



ISTITUTO "CARLO FORLANINI",
CLINICA FISIOLÓGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
DIRETTORE: PROF. E. MORELLI

Prof. ROBERTO MOTTA
Oto-rino-laringologo

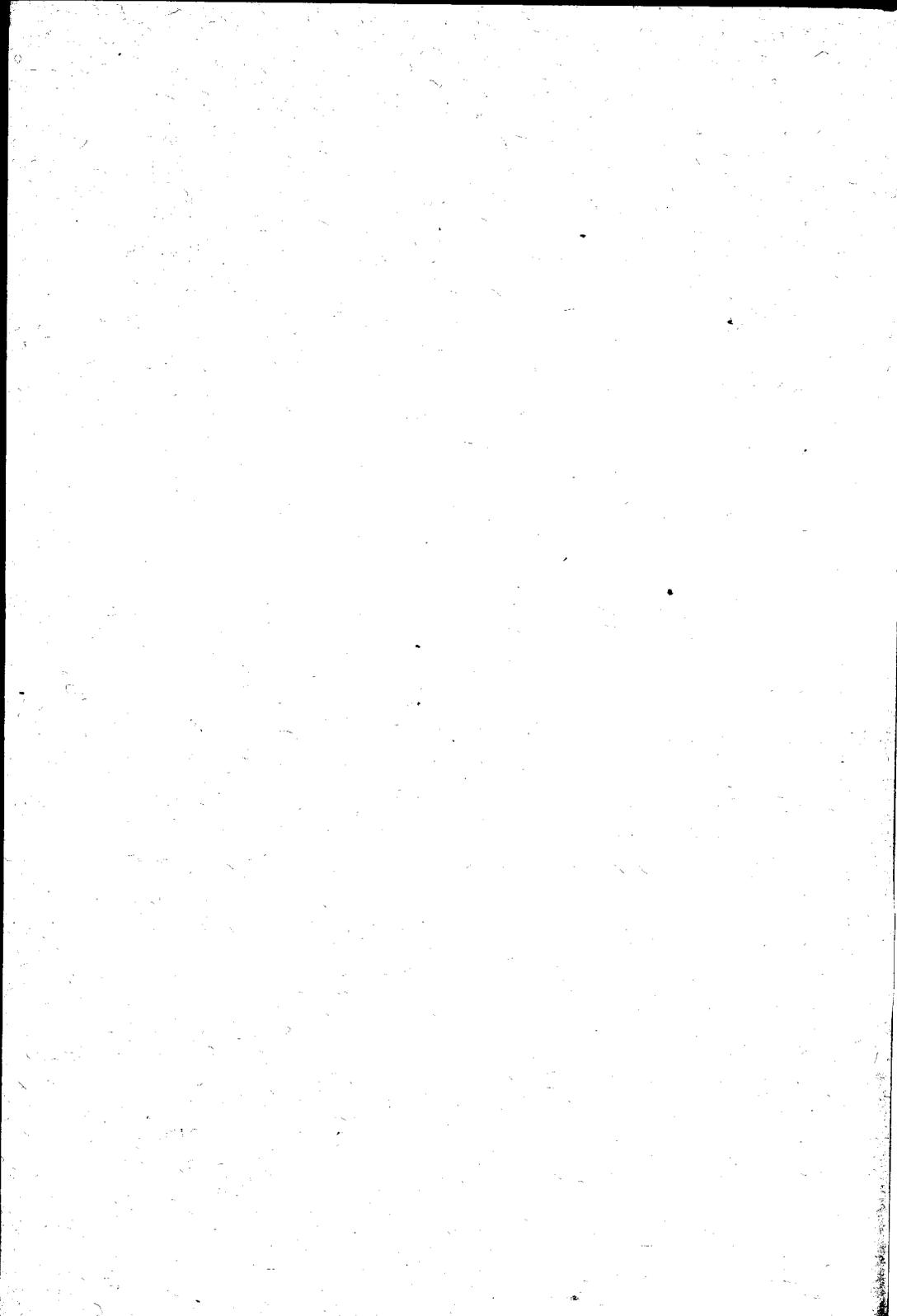
LE PRIME VIE RESPIRATORIE NEI BRONCHIECTASICI

Estratto da ANNALI DELL'ISTITUTO «CARLO FORLANINI»



ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 17

—
1939-XVII





LE PRIME VIE RESPIRATORIE NEI BRONCHIECTASICI

Prof. ROBERTO MOTTA, Oto-rino-laringologo.

Le bronchiectasie hanno richiamato nell'ultimo secolo l'attenzione degli studiosi per l'importanza, che esse hanno nel quadro delle affezioni polmonari.

LAENNEC nel 1819 studiò i primi due casi tipici: uno in un bambino di tre anni e mezzo, l'altro in una vecchia maestra di piano. Così da lui vennero tracciati i due quadri clinici caratteristici: bronchiectasie acute dell'infanzia e bronchiectasie croniche dell'adulto. Da allora molti altri AA. si sono occupati dell'argomento.

In seguito diremo delle teorie emesse per spiegare la patogenesi delle dilatazioni bronchiali. A noi interessa soprattutto rilevare per ora, che esse possono essere determinate, fra l'altro, da cause endobronchiali costituite da corpi estranei, polipi della mucosa, ecc. In questi casi il laringologo può intervenire con successo, in quanto è ormai noto che, rimuovendo precocemente la causa determinante la bronchiectasia (corpo estraneo, ecc.), i bronchi possono riprendere il loro volume normale. Inoltre, l'intervento attraverso la via bronchiale è anche molto utile nei casi di vecchie bronchiectasie, perché libera il lume dei bronchi dalla secrezione ristagnante e permette di portare « in situ » delle sostanze medicamentose.

A parte questo lato importante, noi desideriamo richiamare l'attenzione su un altro punto del problema. Senza dubbio nei bronchiectasici esiste sempre una predisposizione costituita da una facile dilatabilità delle pareti bronchiali dovuta al deficiente sviluppo e alla distribuzione irregolare dei tessuti che le costituiscono (LOTZIN.). Talora si osservano altre malformazioni congenite nell'organismo (JACCHIA).

Inoltre, da parecchi AA. è stata messa in evidenza l'importanza dei seni paranasali nelle bronchiectasie: e ciò in quanto la secrezione purulenta esistente in una coana (di origine nasale o sinusale), scendendo lungo le pareti della faringe, si porterebbe attraverso la laringe nei bronchi.

Perciò abbiamo creduto opportuno esaminare un certo numero di bronchiectasici per osservare se esistono disturbi o malformazioni a carico delle prime vie respiratorie. Di ciò appunto riferiamo in questo lavoro.

Seguendo le conclusioni dell'interessante relazione di A. OMODEI-ZORINI al XV Congresso della Società Italiana di Medicina interna (Roma, ottobre 1934), bisogna dire che le bronchiectasie si distinguono per la loro eziopatogenesi in congenite e acquisite. Le prime possono derivare da agenesia degli alveoli o da atelettasia fetale alveolare, su cui interviene secondariamente il fattore meccanico (ventosa pleurica) e quello infettivo.

Nella genesi delle bronchiectasie ha importanza la predisposizione anatomica e funzionale (talora circoscritta a determinati distretti bronchiali).

In genere, nelle forme acquisite si ha una grave flogosi acuta o subacuta a focolaio dell'apparato respiratorio (broncopolmonite), che persiste a lungo, alterando la struttura e la funzione di tutta la parete bronchiale rendendola più fragile di fronte all'impegno meccanico respiratorio normale o in accesso. In secondo tempo interviene in prevalenza un meccanismo da *pulsione* (ristagno di secreto, trauma della tosse, ecc.); in terzo tempo si ha *trazione* per lo svolgersi di processi sclerotici peribronchiali o pleurici. In qualche caso, d'origine pleurogena, quest'ultimo fattore è primitivo e prevalente. Il fattore tossi-infettivo cronico polimicrobico determina le suppurazioni croniche bronchiali e le eventuali complicanze.

I processi infettivi cronici, come la tubercolosi e la sifilide, hanno importanza minore nella genesi delle vere bronchiectasie autonome. Così pure la stenosi dei grossi bronchi (per opera di corpi estranei, di tumori, aneurismi, ecc.), la stasi cronica dei polmoni, la pneumoconiosi, i gas tossici, il cancro polmonare, la narcosi e così via.

Secondo JACKSON, nella genesi delle bronchiectasie, oltre alla stasi del secreto, hanno importanza le alterazioni delle pareti bronchiali dovute ai processi di autolisi e di putrefazione con intervento di anaerobi; fra l'altro verrebbe così a perdersi l'azione delle ciglia vibratili della mucosa, le quali normalmente contribuiscono all'espulsione del catarro.

Secondo MELBENSHOX e MAC CALLUM ha maggiore importanza l'aumento di pressione intrabronchiale nelle violente espirazioni a glottide chiusa (distensione espiratoria dei polmoni nella tosse).

STONES afferma che si ha paralisi delle fibre muscolari circolari dei bronchi; una conferma di ciò sarebbe data dal fatto che anatomo-patologicamente le fibre muscolari si mostrano profondamente alterate, cosa che non accade per le fibre elastiche (SUPINO).

JACKSON ha notato la formazione di bronchiectasie in casi di corpi estranei bronchiali permanenti a lungo e nelle stenosi bronchiali da adeniti mediastiniche. Anche i neoplasmii endobronchiali possono determinare bronchiectasie (36 casi di ADLER; 3 casi di GIEBEL).

Secondo J. ADAM (1926) in molti casi di bronchiectasie bisogna ammettere un'affezione sconosciuta dei seni, la quale può anche determinare accessi cerebrali, che sono spesso la causa della morte del soggetto.

Per quello che ci riguarda, bisogna partire dal concetto che l'apparato respiratorio va dalle cavità nasali agli alveoli polmonari e quindi tutte le parti, che lo compongono, costituiscono un complesso legato dal punto di vista anatomo-fisio-patologico.

