

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

S. CANOVA e A. BAFFONI

IL PROCEDIMENTO DI ASPIRAZIONE ENDOCAVITARIA NELLE LESIONI PLURICAVITARIE DEL POLMONE

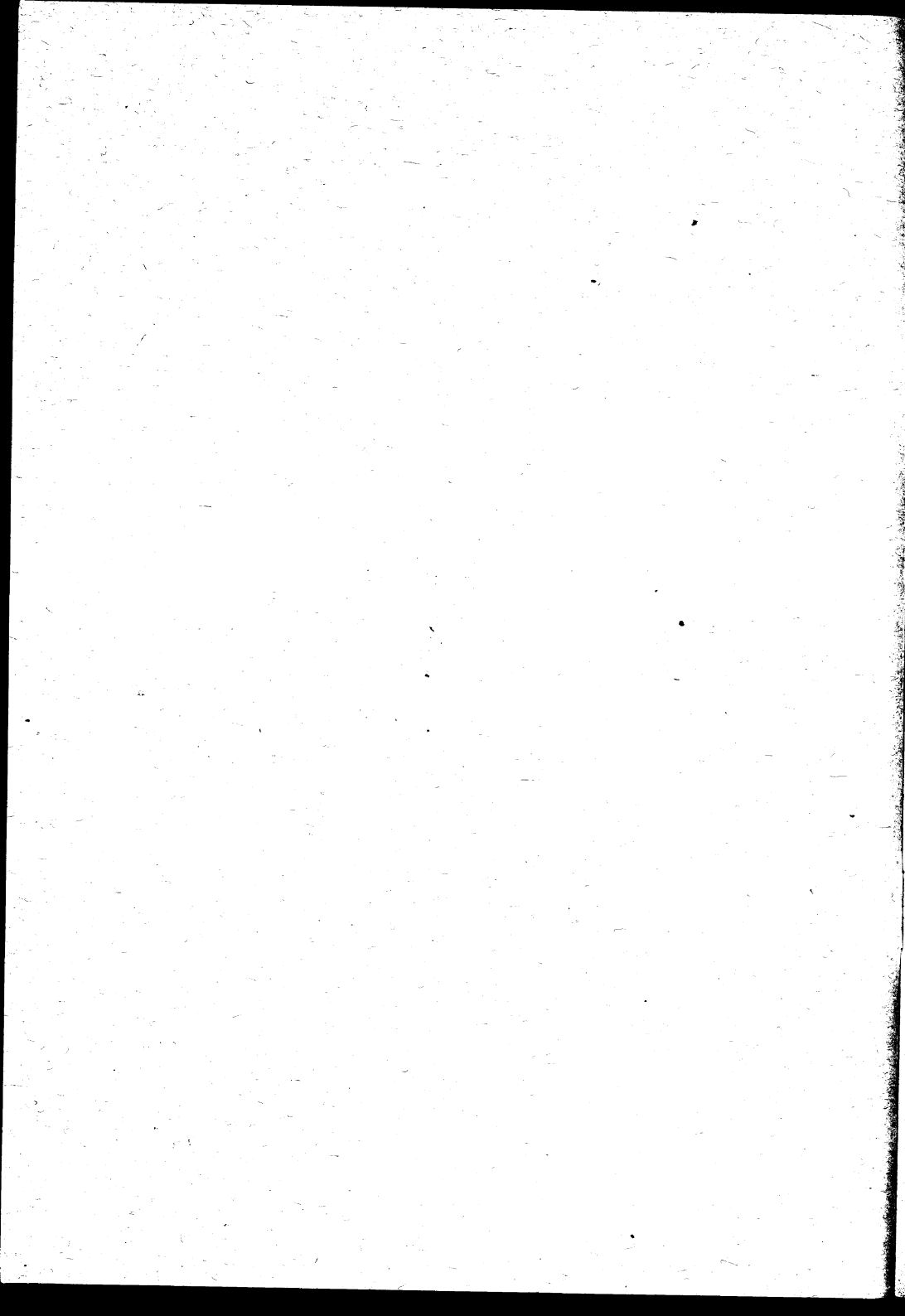
Estratto da ANNALI DELL'ISTITUTO "CARLO FORLANINI"
Anno IV, N. 9-10 Pag. 703-712



