

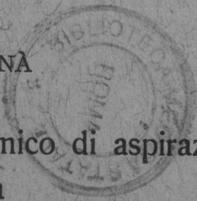
35 e
748

Ms. B. 74 /

43.

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

Prof. CARLO PANA

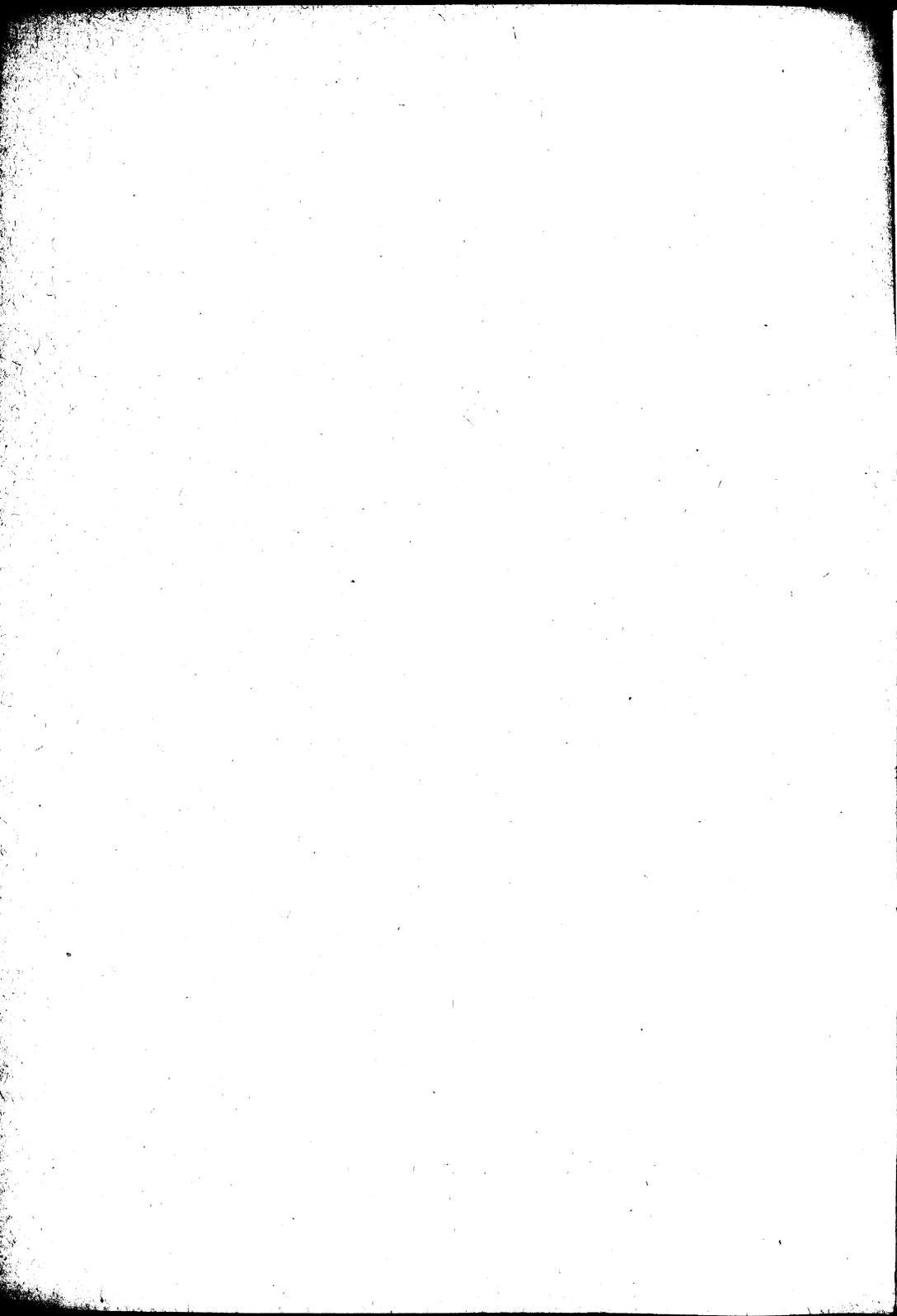


Su un particolare esito anatomico di aspirazione
endocavitaria

Comunicazione al'a 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



SU UN PARTICOLARE ESITO ANATOMICO DI ASPIRAZIONE ENDOCAVITARIA

CARLO PANÀ

Espongo per sommi capi la lunghissima storia del paziente.

