

Man B 73/84 -

175.
84.

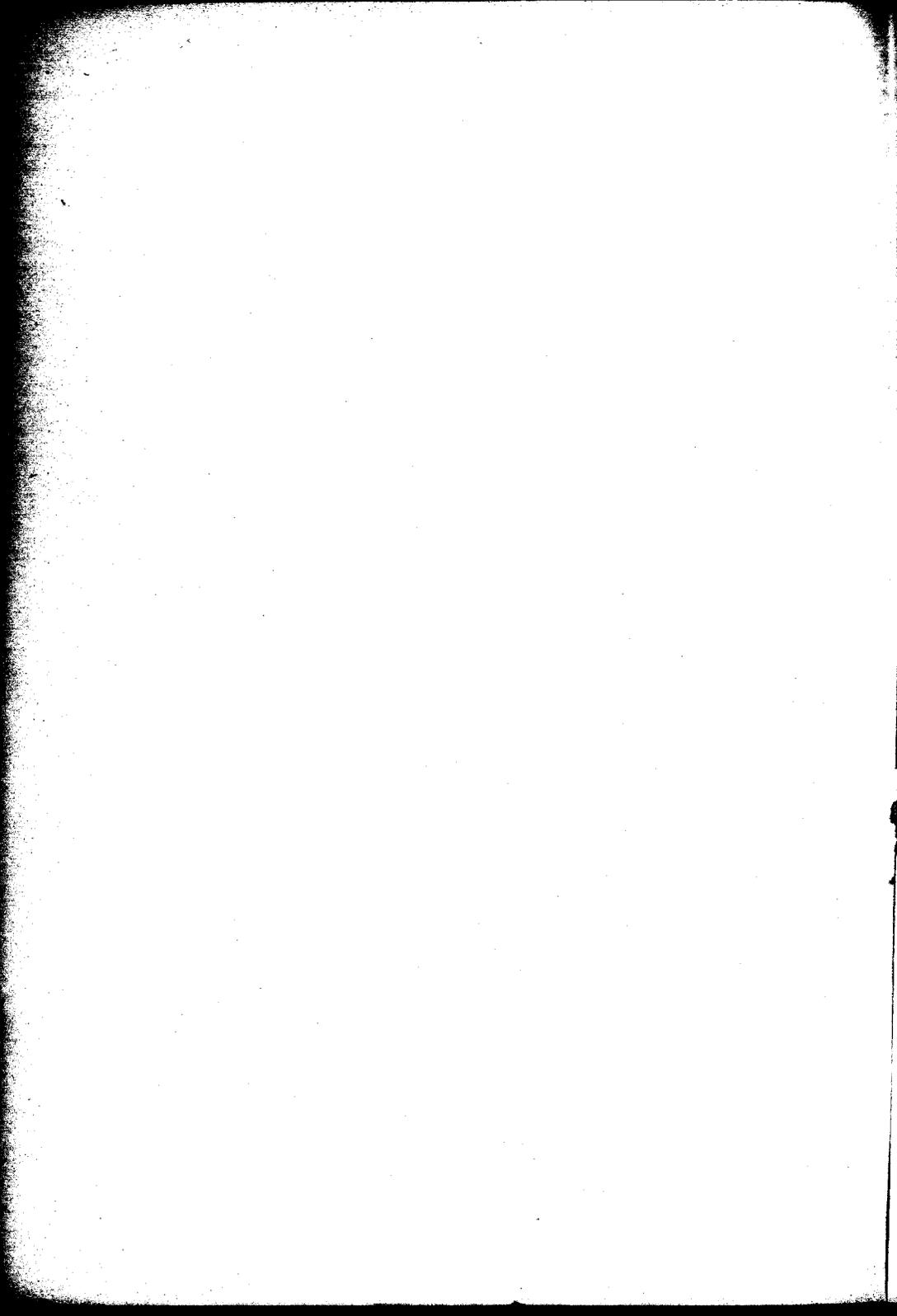
Dott. D. PARMEGGIANI - Dott. M. LUCCHESI

OSSERVAZIONI LAPAROSCOPICHE
NEI PLEURITICI.

