



I. N. F. P. S.  
OSPEDALE SANATORIALE «ACHILLE DE GIOVANNI» - VENEZIA  
DIRETTORE: PROF. G. REGGIANI

---

G. REGGIANI, A. SCARPA

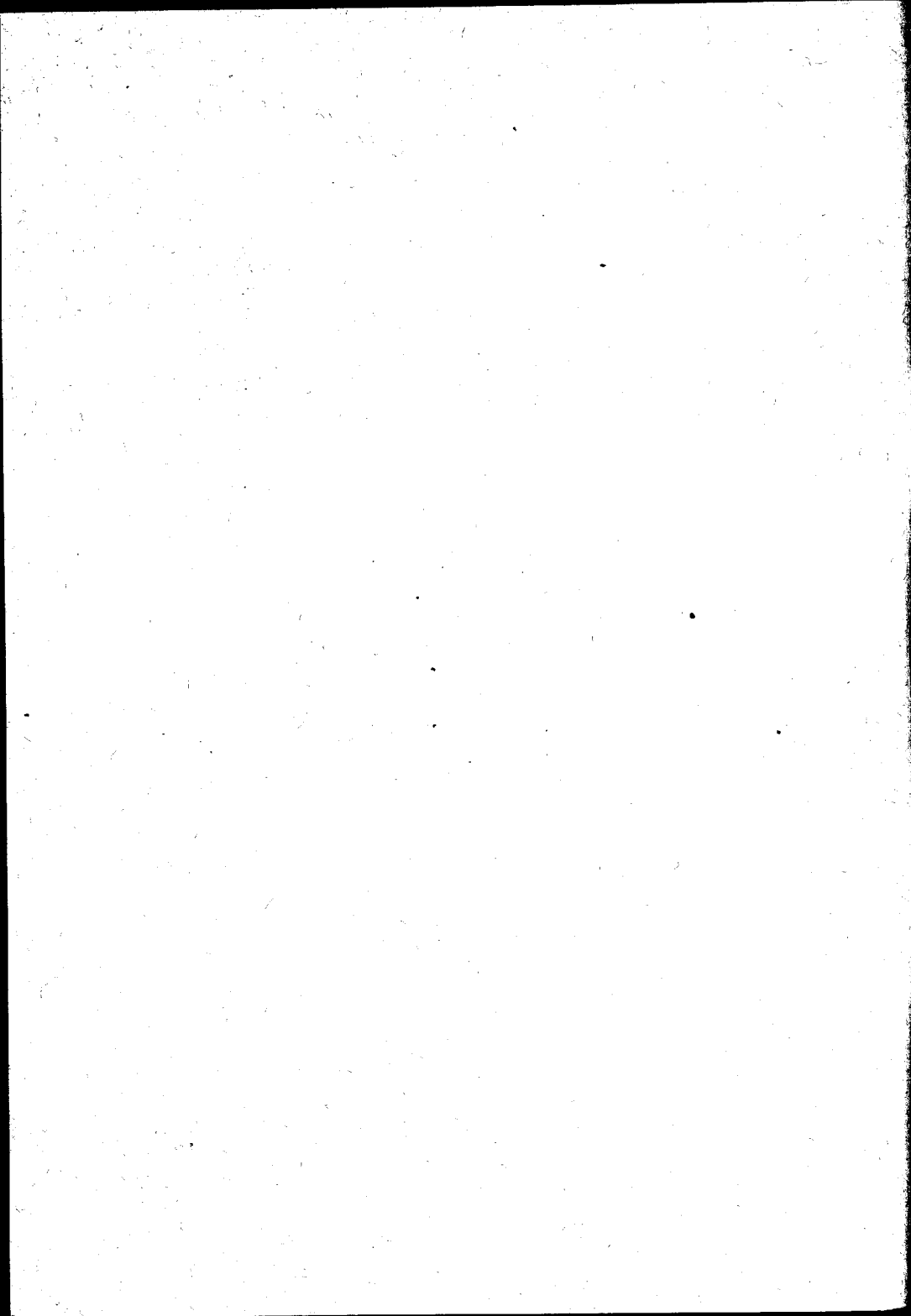
**BRONCHIETTASIE LARVATE  
IN POLMONI RIESPANSI DOPO PNEUMOTORACE**

*Estratto da* ANNALI DELL'ISTITUTO «CARLO FORLANINI»  
Anno III, N. 7-8, Pag. 633-648



ROMA  
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA  
*Via Emilio Morosini, 17*

1939-XVII





BRONCHIETTASIE LARVATE  
IN POLMONI RIESPANSI DOPO PNEUMOTORACE (1).

G. REGGIANI e A. SCARPA

La constatazione anatomica di dilatazioni bronchiali in polmoni sottoposti al collasso pneumotoracico e in polmoni trattati con pneumotorace e successivamente riespansi non costituisce una novità. Per non ricorrere ai discordanti dati fornitici dai ricercatori precedenti, preferiamo riferirci alle recenti ricerche di MONTANINI, che su un vasto materiale anatomico accuratamente studiato, fra i tanti reperti riguardanti, facilmente s'intende, oltre i bronchi, il parenchima polmonare, le pleure e i vasi, segnala la frequente presenza di bronchiettasie come effetto, sia delle pregresse lesioni tubercolari della parete bronchiale, sia del collasso del parenchima polmonare. Si tratta per lo più, egli dice, di dilatazioni bronchiali cilindriche, che hanno come più frequenti sedi le parti del polmone più a lungo fortemente collassate. Più frequenti in polmoni riespansi, assai meno in polmoni sottoposti al collasso pneumotoracico, MONTANINI sia per queste che per quelle parla genericamente di bronchiettasie in polmoni collassati e pensa siano dovute a tre ordini di cause: o si tratta di bronchiettasie connesse a processi cicatriziali del parenchima circostante retratto, o sono bronchiettasie di compenso, dovute al collasso degli alveoli che non possono espandersi ed il cui bronco viene ad assumere una funzione vicaria (bronchiettasie vicarie), o sono cosiddette bronchiettasie da decompressione, che si avvererebbero secondo questo A. quando una parte del polmone è rimasta permanentemente vuota di aria.

