



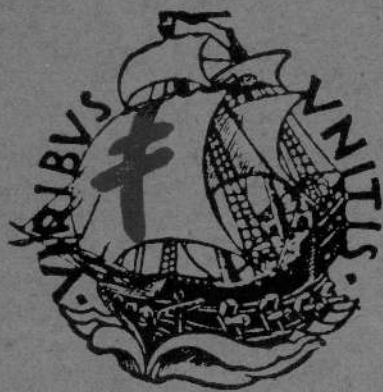
ISTITUTO « CARLO FORLANINI »
CLINICA DELLA TUBERCOLOSI E DELLE MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: on. prof. E. MORELLI

Dott. GIOVANNI L'ELTORE

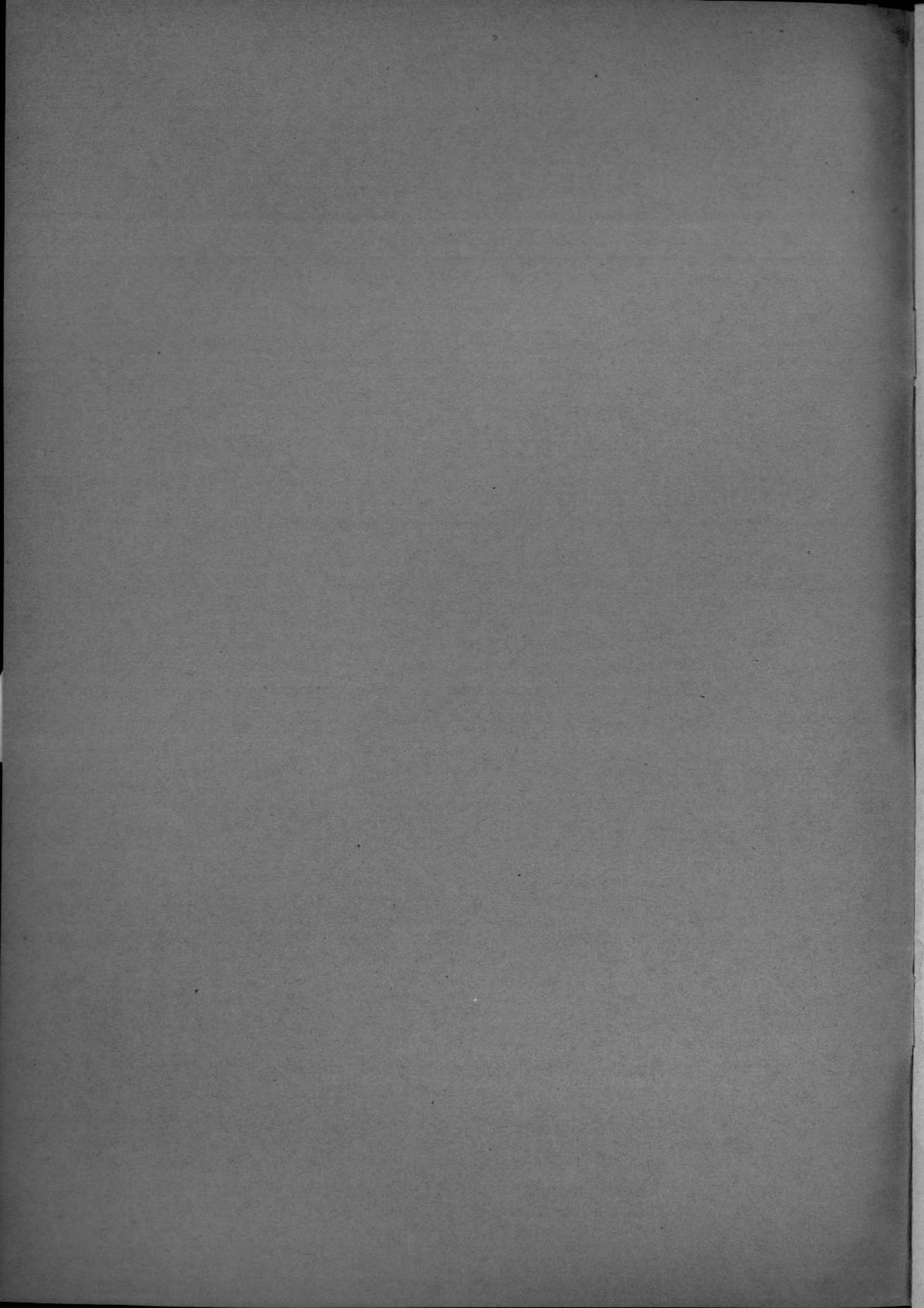
Contributo clinico allo studio delle bronchioliti bronchiettasiche

Estratto dalla Rivista « Lotta contro la tubercolosi » - Anno VII, n. 12 - Dicembre 1936-XV

Handwritten notes:
Nix
B
54
58



STABILIMENTO TIPOGRAFICO « EUROPA »
ROMA - VIA DELL'ANIMA, 45



ISTITUTO «CARLO FORLANINI»
CLINICA DELLA TUBERCOLOSI E DELLE MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: on. prof. E. MOSELLI

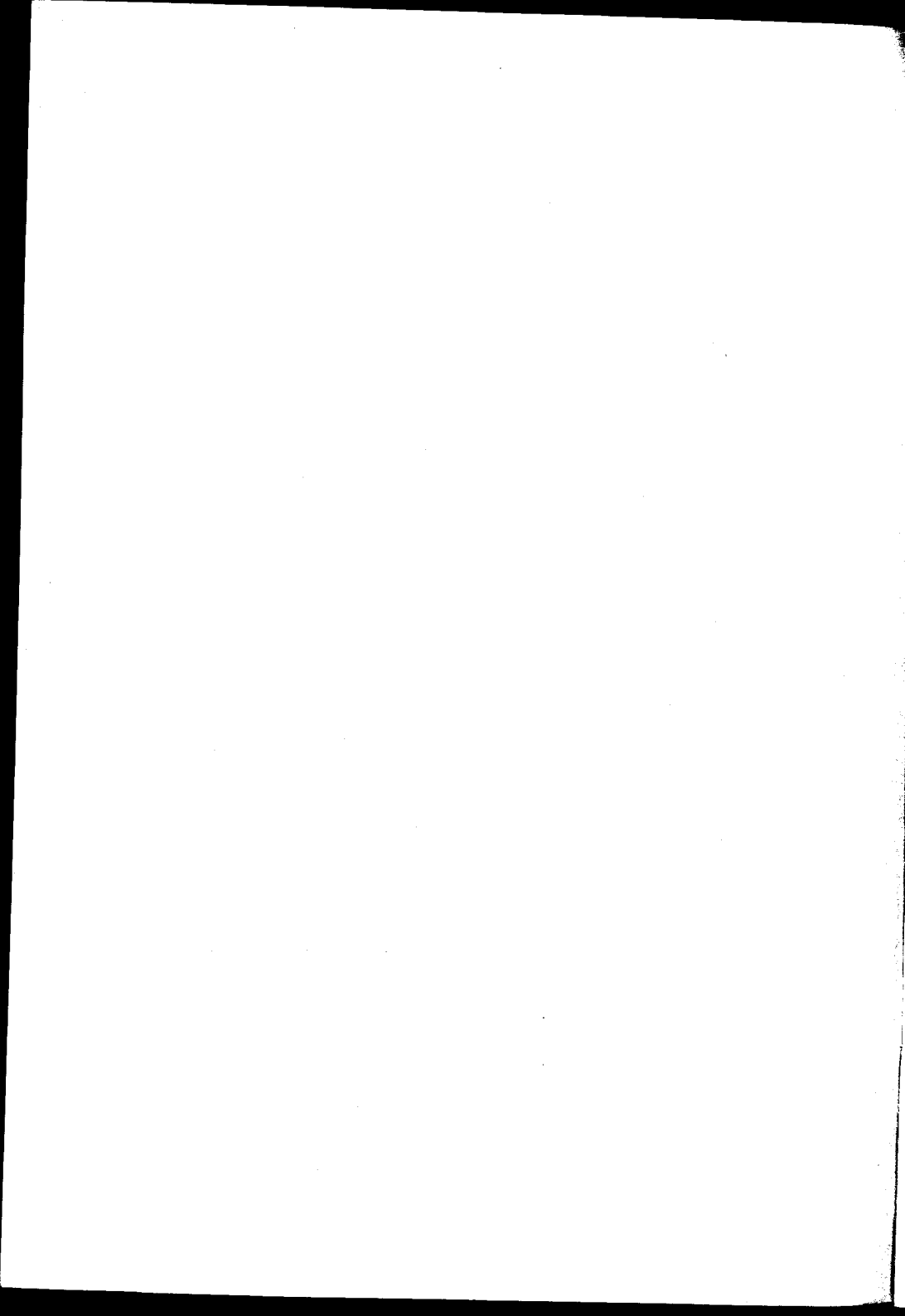
Dott. GIOVANNI L'ELTORE

Contributo clinico allo studio delle bronchioliti bronchiettasiche

Estratto dalla Rivista «Lotta contro la tubercolosi» - Anno VII, n. 12 - Dicembre 1936-XV



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA»
ROMA - VIA DELL'ANIMA, 45



Elementi d'ordine clinico ed assicurativo consigliano di insistere su questa particolare entità morbosa, che è stata identificata e precisata nel suo quadro patogenetico, clinico ed anatomico-patologico dell'OMODEI ZORINI al 40° Congresso di Medicina Interna nel 1934.

