



CONSORZIO ANTITUBERCOLARE DELLA PROVINCIA DI PESARO E URBINO

Dott. MARIO ACCORIMBONI

Direttore del Consorzio e del Dispensario provinciale

L'evoluzione della tubercolosi nell'infanzia

ESTRATTO DA « LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI »
ANNO XII - NUMERO 2 - FEBBRAIO 1941 - XIX



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA

CONSORZIO ANTITUBERCOLARE DELLA PROVINCIA DI PESARO E URBINO

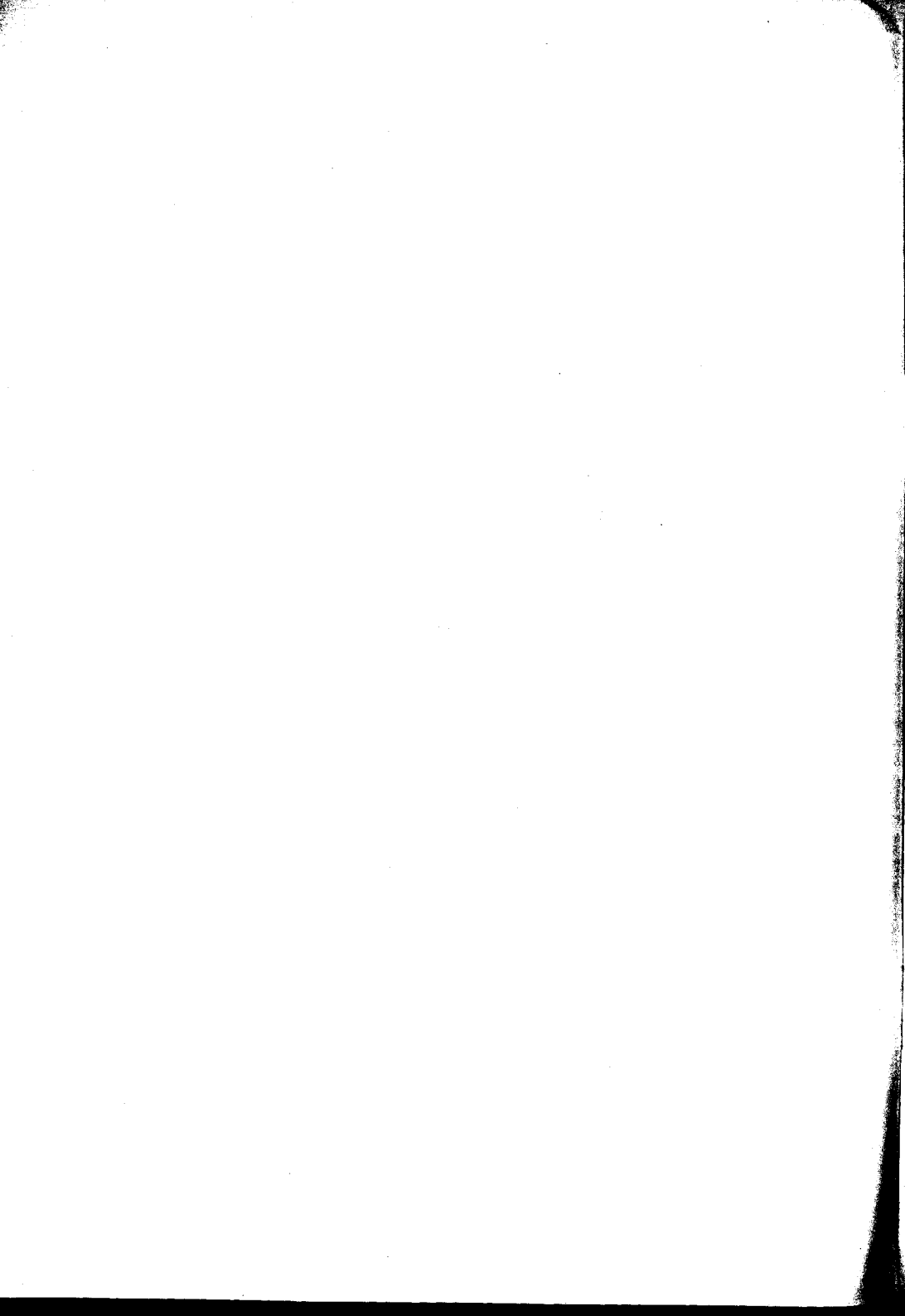
Dott. MARIO ACCORIMBONI

Direttore del Consorzio e del Dispensario provinciale

L'evoluzione della tubercolosi nell'infanzia

ESTRATTO DA « LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI »
ANNO XII - NUMERO 2 - FEBBRAIO 1941 - XIX

STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



Se è vero che il Dispensario è un centro prezioso di studio e di osservazione del complesso problema della tubercolosi, nei suoi molteplici aspetti, questo si può ripetere con tanta maggiore fondatezza per la tubercolosi dell'infanzia: argomento d'importanza fondamentale per se stesso e per i suoi rapporti con la tubercolosi dell'adulto, giacchè dall'infezione tubercolare si rimane colpiti più spesso nell'età infantile e, se vogliamo seguire le affermazioni della maggior parte degli autori, la tubercolosi dell'adulto non sarebbe altro che un episodio ulteriore, una riacutizzazione dell'infezione infantile.

Oggi che si moltiplicano le proposte e le iniziative tendenti ad indagare sulla tubercolosi dell'infanzia (come l'attuazione della cartella clinico-radiologica nelle scuole, l'esame radiologico di collettività infantili, mediante il procedimento della fotografia dello schermo, ecc.) giudico utile riferire su alcuni dati che ho potuto raccogliere durante il lavoro dispensariale, seguendo bambini colpiti da processi tubercolari: dati che mi sono sembrati abbastanza interessanti, e che pure senza avere la pretesa di dire qualche cosa di nuovo, possono portare almeno nuovi argomenti per rafforzare le nozioni che abbiamo già sulla evoluzione dell'infezione tubercolare nell'infanzia, e sui suoi rapporti con la tubercolosi dell'adulto.

In un mio precedente lavoro ho studiato già «la diffusione della tubercolosi endotoracica nell'infanzia rilevata da una statistica dispensariale».

Dopo di allora ho seguito con particolare cura i bambini che in quello studio vennero raggruppati tra i portatori di localizzazioni tubercolari polmonari attive, sia sottoponendoli a periodici controlli clinico-radiologici, sia assumendo notizie nei loro riguardi, nel caso che fossero poi stati ricoverati in istituti di cura, e ciò perchè giudicavo assai interessante seguire nel tempo l'evoluzione della loro malattia tubercolare.

Al fine di estendere su un maggior numero di casi questa mia indagine, ho tenuto egualmente sotto controllo accurato i bambini riconosciuti colpiti

da processi tubercolari ganglio-polmonari ed esaminati presso il Dispensario, successivamente all'epoca del citato mio primo lavoro sull'argomento.

Certamente, continuando ancora ad esercitare negli anni futuri il controllo di questi soggetti, come del resto mi riprometto di fare, si potranno avere dei dati ben più interessanti; oggi, come ho detto, riferirò sui dati rilevati in questo primo periodo di osservazione, dal 1934 al 1940.