Le cavità nasali, come è noto, modificano l'aria inspirata, in modo da evitare alterazioni o disturbi quando essa arriva nel parenchima polmonare. Così l'aria esterna passando nel tratto respiratorio alto, si riscalda, si inumidisce, perde in gran parte le sostanze estranee. Si ha così l'azione di difesa alla quale contribuiscono notevolmente i numerosi riflessi naso-faringo-laringei, di cui i principali sono costituiti dallo starnuto e dalla tosse.

I riflessi nasali si possono dividere in due categorie: riflessi della porzione respiratoria della mucosa e riflessi della porzione olfattoria. Essi, quando rientrano nei limiti della fisiologia (freddo, caldo, sostanze leggermente odorose, ecc.), servono a regolare o a modificare il ritmo respiratorio.

Se passiamo nel campo della patologia, notiamo altri fatti importanti. Così, la stenosi nasale e rino-faringea (da deviazione del setto, ipertrofia

dei turbinati, vegetazioni adenoidi, ecc.), costringe il soggetto a respirare a bocca aperta, per cui egli immette nell'albero tracheo-bronchiale l'aria esterna non filtrata e facilmente irritante.

Le alterazioni flogistiche delle cavità sanali, poi, si diffondono facilmente in basso, soprattutto quando esiste della secrezione purulenta.

Come abbiamo detto, alcuni autori danno importanza alle flogosi dei seni paranasali (frontali, mascellari, etmoidali e sfenoidali). Questi sono in comunicazione con le cavità del naso, dove la loro mucosa si continua in modo quasi insensibile: perciò la fisiopatologia dei seni è strettamente legata a quella delle cavità nasali. Fra l'altro, le affermazioni flogistiche della mucosa nasale si diffondono facilmente ai seni e le flogosi di questi ultimi alterano il rivestimento delle cavità nasali stesse.

È ormai noto che i seni paranasali noi li dividiamo in due gruppi: anteriori e posteriori. I seni anteriori (mascellare, frontale ed etmoidali anteriori) sboccano nel meato medio e la secrezione purulenta esistente in essi si elimina attraverso la narice corrispondente ovvero (nel decubito dorsale) attraverso la coana.

I seni posteriori (etmoidali posteriori e sfenoidali) sboccano al di sopra del turbinato medio, il quale è impiantato obliquamente dall'avanti all'indietro e dall'alto in basso: perciò la secrezione purulenta, che fuoriesce dai seni posteriori, in parte affiora nella fessura formata dal turbinato medio e dal setto (fessura olfattiva) e in gran parte, per gravità, si porta in basso e posteriormente (cioè nella faringe nasale).

La secrezione purulenta, che arriva nel rinofaringe, segue le pareti di questa (anteriore, posteriore e laterali). Quando segue la parete anteriore, scende dietro l'ugola e si porta sul tubo laringo-tracheale; quando va lungo la parete posteriore, si porta in basso e arriva in corrispondenza della commessura posteriore della laringe; quando segue una delle pareti laterali, va in corrispondenza dei seni piriformi e delle pieghe ari-epiglottiche e (nel decubito laterale) scende lungo la parete laterale corrispondente della laringe e della trachea fino ad arrivare ai bronchi dello stesso lato.

Alcuni AA. ammettono che la secrezione della parete laterale della faringe provenga dal seno mascellare mentre quella della parete posteriore ha origine nei seni posteriori.

Normalmente lo scarso muco secreto dal naso va prima in faringe e poi nell'esofago. In condizioni patologiche la secrezione segue tre vie: in parte viene espulsa volutamente attraverso la bocca, in parte va nell'esofago, in parte si porta nel tubo laringo-tracheale.

Durante il sonno l'esofago non presenta le normali contrazioni toniche, per cui le secrezioni patologiche ristagnano nell'ipo-faringe e per gravità si possono portare nell'interno della laringe specie attraverso la regione interaritenoidica. Questo spiega perchè talora i pazienti al mattino presentano una lieve disфонia, che si allontana dopo aver emesso con la tosse la scarsa secrezione della commessura posteriore.

A causa della secrezione che viene dall'alto, la laringe può presentare varie alterazioni e cioè: una iperemia della mucosa dell'«aditus»; una iperemia più o meno diffusa soprattutto della commessura posteriore, una iperplasia della mucosa specie posteriormente, ecc.

Quello che abbiamo detto spiega perchè SERGENT e ST. CLAIR THOMSON prima, molti altri dopo, hanno richiamato l'attenzione sui rapporti fra seni paranasali e bronchiectasie (GRAHAM e SINGER, RAFFO, CHEVALIER JACKSON, RIST, ADAM, MULLIN, DAVIS, YONG, CLERE, DUHNAME e SKAVLEM, DENNIS,

MALONE, QUIN e MAYER WEBB e GILBERT, MULLIN e RUDER, CORPER e ROBIN).

Fin dal 1877 GUENEAU de MUSSY mostrava la frequenza di trache-bronchiti con abbondante espettorazione negli adenoidi. Successivamente CHABORY, GRELICHE, CLEMENT, VERMEILLE, BACCARANI, SERGENT, ecc., richiamarono l'attenzione sulle rino-bronchiti.

ST. CLAIR THOMPSON, nel 1914, mise in evidenza l'importanza delle sinusiti delle bronchiectasie. Su questo concetto hanno insistito successivamente vari autori.

L. H. QUIN e O. MEYER (1929) osservarono 38 casi di bronchiectasia, nel 57,9 % dei quali esisteva contemporanea infezione dei seni nasali. Essi notarono che l'olio di Jodipina, posto nelle cavità nasali, durante il sonno arriva nei polmoni rapidamente e spesso in grande quantità. Perciò conclusero che l'aspirazione del materiale infettivo progredisce con rapidità, per cui si spiegherebbe la comparsa contemporanea delle due affezioni (sinusale e bronchiale).

A. PERONI osservò che: esiste una frequenza molto elevata di lesioni sinusali in pazienti affetti da bronchiectasie (45 su 115 bronchiectasici); questa frequenza sta contro l'ipotesi che si tratti di due fenomeni patologici indipendenti, occasionalmente sovrapposti; nessuno dei suoi 14 casi, in cui il processo infiammatorio sinusale era l'unica spiegazione possibile della formazione delle bronchiectasie, aveva una storia che deponesse decisamente per il fatto che i sintomi bronchiali erano iniziati in conseguenza dell'affezione sinusale; ammettendo l'insorgenza contemporanea delle bronchiectasie e delle flogosi sinusali, a queste ultime si deve imputare la perpetuazione della sintomatologia delle prime.

* * *

Ecco il protocollo delle nostre osservazioni:

OSSERVAZIONE 1ª - R. Tullio, di anni 21, studente.

Stato generale buono; paziente apirettico. Notò i primi sintomi polmonari nell'infanzia; nell'aprile 1934 ebbe emottisi. Non ha avuto disturbi laringei, né mal di gola. Tra i familiari nessuno soffre di mal di gola. Il paziente non ha subito interventi sulle tonsille.

Diagnosi clinica. - Bronchiectasie bilaterali, specie a sinistra, nei due terzi inferiori, infettate con bacillo di Koch; frenico-exeresi sinistra.

Esame del naso. - Setto deviato in basso verso sinistra, cresta posteriore e in alto a destra a contatto con la parete laterale; mucosa nasale iperemica; polipo fibromixomatoso del meato medio destro. Respirazione nasale (rino-igrometria): cm. 2 7 a sinistra; cm. 2 16,5 a destra.

Esame della faringe. - Faringe molto ampia; tonsille palatine di medio volume, iperemiche; tonsille faringea e linguale atrofiche.

Esame della laringe. - Iperemia della mucosa laringea. Non esiste deviazione della laringe, né della lingua protrusa.

Rare linfoglandole sotto l'angolo della mandibola a sinistra, all'ascella ed epitrocleari.

Negativo l'esame dei vari organi. Negativi l'albero genealogico, la R. di Wassermann, l'esame delle urine, i precedenti linfoglandolari infantili.

Esame dell'espettorato per il bacillo di Koch: positivo.

Esame radiologico del cranio. - Tipo mesaticefalo; diametro bitemporale e bizigomatico uguali; seni mascellari e frontali bene sviluppati; seno frontale con recesso sopra-orbitario d'ambo i lati; etmoide (anteriore e posteriore) con numerose cellule che si spingono molto posteriormente; velatura del seno mascellare di destra.

OSSERVAZIONE 2^a — Ar. Giuseppe, di anni 47, scalpellino di acciaio.

Stato generale buono; paziente apirettico. Notò i primi sintomi polmonari 10 anni fa. Non ha avuto disturbi laringei, nè mal di gola. Tra i familiari nessuno soffre di mal di gola. Il paziente non ha mai subito interventi sulle tonsille.

Diagnosi clinica. — Bronchiectasie bilaterali diffuse, specie a sinistra.

Esame del naso. — Il setto presenta due piccole spine a destra: una antero-inferiore; l'altra postero-superiore, che appoggia sulla parte alta del turbinato inferiore. Mucosa nasale roseo-pallida per ischemia. Respirazione nasale (rino-igrometria): cm.² 16,5 a destra; cm.² 16,5 a sinistra.

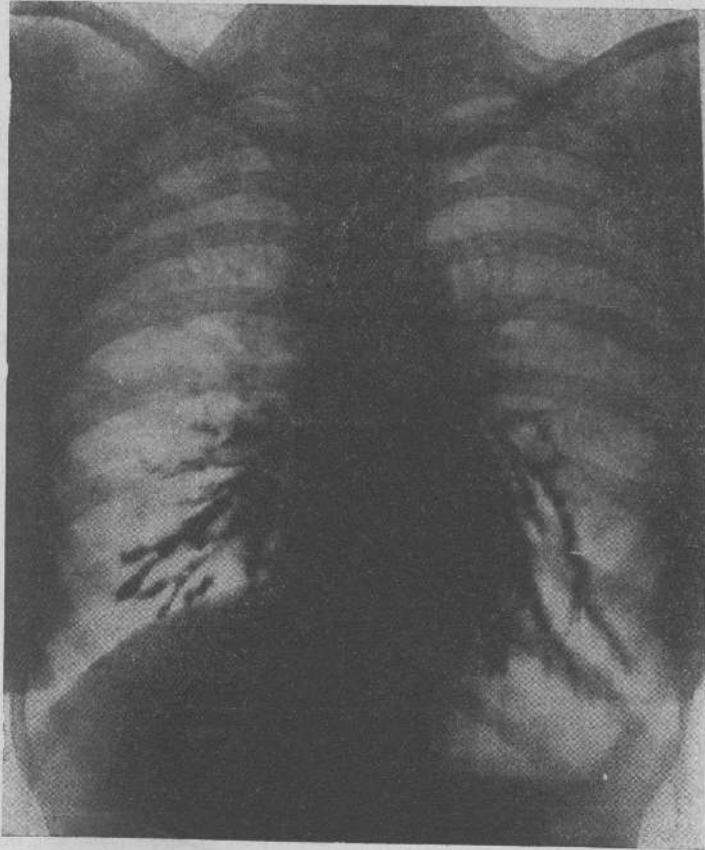


Fig. 1.