Le bronchioliti bronchiectasiche vanno quindi considerate sotto un duplice punto di vista clinico ed assicurativo. Clinico, perchè questa sindrome ha un decorso proprio ed una determinata fisionomia, che la differenzia nettamente dagli altri quadri di bronchiectasie, e si presenta di particolare interesse all'osservazione, data la difficoltà diagnostica quando non si conoscano tutti gli elementi anamnestici, semiologici e radiologici, che sono stati illustrati e messi in chiara evidenza nella relazione ufficiale su «le bronchiectasie» dall'OMODEI ZORINI. Assicurativo, perchè il tisiologo è chiamato più volte a dissipare dubbi ed a dare il suo giudizio su questa forma, che facilmente spinge a porre una diagnosi di bronchite superficiale tubercolare o di tubercolosi emoftoica abortiva, con danno economico per gli Enti, che hanno assunto l'onere della cura della tbc., e con grave allarme e preoccupazione per quelle famiglie, per quelle comunità, dove si è verificato un quadro morboso del genere. Ritengo perciò non indifferente il modesto contributo casistico, che ho raccolto su questa sindrome particolare delle bronchiectasie, che hanno vissuto per oltre un secolo, fin dalle prime osservazioni di LAENNEC del 1819, all'ombra del grave problema clinico sociale della tubercolosi polmonare.

È bene perciò precisare ancora una volta le caratteristiche principali e fondamentali, che consentono al medico la possibilità di formulare la diagnosi di bronchiolite bronchiectasica. Mi riporto a quanto l'OMODEI ZORINI, sulla base di numerose osservazioni personali, ha detto: «questa sindrome larvata ha un decorso proprio, per lo più emoftoico, generalmente benigno, e rappresenta un'effigie in miniatura delle bronchiectasie conclamate. I caratteri che la distinguono e che consentono la diagnosi sono i seguenti: 1) uno stato bronchitico secco o con scarsa secrezione, che risale di solito, ad un'epoca infantile e giovanile, senza febbre, nè astenia, nè deperimento, senza bacilli di Koch nell'espettorato; 2) frequenti episodi emoftoici ricorrenti con o senza focali broncopneumonici acuti e sub-acuti; 3) all'esame fisico un reperto costante di bronchite e bronchiolite capillare, circoscritta ad una o alle due basi polmonari, senza fatti cavitari; 4) all'esame radiologico, eseguito con i mezzi di contrasto, un quadro di dilatazioni

cilindriche, circoscritte ad un piccolo distretto bronchiale, corrispondente ai sintomi clinici senza focolai polmonari tubercolari o di altra natura in stato di attività».

Richiamati così gli elementi semiologici, clinici e radiologici delle bronchioliti bronchiettasiche, passo alla esposizione di nove casi, raccolti quest'anno in parte dal materiale dell'Istituto «Carlo Forlanini» ed in parte dalla casistica privata del mio Maestro, prof. MORELLI, e dell'OMODEI ZORINI.

CASO N. 1. — E. Giulia, d'anni 19, domestica, umbra.

Anamnesi familiare: Nonno paterno morto di tubercolosi polmonare; padre morto all'età di 79 anni per tubercolosi (riattivazione di precedenti tubercolosi polmonare sofferta nella giovinezza); madre morta a 47 anni, in seguito ad operazione per probabile carcinoma gastrico. Due fratelli sono morti, uno a 26 anni ed uno a 23 per tubercolosi polmonare, un terzo è stato malato di tubercolosi polmonare ed un quarto è tuttora ricoverato in sanatorio perchè affetto da tubercolosi ossea.

Anamnesi personale: All'età di 2 anni fu colpita da affezione acuta all'apparato respiratorio durante la pandemia influenzale del 1918. Ne residuò per sempre tosse e modica espettorazione. A 6 anni bronco-polmonite sinistra. A 11 anni bronchite acuta. A 12 inizio delle mestruazioni, che sono state sempre regolari per ritmo, qualità e quantità. A 13 anni febbricola per 5 mesi con accentuazione della tosse e dell'espettorato, per cui fu ricoverata in ospedale e sottoposta a cure generali ricostituenti. L'esame dell'espettorato risultò negativo per la ricerca del bacillo di Koch e l'esame radiologico esclude la presenza di lesioni tubercolari. A 17 anni, oltre la tosse e l'escreato, ebbe febbricola, dimagrimento ed astenia, per cui fu nuovamente degente in ospedale e sottoposta ad accertamenti clinici, radiologici e batteriologici, che escludono la presenza di lesioni specifiche, tanto che fu inviata, dopo un mese, in un convalescenziario. A 18 anni, nell'agosto del 1935, ricomparsa di rialzi termici con accentuazione della nota sintomatologia per un breve periodo di tempo.

E. O. all'ingresso: Condizioni generali buone con stato di nutrizione e sanguificazione normale. Torace cilindrico-conico senza sintomi patologici degni di rilievo alla ispezione, palpazione e percussione. Il margine polmonare inferiore sinistro ha la mobilità attiva inspiratoria ridotta ad un solo centimetro. All'ascoltazione alla base di sinistra rantoli, a piccoli e medie tonche, inspiratori, disposti a striscia sul margine polmonare.

L'esame radiologico diretto non consente di rilevare alterazioni nel disegno polmonare (fig. 1). La broncografia invece mette in evidenza tipiche dilatazioni saccolari dei piccoli bronchi alla base polmonare di sinistra (fig. 2).

Diagnosi clinica: Bronchiolite bronchiettasica basilar sinistra, non emoftoica di probabile origine acquisita.

CASO N. 2. — S. Francesco, di anni 36, commerciante, coniugato.

Nulla degno di rilievo nell'anamnesi familiare.

Anamnesi personale: Fin dall'infanzia è andato soggetto con una certa frequenza alle affezioni catarrali delle prime vie respiratorie, rinofaringiti e bronchiti, che si ripetevano ogni inverno, ma anche con facilità durante la stagione primaverile. Nel 1916 contrasse diarrea, guarita in poco tempo senza complicazioni. Nel 1918, durante il servizio militare, in pieno benessere, prima emottisi abbondante con emissione di sangue rosso schiumoso, a bocca piena, a cui seguirono, per pochi giorni, sputi ematici mescolati a catarro e lievi rialzi termici, senza notevole alterazione dello stato generale. Dopo qualche giorno si rimise completamente e tornò alle sue occupazioni. L'emottisi si è ripetuta con gli stessi caratteri nel 1923, 1926, 1929, 1930, 1936. Ha avuto quasi sempre in questi anni scarso escreato, che, fatto più volte esaminare, è stato negativo per la ricerca del bacillo di Koch. Lo stato generale si è conservato buono nonostante il paziente abbia sempre lavorato avarare. Le ultime due emottie si sono verificate nel marzo u. s., a pochi giorni di distanza l'una dall'altra.

Viene a farsi visitare al Dispensario dell'Istituto «Carlo Forlanini» il 25 maggio 1936.

E. O. all'ingresso: Soggetto normotipo, stato generale buono, Masse muscolari toniche e trofiche. Apparato linfo-gliandolare indenne. Torace cilindrico con mobilità ridotta all'emitorace sinistro. F.v.c. indebolito alla base sinistra, dove si apprezza ipofonesi. Il margine polmonare sinistro ha una mobilità attiva inspiratoria di 1 cm. All'ascoltazione: respiro bronco-vescicolare alla base sinistra, dove in una zona a striscia, sopra il limite polmonare infero-posteriore, specie sotto tosse, si ascoltano finissimi rantoli, sotto-crepitanti, in- ed espiratori.

L'esame radiologico diretto non fa rilevare alterazioni particolari nei campi polmonari. La broncografia mette in evidenza alcune dilatazioni saccolari dei piccoli bronchi alla base sinistra (fig. 3).

Diagnosi clinica: Bronchiolite bronchiettasica emoftoica basilar sinistra di probabile origine congenita.