Misc B
58
58

ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 27

—
1940-XIX



IL PROCEDIMENTO DI ASPIRAZIONE ENDOCAVITARIA NELLE LESIONI PLURICAVITARIE DEL POLMONE

DOCT. S. CANOVA e DOCT. A. BAFFONI

I risultati definitivi del trattamento di aspirazione endocavitaria attuata in presenza di due, eccezionalmente di più caverne sono stati già resi noti (1). Qui si vuol mettere in evidenza alcune modalità di regressione delle caverne non trattate e le possibili interferenze che talora si manifestano fra le varie lesioni. Inoltre si desidera fare qualche richiamo sulle modalità di evoluzione di nuove aree cavitare che talora si costituiscono durante il trattamento nell'ambito circostante alla prima caverna o anche a distanza sempre nello stesso emitorace.

Le evenienze principali riscontrate nella casistica dell'Istituto sono sei: elisione contemporanea di caverne parzialmente sovrapposte e certamente comunicanti; elisione di caverne distinte avvicinate nel loro contorno; regressione di lesioni escavative situate a distanza e divise dalla caverna principale da notevole quantità di parenchima polmonare; elisione di caverne distinte e situate in piani differenti; formazione nell'ambito circostante di nuove aree cavitare durante la regressione della caverna trattata; formazione di nuove aree cavitare a distanza.

Per ognuno di questi gruppi verrà illustrato un caso tipico con richiami clinici e radiogrammi.

I. — Z. TERESA (177) di anni 21, operaia da Padova.

Primi segni clinici della malattia polmonare nel giugno 1939. Entra in Istituto il 16 settembre 1939 presentando a destra nel terzo superiore ombre nodulari di opacità media con qualche areola iperchiara. A sinistra sempre nel terzo superiore grandi aree iperchiare in parte sovrappontenti (fig. 1). Il 23 settembre 1939 viene istituito a destra pnt. Il 10 ottobre 1939 viene istituito a sinistra procedimento di aspirazione endocavitaria.

Nel gennaio 1940 non sono più riconoscibili distintamente le due caverne, di esse non si ha che un piccolo resto (fig. 2). Il procedimento aspirativo viene abbandonato nel maggio 1940. Nel luglio viene messo in abbandono il pnt. destro che, complicatosi con versamento era stato trattato con pneumotoracentesi. Il 5 ottobre 1940 la p. lascia l'Istituto per guarigione clinica (fig. 3).

(1) V. MONALDI. — L'applicazione del procedimento di aspirazione endocavitaria. 110 casi con risultati favorevoli. In questo stesso numero.