V. Loris a. 21, fino all'età di 18 anni ha sempre goduto buona salute. Nel 1939 « infiltrazione sottoclaveare del polmone di S. »; nel settembre 1939 violenta emottisi. Al Sanatorio di Jesi nel gennaio 1940 è stato tentato invano il pnx. a S., diminuzione di peso, temperatura febbrile. Nel maggio del 1940 viene trasferito al Sanatorio Forlanini per l'aspirazione endocavitaria. A S. base fissa, respiro aspro e rantoli a piccole e medie bolle in sopra e sotto-spinosa e sopra e sottoclaveare a S. Es. radiol.: a S. disseminazione su tutto l'ambito di piccoli noduli di scarsa opacità e area cavitaria del diametro di cm. 4 in sottoclaveare unita alla corrispondente regione parailare da stric opache. L'esame Stratigrafico conferma la presenza di un'area cavitaria ben visibile nello strato a cm. 9. Espettorato: Koch positivo.

Il 21 maggio viene effettuato il *primo* procedimento di aspirazione endocavitaria a S., dopo un mese il bronco di drenaggio si è chiuso; dopo circa due mesi all'esame stratigrafico permane un residuo cavitario visibile negli strati a cm. 9 e 10. L'espettorato diviene Koch negativo; il secreto endocavitario che era positivo subito dopo l'atto operatorio è divenuto negativo. Dopo circa tre mesi l'esame stratigrafico non mostra più residuifavitari, ed il pziente sospende l'aspirazione. Al 31 dicembre 1940 e ciò dopo 6 mesi e 10 giorni riappare all'esame stratigrafico a cm. 9, una piccola area di iperchiarezza del diametro di Cm. 1 in sottoclaveare S.

Nel febbraio 1941 l'espettorato diventa Koch positivo.

Nel marzo successivo viene allora attuato un *secondo* procedimento di aspirazione endocavitaria e dopo circa tre mesi, permanendo aperto il bronco di drenaggio viene iniettata una sostanza modificatrice. Nel settembre 1941 *terzo* procedimento di aspirazione; modica tosse, scarso espettorato, apirettico, Koch negativo, condizioni generali ottime. All'esame stratigrafico del febbraio 1942 non si riscontrano aree cavitarie, e così si arriva al giugno successivo, epoca in cui il paziente viene dimesso.

Ritorna nell'aprile 1943 per una visita di controllo, le condizioni generali sono discrete, scarso espettorato negativo, però residua caverna. Nel maggio 1943 si pratica un *quarto* procedimento di aspirazione endocavitaria. Nell'agosto viene riscontrata tbc. nell'epididimo, per cui si pratica operazione di epididectomia.

Nel maggio 1944 sospende il trattamento di aspirazione con eliminazione della sondina. Nell'ottobre *quinto* procedimento di aspirazione endocavitaria a S. e si nota presto una riduzione di volume dell'area cavitaria. Nelle figure 1-2 sono riprodotte numerose oscillazioni del volume della caverna a varia distanza di tempo.

Nel marzo 1945 permanendo sempre la cavità si decide sottoporlo ad intervento di taracoplastica S. e si opera nell'aprile. Il decorso postoperatorio è stato buono. A luglio viene operato di ernia inguinale d.

Nel febbraio 1946 viene colto improvvisamente da coliche addominali di discreta entità, viene diagnosticata occlusione intestinale: decede dopo due giorni.

