



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

M. BENVENUTI

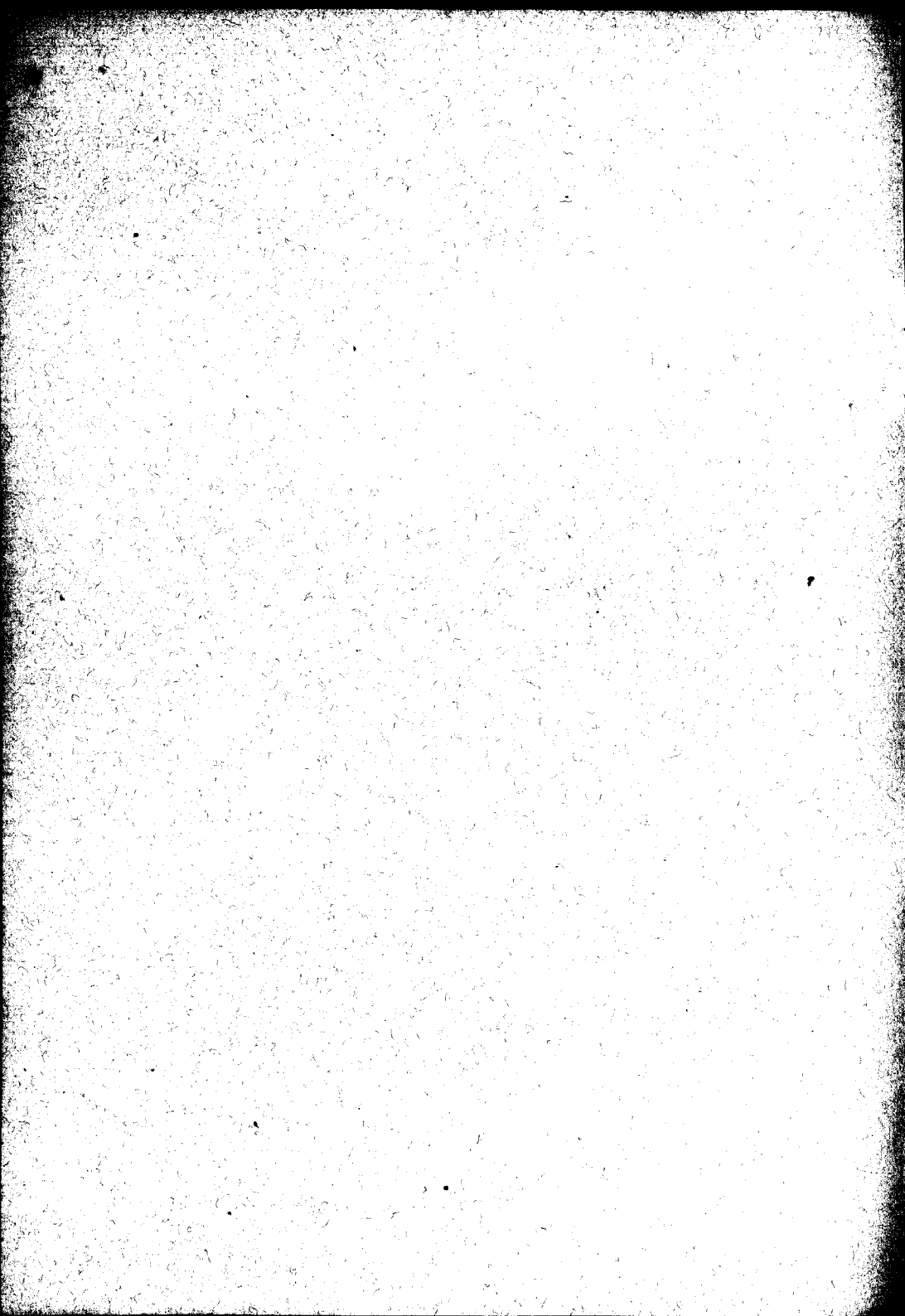
BRONCOPOLMONITE TUBERCOLARE EMATOGENA

Estratto da ANNALI DELL'ISTITUTO «CARLO FORLANINI»
Anno V N. 1-2 Pag. 68-72



ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 17

1941-XIX



BRONCOPOLMONITE TUBERCOLARE EMATOGENA

Dott. MARIO BENVENUTI

Nella nostra scuola DADDI e PANÀ hanno ampiamente discusso e documentato l'origine ematogena della bronco-polmonite tbc. a focolai disseminati.