Dilatazioni bronchiectasiche delle basi.

Esame della faringe. — Faringe ampia, iperemica; tonsille palatine piccole (0,75); tonsilla faringea ridotta a un piccolo residuo costituito da quattro sporgenze lineari (0,25); tonsilla linguale atrofica (0,10).

Esame della laringe. — Iperemia a tipo cianotico della commessura posteriore; corde vocali vere leggermente ispessite.

Rare piccole linfoglandole nella regione laterale del collo a destra; assenti nelle altre regioni del corpo.

Il paziente non presenta alterazioni a carico degli altri organi. Negativi: l'albero genealogico, l'esame dell'espettorato, la reazione di Wassermann, l'esame delle urine, i precedenti linfoglandolari infantili.

Esame radiologico del cranio. - Cranio a tipo acromegaloide, con notevole prognatismo della mandibola; diametri bizigomatico e bitemporale pressochè uguali; seni mascellari di medie dimensioni; seni frontali ampi, configurati a ventaglio, abbastanza simmetrici; ambito etmoidale anteriore vasto; etnoide posteriore al contrario poco esteso, specie in profondità; seno sfenoidale vastissimo; profilo sellare normale in complesso, salvo un certo svasamento della doccia ipofisaria; opacamento totale del seno mascellare sinistro e dell'etnoide corrispondente.

OSSERVAZIONE 3ª — P. Pietro, di anni 29, domestico.

Stato generale buono; paziente apirettico. Notò i primi sintomi polmonari da bambino; aggravato da 15 anni. Ha disfonia e non ricorda da quando. Tra i familiari nessuno accusa mal di gola. Il paziente non ha subito interventi sulle tonsille. Ha sofferto di mal di gola, senza febbre.

Diagnosi clinica. - Bronchiectasie a sinistra (trattate con frenico-exeresi) nei due terzi inferiori.

Esame del naso. - Setto nasale deviato a sinistra (cresta notevole a livello dei turbinati medio e inferiore, che appoggiano sul setto); mucosa iperemica a destra, ischemica a sinistra. Respirazione nasale (rino-igrometria): cm.² 13,5 a destra; cm.² 6 a sinistra.

Esame della faringe. - Faringe ampia, iperemica; tonsille palatine piccole (0,50); tonsilla faringea atrofica; tonsilla linguale bene sviluppata (0,50).

Esame della laringe. - Congestione del vestibolo della laringe (in rapporto con lo stato del naso-faringe).

Rare piccole linfoglandole nella parte posteriore della regione sterno-cleido-mastoidea sinistra. Non si palpavano glandole nelle altre regioni del corpo.

Negativi: l'albero genealogico, l'esame dell'espettorato, la R. di Wassermann, l'esame delle urine. Cinque o sei anni fa notò ingorgo linfoglandolare nella regione sterno-cleido-mastoidea sinistra; guarì dopo applicazioni di olio caldo.

Esame radiologico del cranio. - Tipo cranico mesaticefalo; diametro bitemporale e bizigomatico quasi uguale; seni mascellari piccoli, a sezione trapezoidale; seno frontale destro atresico (presenza del solo infundibolo), sinistro appena accennato; etnoide anteriore notevolmente sviluppato, posteriore profondo e a grandi cellule; unica celluletta pre-sellare in rappresentanza del seno sfenoidale; assenza di alterazioni a carico dei seni.

OSSERVAZIONE 4ª — S. Lidia, di anni 25, impiegata.

Stato generale buono; paziente apirettica. Notò i primi sintomi polmonari quattro anni fa. Non ha disturbi laringei, nè mal di gola. La madre soffre di frequenti dolori alla gola, senza febbre; così pure la paziente che non ha mai avuto interventi sulle tonsille.

Diagnosi clinica. - Piccole bronchiectasie basilari bilaterali, secche, prevalenti a sinistra, con pleurite secca circoscritta; esiti di scissurite a destra.

Esame del naso. - Piccola cresta del setto, orizzontale, in basso; mucosa rosea. Respirazione nasale (rino-igrometria): cm.² 3 a destra; cm.² 1,5 a sinistra.

Esame della faringe. - Faringe rosea; tonsille palatine leggermente proidentici con ipertrofia a tipo parenchimoso (2,00) e con secrezione nelle cripte; residuo discretamente sviluppato della tonsilla faringea (0,40); tonsilla linguale ipertrofica (1,00).

Esame della laringe. - Ipertrofia e pallore della regione inter-aritenoidea e delle aritenoidi (pachidermia).

Linfoglandole. - 1ª a sinistra linfoglandola quanto un fagiolo tra il lobulo dell'orecchio e l'apofisi mastoide (in rapporto a pregresso eczema del cuoio capelluto); 2ª linfoglandole sottomandibolari davanti allo sterno-cleido-mastoideo, profonde, a sinistra; 3ª assenza di linfoglandole a destra. Non se ne palpavano nelle altre regioni del corpo.

La paziente non presenta alterazioni degli altri organi. Negativi: l'albero genealogico, l'esame dell'espettorato, la R. di Wassermann e l'esame delle urine. La cutireazione alla tubercolosi umana e bovina è positiva.

Da bambina ebbe *linfoglandole* con ulcerazioni davanti allo sterno cleido-mastoideo a 2 cm. al di sotto dell'angolo della mandibola a sinistra. Mestruta a 11 anni una sola volta; assenza per 4 anni; a 15 anni mestruazioni per 6 volte; assenza per 2 anni; da 17 anni mestruazioni sempre regolari per ritmo, scarse, durata due giorni, non dolorose, accompagnate da cefalea intensa.



Fig. 2.

Dilatazioni bronchiali cilindriche.

Esame radiologico del cranio. — Tipo cranico dolicocefalo; diametro bitemporale alquanto superiore al bizigomatico; seni mascellari stretti, ma profondi e sepimentati; struttura etmoidale assai complessa in entrambi i segmenti (anteriori e posteriori); seni frontali assai piccoli e disuguali (più piccolo il destro); assenza di lesioni.

OSSERVAZIONE 5^a — S. Lorenzo, di anni 28, montatore idraulico.

Stato generale buono; temperatura assente. Notò i primi sintomi polmonari 5 anni fa. Non ha avuto disturbi laringei, nè mal di gola. Tra i familiari nessuno soffre di mal di gola. Il paziente dodici anni fa fu operato alle tonsille.

Diagnosi clinica. — Bronchiectasie basilari a sinistra.

Esame del naso. — Setto leggermente irregolare; mucosa iperemica. Respirazione nasale: cm.² 8 a destra, cm.² 15 a sinistra.

Esame della faringe. — Faringe iperemica, atrofica; tonsilla palatina destra atrofica (0,25) sinistra piccola (0,50); tonsilla faringea atrofica (0,0); tonsilla linguale bene sviluppata (0,50).

Esame della laringe. — Leggera iperemia del vestibolo della laringe, lieve ispessimento delle corde vocali (laringite catarrale subacuta).

Micropoliadenia latero-cervicale, più evidente a destra.

Il paziente non presenta alterazioni degli altri organi. Negativi: l'albero genealogico, la R. di Wassermann, la cutireazione, l'esame delle urine, i precedenti linfo-glandolari infantili.

Esame dell'espettorato per il bacillo di Koch: positivo.

Esame radiologico del cranio. — Tipo cranico mesaticefalo; sistema pneumatizzato paranasale ampiamente sviluppato ad eccezione del seno sfenoidale (ben disegnato ma di piccole dimensioni); diametro bitemporale e bizigomatico uguale; assenza di alterazioni.

OSSERVAZIONE 6ª — M. Giulia, di anni 10, scolara.

Stato generale buono; paziente apirettica. Notò i primi sintomi polmonari un anno fa. Non ha avuto disturbi alla laringe, nè mal di gola. La paziente non ha subito alcun intervento sulle tonsille.

Diagnosi clinica. — Bronchiectasie del lobo medio destro.

Esame del naso. — Setto regolare; mucosa iperemica. Respirazione nasale a destra cm.² 1,5; a sinistra cm.² 2.

Esame della faringe. — Faringe leggermente iperemica; tonsille palatine leggermente ipertrofiche; tonsilla faringea ipertrofica (1,0); tonsilla linguale con noduli numerosissimi e piccoli (0,40).

Esame della laringe. — Leggera iperemia del vestibolo (in rapporto con il naso-faringe); corde vocali normali.

Linfoglandole numerose, piccole, spostabili, al davanti dello sterno cleido-mastoideo d'ambo i lati e nelle regioni ascellari.

La paziente non presenta alterazioni degli altri organi. Albero genealogico: una sorellina con sospetto di tubercolosi polmonare. Negativi: l'esame dell'espettorato, la R. di Wassermann, la cutireazione, l'esame delle urine, i precedenti linfo-glandolari infantili.

Esame radiologico del cranio. — Tipo cranico dolicocefalo; diametro bizigomatico maggiore del bitemporale; seni mascellari stretti ma profondi, disimmetrici; maggiormente asimmetrici i seni frontali, entrambi piccoli (quello di sinistra rappresentato appena dal fondo dell'infundibolo); etmoide anteriore sviluppato prevalentemente in larghezza, a numerose concamerazioni; etmoide posteriore con poche, ma grosse cellule, di cui una presfenoidale rappresenta l'unica cavità più profonda del sistema posteriore, in quanto lo sfenoide ha struttura diploica; profilo sellare normale; assenza di alterazioni patologiche.