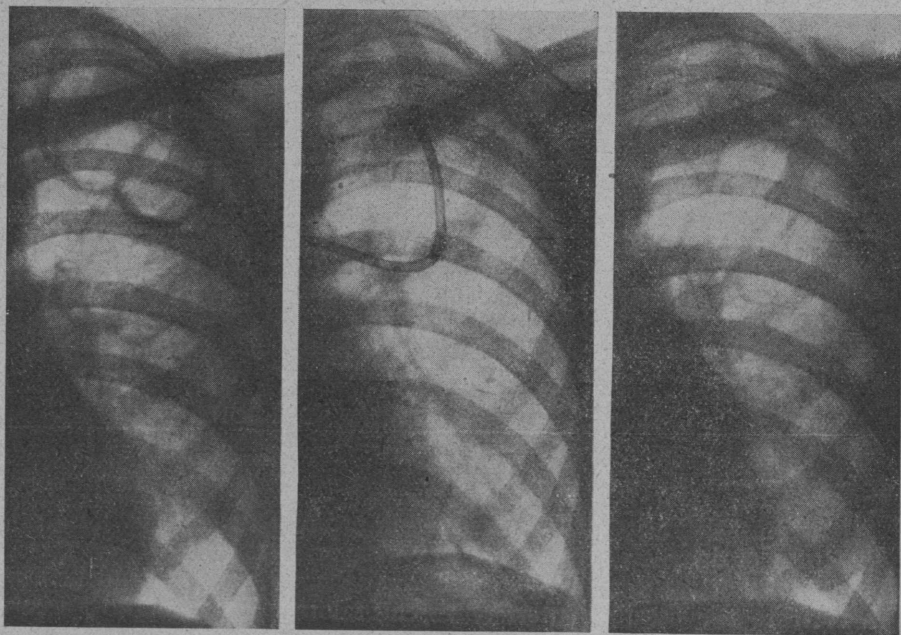


Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 1. — Z. Teresa (177). Prima del trattamento.

Fig. 2. — Lo stesso caso (177). Al quarto mese di trattamento.

Fig. 3. — Lo stesso caso (177). Quattro mesi dopo l'abbandono del procedimento aspirativo.

II. — F. ERNESTO (35) di anni 43, macchinista da Roma.

Primi segni clinici della malattia polmonare nel maggio 1936, da tale epoca fa vita sanatoriale. Nel dicembre 1938 presenta nella metà superiore di destra due caverne del tutto distinte, una di grandi dimensioni occupante tutta la regione apico-sottapicale e un'altra più piccola rotondeggiante in sede più laterale addossata con il bordo superiore all'inferiore della precedente (fig. 4.)

Il 9 dicembre 1938 viene istituito procedimento di aspirazione endocavitaria con immissione della sonda nella caverna superiore.

In un primo periodo di trattamento mentre la caverna superiore lentamente si riduce quella sottostante aumenta di volume inoltre tra le due formazioni cavitare si ricostituisce un largo strato di tessuto. La caverna inferiore inoltre si modifica nella sua forma divenendo più regolarmente rotondeggiante ai lati e in tutto il contorno superiore (fig. 5.).

In un secondo periodo mentre la caverna superiore rimane pressochè immutata nel suo volume, quella inferiore si riduce progressivamente (figg. 6 e 7) sino a elisione completa. Attualmente la caverna superiore è ridotta a una stretta fessura, di quella inferiore non si hanno tracce radiologicamente visibili.

III. — B. GIULIO (97) di anni 35 da Amandola (Ascoli Piceno).

Primi segni clinici della malattia nel luglio 1938. Entra in Istituto il 23 marzo 1939 presentando a destra in sottoclaveare lateralmente un'area cavitaria ben costituita oblunga longitudinalmente del diametro di cm. 3. Al di sotto di questa con interposizione



Fig. 4.



Fig. 5.

Fig. 4. — F. Ernesto (35). Prima del trattamento.

Fig. 5. — Lo stesso caso (35). Al quarto mese di trattamento.

di tessuto areato una zona addensata con area di rarefazione centrale (fig. 8). Il 17 aprile 1939 viene istituito procedimento di aspirazione della caverna superiore. Il 13 maggio 1939 questa appare ridotta ma tutt'intorno si è delineata una notevole velatura; la formazione sottostante ha evoluto in caverna di notevoli dimensioni con contorno rotondeggiante ai lati e nella parte superiore (fig. 9). Il 15 giugno 1939 la caverna superiore è pressochè elisa, la velatura circostante è lievemente attenuata, la caverna inferiore ha perduto gran parte della precedente fisionomia e si è sensibilmente ridotta di volume. Il 15 luglio 1939 (fig. 10) mentre è pressochè invariato il reperto della caverna superiore, della caverna inferiore si ha solo un piccolissimo resto circondato da tessuto in via di rischiaramento. Il 18 novembre 1939 tutto l'ambito è deterso.

