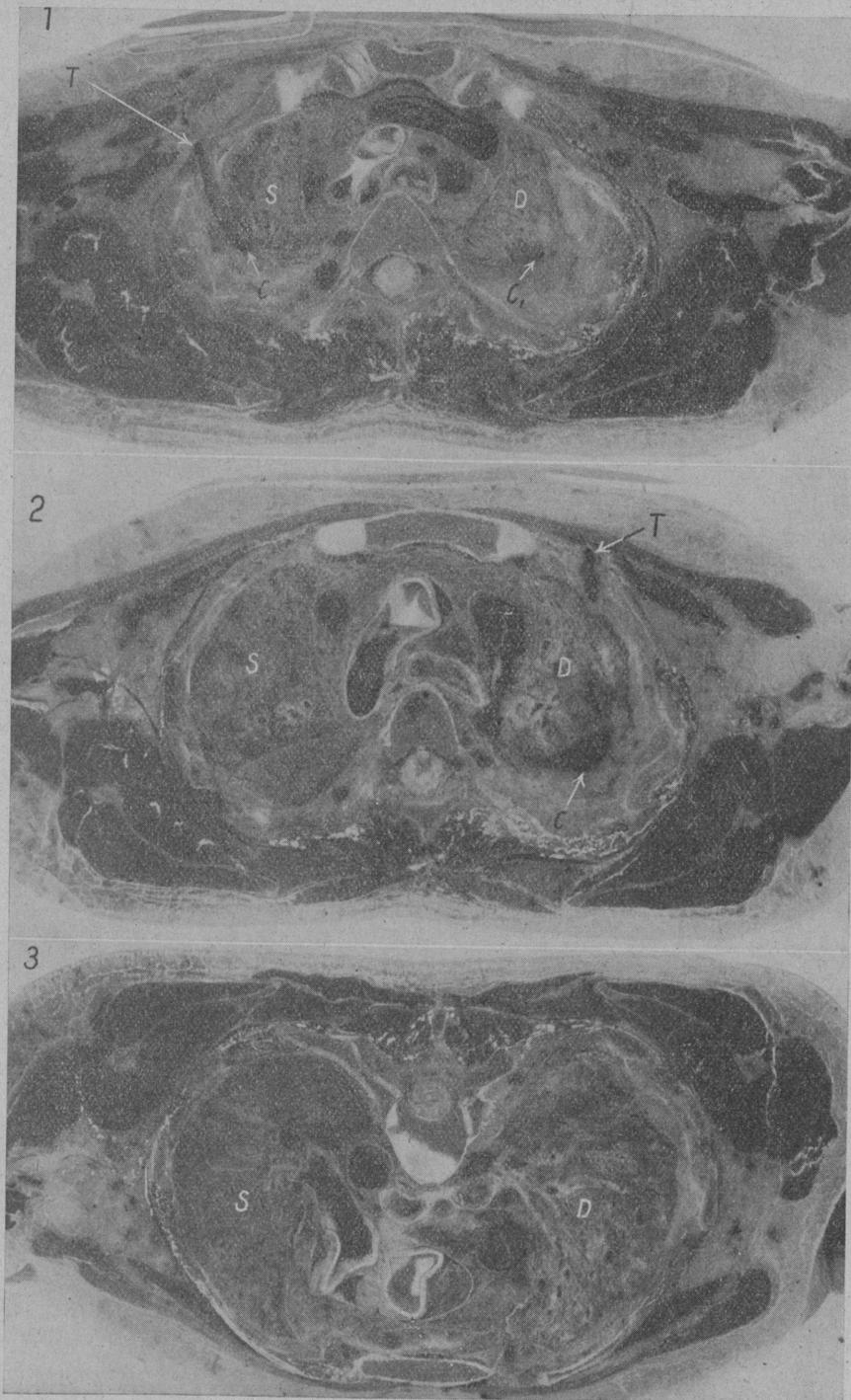


Fig. 3. - G. Cecilia (46). Sezioni trasverse del torace a livello della 2^a-3^a-5^a vertebra dorsale. Le prime due sono viste dall'alto, la terza dal basso. A) anteriore, P) posteriore, D) polmone destro, S) polmone sinistro, C, C') residui cavitari, T) tramite chirurgico.

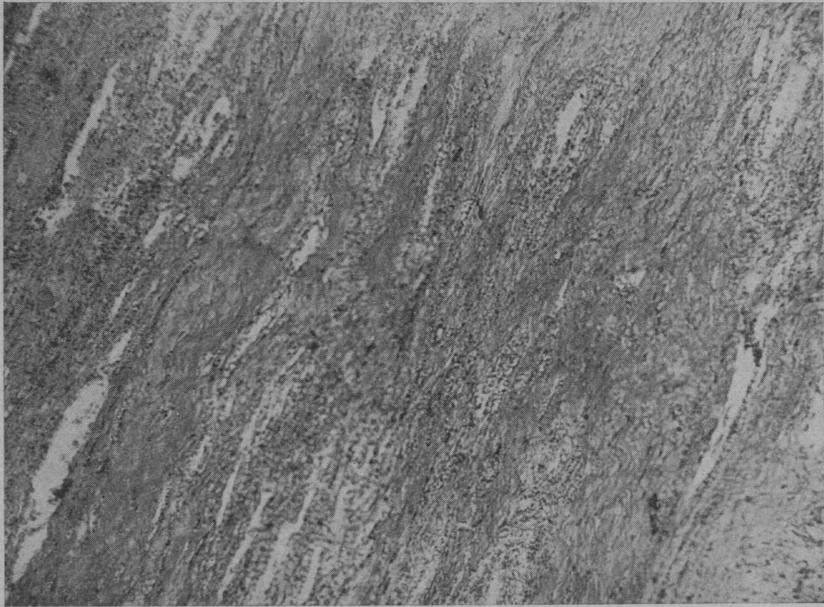


Fig. 4.