All'autopsia (N. 36/46) del 2 marzo 1946 si ha la seguente diagnosi: (Pregressa aspirazione endocavitaria S. e toracoplastica superiore S. Pregressa epididectomia e operazione per ernia inguinale a D.). Caverna isolata com-

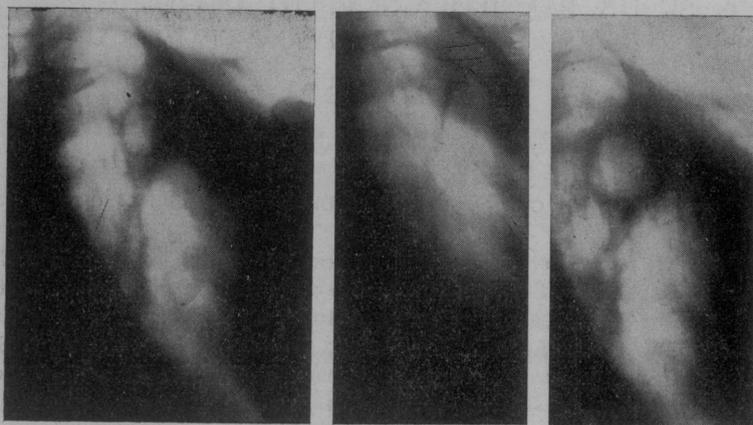


Fig. 1

pletamente detersa nel lobo superiore S. Volvolo dell'ultima ansa dell'intestino tenue con infarto emorragico di un tratto intestinale per torsione su briglia aderenziale peritifitica.

«Il polmone di D. non presenta nessuna lesione tbc. macroscopica e è libero di aderenze. Il polmone di S. diminuito leggermente di volume è fortemente aderente in tutto il cavo pleurico; l'aderenza è più tenace e solida nella parte superiore. In corrispondenza della parete anteriore del torace, dove esisteva il tragitto fistoloso, si nota un tessuto cicatriziale quasi a cordone fibroso. L'asportazione chirurgica delle prime tre coste è completa mentre quella della IV-V-VI costa interessa solo i tratti posteriori.

Sulla sezione si osserva in corrispondenza della sommità dell'apice la presenza di scarsi tubercolini miliarici fibrosi contornati da piccole bolle di enfisema, subito al di sotto si osserva una cavità ovoidale a pareti lisce della grandezza di cm. 3-4. Le pareti sono anche ispessite però il contorno è netto. L'aspetto interno della parete è rosso scuro ma non emorragico; non esiste nessun punto sanioso. Il bronco della caverna appare chiuso» v. fig. 3. Ometto la descrizione del resto dell'autopsia.

Microscopicamente è possibile di osservare che su tutto il contorno della parete libera della caverna non esiste alcun punto caseoso, nè con struttura tbc. (v. fig. 5) Si nota in alcuni tratti una epitellizzazione cilindrica, in altri cubica (fig. 4); al disotto della parte libera esiste uno stato di connettivo denso con infiltrazione linfocitoide non molto spiccata. Al disotto ancora, presenza del cospicuo strato vasale con un connettivo fibroso quasi desmoi-

de. Quà e là nuclei infiammatori cronici senza caratteri specifici. A distanza enfisema irregolare.

I tubercoli descritti macroscopicamente sono a struttura fibrosa, con qualche cellula gigante, ma senza fenomeni caseosi ed essudativi perifocali.

In questo soggetto venuto a morte in pieno benessere per cause extrapolveronari il procedimento di aspirazione aveva portato indubbiamente ad un esito favorevole sulla caverna.

Ad una primitiva scomparsa dell'area cavitaria ha fatto seguito la sua ricomparsa, con oscillazioni di volume, persistenti nonostante i più insistenti