I dati clinici e anatomopatologici da essi addotti a dimostrazione della loro tesi confermano ampiamente quello che da tanti anni il nostro Maestro MORELLI asseriva nelle sue lezioni e cioè che nella tbc., come in molte altre malattie infettive (microascessi polmonari, ascessi conclamati, broncopolmoniti chirurgiche e da puerperio, ecc.), l'insorgenza del focolaio bronco-pneumonico si ha per via ematica e più precisamente per microemboli settici o non settici. Infatti MORELLI scrive che «il polmone ha non solo una funzione respiratoria ma anche una funzione difensiva e più precisamente che esso rappresenta un sicuro filtro per i germi inglobati nei globuli bianchi e un probabile filtro da attrazione anche per gli stessi germi circolanti nel sangue».

Queste nuove vedute etiopatogenetiche spiegano bene lo sviluppo di molte broncopolmoniti tubercolari a focolai disseminati che DADDI e PANÀ hanno dimostrato di origine ematogena bene definendole e distinguendole dalle bronco-polmoniti da diffusione broncogena.

Queste ultime si presentano in genere con focolai poco numerosi e localizzati il più spesso in piccoli distretti delle zone polmonari inferiori.

Ci si avvia del resto a dar sempre maggiore importanza alla via ematica nella diffusione nel processo tbc. rispetto alla via endocanalicolare.

A tale proposito mi è sembrato di qualche interesse descrivere un caso molto significativo capitato alla mia osservazione.

Si tratta di una donna, Toscano Clementina, di anni 32, coniugata a. a c.

Entra in Istituto il 10 dicembre 1938.

L'anamnesi familiare per quanto si riferisce a malattie tbc. e ad altre malattie di carattere risulta negativa.

Il padre è vivente e sano e così pure i fratelli e le sorelle della p. sono state sempre in buona salute.

La madre morì a 66 anni per una malattia acuta su cui la p. non sa riferire. La malata nacque da parto eutocico, ebbe allattamento materno e normali le prime manifestazioni infantili.

A 7 anni si contagiò di morbillo di cui guarì in pochi giorni senza alcun postumo.

Mestruò a 13 anni, i flussi furono sempre piuttosto scarsi come quantità, normali per quanto riguarda gli altri caratteri.

A 22 anni si coniugò con uomo sano che tuttora è in buona salute; non rimase mai incinta.

Fino al 1937 non ebbe mai alcuna malattia di carattere e si sentì sempre bene.

Nell'agosto 1937 si accorse che sulla cute della regione zigomatica di destra, dove da qualche tempo permaneva una chiazza leggermente arrossata e rilevata, si andava formando verso il centro una piccola ulcerazione che poi si ricoprì di una crosta. La lesione piano piano andò espandendosi in superficie fino a raggiungere le dimensioni di oltre un cm. di diametro. Di quando in quando la crosticina si sollevava, cadeva e rimaneva una superficie ulcerata, scarsamente secernente, indolora.

Fattasi diagnosi di lupus facciale, le fu consigliato il ricovero in questo Istituto.