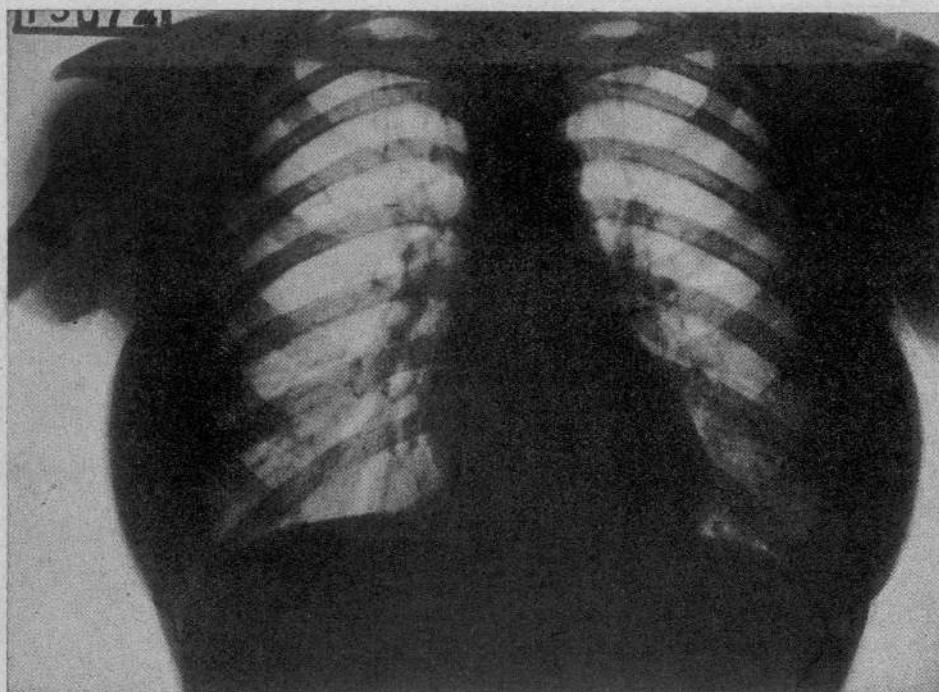


FIG. 1. - Caso I: E. Giulia.

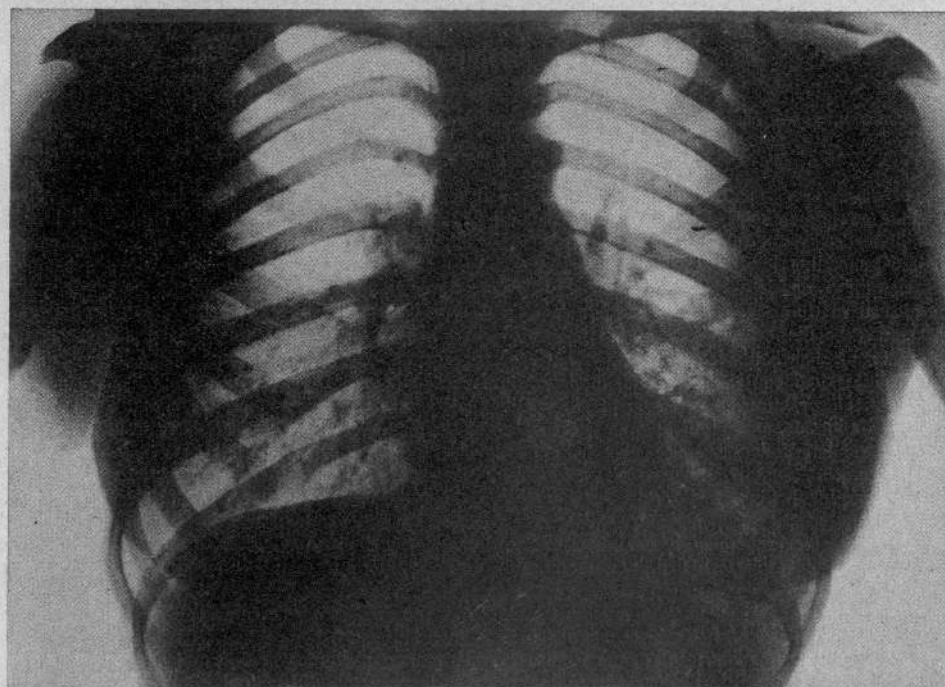


FIG. 2. - Caso I: E. Giulia.

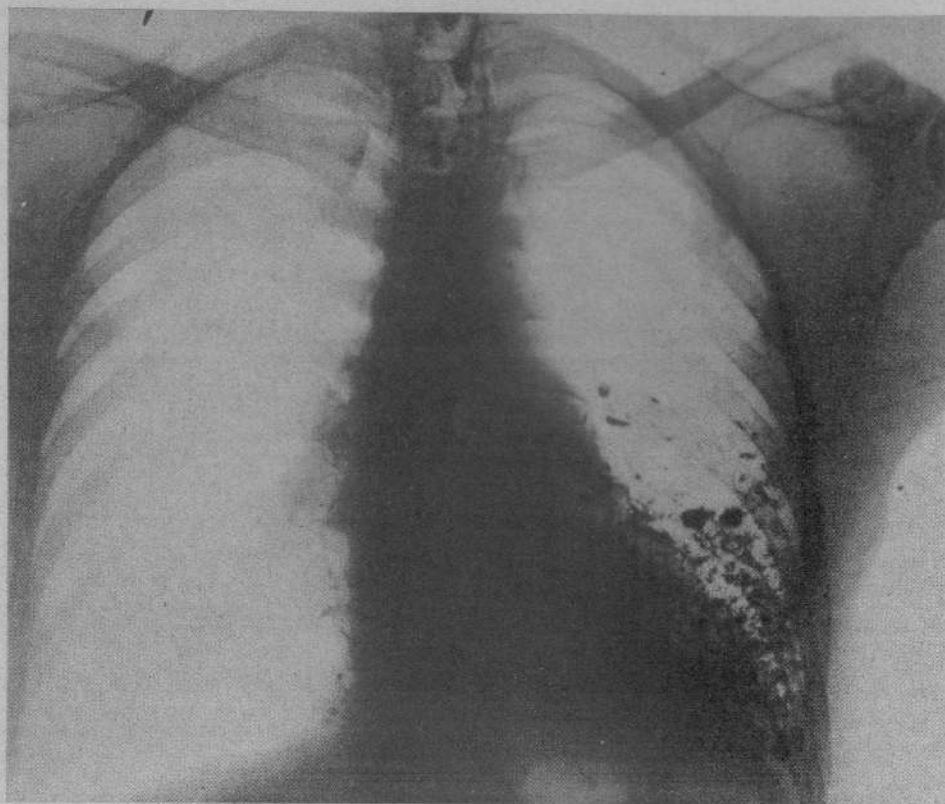


FIG. 3. - Caso II: S. Francesco.

CASO N. 3. — M. Francesco, di anni 29, muratore, coniugato.

Anamnesi familiare: Padre morto in giovane età per malattia non precisata. Madre vivente, soffre di mania di persecuzione. Null'altro di notevole.

Anamnesi personale: Nell'infanzia ha avuto il morbillo. Modico fumatore e bevitore, ha prestato regolare servizio militare. E' stato sempre bene fino al dicembre 1934, epoca in cui ammalò di bronco-polmonite destra con febbre alta fino a 41° centigradi, durata circa 10 giorni. Successivamente le condizioni generali e locali del paziente migliorarono in breve tempo, fino alla scomparsa quasi completa dei sintomi morbosi: residuò solo per qualche tempo scarsa tosse e modica espettorazione di aspetto mucoso al mattino. Non deperimento, non astenia, appetito conservato. L'11 febbraio 1936, improvvisamente, ebbe discreta emoftoe, non seguita da febbre, nè da aumento apprezzabile della tosse e dell'escreato, nè d'altro disturbo. Visitato all'Ospedale di Formia venne inviato al nostro Istituto, ove entra il 30 aprile 1936 con diagnosi di lesione specifica.

E. O. all'ingresso: Soggetto a costituzione brachitipica in ottime condizioni generali di nutrizione e di sanguificazione, apirettico; non cianosi, nè dispnea, masse muscolari toniche, trofiche, sistema linfo-ghiandolare indenne.

Al torace nulla di patologico all'ispezione ed alla palpazione. Suono di percussione normale; alla base i margini polmonari inferiori sono a livello della decima apofisi spinosa dorsale con mobilità attiva inspiratoria di 2 cm. a sinistra e di 4 cm. a destra. All'ascoltazione: murmure vescicolare ovunque normale, ad eccezione della base sinistra, dove si ascoltano, disposti a striscia, finissimi rantoli sottocrepitanti, in- ed espiratori, fissi, non modificabili con i colpi di tosse, nè con i cambiamenti di posizione del paziente.

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO: Normale. Nulla degno di rilievo all'esame degli organi addominali.

L'esame dell'escreato: Koch negativo (anche all'arricchimento).

Radiografia del torace: All'esame diretto non si notano alterazioni nei campi polmonari, mentre con i mezzi di contrasti si rileva invece la presenza di numerose dilatazioni cilindriche e sacciformi dei piccoli bronchi alla base sinistra (fig. 4 e 5).

Diagnosi: Bronchiolite bronchiectasica emoftoica basilar sinistra di origine acquisita.

