

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

---

G. ZIRILLI e U. DE ASCENTIS

RISULTATI DI ECCEZIONE OTTENUTI CON PRO-  
CEDIMENTO DI ASPIRAZIONE ENDOCAVITARIA

*Esatto da* ANNALI DELL'ISTITUTO « CARLO FORLANINI »  
Anno IV, N. 9-10 Pag. 685-702



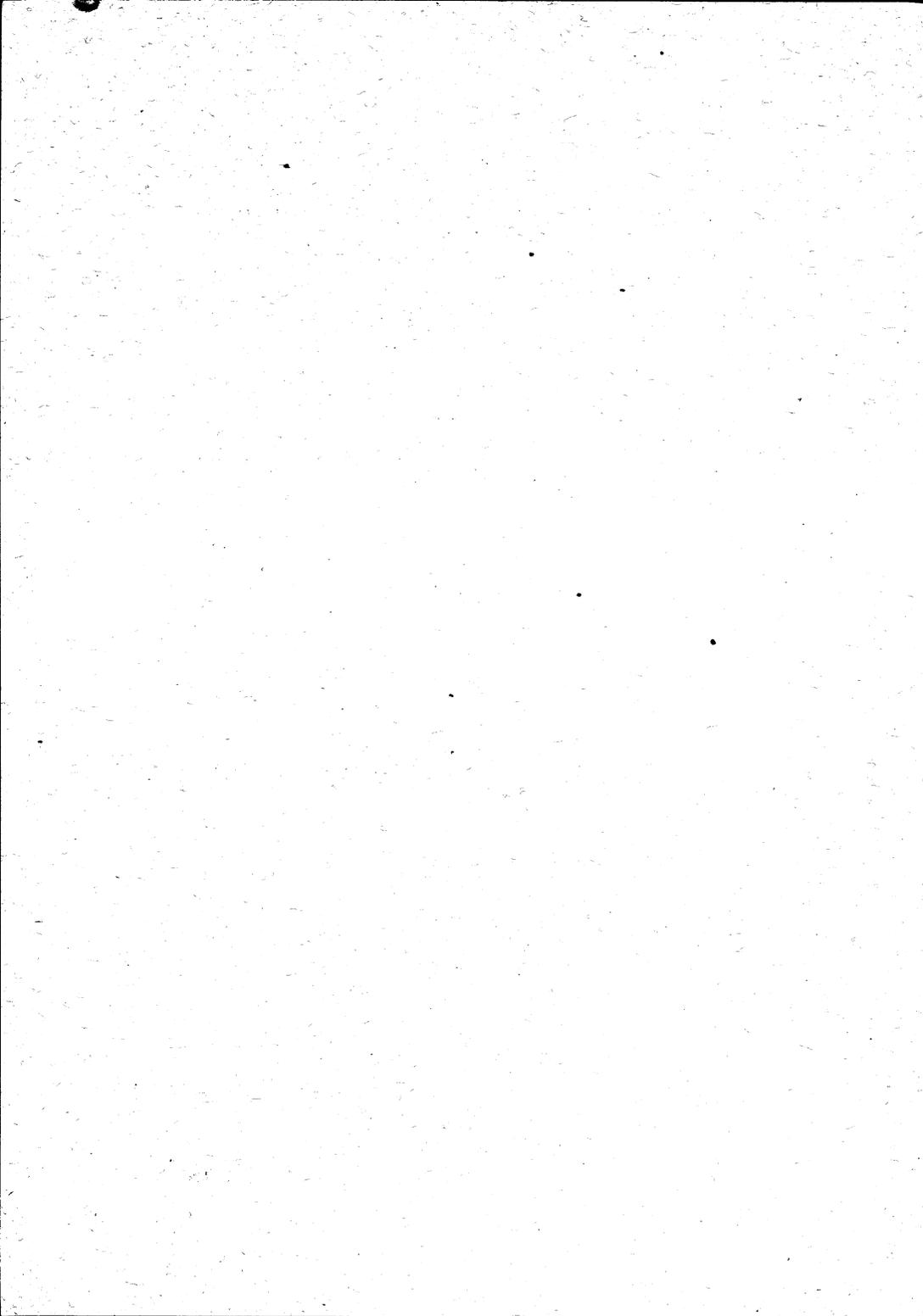
*Mise B*  
*68*  

---

*56*

ROMA  
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA  
*Via Emilio Morosini, 27*

—  
1940-XIX



## RISULTATI DI ECCEZIONE OTTENUTI CON PROCEDIMENTO DI ASPIRAZIONE ENDOCAVITARIA

Dott. G. ZIRILLI e Dott. U. DE ASCENTIS

Tra i numerosi casi trattati in Istituto con aspirazione endocavitaria ve ne sono alcuni che si contraddistinguono da un lato per l'imponenza dei fatti locali e generali preesistenti e dall'altro per i risultati che possono veramente considerarsi di eccezione. In uno (I) si trattava di una grave forma ematogena in piena acuzie con localizzazioni polmonari bilaterali e laringee e con grossa caverna relativa recente nel lobo superiore sinistro; in un secondo di lesioni pluricavitariie con un quadro di tossiemia cachettizzante; in un terzo di grossa caverna anfrattuosa a sinistra con infiltrazione massima circostante e diffusione nodulare con gravi manifestazioni tossemiche ad andamento acuto; in un quarto di forma ematogena con caverna sottoclaveare e broncopolmonite da aspirazione postemotica susseguita all'attuazione dell'intervento; in un quinto di grossa caverna recente ad andamento acuto in soggetto con grave diabete mellito; in un sesto di lesioni bilaterali trattate da un lato con pnt. e con grave sindrome asmatica; il settimo soggetto portatore di pnt. a destra e di caverna gigante a sinistra, l'ottavo portatore di quattro caverne, due per ciascun polmone, e sul quale si è attuata l'aspirazione endocavitaria in tre tempi successivi.

L'applicazione del procedimento in tutti questi casi costituì più che altro un tentativo destinato ad apportare un'attenuazione del processo locale e un miglioramento delle manifestazioni generali onde porre i soggetti in grado di sottoporsi ad eventuali altri interventi. Se non che con la progressiva elisione della caverna trattata si delinearono risultati così importanti nell'ambito dei processi morbosi concomitanti e ripercussioni così favorevoli sul complessivo organismo da potersi per la maggior parte di essi già parlare di guarigione.

Ne facciamo una rapida presentazione.

I. — B. IFRATE (72) di anni 32, impiegato da Guastalla.

Si hanno le prime manifestazioni cliniche della malattia nel marzo 1938 con dispnea, tosse, espettorato, adinamia, dopo breve tempo si aggiungono febbre ad andamento irregolare, caduta del peso corporeo, sudorazioni abbondanti. Ricoverato nel giugno dello stesso anno in un sanatorio fu istituito un pnt. a S. che rimase circoscritto alla base; tutta la sintomatologia tossiemia generale non venne influenzata favorevolmente. Il 4 gennaio 1939 passò a questo Istituto presentando lesioni micronodulari a tendenza confluyente in mediotorace destro, grossa caverna apico-sottapiciale sinistra, disseminazione nodulare sul restante ambito, piccolo pnt. latero-basilare; infiltrazione diffusa del laringe, afonia. L'espettorato è abbondante, fortemente bacillifero, le condizioni

generali scadute, il peso del corpo Kg. 54.600, temperatura febbrile ad andamento irregolare (massimi fra 37,5 e 38,8°) indice di Katz per la velocità di sedimentazione delle emazie 40.

Viene subito messo in abbandono il pnt. S. e viene istituito pnt. a D. il 3 febbraio 1939. Nei primi due mesi di degenza il paz. non solo non ha alcun beneficio, anzi le sue condizioni peggiorano; la temperatura, rimane intorno a 38°, il peso del corpo si abbassa di altri 3,500 Kg. l'indice di Katz per la velocità di sedimentazione delle emazie sale a 74, all'infiltrazione laringea si aggiunge un'erosione della regione interarritenoidea, il quadro polmonare ha tendenza all'aggravamento (fig. 1).