Ai dati anatomici fa riscontro sull'argomento una non recentissima inchiesta di carattere clinico di MAININI e Pozzo e mentre si stavano ultimando queste ricerche, or sono tre mesi in «*Radiologia Medica*» è comparso uno studio broncografico di G. ZORZOLI che documenta sul vivo la frequente presenza di bronchiettasie in polmoni riespansi dopo pneumotorace. Il nostro studio, pur essendo contemporaneo a quello di ZORZOLI, vede la luce soltanto ora, ma in compenso non è uno studio esclusivamente broncografico. La broncografia ci ha servito per rispondere al quesito postoci: *quale valore clinico hanno eventuali dilatazioni bronchiali in polmoni riespansi per abbandono del pneumotorace*. Documentandoci infatti questa, in molti casi, la presenza e l'aspetto morfologico delle dilatazioni, ci veniva a dimostrare quanto queste incidessero nel quadro soggettivo ed obiettivo dei pazienti. Il quesito si prospettò avendo noi avuto in osservazione un certo numero di ricoverati con questa impostazione diagnostica: *sospetta ripresa evolutiva tubercolare in post-pneumotoracizzato*.

(1) Lavoro comunicato in riassunto alla Società Medico-chirurgica di Padova, nella seduta del 15 dicembre 1938-XVII.

Eliminati dalla fase di sospetto quei casi nei quali l'esame obbiettivo, radiologico e dell'escreato davano la certezza che ci si trovava di fronte a una vera e propria ripresa evolutiva, eliminati ancora quelli nei quali nel volgere di pochi giorni veniva constatata l'incidenza di affezione concomitante di altra natura, rimaneva pur sempre un certo numero di casi che non si poteva, in un primo momento, togliere dalla fase di sospetto: si doveva perciò insistere in ulteriori ricerche.

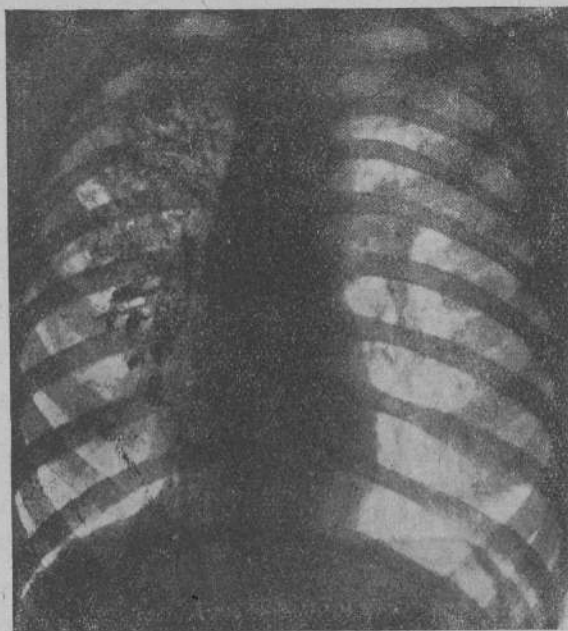


Fig. 1. — F. Elena di anni 25.

Pnt. mantenuto per 14 mesi per tbc. nodulo-ulcerativa del lobo superiore del polmone destro.

Non ci attarderemo a descrivere la sintomatologia subbiettiva ed obbiettiva dei singoli soggetti: questa è stata dettagliatamente riportata insieme agli altri dati nelle tabelle e formerà oggetto di sole considerazioni cliniche riassuntive, considerazioni che nel loro insieme comprenderanno anche i dati desunti dalle ricerche collaterali e dalla radiologia. Ma è necessario aggiungere che l'indagine radiologica come abitualmente si pratica si dimostrò sin dall'inizio insufficiente tanto da doversi ricorrere alla broncografia. Questa fu eseguita senza inconvenienti meritevoli di essere ricordati mediante l'introduzione transnasale di lipiodol o radiopol al 37-40 % (1).

I casi da noi presi in esame e sottoposti all'indagine broncografica sono stati 20, essendo fra questi compresi 13 donne, 3 uomini, 3 bambine, 1 bambino.

(1) La tecnica usata è quella descritta da G. REGGIANI in *Giorn. di Clin. Medica*, fasc. 15, 1935 e in *«Giornale Veneto di Scienze Mediche»*, n. 5, 1938.

Dilatazioni bronchiali sono state sicuramente dimostrate in 10 casi; 2 sono rimasti di dubbia interpretazione; in 8 infine non si sono potute dimostrare dilatazioni bronchiali.

Pensiamo che l'ottenuta percentuale di bronchiectasie del 50 % (2) debba ritenersi senz'altro in difetto, sia per la difficoltà di ottenere da un'unica instillazione lipiodolica l'iniezione di tutti i distretti bronchiali, sia anche per le difficoltà relative all'interpretazione allorchè esistano piccole ectasie bronchiofari frammiste ad una abbondante iniezione alveolare.

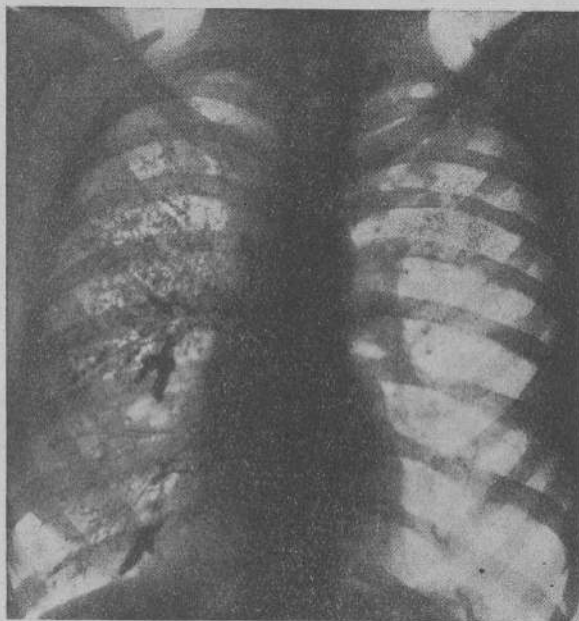


Fig. 2. — U. Lucia di anni 28.

Pnt. mantenuto per 36 mesi per infiltrato sottoclaveare escavato e focolai broncopneumonici del polmone destro.

La morfologia è sufficientemente documentata: analogamente a quanto ha trovato ZORZOLI abbiamo riscontrato bronchiectasie cilindriche, fusiformi, moniliformi, in armonia questo col quadro obiettivo di rantoli bollari piccoli, rantoli sottocrepitanti o crepitii secchi.

