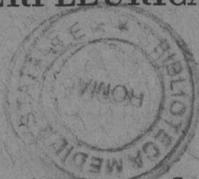


V. M. B. 76 | 36.

ISTITUTO « CARLO FORLANINI »
CLINICA FISIOLÓGICA DELLA UNIVERSITÀ DI ROMA
DIRETTORE: PROF. E. MORELLI

E. CUTILLO

**SU DI UN CASO DI ABNORME PERFORAZIONE
INTERPLEURICA**

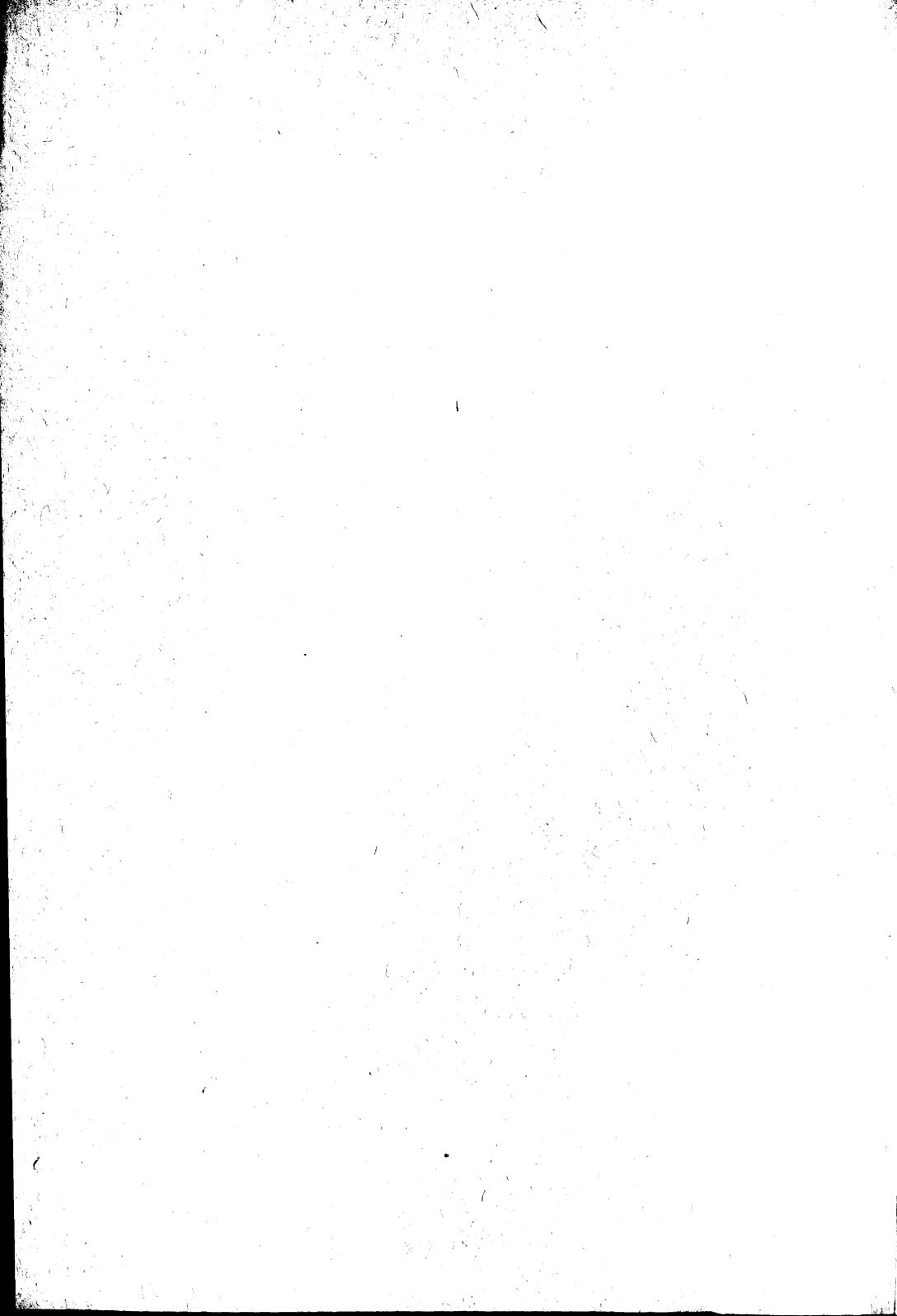


Estratto da ANNALI DELL'ISTITUTO « CARLO FORLANINI »