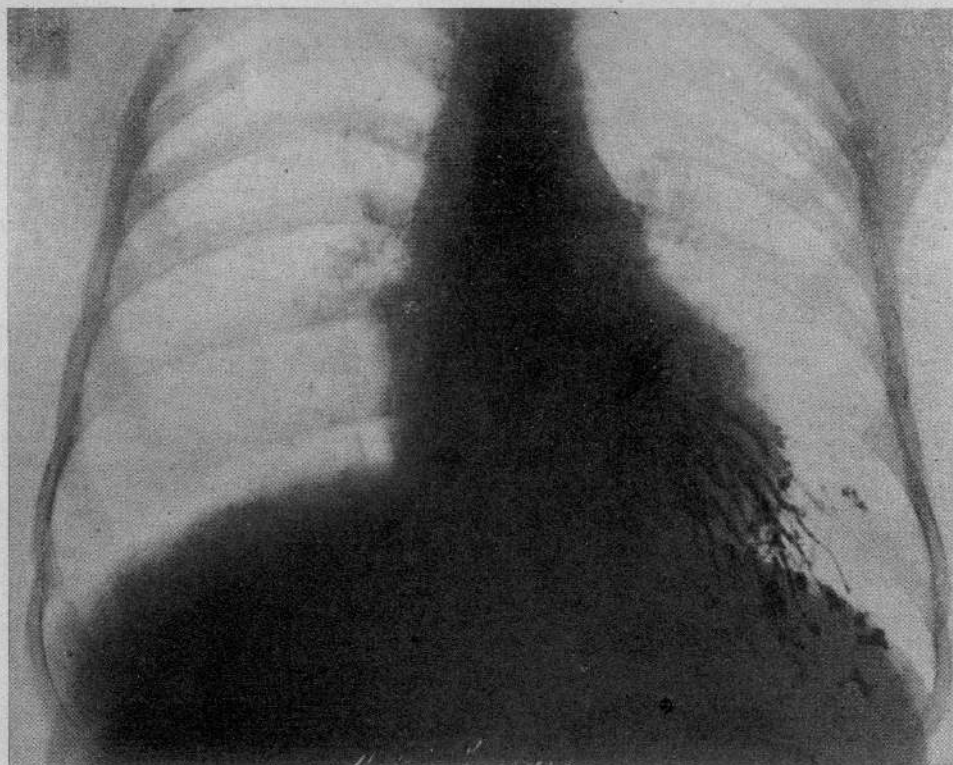


FIG. 4. - Caso III: M. Francesco.



FIG. 5. - Caso III: M. Francesco.

CASO N. 4. — R. Renata, di anni 31, nubile, casalinga.

Anamnesi familiare: Una zia materna morta per tubercolosi polmonare prima della nascita della paziente. Null'altro di notevole.

Anamnesi personale: Nell'infanzia ha sofferto di morbillo e di pertosse, malattie guarite entrambe senza complicazioni. Le mestruazioni s'iniziarono a 17 anni e furono alquanto irregolari, in genere posticipate. Verso il 10° anno di età cominciò a presentare, senza causa apparente alcuna, notevole deperimento, accompagnato da anemia e da astenia, non irregolarità nella temperatura, nè altri disturbi. Fece cure ricostituenti con esito poco soddisfacente. Pare che dopo alcuni anni, avvenuto lo sviluppo sessuale, lo stato generale sia migliorato.

Nel novembre 1928 affezione febbrile acuta, con tosse secca, dolori all'emittoce destro, diagnosticata *pleurite secca destra*. In quell'epoca, durante un accesso di tosse, ebbe una prima violenta *emottisi*, a bocca piena, con emissione di sangue rosso vivo, schiumoso ed in quantità di circa un bicchiere. All'emottoe non seguì alcun rialzo febbrile e si ebbe anzi regressione di tutti i sintomi morbosi, la temperatura andò len-

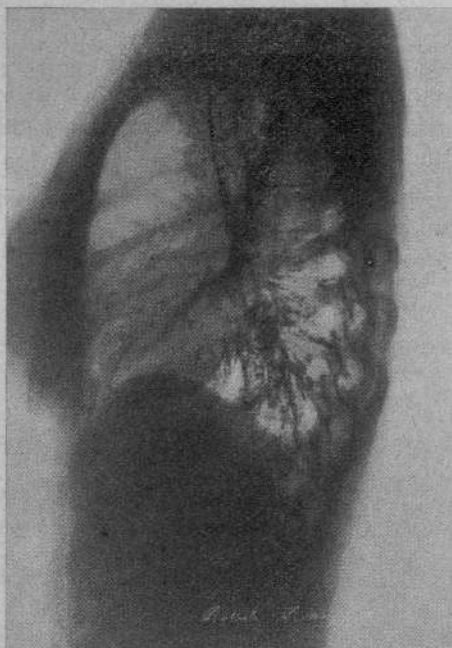


FIG. 6. - Caso IV: R. Renata.

Torace ben conformato, simmetrico con prevalenza del diametro trasverso, mobile egualmente in ambo i lati sia in eupnea che nelle inspirazioni forzate. Nulla di notevole alla palpazione ed alla percussione: margini polmonari inferiori alla decima vertebra dorsale, mobili 3,5 cm. All'ascoltazione a destra posteriormente dall'angolo della scapola in basso fini rantoli, sotto-crepitanti, inspiratori, inconstanti, non modificabili con i colpi di tosse, e che si estendono sino all'ascellare posteriore. Tale reperto ascoltorio è stato di difficile rilievo perchè incostante e per vari giorni non è stato percepito alla più attenta e continua osservazione.

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO: Aia cardiaca nei limiti, toni netti su tutti i focolai, il 2° tono accentuato sull'aorta ed in specie sulla polmonare; azione ritmica. Addome normale.

L'esame dell'espettorato è stato ripetutamente negativo per la ricerca del bacillo di Koch.

La radiografia del torace all'esame diretto non dimostra alterazioni nel disegno polmonare. La broncografia mette invece in evidenza alla base destra l'esistenza di qualche dilatazione cilindrica e sacciforme di piccole dimensioni (fig. 6).

Diagnosi: Bronchiolite bronchiectasica emoftoica basilare destra di origine acquisita.

L'inferma è stata degente per 7 mesi nel nostro Istituto. In tale periodo è insorta una pleurite esudativa all'emittoce destro, che venne trattata con pneumotoracentesi e lavaggio al clorosol. Successivamente si ha empiema con perforazione pleuro-polmonare, per cui il 2 aprile 1936 è stata praticata pleurotomia con applicazione del tubo di Petzer, continuando i lavaggi e praticando la detensione polmonare attraverso il tubo. In seguito a tale te-

tamente rimettendo fino a diventare normale in 8 giorni, la tosse e il dolore toracico si attenuarono ed un po' alla volta scomparvero. Persiste invece per parecchi mesi l'astenia ed uno stato generale alquanto deperito. Nel 1933 polmonite destra ad esito ritardato: la malattia durò circa 40 giorni e nei primi giorni ebbe espettorato croceo, ma non emottisi. Negli anni successivi alla prima emoftoe, ha avuto invece 5 o 6 volte, a distanza varia da 6 mesi a 1 anno, episodi emoftoici, insorti dietro colpi di tosse, senza alcuna causa apparente, nel più completo riposo e benessere. Il sangue emesso a bocca piena, in minor quantità della prima volta, si è sempre presentato rosso vivo, rutilante, schiumoso. A tali emottisi non è mai seguita temperatura febbrile, nè altri disturbi, nè ha presentato manifestazioni emorragiche a carico di altri organi. Nel dicembre del 1935 ha avuto l'ultima emottisi, che è stata copiosa e di particolare intensità, in quanto gli episodi emoftoici si sono ripetuti più volte nella stessa giornata e nei giorni successivi per circa 3 settimane, lasciando l'inferma alquanto anemizzata e depressa. Neppure questa volta ha presentato febbre, nè altra complicazione.

Entra nell'Istituto « Carlo Forlanini » il 7 febbraio 1936.

E. O. all'ingresso: Stato generale buono, costituzione brachitipica macrosplancnica; cute rosea, pannicolo adiposo discretamente conservato; apparato linfo-gliandolare indifferente; assenza di cianosi e di dispnea; polso regolare.



FIG. 7. - Caso V: P. Efsio.

rapia le condizioni generali e polmonari sono notevolmente migliorate. All'uscita la paziente aveva scarsa tosse e scarso espettorato, che non ha più caratteri ascessuali. Il fetore dell'alito era scomparso. Non aveva più vomiche, nè emottisi. Era apirettica ed il subiettivismo eccellente.

Caso n. 5. — *P. Efsio*, di anni 40, coniugato.

Gentilizio familiare ascendente e collaterale negativo.

Nulla degno di rilievo nell'anamnesi fisiologica.

Anamnesi patologica: L'infermo non ricorda se ha avuto le comuni malattie esantematiche dell'infanzia.

Riferisce solo che dal 1931 ha frequenti emottisi, di modica entità, non accompagnate da rialzi termici e da altra sintomatologia, mentre le condizioni generali si sono sempre conservate buone, tali da consentirgli di attendere alle sue occupazioni. Alcuni sanitari consultati in occasione di qualche emoftoe, più copiosa, gli hanno consigliato terapia emostatica e cure generali ricostituenti. Nel luglio 1935 è stato colto da un'abbondante emottisi, che ha così impressionato il paziente al punto di farlo venire a Roma per un accertamento diagnostico definitivo della sua malattia.

E. O. del 18 agosto 1935: Soggetto normotipo con masse muscolari toniche e trofiche.

Torace ampio, simmetrico, regolare. Nulla di notevole alla palpazione ed alla percussione, ad eccezione della mobilità inspiratoria del margine polmonare inferiore destro, ridotta ad 1 cm. All'ascoltazione, in corrispondenza della base destra, per due dita trasverse sopra il margine polmonare inferiore, fini rantoli, in- ed espiratori, sotto-crepitanti, non modificabili sotto i colpi di tosse, nè con i cambiamenti di posizione dell'infermo. A sinistra, sempre alla base si ha un eguale reperto per localizzazione, ma più circoscritto, meno chiaro e percepibile. Apparato cardio-circolatorio normale. Nulla negli altri organi e sistemi.

