



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

PROF. G. TORELLI

IL VALORE DELLA STRATIGRAFIA
PER LA DIMOSTRAZIONE DEGLI INGROSSAMENTI
DEI GANGLI PARAILARI TBC. NELL'ADULTO

Estratto da ANNALI DELL'ISTITUTO «CARLO FORLANINI»
Anno V N. 1-2 Pag. 31-49



ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 17

1941-XIX

IL VALORE DELLA STRATIGRAFIA
PER LA DIMOSTRAZIONE DEGLI INGROSSAMENTI
DEI GANGLI PARAILARI TBC. NELL'ADULTO

Prof. GASTONE TORELLI

L'interpretazione radiologica delle ipertrofe linfoghiandolari mediastiniche di natura tbc., ha subito in questi ultimi anni una notevole evoluzione; mentre una volta ogni ombra rotondeggiante della regione parailare veniva presa per una ghiandola, dopo che le ricerche di numerosi AA. hanno portato alla esatta conoscenza della genesi delle ombre parailari c'è stato un capovolgimento dell'interpretazione poiché si venne a negare la presenza di gangli tbc. tumefatti nell'adulto; oggi che la stratigrafia ci permette una esatta analisi delle ombre mediastiniche mettendo in chiara evidenza quelle dovute a gangli tumefatti, non mi pare inutile ritornare sull'argomento.

L'ilo polmonare (TESTUT) è quella regione della superficie mediastinica del polmone attraverso la quale passano tutti gli organi che entrano ed escono dal polmone (arterie e vene polmonari, arterie e vene bronchiali, bronchi, linfatici e nervi); l'ilo polmonare è dunque una porta di cm. 4×5 che noi non vediamo sul radiogramma; su questo noi vediamo solamente il limite superiore dell'ilo destro, costituito dal margine inferiore della coda della vena azygos; per ora gli altri limiti dell'ilo polmonare ci sfuggono. Per questo credo, seguendo il parere del compianto Prof. BUSI, che non sia esatto parlare radiologicamente di ilo ma si debba dire «regione parailare» intendendo con questa dizione la regione vicina alla porta ilare, all'interno ed all'esterno di questa.

L'interpretazione radiologica della regione parailare è complessa a causa della sommissione di ombre ed in particolar modo per gli effetti della iperchiarezza bronchiale (ZAWADOWSKY, PRUVOST, KLEINSCHMIDT). Il più notevole contributo allo studio della morfologia della regione parailare venne dato da LOPO DE CARVALHO per mezzo della angiopneumografia con la quale si dimostra che le iperchiarezze dei bronchi dividono i rami arteriosi in più segmenti opachi che una volta erano ritenuti come gangli. Lo stesso A. ha dimostrato che il grosso bronco di destra si curva leggermente e descrive una C attorno al bordo del cuore mentre il bronco di sinistra dopo aver subito sotto l'aorta una lieve curva a concavità superiore si curva in senso contrario per avviluppare il ventricolo sinistro assumendo nell'insieme una forma ad S italico; l'arteria polmonare si divide al davanti della trachea ed un po' a sinistra della linea mediana per cui la branca destra è più sviluppata della sinistra; entrambi i rami della polmonare passano davanti al grosso bronco corrispondente ed a sinistra lo scavalca dando così luogo ad una curvatura che non raramente viene presa per un ganglio.

HENNINGSSEN, BURGER e VON WEEL e specialmente ROSSELET hanno studiato con la stratigrafia, la regione parailare dei soggetti normali. Questo ultimo Autore in un caso in cui tutta la regione era occupata da gangli calcificati ne ha determinato il volume; egli la considera come una regione piramidale con base di cm. 7×5 , con altezza di circa cm. 4.

