



ISTITUTO DI CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI SASSARI
Direttore: prof. L. AURICCHIO

Dott. ATTILIO CORBIA

Aspetti di patologia tubercolare nell'infanzia, rilevati in un centro di alta mortalità

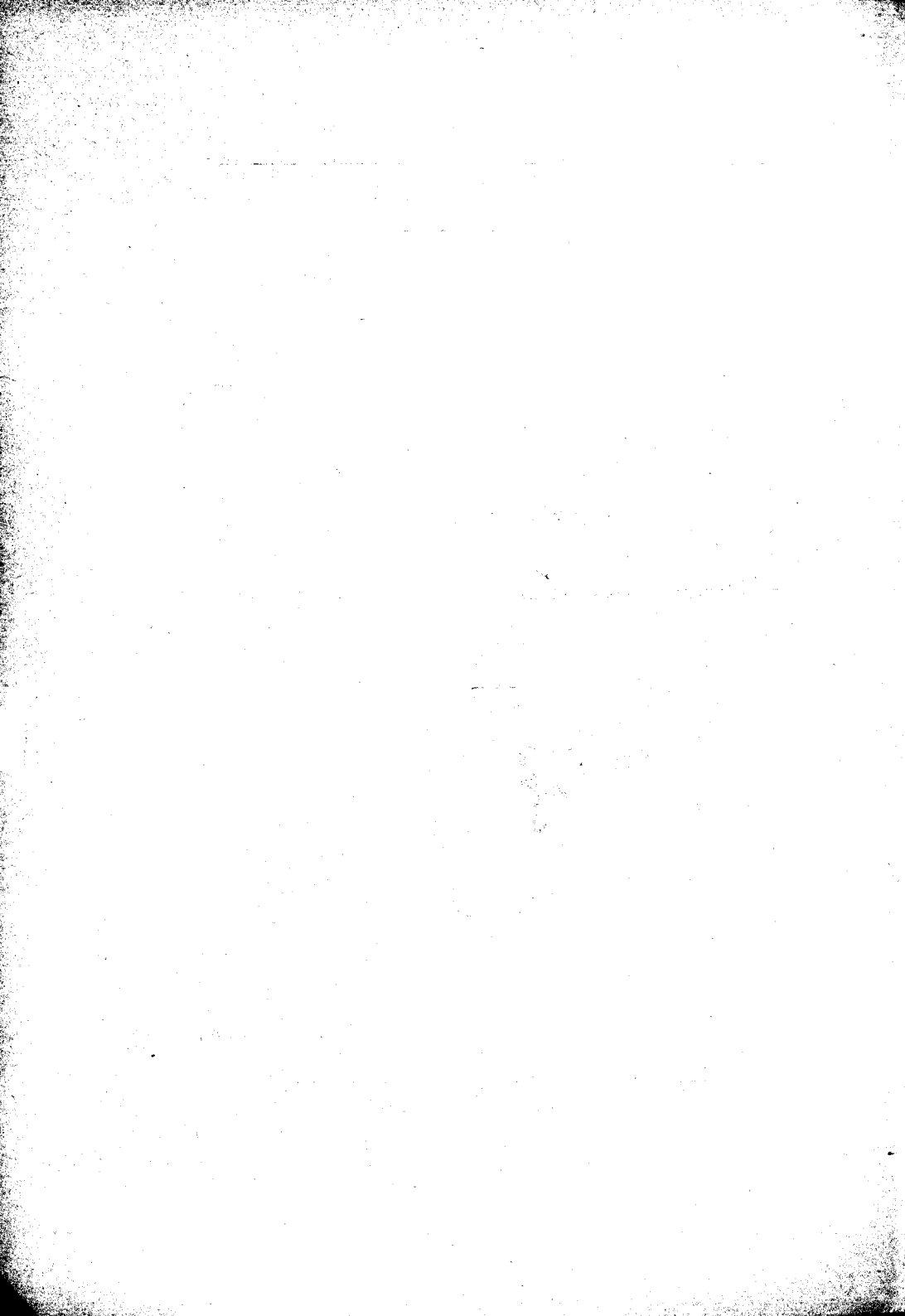
Nota I - La tubercolosi dell'ilo polmonare

Estratto dalla Rivista Lotta contro la Tubercolosi - Anno VII, n. 7 - Luglio 1936-XIV

*Mani
B
54
9*



STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA,"
ROMA - VIA DELL'ANIMA, 46







Dott. ATTILIO CORBIA

Aspetti di patologia tubercolare nell'infanzia, rilevati in un centro di alta mortalità

Nota I - La tubercolosi dell'ilo polmonare

Estratto dalla Rivista *Lotta contro la Tuberculosis* - Anno VII, n. 7 - Luglio 1956-XIV



STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA",
ROMA - VIA DELL'ANIMA, 46

Lo studio della tubercolosi nell'infanzia è stato effettuato in questi anni con fervore sempre crescente; poichè, malgrado si conceda un qualche valore al contagio fra adulti, tuttavia è concordemente riconosciuto che occorre ricercare nell'infanzia — di norma — le prime tappe dell'infezione tubercolare.

Studi sulla morbilità tubercolare infantile fioriscono ovunque, tanto si è persuasi ormai che il nocciolo del problema tubercolare sta nella patologia tubercolare dell'infanzia, come quello della difesa antitubercolare sta nella profilassi attuata nelle prime epoche della vita.

In considerazione della scarsa sintomatologia che assai di frequente presenta al suo primo inizio la tubercolosi, uno studio metodico sulla tubercolizzazione dell'infanzia non può essere eseguito se non mediante una sistematica inchiesta condotta su larga scala.

Se l'esecuzione della cartella clinico-radiologica per tutti i fanciulli delle scuole, propugnata dalla Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, non è stata ancora attuata; tuttavia di già in molti centri si vanno effettuando ricerche, relativamente circoscritte, ma pur di grande valore sociale, che hanno lo scopo preminente di svelare l'entità del contagio cui è soggetta l'infanzia, e di attuare tempestivamente i rimedi necessari per circoscriverlo e ridurlo.

In Italia hanno dato il primo esemplare contributo a queste ricerche BUSTI e PAOLUCCI, a mezzo di un'indagine clinico-radiologica condotta su circa trecento bambini delle scuole di Lanciano.

E la loro opera, oltre che un contributo di alta autorità, è valsa da segnale e da incitamento; tanto che ormai questo tipo di ricerca può dirsi che costituisca l'aspirazione di molti studiosi. Al criterio, semplice ed agevole ad un tempo, del rilievo dell'infezione tubercolare nell'infanzia mediante le prove tuberculiniche, oggi è subentrata l'attuazione di indagini più complete, corredate cioè di documentazioni clinico-radiologiche.

Son già noti i dati che — seguendo detto metodo — ci hanno fornito con studi

Le conclusioni di questa Nota furono comunicate alla IV Riunione della Sezione sarda della Società Italiana di Pedbaria. (Cagliari, 5 luglio 1936-XIV).

recenti COSTANTINI e SOGLIA, ARGELLI, SALOTTI e ARCELLI, LUZZATTO-FEGIZ, POGGIO, PIAZZA, ecc.; tali dati confermano ancora che nella genesi della tubercolosi, specie nella prima infanzia, il contagio familiare rappresenta l'elemento di maggiore importanza.

Due sono le vie per le quali si può stabilire l'entità del contagio in seno alla famiglia: o risalendo dal bambino ammalato ai conviventi di tutte le età; o partendo dall'adulto ammalato, per scendere verso l'infanzia.

Sembrerà oziosa questa distinzione; ma le due vie, se teoricamente debbono portare a risultati identici, in pratica vanno distinte, e sono attuabili, con maggiore o minore facilità, a seconda della perfezione dell'organizzazione d'inchiesta ed a seconda dell'educazione del popolo alla difesa contro la tubercolosi.

Nell'un caso e nell'altro, soltanto un'inchiesta integralmente eseguita nel nucleo familiare, può risolvere il problema del contagio, il quale è la chiave di numerosissimi altri problemi di assistenza e di difesa.

Nella Provincia di Sassari, che occupa un posto dolorosamente eminente nel quadro della mortalità tubercolare, l'attuazione di un'indagine metodica, così condotta, non è ancora possibile, malgrado il notevolissimo sviluppo della coscienza igienica, della coscienza del contagio.

Come avviamento, come premessa quasi, a questa ricerca, mi pare opportuno di illustrare la casistica tubercolare infantile occorsa durante un triennio nel Dispensario antitubercolare di Sassari.