Un interesse non piccolo è costituito dalla ubicazione delle ectasie: in 6 dei 10 casi di cui si è detto, le dilatazioni bronchiali furono riscontrate in sede di antiche lesioni; in un caso queste corrispondevano alla regione latero-superiore del torace, in corrispondenza del versamento in organizzazione; in tre casi infine erano in sede paravertebrale inferiore, assolutamente indipendenti dalla sede di lesione (anche nei due primi casi in cui furono riscontrate bronchiectasie in sede lesionale ne furono trovate pure di extra-lesionali). Le dilatazioni bronchiali furono riscontrate sette volte a destra, tre a sinistra; quelle a carattere extra-lesionale (basali e vicine al versamento) risultano in prevalenza a sinistra.

(2) ZORZOLI segnala una frequenza di bronchiectasie del 58 %.

Per quanto il nostro materiale per necessità di cose abbia un aspetto estremamente polimorfo, in base alla sintomatologia dei casi in cui la bronco-grafia dimostrò la presenza di bronchiectasie, riteniamo si possa, approssimativamente almeno, tentare di definire il valore clinico di queste nei post-pneumotoracizzati.

Tali bronchiectasie si riscontrano con una notevole frequenza in polmoni collassati per le più svariate forme polmonari tubercolari, siano esse di tipo essudativo o produttivo, escavate o non, abbia avuto il collasso una

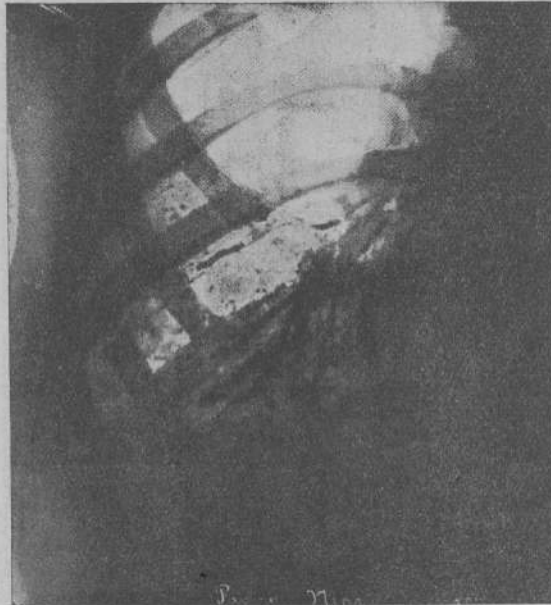


Fig. 3. — P. Maria di anni 30.

Pnt. mantenuto per 12 mesi per infiltrazione apicale (non meglio precisata) e infiltrato iuxta-ilare del polmone destro.

durata di mesi o di anni, sia stato il pneumotorace totale o parziale, complicato o non con versamento.

Forse una casistica più numerosa potrebbe dimostrarci una diversa percentuale in rapporto al diverso trattamento di questi: in base ai dati da noi posseduti per ora non possiamo dirlo.

La storia clinica di questi malati nelle grandi linee fu questa: dopo il pneumotorace, a più o meno lunga distanza di tempo, qualche febbre vespertina incostante, tosse talvolta stizzosa con escreato muco-purulento mattutino, spesso nummulare, alle volte striato di sangue o addirittura ematico, algie toraciche dal lato trattato, lievi turbe generali. Quadro soggettivo che finì per preoccupare il malato prima, il medico poi, tanto da ritenere opportuno il ricovero a scopo di accertamento.

L'esame obiettivo di questi malati mette fondamentalmente in rilievo questi fatti: in sede di antica lesione o in basso posteriormente un respiro scarso, aspro, talora interciso, talora broncovescicolare con qualche crepitio inspiratorio; qualche sfregamento pleurico o qualche nucleo di rantoli sotto-crepitanti e bollari piccoli.

Quadro obbiettivo che rimane fisso per limitazione di zona, per caratteri fondamentali, ma che varia come quantità nei rumori aggiunti con oscillazioni di fasi mute per quanto riguarda i rantoli umidi. L'esame dell'escreato è costantemente negativo per il bacillo di Koch, la cutireazione tubercolinica (con tubercolina umana concentrata) riesce positiva, spesso vivace e prolungata, la velocità di sedimentazione delle emazie dà valori generalmente bassi.



Fig. 4.



Fig. 5.

Fig. 4 - G. Maria di anni 37. — Pnt. mantenuto per 60 mesi e completato con frenicoexeresi (per infiltrato escavato del lobo superiore del polmone S.).

Fig. 5 - C. Giuseppina di anni 44. — Pnt. D. mantenuto per 21 mesi e completato con Jacobæus. (nessuna notizia si è potuta avere della qualità e della sede della lesione polmonare che diede motivo all'istituzione del pnt.).

Già dicemmo come il semplice esame radiografico di questi casi dia scarsi contributi sicchè difficilmente esso è in grado di risolvere da solo il quesito dell'attività o meno di una residuale cicatrice fibrotica.

Rimangono quindi come elemento di giudizio la *prolungata osservazione comparativa e l'indagine broncografica*.

Come si è detto in una alta percentuale di casi questa ha risolto il quesito dimostrandoci come la tenue sintomatologia subbiettiva ed obbiettiva fosse legata all'esistenza di ectasie bronchiali donde il ristagno di muco, le eventuali piccole emottisi, le febbri, il reperto rantoloso su respiro alterato.

Questo quadro, sia dal punto di vista clinico che radiologico, sembra sovrapporsi a quello già descritto da OMODEI-ZORINI per quegli stati bronchiettasici in miniatura, a decorso pseudo-tuberculare, sostenuti da dilatazioni

cilindriche od ampollari con rigidità del distretto bronchiale corrispondente e da lui denominate: bronchiectasie larvate. Sono queste da noi definite: *bronchiectasie larvate post-pneumotoraciche*.

Per quanto si riferisce alla genesi di queste bronchiectasie non ci sembra il caso di ricorrere alle concezioni sostenute da vari autori (CESA-BIANCHI,



Fig. 6.

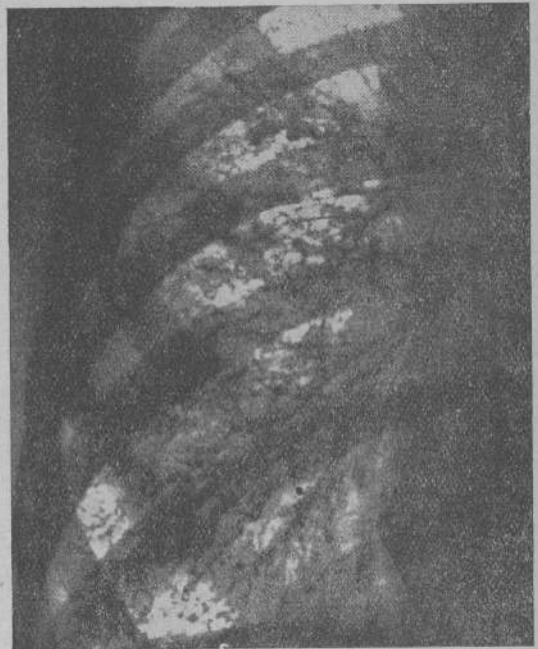


Fig. 7.