OSSERVAZIONE 7ª — De A. Amalia, di anni 32, donna di casa.

Stato generale buono; paziente apirettica. Notò i primi sintomi polmonari 4 anni fa. Non ha avuto disturbi laringei, nè mal di gola. Tra i familiari nessuno soffre di mal di gola. La paziente non ha subito interventi tonsillari.

Diagnosi clinica. — Bronchiectasie bilaterali con bronchite diffusa.

Esame del naso. — Setto regolare; mucosa iperemica. Respirazione nasale: a destra cm.² 10,5; a sinistra cm.² 8,5.

Esame della faringe. — Faringe ampia; tonsille palatine piccole (0,70); tonsilla faringea in piccolo residuo (0,25); tonsilla linguale discretamente sviluppata (0,50).

Esame della laringe. — Laringe rosea ben conformata, senza alterazioni. Leggera deviazione della lingua a destra; la laringe non è deviata.

Si palpa una linfoglandola in vicinanza dell'osso ioide a destra; non si palpano altre linfoglandole.



Fig. 3.

Bronchiectasie sacciformi.

Negativi: l'albero genealogico, l'esame dell'espettorato, la R. di Wassermann, la cutireazione, l'esame delle urine, i precedenti linfoglandolari infantili. Mestrata a 12 anni; mestruazioni regolari per ritmo, quantità (durata circa sei giorni).

Esame radiologico del cranio. — Tipo cranico dolicocefalo; diametro bitemporale minore del bizigomatico; seni mascellari di media dimensione, più sviluppati in profondità; etmoide anfrattoso e assai concamerato in entrambi i segmenti (anteriori e posteriori); seno sfenoidale di discreta ampiezza, prevalentemente pre-sellare, seni frontali piuttosto piccoli; tutte le cavità osservate non presentano alterazioni.

OSSERVAZIONE 8ª — C. Giuseppe, di anni 58, carbonaio.

Stato generale buono; paziente apirettico. Notò i primi sintomi polmonari 4 anni fa. Non ha avuto disturbi laringei, nè mal di gola. Il paziente non ha subito interventi sulle tonsille.

Diagnosi clinica. — Bronchiectasie alla base destra.

Esame del naso. — Setto con cresta a sinistra; mucosa rosea; ipertrofia dei turbinati medii (la testa di quello di destra è leggermente edematosa). Respirazione nasale: a destra cm.² 4; a sinistra cm.² 7.

Esame della faringe. — Faringe iperemica; tonsille palatine flaccide, incluse fra i pilastri, di medio volume (1,00); tonsilla faringea atrofica; tonsilla linguale atrofica (0,20).

Linfoglandolare quanto un fagiolo in vicinanza dell'estremità destra dell'osso joide; si palpano numerose ghiandole al collo. Non esiste deviazione della laringe, nè della lingua.

Esame della laringe. — Iperemia diffusa della laringe in rapporto con lo stato del naso e della faringe.

Negativi: l'albero genealogico, l'esame dell'espettorato e i precedenti linfoglandolari infantili. Reazione di Wassermann positiva; nelle urine, tracce di albumina.

Esame radiologico del cranio. — Tipo cranico mesaticefalo con largo sviluppo della volta e notevole prevalenza del diametro bitemporale sul bizigomatico; seni mascellari di media ampiezza, sepimentati; seni frontali a diverse localizzazioni (il sinistro molto più grande e sviluppato del destro); etmoide anteriore a grossolana struttura, posteriore poco profondo; seno sfenoidale con molteplici concamerazioni e con sede pre- e sottosellare; nessuna alterazione patologica.

OSSERVAZIONE 9ª — P. Isolina, di anni 38, donna di casa.

Stato generale buono; paziente apirettica. Notò i primi sintomi polmonari pochi anni fa. Non ha avuto sintomi laringei; ha avuto rari mal di gola (tre volte in tutto) con febbre molto elevata. Non ha subito interventi sulle tonsille.

Diagnosi clinica. — Piccole bronchiectasie bilaterali dei lobi inferiori.

Esame del naso. — Setto leggermente irregolare; mucosa rosea; assenza di secrezione. Respirazione nasale: a destra cm.² 8, a sinistra cm.² 7.

Esame della faringe. — Faringe ampia, leggermente secca; tonsille palatine di medio volume (1,00) con scarso essudato denso; tonsilla faringea atrofica (0,0); tonsilla linguale ipertrofica (1,00).

Esame della laringe. — Leggera iperemia del vestibolo; tendenza allo stato pachidermico della regione inter-aritenoidea.

Non si palpano linfoglandole al collo. Non esiste deviazione della laringe, nè della lingua.

Negativi: l'albero genealogico, l'esame dell'espettorato, la reazione di Wassermann, l'esame delle urine e i precedenti linfoglandolari infantili.

Cutirazione alla tubercolina umana e bovina positiva.

Mestruada a 12 anni; le mestruazioni sono state regolari; dal 1914 al 1924 emorragie notevoli e mestruazione due volte al mese (senza apparente rapporto con la malattia).

Esame radiologico del cranio. — Tipo cranico tendente al dolicocefalo; diametro bitemporale maggiore del bizigomatico; seni mascellari e frontali di cospicuo sviluppo; meno vasto il sistema dei seni posteriori, specie dello sfenoidale, rappresentato da una localizzazione pre-sellare; nessuna alterazione a carico dei seni.

OSSERVAZIONE 10ª — Di B. Concetta, di anni 16, donna di casa.

Stato generale discreto; paziente apirettica. Notò i primi sintomi polmonari 11 anni fa. Non ha avuto disturbi laringei, nè mal di gola. La paziente non ha subito intervento sulle tonsille.

Diagnosi clinica. — Bronchiectasie diffuse del lobo inferiore sinistro con sintomatologia cavitaria.

Esame del naso. — Setto regolare; mucosa iperemica. Respirazione nasale: a destra cm.² 4; a sinistra cm.² 4.

Esame della faringe. — Faringe iperemica; tonsille palatine leggermente ipertrofiche e flaccide (1,50); tonsilla faringea ipertrofica (1,0); tonsilla linguale ipertrofica (1,0).

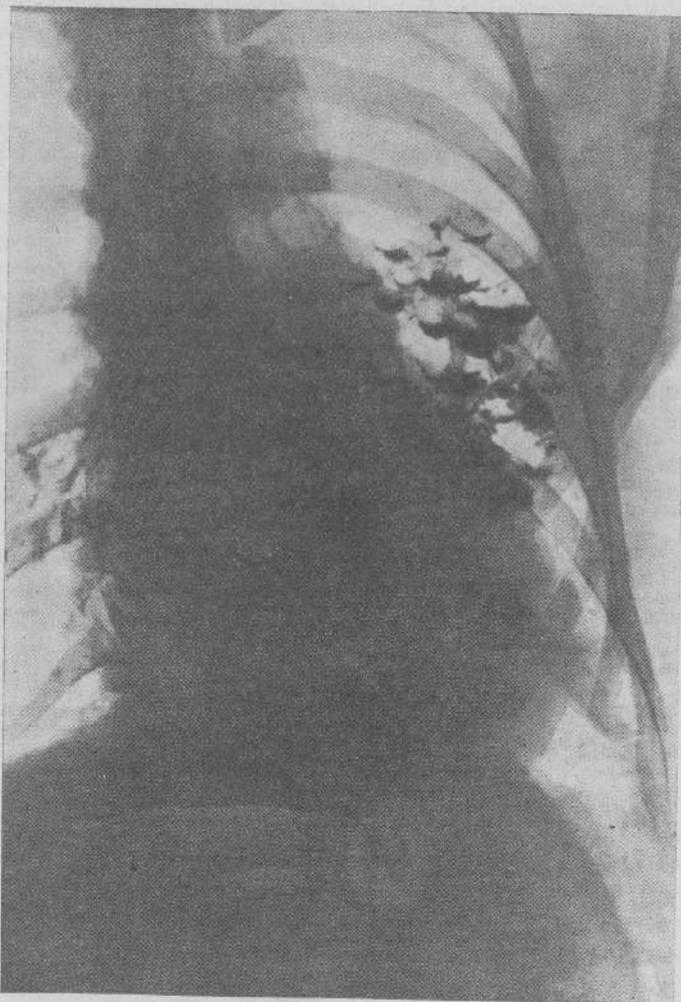


Fig. 4.

Bronchiectasie a nido di rondine.

Esame della laringe. — Leggera iperemia del vestibolo.

Linfoglandole nella parte alta della catena della vena giugulare interna specie a destra; glandole indolenti, palpabili nelle altre stazioni.

La paziente non presenta alterazioni degli altri organi. Negativi: l'albero genealogico, l'esame dell'espettorato, la relazione di Wassermann, la cutireazione, l'esame delle urine, i precedenti linfoglandolari infantili. La paziente menstruò a 14 anni; mestruazioni regolari per ritmo, scarse per quantità, di breve durata.

Esame radiografico del cranio. — Tipo dolicocefalo; leggera prevalenza del diametro bitemporale sul bizigomatico; seni mascellari di media ampiezza e con qualche sepimentazione verticale; seni frontali piccoli e disuguali; etmoide vasto e profondo con fini concamerazioni; assenza di alterazioni a carico dei seni.

OSSERVAZIONE 11^a — F. Gactano, di anni 49, fornaciaio.

Stato generale buono; paziente apirettico. Notò i primi sintomi polmonari 10 anni fa. Non ha avuto disturbi laringei, nè soffre di mal di gola. I figli vanno soggetti a tonsilliti febbrili. Fino a 19 anni fa il paziente aveva frequenti angine febbrili. Non ha subito interventi sulle tonsille.

Diagnosi clinica. — Stato asmatico con bronchite cronica ricorrente e incipiente enfisema; piccole bronchiectasie alle basi e all'apice sinistro.