Questa opportunità io rilevo in dipendenza delle particolari condizioni in cui si diffonde il contagio presso di noi, con carattere cioè di alta pericolosità dell'ammalato nel nucleo familiare, dovuto: 1) al notevolissimo numero di forme tubercolari croniche, gravi e bacillifere fra gli adulti, già rilevati in un mio precedente studio; 2) dalle condizioni igieniche particolarmente infelici delle abitazioni, e dalle condizioni economiche della popolazione; 3) dall'affollamento delle abitazioni, che tocca nel Capoluogo una delle cifre più alte fra quelle dell'Italia meridionale ed insulare; 4) dall'alta aliquota della composizione media del nucleo familiare; 5) dalla scarsità di ricoveri effettuabili per tubercolosi polmonare.

Pertanto, mi propongo d' esporre, non lo studio della « infezione » tubercolare infantile: studio che è bene avviato, e che, palesandoci il grado della diffusione dell'infezione nell'infanzia, completerà le ricerche condotte da CHIEFFI e dalla CANNAS, nella nostra Clinica; ma lo studio della « malattia » infantile, nelle sue manifestazioni, nella sua evoluzione e, dove è possibile, nella sua fonte di origine.

Malattia in atto, non limitata alle prime manifestazioni della tossiemia tubercolare; ma documentata, senza possibilità di errori, mediante l'indagine familiare, la protratta osservazione del malato, la fenomenologia generale soggettiva ed oggettiva, i segni funzionali, il riscontro clinico e radiologico, le prove tubercoliniche ben valutate in rapporto all'età ed all'eventuale contagio, il succedersi di fenomeni clinici.

Su 1882 soggetti visitati fino al compimento del 15° anno di età, durante il triennio 1933-1934-1935 furono riconosciuti ammalati n. 344 individui, rappresentanti cioè il 18,27% delle visite eseguite.

Questa percentuale è sensibilmente superiore a quella da me stesso stabilita sulla totalità delle visite eseguite nel biennio 1933-1934, che è di 15,74%; ciò documenta che la percentuale di malati nell'infanzia è maggiore di quella riscontrata nella totalità dei soggetti visitati.

Mentre mi riservo di esporre in seguito alcune caratteristiche famigliari da me

osservate, mi soffermo ora ai rilievi clinici, i quali mostrano che le diverse forme di tubercolosi infantile sono così distribuite:

1) TUBERCOLOSI ENDOTORACICA:			
Complessi primari attivi	n. 20	5,8	%
Tubercolosi dell'ilo polmonare	» 80	23,2	%
Forme perifericali (epitubercolosi di ELIASBERG e NEULAND), infiltrazioni perifericali secondarie (MICHELLI)	» 21	6,1	%
Infiltrati polmonari post-primari in sede perilare	» 30	8,7	%
Tubercolosi a tipo nodulare peribronchiale o di tramite (PINSDE)	» 12	3,4	%
Tubercolosi nodulare produttiva cronica	» 18	5,2	%
Tubercolosi miliare acuta polmonare	n. 2	0,58	%
Tubercolosi a focolai bronco-pneumonici, acuta; tubercolosi ulcerosa	» 21	6,1	%
Lobiti	» 3	0,8	%
Infiltrato di ASSMANN-RIECKER	» 8	2,3	%
Tubercolosi fibro-sclerotica	» 4	1,1	%
Tisi cavernosa (MICHELLI)	» 2	0,58	%
Pleurite } essudativa	» 39	13	%
} secca	» 6		
2) TUBERCOLOSI EXTRA-TORACICA	» 78	22,6	%

Lo studio da me condotto, della distribuzione della tubercolosi nei due sessi, mette in evidenza che la morbilità femminile supera di quasi un terzo quella maschile: in ciascun anno di età può dirsi che questa preminenza sia costante; tuttavia l'andamento della morbilità non segue un andamento tale da consentirci di rilevare caratteristiche particolari nei vari anni di vita: neppure nel periodo della pubertà, cioè nel triennio compreso fra i 13 ed i 15 anni, il distacco si presenta uniforme o più accentuato. E' da ritenere pertanto che il maggiore contributo dato dalle femmine alla tubercolosi sia determinato soprattutto dai più continui ed intensi contatti domestici, che espongono questo sesso, non solo alla più frequente infezione, ma anche all'insorgenza della malattia nelle sue diverse manifestazioni cliniche.

L'indagine famigliare è stata curata al massimo grado ogni qual volta la diagnosi di tubercolosi è emersa con certezza dal complesso delle ricerche eseguite. Mi occorre anzi far presente che, ad eccezione dei casi in cui la fenomenologia osservata non lasciava dubbi sulla natura della malattia, mi sono astenuto dallo stabilire una diagnosi di natura senza prima aver espletato l'indagine clinico-radiologica su tutti i componenti del nucleo famigliare.

Se si tengono presenti le numerose manifestazioni morbose che sensibilizzano ed alterano il sistema linfatico infantile, soprattutto in alcuni terreni diatesici, e se si considera il decrescente valore delle prove biologiche alla tubercolina col progredire degli anni, si riconoscerà quanta cautela sia da imporsi prima di pronunziare un giudizio di malattia tubercolare, soprattutto quando l'unica sede di manifestazioni patologiche risiede in corrispondenza dei gangli linfatici dell'ilo polmonare. Perciò, di fronte a localizzazioni di tal genere, e soprattutto nei bambini della seconda e della terza infanzia, il giudizio diagnostico è stato estremamente cauto; e fu emesso soltanto dopo un adeguato periodo di osservazione, durante il quale non venivano disgiunte le indagini cliniche, da quelle radiologiche e da quelle famigliari.

TUBERCOLOSI PRIMARIA

COMPLESSO PRIMARIO.

Fra le forme di tubercolosi primaria raccolgo, oltre i complessi primari tipici, quelli cioè in cui la componente parenchimale e quella gangliare della prima infezione

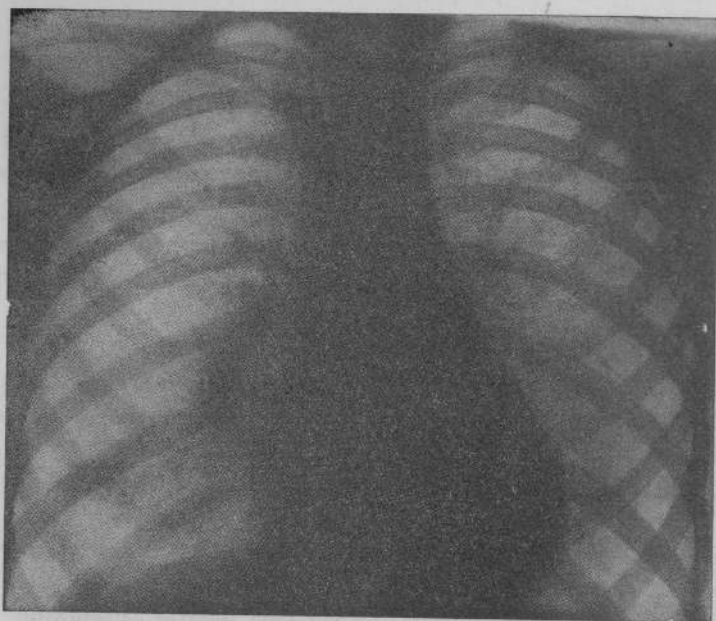


FIGURA 1.

sono distinte e bene evidenti, anche quelle in cui soltanto la sede ilare sia dimostrabile con la nostra indagine.

Di fronte alle asserzioni degli anatomo-patologi e di gran parte dei clinici (Kuss, GHON, RANKE, ALBRECHT, RIST e LEVESQUE, SOLI, BUSI, OMODEI-ZORINI, ecc.), i quali sostengono che la prima infezione tubercolare segue la legge di PARROT, altre affermazioni non meno autorevoli (JOUSSET, DIEULAFOY e STRAUSS, BEHRING, CALMETTE, ecc.) sostengono la possibilità che la prima localizzazione tubercolare nell'uomo abbia sede direttamente nella stazione linfatica. Ma, al di fuori di queste concezioni patogenetiche,