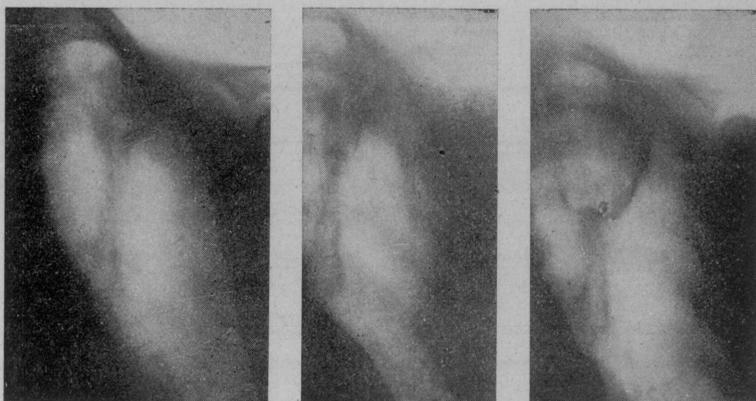


Fig. 2

trattamenti subiti. Tale condizione non è da considerarsi patologica o per lo meno non è da considerarsi lesione attiva e temibile quali siamo di solito considerare le caverne, in quanto dal punto di vista micro-e macroscopico oltre da quello clinico funzionale l'esito in caverna nel caso in parola è patologicamente privo di valore. È una perdita di sostanza di pochi cc. di tessuto polmonare paragonabile a quella che si può avere in una grossa cisti congenita o in grossa bolla di enfisema. La parete della caverna residua è un semplice strato fibroso, ben vascolarizzato ed in tutto il suo spessore e circonferenza così come in tutto il tessuto sottostante non è stato possibile trovare traccia neppure microscopica di lesione tbc. I tubercoli fibrosi riscontrati più lontano sono da considerare d'esito di vecchie localizzazioni miliariche.

È da mettere in rilievo che l'esito in questione è però molto singolare, e, nella letteratura e nella esperienza particolare dell'Istituto Forlanini è il primo caso che si verifica.

Infatti dai vari contributi di indole patologica usciti su questo argomento [PANÀ e BOTTARI (1), BERBLINGER (2), MONALDI e PANÀ (3), BLASI (4)] si può

(1) « Ann. Forlanini » III, 589, 1939.

(2) « Zeitschr. f. Tbk. » 87, 268, 1941.

(3) « Ann. Forlanini » IV, 657, 1940.

(4) « Arch. Tisiol. » I, 138, 1946.

desumere che gli esiti favorevoli del trattamento aspirativo, da un punto di vista anatomico, possono compendiarsi nei tre seguenti:

- 1) persistenza di fessure, per lo più residui bronchiali, circondate da forte proliferazione fibrosa e vascolare.
- 2) Focolai caseosi a tipo « di sequestro », incapsulati, simili a quelli che si osservano nei processi di guarigione spontanea e dopo collasso-terapia.
- 3) Trasformazione fibrosa massiva con inglobamento e scomparsa anche dei residui bronchiali.

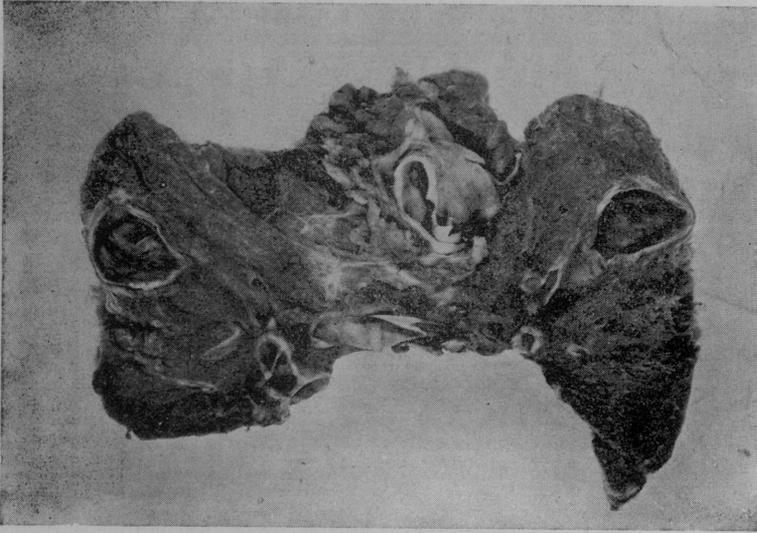


Fig. 3

In questo caso l'esito se pure può essere riportato lontanamente alla prima categoria, se ne differenzia in quanto si tratta di caverna vera e propria visibile clinicamente e radiologicamente e anzi da questo punto di vista fu giudicata non guarita.

