

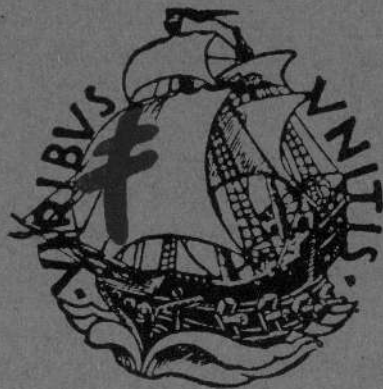


Prof. G. B. MARIOTTI BIANCHI  
GENERALE MEDICO

# PLEURITI ESSUDATIVE E IDONEITÀ AL SERVIZIO MILITARE

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi", - Anno VI, n. 9 - Settembre 1935-XIV

54  
B  
54  
42



STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA", - ROMA



Prof. G. B. MARIOTTI BIANCHI  
GENERALE MEDICO

**PLEURITI ESSUDATIVE  
E IDONEITÀ  
AL SERVIZIO MILITARE**

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi", - Anno VI, n. 9 - Settembre 1955-XIV



STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA", - ROMA



---

Nel fascicolo di marzo del 1934 del «Giornale di Medicina militare» apparve una mia breve nota, nella quale rappresentavo la necessità di rivedere i criteri che guidano il perito sanitario militare nello stabilire se un soggetto qualsiasi, in cui si scoprono esiti di lesioni tubercolari guarite, debba sempre essere giudicato inabile al servizio per il solo fatto della natura tubercolare della sofferta lesione, o se invece ci si debba basare sulla entità delle lesioni anatomiche e funzionali residue, senza tenere esclusivo conto della natura del sofferto processo morboso. La questione è da porre su questa base: oggi la quasi totalità degli adulti è tubercolizzata, eppure la gran massa degli uomini è giudicata idonea al servizio militare e lo compie senza danno; e se un individuo ha avuto una lesione specifica che è guarita e ben guarita da anni, non si può disconoscere che egli ha lottato ed è uscito vittorioso da questa lotta, allo stesso modo come un fanciullo ha vinto la sua battaglia, restando un Pirquet-positivo. Dunque, se danni anatomici e funzionali non esistono, o almeno sono assai lievi e tali da non compromettere lo stato di salute, di benessere del soggetto, la sofferta lesione, benchè di natura specifica, non può avere se non lo stesso valore di un focolaio silente, di quelli stessi cioè che solo la cutireazione ci svela e che ci consentono di dare un giudizio di idoneità al servizio militare.

Chiudendo la mia nota, mi auguravo che altri intervenissero, discutendo di un argomento che ha tanta importanza, teorica e pratica: ma il mio invito è rimasto vano e nessuno ha creduto di accoglierlo. Tuttavia al 40° Congresso di Medicina interna, tenuto a Roma dal 17 al 20 ottobre decorso, è stata presentata dal Maggiore Medico D'ALESSANDRO una assai pregevole relazione sulle pleuropatie nell'Esercito; e poichè le pleuriti sono proprio uno dei casi che io facevo nella mia nota del marzo, così la relazione D'ALESSANDRO, pur senza citare la mia nota, viene a discutere in certo modo proprio il contenuto di essa.

Ho creduto opportuno riprendere l'argomento; l'importanza di esso mi vi induce, ed essa è grande veramente, non solo per l'Esercito e per il medico

militare, ma anche perchè si riconnette a questioni sociali di grande interesse, come quelle della capacità di lavoro del pleurítico guarito, della frequenza con cui esso diventa poi un tubercolotico polmonare, della pensionistica militare di pace e di guerra, della infortunistica, dell'assistenza sociale, ecc.

\* \* \*

La questione delle pleuriti parziali, localizzate, o all'apice, o sulle scissure interlobari, o sul mediastino, quale è stata affrontata, sia pur brevemente, dal D'ALESSANDRO, non può portarsi in campo quando parlasti di pleuriti essudative: sono queste che rappresentano la classica pleurite, caratterizzata da versamento più o meno cospicuo, talora rilevantissimo. A tutti è noto, ad esempio, il quadro della sinfisi pleuro-apicale; ma non si possono certo considerare allo stesso modo questa e le pleuriti essudative, perchè diversa ne è la patogenesi, anche se in molti casi è identica l'etiologia: e lo stesso deve dirsi delle pleuriti interlobari, le quali si avvicinano piuttosto alle così dette *pleuriti secche* e spesso sono di natura non tubercolare. Ed anche le sinfisi pleuro-diaframmatiche e pleuro-mediastiniche meritano una trattazione del tutto diversa perchè diversa ne è la patogenesi e spesso anche la etiologia.

Così ci limiteremo a considerare le forme tipiche di pleurite, la essudativa: essa rappresenta una eventualità frequente, non solo nel giovane soldato, ma altresì nel civile, specialmente nell'età giovanile.