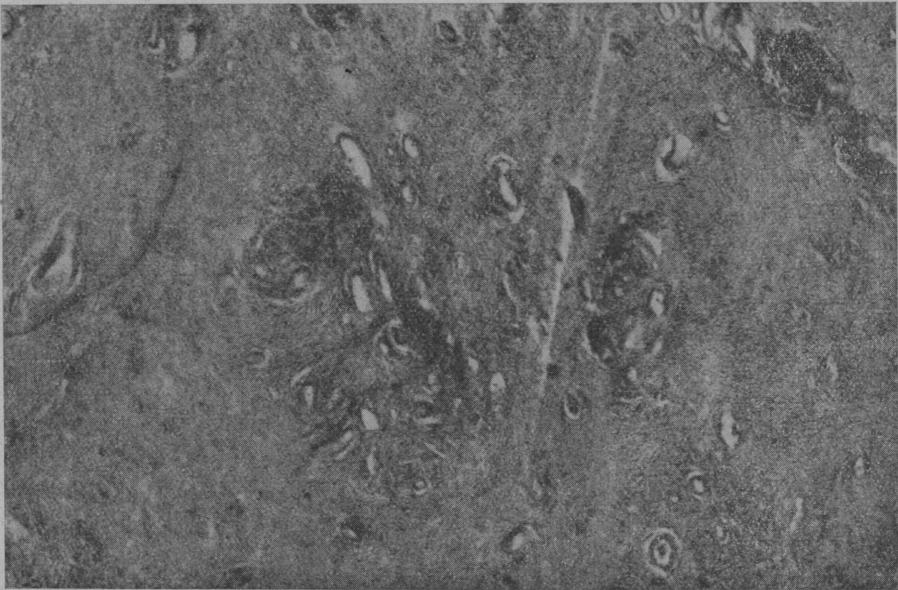


Fig. 5.

Figg. 4 e 5 - Lo stesso caso (46).

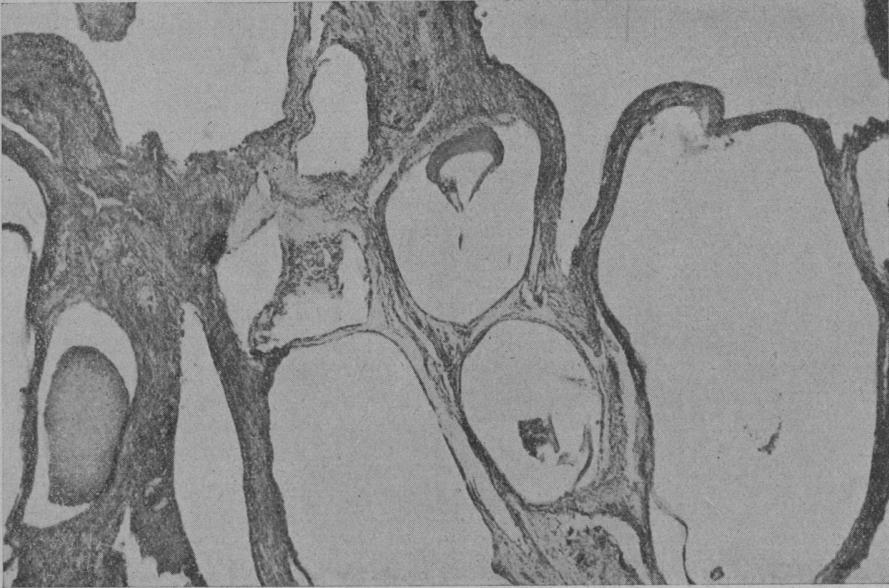


Fig. 6.



Fig. 7.

Figg. 6 e 7 - Lo stesso caso (46).

diventano più regolari rotondeggianti; i setti si ispessiscono poi al punto da formare vere e proprie trabecole di tessuto fibroso (fig. 7). Verso la superficie interna alcune di queste bolle acquistano un rivestimento cellulare continuo a tipo endoteliale.

In seno ai setti si distinguono anche noduli tbc.; alcuni fibrosi, altri con piccolo centro caseoso. In queste zone non si riscontra l'esistenza di elementi di pertinenza normale dei bronchi, quali cartilagine e ghiandole bronchiali.

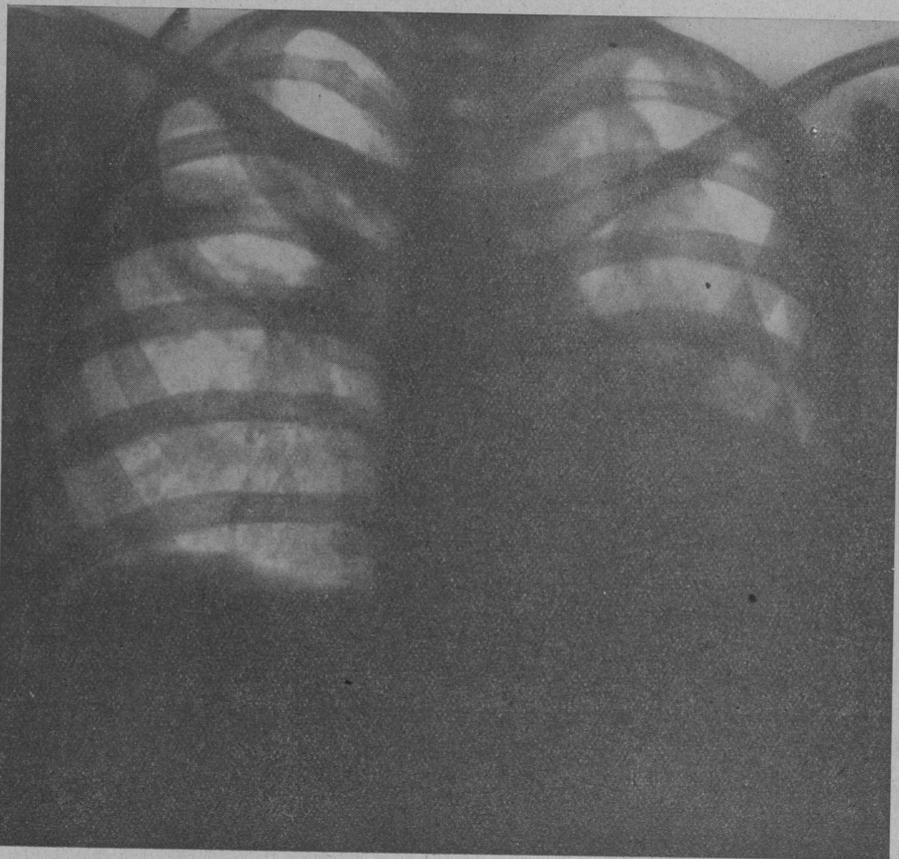


Fig. 8. — R. Giorgina (90). Prima del trattamento.

