



FEDERAZIONE ITALIANA NAZIONALE FASCISTA
PER LA LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI

SEZIONE TOSCO-UMBRA

RESOCONTO SCIENTIFICO

dell'11 febbraio 1940-XVIII in Siena

ESTRATTO DA « LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI »
ANNO XI - NUMERO 5 - MAGGIO 1940-XVIII



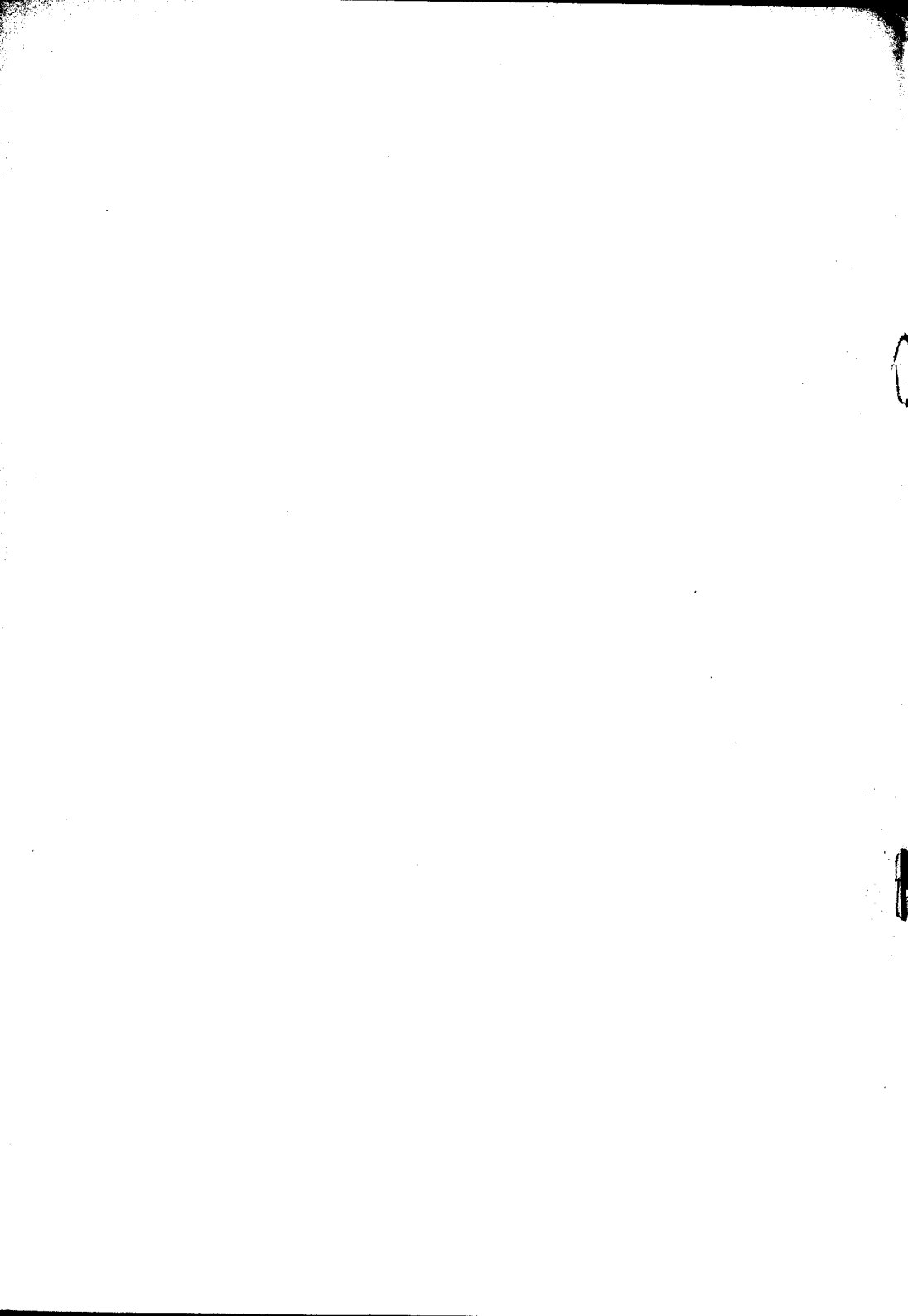


FEDERAZIONE ITALIANA NAZIONALE FASCISTA
PER LA LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI

SEZIONE TOSCO-UMBRA

RESOCONTO SCIENTIFICO **dell'11 febbraio 1940-XVIII in Siena**

ESTRATTO DA « LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI »
ANNO XI - NUMERO 5 - MAGGIO 1940-XVIII