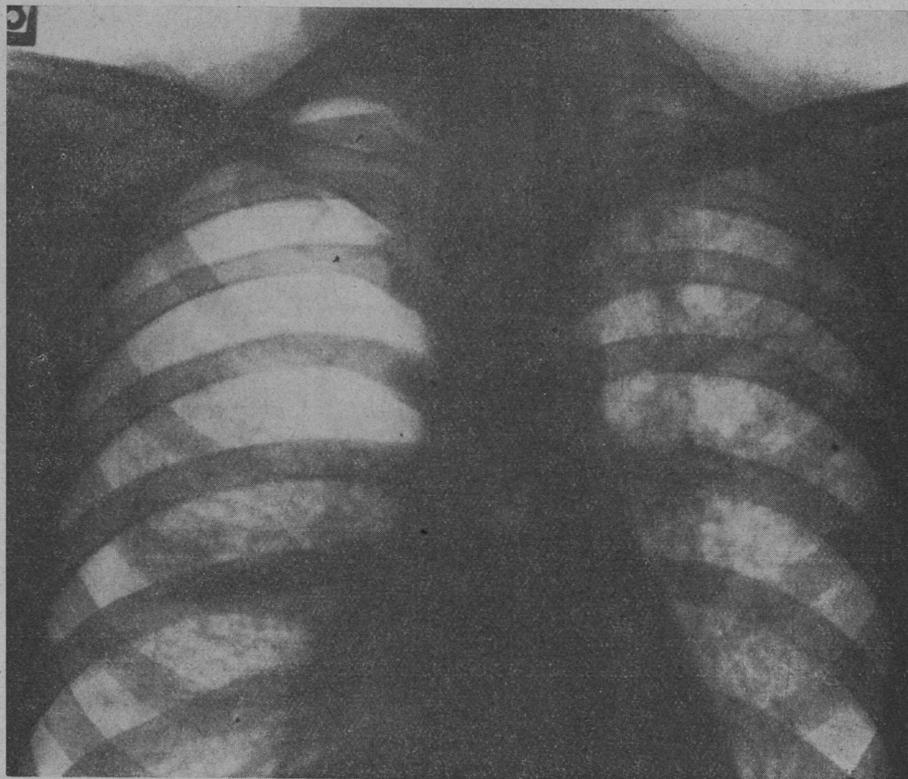


Fig. 1.

B. Ificrate (72). Prima del procedimento aspirativo.

Il 26 febbraio 1940 viene istituito procedimento di aspirazione endocavitaria a sinistra.

Il miglioramento può dirsi quasi immediato, la temperatura tende rapidamente a normalizzarsi sino a divenire permanentemente afebrile nella seconda metà di marzo. Alla fine del primo mese il peso corporeo è aumentato di 3 Kg., alla metà di giugno sale a 58.500 con un aumento complessivo in quattro mesi di 7 1/2 Kg.; nel gennaio del 1930 l'indice di Katz per la velocità di sedimentazione delle emazie è normale (9).

Parallelamente procedono i benefici locali, la caverna si riduce progressivamente, e si attenuano le ombre nodulari, il radiogramma (fig. 2) del 27 aprile 1939 (a due mesi dall'intervento) dimostra un ampio rischiaramento di ambedue i polmoni, particolarmente evidente quello di S., della caverna non è riconoscibile alcun residuo. Nell'ottobre 1939 tutto il quadro locale è regredito e può essere messo in abbandono il pnt. D. (fig. 3).

L'espettorato e il liquido endocavitario erano divenuti persistentemente Koch negativo tra il maggio e il giugno. La sindrome laringea è fortemente migliorata, la voce è tornata quasi normale.

Il paz. ha lasciato l'Istituto in ottime condizioni generali e locali, è però residuo un piccolo tramite lungo il tragitto della sonda sembra in dipendenza di un'anfrattuosità costituitasi durante il trattamento.

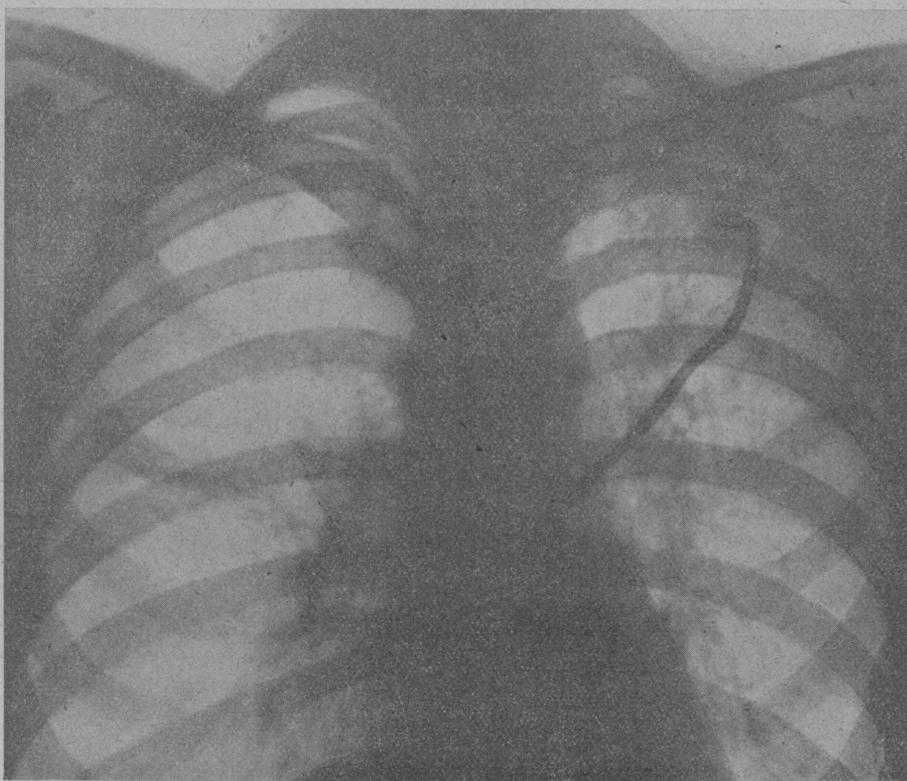


Fig. 2.

Lo stesso caso (72). A due mesi dall'inizio del procedimento aspirativo.

II. — P. ADA (3) di anni 31, lavandaia da Osimo.

Nel maggio 1932 pleurite essudativa sinistra. Prime manifestazioni cliniche della malattia polmonare nel giugno 1934. Fa vita sanatorile dal luglio 1934. Entra in Istituto il 7 gennaio 1935 presentando a sinistra lesioni pluricavitariie nella metà superiore e diffusione di noduli confluenti sul restante ambito. Il 25 gennaio 1935 viene eseguita frenicoexeresi a sinistra. Nel marzo 1935 toracoplastica antero-laterale-elastica. La paz. ottiene dai precedenti interventi qualche miglioramento generale; localmente il processo resta immutato, ma clinicamente si ha l'impressione che le lesioni prima ad evoluzione subacuta tendono a cronicizzare. Senonchè nel 1937 il quadro generale va assumendo le caratteristiche del tipo cachetizzante. Il peso del corpo che nel primo semestre del 1936 era salito da 37 a 44 Kg., incomincia a discendere lentamente ma progressivamente sino a riportarsi nel primo agosto 1938 a Kg. 37.100.

La velocità di sedimentazione delle emazie che nel primo semestre 1936 era scesa da un indice di Katz di 55 a 37, risale susseguentemente a valori aggirantisi intorno a 60 e lo troviamo nel giugno 1938 a 66.

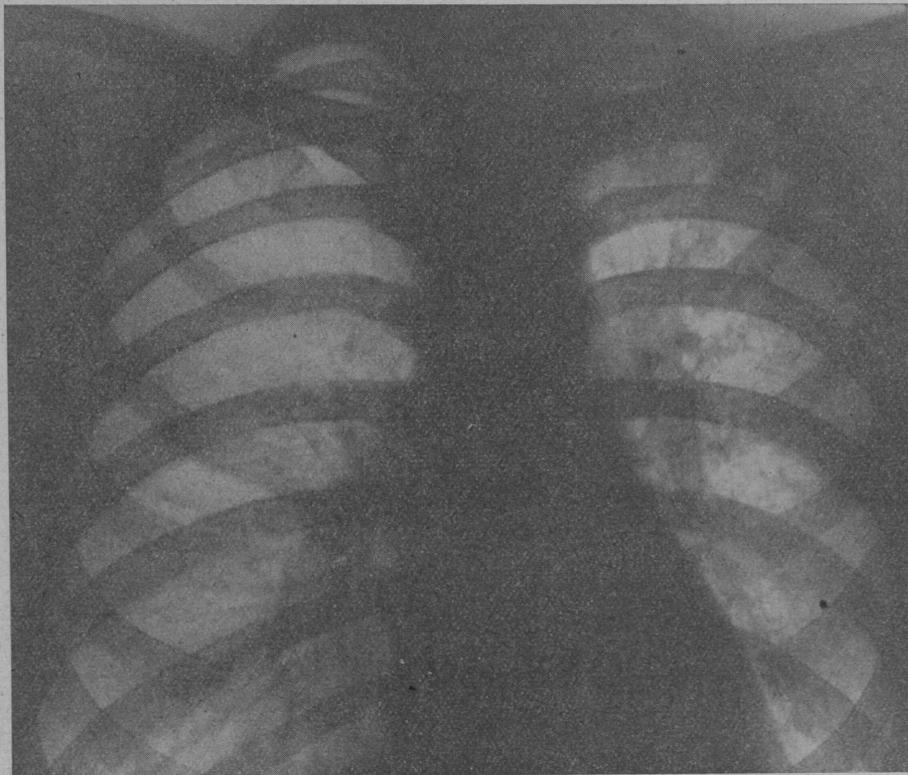


Fig. 3.