Come si può essere verificato un esito simile? Non è possibile che fare delle supposizioni. In ogni modo va tenuto presente che il trattamento è stato ripetuto più volte (cinque) e nonostante ciò la caverna rimase radiologicamente visibile, tanto è vero che si sottopose infine il paziente a toracoplastica. C'è da ritenere esaminando « a posteriori » la storia del soggetto che il trattamento sia diventato efficiente clinicamente dopo il secondo procedimento di aspirazione; l'espettorato rimase infatti costantemente Koch negativo anche quando la caverna si è resa radiologicamente ancora visibile. Evidentemente è in quell'epoca, che il bronco è passato a chiusura e quindi anche lo spazio cavitario residuo, del resto già ripulito dal procedimento aspiratorio, è rimasto biologicamente escluso dal rimanente del polmone e inattivo per l'organismo.

È ben naturale però che simili esiti non possono essere soddisfacenti dal punto di vista del clinico in quanto esso si trova di fronte a immagini cavitari ed è indotto logicamente a riferire alla presenza della caverna gli eventuali

sintomi morbosi presentati dal portatore e anche in difetto di questi, a ritenere che effetti morbosi possano insorgere in seguito. D'altra parte il caso nel suo insieme ci insegna che, lo spazio cavitario viene ridotto nei primi tempi del procedimento aspirativo, in seguito ogni ulteriore trattamento diventa inutile allo scopo, e nel caso può servire alla detersione della caverna, ma non mai al suo ulteriore impicciolimento.

Tale fatto si spiega con la vivace proliferazione che induce il trattamento aspirativo nel tessuto immediatamente vicino delle caverna. Questa proliferazione che l'esperienza ci dice essere benefica in quantochè spesso sostituisce tessuto malato con tessuto sclerotico, produce però un irrigidimento della caverna residua, in quanto il tessuto periferico non è più tessuto polmonare.

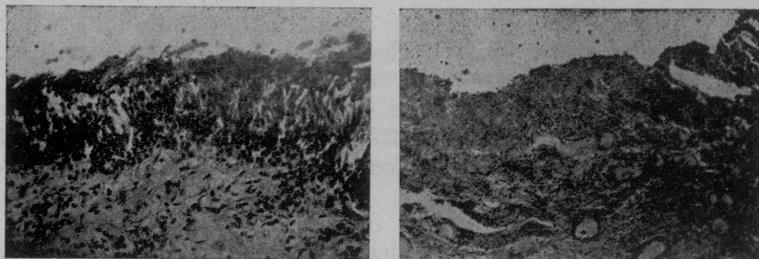


Fig. 4-5

Perciò qualsiasi altra aspirazione sulla caverna, ridotta in tali condizioni, non può portare, anche se eseguita con dislivelli fortissimi, a diminuzioni apprezzabili e durature perchè si viene ad agire su tessuto sclerotico inelastico e non sul parenchima polmonare sia pure alterato. È dubbio altresì, se su tale tessuto così trasformato, debba agire qualche atto operativo di toracoplastica di completamento.

Il caso insegna tra l'altro l'inopportunità d'insistere eccessivamente sul trattamento locale della caverna quando le condizioni generali dell'organismo si siano del tutto rimesse, l'espettorato sia assente costantemente o negativo e il tessuto vicino non presenti segni di essudazione. Si riprenderà il trattamento della caverna qualora questa dia segni di se.