Ricordo a questo proposito che nel 1907 («Giornale medico del R. Esercito») illustrai sistematicamente 212 autopsie eseguite in un settennio all'Ospedale militare di Roma, dove disimpegnavo l'incarico di settore: tranne pochi, si trattava di soldati fra i 20 e i 23 anni. Orbene su 212 casi, in 107 esistevano lesioni delle pleure, e più particolarmente in 57 si trattava di esiti di antiche pleuriti, quasi sempre estese e spesso totali. Come si vede, utilizzo dati non sospetti, perchè antichi e non studiati per la questione che mi occupa oggi, sui quali possa influire involontariamente l'amore di una tesi da sostenere. Si trattava di soldati, morti per malattie svariatissime, per lo più acute, di cui il 27% avevano esiti di antiche lesioni pleuriche: è una percentuale così alta da far veramente riflettere.

Quanto alle pleuriti così dette secche, vi è da porre subito una pregiudiziale: che cosa significa questo termine: «pleuriti secche»? Tutto e nulla e sarebbe assai meglio non adoperarlo.

Intanto le così dette pleuriti secche sono, nella loro grande maggioranza, lesioni clinicamente non primitive, ma secondarie, di contiguità: esse conseguono a polmoniti, bronco-polmoniti, influenza, lesioni sottodiaframmatiche ed anche, sissignori, tubercolosi polmonare: esse nulla hanno a che vedere, per la loro etiologia, patogenesi, anatomia patologica ed anche prognostico con quella che si è chiamata «cortico-pleurite», mentre poi non

è infrequente udirle confondere fra loro. E poi quante volte ho visto battezzare per secche pleuriti a scarso versamento!

Ridotta così la cosa, si comprende che la così detta «pleurite secca» non può in niun modo confondersi colla pleurite essudativa o ad essa assomigliarsi, sotto nessun punto di vista. Vi sono molte, moltissime pleuriti secche, le quali guariscono lasciando aderenze, ma che, sia per la loro natura, sia perchè gli esiti funzionali definitivi non hanno che una tenuissima portata, consentono una vita lunga, in ottima salute: ed è naturale che sia così, dal momento che nella loro maggioranza non sono di natura tubercolare. Ora scorrendo la letteratura si trova che molti autori trattano alla stessa stregua le due forme, le essudative e le secche, riportando su queste ultime tutti i problemi che si affacciano quando si parla delle prime.

Il D'ALESSANDRO ha citato molti autori: e risulta chiara la confusione che molti hanno fatto tra le due forme. Per esempio, anche per le pleuriti secche si è cercato di stabilire, e l'ha fatto anche il D'ALESSANDRO, quanti ex infermi, dopo un certo numero di anni, fossero viventi e quanti godessero buona salute: ora io sostengo che si tratta di dati non confrontabili affatto fra loro, perchè delle così dette pleuriti secche molte non sono di natura tubercolare, ma dovute a infiammazione della pleura per contiguità di processo, per lesioni di organi vicini, il più spesso acute. Perciò non condivido affatto l'idea che non esista nessuna sostanziale differenza tra la forma essudativa e la forma secca.

\* \* \*

Quando si scorra la letteratura, si trovano affermazioni o considerazioni, a volte, strane: così, per esempio, ricordo lo STERN, il quale afferma che la pleurite non tubercolare, essudativa accompagna con frequenza la polmonite. Ora è noto a tutti che di norma si tratta in questi casi non di forme essudative, ma fibrinose, cioè di quelle così dette secche. Così pure WIDAL e MERKLEN dicono che la pleurite nel corso della febbre tifoide è spesso di così lieve entità e con sì scarso versamento che può passare inosservata: ora che la febbre tifoide si complichino talora a infiammazione di una o di ambedue le pleure, e che di solito si tratti di pleuriti a scarso versamento, e assai spesso non tubercolari, è cosa ben nota da molto tempo ed io stesso ne illustrai dei casi fin dal 1906 (*Le pleuriti tifoidi*, «Giornale medico del R. Esercito»). Ma almeno ci accorgevamo di quel tenue o anche tenuissimo versamento col dito percussore, e colla puntura estraevamo il liquido. Questo stesso argomento delle pleuriti a minimo versamento è stato poi ripreso dal DELACROIX, il quale nel Marocco, a Rabat, ha preso a caso 267 infermi (soldati) ospedalizzati per svariate malattie e in 38 ha trovato queste pleuriti: è evidente che all'Ospedale di Rabat tira l'aria cattiva, ma almeno il DELACROIX queste pleuriti le ha diagnosticate! Solo che poi arriva a una afferma-

zione curiosa: egli si pone il quesito della natura della malattia, e dichiara che l'esame radiologico non porta alcun contributo atto a risolverlo, al che non mi sentirei certo di sottoscrivere.

\* \* \*

Limitiamoci dunque alle pleuriti essudative e stabiliamo con precisione le cose nei loro riguardi:

1) Esse raggiungono la maggior frequenza nella gioventù: vi è chi dice fra i 20 e i 25 anni, altri dicono fra i 16 e i 25 anni, altri a 21 anni, altri fra i 15 e i 29, ecc. Comunque è certo che all'epoca del servizio militare ci troviamo proprio nel periodo di maggior pericolo di ammalare per lesioni infiammatorie della pleura, lesioni primitive nel senso clinico, spontanee.