NUMERO UNICO 1944, pag. 75

ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 17

—
1945



SU DI UN CASO DI ABNORME PERFORAZIONE INTERPLEURICA

Dott. E. CUTILLO

Nella seduta del 21 febbraio 1933 della sezione regionale del Lazio della Federazione Nazionale per la lotta contro la tubercolosi, OMODEI-ZORINI e DI NATALE (1) illustrarono un caso, ritenuto unico, di abnorme perforazione interpleurica nel corso del pneumotorace terapeutico bilaterale. In un portatore di pnt. bilaterale, condotto con pressioni notevolmente differenti dei

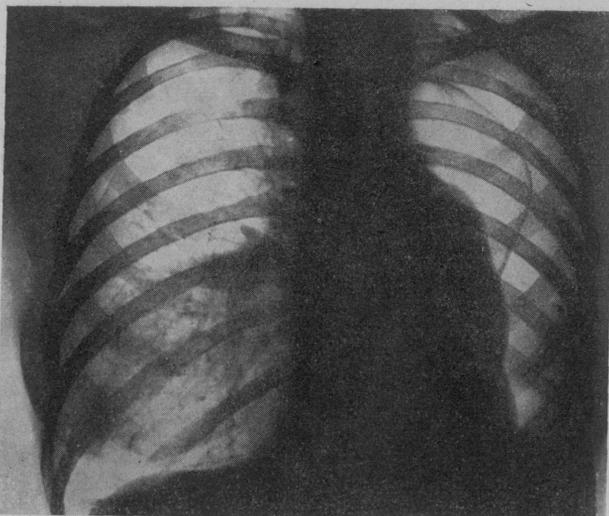


FIG. 1 - 27 settembre 1939. — Pneumotorace bilaterale con notevole ernia mediastica antero-superiore sinistra.

due cavi, essi rilevarono in un dato momento che le pressioni si erano eguagliate. Successivamente gli osservatori trovarono, con immissione di ossigeno da un lato che il gas si diffondeva controlateralmente.

E. MORELLI, che presiedeva a quella seduta, osservò che era per lo meno singolare che non si fosse formato enfisema mediastinico, e pensò alla presenza di un'ernia mediastinica che avesse messo a contatto le due pleure parietali e al successivo formarsi di aderenze interpleuriche.

Dal 1933 ad oggi soltanto un'altra segnalazione è stata fatta da A. CATTANEO (2), per cui essendo capitato alla mia osservazione un caso documentato di abnorme perforazione interpleurica ho creduto opportuno di redigere la

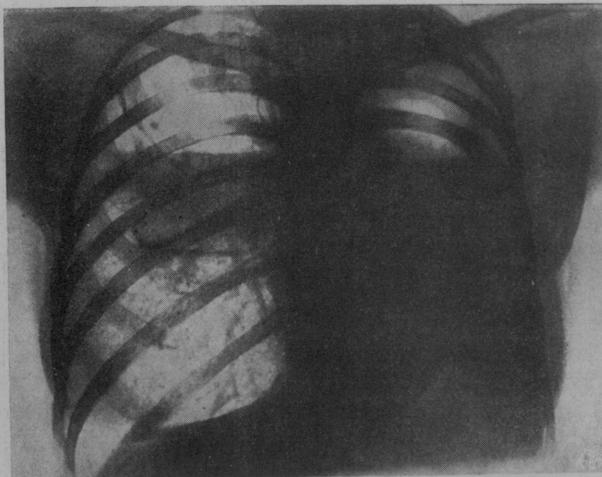


FIG. 2 - 3 settembre 1943. — Presenza di versamento sospeso tanto a destra che a sinistra.