Questo p. ha lasciato l'Istituto per guarigione clinica il 13 luglio 1940 dopo lunga osservazione. Il suo peso corporeo era aumentato di 10 Kg. A un controllo eseguito il 15 ottobre 1940 a circa 10 mesi dall'abbandono del trattamento le sue condizioni generali erano ottime: nonostante la ripresa del lavoro era aumentato di altri 4 Kg.; nessun segno clinico e radiologico delle precedenti lesioni (fig. 11).

IV. — M. ALBERTO (181) di anni 27, studente da Sassari.

Primi segni clinici della malattia polmonare nell'estate del 1932. Da allora è sempre in cura. Ha avuto pnt. bilaterale; susseguentemente ha avuto a destra frenicofrassi e toracoplastica antero-laterale superiore.

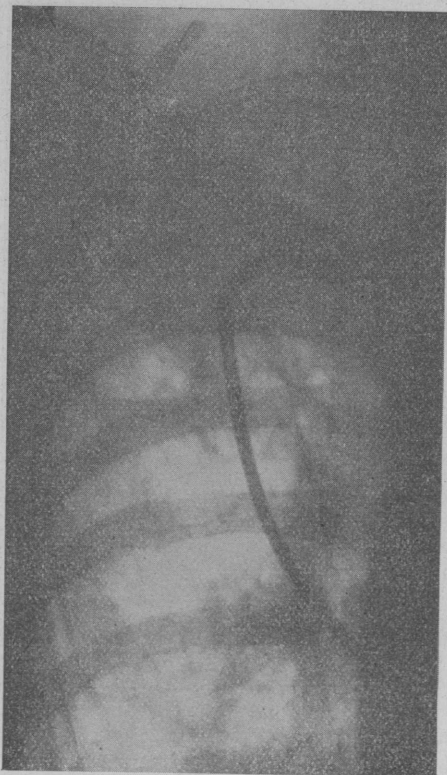


Fig. 6.



Fig. 7.

Fig. 6. — Lo stesso caso (35). Al quinto mese di trattamento.

Fig. 7. — Lo stesso caso (35). Al quattordicesimo mese di trattamento.

Nel settembre 1939 presenta nella metà superiore di destra tre escavazioni del tutto distinte e situate in piani diversi, una bassa mediale visibile a cm. 5 dalla parete posteriore, una seconda più alta e più laterale a cm. 7, una terza apicale visibile a cm. 9 (fig. 12). Il 15 ottobre 1939 viene istituito procedimento di aspirazione endocavitaria in questa ultima. All'esame stratigrafico del 3 ottobre 1940 tutte e tre le caverne appaiono elise (fig. 13); la regressione è stata pressochè contemporanea.

Parallelamente l'espettorato e il liquido endocavitario sono divenuti negativi: il peso del corpo è aumentato di 14 Kg.

V. — M. VALERIA (140) di anni 38, casalinga da Muggia (Trieste).

Primi segni clinici della malattia nel 1926. Fece allora due anni di vita sanatoriale e fu trattata con pnt. D. Riprese la vita sanatoriale nel 1939. Entrò in Istituto il 23 giugno 1939 presentando in retroclaveare destra una grossa caverna senza altre lesioni evidenti sul resto dell'ambito (fig. 14). L'8 luglio 1939 viene istituito procedimento di aspirazione endocavitaria.

La caverna si riduce progressivamente sino quasi a completa elisione ai primi del dicembre. Il trattamento aspirativo viene continuato con notevole intensità e per molte ore nella giornata sia perchè permane positivo il liquido endocavitario, sia perchè persiste bronco beante. Nel febbraio 1940 la situazione del residuo superiore appare invariata; al di sotto sul primo spazio anteriormente appare una piccola area iperchiara a



Fig. 8.

Fig. 8. — B. Giulio (97). Prima del trattamento.



Fig. 9.

