Mbl B73/35

Dott. FELICE BAGNOLI

Su di un caso di polmonite lobare sinistra complicata con empiema bilaterale

BIBLIOTECA MEDICA STATALE ROMA

Estratto da »CLINICA NUOVA«
Settembre 1946 A. II - N. 9

« CLINICA NUOVA »
RASSEGNA DEL PROGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE
DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE
ROMA - VIALE XXI APRILE, 13 - TEL. 82458

Scopo del presente lavoro è quello di illustrare, in una breve nota, un caso clinico di rara osservazione.

F. Rossana, di a. 10 da Roma. Genitori viventi e sani. Nascita e sviluppo normali. Nel 1937, a tre anni, fu colpita da morbillo e scarlattina e ne guarì senza complicazioni. Null'altro, ove si eccettui una facile tendenza ai raffreddori e a qualche bronchite nelle stagioni invernali. La bambina ha goduto sempre una buona salute fino all'attuale fenomeno morboso.

Il 14 febbraio 1944 la paziente, in apparente benessere, viene colta da brivido intenso, cui segue febbre a 39,5 e dolore puntorio, vivo alla base del polmone sinistro ed alla spalla sinistra.

Il 15 febbraio 1944 l'esame obbiettivo mette in evidenza: lieve cianosi delle unghie e delle labbra, arrossamento del volto, respiro superficiale e frequente, lingua patinosa al centro con bordi arrossati, tonsille modicamente ipertrofiche ed iperemiche; diminuita escursione respiratoria dell'emitorace sinistro; accentuazione del fremito toraco-vocale su tutto l'emitorace omolaterale; ipofonesi dall'angolo della scapola in basso, respiro tendente al bronchiale senza rumori aggiunti. Normale il reperto stetoacustico dell'emitorace destro. Aia cardiaca nei limiti. Azione cardiaca concitata. Il polso ha una frequenza di 120. Addome leggermente meteorico, ma trattabile e non dolente. Si apprezza gorgoglio ileocecale.

Organi ipocondriaci nei limiti. Riflessi superficiali e profondi presenti e normali. Pupille isocoriche e normoreagenti alla luce, all'accomodazione ed alla convergenza. Lieve stato di irrequietezza. Nulla a carico della cute e degli organi di senso.

Viene diagnosticata una polmonite lobare franca sinistra e si somministrano sulfamidici per os e transpulmina ed olio canforato per iniezioni endomuscolari. Il giorno seguente, 16-2-944, rivedo l'ammalata che presenta espettorazione striata di sangue e dispnea. Il reperto stetoacustico è invariato.

Per cinque giorni, esattamente fino al 20 febbraio, la febbre presenta una curva a tipo continuo-remittente, oscillante fra 39,5 la sera e i 38,7-38,5 al mattino. Il 21 la temperatura che al mattino è di 37,8 scende a 37,2 alle ore venti. L'esame obbiettivo del torace mette in evidenza netta ipofonesi alla base dell'emitorace sinistro, dove il respiro è fievole. Nella regione ISV. sin. il respiro è tendente al bronchiale e si apprezzano numerosi rantoli bollari. Atti respiratori 70. Polso 130. La paziente ha molta tosse, cui segue espettorato abbondante muco-purulento. La temperatura febbrile comincia ad assumere andamento intermittente, che dura otto giorni ed oscilla tra i 38 alla sera e 36,6-36,9 al mattino. Il 27-2 la paziente ha tosse molto molesta, cianosi e dispnea intensa. Afferma di non poter decombere sul lato sinistro. Ha brividi e sudorazioni profuse di giorno e di notte.

Obbiettivamente si nota che l'emitorace sinistro è ipomobile rispetto a quello di

destra; spazi intercostali appianati. Il f.v.t. è abolito a sinistra. Ipofonesi dall'angolo della scapola fino alla base che è immobile nelle inspirazioni frofonde. Non si riesce a mettere in evidenza la classica linea di Ellis-Damoiseau nè il triangolo paravertebrale di Grocco. Si nota invece la scomparsa dello spazio semilunare di Traube. Murmure vescicolare molto fievole in basso. In corrispondenza dell'angolare della scapola soffio dolce, lontano ed egofonia.