II. — R. GIORGINA (90) di anni 22, da Roma.

Nell'agosto 1935 pleurite destra. Primi segni clinici della malattia polmonare nell'agosto 1937. Entra in Istituto il 20 settembre 1937 presentando a destra lesione cavitaria in sottoclaveare con disseminazione di noduli (circondati da evidente alone essudativo) sul restante ambito, a sinistra area cavitaria apicale con noduli confluenti nella metà inferiore.

Il 30 settembre 1938 viene istituito pnt. S. Il 21 ottobre 1938 viene attuata frx. D. Il 27 marzo 1939 persistendo in questo lato caverna sottoclaveare con noduli a limiti indistinti nell'ambito circostante (fig. 8) viene attuato procedimento di aspirazione endocavitaria.

Il decorso presenta tra le particolarità degne di rilievo un cospicuo addensamento di tutto il territorio circostante con inglobamento di noduli prima presenti, che poi regredisce lentamente. (Cfr. nota di MESITI-CHIODI). L'esclusione delle vie bronchiali di

drenaggio è raggiunta al primo mese. Al secondo mese diventano Koch negativi l'espettorato e il liquido endocavitario, nell'ottobre 1939 persiste ancora una piccola fessura ma l'estremità della sonda non è più in sede per il che viene estratta con l'intento di rimetterla in migliore posizione (fig. 9). L'1 novembre durante le manovre di reintroduzione della sonda l'ammalata viene colta da una grave sindrome convulsivante con perdita della coscienza; il giorno seguente decede.

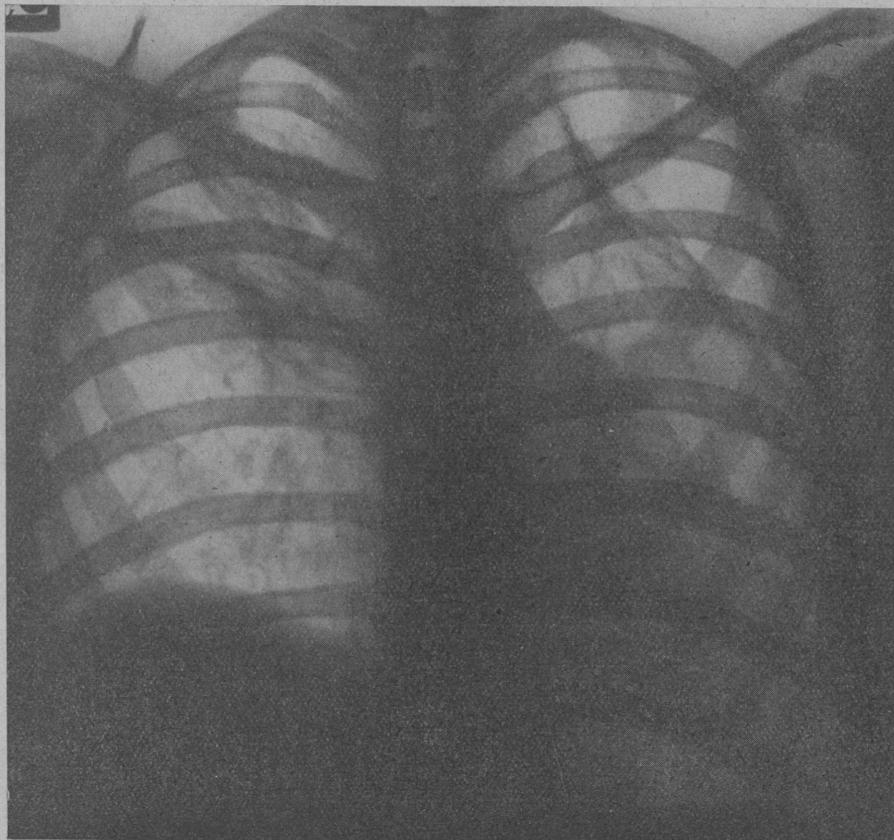


Fig. 9. — Lo stesso caso (90). Cinque giorni dopo l'estrazione della sonda.

Diagnosi anatomica dell'autopsia n. 200/39 del 3 novembre 1939: intensa congestione meningo-encefalica con suffusione emorragica recente superficiale nel lobo parietale destro. Disseminazione ematogena discreta di micronoduli tubercolari in ambedue i polmoni. Grosso nodo caseoso tubercolare nel lobo sup. del polmone destro. Ulcera tubercolare iperplastica dell'intestino cieco.

Il torace fu sezionato anche qui trasversalmente con gli organi in posto col metodo e l'apparato del Prof. E. MORELLI. L'esame delle sezioni del polmone a S. dimostra la esistenza in tutto l'organo di una blanda disseminazione di piccoli noduli acinosi, la maggior parte duri fibrosi altri più molli con piccolo centro caseoso. Tale reperto si constatò anche nel polmone destro. Quivi però anteriormente a livello del lobo superiore poco al di sotto dell'apice polmonare si nota la presenza di un nodo caseoso irregolare (fig. 10, lato D. in *c*) seguendolo in sezioni più basse, si osserva che esso si bipartisce, di modo che trasversalmente appaiono due noduli vicini separati tra loro da una piccola zona di parenchima polmonare (fig. 10 lato S. in *c*). Nel punto di sua maggior

larghezza misura circa $3\frac{1}{2}$ cm. Anche macroscopicamente è visibile una capsula delimitante. La sostanza caseosa internamente è dura, cretacea e si stacca a frammenti. Il parenchima finitimo al nodulo presenta fenomeni di edema e di congestione. Tutto il polmone è sinfisato, però verso la superficie anteriore a livello del lobo sup. in corrispondenza del tragitto della sonda vi è un ispessimento molto notevole della pleura e tratti di tessuto biancastro fibroso si irradiano nel tessuto polmonare vicino (fig. 10 lato S.