Di particolare rilievo dal punto di vista istologico il fatto che la parete interna della caverna era tappezzata da un epitelio. La possibilità che alcune cavità polmonari possono essere epitelizzate è conosciuta. Recentemente anche MAIER, HAIGHT e BERND, GALY DUMAREST (*Presse Médicale* 1946) si sono soffermati su questa questione a proposito di cavità residue di ascessi polmonari. Per la tubercolosi il fatto è meno conosciuto, in quanto è più facile che un ascesso polmonare (trattato chirurgicamente) venga a guarigione e la sua parete si ripulisca perfettamente, che una cavità tubercolare subisca la stessa sorte. Condizioni essenziali per la crescita di un epitelio sono per l'ascesso, secondo gli AA. precedenti le seguenti: permeabilità del bronco di drenaggio; carattere rigido delle pareti; assoluta disinfezione della medesima. Queste condizioni possono essere avvenute anche nel caso presente, in seguito ai numerosi trattamenti subiti da questo soggetto. Occorre però che la proliferazione epiteliale di partenza del bronco di drenaggio sia partita prima

che questo ultimo si sia chiuso ed inoltre si sia raggiunta perfettamente la guarigione della parete perchè, nel caso contrario, la presenza di tessuto tuberculare impedisce di per se questo esito.

Prof. MONTANINI. — Il caso interessante illustrato dal Prof. PANÀ si presta a diverse considerazioni. Anzitutto mi fa piacere vedere ancora un caso di guarigione di caverna per occlusione del bronco di drenaggio come da tempo vado sostenendo.

Vorrei sapere il reperto del tragitto dell'aspirazione endocavitaria perchè a volte dalla cute possono derivare gittate di epitelio che invadono il tragitto del tre quarti fino a raggiungere le pareti della cavità stessa (V. caso descritto da TORRIANI).

Dove non sono d'accordo con PANÀ è sulle conclusioni: egli dice che quando siamo di fronte a vecchi processi cavitari che non danno da tempo una sintomatologia ascoltatoria di processi evolutivi, anche radiologicamente persistenti, senza espettorato positivo, dobbiamo considerarli guariti e non fare più nulla.

Ora io penso che molti processi cavitari vanno soggetti ad intervalli, con comparsa o scomparsa della sintomatologia (scompaiono i sintomi clinici, non il reperto anatomo-patologico), a seconda che il bronco si chiude o si apre.

Poichè la guarigione anatomica della caverna con persistenza dell'immagine cavitaria non può essere clinicamente accertata con sicurezza (anche se anatomicamente possibile) mi sembra più prudente considerarle tutte in fase di intervallo.

Prof. OMODEI-ZORINI. — Questo argomento va considerato sotto due aspetti: anatomico e clinico.

Dal punto di vista anatomico patologico è un caso raro, eccezionale; perchè PANÀ che ha seguito lungamente l'aspirazione endocavitaria dice che è il primo da lui osservato. Ciò nonostante, anche se raro, è notevole perchè sta ad indicare che con l'aspirazione si può ottenere una detersione completa delle caverne; a tal punto che si è avuta una epitelizzazione della cavità.

In questo caso si trattava di una epitelizzazione bronchiale ed alveolare perchè l'epitelio è cilindrico e non è caratteristico della cute che può essersi infiltrata.

Dal punto di vista anatomoepatologico quindi è un caso che presenta un aspetto nuovo.

Dal punto di vista clinico non sottoscrivo le deduzioni di PANÀ perchè anche io ho i dubbi esposti da MONTANINI; e cioè che in questo caso, dopo l'aspirazione non si doveva fare più nulla, e che la toracoplastica, in una caverna già guarita, ha dato un supplemento meccanico non necessario; utile soltanto in quanto le caverne rimangono beanti. Se in tutti i malati trattati con aspirazione toracoplastica, quando permangono i segni clinici di caverne, dovessimo dire che esse sono tuttavia guarite, faremmo un errore.

Quindi è bene andare cauti e tener presente che in genere tutti i processi tbc. sono intermittenti, scompaiono e riappaiono.

Prof. C. PANÀ. — L'aspetto cilindrico e cubico dell'epitelio non poteva lasciarmi dei dubbi sulla sua origine bronchiale.

Non ho inteso davvero dare delle indicazioni operatorie generiche, anzi sono contrario in questo campo al teoricismo; ma intendevo dire questo, che ogni clinico di fronte a casi simili deve valutare bene se operare subito a processo spento, o non attendere invece di scegliere il tipo di intervento più adatto ai primi cenni di una sua ripresa di attività.