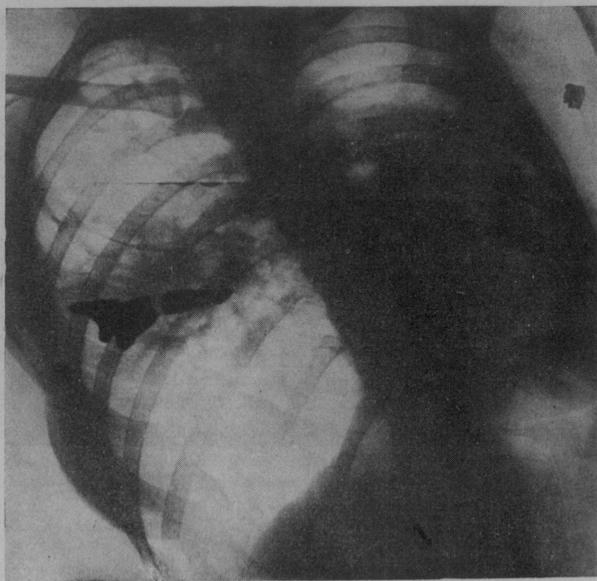


FIG. 3 - 31 settembre 1943. — Paziente inclinata sul fianco destro, dopo introduzione di cc. 10 di Radiopol nel cavo pneumotoracico destro. La sostanza di contrasto disegna il margine inferiore a quello superiore del versamento; non sostanza di contrasto a sinistra.

presente nota. E poichè ho potuto constatare una progressa ernia mediastinica al punto ove in seguito si è notata la comunicazione interpleurica, è do-

veroso notare con quale esatta intuizione il Professor MORELLI nel 1933 ne intravide il meccanismo patogenetico.

M. O. a. 27 nubile, cartella N. 9600. — Ricoverata nel nostro Istituto nel l'ottobre 1939 era portatrice di pnt. terapeutico bilaterale a sinistra, iniziato due anni prima e reso efficiente mercè due interventi alla Jacobeus a destra, istituito otto mesi prima. Il ritmo dei rifornimenti era stato fino allora di 15-20 giorni a sinistra e 5-6 giorni a destra. Le pressioni erano sensibilmente differenti nei due lati, notevolmente negative a sinistra, appena inferiori allo zero a destra. In seguito al tentativo di aumentare il collasso di destra con ri-

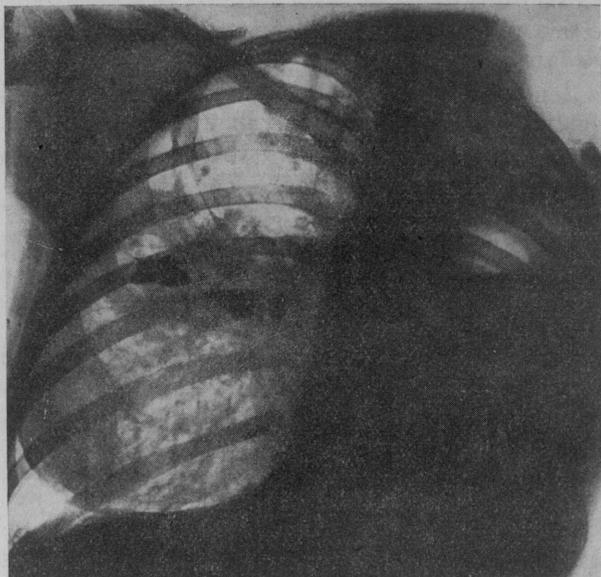


FIG. 4 - 31 settembre 1943. — Paziente inclinata sul fianco sinistro; il liquido si è portato dal cavo pneumotoracico destro a quello di sinistra; parte del Radiopol è passata a sinistra e disegna il limite inferiore del cavo pneumotoracico.

fornimenti ravvicinativi (4 giorni) e con più abbondanti immissioni di aria (350 cc.) pur rimanendo le pressioni negative (-8-0- iniziali -6 +2 terminali) si delinè dopo appena un mese, una grossa ernia mediastinica sinistra (vedi rad. n. 1).