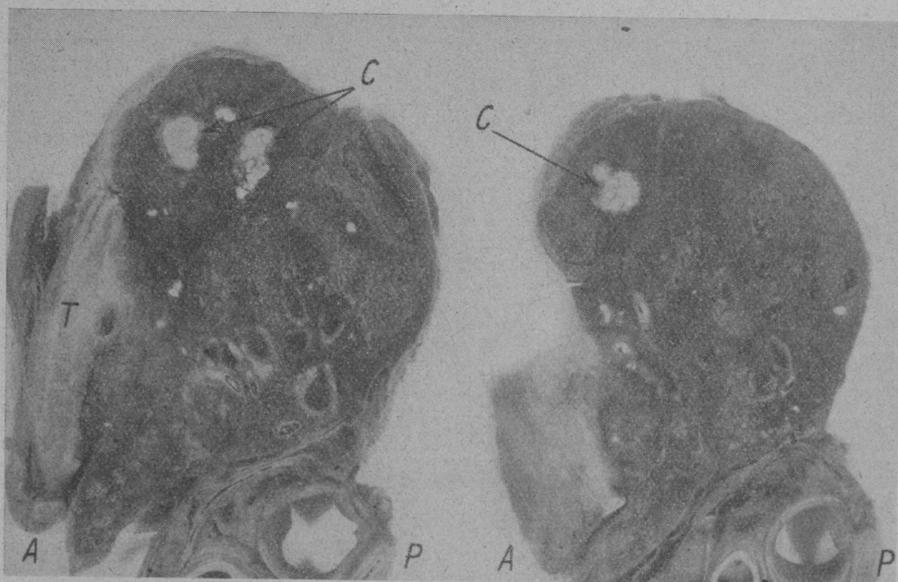


Fig. 10. — R. Giorgina (90).

Sezioni trasverse dell'ematotace destro a livello della 7^a e 5^a vertebra dorsale (viste dall'alto). A) parte anteriore, P) parte posteriore, C) residuo cavitario, T) tramite chirurgico.

in T). Il tragitto della sonda si specilla nel primo tratto, seguendolo si vede che esso si approfonda in parenchima, ma si arresta a fondo cieco a livello del nodo caseoso sopra descritto.

All'esame istologico la sostanza contenuta nel nodo possiede una struttura amorfa; notevole è il deposito di sali calacei. La capsula è formata da fasci di tessuto fibroso ad andamento concentrico però nella loro compagine si notano piccoli vasi ed una infiltrazione di elementi linfocitoidi. All'intorno del nodulo si osserva uno stravasamento di liquido negli alveoli polmonari, fenomeni di fibrosi e bolle enfisematose assai irregolari. Enfisema di un certo grado si riscontra anche a distanza. Nelle vicinanze del tramite chirurgico e fino alla superficie pleurica il parenchima polmonare è vastamente attraversato da una trama di tessuto fibroso (fig. 11) in cui si scorgono molti vasi neoformati, accumuli linfocitoidi, infiltrazione diffusa cellulare ed anche tipici noduli tubercolari. I bronchi appaiono ispessiti ed infiltrati.

Il grosso nodulo sopradescritto per la sua situazione, per essere accanto alla parte terminale del tramite della sonda e per la sua morfologia assai irregolare (trilobata) va considerato come il residuo della caverna visibile nel radiogramma nel lobo superiore destro. Nella struttura della capsula, che ripete in fondo quella delle pareti cavitarie (tessuto fibroso, strato vasale immediatamente a contatto con la parte essudativo-caseosa) vi è in atto un processo di trasformazione fibrosa che avrebbe portato col tempo, alla formazione di una capsula esclusivamente costituita da tessuto connettivo denso.

Prescindendo per un momento da ogni precedente clinico e considerando il nodo solo nella sua essenza morfologica, esso va ritenuto come una sorta di sequestro caseoso che per i fenomeni di calcificazione nell'interno della massa e per l'evoluzione fibrosa in atto nella capsula tende sempre più a circoscriversi dal tessuto vicino. La sua fisionomia è assai simile a quella di quei foci caseosi descritti, o come reperti occasionali di autopsie e considerati come esiti di infiltrati (in senso generico) tbc. ; o come esito di lesioni tubercolari di vario tipo in polmoni sottoposti a terapia collassante (PAGEL e SIMMONDS (1), ALEXANDER (2)).

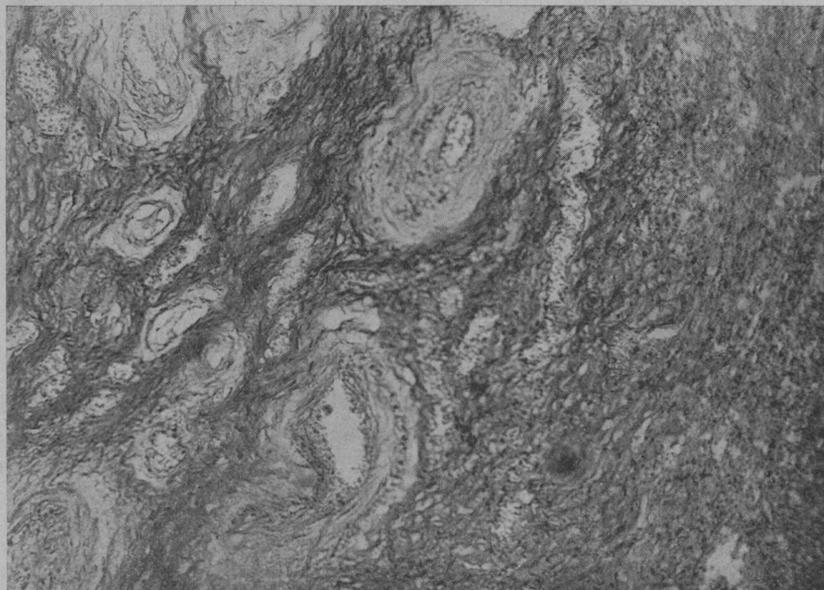


Fig. 11. — Lo stesso caso (90).

