

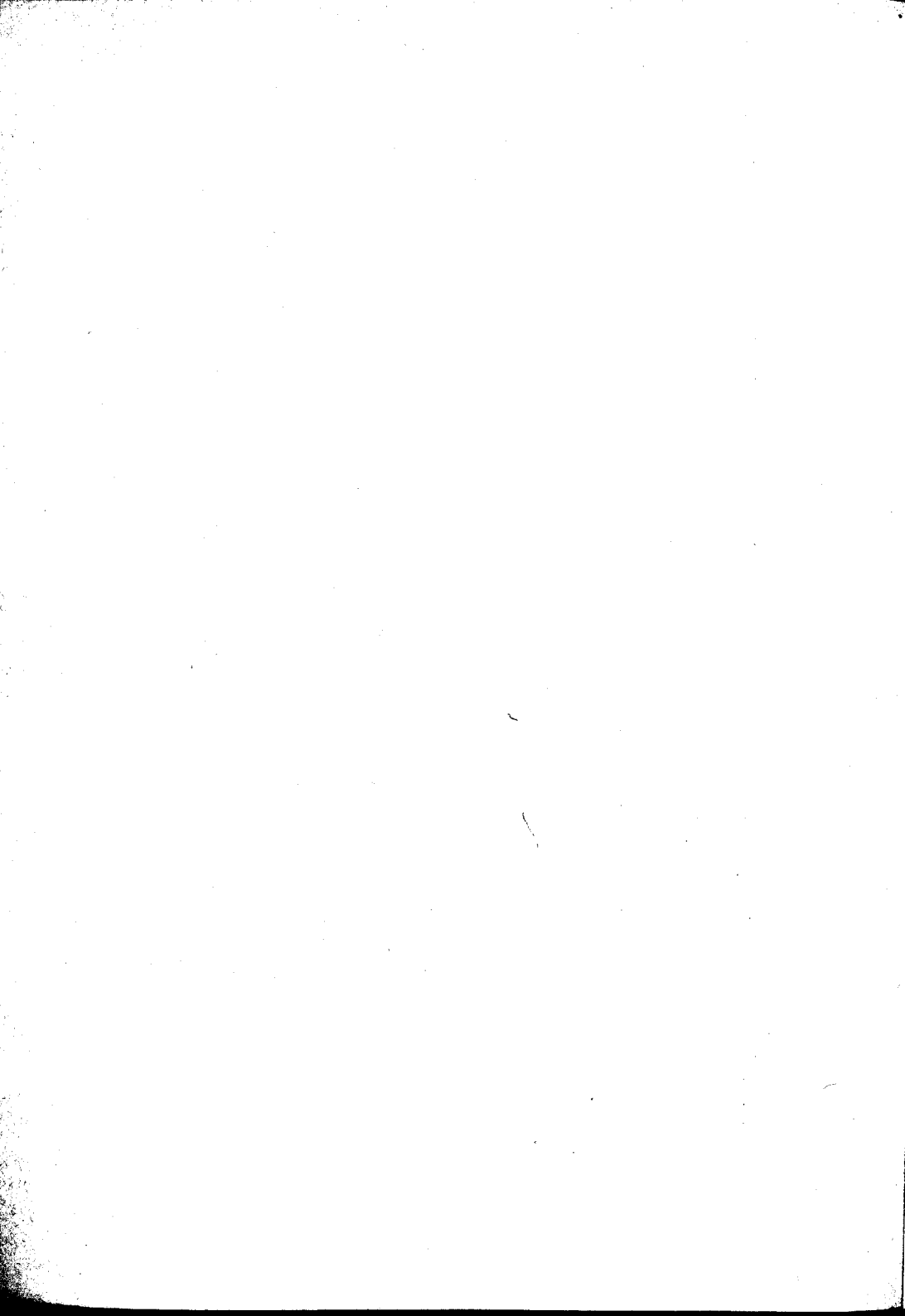
DR. RICCARDO RIMINI

Persistenza della pervietà pleurica in soggetti già trattati con la pneumotoracentesi per la pleurite essudativa

Estratto dalle "Forze Sanitarie", n. 16 del 31 agosto 1937-XV

Rini
B
56
134





ISTITUTO « CARLO FORLANINI »
DIRETTORE: ON. PROF. E. MORELLI

Dr. RICCARDO RIMINI

Persistenza della pervietà pleurica in soggetti già trattati con la pneumotoracentesi per la pleurite essudativa

Estratto dalle "Forze Sanitarie", n. 16 del 31 agosto 1937-XV



Nel 1902 FORLANINI propose la pneumotoracentesi nella terapia della pleurite essudativa per eliminare gli inconvenienti legati alla brusca distensione polmonare (edema polmonare, rottura del polmone, ecc.) che possono verificarsi con la semplice toracentesi.