Dalla mia statistica risultano esclusi tutti i bambini, nei riguardi dei quali, successivamente al primo accertamento diagnostico, non mi è stato possibile, per motivi vari, compiere ulteriori controlli. Complessivamente oggi posso riferire sull'evoluzione clinico-radiologica presentata da 306 bambini, seguiti per un periodo di tempo vario, da un massimo di sei anni, per i bambini che seguo dal 1934, a un minimo di due anni, per i bambini che seguo dal 1938; i dati di cui riferirò riguardano precisamente 43 bambini accertati tbc. nel 1934, 70 accertati nel 1935, 65 accertati nel 1936, 94 accertati nel 1937, 34 accertati nel 1938.

Questi bambini risultano di età varia, da un minimo di 2 anni a un massimo di 14 anni; nel gruppo di bambini di 14 anni ho compreso solo coloro che non avevano oltrepassato i 14 anni e 6 mesi.

Nell'elenco seguente ho diviso i bambini presi in esame in gruppi, secondo la loro età e il sesso:

da 2 a 11 mesi	maschi	2;	femmine	3;	totale casi	5
1 anno	»	2;	»	4;	»	» 6
2 anni	»	4;	»	7;	»	» 11
3 »	»	8;	»	9;	»	» 17
4 »	»	8;	»	11;	»	» 19
5 »	»	14;	»	9;	»	» 23
6 »	»	12;	»	21;	»	» 33
7 »	»	11;	»	12;	»	» 23
8 »	»	12;	»	12;	»	» 24
9 »	»	12;	»	17;	»	» 29
10 »	»	13;	»	15;	»	» 28
11 »	»	10;	»	9;	»	» 19
12 »	»	13;	»	9;	»	» 22
13 »	»	9;	»	17;	»	» 26
14 »	»	5;	»	16;	»	» 21

maschi 135 + femmine 171 = totale casi 306

Le oscillazioni numeriche nei gruppi di bambini malati corrispondenti ai vari anni di età non possono permettere alcuna considerazione fondata sull'andamento della morbilità infantile, e ciò soprattutto per il basso numero di soggetti presi in esame nella presente statistica. Ciò che invece appare evidente è la maggiore morbilità femminile in confronto della maschile. Anche nella tubercolosi dell'adulto sappiamo che si verifica una maggiore morbilità femminile, e questo fenomeno viene spesso attribuito ai più in-

tensi contatti domestici che caratterizzano la vita della donna, ed alle più frequenti e gravi occasioni di contagio da familiari malati che ne derivano.

Seppure però detta ragione si può accampare per l'età adulta, non appare molto fondata per l'età infantile, giacchè in questa età le abitudini di vita dei bambini non hanno differenze molto profonde, a seconda del sesso; anzi il ritrovare la maggiore morbilità femminile anche nell'età infantile, infirma molto la veridicità della spiegazione addotta per l'età adulta.

Di particolare rilievo nell'elenco sopra riportato è invece la constatazione che nell'età di 13 e di 14 anni la prevalenza delle femmine si fa tanto più sensibile; come dirò più avanti in questa età figurano più frequenti i casi di malati, con processi gravi di tisi polmonare simili a quelli dell'adulto. E noi sappiamo che nelle curve di mortalità per tubercolosi, la seconda più alta cuspide si raggiunge per le femmine appunto tra i 15 e i 19 anni di età, in anticipo su quella maschile, che si verifica invece tra i 20 e i 29 anni circa.

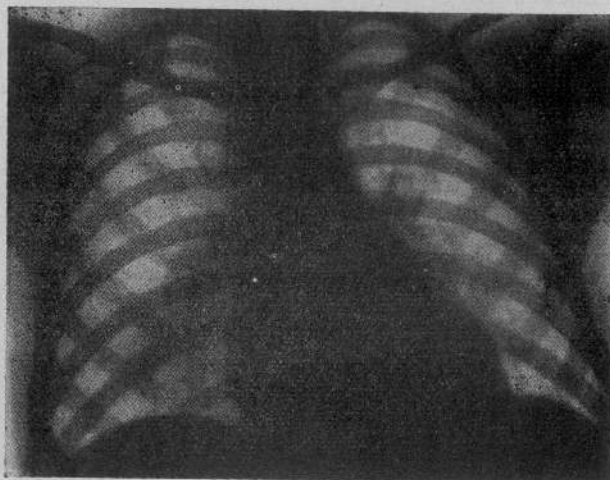


FIG. 1. - *Infiltrazione primaria*, in bambino di anni 4 (contagio familiare).

I miei dati confermano inoltre ciò che con studi recenti è stato rilevato già da molti autori, come COSTANTINI e SOGLIA, SALOTTI e ARCELLI, PIAZZA, CORBIA, ecc., che cioè nella genesi della tubercolosi dell'infanzia, e specie nella prima infanzia, il contagio tubercolare rappresenta l'elemento di maggiore importanza. Su 306 soggetti presentanti processi tubercolari endotoracici attivi, nei riguardi di 248 figurava esposizione a contagio, e solo per 58 casi non risultava una esposizione a contagio chiaramente individuale.

Il contagio familiare è risultato pressochè costante per i bambini malati dei primi anni di età, e anzi per i bambini fino a due anni è risultata sempre una sicura e bene individuabile fonte di contagio; al contrario, nell'età più avanzata cosiddetta scolastica, con progressiva maggiore frequenza, non è risultata una esposizione a contagio sicuramente riconoscibile; e ciò evidentemente per i maggiori scambi con l'ambiente esterno che assume il bambino man mano che cresce negli anni, e per la maggiore facilità che gli deriva di prendere l'infezione da fonti extra-familiari.

Nella tabella n. 1 ho diviso i bambini per gruppi, a seconda della forma

clinico-radiologica da essi presentata, e più precisamente a seconda del processo più tipico, dominante il quadro morboso.

Ho seguito una classificazione in parte differente da quella del precedente lavoro, e che meglio mi è sembrata rispondere allo scopo: la classificazione dei singoli casi è stata inoltre da me revisionata, tenendo conto dei dati rilevati dalla loro successiva osservazione, e degli esiti residuati a distanza di tempo delle localizzazioni specifiche: è chiaro, ad esempio, che l'esame della successiva evoluzione può permettere di elencare alcune forme tra i complessi primari attivi, tra le infiltrazioni primarie, mentre eventualmente al primo esame per gli stessi casi era possibile emettere solo un giudizio generico di forme infiltrative, non essendovi elementi probativi per una diagnosi più approfondita, che contenesse un elemento indicativo anche circa lo stadio dell'infezione tubercolare.

Come dirò più avanti, alcuni bambini compresi tra quelli colpiti da processi dipendenti da infezione primaria, erano stati esaminati presso il Dispensario anche prima di cadere malati, risultando conviventi con tubercolosi.

TABELLA N. 1.