Negativa la ricerca del bacillo di Koch nell'espettorato e nel succo gastrico anche alla prova culturale. Nelle urine si trovano tracce minime di albumina. L'esame del sangue denunzia una leucocitosi cospicua (30000 globuli bianchi) con aumento dei polinucleati neutrofili. Viene posta diagnosi di empiema, difficilmente definibile se para o metapneumonico non essendosi verificata una vera crisi nel processo polmonitico.

Il 29-2 la temperatura febbrile che è di 36,1 alle 8 sale a 37,9 alle ore 24. La paziente è anoressica, ha nausea e vomito.

Il 1° marzo pratico pneumotoracentesi sinistra. Si estraggono cc. 450 di liquido purulento denso. Si lava con c.c., 800 di soluzione fisiologica fino a quando le ultime acque di lavaggio non tornano limpide. Si immettono quindi cc. 300 di aria nel cavo pleurico e si lasciano pressioni terminali di 12-4. Nel liquido purulento non si rinvengono bacilli di Koch, ma si trovano invece numerosi pneumococchi.

La febbre ha un decorso irregolare, subcontinuo raggiungendo un massimo di 38,2 alla sera per vari giorni, fino al giorno 8 marzo. Le condizioni generali della paziente sono molto scadute. Ha molta tosse ed espettorato. Presenta tutte le note della suppurazione di cui è portatrice. Vengono prescritti preparati epatici, cardiazol-dicodid e iposolfito di sodio al 10 %. Ripeto tre toracentesi con lavaggio a sinistra a giorni alterni, fino al 9 marzo 1944. In detto giorno la paziente avverte dolore all'emitorace destro (dolore a fascia), senso di costrizione, dispnea e tosse molesta. Ha qualche brivido di freddo e la temperatura sale a 38,5 alle ore 19.

L'esame obiettivo mette in evidenza: a Sinistra segni di Pnt. con livello orizzontale mobile. A destra: una zona di ipofonesi in corrispondenza del 3° spazio intercostale, posteriormente, ed in corrispondenza del V° spazio anteriormente. Tale zona di ipofonesi è situata tra due zone di polmone a suono chiaro. Il f. t. v. è assente in questa zona, dove si apprezza silenzio respiratorio e qualche crepitazione pleurica grossolana. Pensando possa trattarsi di pleurite saccata destra, il 10 marzo 1944 viene fatta al letto della paziente, mediante apparecchio portatile, un esame radioscopico e radiografico (figura 1 e 2), che mostra: idropnt. a sinistra, con abbondante quantità di liquido, il cui livello in posizione seduta sorpassa di cm. 2 l'angolo inferiore della scapola. Grossa opacità della forma e grandezza di un limone, situata nel 3° medio e inferiore dell'emitorace destro, diretta con il maggior asse dall'alto in basso, quasi verticalmente e addossata alla parete postero-laterale. L'opacità è di tipo omogeneo, a margini netti e non si modifica con i cambiamenti di posizione. L'esame radiologico conferma la diagnosi di pleurite saccata destra. Clinicamente c'era da escludere l'ascesso polmonare per l'assenza della sintomatologia propria di quest'ultimo affezione (aumento del f. v. t., respiro bronchiale, negativa la ricerca delle fibre elastiche, ecc.).

A volere evitare una puntura esplorativa a destra per confermare la diagnosi di pleurite saccata o escluderla, data la intolleranza della piccola paziente alle punture, si sarebbe potuto praticare una roentgenchimografia, ma data l'intrasportabilità della paziente che versava in gravi condizioni si dovette rinunziare a tale indagine che è utile in presenza di versamenti saccati. (Torelli, Benvenuti, Perona).