2) Gli autori che si sono occupati dell'argomento sono d'accordo nel riferire la prevalenza numerica evidente, cospicua negli uomini, in confronto delle donne.

3) La gran massa di queste pleuriti essudative sono di natura tubercolare. E' questa una nozione ormai antica e ben sicura: e il D'ALESSANDRO nella sua casistica ne dà nuova conferma, concludendo che nell'89,66% si trattava di affezioni certamente tubercolari, come la prova biologica aveva dimostrato; e forse sarebbe stato meglio dire nel 92,86%, togliendo il caso di cui l'origine era transdiaphragmatica (appendicite).

Premesso ciò, è bene trarne alcuni corollari, che valgono ad illuminare l'importanza che ha la vita del soldato nella genesi delle pleuriti. E prima di tutto è ovvio che la caserma non vi entra per nulla, come tale. Poiché la pleurite essudativa è rara come forma di infezione tubercolare primitiva, poichè fra i 20 e i 25 anni sta il periodo in cui si verifica con grande prevalenza la malattia, anche nei non militari, anche nelle donne (anzi il GSEL dà addirittura il massimo a 21 anni, proprio l'età del soldato); poichè la pleurite si verifica di preferenza nei primissimi mesi del servizio e quindi, essendo secondaria, spesso non vi era nemmeno il tempo, dal momento della chiamata alle armi, per l'evolversi del focolaio primitivo, è chiaro che non in caserma è stata contratta l'infezione. La caserma non è bacillifera, lo diceva KELSCH; anzi se c'è una categoria di persone sicure, essa è proprio rappresentata dal soldato. Esso non ha interesse a dissimulare ed è sotto controllo continuo, magari con mille piccole inevitabili lacune e imperfezioni, mentre tutto il resto del genere umano non è finora controllato mai o lo è in modo molto più incompleto, imperfetto e saltuario. Cosicchè il bacillifero viene al più presto scoperto ed eliminato, assai più presto di quel che accada in una famiglia, in una scuola, in una officina.

D'altro lato oggi il giovane che giunga alle armi vergine è molto, molto raro, e persino le valli più recondite dei nostri monti hanno la tubercolosi. Il D'ALESSANDRO dà, e giustamente, importanza a fattori estrinseci, che alla

vita del soldato sono inerenti: l'alimentazione, l'allenamento, il nuovo genere di vita, ecc.; ovvero a fattori contingenziali, come cause perfrigeranti, malattie favorenti. Ripeto, ciò è giusto, ma non bisogna nemmeno sopravvalutare di tutti questi fattori la importanza: e specialmente non bisogna porre un troppo stretto rapporto fra questi fattori e la pleurite; non si capirebbe allora perchè debba venirne una pleurite e non una tubercolosi polmonare, mentre questa, lo sappiamo bene, è rara nel nostro Esercito e dà appena l'1-2 per mille della forza, in confronto del 5-7 e più per mille fornito dalle pleuriti. Vuol dire che per la pleura esistono particolari motivi pei quali essa si trova in condizioni di non poter resistere alla causa morbigena, condizioni che ritengo non abbiano nulla a che fare, per esempio, coll'alimentazione che nell'Esercito è sana e anche sufficiente, pur colla riserva di una certa scarsità di grassi, ed è anche gradita a tutti, checchè se ne dica, nè con le modificazioni neuro-umoralì portate dal nuovo regime di vita, su cui insiste il D'ALESSANDRO, e nemmeno con l'allenamento, il quale oggi è piuttosto intensivo, è vero, ma non può aver azione proprio ed esclusivamente sulla pleura. Nè bisogna sopravvalutare l'azione favorente di altre malattie, fra le quali una ve n'è che realmente produce con frequenza lesioni pleuriche, l'influenza. Si tratta di alterazioni per lo più localizzate, parziali, a tipo fibrinoso, che rientrano quindi nel gruppo delle così dette pleuriti secche e che spiegano tante cose che noi rileviamo con frequenza, anche a lunga distanza dalla sofferta influenza, come gruppi di sfregamenti localizzati a piccole porzioni del torace, specialmente alle basi, limitate, ma tenaci aderenze che ci occorre trovare talvolta soltanto quando più tardi si deve iniziare una cura pneumotoracica, dolori a piastra che ricompaiono dopo ogni causa reumatizzante, anche banale, o che insorgono di tempo in tempo, magari senza causa apprezzabile, ecc. Anche la polmonite è causa frequente di lesioni, per contiguità, della pleura, a tipo ordinariamente fibrinoso e anche questa è una delle cause di aderenze più o meno estese, ma sempre parziali, localizzate colà dove fu il blocco pneumonico e quindi alla base, o in alto, o su di una scissura interlobare. Tutte le altre malattie hanno a questo riguardo una importanza di possibilità, ma anche di rarità o di eccezionalità, anche la sifilide i cui rapporti reciproci con la tubercolosi sono ben noti, ma che per fortuna non è vero che sia tanto frequente nell'Esercito ed è in generale abbastanza ben curata, forse meglio che nel mondo civile, per le solite ragioni inerenti alle collettività vigilate.