QUADRO CLINICO-RADIOLOGICO	CASI	%
Complesso primario in atto	93	30,3
Infiltrazione primaria	42	13,7
Adenopatia tracheo-bronchiale:		
a) con reazione perifocale	39	12,7
b) senza reazione perifocale	43	14,0
Infiltrato precoce	8	2,6
Altre forme infiltrative in genere	34	11,1
Lobite	5	1,6
Tbc. prevalentemente produttiva, a focolai nodulari isolati, in gruppo o disseminati (compresi i quadri della miliare regionale discreta e della peribronchite)	19	6,2
Tisi (forme sclero-ulcerose, cavitarie, ecc.)	13	4,2
Forme apparentemente pleuriche primitive	10	3,2
TOTALE CASI	306	

Darò ora dei chiarimenti sui criteri seguiti nel raggruppare detti bambini, in base alla forma clinico-radiologica presentata.

Complesso primario recente attivo: In questo gruppo ho riunito tutti i casi presentanti le caratteristiche radiologiche di questa entità anatomopatologica, e in cui precisamente con l'esame radiologico si poteva mettere in evidenza un focolaio polmonare di varia grandezza, e la corrispondente adenopatia collaterale.

I bambini che ho potuto classificare come portatori di un complesso primario attivo risultano 93, pari al 30,3 % del totale dei bambini malati presi in esame.

Il notevole numero di bambini che ho potuto sorprendere in questa particolare e interessante fase dell'infezione tubercolare deve essere attribuito alla pratica dispensariale sistematica delle visite d'accertamento eseguite ai bambini che risultano conviventi con malati contagiosi, visite che cerco sempre di praticare tempestivamente, subito dopo aver accertato la presenza in una famiglia di un malato di tubercolosi, possibile fonte di contagio per i conviventi.

In questo gruppo risultano compresi 9 bambini da me esaminati anche precedentemente alla loro malattia, quando cioè risultavano ancora indenni

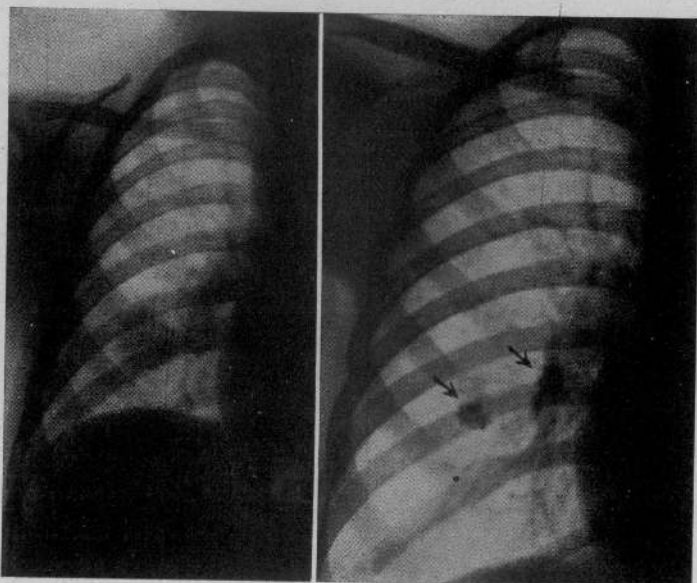


FIG. 2. - Stesso caso della figura precedente, tre mesi dopo: infiltrazione in stadio bipolare.

FIG. 3. - Radiografia eseguita a 5 anni di distanza: complesso primario calcificato destro.

da infezione tubercolare; essi fanno parte di un piccolo gruppo di bambini, che si sono ammalati in un periodo di tempo posteriore a un primo accertamento dispensariale, eseguito loro in considerazione della convivenza con malati contagiosi (vedi ad esempio le figure 4 e 5).

Di particolare, indispensabile aiuto, per poter giudicare che all'epoca del primo esame il processo tubercolare di questi bambini era riferibile a complesso primario recente attivo, mi è riuscito il successivo controllo con frequenti radiografie che ho potuto praticare nei loro riguardi, giacchè allo stadio fresco il complesso primario non sempre è riconoscibile con sicurezza nei suoi due elementi, mentre questi più spesso divengono meglio individuabili in seguito, specie verificandosi la regressione dei processi di reazione perifocale. E nei miei casi il riconoscimento è riuscito tanto più facile, in quanto una notevole parte di essi hanno presentato evoluzione verso la gua-

rigione per calcificazione, ciò che ha reso ancor meglio individuabili i due focolai, il polmonare e il ghiandolare; e comunque tutti i casi di complesso primario fresco, salvo uno deceduto per malattia imprecisata, hanno presentato evoluzione favorevole, fino alla guarigione, e non estensione del processo.

Infiltrazioni primarie: Ho riunito in questo gruppo casi per i quali dati di ordine clinico-radiologico-biologico mi hanno permesso di fare questa distinzione diagnostica con

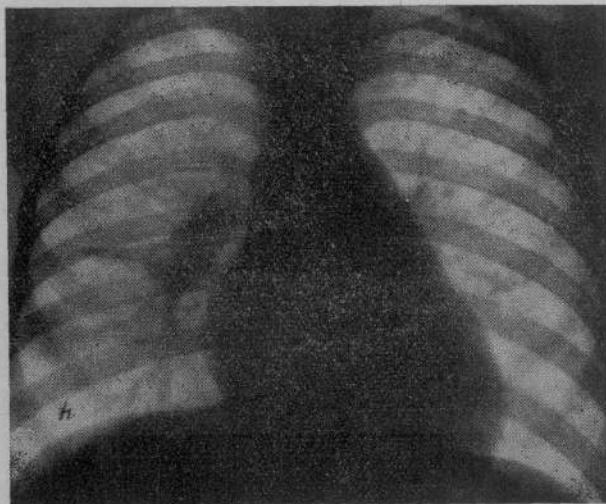


FIG. 4. - *Infiltrazione primaria del polmone destro, con scissurite*, presentatasi in soggetto di anni 7, che era risultato indenne a una precedente visita eseguita 4 mesi prima; nel frattempo la mamma aveva presentato riacutizzazione di una pregressa localizzazione tubercolare polmonare.

una certa attendibilità; anche qui risultano elencati 6 bambini esaminati già una prima volta quando erano indenni da infezione tubercolare.

Questi bambini, classificati come presentanti processi d'infiltrazione primaria, potrebbero essere sommati insieme ai precedenti, presentanti complesso primario recente in atto, tanto più che ben 14 di essi nella successiva evoluzione presentarono aspetti radiologici riferibili a complesso primario in atto, attra-

verso anche uno stadio bipolare, o comunque a guarigione avvenuta presentarono un tipico complesso primario calcificato. Ho voluto però mantenere per questi casi una distinzione a parte, per indicare che con il primo esame poterono essere raggruppati sotto questa speciale classificazione.

Adenopatia tracheobronchiale: Sotto questa distinzione ho classificato i casi presentanti chiari e indubbi segni radiologici e clinici di processo specifico in atto, a carico delle ghiandole linfatiche situate lungo la trachea e i grossi bronchi.

Non intendo entrare qui in merito alla questione di ordine puramente dottrinale, se l'adenopatia ilare possa essere un processo primitivo o secondario, o comunque se nei casi così elencati presumibilmente dovesse coesistere anche un focolaio polmonare già guarito o rimasto latente alla mia indagine, giacchè ciò mi farebbe allontanare dall'argomento in esame.

Tenendo presenti le difficoltà di indole tecnica per mettere in evidenza simili alterazioni linfoghiandolari, e la facilità di incorrere in apprezzamenti diagnostici errati, il giudizio di adenopatia tracheobronchiale tubercolare è

stato emesso in ogni caso con la massima cautela, i rispettivi bambini sono stati sottoposti a esame radiografico oltre che in proiezione postero-anteriore, anche in proiezione obliqua e di profilo.