Il 12 marzo 1944 si pratica puntura esplorativa a destra e si estraggono cc. 80 di pus denso ,cremoso. Il 15, 17 ed il 19 marzo ripeto la puntura a destra ed inietto cc. 20 di piridene per volta. Non si nota alcuna modificazione del liquido empiematico. Decido allora di praticare anche per il lato destro le toracentesi con lavaggio che

alterno con quelle dell'emitorace sinistro. Da notare che il giorno 16 marzo la paziente ha una vomica di liquido purulento, misto a sangue. Tali episodi si sono verificati molto di frequente per scomparire poi al 1° aprile. Si continua con le toracentesi e lavaggio sia a destra che a sinistra fino al 7 aprile.

Intanto le condizioni generali della paziente vanno progressivamente migliorando. L'appetito è in ripresa, la febbre scompare completamente, il peso è in aumento, assenti la tosse e l'espettorato.

In data 27-3-944 si ripete l'esame radiologico. La nuova indagine radiologica eseguita al letto della paziente, (fig. 3) mostra che la quantità di liquido è sensibilmente diminuita a sinistra. L'opacità riscontrata a destra nel precedente esame, rimasta press'a poco immodificata quanto a dimensioni e forma, presenta ora un'immagine idroarea. Cupola diaframmatica destra assai scarsamente mobile.

Il 16 aprile 1944 (fig. 4) si pratica nuovo esame radiologico del torace. L'esame mostra presenza di Pnt. subtotale a sinistra, con scarsa quantità di liquido e pachipleurite estesa dalla base all'apice polmonare; il seno costodiaframmatico è obliterato, mentre il diaframma non è riconoscibile. A destra piccola bolla di Pnt. all'ascella; seno costodiaframmatico destro parzialmente obliterato.

La temperatura è ritornata ai valori normali. La paziente non ha più tosse, nè espettorato, nè dispnea. L'appetito è buono. Digestione, alvo e minzione regolari. Molto migliorate la nutrizione e la sanguificazione. In una parola sono scomparsi quasi totalmente i segni della tossiemia grave da cui la paziente era affetta.

Controllo le pressioni dei due pneumotoraci, che si mantengono altamente negative.

Il 9 maggio 1944 si pratica un nuovo esame radiografico che fa rilevare: a destra una piccola bolla pneumatoracica localizzata all'ascella; a sinistra Pnt. il cui orlo di compressione è visibile soltanto alla base; ispessimento pachipleuritico parietale sul terzo inferiore. Diaframma appiattito bilateralmente. All'esame statigrafico (cm. 5, 7, 9 dal piano posteriore) è ben visibile, specialmente nello strato a cm. 5, l'opacamento a bandelletta della pachipleurite di sinistra. Non elementi patologici a carico del parenchima.

L'esame obiettivo mette in evidenza a sinistra lieve ipopnea dei due terzi inferiori, a destra respiro aspro sulla regione apicale, lieve riduzione di respiro in sottoclaveare ed all'ascella e qualche crepitazione pleurica alla base.

Alla fine di luglio 1944 i due polmoni sono completamente riespansi. Nè clinicamente, nè radioscopicamente si apprezzano segni di Pnt. bilaterale.

Nell'agosto 1945, a distanza di 14 mesi dalla guarigione, la radiografia di controllo (fig. 5) mostra un rischiaramento totale di entrambi i campi polmonari. Dell'affezione sofferta rimane soltanto una lieve obliterazione dei seni costo diaframmatici.

Clinicamente si ha: suono chiaro polmonare su tutto l'ambito, f.v.t. trasmesso come di norma; le basi polmonari sono in sede e mobili. Murmure vescicolare su tutto l'ambito senza rumori aggiunti. In breve totale *restitutio ad integrum*.

Ho voluto illustrare questo caso essenzialmente per dimostrare come da una terapia meccanica condotta con pazienza si possano ottenere i migliori risultati. Forlanini e i suoi allievi consigliano la pneumotoracentesi non solo per ottenere una migliore evacuazione del liquido, ma soprattutto per raggiungere un buon esito funzionale, senza rimpicciolimento degli alveoli e senza stenosi bronchiali dannose, senza la costituzione insorm.a di quello che Forlanini definiva polmone tisico.