In seguito MORELLI, allargando l'indicazione posta dal suo Maestro, insegnò a curare sistematicamente tutte le pleuriti essudative con la pneumotoracentesi, oltrechè per togliere ogni pericolo all'estrazione del liquido, anche per:

facilitare ed affrettare la guarigione della flogosi pleurica;

permettere la guarigione del polmone in massima dilatazione;

evitare possibilmente la formazione di aderenze e di cotenne, conservando la funzione fisiologica della sierosa e rendendo possibile, attraverso il gioco dei due foglietti pleurici scivolanti liberamente l'uno sull'altro, la dilatazione uniforme degli alveoli polmonari in tutte le direzioni;

permettere in alcuni casi l'istituzione di un pnx. qualora l'insorgenza a distanza di tempo di una localizzazione polmonare specifica renda necessaria una tale forma di terapia.

Molti clinici accettarono le logiche concezioni terapeutiche di FORLANINI e MORELLI, ma molti discussero o ignorarono del tutto il metodo; a tale proposito FORLANINI nel 1918 amaramente constatava come gli insegnamenti suoi e del suo allievo fossero rimasti *vox clamantis in deserto*.

Val la pena di ricordare quanto egli scrisse, pochi giorni prima di morire, nella prefazione al libro di MORELLI su *La cura delle ferite toraco-polmonari*, poichè sta a dimostrare nella stessa forma un po' canzonatoria quale fosse la delusione del Maestro per così profonda incomprensione: « Eppure se vi è metodo fornito di una forza di persuasività è quello... e il principio del metodo di una evidenza banale, perchè qual'è il Dottor fisico che non constati tutti i giorni, a tavola, che per mescolare la sua acqua minerale ed il suo vino bisogna lasciar entrare nella bottiglia un ugual volume d'aria? ».

Anche oggi, a tanti anni di distanza dalla sua esposizione, il metodo purtroppo non è ancora entrato nella pratica quotidiana per una incomprensibile ostilità da parte di molti medici verso la terapia attiva della pleurite essudativa e la pneumotoracentesi in specie.

E' solo per tale motivo che mi permetto di riferire le seguenti osservazioni nelle quali la riuscita costituzione di un pnx. a distanza di tempo da una pleurite essudativa dimostra l'azione antisinfisaria del metodo Morelli.

L'importanza di esse è a mio parere notevole, non solo per il fatto che la pleurite tubercolare può spesso precedere la seguente tubercolosi polmonare, ma perchè dimostrano in modo sperimentale ineccepibile a qual punto ideale può giungere la guarigione del versamento evacuato con introduzione di gas. Il che vuol dire che, essendo ritornata la perfetta funzione, sarà eliminato il trauma respiratorio che, come la nostra Scuola ha dimostrato, è la causa principale della prosecuzione della lesione tubercolare nata nel polmone e talvolta è anche causa della sua insorgenza.

E' per ciò che le pleuriti mal guarite sono molto spesso seguite da tubercolosi polmonare grave con facili escavazioni, mentre a pleurite perfettamente guarita, la susseguente tubercolosi polmonare è rara, tanto che nella enorme statistica del nostro Istituto pochissimi casi possiamo trovare di lesioni polmonari insorte dopo pleurite essudativa adeguatamente curata.

OSSERVAZIONE I. — R. Francesco, a. 17.

Inizio della malattia nell'estate 1930 con « bronchite ». Nel febbraio 1931 nuovamente tosse, catarro e febbre. Nell'agosto 1931 emoftoe per cui fu ricoverato all'Ospedale di S. Spirito dove viene iniziato pnx. terapeutico S. per lesione ulcerativa S. (Koch +). Dopo due mesi viene trasferito all'Istituto « B. Mussolini » (7 novembre 1931).

Presenta pnx. subtotale S. con aderenze in corrispondenza del lobo superiore che appare però ben collassato.

Nulla a D. Escreato Koch negativo.