Fig. 6 - C. Pietro di anni 28. — Pnt. mantenuto per 24 mesi per broncopneumite tbc. del lobo superiore del polmone S.

Fig. 7 - S. Gianfranco di anni 9. — Pnt. mantenuto per 14 mesi e completato con frenicofrassi (per infiltrazione perilare destra).

FRONTALI, JACCHIA) per le classiche malattie bronchiectasiche congenite ed acquisite. *Qui è troppo evidente il rapporto tra causa ed effetto.* Noi sappiamo che in condizioni fisiologiche dalle risultanti di due forze antagoniste, parete costo-diaframmatica, agente in senso eccentrico con prevalenza, e polmone agente in senso concentrico, nasce *la tensione pleurica* che agisce quale forza traente sul parenchima polmonare, trovando nella sua normale elasticità un diffuso smorzatore. Orbene se un tratto di parenchima polmonare per un processo sclerotico viene a perdere la sua elasticità, la tensione pleurica si abatterà sulla parete toracica (da cui i rientramenti), sul mediastino (da cui gli spostamenti mediastinici, cardio-vascolari, tracheali ed esofagei) sul parenchima polmonare infiltrato (da cui la caverna o la frattura del polmone), sul restante parenchima sano (da cui l'enfisema vicario talvolta bolloso), sulla trama bronchiale alterata (da cui le ectasie bronchiali). Se alla tensione pleurica si aggiunge poi l'aderenza pleuropolmonare, si somma un fattore traumatizzante anche più localizzato (MORELLI).

Sembra quindi doversi ammettere come elemento eziogenetico predominante di queste bronchiectasie il fattore dinamico traente (*bronchiectasie da trazione*), mentre gli altri fattori: tossico, anatomico e da pulsione, sembrano avere un ruolo d'importanza secondaria nel costituire un terreno predisposto o nell'apportare un contributo concorrente. Momento genetico traente esplicantesi in conseguenza delle alterazioni bronchiali, parenchimali e pleuriche

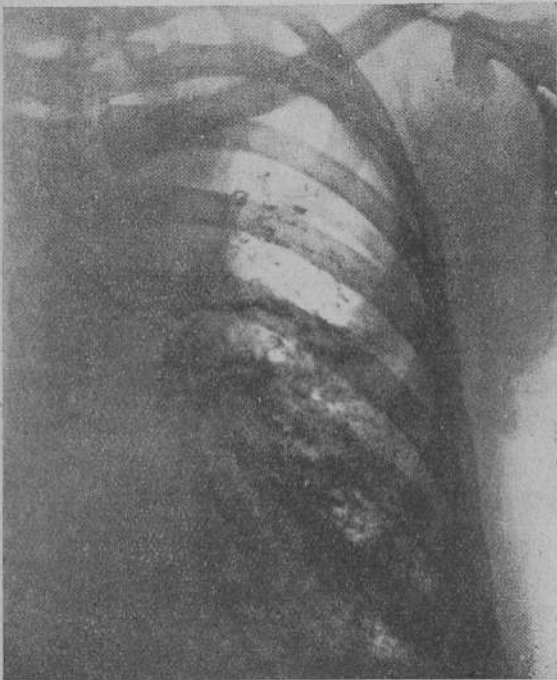


Fig. 9.

Fig. 9 - C. Amelia di anni 31. — Pnt. mantenuto per 18 mesi per broncopolmonite tbc. del lobo sup. del polmone sinistro.

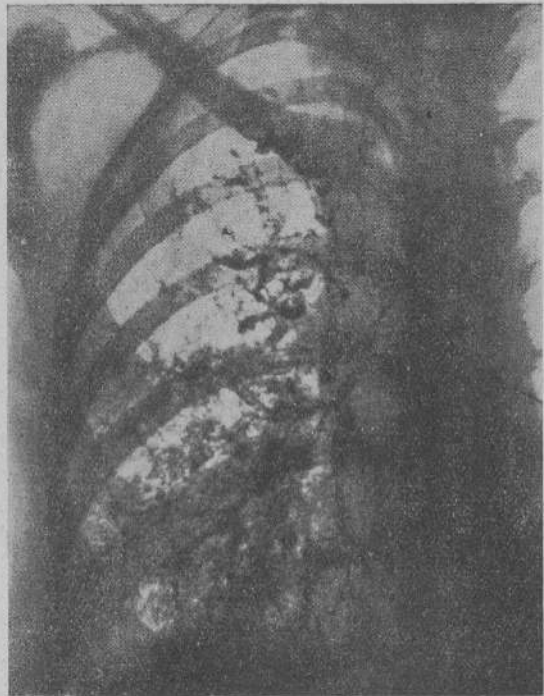


Fig. 10.

Fig. 10 - F. Stella di anni 29. — Pnt. destro mantenuto per 24 mesi. (per infiltrato del lobo superiore).

dovute sia alla normale evoluzione delle lesioni specifiche, sia ai particolari momenti e complicanze della collassoterapia (pnt. incompleti, pnt. con versamento e pnt. abbandonati bruscamente). Poter scindere in una più sottile analisi questi due fattori favorenti il momento genetico traente non riesce facile come già ha dimostrato uno di noi (1) a proposito del completo quadro morfologico-funzionale post-pneumotoracizzato.

Comunque non è tanto il problema genetico, che a noi interessava sottolineare, quanto il valore clinico di queste bronchiectasie, che, esistenti in una abbondante percentuale di casi, con il loro corteo sintomatologico di pseudoripresa evolutiva tubercolare, possono lasciare in sospenso il medico che esamina un post-pneumotoracizzato.

(1) A. SCARPA: «L'abbandono e gli esiti del pnt. «Giornale Veneto di Scienze Mediche», n. 7, 1938.