Il raggruppamento delle adenopatie tracheobronchiali è diviso in due sottogruppi, a seconda che i rispettivi casi presentassero, oppure no, limitati

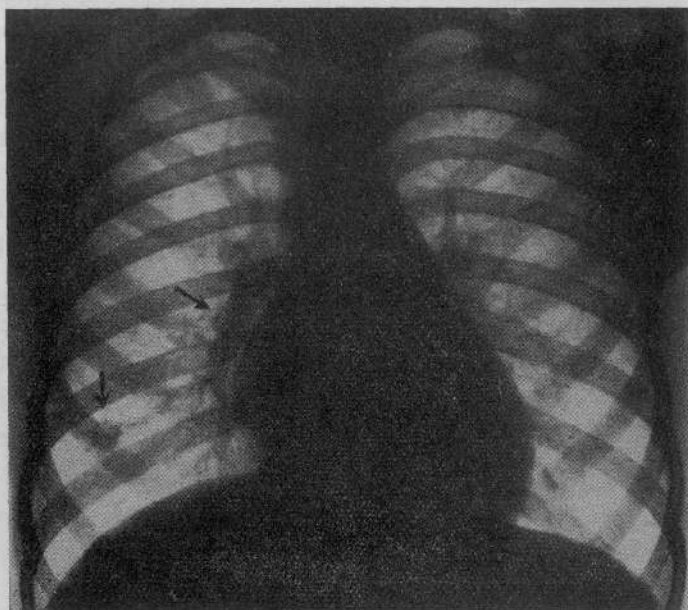


FIG. 5. - Stesso caso della figura precedente; radiografia eseguita a 4 anni di distanza: *complesso primario calcificato*.

processi d'infiltrazione perifocale attorno alle ghiandole; i casi in cui i processi infiltrativi si presentavano più estesi, e tali da costituire il quadro dominante, risultano elencati invece nel gruppo delle infiltrazioni in genere.

Infiltrazioni in genere: In questo gruppo ho riunito tutti i casi presentanti processi infiltrativi del parenchima polmonare freschi o in atto, nei riguardi dei quali, non avendo elementi sicuri o comunque abbastanza probativi per una distinzione meglio approfondita, se appartenessero cioè alla infezione primaria o a reinfezione, ho preferito fare un gruppo a sè, di forme infiltrative in genere.

Infiltrato precoce: Questa importante forma di tubercolosi post-primaria è caratteristica dell'età adulta; raramente nell'infanzia si riscontrano forme infiltrative presentanti l'aspetto radiologico tipico dell'infiltrato precoce di Assmann-Redeker.

Tra i bambini da me esaminati, solo 8 presentarono questa forma clinico-radiologica in modo tipico, e precisamente due bambini di anni 6, uno

di anno 8, due di anni 9, uno di anni 13, due di anni 14; nella maggior parte dei casi la sede è stata sottoclaveare.

Lobite: Questa è ritenuta assai rara nell'infanzia; e in effetti dei bambini capitati alla mia osservazione e compresi nella presente statistica solo 5 presentarono un quadro clinico-radiologico di lobite; un altro caso, una lobite superiore destra, seguì a un infiltrato sottoclaveare.

Tbc. nodulare produttiva (miliari discrete, miliari fredde, peribronchiti, ecc.): Ho riunito in questo gruppo tutti i casi presentanti focolai nodulari o micronodulari, che a seconda della sede, numero, ecc., dei noduli potevano venire distinti nei quadri delle miliari regionali, miliari discrete, granulie fredde, peribronchiti, ecc. Nella maggior parte dei casi trattavasi di miliari regionali discrete.

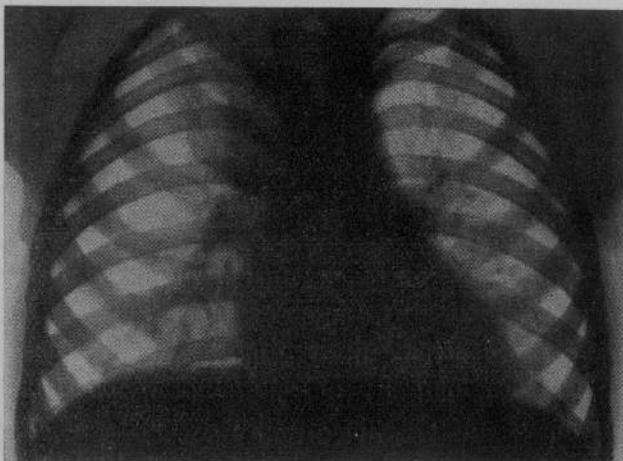


FIG. 6. - *Infiltrazione primaria* del polmone destro, in soggetto di anni 5, contagio materno.

Tisi: In questo gruppo ho elencato le forme polmonari tubercolari analoghe a quelle dell'adulto, con fenomeni ulcerativi, accanto anche eventualmente a fatti di sclerosi.

Pleuriti apparentemente primitive: I casi di bambini in cui ho potuto rilevare reazioni pleuriche secondarie a processi ganglio-polmonari sono stati classificati a seconda della forma clinico-radiologica che dominava il quadro, e che potevo considerare come localizzazione principale.

Nel gruppo di malati di pleurite apparentemente primitiva ho elencato invece solo alcuni casi in cui la pleurite essudativa si presentava come quadro dominante, apparentemente primitivo; in generale però, sulla scorta soprattutto dei successivi quadri evolutivi, ho avuto poi motivo di interpretare simili manifestazioni pleuriche come reazioni perifocali in presenza di processi tubercolari delle ghiandole tracheobronchiali.

Compartecipazioni pleuriche: Nei bambini colpiti da processi ganglio-polmonari, assai frequentemente ho potuto rilevare cointeressamenti pleurici, e precisamente: in 33 casi si potevano rilevare processi di scissurite (o sulla scorta della radiografia eseguita nella proiezione standardizzata postero-anteriore, o con altri esami eseguiti in proiezioni diverse); in ben 24 casi coesisteva pleurite essudativa (in 5 più precisamente pleurite a camicia con

scarso essudato); in due casi coesisteva finalmente pleurite mediastinica; con relativa frequenza all'esame di questi bambini ho rilevato poi sfregamenti pleurici ed altri segni di pleurite secca.

In un'apposita tabella, che non riporto per ragioni di spazio, ho voluto dividere i bambini presentanti eguali forme cliniche, in gruppi secondo l'età; questa indagine ha messo in evidenza che il complesso primario e le infiltrazioni primarie si sono presentate alquanto più numerose dal 5° al 10° anno d'età; le adenopatie risultano pressochè egualmente distribuite nei vari anni d'età, alquanto più numerose però dal 6° al 10° anno; gli infiltrati sottoclavari si sono rilevati invece solo in bambini oltre il 6° anno; le forme di tisi, eccetto un caso di 4 anni, si sono presentate in bambini dal 9° anno in poi, più numerose all'età di 13 e 14 anni; anche le pleuriti apparentemente primitive si sono presentate più numerose dall'11° al 14° anno d'età; per le altre forme non ho potuto rilevare caratteristiche speciali.