Esame de naso. — Setto leggermente irregolare, un pò deviato in alto a destra, con piccola cresta orizzontale bilaterale vicino al pavimento; mucosa iperemica; ipertrofia del turbinato inferiore destro. Respirazione nasale: a destra cm.² 7, a sinistra cm.² 11.

Esame della faringe. — Faringe iperemica a tipo cianotico e succulenta; tonsille palatine atrofiche (0,25); tonsilla faringea atrofica; tonsilla linguale atrofica.

Esame della laringe. — Iperemia del vestibolo. Non esiste deviazione della laringe, nè della lingua.

Linfoglandole della catena giugulare interna in alto; si palpa qualche glandola sottomascellare.

Negativi: l'albero genealogico, l'esame dell'espettorato, la reazione di Wassermann, l'esame delle urine, i precedenti linfogliandolari infantili.

Esame radiologico del cranio. — Tipo cranico mesaticefalo; diametri bitemporali e bizigomatici pressochè uguali; grande sviluppo del sistema pneumatico paranasale e particolarmente dei seni posteriori; di nessuna disimmetria grossolanamente apprezzabile; non si notano alterazioni dei seni.

OSSERVAZIONE 12^a — B. Giulio, di anni 58, fuochista.

Stato generale buono; paziente apirettico. Notò i primi sintomi polmonari 16 anni fa con emottisi. Non ha avuto disturbi laringei. I figli vanno soggetti ad angine febbrili. Il paziente accusa spesso mal di gola, senza febbre; non ha subito interventi sulle tonsille.

Diagnosi clinica. — Bronchite cronica con bronchiectasie basali a destra ed enfisema polmonare; diabete.

Esame del naso. — Setto leggermente irregolare; mucosa edematosa, pallida. Respirazione nasale: a destra cm.² 4,5, a sinistra cm.² 14,5.

Esame della faringe. — Faringe ampia; tonsille palatine atrofiche (0,25); tonsilla faringea atrofica (0,0); tonsilla linguale atrofica (0,20).

Esame della laringe. — Laringe rotata sull'asse antero-posteriore a destra; leggera iperemia del vestibolo laringeo.

Linfoglandole non si palpano al collo, nè nelle altre regioni del corpo.

Albero genealogico: gli 8 figliuoli soffrono tutti di malattie polmonari; la moglie no e neppure i genitori.

Negativi: l'esame dell'espettorato, la reazione di Wassermann, la cutircazione e i precedenti linfogliandolari.

Esame delle urine: presenza di zucchero.

Esame radiologico del cranio. — Tipo cranico dolicocefalo a teca assai spessa e con vólta molto sviluppata; prevalenza del diametro bitemporale sul bizigomatico; seni mascellari poco profondi e più alti che larghi; seni frontali grandi con diverse sepimentazioni e con recessi sopraorbitari; etmoidi anteriori e posteriori senza confini netti, a grosse cellule; seno sfenoidale pre-sellare; assenza di fatti patologici.

OSSERVAZIONE 13^a. — M. Ines, di anni 20, donna di casa.

Stato generale buono; paziente apirettica. Notò i primi sintomi polmonari un anno fa (luglio 1933: pleurite secca destra). Non ha avuto disturbi laringei, nè mal di gola e non ha subito interventi sulle tonsille.

Diagnosi clinica. — Bronchiectasie basali a destra e parailari a sinistra.

Esame del naso. — Setto deviato in alto a destra (piano superiore); mucosa rosca. Respirazione nasale: a destra cm.² 3,5; a sinistra cm.² 6.

Esame della faringe. — Faringe ampia; tonsille palatine piccole (0,50); tonsilla faringea modicamente ipertrofica (0,75); tonsilla linguale normalmente sviluppata (0,40).

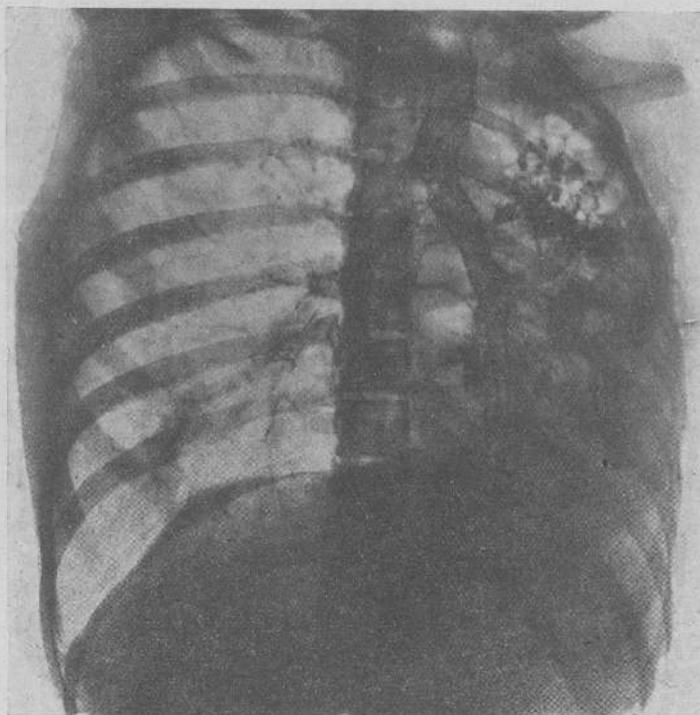


Fig. 5.

Bronchiectasie dell'emitorace sinistro. Da notare la deviazione della trachea e del bronco sinistro. Broncografia eseguita mediante broncoscopia.

Esame della laringe. — Mucosa rosea.

Linfoglandole alte della regione giugulare interna d'ambo i lati; rare piccole della catena del nervo spinale.

La paziente non presenta alterazioni degli altri organi.

Albero genealogico: il padre morì di tubercolosi polmonare. Cutireazione positiva. Negativi: l'esame dell'espettorato, la reazione di Wassermann, l'esame delle urine, i precedenti linfoglandolari infantili.

La paziente menstruò a 11 anni; mestruazioni irregolari per ritmo, dolorose, durano 8 giorni; non si sono modificate dopo i primi sintomi polmonari.

Esame radiologico del cranio. — Tipo mesaticefalo con teca abbastanza spessa; diametro bitemporale alquanto maggiore del bizigomatico; seni mascellari stretti ma profondi, seni frontali entrambi atresici (esiste solo l'infundibolo); etmoide (anteriore



e posteriore) assai sviluppato; senoide senza apprezzabile pneumatizzazione e di struttura nettamente diploica, specie nella porzione al di sotto della sella, che è voluminosa ma chiusa per avvicinamento delle clinoidi; assenza di lesioni.

OSSERVAZIONE 14^a — F. Agnese, di anni 13, sarta.

Stato generale buono; paziente apirettica. Notò i primi sintomi polmonari un anno fa. La paziente non ha disturbi laringei, nè mal di gola; ha subito intervento sulle tonsille due anni fa (tonsillotomia).

Diagnosi clinica. — Bronchiectasie basilari a sinistra; esiti di pleurite a destra.

Esame del naso. — Setto deviato a sinistra; stenosi della cavità nasale sinistra; mucosa nasale iperemica. Respirazione nasale: a destra cm.² 7; a sinistra cm.² 6,2.

Esame della faringe. — Faringe ampia, rosea; tonsille palatine non procidenti, ma ipertrofiche (2,5); tonsille faringee bene sviluppate (0,75); tonsilla linguale di medio volume (0,50).

Esame della laringe. — Iperemia della commessura posteriore.

Linfoglandola del volume di un piccolo fagiolo alla parte alta della catena giugulare interna d'ambo i lati, specie a destra; scarse linfoglandole latero-cervicali. La paziente non presenta alterazioni degli altri organi.

Negativi: l'albero genealogico, l'esame dell'espettorato, la reazione di Wassermann, l'esame della urine. Cutirazione positiva.

Tre anni fa malata soffrì linfo-adenite latero-cervicale a destra, migliorò dopo applicazione locale di una pomata. Mestruate a 11 anni; mestruazioni sempre regolari per ritmo.

Esame radiologico del cranio. — Tipo cranico dolicocefalo; diametro bitemporale e bizigomatico pressochè uguali; notevole simmetria di forma e di ampiezza dei seni frontali e mascellari; etmoide molto sviluppato in profondità; senoide non pneumatizzato (unica celluletta dell'etmoide posteriore nell'ambito sfenoidale); assenza di lesioni.

OSSERVAZIONE 15^a — F. Giacinto, di anni 41, manovale.

Stato generale buono; paziente apirettico. Notò i primi sintomi polmonari tre anni fa. Non ha accusato disturbi laringei, nè mal di gola; non ha subito interventi sulle tonsille.

Diagnosi clinica. — Tuberculosis polmonare diffusa fibrosa in soggetto bronchiectasico cronico con attacchi asmaticiformi.

Esame del naso. — Setto leggermente irregolare con deviazione piccola in basso a sinistra e in alto a destra; piccola cresta circoscritta a destra; mucosa iperemica. Respirazione nasale: a destra cm.² 7,5; a sinistra cm.² 6,8.

Esame della faringe. — Faringe ampia; tonsilla palatina destra atrofica (0,25), sinistra piccola (0,50); tonsilla faringea ipertrofica (0,75); tonsilla linguale atrofica (0,25).

Esame della laringe. — Iperemia del vestibolo laringeo.

Linfoglandola quanto un fagiolo nella parte alta della catena giugulare interna sinistra (davanti lo sterno-cleido-mastoideo); glandole latero-cervicali. Non deviazione della laringe, nè della lingua.

Negativi: l'albero genealogico, la reazione di Wassermann, l'esame delle urine, i precedenti linfoglandolari infantili.

Positivi: l'esame dell'espettorato e la cutirazione.

Esame radiologico del cranio. — Cranio mesaticcefalo; leggera disposizione prognata della mandibola; prevalenza del diametro bitemporale sul bizigomatico; seni mascellari grandi, simmetricamente conformati; seni frontali al contrario molto poco sviluppati con tratti infundibolari ampi; etmoide anteriore d'ordinaria configurazione; etmoide posteriore poco esteso; seno sfenoidale di medie dimensioni, quasi tutto preellare; sella piatta, con doccia ipofisaria scavata; nessuna alterazione patologica.