N. d'ordine	COGNOME e Nome	ETA	FORMA CLINICA Tbc.	LATO	ASPETTO morfologico del pnt.	IL PNEUMOTORACE		COMPLICANZA pleurica eventuale
						fu mantenuto per	fu abbandonato da (modalità dell'ab- bandono)	
1	F. Elena . . . .	25	Tbc. polmonare nodulo-ulcerati- va del lobo su- periore.	D	Sub-totale infe- riore, per ade- renza apicale.	14 mesi . . . .	16 mesi (gra- duale esauri- mento).	no
2	V. Lucia . . . .	28	Infiltr. sottoclavea- re escav. e diffus. bronco-pneumo- nica sottostante.	D	Totale, libero .	36 mesi . . . .	10 mesi (abban- dono brusco in cura ambu- lato.).	no
3	P. Maria . . . .	30	Infiltr. apic. (non meglio precis.). Infiltr. escavato iuxtallare comp. in periodo di ri- espans. per ab- bandono del pnt. Ripresa del pnt.	D	Parziale, per a- derenze multi- ple alte e ba- siliari.	12 mesi . . . .	12 mesi (esau- rimento spon- taneo dopo empiema).	Empiema . . . .
4	G. Maria . . . .	37	Tbc. polmonare ulcero-fibr. del lobo superiore.	S	Subtotale . . . .	60 mesi . . . .	20 mesi (abban- dono gradua- le in cura ambu- latoria).	no
5	G. Giuseppina .	44	(Nessuna notizia si è potuta avere della qualità e della sede della lesione polm. che diedero motivo all'istit. del pnt.)	D	Parziale (ade- renze multi- ple: fu in se- guito pratica- ta Jacobaeus)	21 mesi . . . .	10 mesi (abban- dono, deten- sione forzata dopo lavaggi)	Empiema . . . .
6	C. Pietro . . . .	28	Bronco-polmonite tbc. del lobo su- periore.	S	Totale libero .	24 mesi . . . .	40 mesi (abban- dono, deten- sione dopo la- vaggi).	Empiema . . . .

TRATTAMENTO del versamento pnt.	SINTOMATOLOGIA sубiettiva prima del ricovero	REPERTO obbiettivo toracico	RICERCHE collaterali	ESAME broncografico
—	Da qualche mese: depe- rimento, febbricola ve- spertina incostante, pe- riodica, tossicola, con qualche escreato muco- purulento al mattino, qualche sputo ematico alcuni giorni prima del- l'ingresso.	All'emf. d. in sotto- clave, in sopra e in sot- to spinoza respiro bron- co-vescicolare scarso, con nuclei di rantolmi sonori; in angolosc- polare respiro rude, lontano, con rantoli bollari piccoli sotto tosse.	Koch: ripetut. negativo Cutireaz. tub. umana: positiva vivace. V. S. emazie: Indice di Katz 19.	<i>Bronchiecta- sie cilindriche ed ampoll. in campo supe- riore e medio del polmone destro (in se- de di vecchia lesione ed ex- tra-lesionali).</i>
—	Febbricola premenstruale; escreati mucopurulen- ti al mattino, sponta- neamente o sotto colpi di tosse.	All'emf. d., in angol- scapolare e in sotto- clavicola, respiro scarso, rude, con rantoli sottocrepitanti e cre- pitii inspiratori (spec. in fase premenstruale).	Koch: ripetut. negativo. Cutireaz. tub. umana: modicamente positiva. V. S. emazie: Katz 12.	<i>Bronchiecta- sie fusiformi iuxta-iliari e paravertebrali inferiori (le- sionali ed ex- tra-lesionali).</i>
Nessun trattamen- to. L'empie- ma si esaurì sponta- neamente.	Periodica febbricola sero- fina, tosse con qualche escreato muco-puru- lento, lievi turbe ge- nerali.	All'emf. d. in paraver- tebrale inf. respiro as- pro con rantoli sotto- crepitanti e rantoli bol- lari periodici.	Koch: ripetutamente ne- gativo. Cutireaz. tub. umana: positiva vi- vace. V. S. emazie: Indice di Katz 15.	<i>Bronchiecta- sie cilindriche basali (ex- tra-lesionali).</i>
—	Periodiche fasi di depe- rimento, di febbricola, di tosse grassa con e- missione di escreato purulento, talvolta striato di sangue.	All'emf. Sin. in paraver- tebrale respiro bron- covescicolare lontano, con persistenti rantoli bollari piccoli mutabili per quantità.	Koch: ripetut. negativo. Cutireaz. tub. umana: positiva vivace, prolun- gata. V. S. emazie: Indice di Katz 17,5.	<i>Bronchiecta- sie cilindriche bas. con stir. med. della trama bronc. (extra-les.).</i>
Pneumotoracentesi e lavaggi, deten- sione forz. pro- gressiva.	Periodica febbricola, al- gie toraciche, males- sere, escreato muco- purulento, specie al mattino con scarsa tosse.	All'emf. d. in angol- scapolare e in ascel- lare respiro aspro, scar- so con rantoli sotto- crepitanti mutabili; in sottoclaveare crepitii.	Koch: ripet. negativo. Cutireaz. tub. umana: positiva, prolungata. V. S. emazie: Indice di Katz 7,25.	<i>Bronchiecta- sie cilindriche lat-basali su bronc. stir. la- ter. da vers. in org. (puntura esp. negat.).</i>
Pneumotoracentesi e lavaggi, deten- sione forz. pro- gressiva incom- pleta.	Da qualche tempo algie toraciche a Sin., depe- rimento e qualche e- screato muco-purulen- to o mucoso al mat- tino.	All'emf. Sin. in sotto- claveare, sotto-spinoza e in ascellare respiro scarso, lontano, bron- chializzato, con qual- che crepitio nella II. fase dei colpi di tosse.	Koch: ripet. negativo. Cutireaz. tub. umana: positivo, pronunciata. V. S. emazie: Indice Katz 8.	<i>Piccole bron- chiectasie ci- lindriche su dev. cospicua trama bronc. in ammas. fib. scler. lat.-sup.</i>