Estratto dal BOLLETTINO E ATTI
DELLA R. ACCADEMIA MEDICA DI ROMA
Anno LXVIII (1942-XX) - Fasc. 6



DITTA TIPOGRAFIA CUGGIANI
ROMA - VIA DELLA PACE, 35
1942-XX

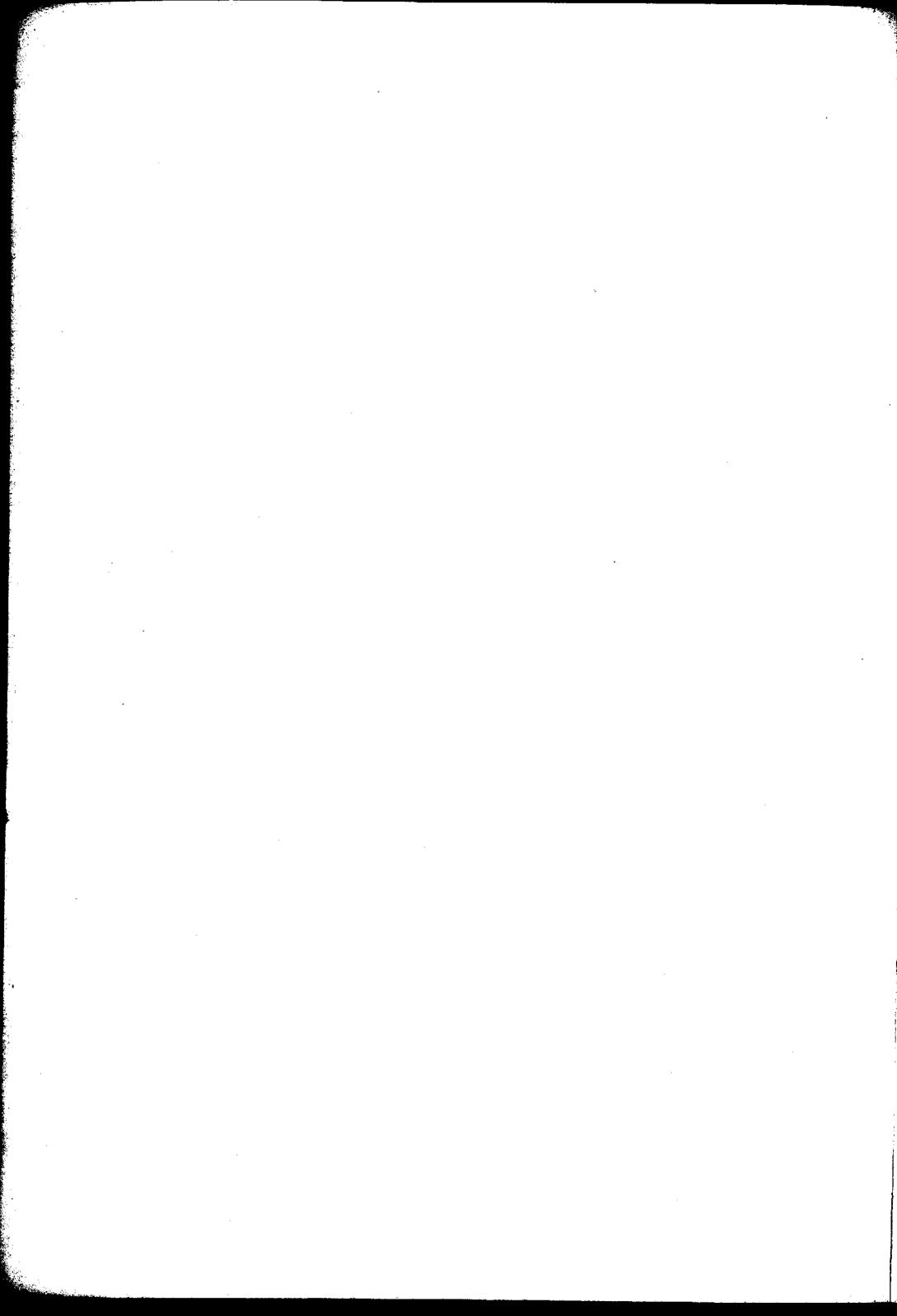


ISTITUTO « CARLO FORLANINI » — CLINICA FISIOLÓGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: PROF. E. MORELLI

DOTT. D. PARMEGGIANI E DOTT. M. LUCCHESI

OSSERVAZIONI LAPAROSCOPICHE NEI PLEURITICI

*Comunicazione alla Seduta del 26 giugno 1912-XX
della Reale Accademia Medica di Roma*



Con il metodo laparoscopico (per la tecnica vedi FABRI e PARMEGGIANI, « Atti dell'Acc. Lancisiana di Roma », 1941-1943 e PARMEGGIANI-LUCCHESI, « Rivista di Clinica Medica », in corso di pubblicazione), ci siamo proposti di studiare le sindromi addominali susseguenti o accompagnanti le pleuriti essudative.