OSSERVAZIONE 16^a — B. Italia, di anni 23, lavorante in cartiera.

Stato generale buono; temperatura, da 15 giorni, qualche decimo. Primi sintomi polmonari sei mesi fa. Non ha avuto disturbi laringei, nè mal di gola. Tra i familiari nessuno soffre di mal di gola.

Diagnosi clinica. — Bronchiectasie basali bilaterali; doppio vizio mitralico.

Esame del naso. — Leggera flessuosità del setto verso sinistra; mucosa ischemica. Respirazione nasale: a destra cm.² 4; a sinistra cm.² 6.

Esame della faringe. — Faringe ampia; tonsille palatine di medio volume (1,25); piccolo residuo della tonsilla faringea (0,25); tonsilla linguale atrofica (0,25).

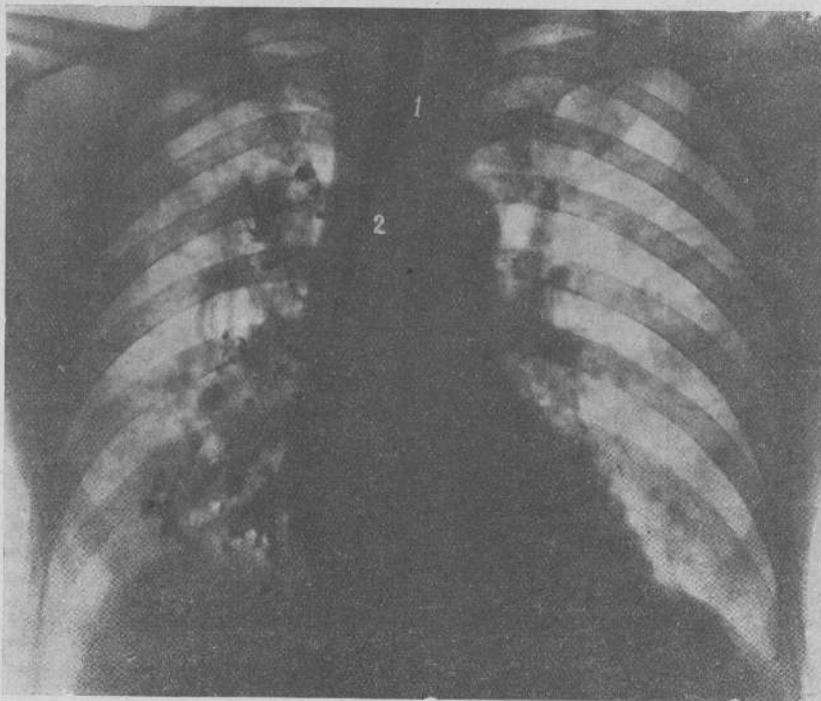


Fig. 6.

Broncografia eseguita mediante broncoscopia. — 1, broncoscopio. — 2, tubo metallico per l'iniezione.

Esame della laringe. — Epiglottide accartocciata; iperemia del vestibolo della laringe.

Le linfoglandole non si palpano nè al collo, nè nelle altre regioni del corpo.

Negativi: l'albero genealogico, l'esame dell'espettorato, la reazione di Wassermann, la cutireazione, l'esame delle urine, i precedenti linfoglandolari infantili.

Mestruò a 10 anni; mestruazioni sempre normali per ritmo, quantità e durata.

Esame radiologico del cranio. — Tipo cranico tendente al dolicocefalo; diametro bitemporale maggiore del bizigomatico; seni mascellari stretti, ma ampi e profondi; seni frontali di medio sviluppo, non molto disuguali; etmoide anteriore assai ampio, con numerose cellule, di cui qualcuna cospicua, specie nei tratti perinfundibulari; etmoide posteriore invece poco sviluppato, specie in profondità; cavità sfenoidale grande, pre e sottosellare, con accenno a trabeazioni, ma in complesso uniloculare; sella un pò chiusa, con doccia ipofisaria piccola; turbinati voluminosi; assenza di lesioni.

OSSERVAZIONE 17ª — C. Dora, di anni 22, lavorante in cartiera.

Stato generale buono; paziente apirettica. Notò i primi sintomi polmonari a tre anni (broncopolmonite) con recidiva a 13 anni. Non ha avuto disturbi laringei, nè mal di gola. Nessuno dei familiari ha subito interventi sulle tonsille.

Diagnosi clinica. — Bronchiectasie basilari a destra, polmone cistico a sinistra, splenomegalia di natura ignota.

Esame del naso. — Setto deviato a sinistra; mucosa atrofica; croste nelle cavità (ozena). Respiro nasale (si proietta cm.² 1 e mezzo dal labbro; a destra cm.² 5; a sinistra cm.² 6).

Esame delle faringe. — Faringe ampia, rosea; tonsille palatine atrofiche (0,25); tonsilla faringea atrofica (0,25); abbondante catarro nel rino-faringe; tonsilla linguale atrofica (0,25).

Piccole linfoglandole (1-2 per lato) nella parte alta della catena della vena giugulare interna, davanti allo sterno-cleido-mastoideo (come negli altri casi).

Esame della laringe. — Iperemia del vestibolo della laringe senza lesioni.

Negativi: l'albero genealogico; l'esame dell'espettorato; la reazione di Wassermann; la cutircazione; l'esame delle urine, i precedenti linfoglandolari infantili. Mestruata a 17 anni; mestruazioni sempre regolari per ritmo, scarse e di breve durata (2 giorni).

Esame radiologico del cranio. — Tipo mesaticcefalo; diametri bitemporale e bizigomatico uguali; seni mascellari piccoli e stretti; etmoide anteriore di larghezza inconsueta con infundibili molto ampi; seno frontale di sinistra scavato in piena squama con numerose loculazioni e recessi, sconfinante dalla linea mediana ai di sopra del seno di destra (che è piccolissimo); etmoide posteriore con grosse cavità; seno sfenoideale di media ampiezza, prevalentemente pre-sellare; assenza di lesioni sinusali.

OSSERVAZIONE 18ª — M. Giuseppe, di anni 38, lavorante in cartiera.

Stato generale buono; paziente apirettico. Notò i primi sintomi polmonari 12 anni fa. Non ha avuto disturbi laringei, nè mal di gola. Non ha subito interventi sulle tonsille. Tra i familiari, nessuno ha mai sofferto mal di gola.

Diagnosi clinica. — Bronchiectasie basilari a destra.

Esame del naso. — Setto deviato a destra, specie in basso; mucosa iperemica. Respirazione nasale: a destra cm.² 8 $\frac{1}{2}$; a sinistra cm.² 8 $\frac{1}{2}$.

Esame della faringe. — Faringe iperemica; tonsille palatine ipertrofiche (2,50), ma non proedenti; tonsilla faringea atrofica (0,25); tonsilla linguale atrofica (0,25).

Esame della laringe. — Iperemia del vestibolo senza lesioni. Non deviazione della laringe, nè della lingua.

Le linfoglandole del collo non si palpam: presenti e piccole alle ascelle.

Negativi: l'albero genealogico, l'esame dell'espettorato, la reazione di Wassermann, la cutircazione, l'esame delle urine, i precedenti linfoglandolari infantili.

Esame radiografico del cranio. — Tipo mesaticcefalo con teca cranica assai spessa e volta molto sviluppata; diametro bitemporale molto maggiore del bizigomatico; seni mascellari molto grandi con qualche sepimentazione verticale; seni frontali di modiche dimensioni e senza recessi; etmoide anteriore vasto e con grosse cellule; etmoide posteriore piccolo e confuso con l'anteriore; seno sfenoideale, vasto e spinto posteriormente fin sotto la sella; assenza di lesioni.

OSSERVAZIONE 19ª — S. Giovanni, di anni 16, scolaro.

Stato generale buono; paziente apirettico. Nell'infanzia ebbe tosse convulsa e bronco-pulmonite. Non ha avuto disturbi laringei, nè mal di gola. Tra i familiari nessuno soffrì di mal di gola. Il paziente non ha subito interventi sulle tonsille.

Diagnosi clinica. — Polmone cistico sinistro con fibro-torace in soggetto eredo-letico con ipoevolutismo; frenico-exeresi.

Esame del naso. — Setto leggermente irregolare; mucosa iperemica; assenza di catarro. Respirazione nasale: a destra cm.² 10,5; a sinistra cm.² 10.

Esame della faringe. Faringe ampia; tonsille palatine di medio volume (1); tonsilla faringea atrofica (0,25); tonsilla linguale atrofica (0,10).

Esame della laringe. — Iperemia del vestibolo, compresa l'epiglottide.

Qualche rara piccola linfoglandola della catena giugulare interna; altre glandole all'ascella. Non esiste deviazione della laringe, né della lingua.

Negativi: l'albero genealogico, l'esame dell'espettorato. Reazione di Wassermann positiva. Esame delle urine: tracce di albumina. Il paziente a 7 anni soffrì di linfadenite latero-cervicale destra molto voluminosa.

Esame radiologico del cranio. — Cranio di forma tondeggiante (tipo mesaticefalo); diametro bi-temporale prevalente sul bi-zigomatico; seni mascellari piccoli, uguali; seno frontale destro atrofico; seno frontale sinistro appena accennato, come una cellula situata nella parte supero-mediale dell'orbita; etmoide del pari poco sviluppato, specie nelle zone profonde; sfenoide senza tracce di pneumatizzazione; sella piccola e parzialmente chiusa; assenza di alterazioni patologiche.

OSSERVAZIONE 20ª — C. Alfredo, di anni 33, fuochista.

Stato generale buono; paziente apirettico. Notò i primi sintomi polmonari nel giugno 1933; andava soggetto a bronchiti. Non ha avuto disturbi laringei, né mal di gola, non ha avuto interventi sulle tonsille. Tra i familiari nessuno soffre di mal di gola.

Diagnosi clinica. Polmone cistico congenito della metà superiore destra.