N. d'ordine	COGNOME e Nome	ETA	FORMA CLINICA Tbc.	LATO	ASPETTO morfologico del pnt.	IL PNEUMOTORACE		COMPLICANZA pleurica eventuale
						fu mantenuto per	fu abbandonato da (modalità dell'ab- bandono)	
7	S. Gianfranco	9	Infiltrato perilare.	D	Sub-totale superiore.	14 mesi . . . . .	4 mesi (abbandono graduale).	no
8	P. Luigia . . . .	27	Infiltrato scavato sotto-claveare; diffusione broncogena sottostante.	D	Parziale, bolla- re latero-superiore.	11 mesi . . . . .	15 mesi . . . . .	Empiema 7 mesi dopo l'inizio del pnt.
9	C. Amelia . . . .	31	Bronco-polmonite tubercolare del lobo superiore.	S	Totale . . . . .	18 mesi . . . . .	16 mesi . . . . .	Empiema . . . . .
10	F. Stella . . . . .	29	Infiltrato del lobo superiore.	D	Parziale, multi- loculare.	24 mesi . . . . .	60 mesi . . . . .	Pleurite parapnt. insorta dopo sei mesi dall'inizio del pnt.
11	P. Antonietta . .	13	Infiltrazione fibro-essudat. del lobo inferiore.	D	Parziale per aderenze medio polmonari e diaframmatiche.	8 mesi . . . . .	10 mesi . . . . .	Empiema . . . . .
12	B. Isolda . . . . .	28	Infiltrazione fibro-modulare superiore.	S	Subtotale inferiore per aderenze alte, apicali.	24 mesi . . . . .	48 mesi (abbandono brusco).	no

TRATTAMENTO del versamento pnt.	SINTOMATOLOGIA sубiettiva prima del ricovero	REPERTO obbiettivo toracico	RICERCHE collaterali	ESAME broncografico
—	Nessun disturbo (è ancora ricoverato in Sanatorio).	All'emit. d. in infrascapolo-vertebrale, respiro scarso, aspro, senza rumori aggiunti. La prova istaminica aumenta l'asprezza e la quantità del respiro senza far comparire rumori.	Prelievo laringeo, sondaggio gastrico: negativo per il B. di Koch. Cutireaz. tub. umana: positiva. V. S. emazie: Indice di Katz 2,75.	<i>Piccole bronchiectasie morfologiche all'interleido ilare d. (lesionali).</i>
Scarsamente trattato con toracentesi e lavaggi. (Esaurimento graduale della bolla.	Deperimento, febbricola, scarsa tosse, qualche sputo mucoso.	All'emit. d. sull'ascellare ant. in 4°-5° spazio intercostale, respiro scarso bronchializzato con qualche rantolo sotto crepitante, mutabile; crepitii secchi fissi.	Escreato negativo per il B. di Koch.	<i>Rare bronchiectasie a nidoperilari med. stram. angoli della trama bronc. (in sede di les.).</i>
Incompletam. trattato con lavaggi (esaurimento graduale).	È gravida al 5° mese: ha febbricola periodica e qualche escreato purulento mattutino con scarsa tosse.	All'emit. Sin. all'infrascapolare inferiore respiro rude con una pioggia di rantoli sottocrepitanti scarsamente modificabili sotto tosse.	Escreato: ripetutamente negativo per il Koch. Cutireazione positiva prolungata. V. S. emazie: Indice di Katz 10.	<i>Bronchiectasie cilindriche al lobo inferiore.</i>
Nessun trattamento.	Da qualche mese algie toraciche, febbricola, qualche escreato mattutino, is. algia.	All'emit. d. in sottoclaveare e in sotto-spinosa respiro bronchializzato con rantoli a piccole e medie bolle.	Escreato ripetut. negativo; cutireazione umana fortemente positiva.	<i>Bronchiectasie a caviciolo del lobo superiore (lesionali).</i>
Trattato con frequenti pnt. toracentesi e lavaggi.	Nessun disturbo al momento dell'esame (22 marzo 1938) (trovavasi ancora ricoverata in Sanatorio).	All'emit. d. in angolo scapolare e in ascellare respiro scarso con lungo respiro e qualche rugosità incostante. Dopo la prova istaminica il respiro divenuto rude, interciso più abbondante con qualche crepitio all'acme inspiratorio.	Escreato ripetutamente negativo per il B. di Koch. Cutireaz. positiva. V. S. emazie: Indice di Katz 5.	<i>Dubbie bronchiectasie in sede perilare (deviazione bronchiale).</i>
—	Da due mesi: deperimento, febbricola incostante, qualche colpo di tosse con escreato mucoso e purulento da qualche giorno.	All'emit. Sin. in sottoclaveare e sotto-spinosa respiro aspro, scarso con rantoli sottocrepitanti prevalenti nell'acme inspiratorio.	Escreato ripetutamente negativo. Cutireaz. positiva tenue. V. S. emazie: Indice di Katz 18.	<i>Dubbie bronchiectasie a nido in regione iuxtalare su radiogramma lat.</i>

N. d'ordine	COGNOME e Nome	ETA	FORMA CLINICA Tbc.	LATO	ASPETTO morfologico del pnt.	IL PNEUMOTORACE		COMPLICANZA pleurica eventuale
						fu mantenuto per	fu abbandonato da (modalità dell'ab- bandono)	
13	M. Luciano . . .	24	Infiltrazione a mol- lica di pane iux- tilare S.	S	Subtotale infe- riore per adre- nze apicali.	25 mesi . . . . .	8 mesi (abban- dono brusco).	no
14	M. Emma . . . .	29	Infiltrato scavato del lobo inferio- re.	D	Totale . . . . .	27 mesi . . . . .	2 mesi (non si conoscono le modalità del- l'abbandono).	no
15	L. Antonia . . .	19	Infiltrato scavato parilare	D	Subtotale . . . .	14 mesi . . . . .	6 mesi (abban- donato brus- camente).	no
16	T. Armida . . . .	15	Infiltrato scavato al lobo inferiore.	D	Subtotale supe- riore.	20 mesi . . . . .	6 mesi . . . . .	Empiema inter- venuto 7 me- si dopo l'in- izio del pnt.
17	U. Elisa . . . . .	26	Infiltrato sotto- clavare recente, preceduto da pleurite.	S	Subtotale late- ro-superiore.	7 mesi (esauri- tosi sponta- neamente do- po vers.).	66 mesi . . . . .	Empiema . . . .
18	G. Maria Luisa	12	Infiltrato scavato sottoclavare.	D	Totale con adre- nze sotto- apicali.	18 mesi . . . . .	6 mesi (abban- donato brus- camente).	Versamento ex- vacuo nello abbandono brusco.
19	P. Angelina . . .	26	Lobite superiore in frenicotizzata	D	Subtotale . . . .	36 mesi (era sta- to preceduto da frenico al- cuni mesi pri- ma).	8 mesi (abban- dono gradua- to).	Empiema dopo 4 mesi dallo inizio del pnt.
20	P. Giuseppe . . .	40	Bronco-polmonite tbc.	D	Subtotale . . . .	36 mesi . . . . .	78 mesi (esauri- tosi spont. dopo versa- mento).	Empiema . . . .