Per riassumere in un rapido quadro d'insieme l'evoluzione che si è verificata nella malattia tubercolare di questi bambini, comincerò col ricordare le

NUOVE MANIFESTAZIONI PRESENTATESI DURANTE L'EVOLUZIONE DEL PROCESSO RISCONTRATO ALL'ATTO DELLA PRIMA VISITA

In 18 dei soggetti compresi nella presente statistica, in epoca successiva alla prima visita, è intervenuta pleurite essudativa; già nel citato mio primo lavoro sull'argomento sottolineavo la grande frequenza con cui in questi bambini è sopravvenuta detta compartecipazione pleurica; la pleurite è stata caratterizzata in generale da inizio subdolo, spesso senza sintomatologia propria, così da costituire talvolta un reperto accidentale durante il periodico controllo clinico-radiologico; la formazione di essudato è stata in generale non molto copiosa (in qualche caso si è verificato solo il reperto radiologico della pleurite a camicia), l'evoluzione favorevole.

Se a questi 18 casi in cui la pleurite essudativa è sopraggiunta in epoca posteriore alla prima visita si aggiungono i 24 casi che già presentavano pleurite essudativa, come compartecipazione a una tubercolosi ganglio-polmonare, all'atto della prima visita, risultano ben 42 i bambini compresi nella presente statistica in cui durante l'evoluzione della malattia tubercolare si manifestò pleurite essudativa, sia pure in qualche caso con formazione di essudato scarso.

In generale dette manifestazioni pleuriche si sono presentate dallo stesso lato ove era evidente un tipico processo di adenopatia ilare, il più delle volte con processi d'infiltrazione perifocale; ciò fa pensare che la reazione pleurica sia intervenuta come reazione perifocale, in presenza del processo ghiandolare.

A questi 42 bambini vanno aggiunti poi i 10 soggetti che all'epoca della prima visita presentarono pleurite essudativa apparentemente primitiva.

Aggiungerò, per terminare sulle compartecipazioni pleuriche presentatesi successivamente alla prima visita, che in quattro bambini è intervenuta scissurite, in due pleurite mediastinica.

In tre bambini, che all'epoca della prima visita avevano presentato processi di adenopatia tracheobronchiale, con reazione perifocale, in epoca successiva al primo accertamento sono intervenuti estesi processi infiltrativi polmonari; in uno di questi, gli esami radiologici eseguiti in varie proiezioni hanno mostrato chiaramente che la diffusione dell'infezione al parenchima polmonare si verificava lungo la piccola scissura polmonare di destra.

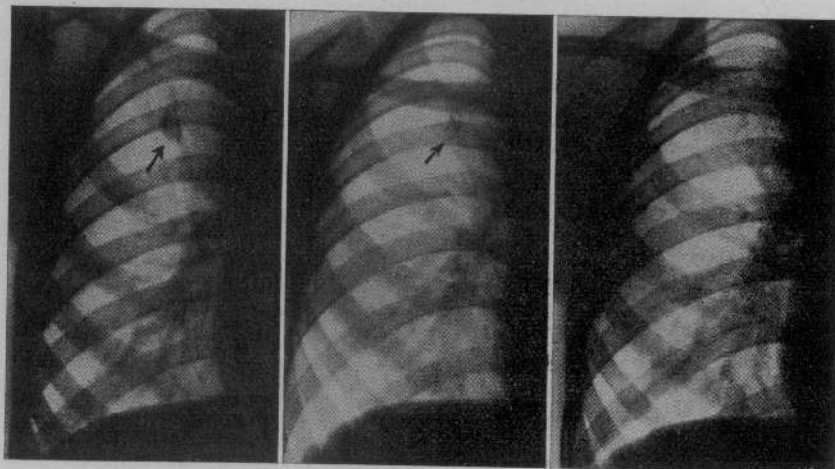


FIG. 7. - Stesso caso dopo 18 mesi: complesso primario calcificato.

FIG. 8. - Stesso caso: in successive radiografie la calcificazione sottoclaveare destra è apparsa dapprima disgregata...

FIG. 9. - ... poi è scomparsa.

In 6 casi si sono verificate disseminazioni miliari discrete: uno aveva presentato originariamente complesso primario fresco in atto, due avevano presentato infiltrazione primaria, uno adenopatia tracheobronchiale con reazione perifocale, uno infiltrato sottoclaveare; in due altri casi si sono verificati poi noduli apicali; tutti questi casi hanno poi presentato evoluzione favorevole.

In due altri soggetti, poco tempo dopo la prima visita d'accertamento, è sopraggiunto il quadro della miliare acuta, e si è verificato il decesso; uno aveva presentato dapprima adenopatia tracheobronchiale con reazione perifocale, l'altro infiltrazione perilare.

In 4 casi (due avevano presentato originariamente adenopatia con reazione perifocale, uno infiltrazione perilare secondaria, uno pleurite essudativa) si è manifestata successivamente sintomatologia di meningite, rispettivamente 2, 5, 8, 12 mesi dopo la prima visita dispensariale, in tutti i casi con esito in decesso.

In 4 casi è sopravvenuta sintomatologia di tifo bacilloso (in due in forma

abbastanza grave, in altri due con sintomatologia più leggera); l'esito in tutti e quattro fu favorevole; uno di questi casi originariamente aveva presentato complesso primario fresco in atto, due adenopatia tracheobronchiale con reazione perifocale, uno infiltrazione perilare di tipo secondario.

Per finire aggiungerò che in 9 casi alla primitiva forma morbosa polmonare sono seguiti processi di tisi; tre di questi originariamente avevano presentato infiltrazione primaria, uno adenopatia tracheobronchiale senza reazione perifocale, uno infiltrazione polmonare di tipo secondario, due infiltrato precoce, uno lobite, uno disseminazione miliare a tipo di peribronchite; dei rispettivi soggetti, 7 sono deceduti, uno risulta elencato tra i peggiorati, uno risulta guarito con pneumotorace.

TABELLA N. 2.

Nei soggetti esaminati la prima volta nel	1934	1935	1936	1937	1938	TOTALE
Pleurite essudativa	—	8	5	3	2	18
Scissurite	—	—	3	—	1	4
Pleurite mediastinica	—	—	1	—	1	2
Peritonite	—	—	1	—	—	1
Milari discrete	—	1	2	3	—	6
Noduli apicali	—	—	1	—	1	2
Milari acute	1	1	—	—	—	2
Tifobacillosi	2	1	—	1	—	4
Meningite	—	2	1	1	—	4
Processi infiltrativi polmonari	—	—	2	1	—	3
Tisi	2	1	5	1	—	9

NUOVI PROCESSI TUBERCOLARI PRESENTATISI IN SOGGETTI CHE AVEVANO RAGGIUNTO UNO STATO DI GUARIGIONE O DI INATTIVAZIONE

Un certo numero di casi, che avevano già raggiunto uno stato di guarigione delle precedenti localizzazioni endotoraciche, o che pur essendo guariti dei processi polmonari, presentavano ancora reperto radiologico di adenopatia tracheobronchiale, nell'assenza completa di segni di attività, a distanza di tempo hanno presentato nuovi processi tubercolari.