III. — S. ELISABETTA (148) di anni 24 da Atzara (Nuoro).

A 14 anni aveva sofferto di pleurite essudativa destra. I primi segni clinici della malattia polmonare nell'estate del 1938. Fu subito ricoverata in Sanatorio e nel novembre di detto anno ebbe frenicoexeresi destra.

Entra in Istituto il 16 luglio 1939 presentando grossa caverna del lobo superiore destro con limite inferiore a livello della scissura, nel lato opposto scarsa disseminazione di noduli sfumati e in parte aggruppati (fig. 12). Il 12 agosto 1939 viene istituito procedimento di aspirazione endocavitaria. Il decorso, salvo l'iniziale addensamento circostante è regolare. Nel dicembre 1939 il liquido endocavitario diviene Koch negativo. L'ammalata aveva tratto anche notevoli benefici dal punto di vista generale. Nel marzo il procedimento aspirativo viene abbandonato per raggiunta elisione della caverna. Nel maggio mentre persiste la regressione della caverna trattata i processi controlaterali manifestano un'evidente evoluzione ulcerativa e per tal fatto il 22 agosto 1940 viene istituito a sinistra pnt. terapeutico. Nella prima decade di ottobre si manifesta una sindrome di miliare acuta polmonare con la quale la p. decede il 15 ottobre 1940 (fig. 13).

(1) « Am. J. Med. Sciences », 1939, 197, 281.

(2) « Papworth Res. Bull. », 1937, 1, 92.

Diagnosi anatomica della necropsia n. 166/40 eseguita il 16 ottobre 1940: tubercolosi acinodosa grave diffusa di ambedue i polmoni con recente disseminazione miliatica. Modesto collasso del polmone S. postpneumotoracico. Sclerosi cicatriziale della parte anteriore del lobo sup. del polmone destro. Tbc. miliatica della milza.

Il polmone di destra si presenta tenacemente aderente al cavo pleurico, il lobo superiore forma una vera e propria sinechia con la parete anteriore del torace. Ambedue

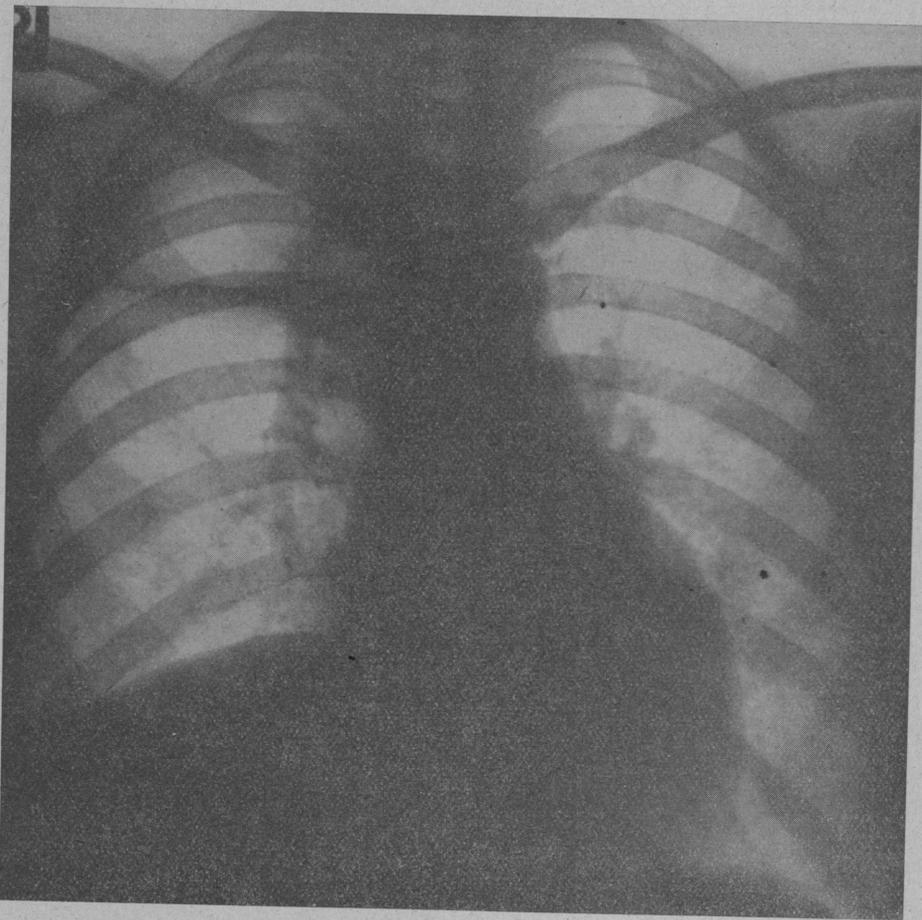


Fig. 12. - S. Elisabetta (148). Prima del procedimento aspirativo.

i polmoni appaiono cosparsi da un'abbondante quantità di aggruppamenti acinodosi di varia grandezza in varia fase evolutiva e di tubercoli miliatici; alcuni noduli appaiono anche recentemente ulcerati. Nel lobo superiore destro non si riscontra nessun residuo cavitario ma solo una grossa placca bianco-grigiastra dura che comprende superficie pleurica e parenchima polmonare e che possiede per centro il foro del tramite chirurgico. Strie biancastre a raggiera si diffondono anche lontano (fig. 14).

Il tragitto della sonda è pervio solo nel suo tratto iniziale toracico, mentre termina a fondo cieco a livello della superficie pleurica.