Lo stesso caso (72). Procedimento aspirativo a termine.

La paz. è quasi sempre in letto, profondamente astenica, fortemente anemizzata dispeptica. Localmente nell'agosto 1938 tutto l'emitorace di sinistra è fortemente opacato: due grosse caverne occupano la regione sottoclaveare e il mediotorace: a destra disseminazione di noduli delimitati (fig. 4).

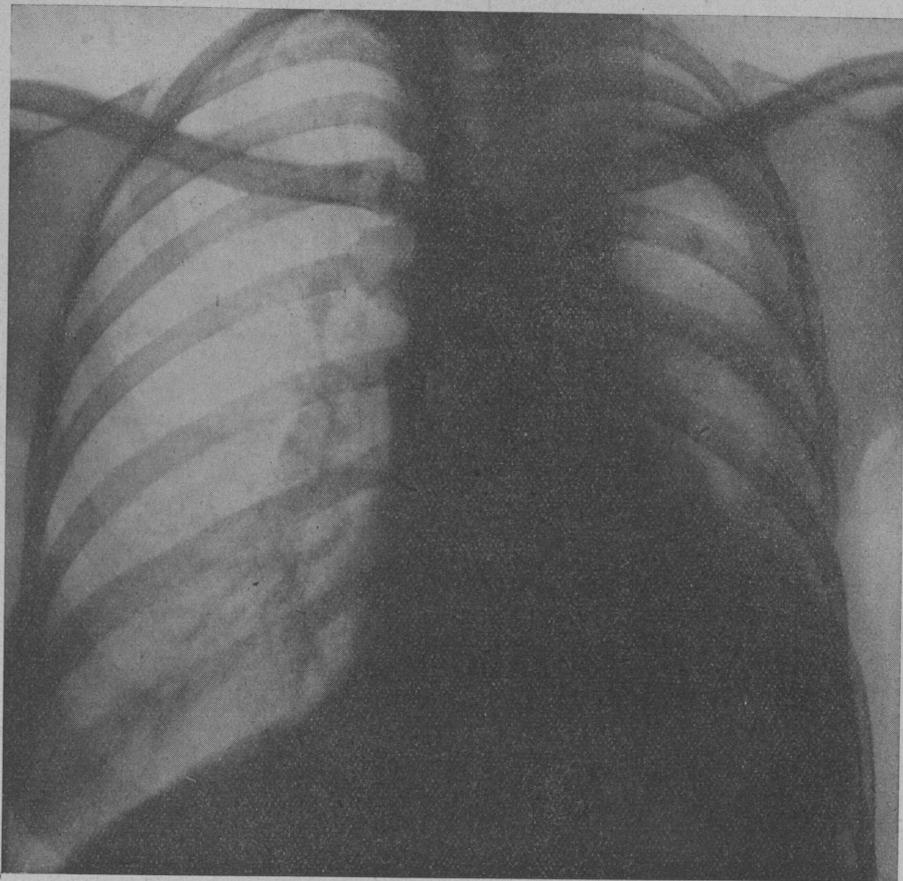
Il 7 agosto 1938 viene istituito procedimento di aspirazione endocavitaria con immissione della sonda nella caverna superiore. Il 18 dello stesso mese dopo soli 11 giorni di trattamento ambedue le caverne sono pressochè interamente elise: l'espettorato e il liquido endocavitario sono già divenuti Koch negativi; la sonda fuoriesce spontaneamente dalla caverna il 31 agosto 1938.

La paz. resta in osservazione in Istituto sino al 28 agosto 1939, giorno in cui viene dimessa per guarigione clinica. Non essendo possibile dare una visione descrittiva della ripresa delle condizioni generali, presentiamo quale esponente, la curva ponderale riportandone l'andamento nei due anni antecedenti al trattamento e quello susseguente.

Dopo la dimissione sono stati fatti in Istituto quattro controlli clinici e radiologici di questa paz. gli ultimi nella seconda metà dell'ottobre 1940. Nonostante la ripresa delle proprie occupazioni il peso è aumentato ancora di Kg. 2. Nessun segno delle precedenti escavazioni tosse ed espettorato del tutto assenti.

III. — T. GIOVANNI (246) di anni 44 bracciante, da Rimini.

Ha avuto a 20 anni pleurite essudativa sinistra. Primi segni clinici della malattia polmonare nel giugno 1937 dapprima con modica tosse, escreato, astenia e poi febbricola. Nel luglio ricoverato in un sanatorio gli fu tentato senza successo pnt. S. Dal



[Fig. 4. — P. Ada (3). Prima del trattamento.

dicembre 1938, nonostante la vita sanatoriale il paz. accusa febbre ad andamento irregolare con massimi tra 37,5 e 38,5, dimagrimento progressivo e tutte le ordinarie manifestazioni di carattere tossiemico. Entra in Istituto il 27 marzo 1940 presentando a sinistra nel terzo superiore grossa caverna anfrattuosa irregolare con vasto opacamento circostante, disseminazione ondulare sul resto dell'ambito (fig. 7). Le condizioni generali sono fortemente scadute, l'indice di Katz per la velocità di sedimentazione delle emazie 50, la temperatura tra 37,5 e 38,5 con irregolari remissioni mattutine, profuse sudorazioni, segni evidenti di anemia secondaria. Nel primo mese di degenza le condizioni del malato sono andate progressivamente peggiorando, la temperatura più irregolare, e si sono ag giunte notevoli turbe dell'apparato digerente.

Il 4 maggio 1940 viene istituito procedimento di aspirazione endocavitaria. Nei primi due mesi non si delineano evidenti benefici generali, la temperatura si mantiene febbrile, l'espettorato abbondante, il peso in diminuzione. In questo periodo date le

condizioni del paz. si attua un'aspirazione assai modesta e regolare, il liquido di secrezione endocavitaria è sempre denso, ricco di frustoli, di masse caseose e di bacilli di Koch.

Nel luglio incominciano a manifestarsi benefici insperati, la temperatura tende a normalizzarsi rapidamente, tutte le funzioni dei vari apparati ritornano fisiologiche, a

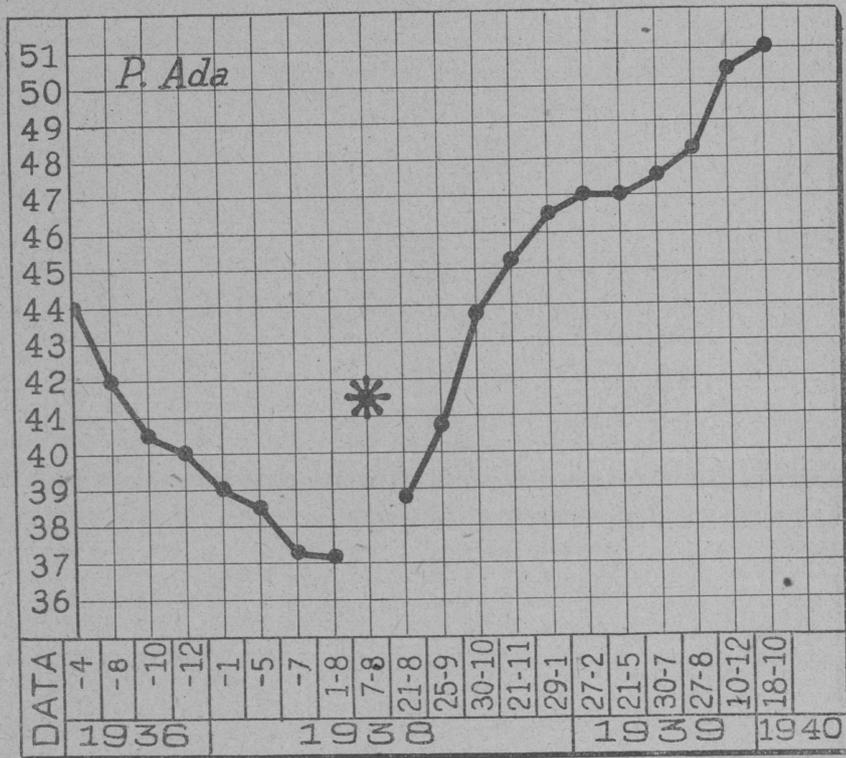


Fig. 5.