I casi presi in esame sono stati 21 complessivamente: 19 pleuriti essudative sierose e 2 empiemi, di natura tubercolare. Abbiamo scelto anche due empiemi perchè generalmente è ritenuto che la loro sintomatologia addominale sia in rapporto a fattori di ordine tossico.

Di questi 21 pazienti, 17 presentavano una larvata sintomatologia a carico dell'addome consistente in 6 casi in vaghi dolori diffusi con senso di peso e meteorismo post-prandiale, alcune volte anoressia, nausea fino al vomito alimentare, disturbi della dinamica intestinale, sintomatologia tale da simulare affezioni gastriche ovvero enterocolistiche.

L'esame obiettivo metteva in evidenza alla palpazione un addome poco trattabile con scarsa dolenza diffusa. In solo due casi fu in discussione l'esistenza di modico versamento.

In otto pazienti la sintomatologia è stata a carico dell'addome D. e prevalentemente localizzata nella regione epato-colecistica, simulando un'affezione dei dotti organici.

In due si localizzò all'ipocondrio S. e in uno all'epigastrico.

Furono scelti inoltre quattro pazienti con assenza totale di fenomenologia addominale.

Concludendo in nessuno dei 21 casi era possibile fare con sicurezza diagnosi clinica di peritonite tubercolare.

In queste 21 laparoscopie l'unico inconveniente lamentato è stato un caso di voluminoso pneumocele, dovuto alla persistenza del condotto peritoneo-vaginale; lentamente il gas si è andato riassorbendo senza lasciare esiti.

Dai nostri reperti è risultato che le varie sindromi addominali contemporanee o susseguenti alle pleuriti essudative sono state l'espressione di un processo peritonitico a identica etiologia tubercolare.

Le forme anatomico-patologiche da noi riscontrate possono essere riunite in due gruppi: *peritoniti circoscritte sottodiaframmatiche e peritoniti diffuse miliariformi.*

1) *Le prime* sono rappresentate da un numero limitato di casi, appena 4 di cui: a) 2 *semplici adesive* senza evidenti lesioni macroscopiche tubercolari e b) 2 con *presenza di noduli* localizzati negli ipocondri.

2) *Le altre 17* occupano il resto della casistica e dobbiamo ritenerle perciò le più frequenti: si sono osservate undici forme miliari secche con aderenze fibrinose e connettivali, e 6 con ascite più o meno abbondante.

Entrando nella discussione della modalità di propagazione del processo flogistico dalla cavità pleurica a quella peritoneale ricorderemo: la propagazione per contiguità o per innesto, per via linfatica, e per via sanguigna.

1) La propagazione per *contiguità* può verificarsi attraverso il diaframma, nel quale normalmente sono presenti hiati (per il passaggio di organi e di condotti), che fanno comunicare la cavità toracica con quella addominale; tale setto divisorio appare spesso festonato con spazi vuoti tra i suoi fasci muscolari, attraverso i quali la sierosa pleurica è direttamente a contatto con quella peritoneale.

Inoltre la propagazione dell'inflammazione specifica può avvenire per tramite dei fasci muscolari stessi, degenerati ed infiltrati da tessuto di granulazione, come già è stato messo in evidenza da FUSCO.

2) *Le vie linfatiche* che, attraversando il diaframma, mettono in comunicazione tra loro la pleura e il peritoneo, sono state descritte da MASCAGNI, LAPPEY, TROISKY; più recentemente sono state studiate da KÜTTNER e da ROUVIÈRE al cui trattato classico rimandiamo.

Radiologicamente l'esistenza di queste vie linfatiche è stata dimostrata nell'uomo e negli animali da PALEOTTI, CAPUA e COSSU.

3) *Le vie sanguigne* di comunicazione tra pleura e peritoneo sono date da anastomosi tra le arterie intercostali aortiche e le freniche inferiori.