Verso la fine di dicembre compare improvvisamente una pleurite essudativa D. con versamento che aumenta rapidamente giungendo fino a due dita sopra l'angolo della scapola,

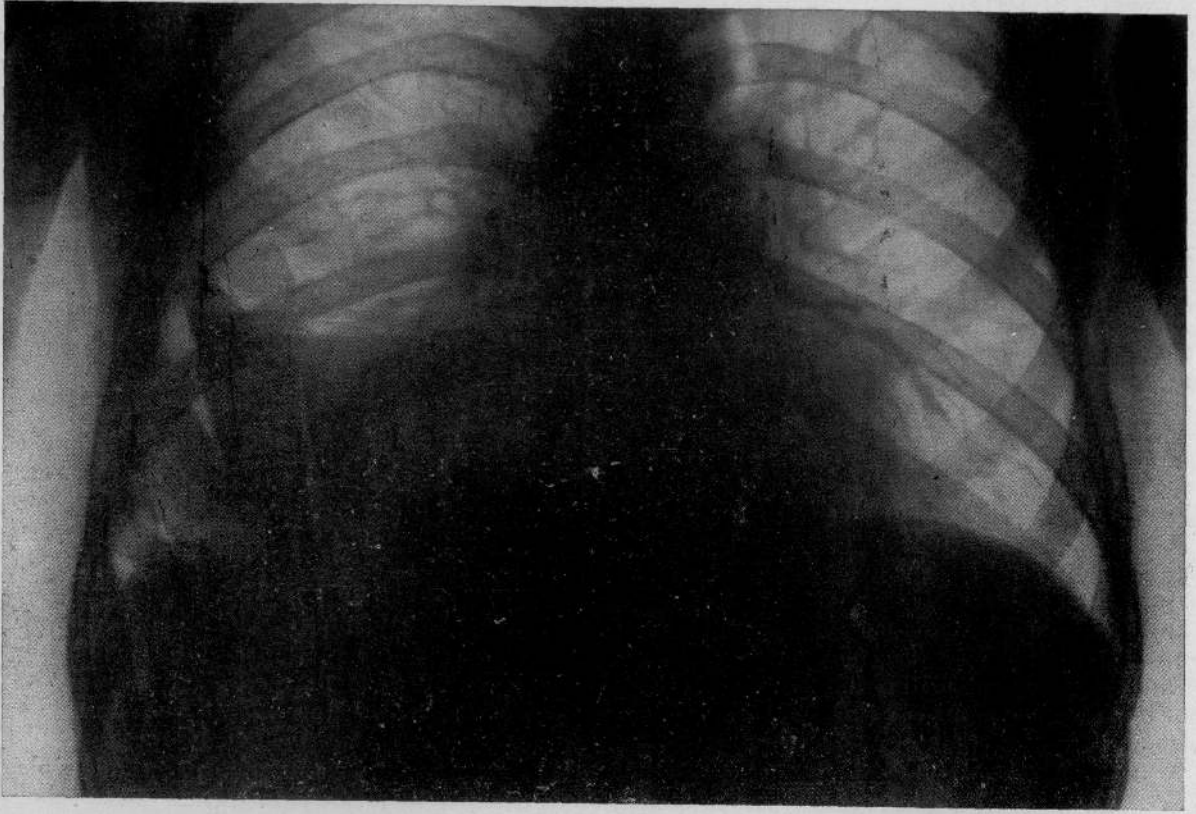


FIG. 1. — CASO I: RADIOGRAMMA ESEGUITO IL 21 GENNAIO 1932.