Lo stesso caso (3). Andamento del peso corporeo prima, durante e dopo il procedimento aspirativo.

carico del peso del corpo vi ha una ripresa rapida e progressiva tanto da registrarsi un aumento di ben 9 Kg. in poco più di tre mesi (fig. 8).

L'effetto generale coincide esattamente con quello locale; il liquido endocavitario diviene fluido e prevalentemente sieroso nonostante permanga ancora Koch positivo. L'espettorato diviene scarsissimo (qualche grammo al giorno) quasi interamente salivare e Koch negativo: la caverna si riduce per elidersi quasi completamente alla fine di settembre, tutto il campo polmonare circostante si deterge e si rischiarà (fig. 9).

IV. — V. EDISON (I44) di anni 40, coniugato, capotecnico da Bologna.

A 8 anni pleurite essudativa destra. A 17 poliartrite reumatica. A 32 anni, fu operato di nefrectomia sinistra per tbc. renale. A 38 anni polmonite lobare destra durata 7 giorni e guarita senza postumi.

Nel gennaio del 1939 comincia ad accusare astenia e modico deperimento, a cui si aggiungono in seguito tosse, escreato e febbre. Sottoposto ad indagine radiografica gli viene riscontrata una caverna in sottoclaveare destra. Ricoverato in un sanatorio es-

sendo riusciti infruttuosi vari tentativi di istituzione di pnt. viene inviato il 15 luglio 1939 nel nostro Istituto.

All'esame radiografico il paz. presenta a destra caverna sottoclaveare di cm.  $3 \frac{1}{3} \times 4$ , disseminazione di piccoli noduli sul restante ambito (fig. 10). Il paz. presenta evidenti

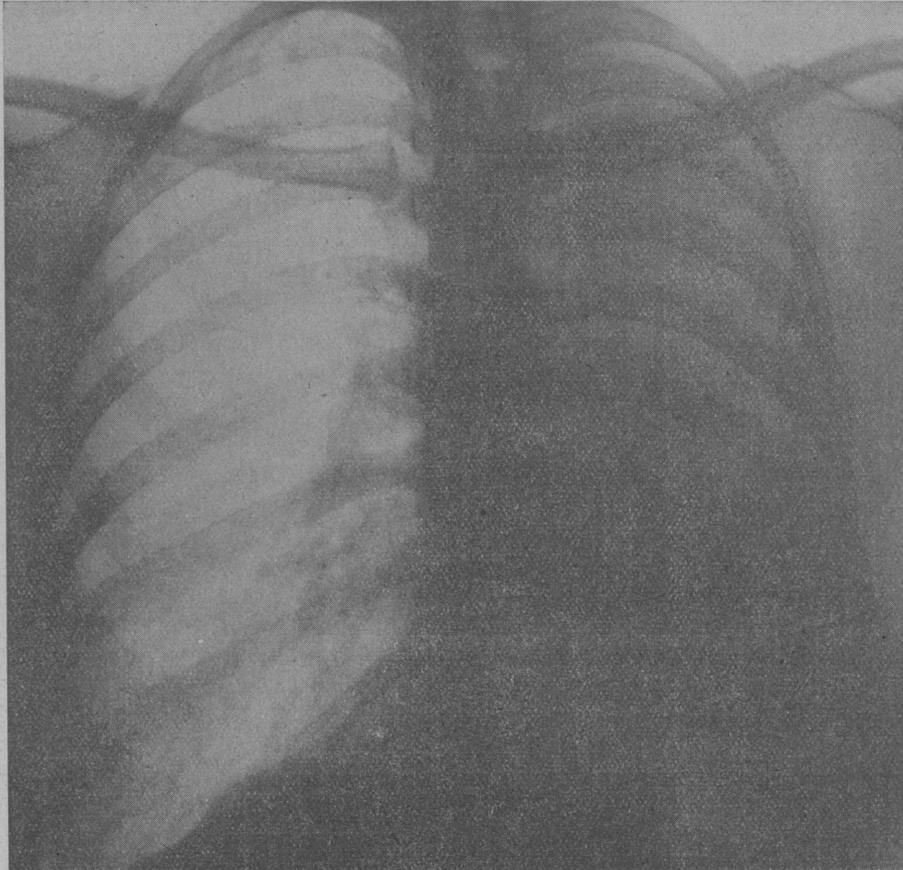


Fig. 6.

Lo stesso caso (3). Venticinque mesi dopo l'abbandono del procedimento aspirativo.

segni di tossiemia, il peso del corpo è in lenta graduale diminuzione, ha facili sudorazioni durante il sonno, la crasi sanguigna è compromessa, l'indice di Katz per la velocità di sedimentazione per le emazie è di 49.

Il 4 agosto 1939 viene istituito procedimento di aspirazione endocavitaria. L'intervento è complicato da grave emorragia che dà luogo a ripetute emottisi che si arrestano solo tra il terzo ed il quarto giorno. Subito dopo la curva termica si porta tra 38-39 gradi, e tale permane per quattro giorni per poi decrescere lentamente ma restando sempre febbrile ed assumendo nel mese di settembre il caratteristico tipo etico con remissioni mattutine e rialzi tra 37-38 gradi nelle ore del pomeriggio.

All'e.o. e radiologico si rileva il quadro di una bronco-polmonite d'aspirazione post-emoftoica (fig. 11). Nonostante tale complicazione il 9 agosto 1939 viene iniziato con estrema prudenza il procedimento aspirativo. La caverna subisce l'ordinaria progressiva

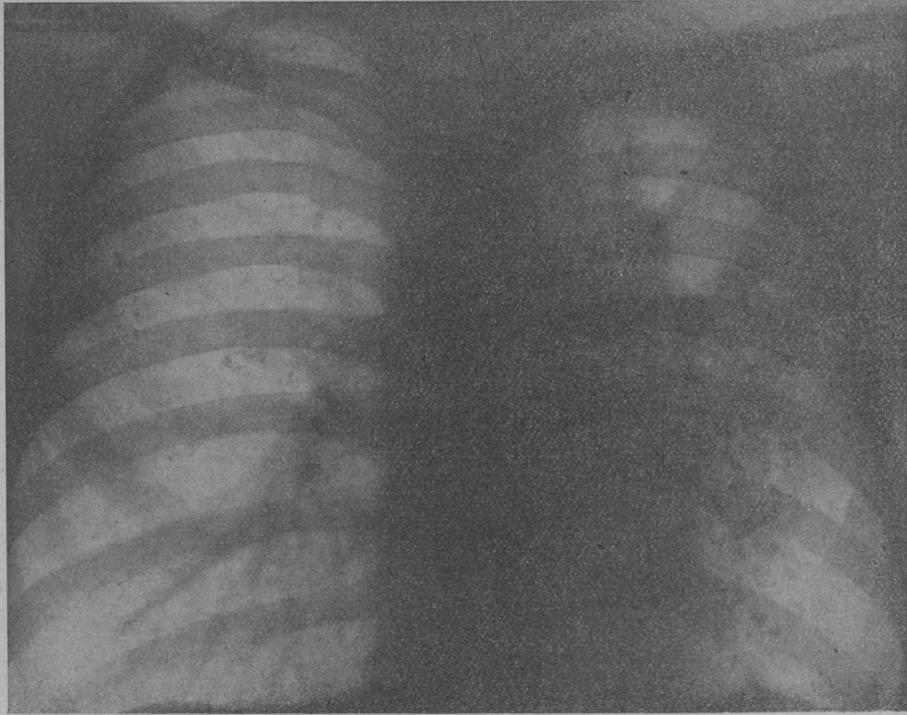


Fig. 7.