Precisamente, sul totale di 306 soggetti presi in considerazione nella presente statistica, in 247 in un primo tempo si potè registrare il raggiungimento di uno stato di guarigione; in 14 di questi 247 soggetti (5,6 %) a distanza maggiore o minore di tempo sono sopravvenute nuove localizzazioni tubercolari: e cioè, in 2 dei soggetti riconosciuti tbc. nel 1934, in 3 dei riconosciuti nel 1935, in 2 dei riconosciuti nel 1936, in 5 dei riconosciuti nel 1937, in 2 dei riconosciuti nel 1938.

Nuove localizzazioni tubercolari si sono inoltre presentate in 7 casi in cui in un primo tempo, pur essendosi verificata la guarigione dei processi polmonari, era residua adenopatia tracheobronchiale in stato inattivo.

Elencherò ora questi nuovi processi verificatisi:

	In soggetti guariti	In soggetti con adenopatia tracheo bronchiale inattiva	TOTALE
Linfoadeniti suppurate	2	1	3
Infiltrato sottoclaveare	2	1	3
Infiltrazione perilare	5	1	6
Milare discreta	1	—	1
Tisi	3	2	5
Accesso ossifluente	—	1	1
Tubercolosi del ginocchio	1	1	2
TOTALE	14	7	21

I casi di infiltrato sottoclaveare si sono verificati precisamente: in due bambini guariti (uno da un anno, l'altro da quattro) di processi ganglio-polmonari da infezione primaria, cui era residuo complesso primario calcificato, e in un bambino guarito da un anno di un processo infiltrativo polmonare, cui era residuo reperto radiologico di adenopatia in stato inattivo.

I casi di processi infiltrativi perilari si riferiscono precisamente: a 5 bambini in cui si era raggiunta già a suo tempo la guarigione di precedenti processi ganglio-polmonari (e in due casi per calcificazione); a un bambino in cui da tempo si era verificata la guarigione di un processo infiltrativo polmonare, ed era residua adenopatia tracheo bronchiale in stato inattivo.

Degna di particolare rilievo la circostanza che i casi di tisi polmonare si sono verificati in giovani che avevano oltrepassato l'età di 14 anni (quattro erano di 16 anni, ed uno di 17), e che erano guariti (due da 3 anni, e tre da 2 anni) di precedenti localizzazioni polmonari, cui solo in due era residuo reperto di adenopatia tracheo bronchiale inattiva.

Pure interessante il numero considerevole di soggetti che, pur avendo raggiunto in un certo periodo inattivazione dell'adenopatia tracheo bronchiale, con assenza completa di ogni segno clinico morboso (temperatura stabilmente regolare, condizioni generali buone, ecc.), a distanza maggiore o minore di tempo hanno presentato poi altre manifestazioni tubercolari.

Questo documento quanto è già troppo noto, che cioè l'adenopatia tracheo bronchiale rappresenta un temibile nido dell'infezione tubercolare da cui possono trarre origine nuove localizzazioni specifiche a carico del polmone come di altri organi.

STATO ATTUALE DEI SOGGETTI PRESI IN ESAME

(ANNO 1940)

Nella tabella n. 3 si può vedere in uno schematico sguardo complessivo l'evoluzione che si è verificata nella malattia tubercolare dei bambini presi in esame; ho conservato la loro divisione in gruppi, a seconda dell'anno del

primo accertamento, dal 1934 al 1938; l'esito registrato per i tutt'ora in vita si riferisce al più recente controllo eseguito nei loro riguardi nel corso dell'anno 1940.

TABELLA N. 3.

Esito nei bambini esaminati la prima volta nel	1934	1935	1936	1937	1938	TOTALE
Guarigione per calcificazione	20	41	27	41	14	143
» » fibrosi	3	10	7	10	3	33
» » risoluzione	10	9	16	20	4	59
Stato di inattività dell'adenopatia tracheo-bronchiale	1	—	4	4	4	13
Migliorati	—	—	1	3	4	8
Stazionari	—	—	—	—	1	1
Peggiorati	1	—	—	1	1	3
In fase di riaccensione della malattia con nuove localizzazioni	3	1	2	7	2	15
Morti per tisi	4	4	5	4	1	18
» » meningite tubercolare	—	2	1	1	—	4
» » miliare	1	2	—	3	—	6
» » malattia imprecisata	—	—	1	—	—	1
» » » non tubercolare	—	1	1	—	—	2
TOTALE CASI PRESI IN ESAME	43	70	65	94	34	386

Fu suddiviso i guariti nelle tre categorie: guariti per calcificazione, per fibrosi, per risoluzione, a seconda che la guarigione si è verificata con la formazione di calcificazioni polmonari o gangliari, o per processi di fibrosi, sia pure accanto a fenomeni di risoluzione, o se invece la guarigione è avvenuta assolutamente senza che nel radiogramma siano rimaste evidenti tracce delle pregresse localizzazioni tubercolari.

Nel gruppo: esiti con adenopatie tracheobronchiali inattive, ho elencato i casi in cui, pur eventualmente essendosi verificata la guarigione di processi polmonari o pleurici, e pur nell'assenza assoluta di segni clinici di malattia, rimanevano evidenti segni radiologici di adenopatia tracheobronchiale.

Molti di questi bambini potrebbero forse considerarsi guariti, ma dati i persistenti segni radiologici non ho creduto di poter emettere nei loro riguardi un giudizio di guarigione; occorrerà prima controllare in essi per un ulteriore periodo di tempo l'assenza di segni di attività del processo specifico. Già più indietro ho ricordato come i processi di riaccensione della malattia, con nuove localizzazioni tubercolari, si sono verificati con frequenza notevole tra i bambini, che in un primo tempo avevano raggiunto uno stato di apparente guarigione clinica ed eventualmente anche la guarigione di processi polmonari, con la permanenza però di segni radiologici di adenopatia tracheobronchiale.

I casi elencati tra i peggiorati corrispondono a bambini in cui è sopravvenuto un quadro di tisi, e la prognosi nei loro riguardi si deve considerare molto riservata, se non addirittura infausta.

Nella distinta: in fase di riaccensione della malattia tbc. con nuove localizzazioni, ho elencato quei casi, già ricordati, che in un primo tempo avevano raggiunto uno stato di guarigione delle precedenti localizzazioni tubercolari endotoraciche, o di inattivazione dell'adenopatia tracheobronchiale, e

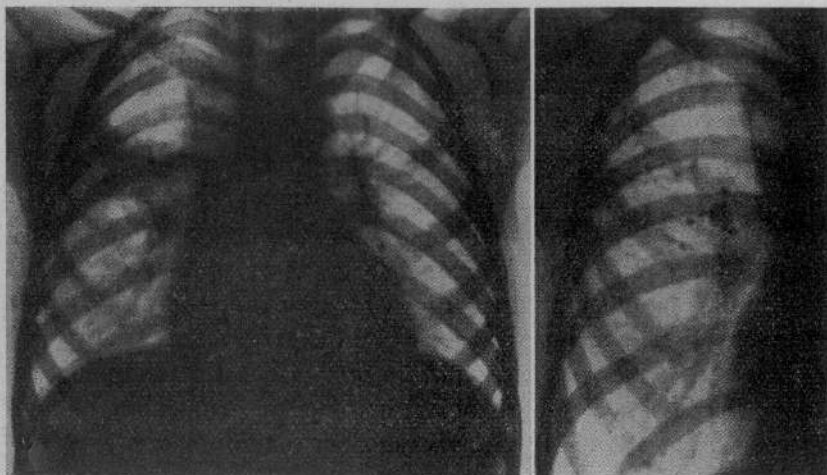


FIG. 10. - *Infiltrazione primaria con scissurite* (in soggetto di anni 6).