L'esame microscopico in corrispondenza del lobo sup. D. dimostra l'esistenza di una trama fondamentale costituita da fasci di tessuto fibroso; in alcune zone molto grossolani e compatti e con pochissimi elementi cellulari, in altre meno densi più ricchi in cel-

lule. In diversi punti l'infiltrazione cellulare forma dei noduli linfococitari più o meno estesi. Alcuni di questi noduli presentano una evoluzione specifica iniziale in atto; altri noduli più grandi presentano evidente componente caseosa (fig. 15); accanto a questi esistono, sempre in mezzo a fasci tessuto fibroso, altre formazioni specifiche di aspetto più antico con cellule giganti numerose.

Un'altra caratteristica di questa massa sclerotica cicatriziale con fenomeni tubercolari recenti ed antichi, è la presenza di numerosissimi vasi neoformati di vario calibro ad

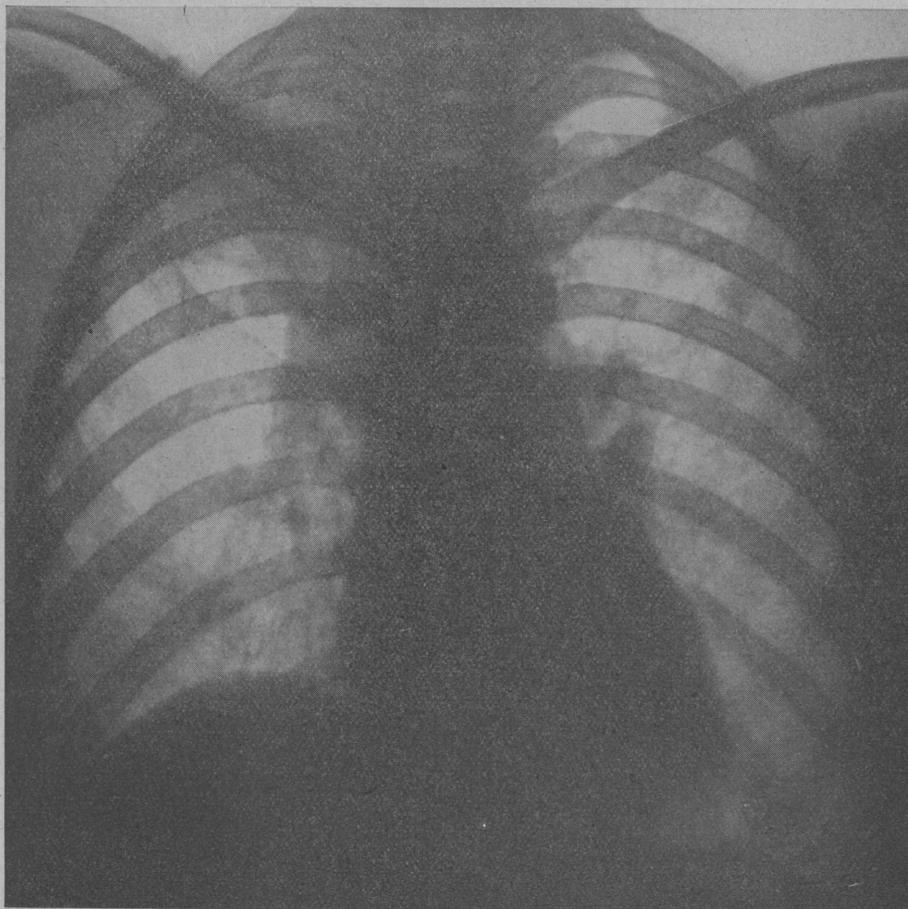


Fig. 13. - Lo stesso caso (148). Due mesi dopo l'abbandono del procedimento aspirativo (27 maggio 1940).

andamento tortuoso con parete per lo più iperplastica talvolta del tutto obliterata; numerose sono anche le emorragie (fig. 16).

Residui di parenchima polmonare si riscontrano sotto forma di zone molto alterate: si tratta per lo più di spazi tra lacune dei fasci fibrosi in cui mercè soprattutto la colorazione delle fibre elastiche è riconoscibile ancora un residuo di intelaiatura alveolare (fig. 17) queste zone sono anche molto infiltrate con elementi linfocitoidi e presentano vecchi tubercoli. Aree di enfisema al di fuori delle abituali proporzioni non si riscontrano in questo caso nel tessuto vicino (fig. 18); anche perchè quest'ultimo è in preda a gravissimi recenti localizzazioni tubercolari evolutive.

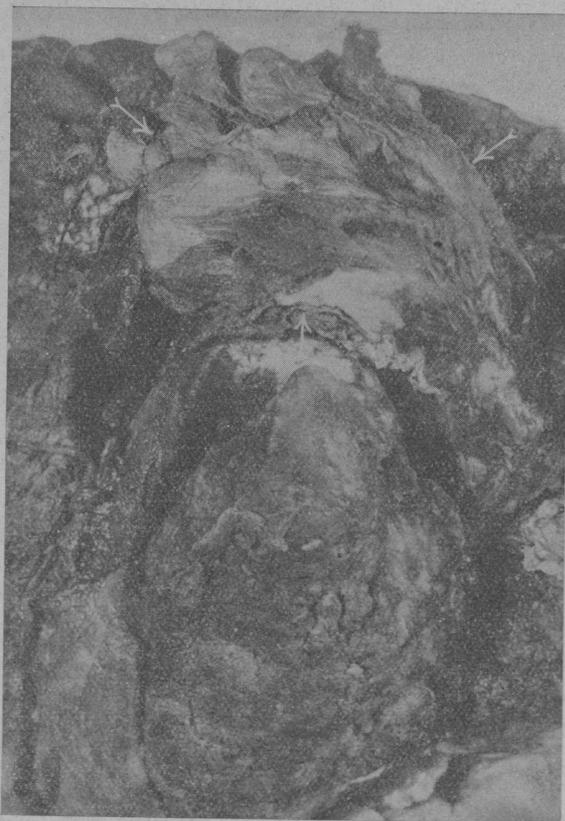


Fig. 14. - S. Elisabetta (148).
Polmone destro: notare la massa sclerotica biancastra nel lobo superiore.