Fig. 9. — Lo stesso caso (97). Dopo 25 giorni di trattamento.

contorno sottilissimo e lievemente irregolare (fig. 15). Nell'aprile l'immagine è più distinta e ingrandita (fig. 16). Il 31 maggio 1940 ha assunto tutte le caratteristiche di una caverna ben costituita, il contorno è più netto, la forma è rotondeggiante con ampia convessità in alto e lateralmente: il contorno inferiore è pianeggiante. Tale fisionomia si mantiene e in parte si accentua nell'ulteriore progressione (fig. 17) il contorno diviene più spesso e più opaco.

VI. — P. CATERINA (219) di anni 36, casalinga da Tarzo (Treviso).

Primi segni clinici della malattia nel marzo 1939. Entra in Istituto il 31 gennaio 1940 presentando a sinistra caverna di cm. 4×6 in retroclavare con disseminazione di piccoli noduli sfumati su tutto il resto dell'ambito più abbondanti in mediotorace (fig. 18). Il 13 febbraio 1940 si istituisce procedimento di aspirazione endocavitaria. Il 12 luglio 1940 mentre la caverna trattata è in avanzata regressione si delinea in mediotorace medialmente una zona notevolmente opaca a contorni sfumati (fig. 19). Il 31 luglio 1940 in seno alla stessa si è costituita un'area iperchiara, circondata da largo alone irregolarmente opaco; nell'agosto sono ben definite le caratteristiche di caverna già costituita (fig. 20). L'ulteriore decorso di questo caso è illustrato nella nota di BABOLINI e ROCCHIO.

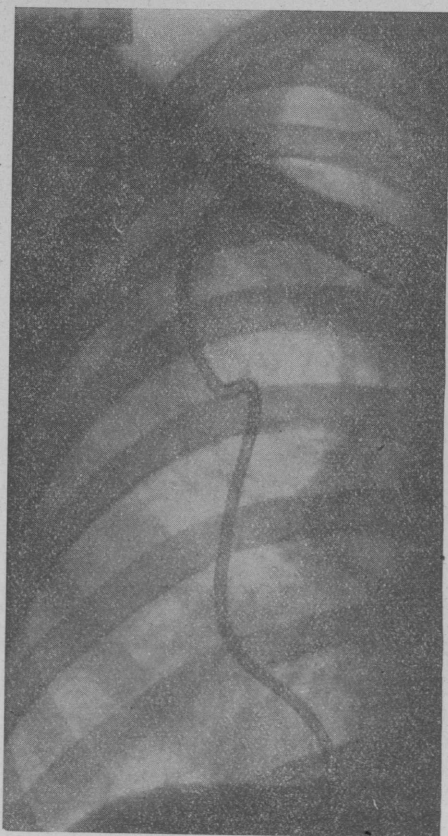


Fig. 10.



Fig. 11.

Fig. 10. — Lo stesso caso (97). Dopo 3 mesi di trattamento.

Fig. 11. — Lo stesso caso (97). Dopo 11 mesi dall'abbandono del procedimento aspirativo.



1)



2)



3)

Fig. 12.

Fig. 12. — M. Alberto (181). Serie stratigrafico prima del trattamento:
1) a cm. 5 dal piano posteriore; 2) a cm. 7; 3) a cm. 9.