Ma qui sorge una questione: le alterazioni pleuriche in tal modo prodottesi possono rappresentare, se antiche, un punto di minor resistenza per lo sviluppo di lesioni tubercolari, per esempio di una pleurite essudativa? ovvero, queste alterazioni pleuriche, se attuali, o recenti, possono facilitare la produzione in sito di focolai tubercolari? Teoricamente, nè l'una, nè l'altra eventualità possono negarsi: chi ha in sè una lesione tubercolare silente è disposto evidentemente a veder risvegliare l'infezione con impianto di nuovi focolai colà dove una lesione non specifica ha alterato e di conseguenza reso

meno resistente un organo o un tessuto qualsiasi. Praticamente bisogna pensare che questo accada raramente, quando si pensi che le alterazioni pleuriche da influenza, da polmonite sono molto frequenti. Quindi ripeto che a mio credere l'importanza coadiuvante delle varie malattie non è da sopravvalutare.

Tutto ciò ben considerato, bisogna pensare a qualche altra causa la quale agisca sulla pleura, causando a carico di essa l'attecchimento di una manifestazione specifica della quale nell'organismo esistevano già focolai spessissimo ignorati.

Il dire, come ha fatto taluno, che intorno ai 20 anni la pleura ha una grande predisposizione ad ammalare di tubercolosi può essere una frase, ma non dice nulla e spiega anche meno che nulla. Secondo me queste cause, al certo molteplici, sono rappresentate prima di tutto dal freddo. I vecchi medici di un'epoca da tempo tramontata davano a questo elemento un valore di primo ordine e poichè erano degli osservatori profondi, non possiamo negar valore alle loro osservazioni che sono del resto confermate da quelle nostre di ogni giorno. Le perfrigerazioni hanno una parte capitale nello sviluppo delle pleuriti essudative: si comprende che un organo così delicato e sensibile qual'è la pleura, in stato di continuo lavoro, diviso dalla cute da una parete che in fondo è assai sottile, possa risentire con facilità l'azione del freddo esterno, e questo è tanto più facile ad avvenire nel giovane, per lo più incurante di certi riguardi, e specialmente nel soldato che per la sua vita stessa è più degli altri esposto ai raffreddamenti corporei, anche, spesso, a corpo estuante. Chi ha fatto la vita del soldato sa quanto ciò sia frequente: e la cosa trova conferma da un lato nella riduzione del numero di pleuritici nell'Esercito, quale si è verificata da varii anni a questa parte, dall'altro nella maggior frequenza della malattia fra i carabinieri. La riduzione del numero dei pleuritici nell'Esercito coincide con la molto maggior cura che tutti hanno della salute del soldato: oggi egli non va alla ritirata all'aperto, ma ha le latrine notturne, ben riparate; nella maggior parte delle caserme i lavabi non sono più all'aperto, ma in appositi locali chiusi; si cura di più la prescrizione che al rientrare dalla marcia i soldati trovino le finestre delle camerate chiuse. Sono piccoli particolari, ma che hanno una grande importanza. Quanto ai carabinieri, essi hanno la caratteristica degli appostamenti notturni prolungati, degli stazionamenti per ore intere al vento, alla pioggia e questo non può non rappresentare causa frequentissima di perfrigerazioni intense. E forse non è impossibile che lo scarso numero di pleuritici osservato in alcuni eserciti, per esempio in quello degli Stati Uniti, debba mettersi in rapporto con l'abitudine al freddo, anche a corpo nudo, che gli americani hanno acquisito fin da bambini o da ragazzi. E un'altra prova si ha nel fatto che la donna, tanto meno esposta al freddo, dà una casistica assai minore.

Quando si pensi a tutto ciò, bisogna concludere che all'elemento *freddo* si dà troppo poco valore, mentre ne merita uno assai maggiore. Certo esso non è il solo, ma credo di non andare errato dicendo che gli elementi più

importanti a questo riguardo sono rappresentati dal freddo, dalla costituzione, dallo stato allergico, più o meno cospicuo dell'individuo.

Del freddo ho già fatto cenno: si tratta di refrigerazioni e quindi in tal senso si deve intendere la parola *freddo*. Sullo stato allergico è inutile aggiungere parole: con esso si cumulerebbe quello stato di immunità, umorale ed istogena, da taluni sostenuta. Infine, a proposito della costituzione, dirò che io sono tuttora convinto della importanza di essa nella genesi e sviluppo delle malattie tubercolari (v. PICCOLI, «Giornale di Medicina militare», dicembre 1934). Che sulla costituzione possa avere influenza la tubercolizzazione dell'organismo, si può ammettere, ma non credo che la costituzione microsplanchnica nella sua totale essenza possa essere l'effetto della tubercolizzazione: se così fosse, in certe regioni tutti dovrebbero essere microsplanchnici, dal momento che quasi la totalità di essi sono tubercolizzati: e d'altro lato certe regioni, come il Veneto, dove sono così frequenti i longilinei, non sono più tubercolizzate di certe altre. Dunque io resto fedele alla concezione classica italiana e ritengo che, se le pleuriti nell'Esercito sono scemate, una causa di primo ordine sia rappresentata anche dal fatto che oggi non vi è recluta a carattere longilineo spiccato la quale non passi per il reparto osservazione dell'Ospedale militare e per il reparto di accertamento diagnostico della tubercolosi. Qui sta la grande importanza di questi reparti, i quali consentono lo studio completo dei giovani e la eliminazione, non di colui che porta nel suo organismo i segni silenti di una infezione tubercolare (chi non li porta oggi?), ma di colui che per la sua costituzione fa ritenere che non saprà resistere, che cadrà sotto le fatiche, del resto innegabilmente gravi, del servizio militare.