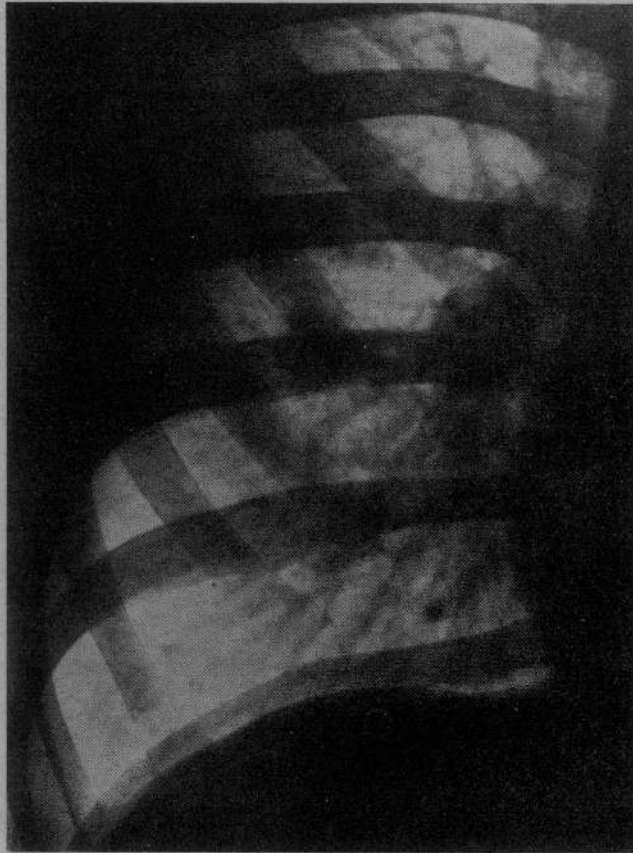


Fig. 1 - Caso 1°.
Radiogramma del maggio 1940.

La stratigrafia mostra chiaramente le ghiandole calcificate anche piccole ma non lascia vedere le ghiandole normali.

Quando i gangli sono patologicamente ingrossati si rendono visibili anche sul comune radiogramma standard; non tutti però perchè la loro situazione anatomica è tale da sottrarli alla indagine radiologica nella comune proiezione dorso-ventrale; però con l'ausilio delle proiezioni oblique e laterali sarà possibile metterli in evidenza; queste proiezioni permettono di stabilire con esattezza se un'ombra che si proietta nella regione parailare appartiene realmente a tale regione oppure se è situata anteriormente o posteriormente; talvolta basta anche un leggero spostamento obliquo di circa 10° per dimostrare che l'ombra non ha sede parailare (TURANO); ne consegue che quando si interpreta un radiogramma tipo senza il conforto delle altre proiezioni o della stratigrafia non ci si deve mai permettere di parlare di sede

parailare ma si può soltanto indicare la zona topografica che ci dimostra il radiogramma dorsoventrale e quindi si potrà solo dire che una data ombra ha sede all'interno del terzo medio.

I gangli ingrossati si presentano sul radiogramma come delle ombre rotondeggianti od ovalari, di opacità omogenea, a contorni generalmente



Fig. 2 - Caso 1º.
Stratigrafia del maggio 1940.

netti ma che possono essere anche sfumati se attorno al ganglio esiste uno stato reattivo dei tessuti vicini.

ROSSELET ammette che si possa parlare di adenopatia tbc. anche senza che si riesca a vedere i gangli; basta secondo l'A. la presenza della triade: mancanza di calcificazioni, visibilità nulla o ridotta del bordo esterno della arteria polmonare e velatura dello spazio intervascolocardiaco. Lo stesso A. recentemente, pur ricordando la sua triade, ha introdotto la nozione stratigrafica della distanza di visibilità di una lesione ilare (D. V.) ossia lo spessore della sezione toracica nella quale la lesione dà un'immagine sul film prima poco netta, poi netta, ed infine nuovamente poco netta; la grafica si costruisce in un sistema di coordinate dove sull'asse si mettono le distanze del piano toracico e sull'ascisse la visibilità più o meno grande della immagine della lesione. L'A. dice che la distanza di visibilità di un ganglio non sorpassa

mai i 3 cm., e crede che la nozione della DV può contribuire in certi casi alla diagnosi differenziale radiologica tra lesione parailare e lesione vicina.

Noi non ci sentiamo di condividere tale idea perchè la DV dei gangli è in rapporto ai diametri degli stessi e se un ganglio ha un diametro di 3 cm. la DV sarà superiore al limite prospettato in ROSSELET.

La stratigrafia dei gangli tbc. è stata studiata da SOPP in tre adulti e da TROISIER e BARIETY in 6 adulti; questi dicono che non c'è nessun metodo



Fig. 3 - Caso 2°.