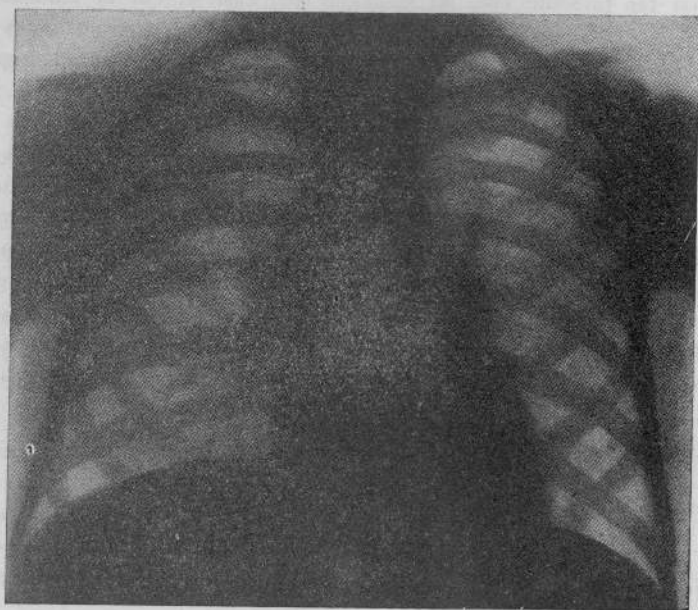
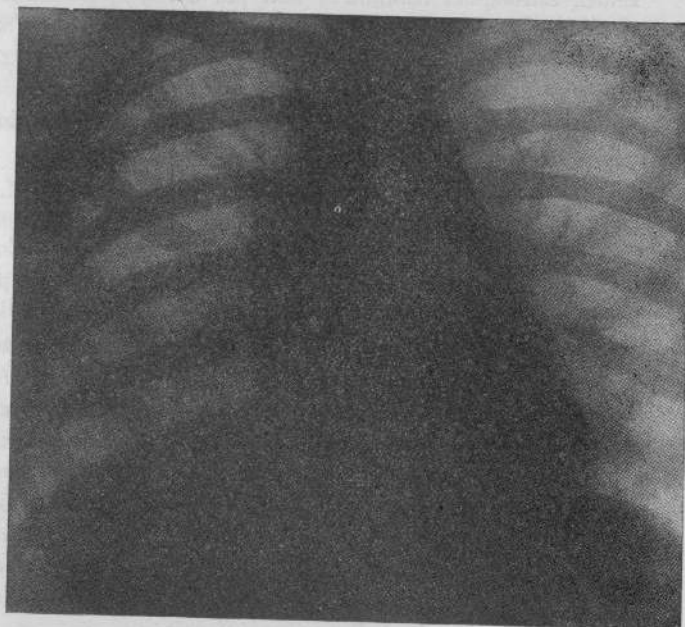


FIGURA 2

FIGURA 3.



uniforme è il giudizio circa la effettiva partecipazione del parenchima e dei gangli nella costituzione di quello che RANKE ha definito « complesso primario », nonché la constatazione degli stadi evolutivi ed involutivi ai quali i suddetti focolai vanno normalmente incontro. Si conclude generalmente che, mentre il focolaio gangliare regredisce solo parzialmente e, ospitando spesso indefinitamente bacilli vivi, rappresenta spesso la sede di partenza delle future disseminazioni endogene; quello polmonare, invece, va incontro di solito a tali fenomeni regressivi, da restar celato assai spesso alle più accurate indagini, sia sul vivo che sul cadavere.

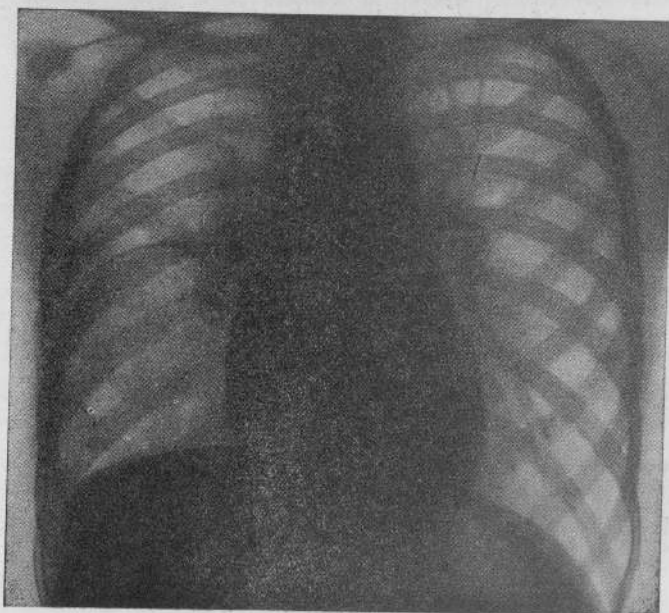


FIGURA 4.

ENGEL calcola nei bambini a non più del 5% il numero dei complessi primari accessibili alla diagnostica; ed anche all'esame necroscopico, soltanto ricerche così minuziose come quelle di SCHUERMANN, di KUDLICH e MITTELBACH hanno consentito di mettere in rilievo la sua alta frequenza.

La sintomatologia e le forme cliniche del complesso primario si identificano con quelle della tubercolosi ilo-mediastinica (GAMNA).

E' difficile, anche ad un'osservazione metodica, precisare il momento in cui l'infezione primaria si costituisce, a causa della scarsità dei sintomi. Ciò hanno potuto controllare BERNARD e VITRY su un gruppo di bambini da loro periodicamente sottoposti alle prove tubercoliniche. Tuttavia la clinica talora, se pur vagamente, può consentirci il rilievo di alcuni sintomi, che variano a seconda delle circostanze di età e di reattività organica individuale, e che consistono generalmente in turbe dispeptiche, nervose, ponderali, termiche.

I complessi primari recenti da me rilevati nel triennio sommano a 20 e costituiscono il 58% di tutte le localizzazioni tubercolari. La loro presenza fu accertata sempre mediante l'esame radiologico: chè la sintomatologia clinica non avrebbe consentito di emettere diagnosi di certezza, sebbene soltanto un giudizio di sospetto.

In gran parte dei casi esistevano manifestazioni scarsamente febbrili, e ciò indipendentemente dall'età del soggetto, contrariamente alle affermazioni di DUFOUR, secondo il quale le febbri da prima infezione assumono nella seconda infanzia e nell'adolescenza maggiore importanza che nella prima infanzia.

Spesso i bambini furono condotti a visita per evidenti e progressivo impallidimento, talora per disturbi dispeptici, per rialzi termici persistenti e non giustificati da evidenti turbe dei grandi apparati organici; più raramente, per alterazioni ponderali.

I casi da me osservati sono compresi, eccetto uno, fra i quattro ed i quattordici anni: mi è mancata perciò la possibilità di seguire l'evoluzione del complesso primario nella primissima infanzia. L'evoluzione non ebbe tuttavia caratteristiche speciali nelle diverse età; chè, se in cinque casi la reazione gangliare fu particolarmente evidente, persistente ed accompagnata da discreta infiltrazione perifocale, e se in due casi intervenne secondariamente una partecipazione della pleura, tuttavia non v'erano in essi momenti di particolare valore a giustificazione di tale comportamento. Esito costante fu l'attenuazione della sintomatologia clinica, mercè un razionale intervento igienico, alimentare e terapeutico; ed una lentissima regressione della reazione perifocale e delle dimensioni delle ombre radiologicamente osservate.

Tale regressione, talvolta, fu interrotta da segni di arresto, caratterizzati da reviviscenza dalla componente gangliare, e da nuova comparsa di fenomeni clinici generali.

In qualche caso, l'alone perifocale persiste ancora a distanza di due anni (fig. 1 e 2); in nessun caso ho potuto constatare una modificazione dell'intensità radiologica delle ombre, tanto avanzata, per poter concludere che siano giunte al definitivo silenzio di ogni attività.

TUBERCOLOSI DELL'ILO.

E' certamente la manifestazione più frequente della tubercolosi infantile.

In essa possono anche venire compresi i complessi primari, ed alcuni AA. non ne fanno infatti distinzione alcuna.

Essa costituisce, oltretutto, per la sua patogenesi in particolare modo, una delle localizzazioni tubercolari più discusse, e si può affermare che le opinioni degli studiosi siano ancora tutt'altro che uniformi.

Come conseguenza, anche la terminologia stessa che alla localizzazione ilare si riferisce, risulta varia, come più che varia è l'interpretazione delle immagini che l'esame radiologico ci fornisce.

La semeiotica clinica della tubercolosi ilare, che i trattati classici presentavano con una ricchezza di dettagli tutta particolare, ha perduto, man mano, gran parte del suo valore.

I sintomi descritti, basati soprattutto su fenomeni da compressione della trachea, dei bronchi, dei vasi, dei nervi, stanno a documentare attualmente l'abilità semeiotica di singoli studiosi.

Ed i classici segni di PETRUSKY, di HOCHSINGER, di FREUND, di CONCATO, rilevabili con la palpazione; quelli di DE LA CAMP, di KORANY, di EWART, di KRAEMER, rilevabili con la percussione; ed ancora quelli di D'ESPINE, di D'OELSNVITZ, di HEUBNER, di SMITH, il corange espiratorio di VARIOT e GUINON, la tosse bitonale di MARFAN, sono ancora costantemente ricercati nell'esame del bambino sospetto di adenopatia tracheo-bronchiale, ma non è certo la loro assenza che può fare escludere una localizzazione tuberculare dell'ilo.