FIG. 11. - Radiografia eseguita allo stesso soggetto a 38 mesi di distanza dalla prima: *guarigione per risoluzione e calcificazione.*

in seguito hanno presentato nuovi processi morbosi, cosicchè nella visita di controllo più recente del 1940 risultavano ancora malati in atto. Dei 21 soggetti in cui sopravvennero infatti nuove localizzazioni, 15 risultano tuttora malati in atto, 2 sono deceduti, 3 si presentano guariti anche delle localizzazioni intervenute nella seconda fase della malattia, uno presenta adenopatia in stato inattivo.

Molto numerosi potranno apparire i casi in cui la guarigione si è verificata con fenomeni di calcificazione; tengo ad affermare che il giudizio di calcificazione è stato emesso sempre con molta oculatezza, sulla scorta dei numerosi radiogrammi eseguiti per controllo a questi bambini, spesso a brevissima distanza di tempo l'uno dall'altro; tale alta percentuale di bambini guariti per processi di calcificazione dovrà d'altra parte essere giudicata una prevedibile conseguenza della circostanza che la mia casistica è formata per la maggior parte di bambini riconosciuti colpiti da processi tubercolari in seguito a visita di controllo praticata subito dopo che il Dispensario era venuto a conoscenza della loro convivenza con malati contagiosi: quindi nella

grande maggioranza dei casi si doveva trattare di bambini colpiti da infezione primaria recente; e noi conosciamo bene come è appunto caratteristica dei processi d'infezione primaria guarire con fenomeni di calcificazione.

In un caso ho potuto anche controllare la successiva scomparsa di una calcificazione; si trattava di un bambino esaminato nel 1934 e riconosciuto colpito da infiltrazione primaria; nel 1936 si era potuta controllare la guarigione per calcificazione, giacchè si era messo in evidenza un tipico complesso primario calcificato, con una calcificazione polmonare sottoclaveare e un'altra

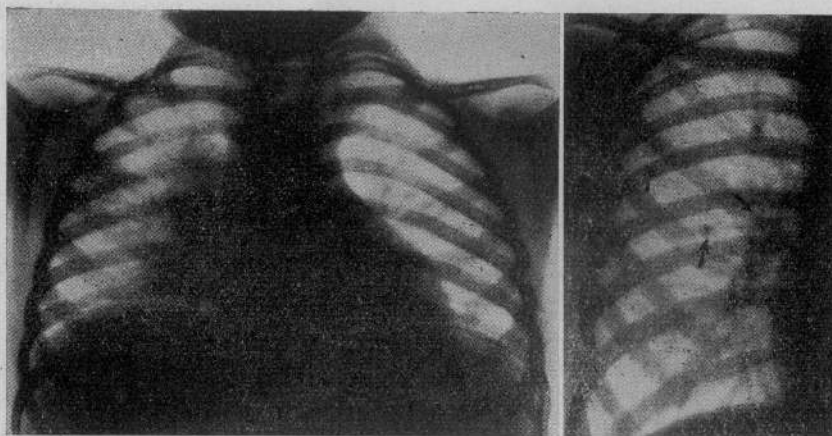


FIG. 12. - *Infiltrazione primaria*: in soggetto di anni 3 e mezzo, contagio materno.

FIG. 13. - Radiografia eseguita allo stesso soggetto a 4 anni di distanza; reperto di guarigione, *complesso primario calcificato*.

all'ilo dello stesso lato; in seguito, con sorpresa, con radiografie ripetute ogni due mesi circa, potei controllare come la calcificazione sottoclaveare apparisse dapprima come frantumata in molti piccoli nodolini intensamente opachi e a contorni netti; da ultimo, dopo poco più di un anno, nel radiogramma non si rivelò più la calcificazione; nel punto prima occupato da questa rimase bensì evidente un nodulo, di dimensioni minime, di un debole grado di opacità, dall'aspetto di un nodulo di sclerosi (vedi figg. 6, 7, 8 e 9).

La mortalità complessiva generale di questi bambini a tutt'oggi (anno 1940), come appare dalla tabella n. 3, risulta di 31 casi: due morti di malattia non tubercolare, e precisamente uno per ascesso faringeo, l'altro per osteomielite post-traumatica; un bambino è morto per malattia imprecisata: solo tardivamente sono venute a conoscenza del suo decesso, mentre due mesi prima l'avevo esaminato presso il Dispensario, constatando la stazionarietà del processo tubercolare; dal medico curante di questo bambino non ho ottenuto che una diagnosi generica di tossiemia.

I morti sicuramente per tubercolosi risultano quindi precisamente 28: e cioè: 18 per tisi polmonare; alcuni avevano presentato già processi di tisi all'atto della prima visita dispensariale, altri avevano presentato dapprima processi apparentemente più benigni, e cioè processi infiltrativi, che successi-

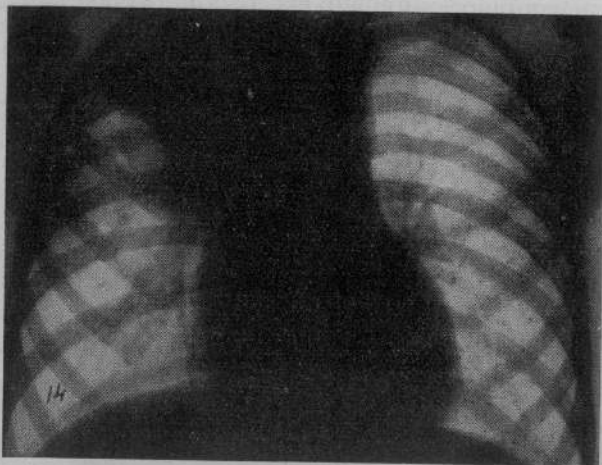


FIG. 14. - *Infiltrazione tubercolare primaria*, del lobo superiore destro, con adenopatia ilare corrispondente (in soggetto di anni 9).

vamente ebbero evoluzione verso la caseosi; a questo riguardo posso aggiungere che la totalità dei bambini che presentarono processi di tisi all'atto della prima visita, nel quadro riassuntivo figurano o tra i deceduti o tra i peggiorati, in quanto in tutti questi bambini si è dovuta constatare comunque evoluzione sfavorevole del processo tubercolare, salvo un caso guarito con pneumotorace.

Vi figurano inoltre un caso di tisi intervenuta a 16 anni in un giovane, tre anni dopo che aveva ottenuta la guarigione di un precedente processo tubercolare, e un caso di tisi sopraggiunta a 17 anni, in un giovane guarito due anni prima per risoluzione e fibrosi di un precedente processo infiltrativo.

Altri 4 casi sono deceduti per meningite tubercolare, insorta dopo la prima visita dispensariale.