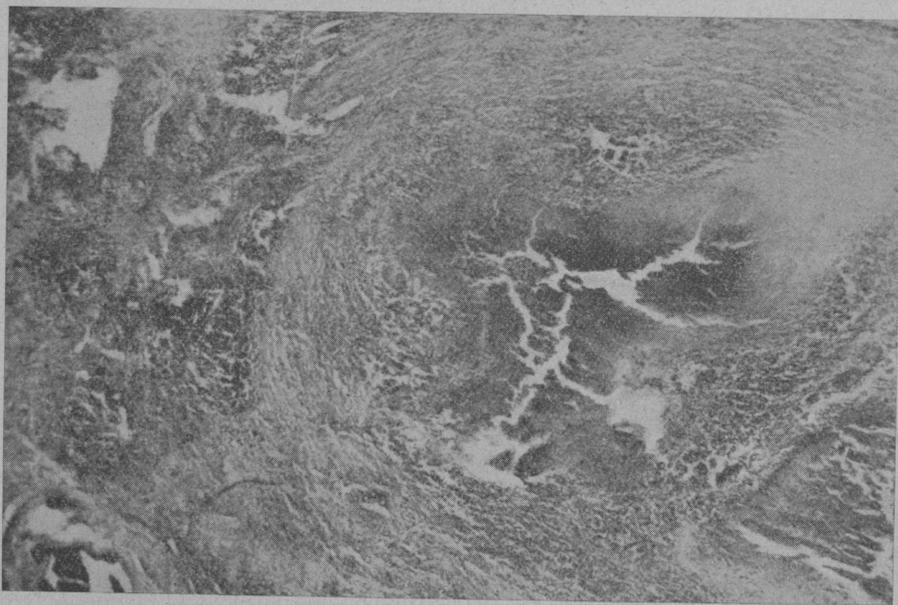


Fig. 15. - Lo stesso caso (148).

Lo sconvolgimento operato da questa notevole e vivace proliferazione di tessuto fibroso e di vasi provoca inoltre nel tessuto delle immagini cistiche dovute alla dilatazione

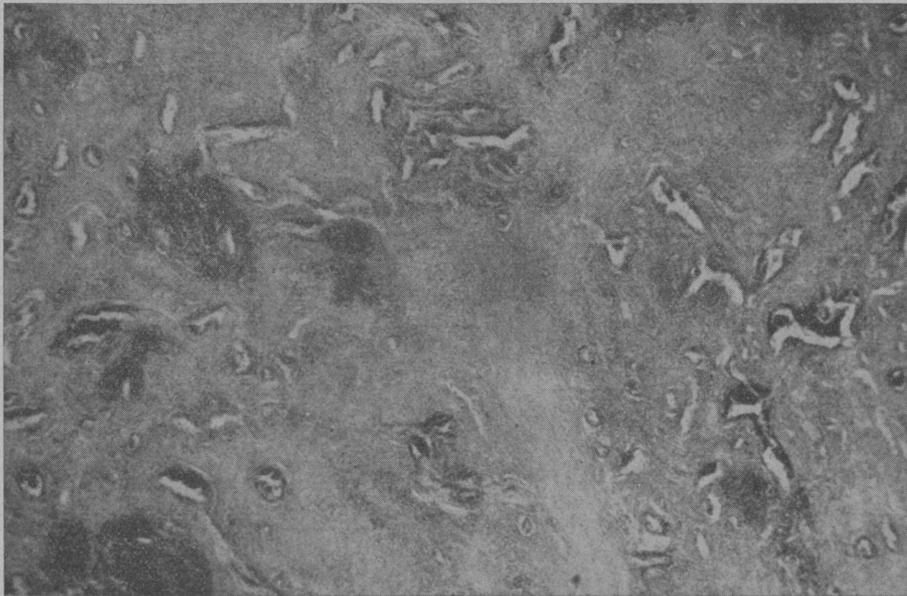


Fig. 16. - Lo stesso caso (148).

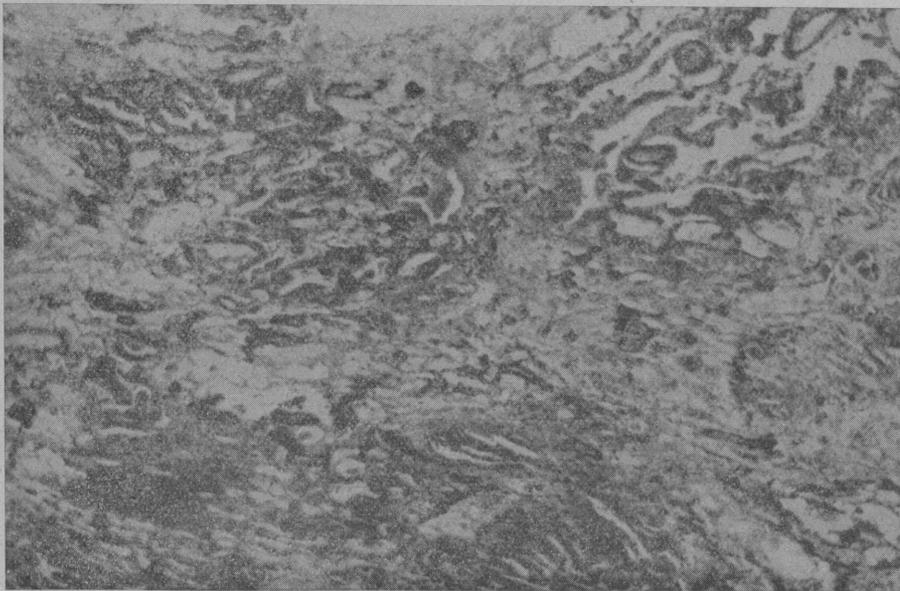


Fig. 17. - Lo stesso caso (148).

dei fondi delle ghiandole bronchiali strozzate nei loro dotti escretori dalla neoformazione connettivale: residui cartilaginei bronchiali isolati o uniti ad altri elementi del bronco sono pure molto frequenti (fig. 19).