A. SALOTTI: **Criteri radiologici di orientamento nelle moderne classificazioni della tubercolosi polmonare.**

L'O. prende lo spunto dalla nuova classificazione di OMODEI-ZORINI e cerca di fissare gli elementi radiologici utili a detta classificazione e particolarmente destinati a fornire dati radiologici evolutivi patogenetici e curativi.

Ricordati alcuni richiami di tecnica radiologica atti ad integrare il teleradiogramma di orientamento con proiezioni supplementari e particolarmente con prove funzionali per lo studio degli ili e degli elementi del disegno polmonare, considera le possibilità radiologiche di stabilire l'attività e la inattività di taluni focolai, specialmente nei quadri clinici delle forme che lo ZORINI ha chiamato «*latenti*». Attraverso perfezionamenti tecnici della indagine Röntgen è possibile anche stabilire in alcune forme «*larvate*», l'esistenza di lesioni pleuriche o polmonari, spostando così la forma larvata verso quella «*conclamata*».

Particolare importanza l'O. attribuisce in questi casi alle formazioni miliari regionali, di cui considera l'evoluzione in varie tappe e prospetta i quadri e la interpretazione radiologica.

Un altro rilievo che riguarda l'orientamento evolutivo del polmone tubercoloso è stabilito dalle caratteristiche radiologiche di altre lesioni pregresse che possono offrire dati prognostici utili a prevedere sia le forme a prevalente evoluzione produttiva sia quelle a prevalente evoluzione essudativa.

Su queste basi, e illustrando radiologicamente i quadri più importanti della classificazione dello ZORINI, l'O. conclude per affermare come la semeiotica radiologica della tubercolosi polmonare debba fornire, attraverso perfezionamenti di tecnica e d'interpretazione, nuovi dati utili e più aderenti alla necessità della lotta contro la tubercolosi.

Discussione: BAGLIANI.

M. BAGLIANI: **Singolari reperti radiologici di caverno.**

Premesse alcune considerazioni anatomico-patologiche sull'origine delle caverne polmonari e sui fattori fisico-meccanici che contribuiscono alla loro formazione, viene

precisato il concetto che quando si parla dal punto di vista radiologico di caverna si deve intendere che sono già state poste in discussione differenziale e scartate come non corrispondenti alla realtà tutte quelle alterazioni che danno origine a formazioni bronchiectasiche, policistiche, enfisematose pseudo-cavitarie. Per la ricerca radiologica delle lesioni ulcerative non è sufficiente una comune teleradiografia del torace.

Quando non si hanno apparecchi di stratigrafia le proiezioni oblique, tangenziali, decentrate servono a mettere in evidenza caverne sospettate, a precisarne la forma, la sede, il numero.

L'aspetto radiologico tipico della caverna è caratterizzato da una zona di iperdiafania, più o meno tondeggianti e di varia grandezza, circondata da un cerchione opaco: è spesso individuabile il bronco di drenaggio principale, che è di solito situato nella parte più declive e mediale della caverna stessa.

Il cerchione opaco, secondo quanto insegna l'anatomia patologica, è costituito dapprima ed esclusivamente da tessuto atelattasico collassato a piatto, che va poi trasformandosi in tessuto fibroso. Il volume di una caverna è quindi in condizione di aumentare o diminuire rapidamente a seconda dello spessore pericavitario collabito; perciò il concetto di caverna statica e dinamica va inteso nel senso che sono da ritenersi più facilmente regredibili e riducibili di volume le caverne circondate da un cerchione opaco, spesso, atelattasico.