Esame dell'escreato negativo per la ricerca del bacillo di Koch. La radiografia del torace, praticata senza mezzi di contrasto, fornisce un disegno polmonare normale. La broncografia dimostra invece l'esistenza di molteplici piccole dilatazioni cilindriche e sacciformi alle basi polmonari, più marcate a destra (fig. 7).

Diagnosi: Bronchiolite bronchiectasica emoftoica basilare bilaterale, prevalente a destra.

Caso n. 6. — *F. Elvira*, di anni 45, magazziniera, coniugata.

Gentilizio familiare ascendente e collaterale negativo. Nulla nell'anamnesi fisiologica.

Anamnesi patologica: Riferisce che spesso nei periodi invernali andava soggetta a bronchiti di

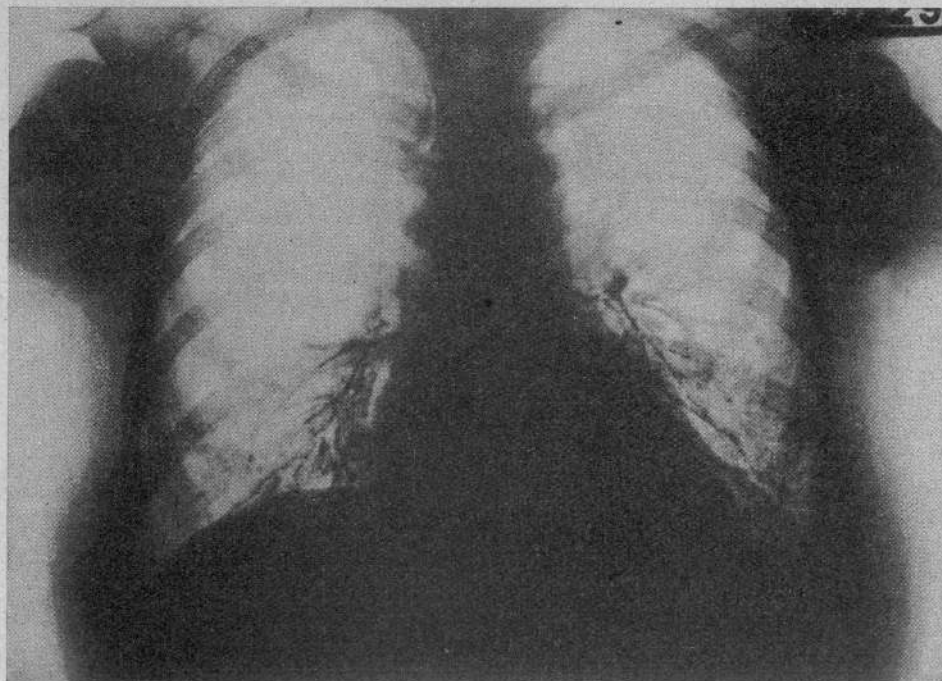


FIG. 8. - Caso VI: *F. Elvira*.

breve durata facilmente sopportate. Nell'agosto 1935, *ex abrupto*, ha avute modiche emottisi, non seguite da febbre, nè da altri sintomi patologici. A questa lieve emoftoe seguirono altre emottisi, sempre di lieve entità, distanziate l'une dalle altre di 15 o 20 giorni, tanto che nel novembre 1935 fu ricoverata in un ospedale, perchè ritenuta affetta da tubercolosi polmonare.

Il 18 maggio 1936 viene trasferita nell'Istituto «Carlo Forlanini» per accertamento clinico.

E. O. all'ingresso: Soggetto normotipo, macrosplancnico. Stato generale buono, ottime condizioni di nutrizione e di sanguificazione. Torace ampio, simmetrico, egualmente mobile. Nulla di anormale alla palpazione. Suono chiaro polmonare su tutto l'ambito polmonare. Il margine polmonare inferiore di sinistra presenta una mobilità attiva inspiratoria notevolmente ridotta. All'ascoltazione lungo il margine polmonare inferiore di sinistra, per due dita trasverse, scarsi rantoli sotto-crepitanti, fissi, in- ed espiratori, non modificabili con la tosse e con i cambiamenti di posizione dell'infermo.

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO: Normale. Nulla negli altri organi e sistemi. L'esame dell'escreato è stato negativo per la ricerca del bacillo di Koch.

La radiografia del torace fornisce un disegno polmonare normale. La broncografia invece dimostra la esistenza di dilatazioni cilindriche alla base polmonare di sinistra (fig. 8).

Diagnosi: Bronchiolite bronchiectasica emoftoica basilare sinistra di probabile natura congenita.

CASO N. 7. — *M. Gianna*, di anni 27, sposata, casalinga.

Anamnesi familiare: Madre morta a 60 anni per affezione midollare (sclerosi a piastre), padre morto a 65 anni per ictus. Null'altro di notevole.

Anamnesi personale: Mestruta a 13 anni. Si sposò a 22 ed ebbe una sola gravidanza, interrotta per consiglio medico. A 4 anni pertosse. Sembra che fin dall'infanzia sia stata sensibile alle affezioni catarrali delle vie aeree superiori, tanto da andare soggetta spesso, durante l'inverno, a catarro bronchiale. Ha sempre fatto vita igienica e sportiva. Nel 1927 tentò di avvelenarsi con alte dosi di Veramon. Nel 1930 influenza, ripetutasi nel 1931 e seguita da bronco-polmonite sinistra. In seguito, per 4-5 anni, ha notato ogni tanto, anche indipendentemente dagli episodi bronchitici suddescritti, piccole elevazioni febbrili giornaliere, senza disturbi concomitanti e senza alterazioni dello stato generale. Lo scarso

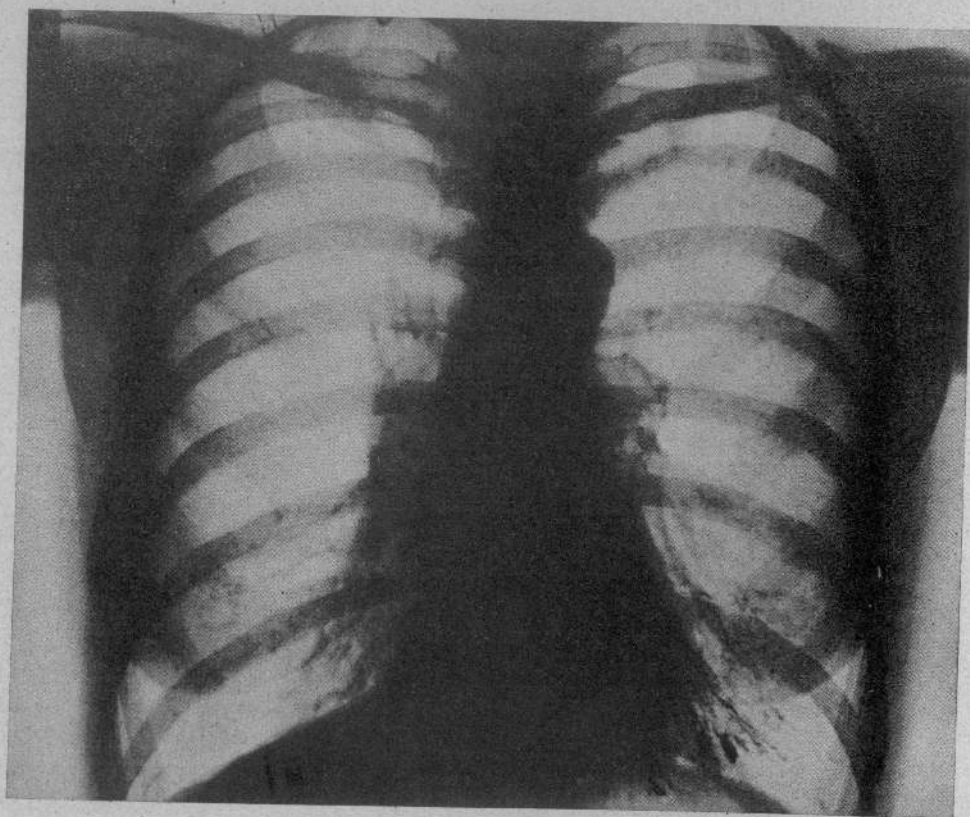


FIG. 9. - Caso VII: *M. Gianna*.