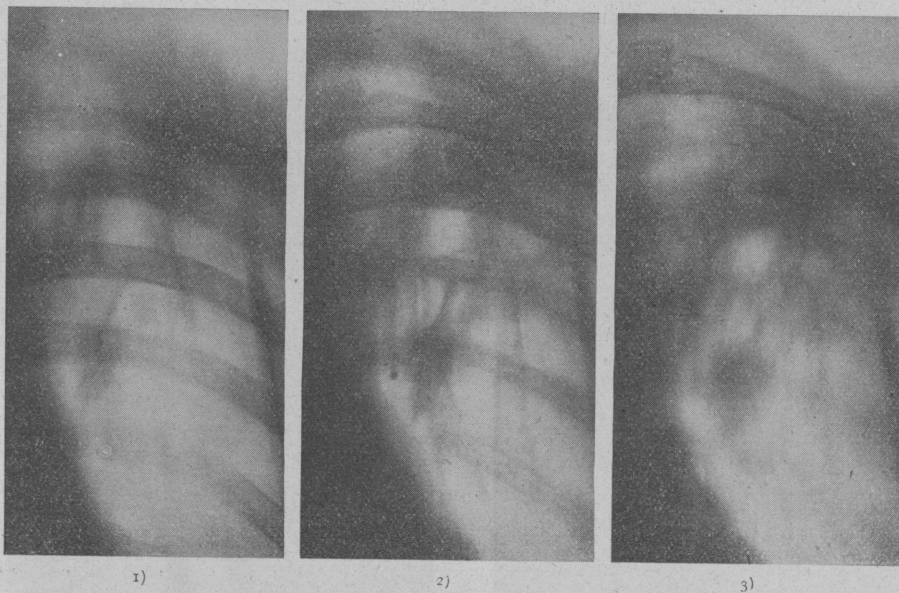


Fig. 13.

Fig. 13. - Lo stesso caso (181). Serie stratigrafica dopo trattamento con aspirazione endocavitaria: 1) a cm. 5; 2) a cm. 7; 3) a cm. 9 dal piano posteriore.

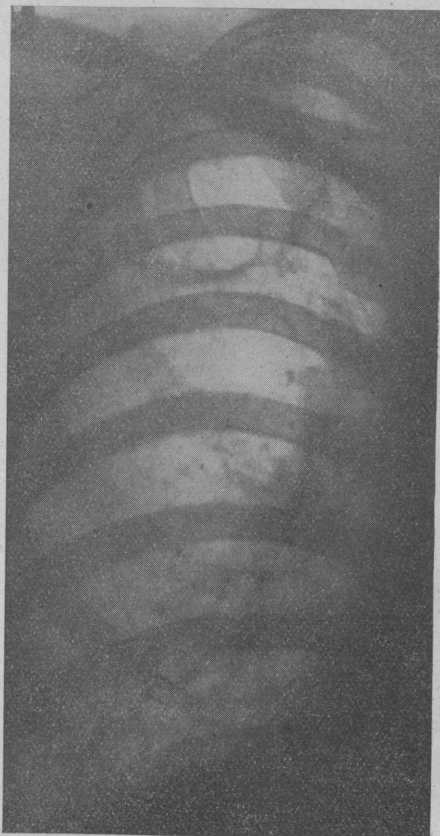


Fig. 14.

Fig. 14. - M. Valeria (140). Prima del trattamento.

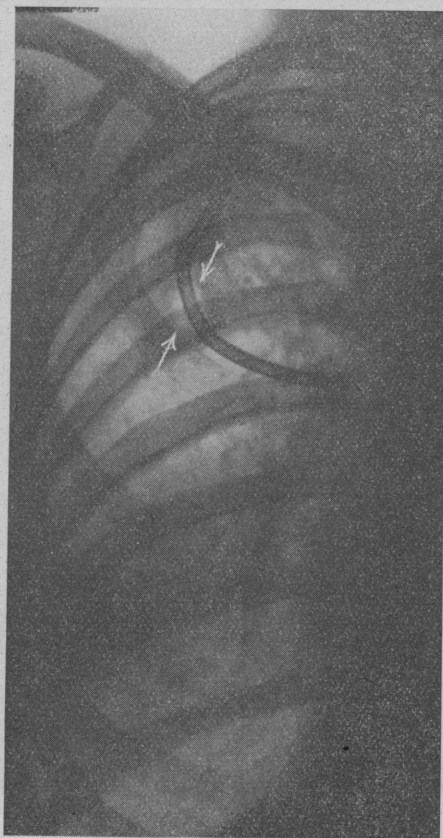


Fig. 15.