T. Giovanni (246). Prima del procedimento aspirativo.

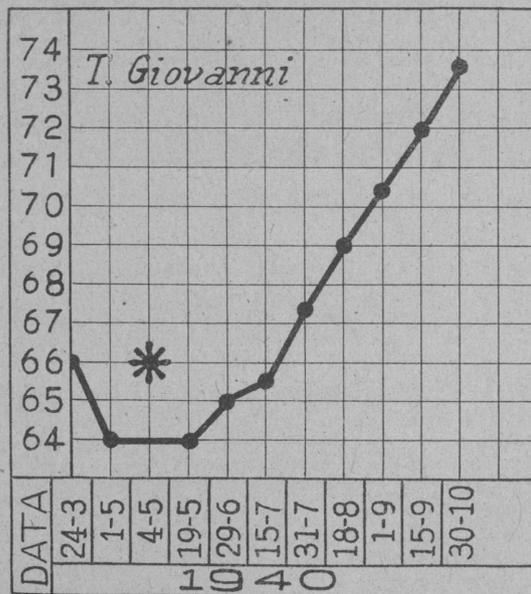


Fig. 8. - Lo stesso caso (246).  
Andamento del peso corporeo durante il procedimento aspirativo.

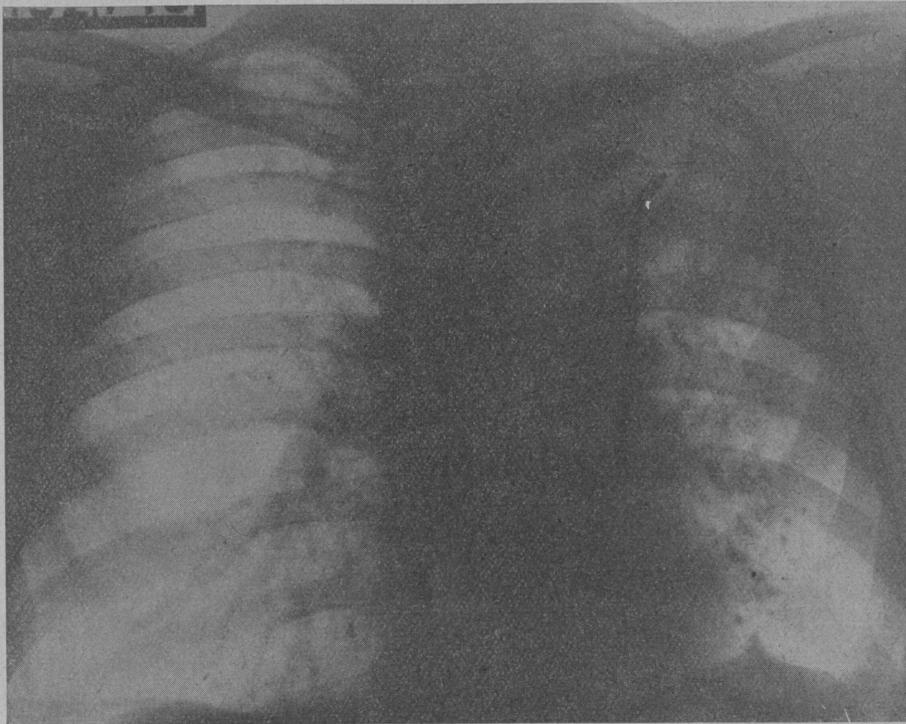


Fig. 9.

Lo stesso caso (246). Al sesto mese di trattamento.



Fig. 10.



Fig. 11.



Fig. 12.

Fig. 10. - V. Edison (144). Prima del trattamento.  
Fig. 11. - Lo stesso caso (144). 10 giorni dopo l'intervento.  
Fig. 12. - Lo stesso caso (144). 4 mesi dopo l'abbandono del procedimento.

riduzione volumetrica, si deterge gradualmente con trasformazione del liquido da denso e ricco di frustoli e di masse caseose in sieroso fluido. Nell'ottobre diviene anche Koch negativo. Il processo bronco-pneumonico intanto subisce un'evidente regressione, ma persistono sempre molteplici focolai di addensamento. In considerazione di ciò il 21 ottobre viene attuata frenicoexeresi. La temperatura nel dicembre si normalizza completamente, in questo periodo anche l'espettorato diventa Koch negativo, tutte le condizioni generali migliorano, gradualmente regrediscono le manifestazioni tossemiche,



Fig. 13.

Fig. 13. — S. Eugenio (183). Prima del trattamento.

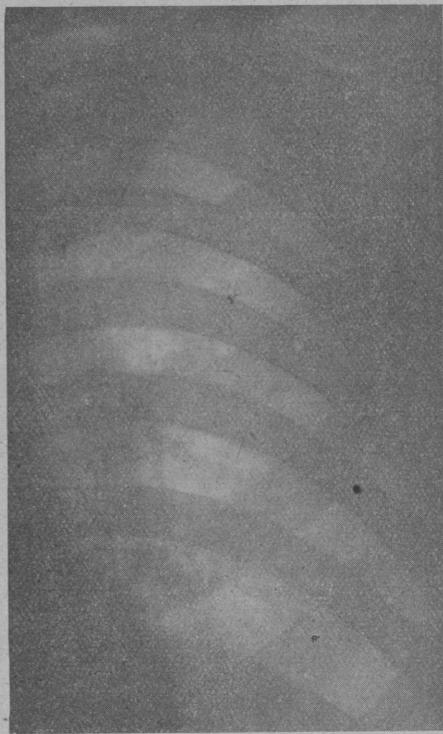


Fig. 14.

Fig. 14. — Lo stesso caso (183). Cinque mesi dopo l'abbandono del procedimento aspirativo.

il peso del corpo sale da 57 nel dicembre 1939 a 66  $\frac{1}{3}$  Kg. nella prima metà di giugno 1940. Localmente la caverna si elide nel marzo 1940 ed in questo tempo viene sospeso il procedimento aspirativo. Il 7 giugno 1940 viene estratta la sonda. Parallelamente alla regressione della caverna si è avuto un graduale completo rischiaramento di tutto il restante ambito polmonare. Il 28 giugno 1940 il paz. lascia l'Istituto per guarigione clinica. L'ultimo controllo di questo paz. è stato eseguito nella prima decade di ottobre 1940 (fig. 12). Nessun segno di malattia tubercolare in atto; nonostante la ripresa delle proprie occupazioni il paz. è aumentato ancora di 3 Kg.

V. — S. EUGENIO (183) di anni 51, agricoltore da Cappadocia (Aquila).

Primi segni clinici della malattia polmonare nell'estate 1939 con febbre elevata remittente al mattino, forte quantità di espettorato, rapido dimagrimento, emoftoe ripetute. Nel settembre 1939 viene ricoverato al Policlinico in Roma con grave quadro

di diabete e lesione cavitaria sottoclaveare sinistra. Nell'ottobre 1939 nonostante un trattamento insulinico di 60 u. giornalieri e appropriata dietoterapia la glicemia si aggira tra 2,30 % e 2,50 %. Emette circa 200 cc. di espettorato, ha sudorazioni profuse, la temperatura costantemente febbrile con massimi intorno a 38°,5, il peso in rapida diminuzione, (in un mese ha perduto 7 Kg.), l'indice di Katz per la velocità di sedimentazione delle emazie è 65. Al polmone sinistro in sottoclaveare grossa caverna anfruttuosa circondata da largo alone essudativo (fig. 13).

