

MbhcB.76/35

ISTITUTO « CARLO FORLANINI »  
CLINICA FISIOLGICA DELL' UNIVERSITÀ DI ROMA  
Direttore inc. : Prof. A. OMODEI-ZORINI

Proff. C. PANÀ e M. NINI

Tumore polmonare secondario primario  
e con quadro radiologico tipico



Comunicazione alla seduta scientifica  
tenuta nell'Istituto « Carlo Forlanini » il 14 giugno 1946

Estratto dagli *Annali dell'Istituto « Carlo Forlanini »* - Volume IX - Fasc. III

R O M A  
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA  
1 9 4 6



## TUMORE POLMONARE A DECORSO ANOMALO E CON QUADRO RADIOLOGICO ATIPICO

C. PANÀ E M. NUTI

Abbiamo ritenuto interessante l'illustrazione di un caso di tumore polmonare venuto alla nostra osservazione perchè mentre in vita il quadro clinico è stato molto diverso da quello presente di solito in casi analoghi, post-mortem soltanto l'esame microscopico ha corretto la diagnosi macroscopica di tisi cavitaria del polmone.

*Anamnesi*: G. C. Anni 49 meccanico. Gentilizio e anamnesi collaterale negativo, modico fumatore e bevitore. Nega lues e malattie veneree.

Il paziente riferisce di aver sofferto spesso di affezioni broncopneumoniche, l'ultima delle quali risale all'aprile-maggio 1944, dopo la quale il paziente tornò in pieno benessere, senza febbre, tosse e espettorato. Nel novembre 1944 comparve modica febbre accompagnata da senso di astenia e scarsa tosse. Fu diagnosticato un processo grippale che durò circa un mese. Nel marzo 1945 ricomparve febbre modica irregolare senza brividi e sudori. Il paziente seguì a lavorare fino all'ottobre 1945, accentuandosi l'astenia, essendo tuttora presente la tosse con modico espettorato muco purulento

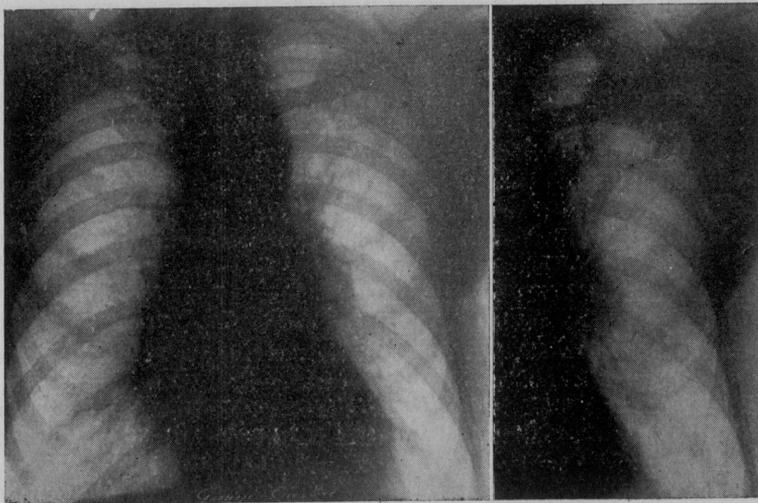


Fig. 1-2

ed essendosi elevata la febbre preceduta da brividi di freddo e seguita da sudori, chiese ricovero nel nostro istituto.

*Esame obiettivo*: all'ingresso. (3 novembre 1945). Normotipo. Condizioni generali discrete, sensorio e psiche integri, decubito indifferente, cute rosea, mucose visibili rosee. Nutrizione e sanguificazione discrete, pannicolo adiposo mediocrementemente conservato. Muscolatura ipotonica-ipotrofica. Apparato osteo articolare e linfoglandolare indenni.