Successivamente fu proceduto all'eliminazione del pnt. sinistro che si era intanto complicato a versamento pleurico, e dopo due anni e mezzo di collasso fu abbandonato gradualmente anche il pnt. di destra. Un radiogramma in data 4 novembre 1941 dimostra a sinistra un opacamento a banda apico-laterale riferibile a pachi-pleurite, ed aree irregolari di iperchiarezza al terzo medio, a destra la scomparsa del pnt., e una buona luminosità del polmone. Dopo pochi mesi procedendosi a puntura esplorativa a sinistra al di sotto dell'angolo della scapola, là dove si avvertiva una ipofonesi più netta e una sensibile diminuzione del respiro, si riuscì ad estrarre pochi cc. di liquido giallo citrino limpido e, sulla guida del liquido, ad istituire con rifornimenti quotidiani condotti a pressioni elevate un pnt. apico-laterale. Al controllo

radiografico successivo si notò oltre al pnt. sinistro anche un piccolo cavo pneumotoracico destro, che fu allora interpretato come spontaneo e che venne peraltro rifornito essendo comparsa al medio torace di destra una formazione rotondeggiante cavitaria. I rifornimenti dei due cavi vennero in seguito condotti regolarmente con differenze di pressioni minime o pressochè nulle fra i due lati. Dopo qualche mese essendo comparso un versamento parapneumotoracico si potè constatare che :

1° Il versamento era insorto simultaneamente nei due lati.

2° Al controllo radioscopico il liquido raggiungeva la stessa altezza nei due cavi e passava da un lato all'altro facendo inclinare di lato la paziente.

3° Dopo una pneumotoracentesi fatta da un lato il liquido scompariva anche dall'altro lato.

4° Immettendo del bleu di metilene nell'idro-pneumotoracico sinistro si poteva estrarre il liquido tinto di bleu anche a destra e viceversa.

Essendo pertanto chiaro che fra i due cavi esisteva una comunicazione, si procedette ad un controllo radiografico che dimostrava la presenza di liquido sospeso tanto a destra che a sinistra. Il pelo superiore dei due livelli non era però identico nei due lati essendo quello di destra alquanto più alto che a sinistra (vedi rad. N. 2). Facendo inclinare la paziente sul fianco destro e poi sul fianco sinistro, il liquido passava da un cavo pneumotoracico all'altro. Introducendo poi nel cavo pleurico di destra cc. 10 di olio iodato al 25% questo si raccoglieva tutto nel cavo pneumotoracico di destra disegnandone i limiti inferiori e il livello superiore (vedi rad. n. 3). Facendo inclinare la paziente sul lato sinistro si osservava che parte della sostanza di contatto passava nel cavo di sinistra (vedi rad. n. 4). Esisteva quindi evidentemente una comunicazione fra i due cavi e, seguendo il passaggio dell'olio iodato sotto lo schermo fluorescente, si poteva mettere in evidenza che tale comunicazione sussisteva là dove prima era stata individuata una grossa ernia mediastinica e cioè nel mediastino anteriore al livello del secondo e terzo spazio intercostale.

Poichè risultava che i due cavi erano in un primo tempo indipendenti (presenza di ernia mediastinica, pregresso versamento monolaterale, regime tensivo differente nei due lati) era da presumere che tale comunicazione interpleurica erasi stabilita in un secondo momento e probabilmente in rapporto alla ricostruzione del pnt. sinistro e che era stata resa possibile dalla adesione dei due foglietti pleurici parietali e dalla successiva loro perf. azione.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - OMODEI-ZORINI e DI NATALE : « Lotta contro la Tbc. », 4, 319, 1933.
 2 - A. CATTANEO : « Riv. Ital. Tbc. » 18, 161, 1943.

351140