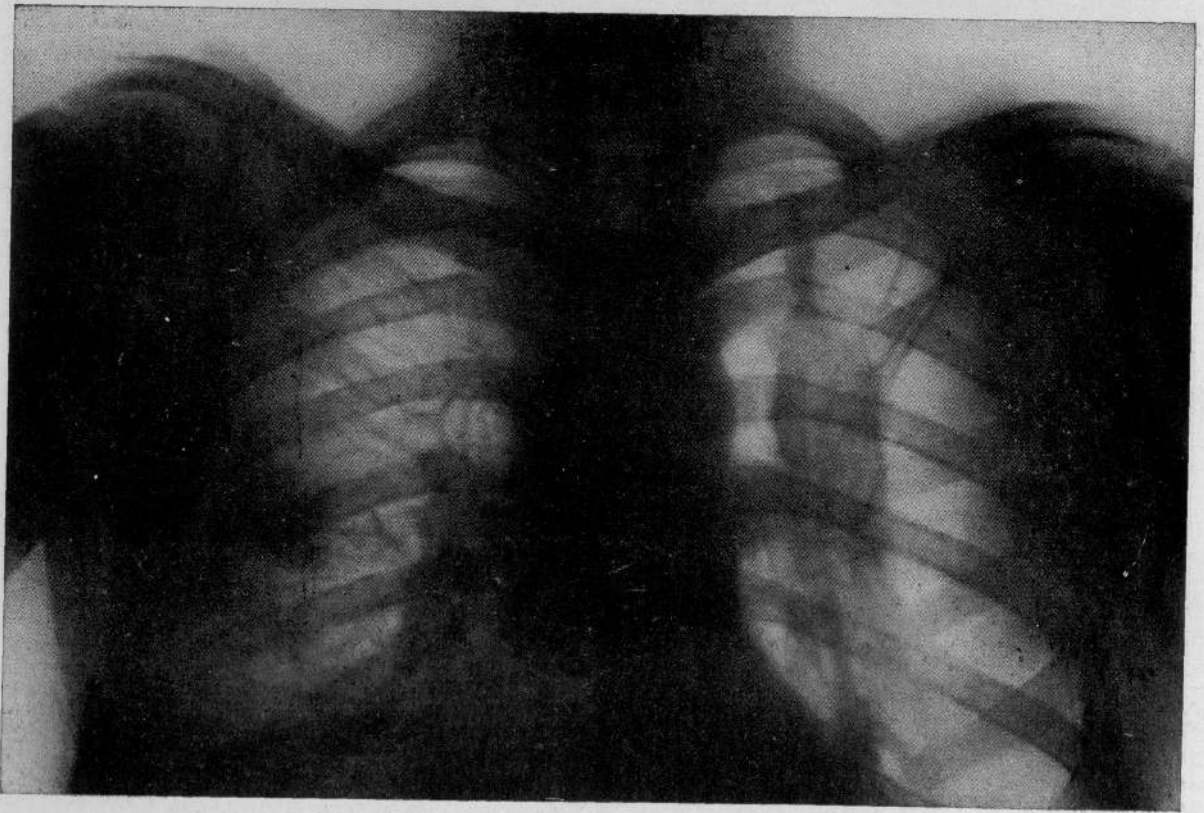


FIG. 2. — CASO I: RADIOGRAMMA ESEGUITO IL 29 MARZO 1932.