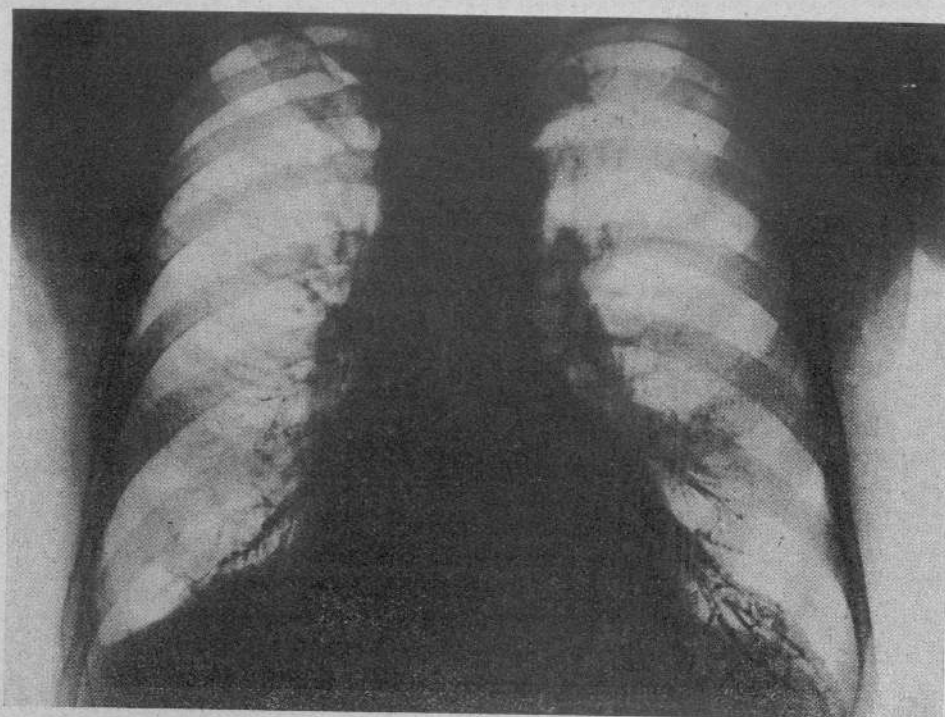


Fig. 10. - Caso VIII: P. Attilio.

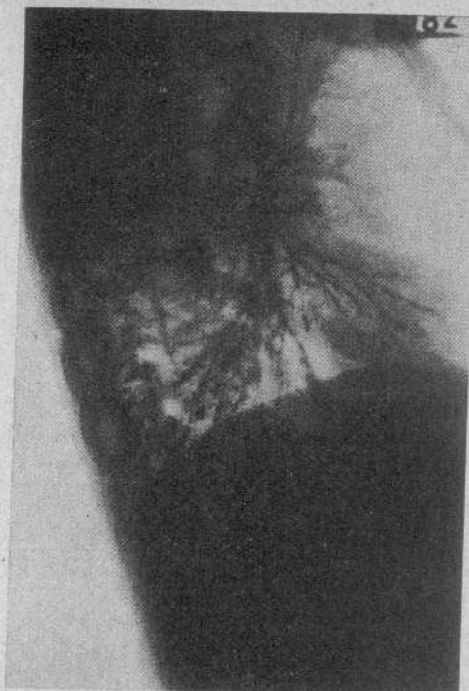


Fig. 11. - Caso IX: P. Pietro.

espettorato, più volte esaminato, è sempre risultato negativo per la ricerca del bacillo di Koch. Nel 1935, in estate, trovandosi in montagna, ha avuto una riaccensione dei fenomeni bronchiali consueti, con lieve dispnea e modiche elevazioni termiche. Non ha mai avuto emottisi.

Viene visitata l'8 settembre 1935.

E. O. all'ingresso: Soggetto giovane in buone condizioni di nutrizione e sanguificazione, cute rosea, pannicolo adiposo discretamente conservato. Torace cilindrico, simmetrico con mobilità normale. F.v.t. trasmesso secondo norma. Apici ristretti. Reperto percussorio normale. All'ascoltazione respiro vascolare aspro, senza rantoli, e qualche ronco sonoro diffuso. Alle basi polmonari invece si ascoltano fini rantoli, sotto-crepitanti, in- ed espiratori, disposti a striscia sui margini polmonari.

La radiografia del torace all'esame diretto non fa riscontrare alterazioni nel disegno polmonare. La broncografia invece mette in evidenza la presenza di bronchiectasie cilindriche alle basi polmonari (fig. 9).

Diagnosi: Bronchiolite bronchiectasica bilaterale, prevalente a sinistra, non emottica, di probabile origine congenita.

Caso n. 8. — P. Attilio, di anni 45, falegname, coniugato.

Anamnesi familiare: Padre morto a 45 anni per tubercolosi polmonare, vari cugini del paziente sono deceduti per tubercolosi polmonare.

Anamnesi personale: Sviluppo psico-fisico ritardato.

dato. Dai 10 anni sino all'attuale malattia ha sempre lavorato come falegname, mentre si è nutrito insufficientemente per le disagiate condizioni economiche della famiglia ed ha abitato sempre ambienti poco igienici. A 35 anni sposò donna sana, dalla quale ebbe 4 figliuoli, dei quali uno è morto per tubercolosi polmonare.

Ricorda di aver sofferto il morbillo nell'infanzia. All'età di 21 anni, durante il servizio militare, ebbe dolori ossei, per cui fu sottoposto a cure termali, ristabilendosi completamente.

L'attuale malattia ebbe inizio nel 1930, quando fu colpito da febbre elevata, dolore puntorio all'emitorace sinistro, tosse ed espettorazione e fu ricoverato con diagnosi di polmonite sinistra al Policlinico, dove tenne il letto per circa un mese. Ne residuò tosse ed espettorato scarso. Nel 1931 pleuro-polmonite destra. Nel 1933, durante il lavoro, emottisi copiosa e ricovero al Policlinico, dove veniva riconosciuto affetto da tubercolosi polmonare sinistra e da dove, dopo 2 mesi di degenza, veniva dimesso con cura ambulatoria, che ha praticato per 3 anni circa.

Nel gennaio 1936 nuova modica emottoe e breve degenza per 1 mese all'Ospedale del Littorio, da dove viene dimesso con cura ambulatoria.

Il 10 agosto 1936 è inviato nell'Istituto «Carlo Forlanini» per accertamento clinico.

E. O. all'ingresso: Condizioni generali discretamente conservate, normopeso con apparato linfatico indenne e muscolatura lievemente ipotonica. Torace cilindrico-conico, simmetrico. Nulla all'ispezione, palpazione e percussione. All'ascoltazione posteriormente alla base di sinistra, lungo il margine polmonare, rantoli sotto-crepitanti, in- ed espiratori, disposti a striscia.

L'esame dell'espettorato risulta ripetutamente negativo per la ricerca del bacillo di Koch. L'esame radiografico diretto fornisce un disegno polmonare normale. La broncografia mette in evidenza scarse dilatazioni cilindriche alla base polmonare di sinistra (fig. 10).

Diagnosi clinica: Bronchiolite bronchiectasica emottolica basilare sinistra di probabile origine acquisita.

Caso n. 9. — P. Pietro, di anni 28, pugilista, comugato.

Nel gentilizio collaterale una zia paterna deceduta per tubercolosi polmonare.

Anamnesi personale: A 7 mesi scarlattina e difterite; a 6 anni tic nervoso; a 10 anni influenza durante la pandemia del 1918, cui residuò per sempre tosse ed espettorazione; a 18 anni emorragia; a 22 anni nuovo attacco influenzale, durato 15 giorni ed accompagnato da elevazioni termiche su 39° e 40° centigradi; a 27 anni, nell'aprile del 1935, pleurite secca destra, cui seguì astenia e dimagrimento notevole, tanto che fu ricoverato all'Ospedale di S. Spirito, da dove fu dimesso il 21 luglio per guarigione clinica. Residuò tale astenia, che dovette sospendere i suoi allenamenti sportivi. Nel dicembre del 1935 appendicectomia. Il 20 agosto del 1936, in seguito ad un colpo di tosse, emise sputi striati di sangue ed il giorno dopo ebbe una copiosa emottisi.

Entra il 2 settembre 1936 all'Istituto «Carlo Forlanini».

E. O. all'ingresso: Condizioni generali buone con ottimo stato di sanguificazione e di nutrizione. Torace cilindrico-conico, simmetrico. Lieve dolenzia al cucullare destro. Nulla alla percussione. Margine polmonare inferiore di sinistra conserva buona mobilità attiva in- ed espiratoria, mentre il margine polmonare di destra ha una mobilità attiva inspiratoria assente. All'ascoltazione a destra dall'angolo della scapola in basso scarse crepitazioni pleuriche, accompagnate da un gruppo di rantoli sotto-crepitanti, a medie bolle, disposti a striscia sul margine polmonare inferiore.

La radiografia del torace senza mezzi di contrasto esclude la presenza di lesioni polmonari, mentre la broncografia mette in evidenza tipiche dilatazioni sacciformi alla base polmonare destra (fig. 11).

L'esame dell'espettorato ripetutamente praticato è stato negativo per la ricerca del bacillo di Koch.

Diagnosi clinica: Bronchiolite bronchiectasica emottolica basilare destra di probabile origine acquisita.