A carico dell'apparato respiratorio si rileva: torace cilindrico conico, simmetrico regolare, mobile. F.V.T.: rinforzato nella regione sopraspinosa sinistra. Basi polmonari a quattro dita dall'angolo della scapola mobili. Sull'emitorace destro reperto percussorio e ascoltatorio, normale, sull'emitorace sinistro; ipofonesi nella regione sopra clavare e sopraspinosa con respiro aspro e rantoli a piccole e medie bolle consonanti sottotosse. L'esame degli altri apparati e sistemi risulta normale. L'esame delle urine è normale, L'espettorato presente in modica quantità, mucopurulento, non mette in evidenza la presenza del bacillo di Koch. Le reazioni Wassermann-Citochol, Meinicke sono negative. L'esame emocromocitometrico dà: Emazie 4.000.000 - HB 85 - Vgl. 0,90, leucociti 8.000. Formula leucocitaria: neutrofili 77 %, linfociti 18 %, monociti 4 %, eosinofili 1 %.

*Esame radiologico del torace*: tubercolosi cavitaria in sottoclavare sinistra ed infiltrazione massiva ilare (v. figg. 1-2).

L'assenza del bacillo di Koch nell'espettorato e la grossa adenopatia ilare fecero dubitare fin dall'inizio che non si trattasse di una forma tubercolare. La negatività dell'anamnesi, delle reazioni sierologiche e il quadro morboso clinico e radiologico cavitario così circoscritto al lobo superiore sinistro, allontanarono l'idea di una lues polmonare. L'ipotesi di un tumore sembrò da scartarsi per il lungo decorso, per le condizioni generali buone del paziente che non presentava cianosi nè dispnea, nè espettorato ematico o tanto meno a gelatina di lampone, per l'assenza di dolori e per il quadro clinico che non dava quell'ottusità quasi di coscia che si osserva di solito in tali casi, mentre metteva in evidenza una ricchezza di rantoli a piccole e medie bolle sonori, come di solito non si rileva nelle forme neoplastiche. Il quadro radiologico infine che dimostrava una cavità a margini netti del loro superiore sinistro ci sembrò escludere tali ipotesi, mentre la grossa adenopatia pur richiamando la nostra attenzione devì il ragionamento clinico in altro senso. Contro una micosi polmonare deponavano l'anamnesi, il decorso, i dati clinici, radiologici e di laboratorio, non essendosi isolato nell'espettorato alcun micete patogeno. A questo punto sulla scorta dei dati anamnestici che registrava frequenti affezioni broncopneumoniche si prese in seria considerazione l'ipotesi di un ascesso polmonare ben circoscritto, scarsamente secernente, ben drenato, in favore del quale deponeva la scarsa sindrome tossiemica, la febbre irregolare preceduta da brividi e remittente con sudori e la voluminosa adenopatia ilare; mentre non erano in contrasto i dati forniti dall'esame obiettivo.

Tuttavia contro quest'ultima ipotesi erano presenti altri dati che ci fecero restare dubbiosi: la scarsità dell'espettorato che non era mai stato fetido, l'assenza di liquido nella cavità all'esame radiologico, e l'assenza di una leucocitosi nel sangue. E allora pur non potendo escludere quest'ultima ipotesi ritornammo su quella di una tisi cavitaria. L'assenza del bacillo di Koch nell'espettorato poteva essere spiegata con una detersione della caverna e la voluminosa adenopatia con una caseosi delle glandole ilari. In questo dubbio eseguimmo un pneumotorace a scopo anche diagnostico, ma non avendo portato nè alcun beneficio terapeutico, nè alcun contributo chiarificatore del

quadro morboso fu abbandonato dopo due mesi circa. Frattanto le condizioni generali restavano discrete, senza dispnea, senza cianosi, e senza dolori toracici, con scarsa tosse e modico espettorato mentre la febbre persisteva a tipo serotino con i caratteri già ricordati.

Abbandonato il pneumotorace, pensando di inviare al paziente al tavolo operatorio, lo sottoponemmo a trattamento di vitamina C per la ricerca dei fermenti protettivi che risultarono assenti, laddove l'allergometria risultò positiva per 1:1.000.

Il caso anche dal lato tubercolare presentava un particolare interesse: soprattutto lo scarso espettorato negativo, l'allergometria eccezionalmente bassa che insieme all'età facevano pensare, nel caso, si trattasse di una peculiare infezione tbc. dell'adulto.