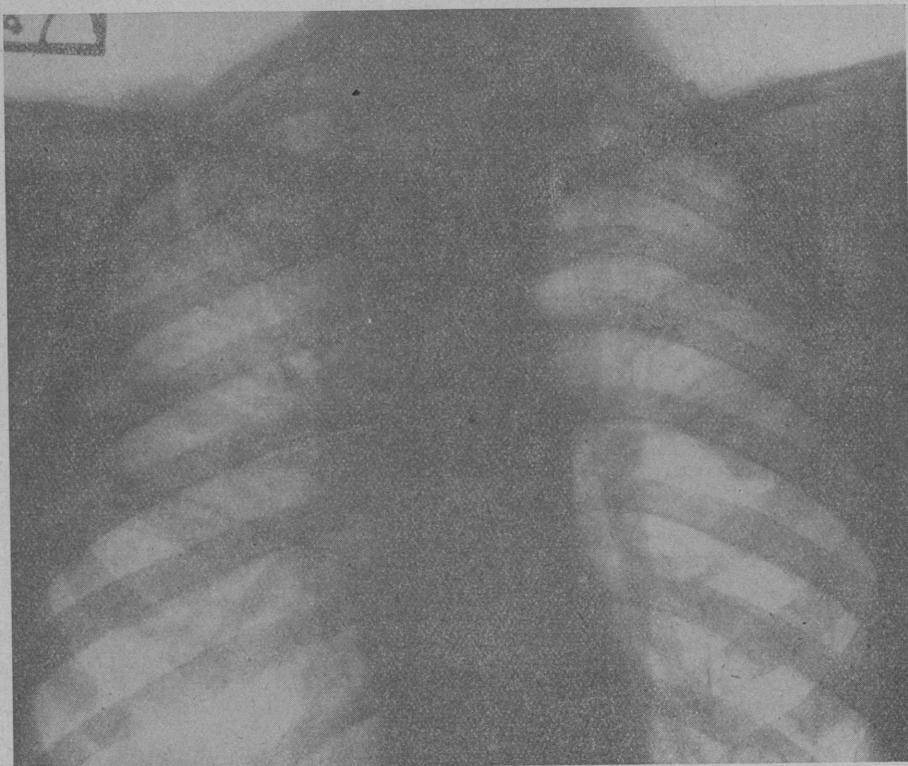


Fig. 15.

T. Umberto (87). Prima del procedimento aspirativo.

Il 24 ottobre 1939 viene istituito procedimento di aspirazione endocavitaria. Gli effetti generali sono veramente sorprendenti; al quindicesimo giorno la temperatura è normalizzata, dopo un mese, il peso è in ripresa, al 5° mese è aumentato di 14 Kg.; al 4° mese l'indice di Katz per la velocità di sedimentazione delle emazie è tornato normale (7). Particolare benefico si è avuto sull'andamento del diabete; al terzo mese, con un trattamento di 20 u. di insulina e con una notevole somministrazione di carboidrati la glicemia oscilla fra 1,20 e 1,50.

L'effetto locale è stato rapido e completo. Dopo soli sei giorni la caverna è fortemente ridotta e attenuato l'alone opaco circostante. Nel dicembre l'espettorato e il liquido endocavitario divengono Koch negativi. Alla fine di febbraio 1940 (dopo 4 mesi dall'intervento) il trattamento può essere abbandonato.

Nell'aprile 1940 il paz. riprende in pieno le proprie occupazioni dei campi assoggettandosi a vita del tutto incongrua.

Viene riesaminato il 10 luglio 1940. Le sue condizioni generali sono ottime: il peso mantiene l'aumento di 14 Kg. la glicemia è di 1,40 % con 20 u. gionaliere di insulina e con una dieta mal regolata. Sul polmone sinistro non si ha alcuna traccia della precedente lesione cavitaria (fig. 14).

VI. — T. UMBERTO (87) di anni 24, sarto, da Roccascalegna (Chieti).

Primi segni clinici della malattia polmonare nell'aprile 1933: il primo rilievo radiologico di caverna nel lobo superiore sinistro fu fatto nel novembre di detto anno. Iniziò in questo tempo vita sanatoriale che interruppe solo per un anno. Nel 1934 gli

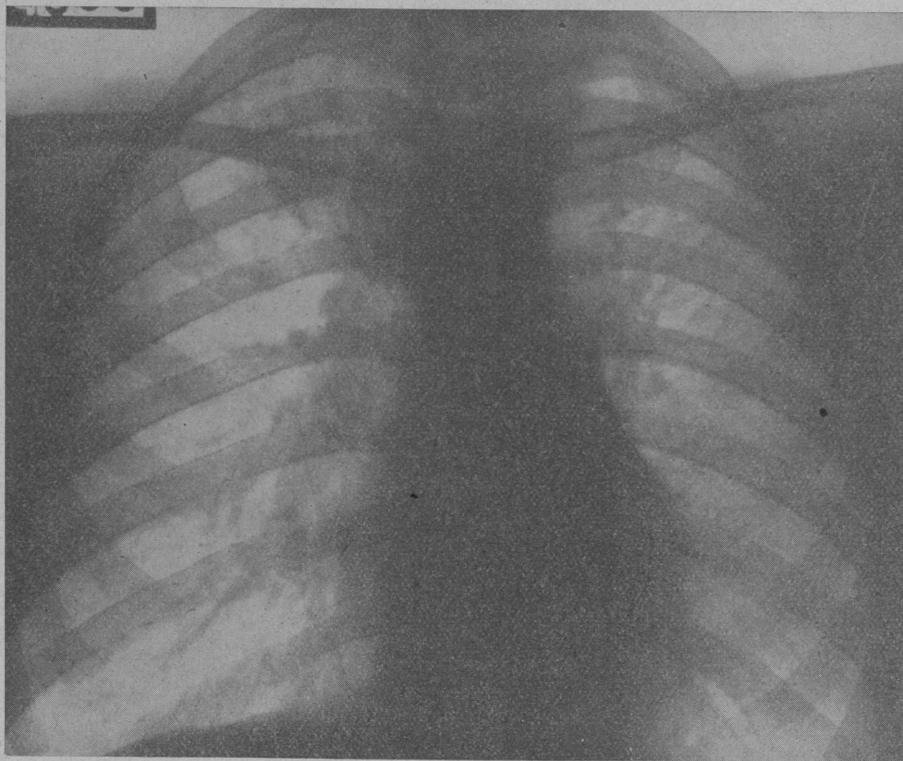


Fig. 16.

Lo stesso caso (87). Un anno dopo l'abbandono del trattamento.

venne istituito pnt. S. e nel 1936 pnt. destro. Entra in Istituto il 23 novembre 1939 portatore di pnt. bilaterale; a destra in regione apicale esiste grossa formazione cavitaria beante. Il p. ha nell'anamnesi una lunga ripetizione di emottisi e di accessi asmatici iniziatisi con la malattia polmonare. Il pnt. D., data la completa inefficacia viene abbandonato e il 21 marzo 1939 viene attuato in questo lato procedimento di aspirazione endocavitaria (fig. 15). Il decorso locale è normale: se non che a breve distanza dall'intervento si acuisce la sindrome asmatica che tra l'altro si manifesta con violenti accessi subentranti ripetentisi più volte nella giornata e nelle ore notturne.

Dapprima si ritiene di dover sospendere il procedimento, ma in seguito si riprende con estrema prudenza con brevi periodi di aspirazione di lieve entità. Grado grado la caverna si riduce di volume e il secreto endocavitario dapprima densissimo, ricco di fru-



Fig. 17.



Fig. 18.



Fig. 19.

Fig. 17. - A. Lucia (222). Prima del trattamento.

Fig. 18. - Lo stesso caso (222). Al quinto mese di trattamento.

Fig. 19. - Lo stesso caso (222). Al settimo mese di trattamento.

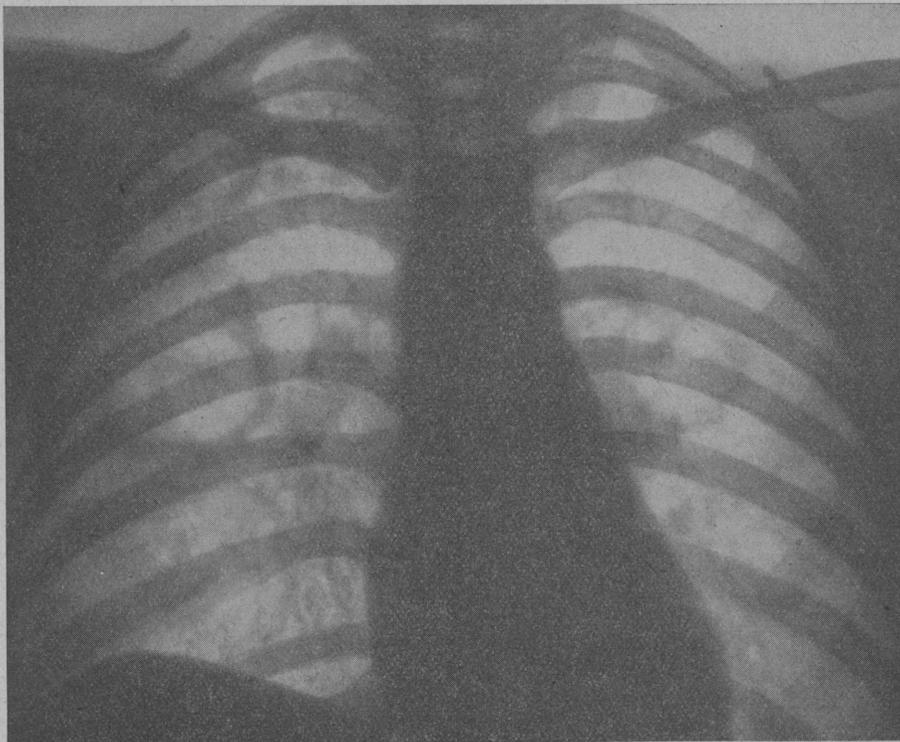


Fig. 20.