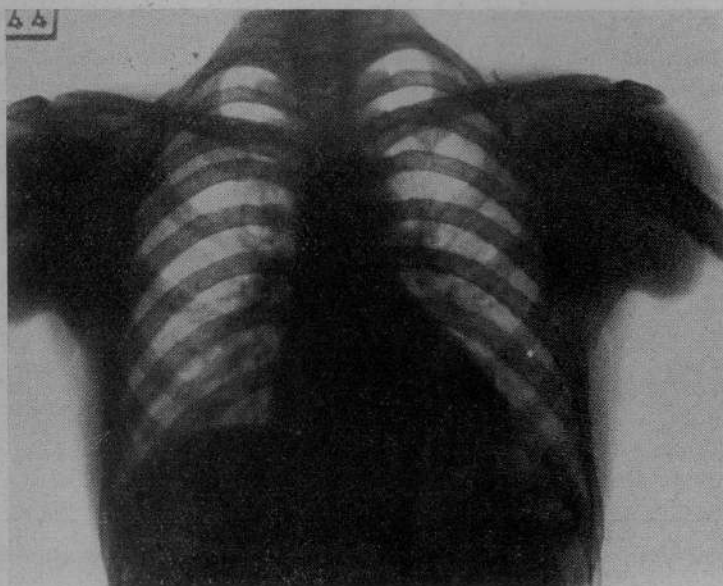


Fig. 1.

Prima che giungesse da noi le erano state applicate localmente delle pomate ed aveva fatto una cura endomuscolare di oro, senza alcun risultato.

Viene da noi il 10 dicembre 1938 per essere sottoposta a roentgenterapia.

L'appetito, le forze, lo stato di nutrizione e di emotosi sono piuttosto decadute. E donna di costituzione microsplcnica, che non presenta all'esame obiettivo generale alcun fatto patologico, salvo la suddescritta lesione cutanea allo zigomo di destra che si presenta coperta da una crosta, in parte facilmente sollevabile, sotto la quale notasi un'ulcerazione con fondo rosso-giallastro, ineguale, facilmente sanguinante.

Il 12 dicembre 1938 si esegue il radiogramma standard del torace. Il reperto è normale sia per lo scheletro che per la trasparenza dei campi polmonari (vedi fig. 1).

Agli ultimi di dicembre del 1938 si iniziano le applicazioni roentgen-terapiche alla regione affetta da lupus e insieme si pratica crisoterapia con fosfocrisolo intramuscolare.

La lesione cutanea risente immediatamente benefici effetti dalla cura e si riduce progressivamente dalla grandezza di un soldo a pochi millimetri (12 gennaio 1939) e quindi scompare, lasciando al suo posto una zona arrossata (24 marzo 1939) e poi una piccola superficie coperta da pelle lucida,

cicatriziale, che tuttora permane con questo aspetto distinguendosi a malapena dalla circostante cute normale.

Nella seconda quindicina di febbraio 1939 la temperatura, fino allora normale, salì a 38 circa mantenendosi a questo valore con intermittenze afebrili di 1-2 settimane. Contemporaneamente comparvero delle formazioni nodose sparse in prevalenza sul tronco e sulla superficie anteriore delle gambe, della grandezza di un pisello, di colorito da prima roseo e poi grigiastro.

Queste formazioni nodose pressochè indolenti, si saldarono alla cute e alcune, nel punto aderente, si rammollirono e si aprirono ricoprendosi di una crosta, altre scomparvero lentamente senza ulcerarsi.

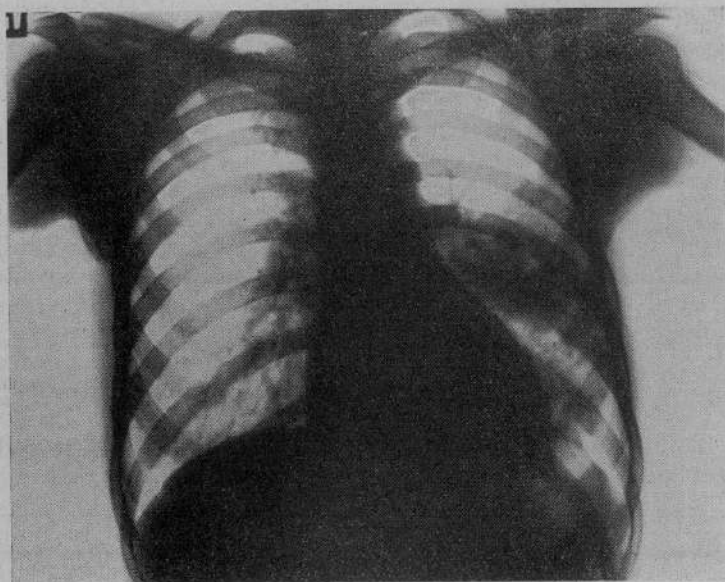


Fig. 2.