L'avvento dell'indagine radiologica ha dimostrato che la maggior parte delle adenopatie è spesso insufficiente per poter determinare la possibilità di tali segni. E le osservazioni cliniche successive, di MARFAN, di COMBY, di GUINON, di RIBEAUD DUMAS, di JEMMA, di DEBRÈ, di PÉHU, di FISCHL, di MERCURIO e di molti altri, hanno contribuito a ridurre di molto l'importanza pratica di tutti questi segni semeiologici.

Non solo; ma il perfezionamento progressivo dell'indagine radiologica, dettato con insistenza dai Maestri di questa specialità, specialmente dal BUSI e dalla sua scuola, ha determinato successivamente una più accurata messa a punto del problema: quali sono i limiti veri dell'adenopatia tracheo-bronchiale? qual'è la sua vera entità? qual'è la sua sintomatologia?

Queste domande hanno provocato studi e discussioni, dalle quali una risposta definitiva ed univoca non è ancora sorta, poichè non può dirsi che il quesito, trasportato dalla semeiotica clinica in quella radiologica, sia stato ancora concordemente risolto: rimane inoltre assai discusso il quesito patogenetico circa la priorità o meno della localizzazione ganglio-ilare della tubercolosi.

Mentre infatti, per alcuni, la tubercolosi della regione ilare ha nei gangli linfatici la sua origine (BERNARD, ARMAND DELILLE, LELONG e RÉNARD, COSTANTINI, COVA, ACCORIMBONI e RE, ELIASBER e NEULAND, LUBICH, SAGONA, ecc.), per altri essa è propria del parenchima in sede parailare, ed i gangli sarebbero secondariamente, talvolta soltanto apparentemente, interessati (RIST e LEVESQUE, VIBERT, JEMMA, BUSI, DE BENEDETTI, ecc.).

E' venuto pertanto a perdere di valore il quadro classicamente descritto dell'adenopatia ilare, e sono invece apparse descrizioni di quadri meno definiti, quali quello di tubercolosi dell'ilo (WEIGERT), di infiltrazione secondaria (REDEKER), d'infiltrazione perifocale secondaria (MICIELI), di pneumonite dell'ilo (SIMONI), di tubercolosi ganglio-polmonare dell'ilo e tubercolosi ganglio-ilare-interlobare (COSTANTINI), di infiltrato perilare (PESTALOZZA), di ilite tuberculare (DE BENEDETTI), di complesso secondario-ganglio-polmonare (IORI), ecc.

Tutte queste denominazioni significano spesso l'incertezza esistente nel definire in limiti netti quanto, in sede ilare, appartenga ai gangli e quanto al parenchima circostante, non solo nel concetto patogenetico ma anche in quello topografico.

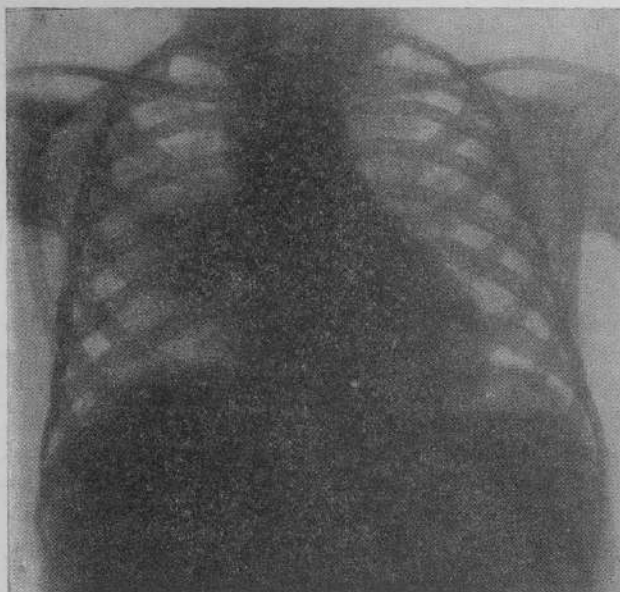


FIGURA 5.

Non si ammette tuttavia che sia eliminata l'entità clinica costituita dall'adenopatia tracheo-bronchiale, pur se essa ha perduto una buona parte del suo valore. Si preferisce però accogliere in un quadro più generico la patologia dell'intera, complessa regione ilare.

Così concepita, la semeiotica e la clinica di questa sede endotoracica di localizzazione tubercolare, mantiene un posto eminente nella patologia infantile, e ad essa appartiene una ricca letteratura.

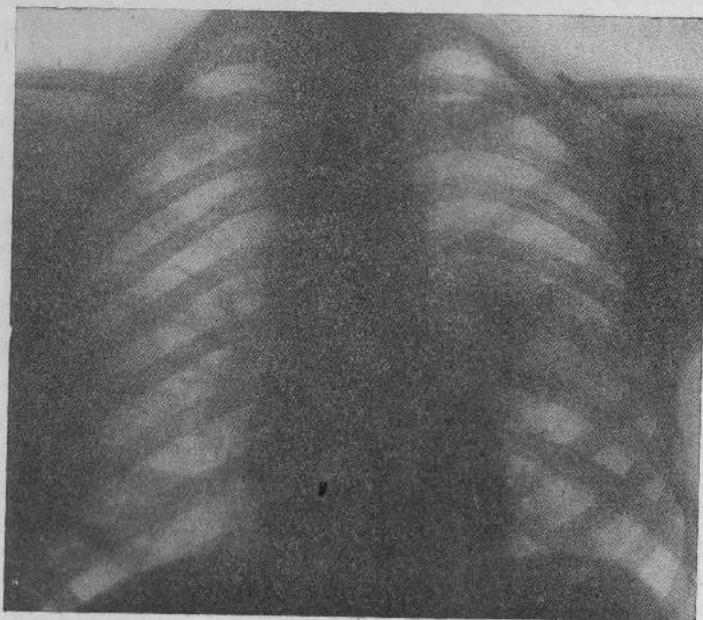
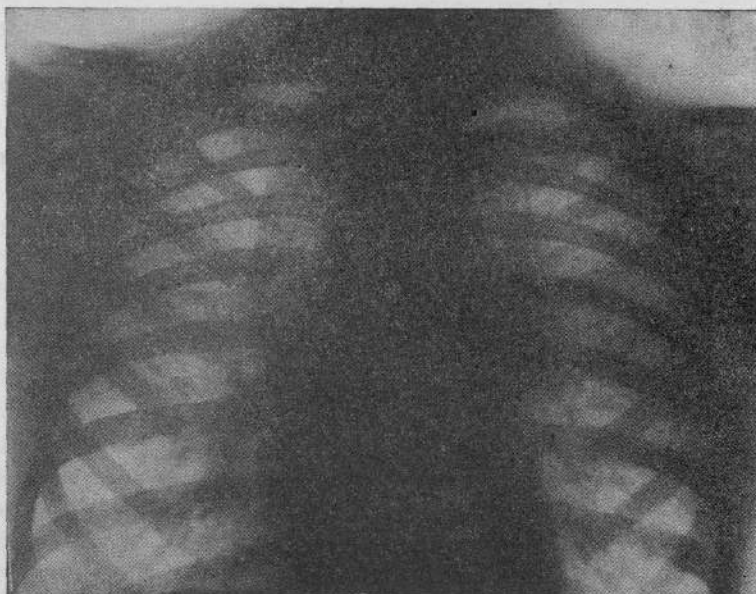


FIGURA 6.

FIGURA 7.



La morfologia radiologica nelle localizzazioni ganglio-polmonari varia a seconda della sede in cui esse si svolgono.

Per bene studiarle, è stata adottata una divisione del torace in tre sezioni, delimitate da due linee orizzontali; una passante alla sommità dell'arco aortico, l'altra per la parte media dell'ilo propriamente detto.

La sezione superiore è la sede classica dell'adenopatia tracheo-bronchiale (RIST e LEVESQUE), in particolare della paratracheale, la quale viene a formare, mediante un

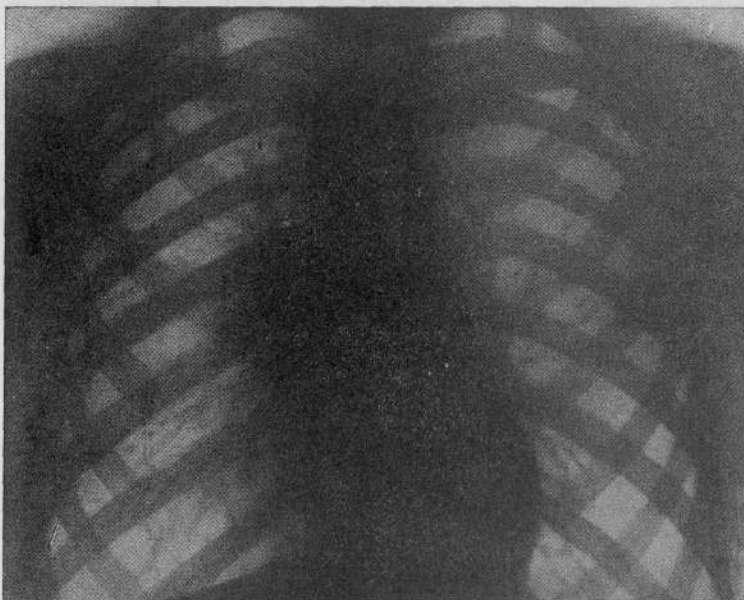


FIGURA 8.



allargamento dell'ombra mediana al disopra dell'arco aortico e della cava superiore, localizzato quasi esclusivamente a destra, un'opacità omogenea, con contorno ad arco di cerchio. Questo aspetto è da differenziare da quello determinato dal riempimento della cava durante l'inspirazione forzata, dal tino, dalle pleuriti mediastiniche. Se dovuto a gangli, parlerebbe per una caseosi e comporterebbe assai spesso una prognosi sfavorevole.