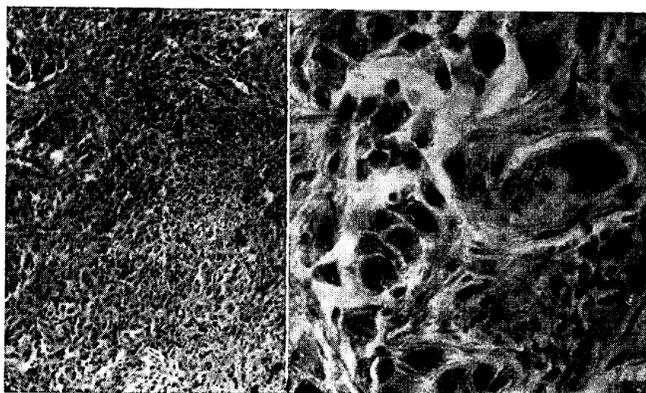


Fig. 3-4

In particolare ci si poteva orientare verso quelle forme di reinfezione vera o superinfezione nella quale l'allergia primitiva derivata dal complesso primario di RANKE è completamente esaurita e l'organismo si comporta di fronte alla reinfezione come fosse vergine. Questa ipotesi era suffragata anche dalla grossa adenopatia ilare che di solito si accompagna a tutte le prime infezioni o alle reinfezioni vere.

L'individuo venne a morte improvvisamente per emottisi fulminante il 3 maggio 1946 e all'autopsia (N. 45/46) si ebbe il seguente reperto: « Polmone S. aderente nei due terzi superiori alla parete pleurica. L'aderenza è particolarmente tenace alla cupola; infatti durante l'estrazione si provoca la rottura della parete superiore di una ampia cavità, sublobare con scarso contenuto e margini biancastri sottili. Lo strato essudativo-caseoso è tenue, assunte in più punti della parete cavitaria. In parte l'aspetto è alterato dalla presenza di un grasso coagulo sito sulla porzione più bassa della caverna.

Le linfoghiandole dell'ilo polmonare sinistro peritracheali sono enormemente ingrossate, ben distinte l'una dall'altra: al taglio, succose, discretamente consistenti (non encefaloidi) a guisa di caseosi densa, sono biancogiallastre, con qualche screziatura bruna alla periferia.

Tra l'ilo polmonare e la caverna si notano numerose strie biancastre peribronchiali a raggiera, dovute a fenomeni di linfangite.

Polmone destro. Libero da aderenze presenta un aspetto, normale solo qualche traccia di sangue nei grossi rami bronchiali. Nessun fenomeno tbc. Linfoghiandole dell'ilo discretamente antracotiche. Negli altri visceri ed apparati nulla di particolare per cui ne omettiamo la descrizione. Tale reperto fece dettare ad uno di noi in via provvisoria la seguente diagnosi anatomica.

«Grossa caverna tbc. del polmone Sinistro. Contenuto ematico nella caverna tbc. del polmone Sinistro. Contenuto ematico nella caverna, nei bronchi e nella trachea.

Adenopatia caseosa di alto grado nelle linfoghiandole dell'ilo polmonare sinistro e peritracheale ».

Per i dubbi più sopra espressi e per l'esatta interpretazione patogenetica del caso che mostrava le discordanze con i reperti più tipici descritti nella letteratura, furono prelevati pezzi istologici dal polmone sinistro, dalle zone di linfangite, e tutte le linfoghiandole dell'altro lato in quanto si trattava di mettere in evidenza la presenza di tracce e di fenomeni tbc. regressi calcifici onde avvalorare l'ipotesi diagnostica della reinfezione vera.

L'esame istologico ci dette la sorpresa, in quanto in corrispondenza del margine cavitario è stata riscontrata una netta struttura neoplastica: si tratta di elementi cellulari in vivace proliferazione con polimorfismo notevole, alcuni mostruosi e giganti, altri piccoli, aggruppati con varie modalità e precisamente o sotto forma di cordoni solidi o sotto forma più differenziata di alveoli a tipo adeno-carcinomatosi, con maturità maggiore dei singoli elementi cellulari. Tale morfologia era limitata esclusivamente a un sottile strato pericavitario, nel rimanente del parenchima e nelle strie linfangitiche nessuna traccia di neoplasma (v. figg. 3-4).