La presenza di un livello idroaereo nella caverna è segno, oltre che di una attività infiammatoria, di una insufficiente eliminazione attraverso il bronco od i bronchi di drenaggio del materiale puruloide che si va continuamente formando. Perciò il blocco di queste vie di drenaggio porta progressivamente al riempimento della caverna. Questa evenienza è stata dall'O. osservata in un individuo affetto da tbc. sclero-nodulare del lobo superiore di destra con formazione cavitaria situata centralmente e piuttosto posteriormente. Una serie di radiogrammi mostra il progressivo innalzarsi del livello per l'aumentare del liquido fino al completo riempimento della cavità che prende l'aspetto di una opacità intensa ed uniforme, ovoidale, situata in pieno parenchima. Sottoposto l'ammalato a terapia X, li-

mitata al territorio del bronco di drenaggio, si assiste, per sbloccamento di questo, nel giro di pochi giorni, alla eliminazione, quasi a vomica, del contenuto della caverna ed alla ricomparsa della immagine cavitaria con livello idroaereo. L'aspirazione endocavitaria alla Monaldi ha fatto rapidamente ridurre il volume della caverna; si assiste contemporaneamente alla scomparsa pressoché totale dello spesso cerchio atelettastico pericavitario.

Vengono presentati radiogrammi riguardanti diversi casi in cui l'aspirazione endocavitaria per drenaggio diretto transparietale ha portato, in tempo più o meno breve, riduzione del volume delle caverne e scomparsa dell'alone atelettastico. Il ridursi del volume delle caverne è bene documentabile nel quadro radiologico, ma occorre essere estremamente prudenti quando si debba rispondere ad un quesito di guarigione di una caverna.

Negli stessi casi in una successiva serie di radiografie, eseguite con vari accorgimenti tecnici (telelocalizzatore, varia durezza di raggi, diaframma antidiffusore) non erano più direttamente rilevabili immagini cavitare; però la introduzione attraverso il drenaggio di olio iodato ha permesso di dimostrare che esisteva ancora una fessura a margini più o meno anfrattuosi ed irregolari, dovuta evidentemente al collassamento delle pareti della caverna.

Inoltre si è assistito al passaggio dell'olio iodato nelle parti contigue del polmone attraverso a molteplici vie bronchiali in comunicazione con la fessura stessa. Tra queste vie bronchiali se ne individua di solito una più grande, situata di preferenza medialmente ed inferiormente, che è da ritenersi dovuta al bronco di drenaggio principale.

Discussione: SALOTTI.

A. CIMINO: Contributo casistico sulla genesi degli infiltrati tisiogeni da miliare cronica polmonare.

L'O. porta un contributo casistico su un certo numero di infiltrati tisiogeni che, seguiti nella loro genesi clinicamente e con radiografie in serie, gli hanno permesso di assistere alle varie fasi del processo infiltrativo — dal vero infiltrato alla lobite — aventi come punto di partenza l'esacerbazione di vecchi focolai inattivi o di focolai miliari e submiliari, espressione di più o meno recenti o antiche gittate ematogene.

G. FRANCONI: Considerazioni sul numero e sull'assistenza ai « tubercolotici in fase di miglioramento ».

L'O. ritiene che i tubercolotici migliorati stabili, cioè individui bacilliferi che hanno cronicizzato la loro forma e che hanno buona capacità lavorativa e desiderio di lavoro, siano meritevoli di ricovero in adatto Istituto ed anche di pensione d'invalidità, ma,

data la constatata riluttanza di molti di essi a rimanere permanentemente (poiché sono degli inguaribili) segregati dal mondo, ritiene che sia da studiare anche la possibilità di utilizzarne la residua capacità lavorativa in condizioni adatte alla conservazione del loro equilibrio organico e alla tutela profilattica dei familiari e dei camerati di lavoro.

Discussione: SALOTTI, GIOVANARDI, CORSINI, GUALDI.