Ed ecco ora il campo su cui la questione deve, secondo me, essere discussa: basta il solo fatto di avere avuto una pleurite essudativa per dichiarare inabile un soggetto al servizio militare, per riformarlo?

Questo è stato sostenuto dal D'ALESSANDRO, il quale ripetutamente, ma specialmente nell'ultimo capitolo, esprime un concetto che può riassumersi in questa formula: *tubercolosi=riforma*; e ciò senza discutere, senza classificare. E prima di lui altri avevano sostenuto le stesse idee, come per esempio il BRELET nel 1928: ma se si medita sul lavoro del BRELET si vedrà che la conclusione è in antitesi con le premesse. Si finirebbe così per concludere che chiunque abbia in sé l'infezione tubercolare, dovrebbe lasciare ad altri la cura di difendere il suolo della Patria, rifugiandosi, imboscandosi (diciamo pure la parola) in un'officina o magari in una commissione di requisizione quadrupedi o cereali. Ma allora, dico io, chi è che farà la guerra, dal momento che più del 90% degli uomini adulti hanno nel loro organismo l'infezione tubercolare? Ed è proprio vero che chi ha sofferto di una lesione tubercolare guarita è *sempre* un soggetto che non può rivestire la divisa?

Se fossimo in regime nazista, o razzista, si giungerebbe all'eccesso opposto: e come si prescrive per legge l'evirazione obbligatoria, così si stabilirebbe che il tarato, per tubercolosi o per altre cause, andasse in prima linea

a farsi uccidere, uccidendo. Si direbbe che questo sarebbe un mezzo efficacissimo, un Taigeto magnifico per liberare la Patria dai non valori: e forse si verrà anche a questo. Ma il Regime Fascista, profondo conoscitore ed idealizzatore della nostra psicologia latina, non è così... perfezionato e rifuggge da certi principi. Resta inteso che ognuno darà, in guerra, ciò che potrà, in relazione alle sue forze, e intanto il Regime continuerà nella sua opera luminosa, la quale consiste, non nel far uccidere di preferenza i non valori, ma nel trasformarli in esseri sani ed utili alla Società.

Ora dunque la questione è tutta qui: può il pleurítico guarito e ben guarito fare il servizio militare?

Nè si tratta di cosa di poco momento, perchè sono migliaia di uomini che, in definitiva, sarebbero arruolati o scartati; le statistiche dimostrano che ogni anno si osservano nell'Esercito molti, moltissimi casi di pleurite; a questi, corrispondenti alla sola forza alle armi, bisogna aggiungere i casi verificatisi prima del ventunesimo anno e quelli sviluppatisi dopo il ventitreesimo, cioè dopo che il soldato è tornato borghese: in definitiva, in caso di guerra, si tratta di giudicare una massa pari a parecchie divisioni. E' ben vero che una parte di questi soggetti si eliminano poi per decesso, in seguito a nuove lesioni tubercolari, ma in ogni modo si tratta sempre di una massa molto cospicua di uomini in più o in meno, su cui l'Esercito possa fare o no assegnamento.

Questo ci conduce a ripensare alle statistiche, prima di tutte a quella del D'ALESSANDRO: non che questa sia tale da acquietare ogni dubbio, ma certo per la abbondanza della casistica presa in esame e per la serietà e accuratezza delle indagini essa merita di esser posta in prima linea. Ora il D'ALESSANDRO viene a concludere che la eliminazione spontanea del pleurítico essudativo avviene, per fatto di manifestazioni tubercolari, nel 16,39 % dei casi, senza contare quelli che erano ammalati, ma non defunti, al momento del rilievo statistico, mentre, in definitiva, il 64,04 % stavano bene almeno da 6 a 7 anni.

Assai più gravi invece sono le statistiche dello STARNA, secondo le quali su 100 pleuríticos il 33,11 % ammalati di tubercolosi nel primo anno, il 12,16 nel secondo, il 16,89 nel terzo, il 4,73 nel quarto, il 12 nel quinto, senza contare gli anni successivi, ciò che vuol dire che nei primi cinque anni dalla sofferta pleurite ammalati di tubercolosi il 78,89 %, in cifra tonda, l'80 %. Ma non basta, vi è persino chi afferma che tutti i pleuríticos finiscono col diventare tubercolotici polmonari (100 %) o che almeno nell'81, o nel 72 % si verifica questa eventualità. E sembra che questa ecatombe si verifichi soltanto o maggiormente in taluni paesi, mentre in altri le cose andrebbero infinitamente meglio.