La sezione mediana, o ilare propriamente detta, è quella nella quale le immagini patologiche sono più frequenti, e si presentano con gli aspetti più diversi.

E' per questa sede che è stato coniato il termine di ilite.

La complessità dell'ilo radiologico si presta infatti, qui, alle interpretazioni più diverse, molteplici essendo gli aspetti iconografici della patologia di questa sezione: dall'aumento di spessore delle ombre paracardiache, alla presenza di noduli più o meno voluminosi, sfumati, confluenti, con propaggini che ricordano ed accentuano il disegno polmonare; da un addensamento più o meno omogeneo, ma a contorni indefiniti, occupante il centro dell'arco ilare, alle ombre tondeggianti omogenee, abbastanza nette nei limiti, di volume assai vario; alle ombre cordoniformi, spesso confluenti verso il campo medio o superiore, particolarmente dense a destra in corrispondenza della scissura superiore.

Soprattutto in questa sede, pertanto, è arduo discriminare quanto spetti al parenchima propriamente detto, ai vasi, ai gangli: un giudizio non può che essere confermato talora — a mio avviso — che dalla evoluzione, a distanza di tempo, delle ombre constatate. E' qui, inoltre, che assume particolare importanza l'esatto giudizio sulla natura della constatata alterazione, poichè è noto quanto influiscano sull'apparato linfatico di questa regione — durante l'età infantile soprattutto — alcune malattie generali, ed in particolare le malattie acute dell'apparato respiratorio.

La sezione inferiore non presenterebbe alterazioni morfologiche di pertinenza strettamente ilare; le immagini e le ombre in essa riconoscibili, costituite prevalentemente da ombre lineari a contorni sfumati, spesso divergenti verso la base, si ritiene che siano dovute ad esiti di pneumopatie spesso non specifiche; ed i noduli rotondeggianti, di cui spesso sono inframezzate, sarebbero, in ogni caso, focolai parenchimali.

Per stabilire una diagnosi di alterazione iniziale in sede ilare, ha valore, nell'esame obbiettivo toracico, il riscontro di una riduzione plessica più o meno sensibile nelle regioni scapolo-vertebrali e nei primi due-tre spazi intercostali presso lo sterno; di una lieve modificazione quantitativa del respiro, di solito nel senso di una diminuzione o di una certa asprezza, e la comparsa — più rara — di respiro bronchiale.

Secondo PERIN, avrebbe un certo valore il timbro ascoltatorio del colpo di tosse; secondo PESTALOZZA, la percussione ascoltata nelle zone paravertebrali di proiezione dell'ilo.

Fra i segni funzionali, la tosse bitonale e quella a tipo pertussoidale conservano ancora qualche credito.

Nei numerosi bambini venuti alla mia osservazione, ho constatato spessissimo un grande contrasto fra il rilievo stetoacustico e quello radiologico. Quasi del tutto assente il ricco corteo di segni, una volta ritenuti capitali per la diagnosi. Frequenti, quasi costanti, le tenui smorzature plessiche lungo le paravertebrali e, meno spesso, sulle apofisi delle prime vertebre toraciche; più frequenti ancora le lievi diminuzioni del suono in vicinanza dello sterno, al 2°-3° spazio intercostale. In qualche caso, in cui l'esame radiologico rivelò poi una particolare densità di ombre al limite superiore della sezione mediana, la percussione mi fece apprezzare un suono a timbro assai alto, quasi

un suono di monete, che l'apertura della rima orale rendeva più evidente. All'ascoltazione, di solito, scarse alterazioni qualitative del respiro, percepibile un po' aspro, talora affievolito, anche qui soprattutto sulla parete anteriore ed in sede parasternale. Raramente questo affievolimento fu assai accentuato, e coincide in tal caso con la constatazione radiologica di grossi focolai nella sezione mediana, o con una reazione perifocale d'una certa estensione.

Non rari, rumori bronchiali secchi, congiunti ad asprezza inspiratoria, nella profonda inspirazione, particolarmente percepibili sulla parete anteriore.

Sedi più comuni radiologicamente svelabili, quelle della sezione mediana, rappresentate soprattutto da addensamento non uniforme di tutta questa regione, con presenza di numerose strie sfumate, confluenti e da noduli a limiti indefiniti, spesso agglomerati nella parte mediale (fig. 3 e 4). Meno frequenti le ombre rotondeggianti grosse, uniche, aderenti all'ombra cardiaca (fig. 5-6-7-8-9). Rarissime le ombre addossate all'ombra mediana nella sezione superiore, caratteristiche dell'adenopatia paratracheale: ma, se presenti, esse erano assai dense, compatte, omogenee, a contorni spesso sfumati, facenti corpo con l'ombra mediana, e simulanti talvolta una pleurite mediastinica superiore (fig. 10 e 11). Dette ombre ho riscontrato anche a sinistra, contrariamente con i reperti di qualche autore, se pure in proporzione minore che a destra.

I casi da me studiati sono distribuiti fra tutte le età dell'infanzia, a cominciare dai tre anni, ed alcuni sono costituiti da manifestazioni che, per ragioni morfologiche e per il decorso clinico, sono da considerare caseose.

L'evoluzione di dette manifestazioni, malgrado condizioni spesso negative di ambiente igienico-familiare, fu tuttavia, nella gran parte dei casi, favorevole: ad un sollecito miglioramento delle condizioni generali seguì una regressione più tarda dei fenomeni tossiemici, ed ancora più tardiva dei fenomeni acustici. Ultimi a scomparire i dati percussori e quelli radiologici, espressi in definitiva da agglomerati di noduli densi e netti, o da strie ugualmente nette ed intensamente opache, sempre molto ridotte di numero al confronto di quelle preesistenti.

Ciò avvenne spesso, anche in casi di non eliminabile convivenza con ammalati di tubercolosi. Soltanto in dieci casi si constatò, da tali sedi, una propagazione del processo morboso: in cinque verso la scissura superiore destra; in due verso la sezione basale del polmone, con formazione di focolai nodulari tendenti a scarsa evoluzione; in tre insorse una pleurite essudativa. Di questi soggetti, quattro vissero per mesi, nelle condizioni più infelici, con ammalati colpiti da tubercolosi polmonare aperta.

Non voglio tacere la constatazione della molto più frequente localizzazione a destra in confronto di quella sinistra: localizzazione reale e non apparente, messa in evidenza con radioscopie e radiografie eseguite in varie proiezioni. L'importanza del gruppo gangliare anteriore destro non è forse senza significato nella prevalenza di questa sede e nell'ulteriore propagazione del processo.

Sempre assai più lento fu il regresso delle localizzazioni costituite da vasta confluenza di gangli, e di quelle in sede paratracheale.

Debbo qui fare un cenno a parte per quelle forme che, avendo normalmente punto di partenza dall'ilo, interessano, molto più sensibilmente delle precedenti, il polmone e la pleura: cioè le infiltrazioni perifocali e le scissuriti.

Il posto per la descrizione di queste forme potrebbe anche essere, come alcuni AA. fanno, fra le manifestazioni post-primarie.