Fig. 15. - Lo stesso caso (140). Al settimo mese di trattamento.

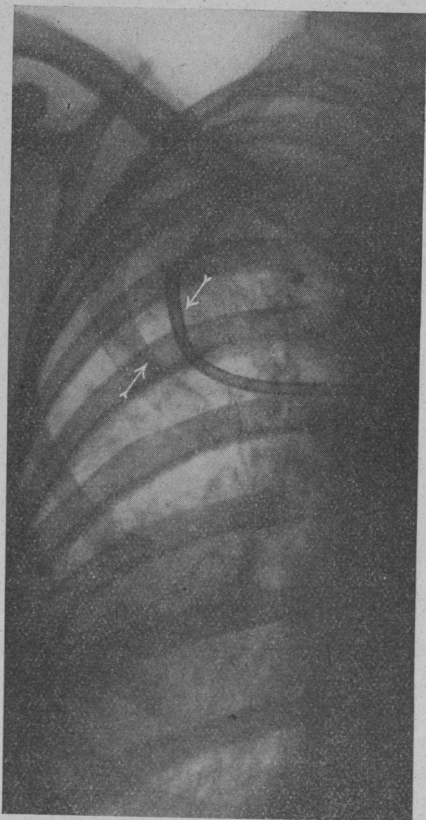


Fig. 16.

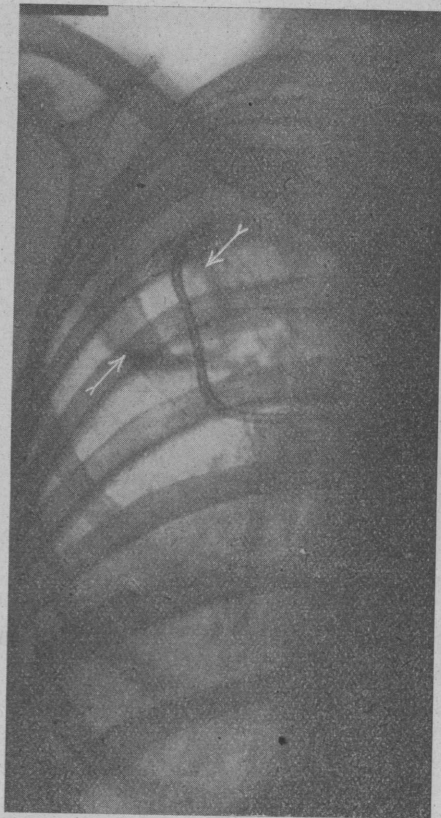


Fig. 17.

Fig. 16. - Lo stesso caso (140). Al nono mese di trattamento.

Fig. 17. - Lo stesso caso (140). Al tredicesimo mese di trattamento.



Fig. 18.



Fig. 19.



Fig. 20.

Fig. 18. - P. Caterina (219). Prima del trattamento.

Fig. 19. - Lo stesso caso (219). Al quinto mese di trattamento.

Fig. 20. - Lo stesso caso (219). Al sesto mese di trattamento.

I casi presi in esame e ai quali possono ricondursi, salvo varianti individuali, tutti gli altri fin qui osservati, portano ad alcuni rilievi.

Le caverne ampiamente comunicanti e parzialmente sovrapposte, semprechè siano presenti le condizioni opportune cliniche, biologiche e meccaniche, vanno incontro per effetto del procedimento aspirativo a riduzione sino ad elisione con le stesse modalità delle caverne isolate: dopo qualche tempo d'ordinario non è più riconoscibile il doppio contorno cavitario. In tali lesioni sembra non abbia importanza l'immissione della sonda nell'una o nell'altra escavazione.

Nelle caverne doppie distinte ma avvicinate, per il loro contorno, attuando l'aspirazione nell'escavazione superiore sembra costituirsi in un primo tempo una serie di interferenze manifestantisi d'ordinario con aumento della cavità sottostante parallelamente alla riduzione di quella direttamente trattata. In un secondo tempo nei casi a buon esito il beneficio è evidente e rapido anche per la seconda caverna che il più delle volte si elide per prima. In genere la regressione di questa suole iniziare quando si è avuto un notevole distacco dal contorno della superiore per ricostituzione di uno strato parenchimale disteso e acreato.