Esame del naso. — Setto con cresta obliqua in alto e indietro a destra e piccole irregolarità a sinistra; mucosa iperemica. Respirazione nasale: a destra cm.² 8,5; a sinistra cm.² 14.

Esame della faringe. — Faringe ampia, leggermente iperemica, con follicoli sulla parete posteriore; tonsille palatine proedenti e ipertrofiche (2); tonsilla faringea ipertrofica (0,75); tonsilla linguale con noduli ipertrofici (1).

Esame della laringe. — Iperemia diffusa; ispessimento delle corde vere.

Linfoglandole della parte alta della catena giugulare interna, voluminose, in parte confluenti; linfoglandole alle ascelle.

Negativi: l'albero genealogico, l'esame dell'espettorato, la reazione di Wassermann, l'esame delle urine, i proedenti linfoglandolari infantili. Cutirizzazione positiva.

Esame radiologico del cranio. — Tipo cranico mesaticefalo; diametro ditemporale alquanto maggiore del bi-zigomatico; seni mascellari e frontali di scarse dimensioni; infundibuli ampi; etmoide anteriore a numerose e piccole cellule, posteriore a grosse concamerazioni; seno sfenoidale esclusivamente presellare; assenza di alterazioni.

OSSERVAZIONE 21ª — S. Sigfrido, di anni 22, muratore.

Stato generale buono; paziente apirettico. Notò i primi sintomi polmonari nel marzo 1932. Non ha avuto disturbi laringei, né mal di gola; non ha subito interventi sulle tonsille.

Diagnosi clinica. Bronchiectasie cilindriche dei lobi inferiori, prevalenti a sinistra. Progredita pleurite bilaterale.

Esame del naso. — Leggera deviazione del setto verso destra; mucosa nasale iperemica, scarso catarro. Respirazione nasale: a destra cm.² 7; a sinistra cm.² 8,5.

Esame della faringe. — Faringe leggermente iperemica; catarro mucopurulento sulla parete posteriore; tonsille palatine leggermente proedenti e ipertrofiche (2); residuo della tonsilla faringea (0,25); tonsilla linguale, ipertrofica, forma due corpi separati (1,50).

Esame della laringe. — Iperemia del vestibolo. Leggera deviazione della lingua verso destra; laringe deviata sull'asse verticale verso destra, spostata leggermente verso destra (piega faringo-piglottica più piccola).

Linfoglandolare quanto un piccolo fagiolo nelle parti alte della catena giugulare interna (2 per lato); sono pure presenti nelle regioni ascellari e inguinali d'ambo i lati.

Negativi: l'albero genealogico, l'esame dell'espettorato, la reazione di Wassermann, l'esame delle urine, i precedenti linfoglandolari infantili, Cutirazione positiva.

Esame radiologico del cranio. Tipo dolicocefalo: diametro bitemporale alquanto maggiore del bi-zigomatico; seni mascellari larghi, alti e profondi; seni frontali disuguali e disimmetrici; etmoide (anteriore e posteriore) a struttura grossolana; seno sfenoitale a diverse localizzazioni prevalentemente pre-sellari; nessuna alterazione patologica.

OSSERVAZIONE 22ª. — P. Antonio, di anni 13, raccoglitore d'immondizie, pensionato da tre anni.

Stato generale buono; paziente apirettico. Notò i primi sintomi polmonari tre anni fa; da bambino soffrì bronco-polmonite. Non ha avuto disturbi faringei, né mal di gola. Tra i familiari nessuno soffre di mal di gola. Il paziente non ha subito interventi sulle tonsille.

Diagnosi clinica. Bronchite cronica con bronchiectasie basali, prevalenti a destra.

Esame del naso. Mucosa nasale rosea. Respirazione nasale: a destra cm.² 7,5; a sinistra cm.² 11.

Esame della faringe. Faringe ampia; tonsille palatine piccole (0,50); tonsilla faringea atrofica; catarro nel rino-faringe; tonsilla linguale atrofica (0,10).

Esame della laringe. Lingua e faringe non deviate. Epiglottide accartocciata; iperemia del vestibolo laringeo; aritenoidi leggermente infiltrati.

Negativi: l'albero genealogico, l'esame dell'espettorato, la reazione di Wassermann, la cutirazione, l'esame delle urine, i precedenti linfoglandolari infantili.

Esame radiologico del cranio. Tipo mesocefalo: diametro bi-temporale e bi-zigomatico uguale; seni mascellari sviluppati, più in profondità che in larghezza; seni frontali di media capacità e simmetrici; porzione anteriore dell'etmoide assai sviluppata a spese della porzione posteriore; seno sfenoitale ampio, prevalentemente pre-sellare; nessuna alterazione.

OSSERVAZIONE 23ª. — V. Elio, di anni 10, scolaro.

Stato generale discreto; paziente apirettico. Subito dopo la nascita riferisce di aver sofferto erisipela, morbilli, bronco-polmonite, tosse convulsa, pleurite, meningite. Il paziente non ha mai avuto mal di gola, né ha subito interventi sulle tonsille.

Diagnosi clinica. Bronchiectasie basali a sinistra; fibrotorace e emicoexeresi sinistra.

Esame del naso. Setto regolare; abbondante catarro, specie a destra anche nel meato medio; mucosa nasale leggermente iperemica, tendente all'atrofia. La respirazione è lontana dal labbro (circa cm.² uno e mezzo). Alla rinuigiometria si ha: a destra cm.² 3; a sinistra cm.² 1 1/2.

Esame della faringe. Faringe ampia; tonsille palatine ipertrofiche (2); tonsilla faringea ipertrofica (1); tonsilla linguale discretamente sviluppata (0,30).

Esame della laringe. Iperemia e succulenza della commessura posteriore. Non esiste deviazione delle laringe, né della lingua protrusa.

Linfoglandolare discretamente voluminosa nella catena giugulare interna, specialmente a sinistra; molto piccole nella catena laterale del collo a sinistra; presenti nelle regioni ascellari e nell'epitrocleare sinistra.

Negativi: l'albero genealogico, l'esame dell'espettorato, la R. di Wassermann, l'esame delle urine, i precedenti linfoglandolari infantili, Cutirazione positiva.

Esame radiologico del cranio. Non mette in evidenza alterazioni in carico dei seni.

CONCLUSIONI.

Abbiamo studiato dal punto di vista rino-faringo-laringologico 23 malati con bronchiectasie, di età varia (dai 10 ai 58 anni) e di vario sesso (14 uomini e 9 donne).

I mestieri erano diversi (1 lavorante siderurgico, 1 carbonaio, 4 donne di casa, 1 fornaciaio, 2 fuochisti, 1 sarta, 3 lavoranti in cartiera, 2 muratori, 1 raccoglitore di immondizie, 1 meccanico, 2 scolari, 2 domestici, 1 studente, 1 impiegato) non sempre in relazione con inalazione di sostanze irritanti.

Lo stato generale per lo più era buono, il tipo costituzionale vario. Erano tutti apirettici.

Non avevano mai accusato disturbi della voce: la disфонia quando esisteva — era di vecchia data, per cui i pazienti non davano ad essa alcuna importanza.

Solo tre dei pazienti avevano frequenti mal di gola: 2 senza febbre (un impiegato di 25 anni e un fuochista di 58 anni); 1 con febbre (fornajo di 49 anni). Nella famiglia di questi tre malati qualcuno andava soggetto pure a mal di gola: nel primo malato la madre (senza febbre), negli altri due i figli (forme febbrili).

Nei detti malati non si riscontravano rapporti evidenti fra l'inizio dei disturbi bronchiali e quello delle flogosi faringee.

Due dei pazienti erano stati operati di tonsillotomia: uno, operato da 12 anni (S. Lorenzo, di anni 28), aveva accusato i primi disturbi polmonari 5 anni fa; l'altra (F. Agnese di anni 13), operata da due anni, li aveva accusati da un anno. Non può dirsi che esistano rapporti con la tonsillotomia nei nostri malati per la scarsa frequenza e per la mancanza di segni evidenti nei casi positivi.

In quanto allo stato delle cavità nasali, ecco cosa risulta dai nostri casi. Il setto nasale, come in genere succede, presentava irregolarità varie (piccole o notevoli deviazioni, ecc.). In uno dei nostri casi si osservavano polipi nel meato medio dal lato opposto della lesione; in un altro con bronchiectasie bilaterali esisteva una velatura del seno mascellare destro; in un terzo, pure con lesioni bilaterali, si osservò un opacamento etmoideo-mascellare a sinistra.

In quanto ai rapporti con la respirazione nasale, 5 dei nostri pazienti respiravano meglio con la cavità nasale destra, 9 con la sinistra, in 9 la respirazione era uguale o quasi d'ambo i lati. Noi abbiamo saggiato la respirazione nasale con la rino-igrometria. I pazienti sono stati osservati tutti in un periodo di tempo relativamente limitato (15 giorni circa), per cui le cause di errore (come sbalzi eccessivi di temperatura e dello stato dell'aria) sono ridotti al minimo.

In 5 malati con lesione polmonare destra, la respirazione nasale era peggiore a destra tre volte, uguale d'ambo i lati due volte (in uno di questi prevaleva il respiro nasale a sinistra).

Nei 10 malati con lesione polmonare sinistra, 4 volte la respirazione nasale era peggiore a sinistra, 3 volte a destra, 3 volte uguale d'ambo i lati (in uno di questi ultimi prevaleva la destra). Quindi, su 15 pazienti con bronchiectasie unilaterali, sette avevano una minore respirazione della cavità nasale dello stesso lato (45,5 %), tre del lato opposto (20 %); in cinque (33,3 %) la respirazione nasale era uguale da ambo i lati; di questi ultimi, 2 (13,5 %, del-

totale dei casi) presentavano una minore respirazione relativa dallo stesso lato della lesione polmonare. E ciò secondo le seguenti tabelle:

Lesione polmonare	Respirazione nasale (rino-igrometria) in cm. ²		
	peggiore a D. (con differenza maggiore di un cm. ²)	peggiore a S.	uguale o quasi d'ambo i lati, e su differenza inferiore a un cm. ²
a destra	3	-	2 (una volta peggiore a destra, l'altra a sinistra).
a sinistra	1	2	3 (una volta peggiore a sinistra).
bilaterale	5	3	1

Negli otto casi con lesione bilaterale, 4 volte (50 %) la respirazione nasale era uguale d'ambo i lati, 3 volte (37,5 %) era peggiore a destra, 1 volta (12,5 %) a sinistra.