Nell'infanzia è infatti difficile stabilire se una di queste manifestazioni sia da considerare come epifenomeno della prima infezione, o se sia invece espressione di succes-

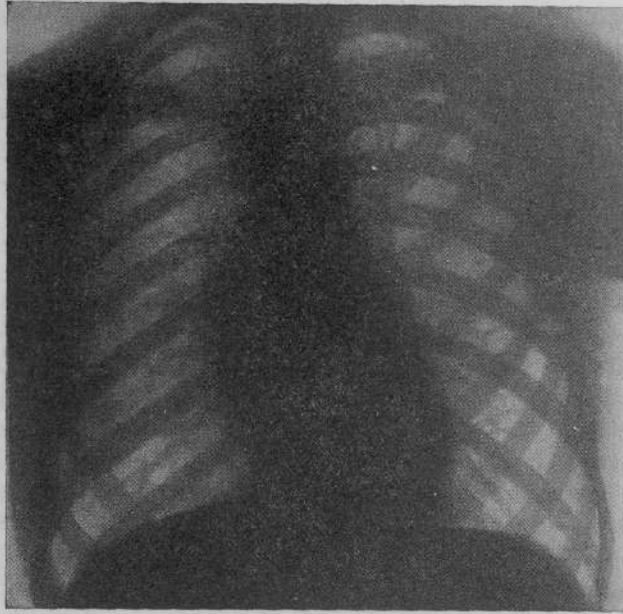


FIGURA 9.

sive tappe del processo, analogamente a quanto può avvenire in età più avanzate. Malgrado insorgano tanto frequentemente e — per l'infiltrazione perifocale — quasi esclusivamente nell'infanzia, alcuni AA. sostengono tuttavia che esse sopravvengano quando il ciclo dell'infezione primaria sia esaurito, pur se talvolta in periodo immediatamente successivo (L. BERNARD).

Così avverrebbero anche le disseminazioni linfangitiche, di cui un'espressione sarebbero le tanto discusse stric di STURTZ, le infiltrazioni epitubercolari tipiche di ELIASBERG e NEULAND, le vere disseminazioni nodulari in seno al parenchima.

Per l'infiltrazione perifocale, non sono infrequenti i casi descritti durante la tappa

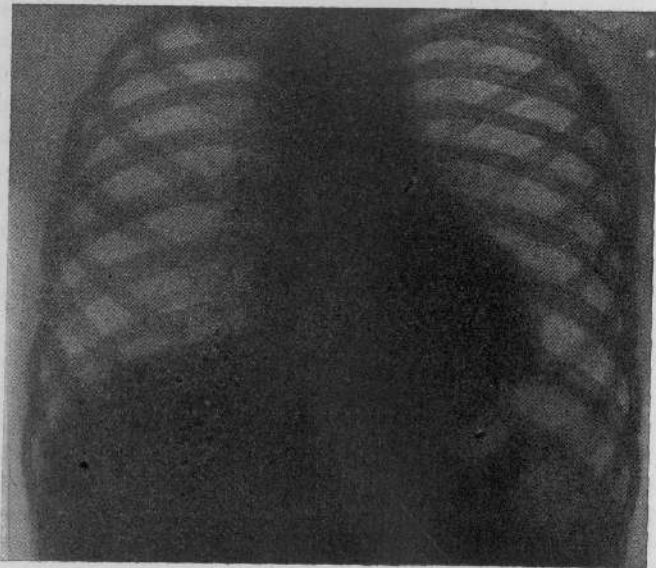
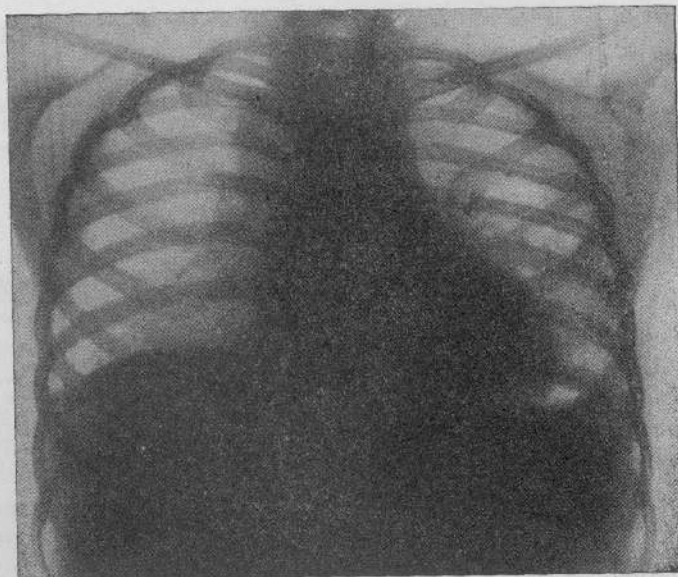


FIGURA 10.

FIGURA 11.



primaria della tubercolosi, attorno ai componenti del complesso primario; e non sono neppure infrequenti le scissuriti primarie, specie secondo coloro che sostengono la sede periscissurale del primo focolaio d'inoculazione (RIST e LEVESQUE).

Non mi soffermo a ricordare le dibattute questioni sulla modalità di insorgenza di queste manifestazioni nel periodo post-primario: dalla reinfezione endogena, concordemente ritenuta la più frequente, alla superinfezione esogena ed alla reinfezione endogena da stimolazione esogena. Concetto, questo, esposto fin dal 1923 da REDEKER, e condiviso da patologi e da clinici (BRAEUNING, ULRICI, SIMON, NUSSEL, MICHELI, MANCINI, NAGHEL, GRAEF, ecc.).

Particolarmente ricco di studi è il capitolo dell'epitubercolosi, sulla cui genesi ormai

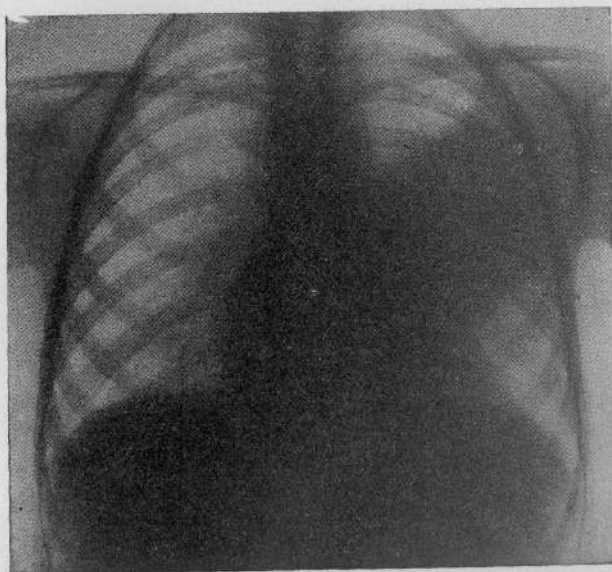


FIGURA 12.

pare si sia d'accordo nel ritenerla un processo di infiltrazione non strettamente tuberculare; probabilmente manifestazione congestizio-essudativa che sorga attorno ad un focolaio tuberculare in terreno iperallergico.

Questo particolare fenomeno dà luogo ad un quadro ormai ben definito, che si vuole identificare con i quadri della splenopolmonite di GRANCHER, dell'infiltrazione gelatinosa di LAENNEC, della polmonite desquamativa di BUHL, dell'edema inveterato di RINDLEISCH, della polmonite albuminosa di CORNET, della polmonite ilare di SIMON, della scrofolosi del polmone di WIDERHOFER.

Ha la caratteristica d'un decorso protratto, solitamente senza fenomeni acuti, e d'un esito normalmente in risoluzione. La possibilità di una diagnosi clinica è in rapporto con l'estensione dell'infiltrazione: avviene pertanto che, mentre quando essa è estesa, è anche fortemente sospettabile per l'ipofonesi più o meno intensa, associata a diminuzione del murmure, a crepitii inspiratori, talvolta a respiro aspro ed a rumori bronchiali; quando invece è circoscritta attorno all'ilo, la diagnosi clinica è veramente ardua e può venire stabilita soltanto mercè l'aiuto dell'esame radiologico. Questo dimostra un'opacità omogenea, di solito poco intensa, per lo più situata a contatto con l'ilo, da cui spesso non è scindibile nelle varie proiezioni, sfumata ai margini. Spesso questa opacità ha una caratteristica forma a triangolo, con base all'ilo (SLUKA); talvolta, quando interessi le due componenti d'un complesso primario, può assumere un aspetto bipolare (MICHELI).

Le scissuriti, quale fenomeno secondario ad un focolaio gangliare dell'ilo, hanno trovato una parte speciale per merito di COSTANTINI, il quale pone precisamente la tuberculosi ganglio-ilare-interlobare fra i quattro fondamentali aspetti, da lui descritti, della tuberculosi dell'ilo.

Anche qui, la sintomatologia clinica infantile è quanto mai incostante, ed ardua la diagnostica, senza l'aiuto dell'esame radiologico.

La partecipazione della pleura interlobare può essere di entità varia e — di solito — ha tendenza a regredire lentamente, lasciando una traccia spesso definitiva nell'ispessimento della scissura. Secondo COSTANTINI, sarebbe frequente l'insorgenza di una lobite in seguito ad una scissurite.

Su 80 casi da me osservati, nei quali la regione ilare era sede di manifestazione tuberculare attiva, in otto ho osservato una contemporanea partecipazione della pleura interlobare. In 21 casi l'infiltrazione perifocale è stata così evidente, da poter costituire un quadro clinico bene individuato (fig. 12-13-14-15).