Sei casi risultano morti per miliare; quattro avevano presentato già all'atto della prima visita delle forme classificabili tra le miliari (due miliari regionali discrete, una miliare fredda, una peribronchite); un altro caso aveva invece presentato all'atto della prima visita una forma infiltrativa perifocale attorno a ghiandole tracheobron-

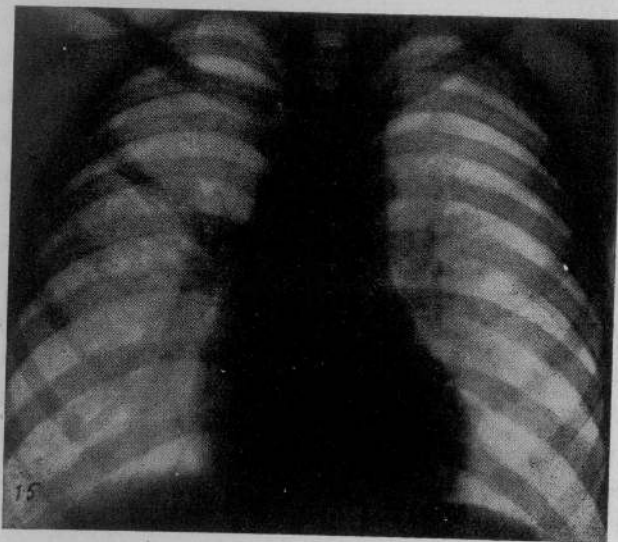


FIG. 15. - Lo stesso caso della figura precedente, dopo un anno di cura sanatoriale di montagna: *guarigione per risoluzione e sclerosi*.

chiali ingrossate: dopo circa due mesi intervenne il quadro della miliare; in un altro caso la miliare intervenne in un soggetto presentante un processo infiltrativo perilare.

Per quanto riguarda l'assistenza avuta da questi bambini durante la fase attiva dell'infezione tubercolare, dati importanti a ricordarsi per meglio valutare l'evoluzione presentata, ricorderò brevemente che 172 di essi rimasero nel loro ambiente familiare, in cura ambulatoria presso il Dispensario, 134 rimasero invece per qualche tempo ricoverati in istituti di cura. Del primo gruppo posso dire che molti casi presentarono decorso favorevole, pur rimanendo talvolta in condizioni di ambiente complessivamente antigeniche: ciò che attesta dell'evoluzione spontaneamente favorevole che presentano più spesso i processi tubercolari ganglio-polmonari infantili.

Ciò che è soprattutto importante in questi casi è l'allontanamento dalla fonte di contagio, giacché se vi è sovrainfezione massiva, tanto più piccolo è il bambino, e tanto più difficilmente può superarla.

Debbo però aggiungere che nei casi di bambini curati in istituti di cura si è potuta registrare in genere una guarigione più sollecita, e d'altra parte più rare si sono presentate poi le riacutizzazioni.

BIBLIOGRAFIA

- ACCORIMBONI: *La diffusione e l'evoluzione della tubercolosi endotoracica nell'infanzia*. « Riv. di Patol. e Clin. della tbc. », n. 10, 1937. — *Id.*: *L'evoluzione del complesso primario nell'immagine radiologica*. « Riv. di Patol. e Clin. della tbc. », 1940. — ARCELLI: *Il problema tubercolare in un centro rurale*. Tip. Combattenti, Siena, 1932. — BUSI-PAOLUCCI: *Indagini sulle percentuali delle tubercolosi latenti e di complessi primari accerchiabili radiologicamente tra la popolazione infantile di una zona rurale*. Atti del III Congresso nazionale per la lotta contro la tbc., Palermo, 1932. — CORBIA: *Aspetti di patologia tubercolare nell'infanzia rilevati in un centro di alta mortalità*. « Lotta contro la tbc. », n. 7-8, 1936. — COSTANTINI e SOGLIA: *La cartella radiologica eseguita secondo criteri epidemiologici*. « Riv. di Patol. e Clin. della tbc. », n. 8, 1933. — GASBARRINI: *Alcuni criteri desunti dalla cartella bio-clinico-radiologica-ortogenetica individuale di scolari in diverse età di crescita*. « Riv. di Patol. e Clin. della tbc. », n. 7, 1938. — JEMMA: *La diagnosi della tubercolosi nell'età infantile*. VI Conferenza dell'Unione internazionale contro la tbc., 1938. — LEVESQUE: *Studio clinico della tubercolosi infantile*. Masson, 1931. — NASSO: *Tubercolosi ganglio-polmonare di prima infezione nell'infanzia*. « Lotta contro la tbc. », n. 5, 1934. — PIAZZA: *Le lesioni tubercolari attive dei bambini esposti a contagio attraverso l'indagine sistematica nell'ambiente familiare*. « Lotta contro la tbc. », n. 6, 1935. — PIERGROSSI: *Quadri radiologici della tubercolosi polmonare dell'infanzia*. « Radiologia Medica », n. 11-12, 1937; n. 2-4, 1938. — SALOTTI e ARCELLI: *La cartella clinico-radiologica del torace degli alunni delle scuole elementari*. « Lotta contro la tbc. », n. 4, 1934. — SALOTTI: *La cartella clinico-radiologica dell'infanzia dopo sei anni d'esperienza*. « Nuntius Radiologicus », anno V, n. 5. — SCHWARZ: *Diagnosi clinica e radiologica della tubercolosi polmonare nell'infanzia*. « La Medicina Italiana », n. 11-12, 1938.

RIASSUNTO. — *Al fine di portare un contributo allo studio dell'evoluzione della tubercolosi ganglio-polmonare nell'età infantile, l'A. ricorda nel presente lavoro ciò che ha potuto osservare in 306 soggetti di età varia, da pochi mesi a 14 anni, riconosciuti affetti da tubercolosi endotoracica presso il dispensario di Pesaro negli anni 1934-38, e controllati periodicamente fino al 1940.*

RESUME. — *Dans le but d'apporter une contribution à l'étude de l'évolution de la tbc. ganglio-pulmonaire de l'âge enfantin, l'A. rappelle les observations faites par lui sur 306 sujets, dont l'âge*

allait de quelques mois jusqu'à 14 ans, reconnus affectés de tbc. endothoracique. Ces cas proviennent du dispensaire de Pesaro pendant les années 1934-38 et ont été contrôlés périodiquement jusqu'en 1940.

SUMMARY. — *In order to throw new light on the study of evolution of the ganglio-pulmonary tbc. in childhood, the A. relates his observations on 306 subjects varying from a few months to 14 years, affected by recognized endothoracic tbc. These observations were carried on in the dispensary of Pesaro in the years 1934-38 and were periodically followed up until 1940.*

ZUSAMMENFASSUNG. — *Um neues Licht auf die Evolution der ganglio-pulmonären Tbc. im Kindesalter werfen zu können, berichtet der V. über seine Beobachtungen auf ein Krankengut von 306 Kindern im Alter von einigen Monaten bis 14 Jahre, welche von festgestellten endothorakalen Tbc. befallen waren und aus der Tbc-fürsorgestelle der Stadt Pesaro stammten. Die Beobachtungen wurden in den Jahren 1934-38 durch geführt und periodisch bis zum 1940 kontrolliert.*

59709

~~341918~~