Stratigrafia a cm. 10 dal piano posteriore.

radiologico più elegante e più preciso; i gangli in genere sono nello strato a cm. 11 dal piano posteriore specie sul peduncolo anteriore con deformazioni non solo del bronco ma anche dell'arteria.

I gangli sullo stratigrama si vedono con grande chiarezza in tutti i loro contorni; fa quindi meraviglia come lo SMERCHINICH in un suo caso abbia potuto interpretare come ganglio tumefatto un'ombra situata nella regione parailare sinistra su una stratigrafia non dimostrativa.

L'ingrossamento dei gangli mediastinici nell'adulto raramente è dovuto alla tubercolosi; le ghiandole linfatiche reagiscono nella medesima maniera in tutta una serie di malattie acute e croniche: influenza, pertosse, morbillo, lues, micosi, tumori, ascessi, bronchite cronica, lesioni da fumatori (KOGANAS), linfogranulomatosi, asma (SCHULZ), ecc.

Le adenopatie tbc. nell'adulto sono dovute :

- a) ad infezione primaria tardiva ;
- b) ad infezione post-primaria.

Come è noto nella patogenesi della tbc. è per molti anni prevalsa la teoria di BEHRING per cui la tisi polmonare era l'ultima manifestazione di una malattia presa da bimbi ; HAMBURGER e SCHLOSSMANN la chiamarono malattia infantile ; in un prosieguo di tempo si vide invece che la infezione primaria



Fig. 4 - Caso 3°.
Stratigrafia a cm. 11 dal piano posteriore.

non avviene costantemente nell'infanzia o nella adolescenza ma può comparire anche nella età adulta ed anche nei vecchi.

Se guardiamo le percentuali delle cuti- e intradermo-reazioni negative riportate nel sottostante elenco che comprende i risultati di ricerche eseguite, in adulti, da vari AA. di diversi paesi, noi troviamo un'enorme differenza che va dal 1,6 % (SAYE) al 70 % (STIEHM).

MORELLINI, Roma, personale ospedaliero 5,4 % di cuti ed intradermoreazioni negative ; DE BENEDETTI e FORET, Francia, soldati, 42,4 % ; PHELEBON, Francia, contadini, 38,3 % ; BEZANÇON, Francia, studenti, 26 % ; TROISIER e BARIETY, Francia, studenti, 23,3 % ; TROISIER, BARIETY e NICO, Francia, infermiere, dai 19 ai 22 anni,

28 %, dai 23 ai 30 anni, 15 %; VAUCHER, STRAUSS e SCHNEEGANS, Francia, studenti, 25 %; DEBENEDETTI e BALGAIRES, Francia, soldati cittadini, 17,4 %, soldati rurali, 41,4 %; COURCOUX e ALIBERT, Francia, studenti, 31 %, infermiere, 20 %; RIST e TUCHILA, Francia, infermiere, 41,4 %; SAYE, Spagna, studenti, 1,6 %; IRINESCU e NASTA, Rumania, soldati, 39,6 %; VAJA, Rumania, allieve infermiere 25 %, reclute, 47 %; SELTER, Germania, studenti e laborantine 2-16 %; LANGE, Germania, studenti, 17 %; NEDELKOVITSCH, Jugoslavia, allievi scuola militare, 10 %; WURTZEN e Sjo-