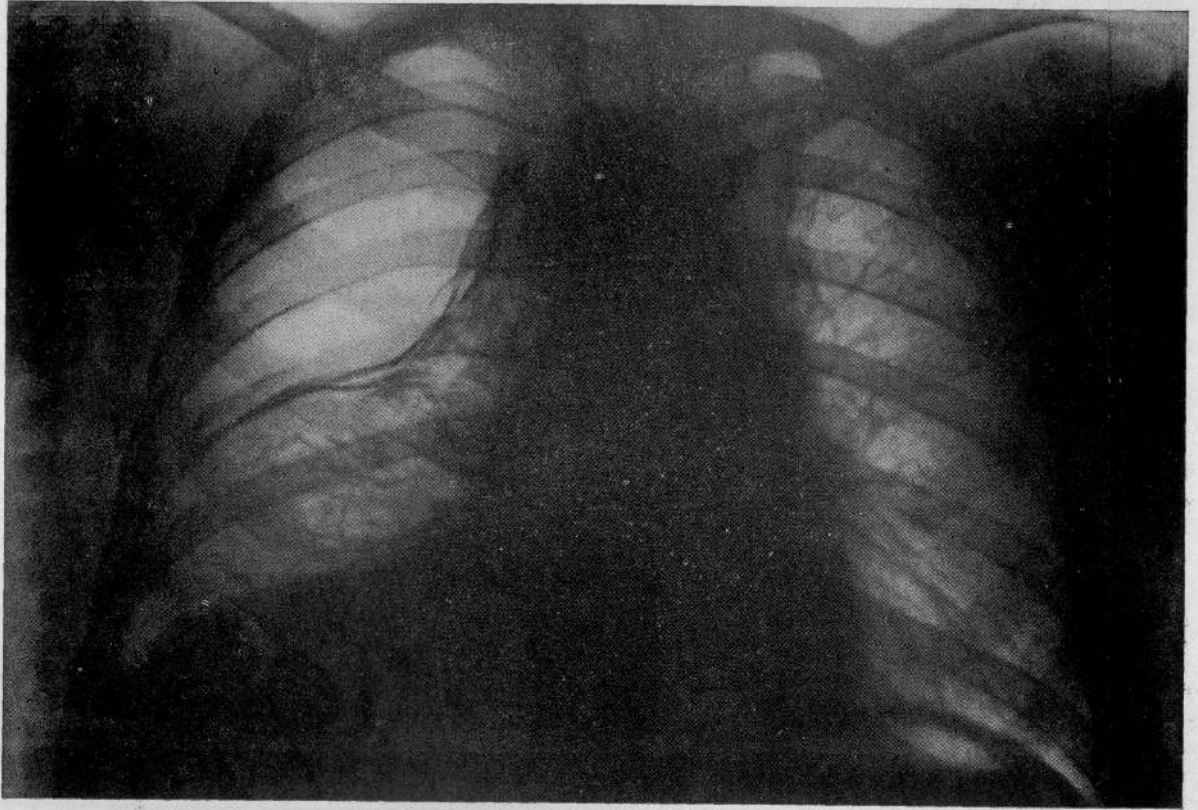


FIG. 3. — CASO I: RADIOGRAMMA ESEGUITO IL 9 DICEMBRE 1933.

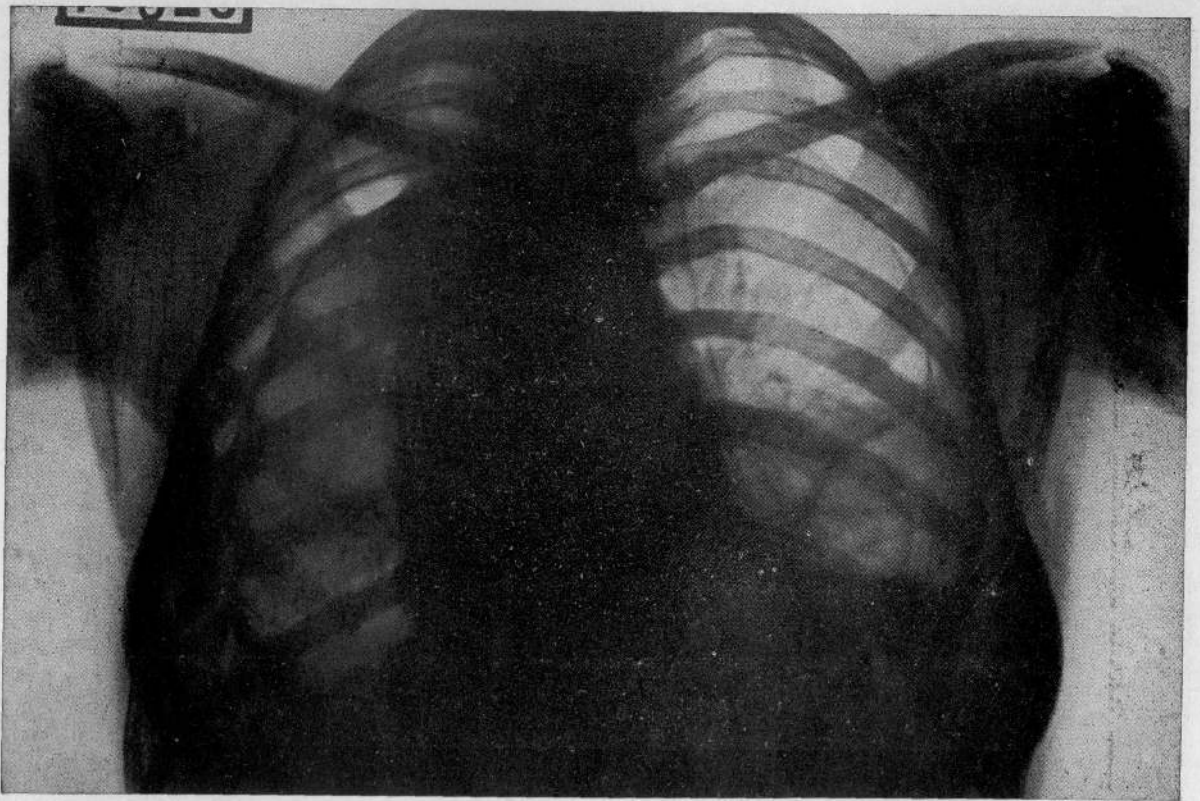


FIG. 4. — CASO II: RADIOGRAMMA ESEGUITO IL 14 APRILE 1936.