CONSIDERAZIONI

Dallo studio comparativo di questo gruppo di casi risaltano le seguenti osservazioni:

I dati anamnestici consentono di rilevare in 4 casi (n. 1, 4, 8, 9) la presenza di precedenti di tubercolosi polmonare nell'anamnesi familiare, per cui si può presumere una certa frequenza di labilità delle vie respiratorie dal punto di vista costituzionale, per quanto non si possa assolutamente sostenere una diretta influenza ereditaria. L'anamnesi personale dei casi n. 2, 6, 7, fa notare che fin dall'infanzia, senza un movente patologico determinato, vi era uno stato catarrale, che presentava accentuazioni ed attenuazioni varie, a seconda i periodi dell'anno. Ciò che fa pensare ad una alterazione anatomica delle ultime terminazioni bronchiali di natura congenita. Infatti, in questi 3 casi le bronchioliti bronchiectasiche sono localizzate, unicamente o prevalentemente, alla base polmonare sinistra, sede assai frequente delle alterazioni bronchiectasiche con-

genite, secondo la concezione del SAUERBRUCH, per cui il dotto di Cuvier sinistro, durante la vita embrionale, avendo un decorso più lungo del destro, potrebbe costituire un ostacolo meccanico allo sviluppo del bronco sinistro, intersecando notevolmente la cavità riservata al polmone omonimo. Tuttavia anche in questi casi non si può escludere che siano intervenuti, anche se non denunciati, fattori coadiuvanti acquisiti, sotto forma d'infezioni acute e croniche bronco-polmonari e pleuriche in epoca infantile.

L'etiologia della sindrome morbosa negli altri casi appare acquisita e dovuta a processi acuti o sub-acuti bronco-pneumonici, gripiali o picurici. Infatti, l'inizio della sintomatologia bronchiolitica si riporta ad una bronco-polmonite, sofferta nel dicembre 1934, per il caso n. 3; ad una polmonite per il caso n. 8; ad attacchi febbrili influenzali per il caso n. 1 e 9; invece per il caso n. 4 ad una pleurite, cui seguì la prima emottisi. La pleurite secondo i concetti del mio Maestro, prof. MORELLI, favorisce la genesi delle bronchiectasie con il seguente meccanismo: «l'aderenza pleurica ad impianto profondo, diretto o mediato sugli strati peribronchiali, trasmette continuamente il trauma inspiratorio, specie quando esso avvenga in retrazione polmonare e quando il soggetto sia sottoposto in periodo di convescenza di una malattia acuta dell'apparato respiratorio a sforzi fisici e respiratori esagerati». Si può perciò ammettere una diretta dipendenza fra l'insorgenza di questo quadro clinico ed una malattia tossinfettiva acuta polmonare. Inoltre, se si passa ad un più attento esame anamnestico, si osserva che molto spesso questi soggetti, affetti da uno stato catarrale, vanno incontro con facilità a malattie acute, che incidono sulla già labile costituzione bronchiale e consentono la messa in evidenza di uno stato patologico latente. Nel caso n. 7 le bronco-polmoniti recidivanti hanno determinato una riaccensione dei fenomeni bronchiali cronicizzanti. Nel solo caso n. 5 si ha emoftoe, *ex abrupto*, in pieno benessere, senza poter trovare una causa immediata o mediata determinante e nei casi n. 2 e 6 manca un fattore esterno, cui rapportare l'accentuazione della sintomatologia catarrale.

Quindi, dal punto di vista patogenetico, nei casi osservati, possiamo concludere che, in linea generale, questi pazienti presentano fin dai primi anni di vita, una labilità costituzionale bronchiale, aggravata da episodi infettivi bronco-polmonari e pleurici ricorrenti; su di essa si è poi sovrapposto il fattore meccanico (colpi di tosse, ristagno di secreto, aderenze pleuriche, ecc.), che ha agito con meccanismo ora da pulsione, ora da trazione, fino ad avere lo sfiancamento dei bronchi e l'alterazione strutturale delle loro pareti, che diventano angiomatose (OMODEI ZORINI).

La sintomatologia di questo quadro clinico è caratterizzata in modo indiscutibile dal ripetersi, più o meno a lunghi intervalli, di emottisi, alle volte di lieve entità ed alle volte copiose. E' questo un sintomo assai frequente che si riscontra generalmente: nei nostri casi solo 2, precisamente il n. 1 e 7, non hanno mai presentato emottisi, mentre tutti hanno avuto sempre la ben nota sintomatologia di bronchite secca o scarsamente secerente. Alle volte le emissioni di sangue sono state seguite da rialzi termici di modesta entità e di breve durata. L'aspettorato non è stato mai copioso, alle volte anche scarso, non ha mai contenuto il bacillo di Koch, ricercato anche con prove di arricchimento e biologiche; mai spirilli, ed unicamente flora batterica mista; di aspetto denso e vischioso, non è stato mai fetido, tranne nel caso n. 4. Le emottisi vanno ritratte con ogni probabilità ad episodi acuti congestizi delle pareti bronchiali angiomatose, varicose, fino ad aversi la rottura di varici venose intra-bronchiali.

Lo stato generale s'è conservato sempre buono, anche in fase avanzata della malattia, e generalmente ha consentito di attendere al lavoro. Nessuno dei pazienti osser-

vati ha presentato alcun fatto ispettivo, degno di nota: non dita ipocratiche, nè cianosi, nè dispnea, nè espettorazione copiosa.

L'esame obiettivo del torace non fornisce segni particolari e patologici, ad eccezione di un costante reperto di rantolini, sub-crepitanti, in ed espiratori, fissi, non modificabili con i colpi di tosse, nè con i cambiamenti di posizione dell'infermo, localizzati ad una base polmonare o ad entrambe. Questo reperto auscultatorio può confondersi con facilità con quello di crepitazioni pleuriche ed è circoscritto, estendendosi, lateralmente, per una striscia di due dita al di sopra del margine polmonare inferiore (a fascia). In 3 casi questo reperto si ascoltava bilateralmente con accentuazione però in 2 casi a sinistra, mentre in 4 casi esso era limitato al margine polmonare inferiore sinistro ed in 2 casi al margine polmonare inferiore destro. E' quindi ovvio rilevare una maggiore frequenza a sinistra.

Inoltre si è osservato assai spesso una riduzione della mobilità attiva inspiratoria alla base colpita. La genesi di questo dato semiologico può con ogni probabilità ripetersi ad eventuali aderenze pleuriche, secondarie a processi polmonari tossinfettivi acuti oppure alla rigidità delle pareti di queste ultime terminazioni bronchiali.

L'esame radiologico diretto, senza mezzi di contrasto, non consente di rilevare nulla di particolare nel disegno polmonare, anche perchè queste dilatazioni distrettuali delle ultime ramificazioni bronchiali vengono a trovarsi nello sfondato pleurico posteriore e vengono quindi ad essere coperte nel normale radiogramma, antero-posteriore, dalla cupola diaframmatica e dal cuore, specie quando sono a sinistra. Occorre quindi procedere ad un accertamento mediante broncografie e radiografie, in posizione laterale. Si mettono così in evidenza nelle zone corrispondenti a quelle, dove si ha il reperto acustico di rantolini fini, circoscritti quadri di alterazioni, spesso minime, a carico delle ultime ramificazioni bronchiali. Tali alterazioni consistono in tipiche dilatazioni distrettuali cilindriche (casi n. 6, 7, 8) o saciformi (casi n. 1, 2, 9). Alle volte il particolare quadro di bronchiolite bronchiectasica è dato da dilatazioni cilindriche e saciformi miste insieme, come si osserva nei casi n. 3, 4, 5.

Un rilievo di ordine sociale ed assicurativo, che emerge dai casi esaminati, è la facilità con la quale questi malati vengono ritenuti quali tubercolotici e si aggirano inutilmente, con evidente danno economico, per anni (casi n. 1, 6, 8) in ospedali e sanatori senza poter ottenere la scomparsa della nota sintomatologia, legata ad uno stato anatomico delle pareti bronchiali.

Dall'osservazione di questi casi si trae conferma dei caratteri stabiliti con precisione dall'OMODEI ZORINI. Si giunge perciò alla diagnosi di bronchiolite bronchiectasica attraverso determinati dati anamnestici, un reperto auscultatorio localizzato ed una broncografia. L'assenza di uno di questi 3 elementi, specialmente di uno degli ultimi due, non consente di porre tale diagnosi.

Il decorso è caratterizzato da uno stato più o meno accentuato di bronchite secca, con scarso escreato, non fetido, senza febbre, senza deperimento, nè diminuzione della capacità lavorativa, senza risentimento dello stato generale, con qualche periodo febbrile emoftoico o con quadri di bronco-polmonite recidivante. Le emottisi in genere dominano la sintomatologia sì da imprimere una caratteristica evoluzione pseudo-tubercolare a *poussées* congestive ed emorragiche, che può far pensare a forme di tubercolosi fibrosa od abortiva. Si spiega così come questi pazienti siano di solito inviati in sanatorio, dove rimangono per lungo tempo senza trarne alcun miglioramento e vanno incontro al pericolo di contrarre l'infezione, o meglio, la malattia tubercolare, che trova nella loro minorata costituzione bronchiale facile attecchimento.