Infatti ciascuna delle due arterie diaframmatiche inferiori (si originano direttamente dall'aorta addominale o dal tronco celiaco), si suddividono in due rami; uno mediale che si anastomizza con quello corrispondente del lato opposto ed uno laterale, più voluminoso, che si anastomizza, dirigendosi verso la regione delle false costole, con i rami terminali delle intercostali aortiche. Le arterie intercostali si distribuiscono in gran parte alla pleura; i rami di biforcazione delle freniche inferiori irrorano la faccia inf. del diaframma e inviano ramoscelli al pancreas e al fegato: ne risulta un complesso intreccio di collegamenti tra torace e addome, tra pleura e peritoneo.

L'innesto diretto (= contiguità), la via linfatica e le suddette vie sanguigne spiegano bene le localizzazioni peritoneali distrettuali sotto-dia-

frammatiche e del crocicchio digestivo superiore, ma non spiegano soddisfacentemente le disseminazioni a tipo miliario, quali predominano nei reperti laparoscopici citati.

Infatti DADDI ammette che le gittate ematogene tubercolari siano causa frequente di pleuriti essudative nella fase di disseminazione post-primaria. La maggior parte delle nostre forme deve essere inquadrata in tale capitolo, essendo apparse al controllo laparoscopico vere tbc. miliari del peritoneo.

Praticando inoltre la laparoscopia in 4 casi di *pleurite essudativa a sintomatologia addominale assente*, abbiamo riscontrato anche in questi l'esistenza di una peritonite tubercolare, in 3 casi miliariforme, ed in uno circoscritta fibrinosa sotto-diaframmatica.

Secondo DADDI e secondo noi questo reperto lascia ammettere la ipotesi che la pleurite debba essere considerata quasi sempre *espressione di una poli-sierosite tubercolare*. Perciò la legge di Godelier, in cui si ammette la concomitanza di una pleurite (localizzata specialmente a destra) con la peritonite può essere così ampliata: anche alla pleurite essudativa è spesso concomitante una peritonite.

A convalidare ulteriormente questa ipotesi, accurate ricerche del LUCHERINI hanno recentemente dimostrato esserci sempre nella pleurite essudativa monolaterale, una compromissione anche contro-laterale a sintomatologia muta.

Riguardo all'ordine di successione delle localizzazioni nelle varie sierose, noi abbiamo constatato che di solito colpita clinicamente per prima è la pleura di un lato; segue poi la localizzazione peritoneale, con passaggio successivo alla pleura dell'altro lato. Non abbiamo osservato nella nostra casistica alcuna evidente successione pericardica.

Da tali osservazioni noi possiamo ritenere ancora che la maggior parte di perivisceriti post-pleuritiche sono consecutive ad una peritonite tubercolare sofferta parallelamente o susseguentemente alla pleurite (peritonite passata spesso inosservata).

La bontà del metodo laparoscopico è dimostrata, per la maggior parte dei nostri casi, dall'impossibilità di accertamento con i comuni mezzi diagnostici (clinici, radiologici, e di laboratorio). Infatti le peritoniti circoscritte adesive senza ascite, le forme miliariche secche e i modici versamenti raccolti nel piccolo bacino, solo con tale metodo possono essere messe in evidenza dal medico internista.

Ci siamo infine convinti che praticando un pneumo-peritoneo e la laparoscopia, nei casi di peritonite tubercolare, si venga ad ottenere una più rapida guarigione (come già registrate anche da KALK, da WOLFF e

da LUCHERINI) attribuibile in parte al pneumo peritoneo, in parte alla boccata d'aria attraverso il tre quarti.

Proponiamo di continuare, anche dopo l'intervento i rifornimenti endo-peritoneali di gas, allo scopo di evitare la formazione di aderenze tra peritoneo parietale e viscerale e perivisceritiche, responsabili di sindromi cliniche più o meno dolorose e gravi dal punto di vista funzionale.

RIASSUNTO. — L'esame laparoscopico praticato in 21 pleuritici, ha permesso di rilevare in tutti i pazienti peritoniti tubercolari a lesioni circoscritte sottodiaframmatiche o disseminate miliariformi.

Esse sono risultate la causa delle varie sindromi addominali, susseguenti o accompagnanti la pleurite essudativa.

348769

1000