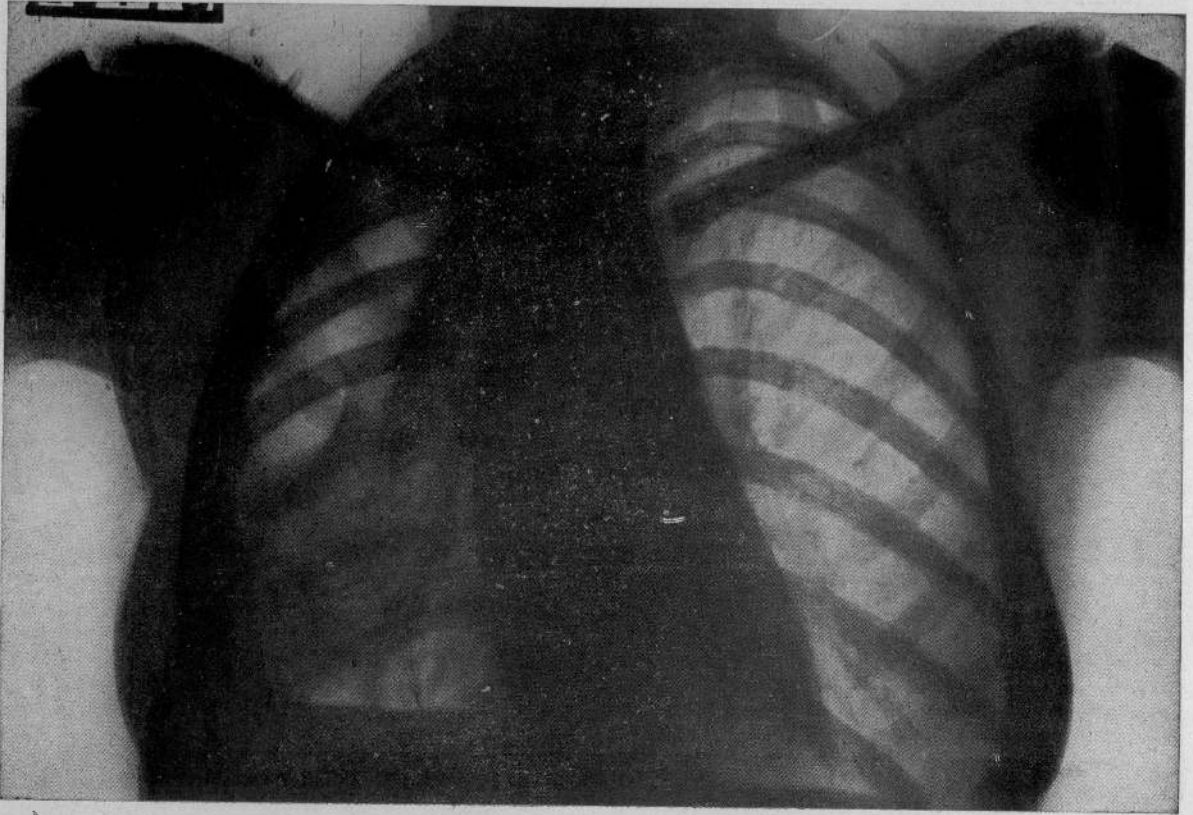


FIG. 5. — CASO II: RADIOGRAMMA ESEGUITO IL 29 SETTEMBRE 1936

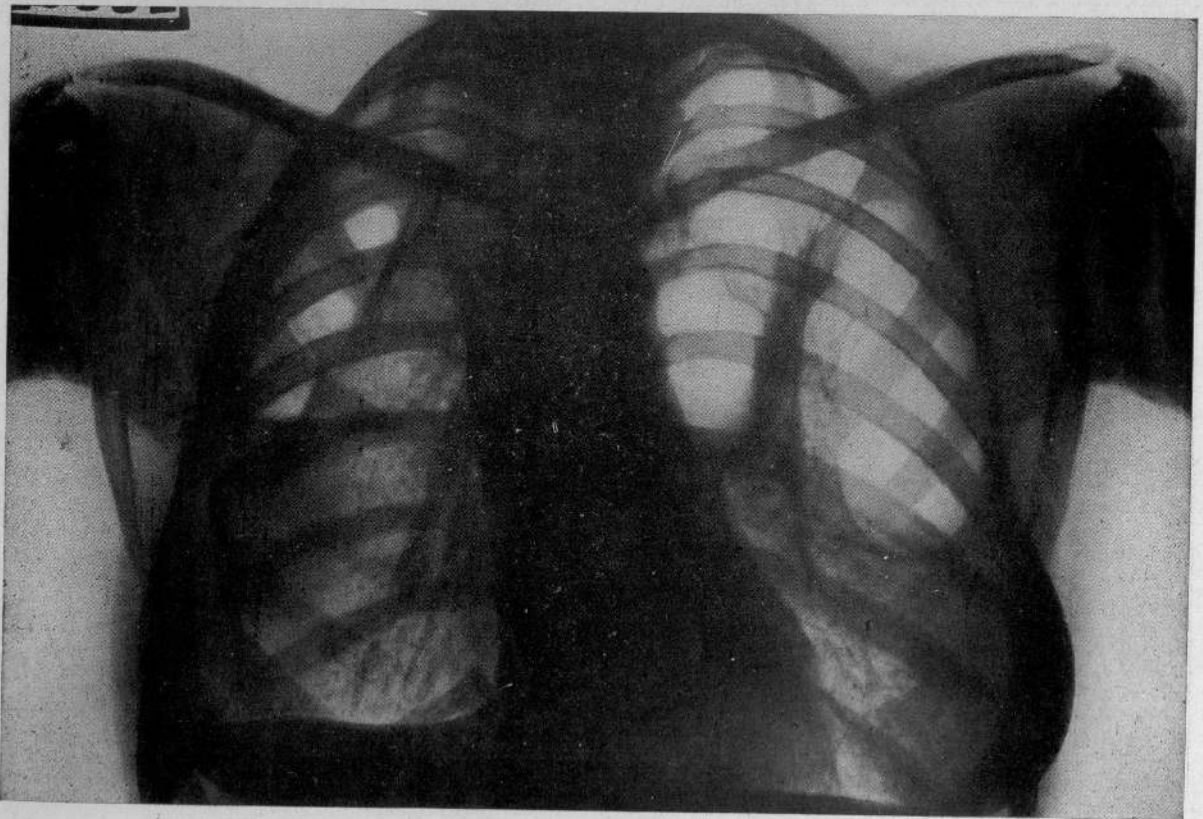


FIG. 6. — CASO II: RADIOGRAMMA ESEGUITO IL 29 APRILE 1937.

Il 2 gennaio 1932 si pratica la prima pneumotoracotesi estraendo 1000 cc. di essudato sierofibrinoso, introducendo 200 cc. di gas. In due successive pneumotoracotesi vengono complessivamente estratti cc. 1950 di liquido. Le condizioni generali rapidamente migliorano, la febbre e la dispnea regrediscono (fig. 1).

Dopo qualche giorno, non essendosi più riformato il liquido, si pratica un abbassamento a D., dopo che il pnx. da questo lato viene abbandonato. L'esame radiografico successivo (fig. 2) dimostra la *restitutio ad integrum* del polmone D. Il paziente nell'agosto 1932 viene dimesso ed il pnx. S. continuato ambulatoriamente.

Decorso ulteriore: Dopo 7 mesi di cura pneumotoracica ambulatoria l'infirmità comincia ad accusare astenia, movimenti termici, dolori all'emitorace D., un po' di tosse e di catarro che risulta positivo per il bacillo di Koch.

Clinicamente e radiologicamente si rendono evidenti segni di bilateralizzazione a tipo ulcero-casoso con tendenza estensiva limitata al lobo superiore del polmone D. **Il margine polmonare inferiore D. si espande di tre dita.**

A S. il pnx. si mantiene discretamente ampio ed efficiente.

Si consiglia di abbandonare il pnx. S. e si rievoca l'infirmità in sanatorio.

Il 28 aprile 1933 si punge al terzo spazio intercostale a D. anteriormente riuscendo a costituire *abbastanza rapidamente una pnx. a bolla discretamente ampia* che comprime quasi tutto il lobo superiore e medio, mentre una parte del lobo inferiore è aderente (fig. 3).

Dopo qualche settimana l'esercato diviene negativo, la temperatura si normalizza ed il peso corporeo aumenta di alcuni chilogrammi.

OSSERVAZIONE II. — F. Anna, a. 22.