TRATTAMENTO del versamento pnt.	SINTOMATOLOGIA sobbiettiva prima del ricovero	REPERTO obbiettivo toracico	RICERCHE collaterali	ESAME broncografico
—	Rientrato in Sanatorio perchè da alcuni gior- ni aveva escreato stri- ato di sangue, algie al- l'emitorace Sin., scar- sa tosse.	All'emit. Sin. in sotto- spinosa respiro scarso, bronco-vescicolare con qualche crepitio secco.	Escreato ripetutamente negativo. Cutireaz. po- sitiva. V. S. emazie: Indice di Katz 5.	Non bronchietta- sie.
—	Da qualche settimana: febbricola (37, 2—37, 3) qualche sputo muco- purulento al mattino con rari colpi di tosse, senso di stiramento al- la spalla d. sputi emat. ripetuti qualche mese prima dell'ingresso.	All'emit. d. in zona pa- ravertebrale media ed ascellare; respiro as- pro e lungo espirio con qualche crepitio incostante, non modifi- cabile sotto tosse.	Escreato ripetutamente negativo. Cutireaz. po- sitiva. V. S. emazie: di Katz 10.	Non bronchietta- sie.
—	All'ingresso segnata de- perimento, algie tora- ciche, tossicola	All'emit. d. in angolo- scapolare respiro inter- ciso con rumori crepi- tanti fissi all'acme ispi- ratorio.	Escreato ripetutamente negativo. Cutireaz. po- sitiva prolungata. V. S. emazie: Indice di Katz 4.	Non bronchietta- sie (stiramen- ti angolari della trama bronc. infer.
Trattato con pnt- toracent. e lav. quindi abbandona- to con defens. forz. progressiva	È ancora ricoverata in Sanatorio (nessun di- sturbo).	In sede ascellare ed an- go-scapolare destr., re- spiro aspro, con qual- che crepitio inspirato- rio.	Escreato: ripetutamente negativo. Cutireaz. po- sitiva. V. S. emazie: Indice di Katz 4.	Non bronchietta- sie.
Mai trattato (esau- rimento progres- sivo della bolla pnt).	Entra in Sanatorio per deperimento, algie al- l'emit. Sin. un pò di catarro.	All'emit. Sin. in sotto- spinosa respiro bron- covescicolare, in para- vert. inferiore respiro scarso, aspro con rari crepitii superficiali in- spiratori, non modifi- cabili sotto tosse.	Escreato: ripetutamente negativo. Cutireaz. po- sitiva. V. S. emazie: Indice di Katz 7.	Non bronchietta- sie.
—	Non ha lagnato disturbi	All'emit. d. in sottocla- vare rumori crepitanti, su respiro interciso, scarso.	Escreato: ripetutamente negativo. Cutireaz. po- sit. vivace. V. S. emazie: Ind. di Katz 2,75.	Non bronchietta- sie.
Probabile idoneo trattamento.	Da un mese tosse con escreti muco puru- lenti talvolta ematici, astenia febbricola.	All'emit. d. in ascellare e infrascapolare respiro rude, scarso con rumo- ri crepitanti inspi- ratori profondi.	Escreato: ripetutamente negativo. Cutireaz. po- sitiva modica. V. S. emazie: Indice di Katz 3,5.	Non bronchietta- sie (deviazio- ne dei bron- chi al lobo superiore.
3 toracentesi ini- ziali, poi abban- donato a sè.	Da due mesi deperimen- to, saltuarie febbrico- le, un pò di tosse con scarso escreato.	All'emit. d. respiro scar- sissimo in tutto l'am- bito, senza alcun ru- more.	Escreato: ripetutamente negativo. Cutireazione umana: positiva. V. S. emazie: Indice di Katz 2.	Non bronchietta- sie.



## RIASSUNTO

Gli AA. hanno studiato dal punto di vista clinico e mediante broncografia n. 20 soggetti portatori di esiti di pneumotorace artificiale, rientrati in Ospedale col quadro soggettivo ed obiettivo di sospetta ripresa evolutiva tubercolare.

Il pneumotorace polimorfo per decorso e complicanze, mantenuto dai 7 mesi ai 5 anni, abbandonato da tempo variabile, era stato istituito per forme tubercolari varie per qualità, quantità e ubicazione.

In un'alta percentuale di casi fu potuta sicuramente dimostrare la presenza di bronchiectasie secondarie da trazione, che per le caratteristiche cliniche pseudotubercolari, per la scarsa ed incostante sintomatologia furono definite bronchiectasie larvate post-pneumotoraciche.

## RÉSUMÉ

Les Auteurs ont étudié cliniquement et par la bronchographie, 20 sujets porteurs de séquelles de pneumothorax artificiel revenus à l'hôpital avec un cadre subjectif et objectif de probable réactivation homolatérale.

Le pneumothorax, variable par sa conduite et ses complications, maintenu de 7 mois à 5 ans, et abandonné depuis un temps variable, avait été institué pour des formes tuberculeuses de qualité, d'intensité et de localisation variables.

Dans un grand nombre des cas, on put relever avec certitude la présence de bronchiectasies secondaires de traction qui furent cataloguées bronchiectasies larvées post-pneumothoraciques, à cause de leurs caractères cliniques pseudo-tuberculeux et de leur symptomatologie légère et incostante.

## ZUSAMMENFASSUNG

Verf. untersuchten vom klinischen Gesichtspunkt mittels Broncographie 20 Individuen die Folgen eines künstlichen Pn. zeigten und deren objektives und subjektives Krankheitsbild, bei ihrer Wiederaufnahme im Krankenhaus. den Verdacht einer wiederholten monolateralen Evolution nahelegte.

Der, dem Verlauf und der Komplikationen nach, polymorphe Pn. der von 7 Monaten bis zu 5 Jahren aufrecht erhalten wurde und seit verschieden langer Zeit aufgelassen worden war, wurde wegen, an Qualität, Quantität und Lage verschiedenartiger tuberkulöser Formen angelegt.

In einem weiteren Hundertsatz von Fällen konnte man mit Sicherheit das Vorhandensein sekundärer, durch Spannung entstandener, Bronchiectasien nachweisen, die wegen ihrer klinischen pseudotuberkulösen Eigenschaften und wegen ihrer geringen und unbeständigen Symptomatologie, als verlarvte Pneumothorax-bronchiectasien erklärt wurden.

## SUMMARY

Clinically and by bronchography, the authors have studied twenty cases who had had an adequate artificial pneumothorax, who were readmitted to the hospital with subjective and objective signs of relapse. The pneu-

mothoraces differed in type and in complications, lasted from seven months to five years, and were begun as treatment for tuberculosis varying in quality, quantity, and location. In a high percentage of these cases they were able to demonstrate the presence of bronchiectasis secondary to traction. In view of the scarcity and inconstancy of symptoms, they gave this condition the name of « larval post-pneumothorax bronchiectasis ».