Nel marzo incominciò anche un po' di tosse secca; l'appetito e le forze decaddero.

Malgrado la p. accusasse una dolenzia alla base dell'emitorace S., l'esame obiettivo non metteva in evidenza alcun fatto patologico. Il 25 marzo la p. ebbe una scarsa emoftoe sotto colpi di tosse.

Il 25 marzo 1939 le formazioni nodulari cutanee già menzionate, furono oggetto di esame da parte del dermatologo che fece diagnosi di tuberculide papulo-necrotica. Frattanto, come si è detto, alla regione zigomatica di D. residuava, dopo trattamento roentgen-terapico, una zona riepitelizzata, leggermente arrossata. Le manifestazioni cutanee scomparvero dopo altre 5-6 settimane con *restitutio ad integrum*.

Persisteva la febbre (37,2) e il malessere; la tosse si fece più insistente e con rare emissioni di espettorato. Alla base dell'emitorace S. comparvero e si fecero sempre più numerosi dei fini rantoli crepitanti e sottocrepitanti.

Nel radiogramma polmonare del 5 aprile 1939 si notava la comparsa nella metà inferiore di S. di un'area irregolare, di opacità piuttosto elevata, a margini sfumati, contornata da noduli di varia forma e grandezza, in parte confluenti (vedi fig. 2).

Quindi in questo soggetto portatore di lupus, cioè di una lesione tbc. che si ritiene dovuta a localizzazione ematogena del micobatterio, durante

la regressione della lesione luposa si ebbero manifestazioni tbc. diffuse sulla pelle ed insieme il formarsi di un focolaio polmonare di natura tubercolare come dimostrarono la prova biologica e culturale (4 aprile 1939) dell'espettorato che risultò poi positiva per il bacillo di Koch.

Anche il tipo della febbre parlava per dellegittate successive di bacille-mia con la sua comparsa contemporanea alle manifestazioni cutanee, e le sue caratteristiche di ascesa con brividi di freddo, scomparsa con sudorazioni, intermittenza di 1-2 settimane e nuova comparsa con le stesse modalità.

Il susseguirsi dei dati nosologici e delle localizzazioni tbc. si spiega bene ammettendo delle gittate bacillemiche e consecutivo attecchimento dei bacilli in organi diversi e distanziati.

Il 7 dicembre del 1939 la temperatura che da oltre 3 mesi si era mantenuta nei limiti normali, salvo qualche rara puntata a 37-37,3, si alzò bruscamente a 39,2 e si mantenne per un 15 gioni fra il 38 e 39, quindi si fissò altre 2 settimane sul 38 circa, poi si portò sul 37 e tale rimane tuttora.

Clinicamente sembrò che i focolai polmonari avessero subito una riaccensione per un reperto ascoltorio di rantoli un po' più copioso di prima.

L'espettorato presente, se pure in modica quantità, il 22 dicembre 1939 risultò positivo all'esame microscopico diretto. I radiogrammi toracici del 7 giugno 1939, 2 settembre 1939 e 19 gennaio 1940 dimostrano che l'opacità alla metà inf. di S. si è mantenuta pressochè invariata, salvo un modico diffondersi verso la base ed un grado di opacità meno densa, forse per il lento riassorbirsi della componente essudativa.

Frattanto una nuova localizzazione si veniva ad aggiungere alle altre, obiettivata subito dopo l'ultimo periodo febbrile.

Infatti il 24 febbraio 1940 l'ortopedico così descriveva una tumefazione al dorso già da noi osservata da oltre un mese: «Emit. S.: si nota una tumefazione allungata, estesa dalla punta della scapola alla IX costa, parallela alla colonna. Tale tumefazione è molle, fluttuante, non riducibile. La palpazione condotta sulla scapola permette di rilevare a carico della punta delle irregolarità del bordo a guisa di seghettature, di cui una accentuata sul lato interno. La tumefazione si può spostare fino a portarsi alla punta della scapola ed inoltre essa si sposta al suo estremo superiore seguendo i movimenti impressi alla scapola».