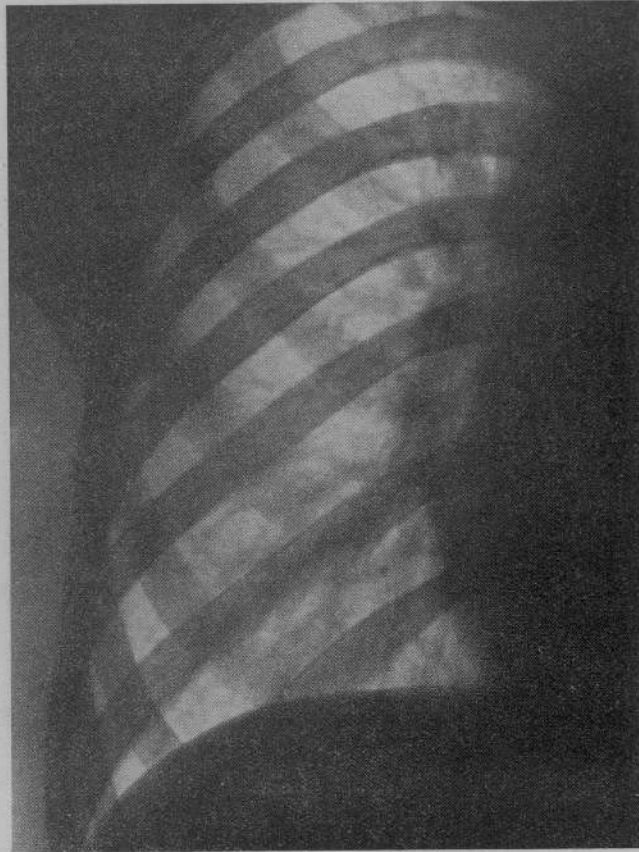


Fig. 5 - Caso 4°.
Radiogramma del marzo 1940.

ROLEV, Danimarca, infermiere, 36,4 %; GROTH-PETERSEN, Danimarca, tipografi, 16 %; HOLM e HELWEG-LARSEN, Danimarca, studenti, 26 %; ARBORELIUS, Svezia, reclute, cittadine, 4,8 %, reclute campagnole 34,2 %; HEDVAL e MALMROS, Svezia, studenti, 11 %; HEIMBECK, Norvegia, studenti, 44 %, infermiere, 35 %; SCHEEL, Norvegia, studenti, 47 %; LEES e MYERS, U.S.A., studenti, 64,8 %; HERMAN, BAETJER e DOULL U.S.A., studenti, 43,1 %; HETHERINGTON, MC PHEDRAN, LANDIS e OPIE, U.S.A., giovani di 18 anni, 9,8 %; SOPER e WILSON, U.S.A., studenti, 23 %; STIEHM, U.S.A., studenti, 70 %; WEBER, MURPHY e HOLCOMB, U.S.A., studenti, 62,8 %; SAYAGO e GOMEZ CASCO, Argentina, studenti, 20,5 %; ONTANEDA, Argentina, soldati, 41 %; LOPEZ BONILLA, Argentina, operai, 6,5 %; PAULA SOUZA, Brasile, studenti, 15 %; PALES, Africa Equator. Francese, adulti di varia età, 10 %.

Queste differenze si possono spiegare almeno in parte tenendo presente il fatto che le ricerche di vari AA. sono state condotte molte volte in condizioni sperimentali difficilmente paragonabili. Le esperienze sono state eseguite in generale senza tenere conto del tipo di tuberculina adoperata mentre, a seconda del metodo di preparazione, le diverse tuberculine variano enormemente nella loro composizione chimica. Infatti CATTANEO e MARIANI hanno dimostrato che il materiale proteico al quale si riferiscono in massima parte

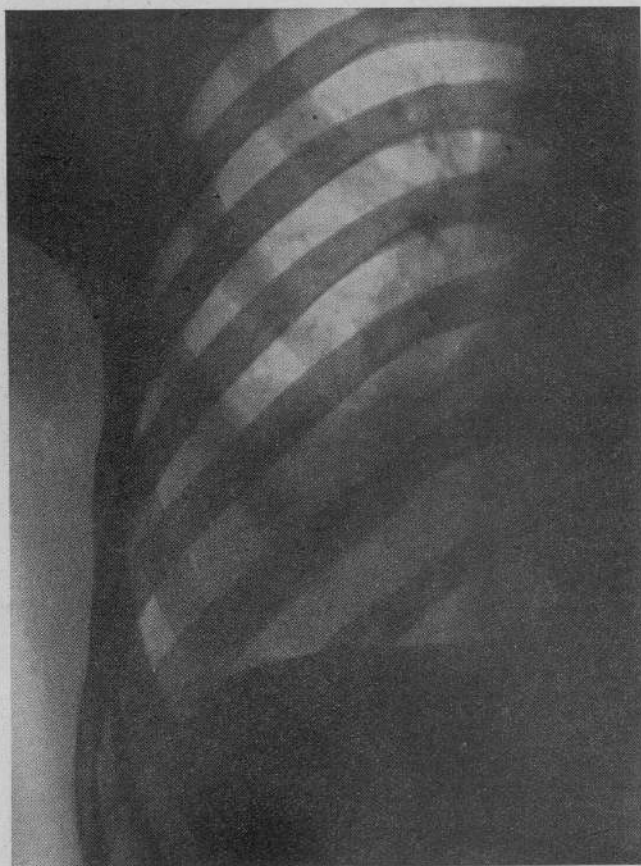


Fig. 6 - Caso 4°.
Radiografia del mese di aprile 1940.