S. Iolanda (95). Prima del trattamento.

stoli, di masse caseose e di bacilli si trasforma in fluido e quasi interamente sieroso; nel luglio dello stesso anno diviene Koch negativo. Parallelamente a questi risultati locali si attenua dapprima la sindrome asmatica per poi regredire interamente. E non solo non si ripetono più gli accessi, ma scompaiono anche i reperti obiettivi che prima rilevavano fenomeni stenotici gravi estesi a tutto l'ambito di destra.

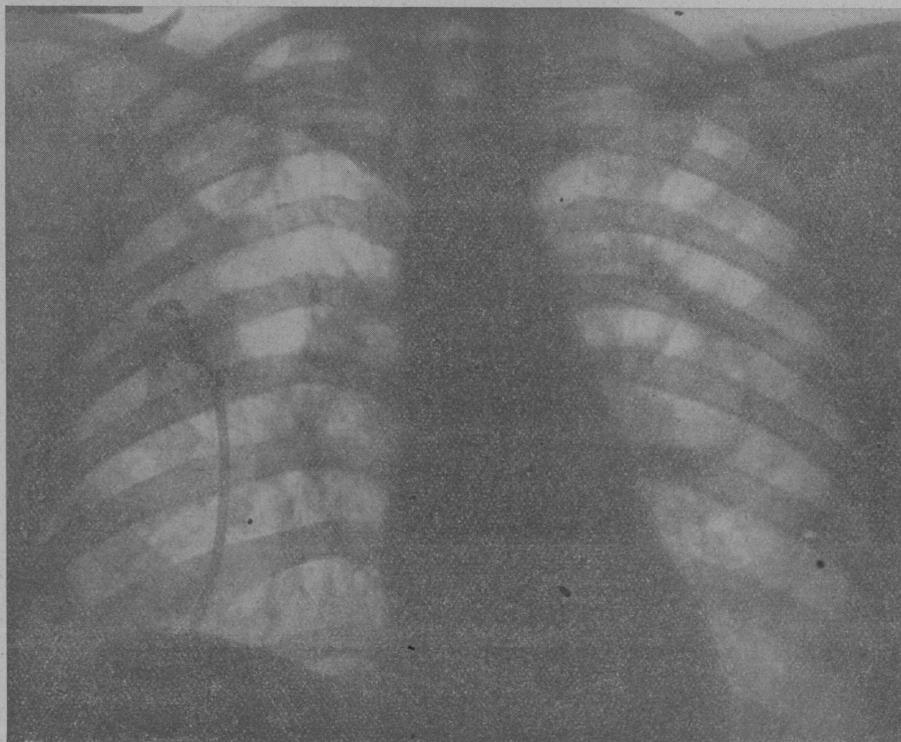


Fig. 21.

Lo stesso caso (95). Procedimento a termine nella caverna inferiore destra.

Nello stesso tempo si delinea una ripresa organica imponente con rapido aumento del peso del corpo (10 Kg. in pochi mesi) e regressione di tutte le altre manifestazioni tossiemiche.

Il 28 settembre 1939 essendosi raggiunta l'elisione della caverna il procedimento aspirativo viene abbandonato; il 21 ottobre 1939 viene estratta la sonda.

Susseguentemente viene posto in abbandono il pnt. di sinistra per raggiunte finalità cliniche.

Il 2 aprile 1940 il p. lascia l'Istituto per far ritorno in famiglia.

L'ultimo controllo clinico e radiologico è stato eseguito in Istituto il 22 ottobre 1940. Le condizioni generali sono ottime; il peso corporeo è aumentato ancora di due Kg. La sindrome asmatica non ha presentato alcuna ripresa. Radiograficamente e stratiograficamente nessun segno della precedente escavazione (fig. 16).

VII. — A. LUCIA (222) di anni 41, casalinga, da Fossano (Cuneo).

Primi segni clinici della malattia polmonare dell'agosto 1934. Fu subito ricoverata in un sanatorio con diagnosi di lesioni ulcerative bilaterali. In quel tempo ebbe frenicoexeresi a sinistra. Riprese la vita di famiglia nel 1935, ma dopo qualche tempo rientrò in

sanatorio dove le fu istituito pnt. destro che mantiene tuttora. Il 29 febbraio 1940, nel Sanatorio di Cuneo fu istituito procedimento di aspirazione endocavitaria a sinistra per caverna gigante, occupante tutto il terzo superiore dell'emitorace; il contorno è addossato lateralmente in alto e medialmente alla parete. Il 22 giugno 1940 viene trasferita in questo Istituto, la caverna è ancora di enorme dimensione, il tragitto è inquinato

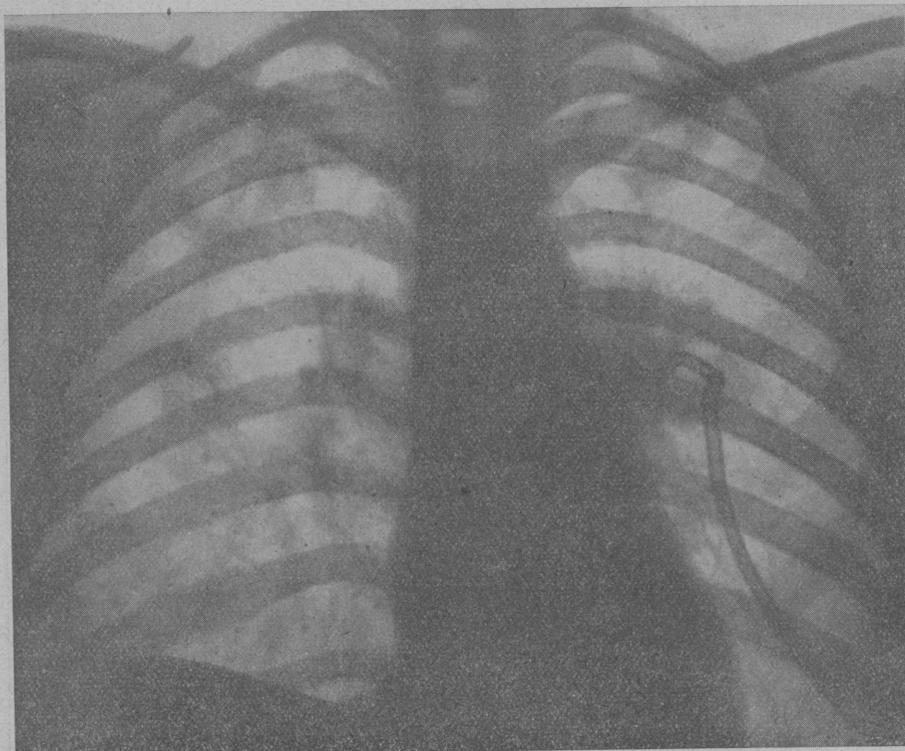


Fig. 22.

Lo stesso caso (95). Procedimento a termine nella caverna inferiore-sinistra.

ed ha subito un allargamento patologico. Dopo un breve periodo di sospensione del trattamento con estrazione della sonda viene ripresa l'aspirazione. La caverna si riduce progressivamente ed oggi è pressochè completamente elisa.

I radiogrammi in serie dimostrano come la riduzione dello spazio cavitario sia avvenuta in modo quasi concentrico attraverso riespansione di tessuto proveniente anche da quei segmenti ove il contorno cavitario sembrava aver raggiunto la parete toracica (figure 17, 18 e 19).