Non ho mai osservato questo processo oltre i dodici anni di età; negli altri gruppi di età si presenta in proporzione pressochè uniforme. Sulla scorta dei dati raccolti in clinica da CHEFFI, e successivamente dalla CANNAS, e di quelli che io stesso vado espletando da qualche tempo, dai quali risulta la curva dell'infezione tuberculare nelle diverse età dell'infanzia, sono indotto a credere che l'infiltrazione perifocale ilare sia in rapporto prevalente con l'istituirsi della prima infezione. Debbo segnalare, in armonia con le osservazioni già note, il decorso assai protratto e l'esito solitamente favorevole di questa manifestazione.

Ciò, anche nelle più difficili condizioni di assistenza. Anche quando l'infiltrazione perifocale giunse ad interessare un intero lobo, la sua tarda evoluzione fu sempre verso il riassorbimento (fig. 16 e 17), e residuò talvolta — quale esito definitivo — un ispessimento dell'interlobo contiguo. Il focolaio di partenza di questa forma risiede, nella quasi totalità dei miei casi, nella sezione media della regione ilare, e la diffusione avviene quasi costantemente verso il campo polmonare medio o superiore.

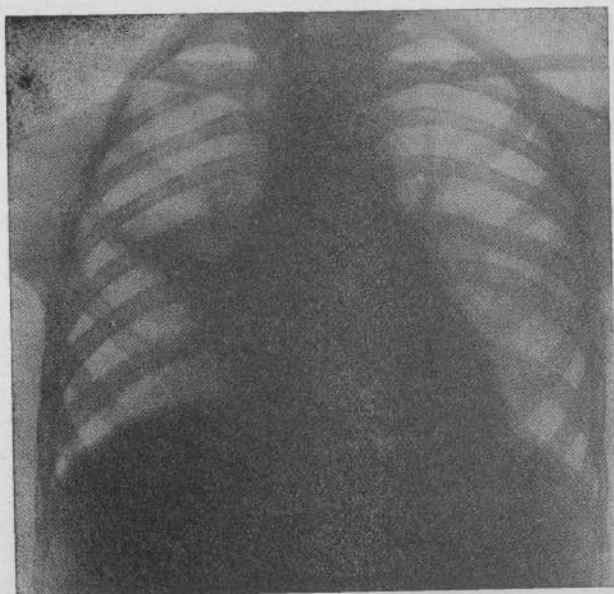


FIGURA 13.

Sui 21 casi riscontrati, nove risiedevano a destra e dodici a sinistra; i campi superiori erano interessati una sola volta a destra, otto volte a sinistra; i medi, cinque volte a destra, una volta a sinistra; i superiori ed i medi insieme, due volte a destra, quattro volte a sinistra; gli inferiori, una sola volta, a destra. A tale distribuzione non mi pare da ritenersi estranea la presenza della scissura superiore, a destra, analogamente a quanto avviene per le lobiti. Detta scissura partecipò evidentemente in tre dei miei casi.

* * *

Questa mia esposizione, eseguita nella tubercolosi primaria endotoracica dell'infanzia, comprende 121 casi di manifestazioni clinicamente attive, che rappresentano

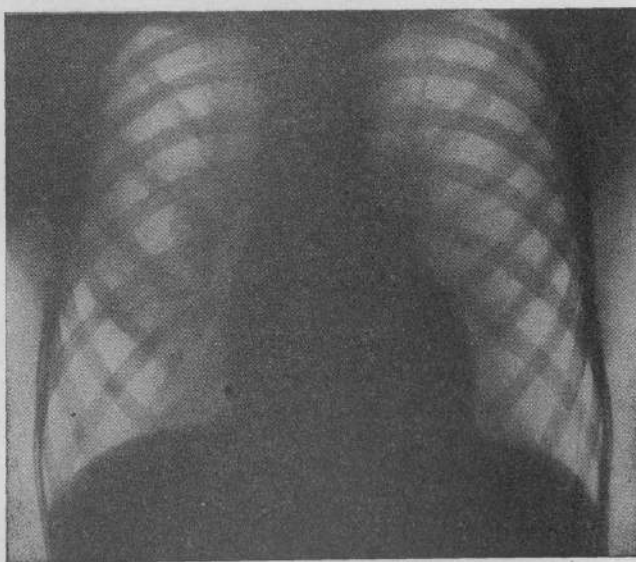
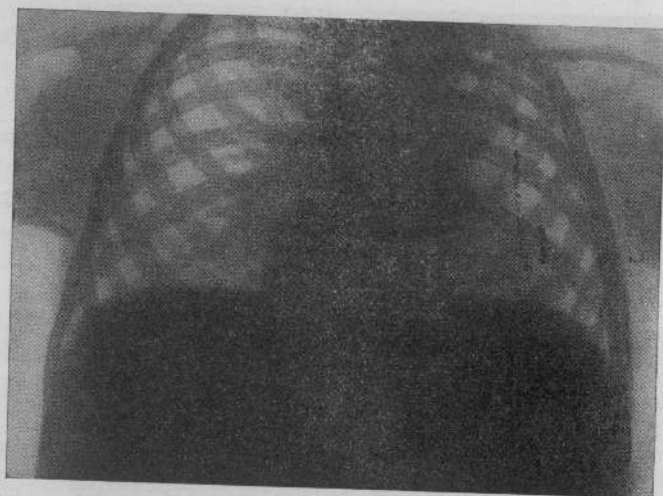


FIGURA 14.

FIGURA 15.



il 45,5 % di tutte le localizzazioni endotoraciche da me osservate in un triennio.

Sebbene nel mio ambiente di ricerca esistano particolari fattori dannosi che possono influire sulle caratteristiche cliniche della tubercolosi, tuttavia l'osservazione da me eseguita non ha messo in evidenza particolari aspetti o più gravi fenomeni.

Infatti, ho potuto constatare che — di norma — anche quando non sia attuabile una razionale assistenza igienica, l'evoluzione delle forme primarie tende ad una lenta regressione.

Le eccezioni costituite da episodi di diffusione nel parenchima ed alla pleura, non rappresentano una percentuale più elevata di quella enunciata da altri studiosi; ed inoltre, se pure modificano profondamente il quadro ed il decorso, non ne compromettono in definitiva l'esito. Le localizzazioni con partecipazione dell'ilo costituiscono la totalità,

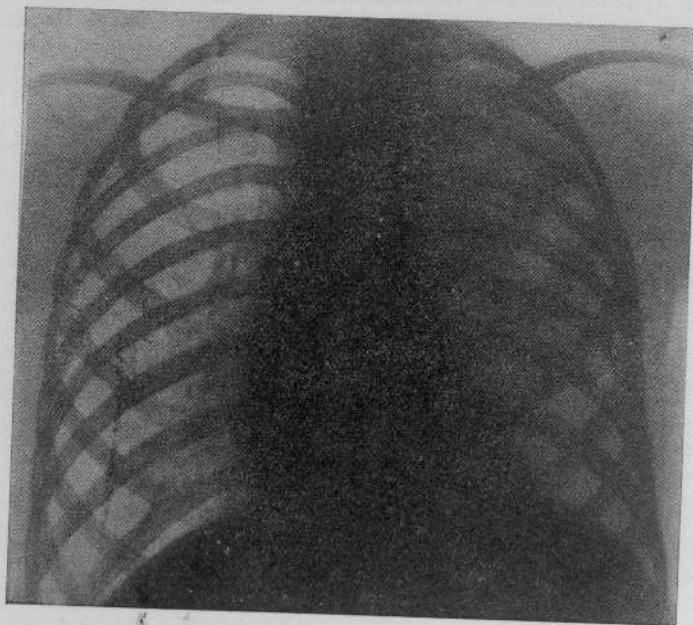
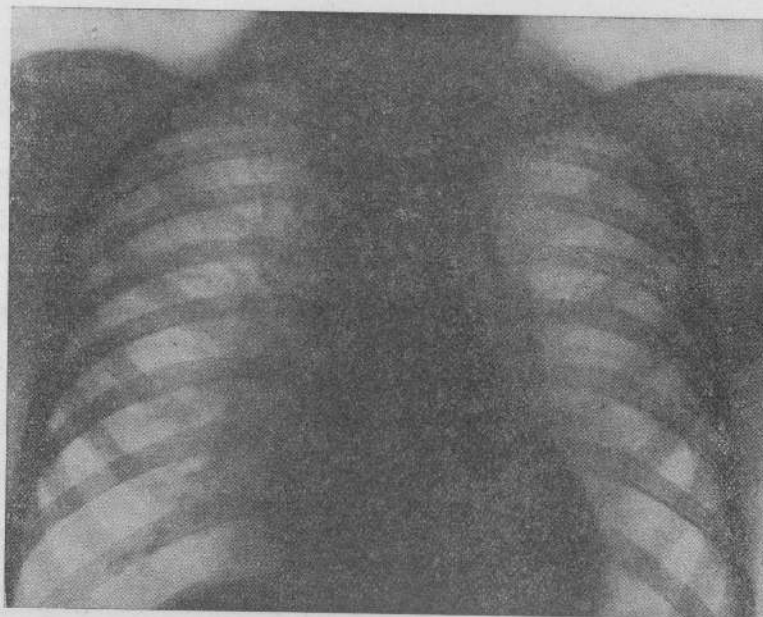


FIGURA 16.