le proprietà tubercoliniche cutireattive è qualitativamente diverso nelle diverse tuberculine, secondo che in esse prevalgono i costituenti del terreno di coltura, o quelli delle cellule del bacillo di Koch. Ad ogni modo le ricerche dei vari AA. dimostrano che la percentuale degli adulti vergini di tbc. varia a seconda dei vari paesi e, in uno stesso paese, a seconda che si prendano in considerazione abitanti di campagna o di città e tra gli abitanti di città la percentuale varia ancora a seconda che la ricerca è stata fatta in classe ambiente o povera. E quindi oggi ammesso da tutti gli AA. che anche nella età adulta, con una frequenza assai variabile secondo i paesi, avviene l'infezione primaria. Secondo LANGE essa avviene entro il primo anno dall'avvenuta contaminazione.

In un'altra percentuale di casi la infezione primaria avviene senza manifestazioni patologiche apparenti ed è constatata dal viraggio della cutireazione che da negativa diventa positiva. Negli altri casi le manifestazioni possono essere varie; mi limito ad enumerarle:

- 1) *reazione generale leggera*;
- 2) *eritema nodoso*, frequente in Europa. VAJA consiglia di radiografare sempre i portatori di eritema nodoso;

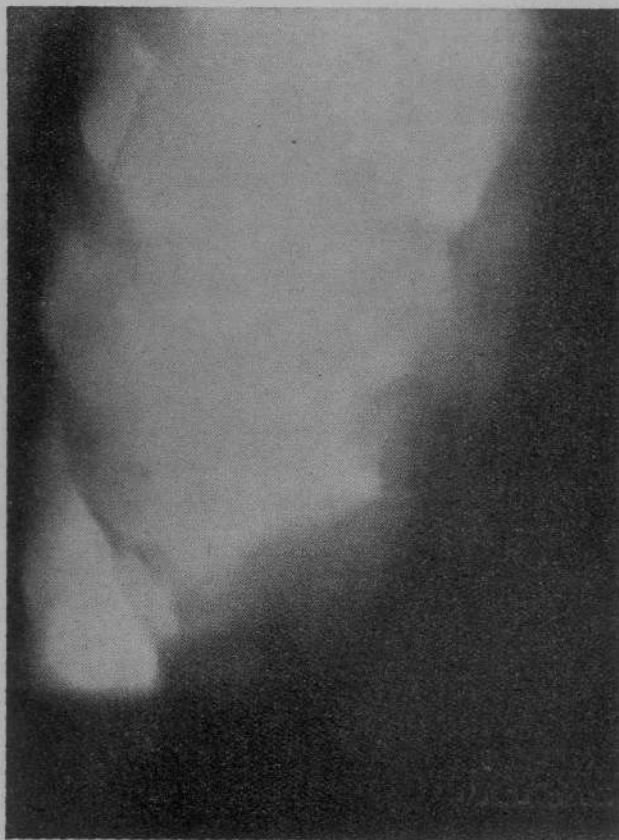


Fig. 7 - Caso 4°.
Stratigrafia a cm. 10 dal piano posteriore.

3) *tifobacillosi*; in questa sindrome di LANDOUZY quasi sempre si trova un'ombra gangliare ma talvolta non si trovano modifiche all'esame radiologico;

4) *pleurite essudativa*; qualche volta essa maschera la lesione polmonare (RAGNOTTI);

5) *congiuntivite fittenuolare*; specie nei paesi nordici (ARBORELIUS, REDEKER);

6) *forme polmonari*; si possono osservare tutte le forme di lesioni polmonari, non solamente quelle che per il loro aspetto fanno pensare alla infezione primaria ma anche quelle che potrebbero sembrare post-primarie.