Il danno, senza dubbio maggiore, cui si va incontro nel lasciare riassorbire i versamenti pleurici, è quello delle aderenze. Bisogna perciò cercare di guarire la pleurite senza lasciare esiti di aderenze e se queste non si possono evitare, la pleurite deve essere fatta guarire in completa dilatazione del polmone. Il polmone che guarisce in completa dilatazione significa polmone ad alveoli completamente aereati, ossia trau-

matismo diminuito, perchè l'alveolo pieno di aria conserva la sua capacità elastica in tutte le direzioni.

Tali concetti esposti per la terapia delle pleuriti essudative, con pneumotoracentesi, possiamo ripeterli, ed a maggior ragione, per il trattamento delle pleuriti purulente. Gli scopi della terapia dell'empiema possono riassumersi nel modo seguente: evacuazione della raccolta purulenta ed eliminazione della flora batterica dal cavo pleurico, riespansione del polmone senza sacche pleuriche residue nelle migliori condizioni anatomiche e funzionali. La base terapeutica per l'empiema sta nel trattamento locale. Con l'evacuazione del pus si notano infatti dei mirabili e rapidi effetti sulla stato generale che è sempre gravemente compromesso. Per l'empiema c'è da aggiungere poi un altro ragionamento: poichè all'empiema è concomitante sempre un'altra affezione, che lo ha prodotto, è necessario intervenire anche con una terapia generale e adeguatamente sui disturbi dell'empiema stesso prodotti (dispnea, stato tossico, sudori, anoressia, ecc.) ed è in base a questi concetti teorici su esposti che ho voluto, nella mia paziente, attuare la terapia conervativa: evacuazione del pus, lavaggio della cavità pleurica con soluzione fisiologica e Pnt. in decompressione costante. E tale procedimento terapeutico ho voluto attuare proprio per ottenere la migliore guarigione dal punto di vista anatomico e funzionale, essenzialmente per evitare la dannosa formazione di aderenze, siano viscerali o parietali che avrebbero finito con l'imprigionare il polmone e con danno enorme se queste aderenze si fossero formate a polmone retratto. Ed in tanto ho potuto continuare nella terapia conservativa in quanto le condizioni generali che all'inizio erano gravissime, erano andate progressivamente migliorando ed il pus, pur molto denso inizialmente si mantenne in seguito fluido si da poter essere evacuato con un comune ago da toracentesi. Solo così ho potuto evitare una spiacevole toracotomia, che, oltre alla menomata estetica, non avrebbe ridato alla paziente il perfetto ripristino delle condizioni anatomiche e funzionali pleuropolmonari. Unica preoccupazione, ripeto, erano le aderenze, poichè è eccezionale che un processo flogistico pleurico guarisca senza lasciare aderenze. E' ormai noto che le aderenze sono tanto più estese e tenaci quanto più vasta è stata l'infiammazione della pleura. E' utile ricordare che in corso di Pnt. terapeutico, di pneumotoracentesi per pleurite essudativa e in corso di toracentesi e lavaggio per empiemi possano verificarsi delle pachipleuriti, che possono essere viscerali, parietali, sinfisarie e non sinfisarie. Più frequente a verificarsi, come nel mio caso, è la pachipleurite parietale, che contrariamente a quanto ha scritto qualche autore (Accorimboni) può regredire parzialmente o totalmente (Torelli).

Nel mio caso si è verificato una totale regressione della pachipleurite sinistra e la completa restitutio ad integrum.