FIGURA 17.



ed esso ha spesso rappresentato il foco da cui la reazione collaterale od una vera diffusione ha avuto inizio.

Decine di fanciulli, spesso esposti ad inevitabile sopra-infezione, viventi in case sopraffollate, anguste e malsane, hanno raggiunto, nel giro di mesi o di qualche anno, una stabilizzazione del processo morboso, e fanno eccezione soltanto alcuni casi nei quali la sopra-infezione è stata particolarmente prolungata e grave. Questa lenta evoluzione della tubercolosi primaria, questa sensibilità alle cure, questo aspetto di formidabile difesa che l'organismo infantile oppone al male, sono altrettanti fattori che impongono l'esecuzione di una ricerca su larga scala, eseguita con severo criterio e con mezzi adeguati, per svelare tempestivamente tutte le forme suscettibili ancora di efficace cura e di guarigione.

TUBERCOLOSI DELL'ILO POLMONARE

DISTRIBUZIONE PER ETÀ DELLE DIVERSE FORME

	Dalla nascita fino a tre anni	Da 4 a 6 anni	Da 7 a 9 anni	Da 10 a 12 anni	Da 13 a 15 anni	Complessivamente
Complesso primario	d.	2	2	5	2	11
	s.	1	3	3	2	9
Tubercolosi dell'ilo con scarsa reazione collaterale	d.	3	8	13	9	41
	sin.	1	6	7	6	24
	bilat.	—	2	4	6	15
Tubercolosi dell'ilo con infiltrato perifocale	5	7	5	4	—	21
<i>Totale</i>	10	28	34	32	17	121
Altre localizzazioni endotoraciche	5	31	34	29	46	145
Localizzazioni extratoraciche	9	14	18	25	12	78

BIBLIOGRAFIA CONSULTATA

- ACCORIMBONI e RE: *La tubercolosi ilare dell'infanzia*. « Riv. di Pat. e Clin. della tbc. », 1933, n. 10.
- ARCELLI: *Il problema tubercolare in un centro rurale*. Tipografia Combattenti, Siena, 1932.
- ARCHI: *Tubercolosi dell'ilo polmonare e infiltrati tissogeni paralarari*. « Minerva Medica », 1932, n. 20.
- BARONI: *La valutazione dei segni clinici e radiologici dell'adenopatia tracheo-bronchiale ed ilare nei fanciulli dell'età scolare*. « Archiv. di Med. e Chir. », 1934, n. 1.
- BERNARD: *La ricerca della tubercolosi nello scolaro*. « Riv. di Medic. Soc. di Tisiologia », 1932, pag. 241.
- BOCCHETTI: *Una grande iniziativa per la lotta contro la tubercolosi: l'obbligatorietà della cartella radiologica nelle scuole*. « Lotta contro la tubercolosi », 1932.
- BUSI: *Sull'esplorazione radiologica del torace nella tubercolosi polmonare*. Ed. Pozzi, Roma, 1929.
- BUSI e PAOLUCCI: *Indagini sulla percentuale di tubercolosi latenti e di complessi primari accertabili radiologicamente tra la popolazione infantile d'una zona rurale*. « Atti del III Congr. Naz. per la lotta contro la tubercolosi ».
- BUSI e TURANO: *L'inizio della tubercolosi polmonare nell'adulto*. Relazione al IV Congr. Naz. per la lotta contro la tubercolosi, 1931.
- CANNAS: *La frequenza dell'infezione tubercolare nella popolazione infantile di Sassari*. « Boll. della Soc. Ital. di Pediatria », 1935, fasc. 5.
- CHIEFFI: *Sulla frequenza della tubercolosi infantile nella città di Sassari*. « Studi Sarsaresi », vol. VIII, fasc. IV, 1930.
- CORBIA: *La mortalità per tubercolosi nella Provincia di Sassari*. « Studi Sarsaresi », vol. XII, fasc. II, 1934, Sassari.
- *Il Dispensario di Sassari nel biennio 1933-1934*. « Difesa contro la tubercolosi », n. 8-9, 1935.
- COSTANTINI-SOGLIA: *La cartella radiologica eseguita secondo criteri epidemiologici*. « Riv. di Patologia e Clinica della tbc. », 1933, n. 8.
- DE BENEDETTI: *Un parallelo fra tubercolosi polmonare dell'adulto e tubercolosi polmonare infantile*. « Riv. di Pat. e Clin. della tbc. », 1930, n. 12.
- *L'élite tubercolare*. « La Clinica Pediatrica », 1931, n. 10.
- DELLILLE-LESTOCQUOY e VIBERT: *Studio clinico della semeiotica dell'adenopatia tracheo-bronchiale tubercolare dell'infanzia*. « Presse Médicale », 1928, pag. 1262.
- ELIABERG e NEULAND: *L'infiltrazione epitubercolare del polmone, nel bambino*. « Jahrbuch für Kinderheilkunde », 1920, XCIII, 88.
- FEDERAZIONE ITALIANA NAZIONALE FASCISTA PER LA LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI: *Relazione della statistica della tubercolosi vitale nel Regno nel 1934-XIII*. Roma, 1935-XIV.
- FIORE: *Alcuni aspetti dell'infezione tubercolare nell'infanzia*. Conferenza all'Accademia Pistoiese, 1930, maggio.
- GAMNA: *Le modalità di origine e di evoluzione clinica della tubercolosi polmonare*. Relazione al XXXVII Congr. di Med. Interna, Edit. Pozzi, 1931.
- ILVENTO: *Igiene sociale della tubercolosi*. Edit. Pozzi, Roma, 1932.
- JEMMA: *La diagnosi della tubercolosi nell'età infantile*. Atti della VI Conferenza dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi, 1928.
- JORI: *Contributo allo studio clinico dell'infezione tubercolare nell'infanzia*. « Riv. di Pat. e Clin. della tbc. », 1935, n. 1.
- JOUSSET: *L'adenopatia mediastinica è la prima localizzazione della tubercolosi*. « Presse Médicale », 1927, n. 50.
- LEVESQUE: *Studio clinico della tubercolosi infantile*. Ed. Masson, 1931.
- LUZZATTO-FEGIZ: *L'infezione tubercolare e la tubercolosi endotoracica nell'infanzia*. « Riv. di Patologia e Clinica della tbc. », 1930.
- MAZZOLA: *Inchiesta sull'influenza esercitata dall'ambiente sui malati di tubercolosi polmonare e loro commoranti*. « Riv. Medico-Sociale della tbc. », 1934.
- MERCURIO: *La tubercolosi*. « Trattato di Pediatria », diretto da R. Jemma.
- MORELLI: *Lezioni cliniche alla Scuola di Tisiologia presso l'Istituto « B. Mussolini »*, Roma, 1932.
- NASSO: *Tubercolosi ganglio-polmonare di prima infezione nell'infanzia*. « Lotta contro la tbc. », 1934, n. 5.

- OMODEI-ZORINI: *Le modalità di origine della tubercolosi polmonare*. Relazione al XXXVII Congr. di Medicina Internaz., Edit. Pozzi, Roma, 1931.
- PACCHIONI: *Su i rapporti fra tubercolosi del bambino e tbc. dell'adulto*. « Riv. di Pat. e Clin. della tbc. », 1931, n. 8.
- PESTALOZZA: *Brevi considerazioni sulle forme cliniche della tubercolosi polmonare della seconda e terza infanzia*. « Policlinico Infantile », 1934, n. 8.
- RIST e LEVESQUE: *Contributo allo studio dell'adenopatia tracheo-bronchiale del fanciullo*. « Revue de la tuberculose », 1930, p. 145.
- SAGONA: *La localizzazione ilare primaria della tubercolosi polmonare*. « Riv. di Patologia e Clinica della tbc. », 1931, n. 8.
- *La tbc. dell'ilo polmonare dell'adulto*. « Riv. di Pat. e Clinica della tbc. », 1931, n. 9.
- SALOTTI e ARCELLI: *La cartella clinico-radiologica del torace negli alunni delle scuole elementari*. « Lotta contro la tubercolosi », 1934, n. 4.

55591



~~31252~~