Noi abbiamo visto che nei nostri malati la media della respirazione nasale per ciascuna cavità era di cm.² 7,5.

Abbiamo ricavato, dal paragone con le lesioni polmonari, la seguente tabella:

Respirazione nasale							lesioni polmonari
differenza di cm. ² (4) (differenza superiore o inferiore a)						uguale alla media (4) (5) (6)	
superiore		inferiore		uguale alla media			lesioni polmonari
da un lato	d'amb. i lati	da un lato	d'amb. i lati	da un lato	d'amb. i lati		
1	-	1	-	-	-	omolaterali	
2	-	-	-	4	-	eterolaterali	
R. Respirazione dall'altro lato, 2 volte più di cm. ² (1 volta peggiore)							
5	-	2	2	-	-	unilaterali	
2 meglio a D. 3 meglio a S.		1 peggiore a D. 1 peggiore a S.		-	-		
2	2	1	4	3	2	bilaterali	

Quindi, relativamente alla media di cm.² 7,5, alla rino-igrometria la respirazione nasale: quando era inferiore da un lato, le lesioni polmonari erano omolaterali (5 casi); quando era superiore da un lato, si trovavano lesioni del polmone ctero-laterale (2,5 casi) o dello stesso lato (3,5 casi); se era superiore d'ambo i lati, si avevano lesioni unilaterali (5 casi) o bilaterali (2 casi); quando era inferiore d'ambo i lati, vi erano lesioni unilaterali (3 casi); quando la respirazione nasale era uguale alla media d'ambo i lati, si avevano lesioni polmonari bilaterali. Perciò questi reperti, anche se non sono netti, ci mostrano la prevalenza del relativo « deficit » respiratorio della cavità nasale omolaterale al polmone leso.

La *mucosa nasale e faringea* nei nostri malati in genere era iperemica senza particolarità degne di nota. In alcuni casi era ischemica; in un caso era leggermente atrofica e in un altro notevolmente atrofica (ozena). In questi ultimi due casi di atrofia della mucosa, pur non essendovi secrezione nasale,

la respirazione si compiva con difficoltà (atrofia semplice: cm.² 1 e 3,5; ozena: cm.² 5 e 6) e dalla rino grometria si osservava che le chiazze di vapore acqueo condensato stavano a distanza del labbro (cm. 1,5 circa), mentre negli altri casi le dette chiazze erano in tutta vicinanza del labbro stesso.

Le tonsille palatine per lo più mostravano modica ipertrofia (8 su 23 casi), erano pure atrofiche (5 su 23 casi), piccole (5 su 23 casi) o di volume normale (5 su 23).

La tonsilla laringea era atrofizzata completamente in 8 su 23 casi, era piccola (residuo) in 7 casi, ipertrofica 7 volte, di volume normale 1 volta.

La tonsilla linguale era piccola (7 casi), normale (6 casi), ipertrofica (6 casi) ovvero atrofica (5 casi).

Non c'era parallelismo nello sviluppo delle varie tonsille: le tonsille palatine di medio volume si associavano con l'atrofia e con l'ipertrofia di una o di tutte e due le altre tonsille ecc.

Le linfoglandole cervicali nei nostri casi in genere erano presenti nella parte alta della catena giugulare interna; talora anche nella catena del nervo spinale e nel resto della catena giugulare. Solo in 5 casi (21,75 %) erano assenti.

Esse si comportavano secondo le seguenti tabelle:

Linfoglandole cervicali	Lesioni polmonari	
	unilaterali	bilaterali
a destra	1	2
a sinistra	1	1
bilaterali	4	1
assenti	3	3

Linfoglandole cervicali	Lesioni polmonari			
	omilaterali	eterolaterali	unilaterali	bilaterali
a sede unilaterale: 8 su 23 casi = 34,55%	2			6
a sede bilaterale: 10 su 23 casi = 43,5%			6	1
assenti: 5 su 23 casi = 21,75%			3	2

Quindi, quando le linfoglandole cervicali erano unilaterali le lesioni polmonari erano per lo più omilaterali (21,75 % del totale dei casi e 62,5 di quelli con gangli cervicali unilaterali, talora bilaterali, mai esistevano lesioni polmonari controlaterali). Quando i gangli cervicali erano bilaterali, le lesioni polmonari in 7 casi erano unilaterali, in 3 bilaterali.

In cinque casi (21,75 %), nei quali mancavano le linfoglandole cervicali, si avevano lesioni polmonari unilaterali (3 casi) o bilaterali (2 casi).

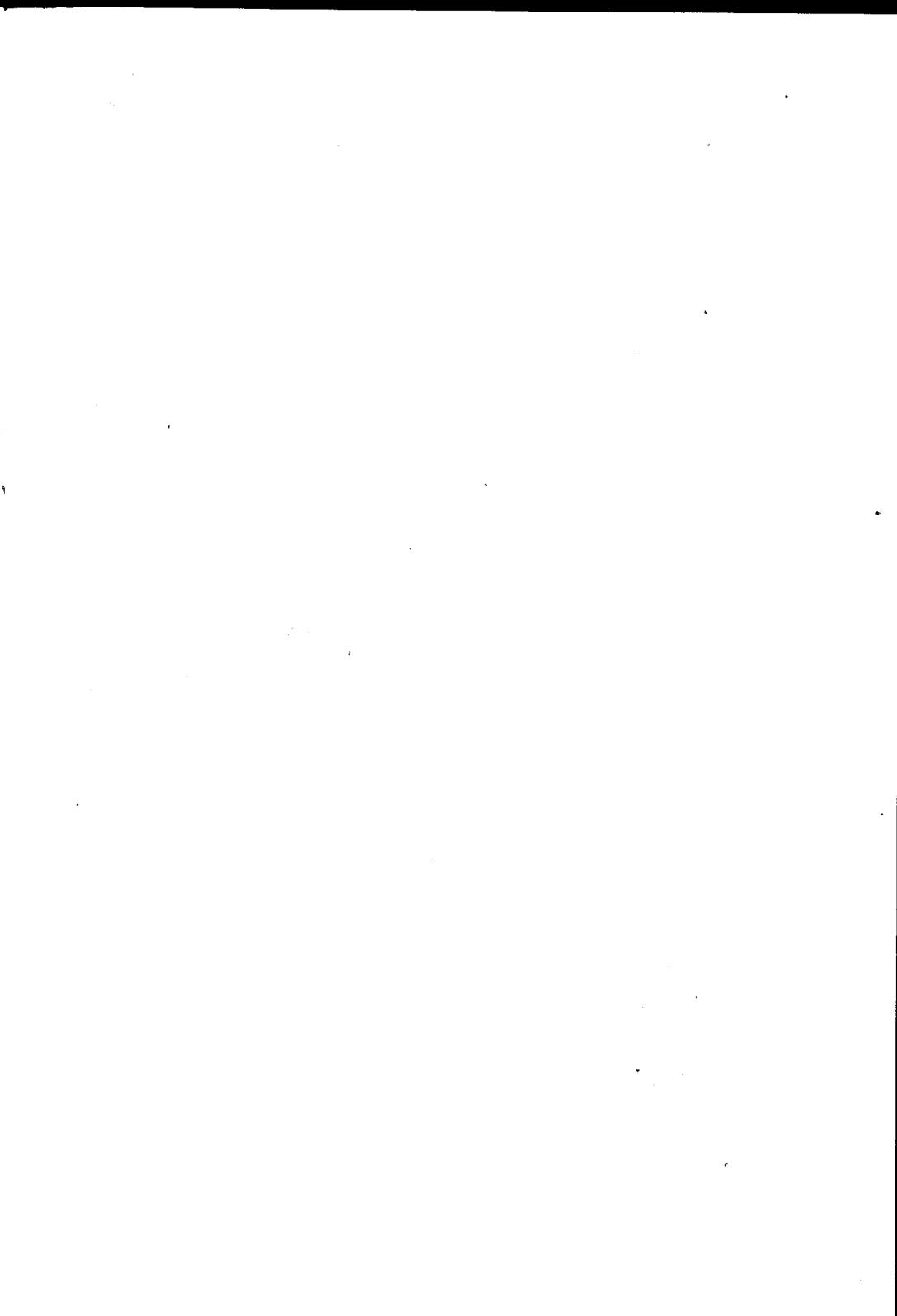
Nei nostri malati il tipo cranico era a prevalenza dolicocefalo, raramente mesaticefalo. Il sistema pneumatico paranasale si mostrava a prevalenza sviluppato più della media normale.

RIASSUNTO

L'A. ha studiato 23 malati con bronchiectasie dai 16 ai 58 anni, di vario sesso (14 uomini, 9 donne).

I mestieri e il tipo costituzionale erano vari; lo stato generale buono; i p. non avevano accusato disturbi della voce (quando esisteva, la disфония era di vecchia data); solo tre andavano soggetti a mal di gola, ma senza evidenti rapporti con l'inizio dei disturbi bronchiali; solo due erano stati operati di tonsilloromia parecchio tempo prima dell'inizio dei disturbi bronchiali (7 anni e un anno); solo in 3 casi esistevano alterazioni nasali (polipi del meato medio dal lato opposto della lesione bronchiale; velature del seno mascellare destro in bronchiectasie bilaterali; vela ura etmoideo-mascellare sinistra in bronchiectasie bilaterali; la respirazione nasale (rinosigmetria) del 45% delle bronchiectasie unilaterali era minore dallo stesso lato; la mucosa nasale e faringea in genere era iperemica senza particolarità notevoli; le tonsille (palatine, faringea, linguale) erano di vario volume; le linfoglandole cervicali, quando erano unilaterali, esistevano specialmente e dallo stesso lato della lesione bronchiale; il sistema pneumatico paranasale si mostrava in prevalenza più sviluppato della media normale.

59065



~~SECRET~~