VIII. — S. IOLANDA (95) di anni 34, casalinga, da Cottanelo (Rieti).

Nel 1929 pleurite essudativa sinistra. Nel 1934 emottisi, nel maggio pleurite destra. Nel maggio del 1937 entra in sanatorio per lesioni specifiche a D. per le quali viene tentato senza successo pnt. L'1 ottobre 1937 viene eseguita frenicofrassi a destra, il 19 gennaio 1938 viene attuata toracoplastica laterale destra con resezione delle coste dalla terza alla quinta. L'ammalata non trae alcun beneficio dai suddetti interventi, e dalla vita sanatoriale. Le condizioni generali subiscono un graduale lento decadimento, la

temperatura irregolarmente febbrile con massimi intorno ai 38°, la crasi sanguigna notevolmente compromessa; la tosse e l'espettorato sempre abbondanti. Nel marzo 1939 al quadro polmonare radiologico risultano 4 caverne, due a destra e due a sinistra in posizioni quasi simmetriche iustailari e apico-sottapicali (fig. 20).

Il 12 aprile 1939 viene istituito procedimento di aspirazione endocavitaria a destra nella caverna inferiore. L'effetto locale è rapido, nell'ottobre la caverna appare elisa e il trattamento viene abbandonato, le condizioni generali tuttavia rimangono pressochè immutate; le varie manifestazioni tossiemiche persistono (fig. 21).

Il 13 novembre 1939 viene istituito procedimento di aspirazione endocavitaria a S. nella caverna inferiore. Anche per questa caverna l'effetto locale è rapido (fig. 22): ma ben presto si delinea una buona ripresa generale; le funzioni dell'apparato digerente migliorano, la sanguificazione si ripristina, cessano le sudorazioni, la temperatura tende a normalizzarsi, la tosse e l'espettorato si riducono fortemente.

Il 28 maggio 1940 può venire istituito procedimento di aspirazione endocavitaria per la caverna superiore-sinistra. Anche per questa si va delineando un effetto favorevole (fig. 23).

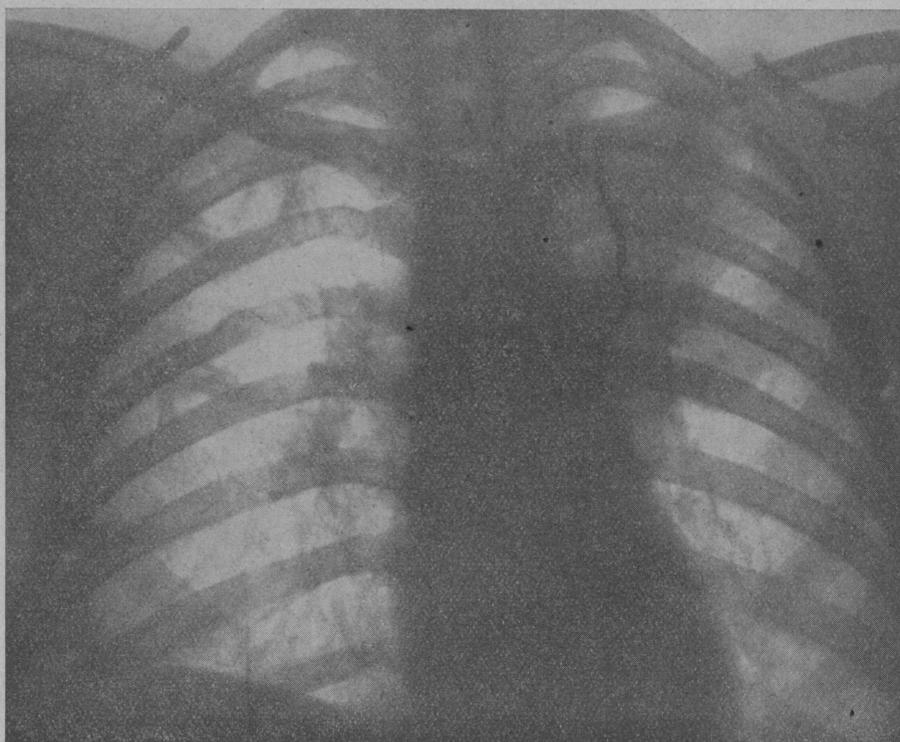


Fig. 23.

Lo stesso caso (95). Procedimento in atto nella caverna superiore sinistra.

\*\*\*

Costituendo oggi l'aspirazione endocavitaria oggetto di molteplici studi, ci limiteremo ad alcuni rilievi di carattere particolare offerti dai casi in esame. Su tutti i soggetti era presente prima del trattamento una sintomatologia generale a carattere acuto o subacuto e di durata e con caratteri tali da esclu-

dere la possibilità di una regressione o anche di un'attenuazione spontanea. E come appare fuori di dubbio che la sua etiologia era intimamente connessa con i processi locali così è da ammettere senz'altro che la sua regressione sia stata conseguente al miglioramento e alla successiva guarigione degli stessi.

Ma su un altro parallelismo appare opportuno richiamare l'attenzione: la ripresa delle condizioni generali è stata pressochè costantemente contemporanea con la modificazione qualitativa del secreto endocavitario e propriamente si è delineata in modo evidente dopo l'espulsione del materiale più denso, più ricco di frustoli e di masse caseose e bene spesso molto tempo prima dell'effettiva elisione dello spazio cavitario. In questo senso è particolarmente eloquente il caso III nel quale per i primi due mesi di trattamento lo stato generale ha subito un ulteriore aggravamento e la ripresa è stata rapida e imponente quando radiologicamente e obiettivamente si è avviata la detersione del campo polmonare.

Il soggetto dimostra anche che la caverna era evidentemente al centro di tutto un imponente quadro patologico locale e generale. Alla sua regressione non solo è subentrata la ripresa di tutto l'organismo ma anche la rapida estinzione di tutti i focolai polmonari prima in evidente attività e il miglioramento cospicuo della lesione laringea. In questo senso quindi si riconferma per l'aspirazione endocavitaria, la possibilità, come per altri interventi, di benefiche influenze a distanza.

Il caso IV può in qualche modo offrire analoghe considerazioni in quanto l'a. e. non solo è stata potuta effettuare con esito favorevole nonostante la presenza di una broncopolmonite da aspirazione postemofoica ma con ogni probabilità ha contribuito anche all'estinzione di questo processo per il quale come intervento diretto fu attuata una paralisi del diaframma.

Infine sempre per i risultati sulle manifestazioni tossemiche sono di grande interesse i casi V e VI. Questi sono stati scelti fra molti altri che sia pure in grado minore presentavano perturbamenti analoghi. Che il diabete possa essere sfavorevolmente influenzato dalla tubercolosi e che l'asma bronchiale possa svolgersi su una base patogenetica specifica appare oggi largamente documentato dalle osservazioni di moltissimi autori, ed E. MORELLI vi ha richiamato più volte l'attenzione trattando dell'azione del pnt.

I benefici ottenuti in questi soggetti danno la prova assoluta di tale correlazione con il mezzo dell'« ab iuvantibus » e allo stesso tempo permettono di porre una prognosi meno riservata quando in analoghi quadri patologici possa essere attuato un buon procedimento terapeutico per la malattia tubercolare. Anche in questi due casi il miglioramento del diabete e la scomparsa della sindrome asmatica hanno perfettamente coinciso con il miglioramento qualitativo del liquido di secrezione endocavitaria, il che dimostra che a base patogenetica delle predette interferenze era il riassorbimento di materiali patologici a provenienza della caverna.

Per quanto riguarda i risultati locali questi casi, a parte i benefici a distanza di cui si è detto sopra, danno l'evidente dimostrazione che i fenomeni di natura infiammatoria circostanti alla caverna possono regredire per effetto del procedimento aspirativo. Probabilmente il tessuto in mortificazione affiorante in superficie o costituente il contorno cavitario viene più facilmente sgretolato, fluidificato ed eliminato; i fenomeni essudatizi veri e propri esistenti nell'ambito circostante trovano forse migliori condizioni per il drenaggio o il riassorbimento.

Il caso VIII è un'eloquente dimostrazione di quel tipo di caverne che progrediscono in rapporto a fattori meccanici e senza sostanziale distruzione di tessuto.

Questi risultati inquadrati nella vasta casistica dell'Istituto, pur non potendo portare a deduzioni di qualche importanza nei riguardi delle indicazioni cliniche del procedimento, costituiscono indubbiamente espressioni di conferma di quei presupposti teorici che furono posti da MONALDI a base del metodo. I vari meccanismi di azione si ripetono certamente in tutti i casi; in questi appaiono in tutta la loro evidenza data la gravità dei processi morbosi e la entità delle manifestazioni generali che ne erano conseguenti.



~~330719~~

60618