Ora tutto questo assolutamente non è e ognuno di noi, specialmente medici militari, vissuti fra continue visite di arruolamento, e specialmente addetti a reparti di accertamento diagnostico per la tubercolosi o a commissioni pensionistiche, ha incontrato ed incontra quotidianamente vecchi pleu-

ritici che da molti anni stanno bene. La cosa appare chiara specialmente a chi visita vecchi pleuritici del tempo di guerra, e sono trascorsi ormai 16 anni: si potrà dire che manca l'altro lato del binomio, non conoscendosi quanti di essi sono deceduti; ma si ha netta la sensazione che di questi pleuritici sono molti quelli che sono guariti definitivamente. Del resto vi sono i dati anatomici: e abbiamo visto quanto frequenti siano gli esiti di pleuriti essudative in soggetti morti per malattie certamente non tubercolari. Nè si può dimenticare che una strage di questo genere non si osserva nemmeno fra i tubercolotici polmonali guariti e tornati alla vita sociale, anzi siamo qui ben lungi da queste cifre spaventose. Dove se ne va dunque il concetto così radicato che fra le malattie tubercolari la pleurite essudativa sia una fra le più benigne, effetto e causa insieme di un efficace stato allergico? Dunque le statistiche vanno giudicate per quel che possono dare e che danno: e se ho detto che persino i dati riferiti dal D'ALESSANDRO non son tali da acquistare ogni dubbio si è perchè manca sempre, per necessità, l'altro elemento: bisognerebbe cioè poter conoscere quanti uomini non pleuritici della stessa regione, dello stesso mestiere, nutriti allo stesso modo, ecc. ecc., ammalano poi di forme tubercolari. Quindi, essendo tutto ciò impossibile, il valore da dare alle cifre statistiche non può essere assoluto. Tuttavia le statistiche del D'ALESSANDRO, pur con queste cautele, sono certamente assai accettabili.

Nè sembra si possa dare gran valore alla entità del versamento, mettendo in rapporto il grado di esso con la maggiore o minore frequenza delle successive manifestazioni polmonali: non si vede perchè una pleurite a grande versamento debba dare più facilmente lesioni tardive polmonali che non una forma a versamento un po' minore, pur tenendo nel conto dovuto il fatto che vi deve essere un certo parallelismo tra entità del versamento ed entità, estensione e tenacia delle aderenze residue.

La questione è molto importante; prima di tutto vi è il problema dell'arrolamento, poi quello, forse più grave ancora, della pensionistica di pace e di guerra, infine quello della eventuale necessità o opportunità di un provvedimento eliminativo definitivo, dopo la guarigione clinica. E, se si giungesse alla decisione di riformare tutti i pleuritici essudativi, si dovrebbe concludere che da più anni ed attualmente noi commettiamo errori medicolegali continui e gravi. Dal tempo, ormai antico, in cui si dava, a guarigione clinica avvenuta, un mese o due di licenza di convalescenza, si giunse a stabilire che, data la natura della malattia, com'era allora stata messa in luce, non si dovessero mai concedere meno di sei mesi, o più spesso, un anno. Come si vede, il passo era grande. Poi ci si spinse più innanzi e si ammise per i casi più gravi la riforma. Un altro passo ancora fu fatto quando si prescrisse che al ritorno dalla licenza questi infermi tornassero a un reparto di accertamento diagnostico, anzi possibilmente a quello che aveva concesso la licenza stessa.

Oggi siamo a questo punto e non credo siano frequenti i casi in cui si concede una licenza minore di sei mesi: ma bisogna essere logici e di conse-

guenza allo stesso modo come riprendiamo i reduci dalla licenza, se in buone condizioni, arruoliamo dei vecchi pleuritici, quando la funzionalità dell'emitorace è buona od ottima, e dal lato pensionistico diamo al vecchio pleuritico ben guarito, di solito, la 9ª categoria di pensione.

Se la pleurite essudativa comportasse sempre la riforma, per cagion della sua natura, si dovrebbe non arruolare mai questi soggetti e in pensionistica dare la 2ª categoria o al minimo la 5ª, con gli assegni di cura per giunta, e si vedrebbe tanta gente, oltre quella che già c'è, la quale lavorerebbe pressochè in pieno e percepirebbe fior di pensioni. E questo non è cosa da poco, perchè mentre la pensione al minorato è un sacrosanto dovere per lo Stato, quella a chi sta bene è una grave immoralità, che deprime grandemente lo spirito del cittadino.

Sta di fatto che molti pleuritici a cui diamo un anno di licenza ne tornano col torace che ha ripreso funzioni buone, stanno bene, sono in condizioni di ematosi e di nutrizione favorevoli e l'esame obbiettivo dell'emitorace già ammalato dà pochi residui: questo si verifica specialmente fra coloro che hanno contratto l'arruolamento volontario, come i carabinieri. Si dirà che ciò dipende dal fatto che per loro il riprendere o no servizio significa conservare l'impiego o perderlo, e sia pure che ciò abbia una influenza; ma chi è malato, chi non può far servizio si svela sempre agli occhi del medico e persino del superiore della compagnia e d'altro lato l'argomento è controvertibile, perchè si può dire che colui che ha semplicemente la ferma di leva può essere indotto a esagerare i suoi disturbi, per tentare di esimersi da quello che senza dubbio è un peso non lieve, il servizio militare di leva.