Quando la seconda caverna sita a modica distanza da quella trattata è ancora in formazione e circondata da alone opaco, se ne ha dapprima un aumento volumetrico con il quale suole accompagnarsi un'attenuazione e talora una totale scomparsa dell'opacità circostante; in secondo luogo, sempre nei casi a buon esito, se ne ha con le ordinarie modalità la regressione che anche in questo caso ordinariamente precede la chiusura definitiva della prima.

Quando due o più caverne sono in regioni distinte e in strati differenti, si può avere una regressione pressochè contemporanea, ma può anche verificarsi che l'effetto permene strettamente localizzato a quella trattata con o senza evidenti influenze favorevoli o sfavorevoli sulle altre.

Quando nell'ambito delle caverne trattate si costituiscono nuove aree cavitare queste sogliono presentarsi dapprima come zone iperchiarie senza contorno ben definito se impiantate su tessuto apparentemente sano; con la successiva progressione assumono una fisionomia morfologica ben distinta e si circondano di un cerchio radiologicamente evidente. Il decorso è in genere rapido ma se ne può avere l'arresto e talora la regressione sospendendo l'aspirazione o abbandonandola per trattamento a termine.

Quando si formano durante il procedimento aspirativo nuove aree cavitare a distanza, queste ordinariamente riconoscono un'origine manifesta dai precedenti focolai a tendenza confluyente o da eventuali nuove insemminazioni. Nella loro formazione queste lesioni assumono pertanto l'aspetto che si suol riscontrare ordinariamente in assenza di ogni trattamento. Non è possibile dire per ora se il procedimento aspirativo abbia influenza sfavorevole sull'ulteriore decorso: qualche importanza sembra potersi desumere dal fatto che talora si constata un rallentamento della progressione e talora anche arresti o riduzioni volumetriche quando viene abbandonato il trattamento.

A parte quest'ultima evenienza, in tutte le altre, le influenze favorevoli o sfavorevoli sembra si svolgano su base essenzialmente meccanica: ne danno conferma la fisionomia delle caverne che nel loro aumento tendono sempre ad assumere una conformazione con spiccata convessità verso la caverna trattata mentre il tratto distale del contorno permene pianeggiante, la formazione graduale del cerchio opaco riferibile almeno per gran parte ad atelektasia pericavitaria, il rischiaramento di questo nell'ulteriore processo di regressione,

la riduzione volumetrica che inizia e prosegue nelle caverne prima avvicinate quando si interpone uno strato di tessuto ridisteso ed aereato, infine i miglioramenti e talora l'elisione delle nuove aree circostanti quando viene abbandonato il procedimento aspirativo.

Non si è oggi in possesso di dati sufficienti per chiarire attraverso quale meccanismo si svolgano le varie interdipendenze e interferenze meccaniche. In tutti i casi a buon esito con escavazioni distinte, la caverna trattata direttamente era quella superiore e l'influenza sulla seconda si è avuta per il periodo in cui permaneva beante il bronco di drenaggio. Nei pochi casi nei quali per ragioni varie l'intervento è stato istituito nella caverna inferiore non si sono avute ripercussioni sensibili sull'altra o sulle altre, ma le osservazioni in questo senso sono troppo limitate (4 in tutto) per potersene trarre qualche utile deduzione. Ulteriori studi potranno forse dire se le influenze meccaniche reciproche si svolgano direttamente oppure attraverso il sistema bronchiale. Che un'azione in quest'ultimo senso possa determinarsi sarebbe dimostrato da alcune evidenti rapide modificazioni volumetriche che sogliono talora osservarsi in lesioni cavitare controlaterali.

339721

61620