Dal punto di vista della diagnosi differenziale, è bene soffermarsi a precisare le

entità patologiche con le quali questo quadro può essere confuso e dalle quali si distingue:

1) dalle bronchiettasie secche emoftoiche, illustrate da BEZANÇON e AZOULAY nel 1924 sulla scorta di due soli casi, poiché in esse si aveva una sindrome acustica cavitaria, rappresentata da respiro tubarico con broncotonia, con assenza abituale di rantoli umidi, che invece si presentavano gorgoglianti e sonori durante le *poussées* congestizie ed emoftoiche, mentre l'esame broncografico faceva rilevare alterazioni ampollari e cistiche dei bronchi nelle zone colpite:

2) dalla bronchite superficiale tubercolare, in quanto l'esame batterioscopico e la prova biologica risultano negativi per il bacillo di Koch, oltre alla particolare localizzazione acustica alla base polmonare;

3) dalla forma apicale abortiva di Bard (che ha un decorso emoftoico, con buono stato generale, reperto obiettivo muto, espettorato Koch negativo), mediante l'ascoltazione dei rantolini basali e l'esame broncografico;

4) dalla pleurite secca basilare e diaframmatica, per l'etiologia, per l'anamnesi, oltrechè per il reperto radiologico;

5) dalla bronchite sifilitica (che è raramente emoftoica) oltrechè per i dati fisici e radiologici, mediante la reazione Wassermann;

6) dalle bronchiti emorragiche da bronco-spirochetosi del Castellani e dalle micosi polmonari, per i sintomi fisici, che sono assai rilevanti e diffusi specie alle zone alte, per l'esame batterioscopico dell'escreato, per la broncografia;

7) dall'asma, dall'emfisema e dalle stasi polmonari, che spesso possono mascherare piccole dilatazioni bronchiali, per mezzo dell'attenta osservazione clinica e radiologica.

In definitiva le bronchioliti bronchiettasiche non vanno confuse con stati latenti di bronchiettasie congenite, nè con le forme emoftoiche secche cavitarie di Bezançon e Azoulay, nè con le forme fruste bronchiali dei soggetti tubercolotici e iueticici, ma sono date da dilatazioni bronchiali in miniatura e da catarri fissi bronchiolari, per lo più situate ad una sola base polmonare, spesso emoftoiche, scarsamente evolutive e secerenti, con decorso pseudo-tubercolare.

Dal punto di vista terapeutico queste forme di solito non richiedono una terapia diretta, data la benignità del loro decorso, e data la prognosi buona *quoad vitam* e *quoad valetudinem*; ma alle volte il fisiologo può essere invitato a proporre una terapia, in caso di emottisi frequenti e copiose. È consigliabile allora d'intervenire con pncumotorace a scopo emostatico. Ma poiché generalmente ci troviamo dinanzi a sinfisi pleuriche totali o basali, il pnx. non può essere efficace, ed allora, data la sede basilare delle alterazioni, appare logico ricorrere alla frenico-tomese, come già per primo in Italia, ha sostenuto EUGENIO MORELLI nel campo delle bronchiettasie.

BIBLIOGRAFIA

- AZOULAY: *La forme sèche, hémoptoïque de la dilatation bronchique*. «Thèse de Paris», 1924.
 BEZANÇON, AZOULAY, WÉIL, BERNARD: *Forme sèche, hémoptoïque de la dilatation bronchique*. «Presse Médicale», 20 febbraio 1924.
 BURREL e TRAIL: *Bronchiectasie - Forme emottiche secche*. «Lancet», fasc. 1°, 1920.
 A. OMODEI ZORINI: *Le bronchiectasie (bronco-pneumoniti croniche bronchiettasiche)*. Relazione al 40° Congresso di Medicina Interna. Edit. Luigi Pozza, Roma, 1934.
 — *Le bronchiectasie*. «Le Forze Sanitarie», n. 9, 1933.
 — *Su di una particolare sindrome clinica: Le bronchioliti bronchiettasiche*. «Le Forze Sanitarie», n. 18, 1935.
 PINGHIN e MORLOCK: *Hemorrhagic dry bronchiectasis*. «Brit. Med. Journ.», 30 agosto 1930.
 REINBERG: *Ueber sogen trockene bronchiectasen*. «Beit. zur Klin. der Tub.», vol. 77, 1928.
 TOUSSAINT e DERSCHIED: *Essai de classification des bronchites*. «Presse Médicale», n. 14, 1933.

RIASSUNTO

L'A., dopo essersi riportato a precisare la fisionomia clinica e il decorso di questa particolare sindrome bronchiectatica, si sofferma ad illustrare 9 casi nel loro duplice aspetto clinico ed assicurativo.

Dalle sue osservazioni risulta che sono sempre i seguenti caratteri, che consentono di porre la diagnosi delle bronchioliti bronchiectatiche: 1) uno stato bronchitico secco e con scarsa secrezione, che risale di solito, ad un'epoca infantile e giovanile, senza febbre, nè astenia, nè deperimento, senza bacilli di Koch nell'espettorato; 2) frequenti episodi emottici ricorrenti, con o senza focolai bronco-pneumonici acuti e sub-acuti; 3) all'esame fisico, un reperto costante di bronchite e bronchiolite capillare circoscritta ad una o alle due basi polmonari, senza fatti cavitari; 4) all'esame radiologico e broncografico un quadro di dilatazioni cilindriche, circoscritte ad un piccolo distretto bronchiale, corrispondente ai sintomi clinici senza focolai polmonari tubercolari o di altra natura, in stato di attività.

L'A. conclude con quanto già l'OMODA ZORINI espresse, che questa sindrome larvata con decorso proprio, generalmente benigna, per lo più emottica, rappresenta un'effigie in miniatura delle bronchiectasie conclamate.

RESUME

Après avoir précisé la physionomie clinique et le cours de cette symptomatologie particulière de la bronchiectasie, l'auteur décrit 9 cas dans leur double aspect clinique et d'assurance.

Ses observations démontrent que ce sont toujours les caractéristiques suivantes qui permettent le diagnostic de la bronchiectasie bronchiolitique: 1) bronchite sèche avec peu de sécrétion ou sans sécrétion aucune qui existe généralement depuis l'enfance sans fièvre, sans asthénie, sans déperissement et sans dans l'expectoration bacilles de Koch; 2) de fréquentes épisodes hémoptiques, avec ou sans la présence de foyers broncho-pneumoniques aigus ou sub-aigus; 3) l'examen physique déceit toujours une bronchite ou une bronchiolite capillaire circoscrite à une ou à toutes les deux bases pulmonaires, sans phénomènes cavitaires; 4) l'examen radiologique et bronchographique démontrent un tableau de dilatactions cylindriques, circonscrites à une petite zone bronchiale, et qui correspondent aux symptômes cliniques sans foyers pulmonaires ou d'autre origine, en état d'activité.

L'auteur conclut en relevant les paroles de OMODEA ZORINI qui dit que cette syndrome larvée avec un cours caractéristique, généralement benigno, représente le tableau en miniature des bronchiectasies prononcées.

SUMMARY

After reporting on the clinical physionomy and the course of this particular bronchiectatic syndrome, the author illustrates 9 cases from their twofold clinical and insurance standpoint.

His observations show that it is by the following characteristics that we are able to diagnose bronchiectatic bronchiolitis: 1) the presence of dry bronchitis or bronchitis with scarce secretion generally dating from early or later childhood, without fever, athenia denutrition or Koch's bacilli in the sputum; 2) frequently recurring periods of hemoptysis with or without acute or sub-acute broncho-pneumonic foci; 3) examination constantly shows bronchitis or capillary bronchiolitis circumscribed to one or both lung bases without cavities; 4) the X-ray and bronchoscopic examination reveal a picture of cylindrical dilatation circumscribed to a small bronchial district, corresponding to the clinical symptoms without tuberculous or other pulmonary active foci.

The author concludes by citing OMODEA ZORINI, who says that this masked syndrome with its characteristic, generally benign course, represents a miniature picture of the pronounced forms of bronchiectasy.

ZUSAMMENFASSUNG

Verf. beschreib' ausführlich das klinische Bild und den Verlauf dieses speziellen Symptomkomplexes der Bronchiektasie und erörtert 9 Fälle vom klinischen sowohl als vom Versicherungsstandpunkt aus.

Aus seinen Beobachtungen geht hervor, dass es stets folgende charakteristischen Symptome sind, welche die Diagnose der bronchiektatischen Bronchiolitis gestatten: 1) Trockene oder von geringer Sekretion begleitete, gewöhnlich schon aus der Kindheit stammende Bronchitis ohne Fieber, Asthenie, Abmagerung oder Kochbazillen im Expektorat; 2) periodenweise Haemoptioe, mit oder ohne akute oder sub-akute bronco-pneumonische Herde; 3) konstanter Befund von an einer oder beiden Lungenbasen umschriebenen Bronchitis oder kapillarer Bronchiolitis ohne Kavernen; 4) der Röntgen- und bronchographische Befund dagegen ergibt ein Bild von zylindrischen, auf die Bronchiadegend umschriebenen Dilatationen, die den klinischen Symptomen ohne tuberkulöse oder andersartige akute Lungenherde entsprechen.

Verf. schliesst, indem er auf die Anschauung OMODEA ZORINIS hinweist dass diese maskierte Symptomatologie mit charakteristischem, meist günstigem Verlauf das Miniaturbild der ausgesprochenen Bronchiektasie darstellt.



55548

315275

4. 6. 4.