Concludendo si può senz'altro sostenere che in qualche caso di empiema pneumococcico è da preferirsi la terapia conservativa (toracentesi e lavaggio) alla terapia chirurgica (pleurotomia e toracotomia), che non è immune da pericoli (pericoli di una diffusione del processo, ostacolo alla riespansione polmonare, traumatopnea per mancanza o poco resistenza delle aderenze medianistiche, superinfezione del cavo aperto, batteriemia postoperatoria, ecc.) e non porta alla completa guarigione anatomica e funzionale. Con il semplice procedimento di toracentesi e lavaggio, associato alle cure generali e sintomatiche, si può ottenere una guarigioine completa con completo ripristino funzionale e senza alcun disturbo della statica e della meccanica respiratoria. Cosa questa non priva di importanza se si pensa che in un soggetto già affetto da malattia pleuropolmonare potrebbe impiantarsi in un lontano domani una lesione tubercolare da doversi trattare con collassoterapia pneumotoracica. (*Istituto C. Forlanini - Clinica Tisiologica dell'Università di Roma - Direttore Prof. A. Omodei-Zorini*).

BIBLIOGRAFIA

Accorrimboni M., *Riv. Pat. Clin. Tbc.*, 7; 224, 1933.
Benvenuti M., *Ann. Ist. C. Forlanini*, 5; 1941.
Daddi G., *Le Pleuriti*, Ed. Vallecchi - Firenze 1944.
Morelli E., *La Cura delle Ferite toracopolmonari*, Ed. Cappelli - Bologna 1918.
Id., *Le pleuriti purulente - Relaz. XXVII Congr. Med. Int.* - Napoli, ottobre 1921.
Perona P., *La roentgenchimografia cardiovascolare*. Ed. Celas - Belluno, 1939.
Ruggieri E., *Indicazioni e limitazioni della chirurgia pleuro-polmonare*. Ed. Valleschi - Firenze, 1941.
Torelli G., *Ann. Ist. C. Forlanini*, 1; 4, 1937.
Id., *La roentgenchimografia toracica nella Tbc. Polm.* - Ed. Tip. Operaia Romana, 1942.

353736

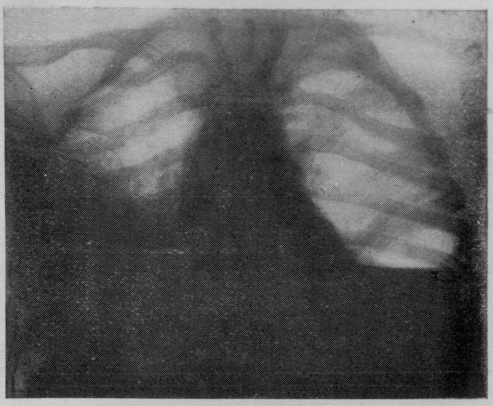

FIG. 1

FIG. 2

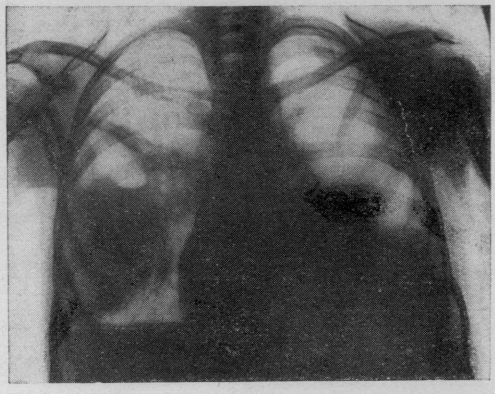

FIG. 3

FIG. 4

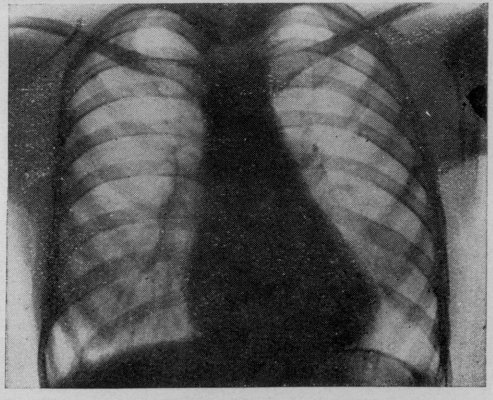

FIG. 5