Del resto bisogna tener conto che quanto all'influenza di una pregressa pleurite essudativa sull'eventuale sviluppo di una tubercolosi polmonale, nella letteratura vi è la confusione delle lingue e mentre per taluni, come si è visto, il vecchio pleuritico è facile preda della tubercolosi polmonale, per altri ne è preda men facile o, se ne è preso, più facilmente guarisce.

Ricordo che in quest'ordine di idee era anche CALMETTE, il quale aveva osservato che difficilmente i pleuritici ammalano della più grave forma di tubercolosi, quella miliare: e molti sono gli AA. che hanno sostenuto come la pleurite costituisca quasi un mezzo di difesa contro la tubercolosi polmonale; fra essi basterà citare, per esempio, il KUGELMANN, e, in questi ultimi cinque o sei anni, parecchi altri, di cui taluni italiani (BARLOTTI, MORETTI, MORO, SOGLIA, ecc.).

Ora che la pregressa pleurite essudativa faccia bene, impedisca cioè di ammalare di tubercolosi polmonale, o renda la malattia più agevolmente guaribile, non sembra si possa dire bene accertato, almeno senza nuove e più vaste indagini; e ben poco persuasivo sembra il considerare l'essudato pleurico come un pneumotorace terapeutico nei casi in cui pleurite e lesione polmonale coesistono; ma d'altro lato non è neanche da accogliere senz'altro il postulato che la pleurite pregressa, anche se ben guarita, renda più facile lo sviluppo di una tubercolosi polmonale. Ho già detto che la guarigione

della pleurite deve ritenersi espressione di uno stato, più che immunitario, allergico cospicuo e perciò da questo punto di vista può giudicarsi segno di una lotta avvenuta con la vittoria dell'organismo. Ma per arrivare a questa vittoria bisogna sempre ammettere: 1) una guarigione veramente buona, con aderenze non troppo vaste e tenaci, senza o con lieve retrazione dell'emitorace e con meccanica respiratoria che molto si avvicini al normale; 2) una costituzione morfologica che riveli un organismo che sa lottare, e che vada unita a uno stato di nutrizione e di ematosi buono. Ora se sulla costituzione, nell'adulto, non possiamo influire gran che, possiamo invece agire con grandissima efficacia sul modo di guarigione del pleurítico, sì che in definitiva il soggetto riconquisti una sufficientemente buona meccanica respiratoria.

È inutile che io mi dilunghi su questo; ma vorrei permettermi di ricordare la necessità di evitare il più possibile le aderenze, ricorrendo al pneumotorace consecutivo all'estrazione del liquido, secondo quanto ci ha insegnato il MORELLI. È certo, ed io ne ho visti casi brillantissimi, che con questo mezzo si ottengono guarigioni ideali.

Su tutto ciò il perito deve meditare profondamente: ho visto un Ufficiale che ebbe una pleurite essudativa da bambino, all'età di 10 anni; guarito ottimamente, fu arruolato a suo tempo e giunse fino a Tenente in servizio permanente. Per tre anni condusse la vita dura dell'interno di una delle nostre colonie, tornò in Italia, poi, dopo qualche anno di servizio in patria nella più continua e perfetta salute, fu ripreso dalla nostalgia dell'Africa e subì una visita collegiale per la nuova assegnazione in colonia. L'esame obiettivo del torace non dava pressochè nulla, ma la radiografia rivelò una lieve riduzione del seno, con una altrettanto lieve deformità della cupola. Si crederebbe? dopo 25 anni di salute perfetta, con dieci e più anni di vita militare, in patria e in colonia, fra disagi d'ogni genere, la commissione diede giudizio di inabilità alle colonie. Ciò implicava evidentemente anche l'inabilità a tutti i servizi, quindi una carriera troncata, dopo tanti anni di lavoro. Per fortuna il giudizio fu riformato dalle Autorità sanitarie superiori, e l'Ufficiale compie tuttora servizio in colonia ottimamente. Questo serve a dimostrare fino a qual punto può condurre la pregiudiziale, il feticismo della natura del processo pleurítico e questi casi non sono assolutamente rarissimi; e d'altro lato, quando si consideri che almeno il 90% dei casi di pleurite essudativa è di natura tubercolare, è vano far questione di natura e tanto fa dire che la pleurite importa, come conseguenza necessaria, la riforma.

\* \* \*

Nella mia brevissima nota dell'anno scorso io dicevo: «È dunque illogico basarsi soltanto sul reperto degli esiti di pleurite per respingere dalle file dell'Esercito un giovane: il perito non ha il diritto, nè il dovere di farlo con un criterio così semplicistico. Si corre il rischio di respingere colui che

è stato saggiato, ha lottato ed ha vinto e arruolare colui che nessuna prova ha dato di saper resistere, che magari è in uno stato allergico assai meno efficiente: si corre rischio, in una parola, di prendere il cattivo per il meno buono, di fare insomma il rovescio di quel che la logica e la scienza consigliano...».