A. D'ARGENIO: Qualche ricerca preliminare sulla morbidità tubercolare nei mezzadri del Senese in rapporto col lavoro agricolo.

L'O. ha iniziato questa prima ricerca sulla morbidità tubercolare nei mezzadri pensando che tra i periodi di eccezionale fatica legati alle lavorazioni stagionali e la insorgenza della malattia potesse esistere un certo legame cronologico. Ha voluto anche indagare se la morbidità fra i lavoratori agricoli e quelli delle varie professioni avesse differente comportamento per quel che riguarda l'epoca d'insorgenza dei primi sintomi dell'affezione.

Dai casi esaminati (150 mezzadri: uomini e donne; 150 appartenenti a professioni varie: uomini e donne) è risultato che: per i mezzadri non vi è legame cronologico fra lavorazioni stagionali e insorgenza della malattia; fra i due gruppi — mezzadri e professioni varie — vi è una certa differenza di comportamento, perché mentre per gli uni i primi segni subiettivi della malattia diventano rilevabili in gennaio e più di tutto a marzo, per gli altri essi sono più evidenti in marzo ed in settembre, ma in modo eguale.

Discussione: GIOVANARDI, GUALDI.

L. GIUNTINI: La nostra esperienza sulla cura della tbc. osteo-articolare.

L'O., ricapitolando la sua esperienza sopra 90 casi di tubercolosi osteo-articolari curati nella Clinica ortopedica di Siena durante il biennio 1937-38, annovera 31 forme di tubercolosi vertebrale e quindi, in ordine di frequenza progressivamente minore, le affezioni dell'anca, del ginocchio, del piede, dell'arto superiore e le localizzazioni multiple. In questo periodo di osservazione, che va da 14 mesi a 3 anni, le guarigioni definitive sono state 9 (10%), la mortalità globale del 4%, risultando la massima parte dei pazienti in condizioni di miglioramento più o meno spiccato.

Il criterio terapeutico generale fu sempre ispirato al concetto della cura rigidamente conservativa nei bambini, della cura ortopedica, associata talora ad interventi chirurgici, negli adulti: tutti i pazienti hanno potuto inoltre molto spesso giovarsi di ricovero, sia pur temporaneo, in Istituti sanatoriali marittimi per trattamento elioterapico. La cura del sole infatti si è mostrata sommarmente utile in ogni caso e pressoché indispensabile nel periodo post-operatorio di ammalati sottoposti ad interventi.

Come impressione generale dall'analisi di questi casi l'O. è portato a concludere che:

1) la cura della osteo-tubercolosi infantile deve rimanere esclusivamente conservativa, vale a dire ortopedica ed elioclimatica;

2) il principio della cura chirurgica (a base di resezioni, innesti, artrodesi para-articolari, ecc.) potrà essere esteso in avvenire ad un maggior numero di tubercolosi osteo-articolare dell'adulto;

3) tutti i casi di tubercolosi chirurgica saranno con notevole vantaggio proposti per la cura elioterapica in sanatori marittimi o in montagna.

A. SPINOSA: Pleurite specifica consecutiva a tubercolosi polmonare.

L'O. ha preso in esame tutti gli ammalati già ricoverati ed attualmente ricoverati nel sanatorio senza pre-

cedenti anamnestici, clinici e radiologici di progressa pleurite essudativa o fibrinosa che hanno avuto una complicanza pleurica.

Benchè il numero dei casi sia limitato risulta che la pleurite essudativa viene prevalentemente come complicanza nei malati di tubercolosi polmonare con lesioni a tipo produttivo (miliari croniche, regionali discrete, ecc.), mentre non si ha, almeno dai casi citati, nelle forme di tubercolosi essudativa del polmone.

Da ciò se ne deduce che in molti ammalati, specie in quelli affetti da forme ematogene, vi sia sepsi cronica intermittente e che il quadro della complicanza pleurica abbia lo stesso meccanismo di diffusione delle forme di tubercolosi polmonare ed extra-polmonare a reinfezione endogena.

Discussione: SALOTTI.

58942



~~330818~~