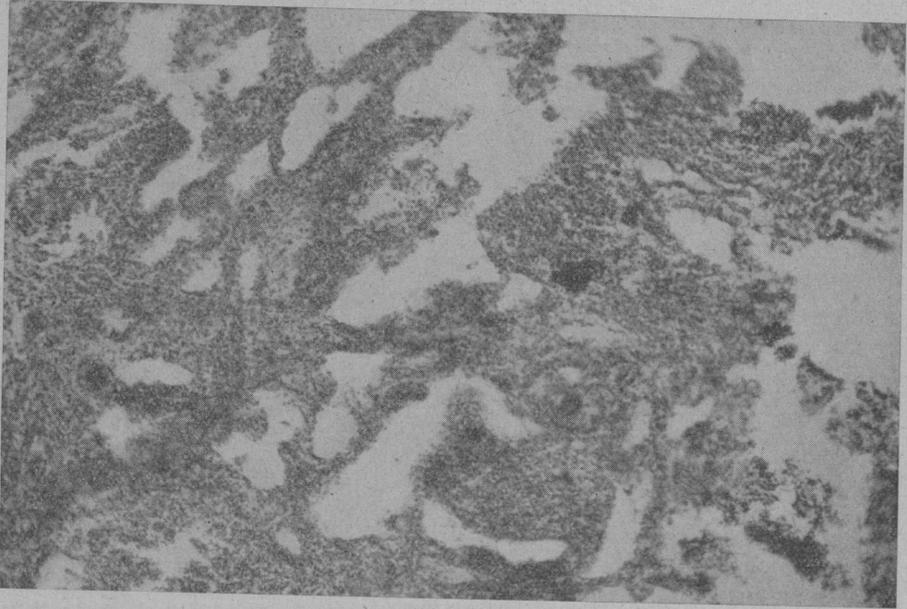


Fig. 18. - Lo stesso caso (148).



Fig. 19. - Lo stesso caso (148).

Riassumiamo brevemente le precedenti osservazioni :

Nel caso I il procedimento aspirativo in ambedue i lati era presso al termine : i rilievi offerti dall'esame autoptico sono una prima riconferma di tutte le osservazioni sino a oggi esistenti in letteratura e danno la visione delle fasi più vicine alla guarigione. Le due grosse caverne occupanti il terzo superiore di ciascun polmone si sono ridotte a piccole ed irregolari fessure : quella di sinistra può ritenersi equivalente allo spazio occupato dall'estremità della sonda : in ambedue va considerata raggiunta la detersione delle pareti cavitare per caduta ed eliminazione degli strati pioide ed essudativo caseoso : solo qua e là permangono tracce microscopiche di tessuto specifico, tutt'intorno è una vasta proliferazione di tessuto giovane ricco di vasi neoformati.

Le condizioni e la morfologia del tessuto circostante che ha assunto il compito della sostituzione delle caverne si presterebbero a importanti considerazioni ma ciò esorbita dai limiti di questa nota.

Il caso II non poteva considerarsi ancora clinicamente e radiologicamente ultimato perchè la sonda era fuoriuscita quando ancora persisteva un piccolo residuo cavitario. Il reperto autoptico per altro porterebbe a riconoscere i caratteri di una trasformazione della caverna in un focolaio solido chiuso con analogie che ricordano gli esiti descritti da molti Autori (SCHURMANN, PAGEL, GRÄFF, WURM, ALEXANDER, ALBERT, MONTANINI, ecc.) susseguenti a distruzioni delle vie bronchiali di drenaggio e a procedimenti collassoterapici. Sono infatti riconoscibili nel residuo presente al tavolo anatomico una parete connettivale ben delimitata e in via di fibrosi densa, un contenuto che è quello dei sequestri per la costituzione della sostanza, per i fenomeni di disidratazione a cui è andata incontro e per i depositi di sali calcarei.

Essendoci proposti di rimanere strettamente nel campo dei risultati non imposteremo alcuna discussione sul significato e sul meccanismo di tale trasformazione. Ai fini della comprensione di detto esito tuttavia riteniamo opportuno far presente che già dopo il primo mese di trattamento si raggiunge la completa esclusione funzionale delle vie bronchiali di drenaggio e che il tragitto, subito dopo l'estrazione della sonda, si obliterò nella parte più vicina al residuo cavitario ; ciò può avere avuto la sua importanza nella costituzione in focolaio chiuso. A spiegare la persistenza di materiale patologico in via di indurimento può aver valore il ricordo che il tessuto circostante alla caverna durante lo svolgersi del procedimento aspirativo è andato incontro a vasta e cospicua invasione essudativa che susseguentemente andò incontro a graduale regressione. Ma a parte tale condizione può ammettersi che il riempimento sia sopravvenuto anche dopo la chiusura del tragitto della sonda.

Nel caso III il procedimento era stato condotto a termine e il decesso sopravvenne alla distanza di circa sette mesi. Come può rilevarsi dalla figura 12 si trattava di un'enorme caverna esito di lobite superiore destra ; l'escavazione aveva raggiunto in basso il limite scissurale. Di detta caverna all'esame autoptico non si trova traccia, la sua elisione è stata completa : tutto il lobo superiore è fortemente rimpicciolito e in trasformazione fibrosa. I focolai nodulari specifici presenti qua e là e in vario stato evolutivo in parte possono considerarsi esito di antichi processi (la prima insorgenza era stata a tipo lobitico), in parte dipendenti da insemminazioni di data recente presenti anche largamente nei due lati sul restante ambito polmonare e che determinarono il decesso della paziente.

La sintesi di questi casi potrebbe così definirsi :

Per effetto del procedimento aspirativo nel I caso due grosse caverne dei lobi superiori dei due polmoni si sono ridotte a residui trascurabili privi di materiali patologici e con pareti invase da tessuto neoformato, vascolarizzato e in via di trasformazione fibrosa.

Nel caso II una caverna circondata da tessuto alterato e in preda a fenomeni essudatizi si è trasformata in un focolaio irregolare chiuso, delimitato da pareti in connettivazione e con inclusione di materiale in trasformazione solida.

Nel III una grossa caverna del lobo superiore destro è regredita con completa trasformazione in tessuto connettivo sclerotico; della sua esistenza permangono solo i documenti clinici e radiografici.

~~69616~~

69616