Per quanto la diagnosi di ascesso freddo da carie ossea non presentasse alcun dubbio, il 12 marzo 1940 si punse la sacca ascessuale e si estrassero 5 cc. di liquame purulento, dall'aspetto caratteristico di tutti gli ascessi tbc., per la prova biologica e culturale che risultò poi positiva. Il radiogramma della scapola eseguito il 31 maggio 1940 mostra un'usura a colpo d'unghia sulla punta della scapola (vedi fig. 3).



Fig. 3.

La localizzazione della carie tubercolare alla punta della scapola è molto rara e per questo meriterebbe di esser descritta con maggior ricchezza di particolari. La p. sarà sottoposta ad intervento operatorio.

Se riassumiamo i dati salienti della malattia constatiamo degli episodi nosologici distanziati più o meno l'uno dall'altro, tutti di accertata natura

tbc., con localizzazione organica e reazione generale: Lupus facciale, tubercolidi, bronco-polmonite tbc. basale S., carie tbc. della punta della scapola con ascesso ossifluente.

Tutte queste localizzazioni tbc., salvo quella polmonare, sappiamo esser sicuramente dovute al trasporto del germe per via ematica.

La mancanza di altri focolai polmonari precedenti esclude una diffusione canalicolare.

Per quanto l'a. visse in un ambiente largamente contaminato, pur tuttavia l'ammettere una superinfezione per bacilli ispirati dall'esterno non ci sembra in armonia con lo svolgersi degli episodi nosologici suddescritti.

Infatti il contemporaneo, nonchè precedente e susseguente manifestarsi di localizzazioni sicuramente ematogene ci costringe ad ammettere una vasta dispersione di bacilli nel sangue.

Si tratta dunque di un focolaio tbc. polmonare insorto per trasporto di bacilli a mezzo della via ematica.

Tuttavia questa localizzazione ematogena ha tutte le caratteristiche cliniche e radiologiche le più tipiche del focolaio broncopneumonico da aspirazione. Infatti è situato alla metà inferiore di un emitorace come si ha il più di frequente per le bronco-polmoniti aspirative, come in queste ha l'aspetto di un vasto blocco compatto a margini sfumati, con altri focolai periferici più o meno confluenti fra loro, e con la massa principale. La metà superiore omolaterale e tutto il polmone dell'altro lato sono indenni, al contrario di quello che si osserva il più di frequente nella diffusione ematogena.

Possiamo quindi concludere, riferendoci al lavoro di DADDI e PANÀ, che non solo la bronco-polmonite tbc. a focolai disseminati ha nella maggioranza dei casi un'origine ematogena, ma che anche alcuni casi di bronco-polmonite tbc. radiologicamente a focolai confluenti e che ripetono tutte le caratteristiche cliniche e radiologiche della bronco-polmonite da aspirazione, possono avere, come nel nostro caso, un'origine ematogena.

RIASSUNTO

L'autore ha descritto un caso di broncopolmonite tbc. basale, a focolai confluenti, che ripete tutte le caratteristiche cliniche e radiologiche della bronco-polmonite da aspirazione e che invece ha un'origine ematogena.

RÉSUMÉ

L'auteur a décrit un cas de broncho-pneumonie tuberculaire basale, à foyers confluent, qui répète toutes les caractéristiques cliniques et radiologiques d'une broncho-pneumonie d'aspiration et qui toutefois a une origine hématogène.

ZUSAMMENFASSUNG

Verf. beschreibt einen fall von tuberkulöser Gefäßbronchopneumonie mit zusammenfließenden Herden, die alle klinischen und röntgenologischen Merkmale der Aspirationsbronchopneumonie aufwies, während sie jedoch hämatogenen Ursprungs war.

SUMMARY

The author describes a case of basal tuberculous bronchopneumonia with confluent foci, which repeats all the clinical and radiological characteristics of aspirational bronchopneumonia and is instead of hematogenic origin.

BIBLIOGRAFIA

- DADDI G. e PANÀ C. — 1938, *11-12*, 825.
MORELLI E. — 1938, *11-12*, 825.



59678

~~312112~~