## RESUMEN

Los A. han estudiado del punto de vista clínico y mediante la broncografía 20 sujetos tratados con neumotorax artificial, reingresados en el hospital con el cuadro subjetivo y objetivo de sospechosa reactivación evolutiva homolateral.

El neumotorax, polimorfo por el curso y por las complicaciones mantenido durante 7 meses, hasta 5 años, abandonado desde un tiempo variable, había sido instituido por formas tuberculosas de diversa cualidad, cantidad y ubicación.

En otro porcentaje de casos se pudo con seguridad demostrar la presencia de bronquiectasias secundarias a causa de las tracciones, que por las características clínicas pseudo-tuberculosas, por la escasa e inconstante sintomatología fueron definidas como larvadas bronquiectasias post-neumotorácicas.

## BIBLIOGRAFIA

1. ANTONIAZZI E. — Sul comportamento del tessuto reticolare e sulla origine della sclerosi del polmone in collasso pneumotoracico; «Arch. Ist. Bioch. Ital.», fasc. II; 1932.
2. ID. — Ricerche sperimentali sul comportamento del tessuto reticolare nel polmone in collasso pneumotoracico, «Riv. di Pat. e Clin. della Tbc.», p. 663-673; 1933.
3. BAGLIANI G. — Bronchiectasie ed emfisema basale «La Radiologia Medica», Vol. XXXII - fasc. 12 - p. 941-950 i 1936.
4. BETTINI D. — Sulle modificazioni istol. del polmone tbc. trattato con il pneumotorace e la frenicoexeresi; «Riv. di Pat. e Clin. della tbc.», p. 312-321; 1933.
5. CESA-BIANCHI D. — Le suppurazioni croniche del polmone, «Rassegna Clinico scientifica I. B. I.», fasc. I-II-III-IV; 1938.
6. COSTANTINI E. — Modificazioni strutturali indotte dalle aderenze circoscritte sul parenchima polmonare sottostante, «Com. alla Sed. della Sezione Laziale per la lotta contro la Tuberculosis», 10 febbraio, 1938.
7. COSTANTINI G. — La prognosi e la guarigione della Tbc. polmonare, F. I. N. F. I. T., Roma, 1935.
8. DUFOUR A., ETIENNE MARTIN P. e FAURE J. — Les dilations des bronches dans la tuberculose pulmonaire, «Arch. de malad. de l'App. respir.», p. 310-333; 1932.
9. FRONTALI G. — Le bronchiectasie nel bambino «Minerva Medica I», p. 462-471; 1934.
10. IACCHIA P. — Bronchiectasie, Ed. Cappelli; 1931.
11. L'ELTORE G. — Contributo clinico allo studio delle bronchioliti bronchiectasiche, «Lotta contro la tuberculosis», n. 12; pg. 1069-1082; 1936.
12. LIVERANI E. e MAGNO N. — Le bronchiectasie dei lobi superiori, «Minerva Medica», n. 18; p. 461-469; 1937.
13. MAGNO M. — Ricerche broncografiche sulle alterazioni dell'albero tracheobronchiale nei fibrotoraci «Annali dell'Ist. Carlo Forlanini», n. 3; p. 189-207; 1938.

14. MAININI C. e POZZO M. V. — Les scléroses pleuropulmonaires de la tuberculose et du pneumothorax curateur en rapport avec les déplacements des organes du médiastin et les bronchectasies, « Arch. Méd. Chir. app. resp. », n. 1; 1929.
15. MARANGONI F. — Esame clinico radiologico dei polmoni riespansi dopo la cura pneumotoracica, « Riv. di pat. e Clin. della Tbc. », p. 577-589; 1927.
16. MONALDI V. — Fisiopatologia dell'apparato respiratorio nella tbc polm., Roma, 1937.
17. MONTANINI M. — I reperti anatomici della collasoterapia — Ed. Cappelli — Bologna, 1934.
18. MORELLI E. — La fisiopatologia del pnx. art., « Rassegna clinico scientifica », 1/B.I.; 1928.
19. OMODEI ZORINI A. — Le bronchiectasie (broncopolmoniti croniche bronchiectasiche) Rel. al XL Congr. della Soc. Ital. di Med. Interna; Ed. Pozzi, Roma, 1934.
20. ID. — La bronchioliti bronchiectasiche, « Forze Sanitarie », n. 18; 1935.
21. OMODEI ZORINI A., SCORPATI G. e CERUTI G. — Atlante anatomoradiologico della tubercolosi polmonare; M. Danesi Edit. Roma, 1935.
22. PUCCIONI P. — Contributo clinico alla patogenesi della bronchiectasie, « Annali Ist. C. Forlanini », Anno 1<sup>o</sup> — p. 62-71; 1937.
23. SERGENT, COTTENOT e COUVREUX. — Les dilatations des bronches consécutives à sclérose pleuro-pulmonaire, « Soc. med. des hôp. de Paris », 18 marzo, 1927.
24. SERGENT, E. POMMEAU-DEUILLE e RACINE M. — Alcuni dati, quale contributo allo studio della dilatazione dei bronchi, forniti dalla lipiodo, diagnosi, « Le Monde Médical », p. 1-14; 1937.
25. SOLI V. — Relazione al 3<sup>o</sup> Congresso Naz. per la lotta contro la Tbc; Palermo, 1929.
26. SORICELLI F. — Ernia mediastinica d'attrazione per sclerosi polmonare bronchiectasica, « Annali Ist. Carlo Forlanini », p. 96; 1937.
27. VAJA M. G. — La tubercolosi e l'ectasia bronchiale, recensito in « Lotta contro la Tbc. », n. 1, p. 61-63; 1936.
28. VALLEBONA. — Sul quadro radiologico delle pneumopatie cistiche, « Rad. Med. », n. 6; 1936.
29. VERAN P. — L'interruzione del pnt. — La sorte dei malati — Ed. Doin, Parigi, 1932.
30. ZORZOLI G. — Le alterazioni dell'albero bronchiale in polmoni riespansi dopo cura pneumotoracica, Studio broncografico, « L'azione antitubercolare » n. 1, p. 15-16; 1938.
31. ID. — Studio broncografico del polmone riespanso dopo cura pneumotoracica, « La Radiologia medica », n. 10; 1938.



58792

~~222001~~