«La via da seguire è un'altra: invece di attaccarsi alla sofferta malattia come tale, respingendo questi esseri senza discussione, il perito deve basarsi su di un concetto diverso, quello dei danni, dei guasti che l'infermità ha lasciati nell'apparato respiratorio, danni che è possibile rilevare con l'esame obbiettivo, con quello funzionale, con quello radiologico. Guardate allora se esistano retrazioni dell'emitorace e di quale importanza, guardate se il seno costo-frenico è tale da consentire una sufficiente espansione del lembo polmonale, tenete conto dei dati della spirometria, dati che bene spesso si trascurano ed è male, tenete conto dello stato generale, dell'ematosi, cercate coll'esame radioscopico quali danni ha subito il seno e con l'esame radiografico la entità e la vastità delle aderenze, eseguite la cutirazione, che oggi è spesso trascurata, mentre vi dà indicazioni preziose sulla vigoria con la quale il soggetto sa mantenersi in stato allergico, cercate minutamente e con tutti i mezzi se vi siano focoli che esistano nell'organismo focolai tubercolari attivi. Quando tutte queste prove vi dimostrino che il soggetto si mantiene in ottime condizioni di allergia e che il suo apparato respiratorio è in buone condizioni anatomiche e funzionali, perchè vorrete voi giudicare inabile al servizio questo vecchio, vecchissimo pleurítico?...».

Non ho nulla da cambiare oggi, a quanto dissi un anno fa e resto fermo nella mia idea, malgrado la eccellente e completa relazione del D'ALESSANDRO: nè vedo perchè mai la tubercolosi, specialmente quella pleurica, non debba poter guarire in modo da consentire un giudizio di idoneità al servizio militare, quando tutte le malattie, anche le più gravi, anche quelle che più compromettano le condizioni dell'organismo o di un organo, dimostrano la possibilità della guarigione, tale da consentire il più rude lavoro nella vita civile. Si crede forse che il minatore, l'operaio degli alti forni, il contadino lavorino meno del soldato? Anzi, malgrado che taluno mi abbia accusato di giungere a paradossi, io insisto ancora su di un'altra affermazione: se guarito e ben guarito, anche il tubercolotico polmonale può, nei limiti delle sue possibilità, dare il suo braccio alla Patria, naturalmente dopo parecchi anni dall'avvenuta guarigione e purchè le condizioni anatomiche e funzionali del suo apparato respiratorio siano tornate tali da consentirlo. Si pensi al problema, ormai vecchio di parecchi anni, della possibilità di riammettere al lavoro civile il tubercolotico polmonale guarito, e della riduzione professionale dei già tubercolotici: se questa riutilizzazione sociale è possibile, se il contadino può compiere di nuovo il suo lavoro, che è veramente duro, specie in certi casi e in certi periodi dell'anno, non vedo perchè non si debba parlare di riacquistata idoneità al servizio militare, magari limitato o ridotto. Del resto sono i fatti quelli che contano e, malgrado le

nostre rigide teorie medico-militari, abbiamo avuto esempi luminosi di tubercolotici polmonali guariti i quali sono tornati alle Forze Armate.

Nè si dica che l'art. 11 dell'Elenco delle infermità esimenti dal servizio militare prescrive la riforma: esso, come tutti gli altri, riferentisi alle più svariate malattie, riguarda la *malattia tubercolare*, cioè le lesioni clinicamente manifeste ed in atto, ma non può riguardare gli esiti di esse, nè l'*infezione tubercolare*, perchè in tal caso potremmo licenziare l'Esercito senz'altro. E il comma secondo dell'art. 11 lo conferma, perchè introduce anche qui il *concetto di cura*: è dunque evidente che l'Elenco non esclude affatto la possibilità di giudicare idoneo un soggetto che ebbe una forma tubercolare di qualsivoglia organo e della quale è guarito. Sarà il caso allora di giudicare come il soggetto è guarito, se cioè le lesioni residue consentano la prestazione del servizio militare e a questo è deputato il perito, il quale, se colto e saggio e dotato della necessaria esperienza, saprà risolvere il problema. E guai se si dovesse giungere alla eliminazione definitiva sempre: le statistiche del D'ALESSANDRO dimostrano, come si è visto, che nel 61% circa dei casi di pleurite si era ottenuto in definitiva, e dopo molti anni, uno stato di buona salute. E' lecito all'Esercito, alla Patria rinunciare a tutti questi soldati?

Concludendo, il pleuritico ben guarito può essere benissimo idoneo al servizio più o meno completo: bisognerà vedere come è guarito e non preoccuparsi della natura della sofferta pleurite, perchè all'ingrosso quasi tutte sono tubercolari e, guarite, rappresentano l'esito di una lotta vittoriosa dell'organismo. E come non si respinge chi ha la cutirazione positiva, così non si deve respingere chi ha vinto la sua battaglia. La guarigione buona sarà allora la miglior garanzia che quell'apparato respiratorio potrà corrispondere a tutti i bisogni, resistere a tutte le traversie, anche quando esso dovesse in seguito soggiacere a malattie d'altra natura, allo stesso modo come vi resisterà un apparato respiratorio che la pleurite non abbia mai sofferta.

Roma, febbraio 1935-XIII.

55557