Inizio della malattia nel febbraio 1935 con febbre elevata e tosse senza espettorato. Fu subito diagnosticata lesione specifica del polmone D. e la diagnosi fu confermata dall'esame radiografico. Nel marzo 1935 nel Dispensario di Avezzano fu iniziato pnx. terapeutico D. Nel giugno comparve liquido che fu subito evacuato con pneumotoracotesi (cc. 250).

Entra in Istituto il 27 settembre 1935 con idropnx. D.

Il 7 dicembre 1935 il liquido pleurico comincia a diventare torbido; si inizia quindi cura di pneumotoracotesi con lavaggio a D. che viene continuata fino alla guarigione completa dell'empicema (dicembre 1936).

Nel marzo 1936 la paziente comincia a lamentarsi di dolori alla base dell'emitorace S.; si nota un aumento della temperatura; compaiono sfregamenti alla base S. tra l'emiclavare e ascellare anteriore.

Il 31 marzo 1936 si diagnostica *pleurite essudativa S.*; si estraggono 400 cc. di liquido ematico e si sostituiscono con aria lasciando le pressioni finali $-6/-2$ (fig. 4).

Vengono praticate altre sei pneumotoracotesi estraendo complessivamente 1200 cc. di liquido siero-ematico con miglioramento delle condizioni generali e della temperatura. Non essendosi più riformato il liquido il pneumotorace S. viene continuato fino al 14 agosto 1936. L'esame radiografico (fig. 5) praticato nel settembre dimostra il polmone S. completamente riespanso.

Nel febbraio 1937 si ha un peggioramento delle condizioni generali, ripresa febbrile e comparsa di rantoli sottocrepitanti nello spazio interscapolo vertebrale S. dalla quarta costola in basso.

In data 1° aprile 1937 si inizia pneumotorace S. Con l'introduzione di cc. 150 di gas si hanno le pressioni finali $0/+7$. I rifornimenti vengono continuati ogni tre

o quattro giorni con pressioni finali positive. Si ha la *formazione di una bolla gassosa discretamente ampia* che comprime irregolarmente il lobo superiore, mentre una parte del lobo inferiore è aderente (fig. 6).

In data 31 maggio 1937 si nota la comparsa di un piccolo livello liquido a S.

Come risulta dai radiogrammi nei due soggetti studiati è stato possibile costituire un pnx. che, se pure non completo, è in ogni caso efficiente.

Da notare come in ambedue i casi esistono aderenze nella parte bassa del lobo inferiore; nella zona appunto nella quale, in posizione eretta, vengono a ristagnare gli ultimi cc. di liquido che non sempre è possibile estrarre.

Nelle pleuriti essudative trattate tardivamente con pneumotoracotesi le aderenze prevalgono nelle zone alte del polmone ed impediscono quindi nella maggior parte dei casi un collasso sufficiente delle lesioni polmonari; ciò si può spiegare con il fatto che, mentre in basso i due foglietti pleurici sono mantenuti allontanati dal liquido formatosi, in alto invece essi sono a contatto e possono facilmente aderire data la flogosi che interessa tutta la sierosa.

In ambedue i casi osservati la pleurite essudativa è comparsa in individui portatori di lesioni polmonari contro-laterali in cura di pnx. terapeutico; per tale circostanza essi erano già ricoverati in un istituto specializzato e sono stati quindi convenientemente trattati e studiati.

Le pleuriti essudative primitive solo assai di rado capitano sotto l'osservazione dei medici sanatoriali, i quali piuttosto ne vedono gli esiti (retrazioni pleuro-polmonari, sinfisi pleuriche) conseguenti a cure non adeguate.

Solo la pneumotoracotesi precocemente e convenientemente eseguita può dare in molti casi la *restitutio ad integrum*; sostituendo il liquido anelastico con il gas elastico il polmone viene svincolato dalla soggezione dei movimenti del torace, può collassarsi e rimanere in riposo.

Il pnx. così costituito non deve però essere lasciato riassorbire immediatamente, ma deve essere continuato per tutto il tempo che si crede necessario alla guarigione della pleura infiammata.

« Dogma terapeutico — insegna MORELLI — deve essere quello di impedire per quanto è possibile la formazione di aderenze... e anche se queste non sempre potranno essere eliminate, ottenere almeno guarigioni con polmone dilatato come avviene nelle pleuriti secche ».

220032