Le linfoghiandole dell'altro lato non presentano nè segni di tbc. nè di metastasi tumorale.

Evidentemente si tratta di un caso di carcinoma primitivo di origine bronchiale che ha avuto un decorso assolutamente atipico e simil tubercolare. Basti pensare all'insorgenza della sintomatologia che risale al novembre 44; anche se effettivamente il neoplasma fosse insorto l'anno successivo quando il p. fu sottoposto al primo esame radiologico, il decorso così lento di 9 mesi senza metastasi locali e generali appare egualmente strano. Molto peculiare è l'andamento del nodulo neoplastico primitivo che, man mano che si formava, subiva immediatamente il processo di escavazione concentrica, senza agguirere ed infiltrare uno strato di parenchima polmonare finitimo che superasse i 2-3 mm. di spessore. Lo stesso aspetto macroscopico sia della caverna che delle metastasi era del tutto simile a quello tbc.

La presenza di casi di queste genere semplici dal punto di vista patogenetico ma di indubbia difficoltà clinica, diagnostica e anche anatomica dimostra una volta di più sotto quali aspetti possa mascherarsi la verità. Però dall'esame « a posteriori » del caso si può trarre ancora una volta l'insegnamento di quanto accorti si debba esser di fronte a espettorati negativi e il valore effettivo che si deve dare alla diluizione con cui si ha la positività dell'allergometria; qualora poi l'espettorato sia negativo si deve ricorrere anche all'esame citologico di esso oltre che su striscio anchè con inclusione in paraffina che può mettere in evidenza con maggiore facilità le cellule neoplastiche.

Prof. A. OMODEI-ZORINI. — il caso esposto è veramente eccezionale. Ricordo di averne osservato uno dello stesso tipo a Napoli nel 1940; anche

allora non si giunse alla diagnosi esatta : si disse trattarsi di lobite ulcerata. Una sola volta fu ritrovato nell'espettorato il bacillo di Koch e fu istituita una frenico-exeresi che non modificò l'andamento della malattia. Dopo qualche tempo il quadro clinico cambiò, l'ammalato peggiorò e decedette ; ed al tavolo anatomico il Prof. VERGA formulò la diagnosi di ascesso polmonare. L'esame istologico mise invece in evidenza trattarsi di caverna gigante causata da neoplasma epiteliale in cui tutta la parte centrale era caduta in colliquazione.

Nella tbc. è ben noto che si possono avere delle caverne polmonari giganti ; sappiamo anche che un cancro del polmone può ulcerarsi ; ma che tutta la massa cancerosa vada in colliquazione è un caso molto più raro.

Ciò ci invita a tenere presente che quando ci troviamo di fronte ad una forma polmonare ampiamente aperta, ma con espettorato costantemente negativo, può trattarsi di ascesso polmonare ; ma se essa è accompagnata da un rapido decadimento delle condizioni generali e soprattutto da adenopatia, (in soggetti giovani si potrebbe pensare alla tisi di ASCHOFF, in quelli un po' avanzati d'età ad un probabile ripresa caseosa di un vecchio processo primario) in malati di una certa età, ci si deve orientare o verso una forma associata, tenendo presente che dalle pareti di una caverna può insorgere un cancro, o anche verso un processo cancerigno puro.

Prof. G. DADDI. — Richiamo l'attenzione sull'allergometria : le reazioni allergometriche positive non vanno mai prese in senso assoluto perchè è accaduto sovente il fatto di individui cancerosi con allergometria positiva dovuta ad una contemporanea ripresa di fenomeni tbc. in vecchi focolai.

Prof. A. OMODEI-ZORINI. — Chiede a che diluizione va eseguita l'allergometria.

Prof. G. DADDI. — Per diluizione intendiamo quantità di antigeni ; e come criterio adottiamo il seguente : usiamo diluizioni di 50 millesimi di mg. se al di sopra di questa diluizione l'allergometria è positiva, si ammette l'esistenza di focolai tbc. ; al di sotto di questa frazione (percentuale) la tbc. è dubbia.

353508