Sulla questione della evoluzione della infezione primaria nell'adulto rispetto a quella dell'infanzia i pareri sono discordi; qualche Autore la ritiene più benigna (LANGE, MEERSSEMAN, MYERS) altri ritengono che non ci sia differenza tra età adulta ed infanzia (BURRELL, PLUNKETT, SCHEEL) ed altri infine la credono nell'adulto di estrema gravità (TAPIA, COURCOUX e ALIBERT).

Anche nell'adulto la caratteristica della infezione è data dalla presenza di una adenopatia ilare. Qualche Autore (ENGEL, SWEANY, IRINESCU e NASTA)

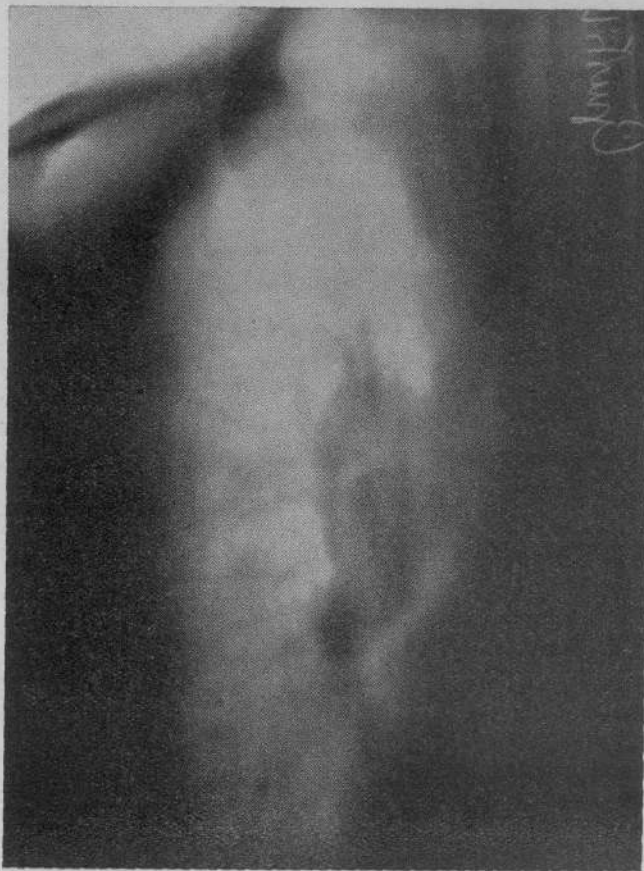


Fig. 8 - Caso 5°.
Stratigrafia a cm. 10 dal piano posteriore.

crede che più l'età è avanzata più piccola diventa la reazione ghiandolare; altri invece (TAPIA, BURRELL, MICHELI) pensano che nell'adulto la partecipazione dei gangli sia uguale a quella dell'infanzia.

Numerosi sono gli AA. che in questi anni hanno descritto dei casi di infezione primaria nell'adulto con adenopatie (PEREIRA-REGO, GENEVRIER, HEIMBECK, LOPEZ BONILLA, PFAHLER, ROUBIER, ASCHOFF, ANDERS, OMODEI-ZORINI); più interessanti sono i casi con reperto autoptico anch'essi abbastanza numerosi; RAGNOTTI in un noto lavoro porta 26 casi di infezione primaria in adulti sopra i 20 anni, trovati fra 4000 autopsie dell'Ist. Anat. Patol. di Friburgo e dell'ospedale Virchow di Berlino; altri casi sono riportati da

GAMNA, HAUSSMANN (6 casi), MONDON e AUDOYE, PIAGGIO BLANCO R. A. e R. TAPIA, CAIN e OURY, SERGENT, DURANT e COTTENOT, TROISIER, BARIETY e AUSSANNAIRE, HUSEYIN; si tratta in tutti i casi di forme polmonari con notevole ipertrofia dei gangli mediastinici. BATTIGELLI descrive un caso di forma gigante di tbc. dei gangli tracheo bronchiali in adulto; si tratta però veramente di esiti perchè i gangli sono ingrossati ma calcificati.

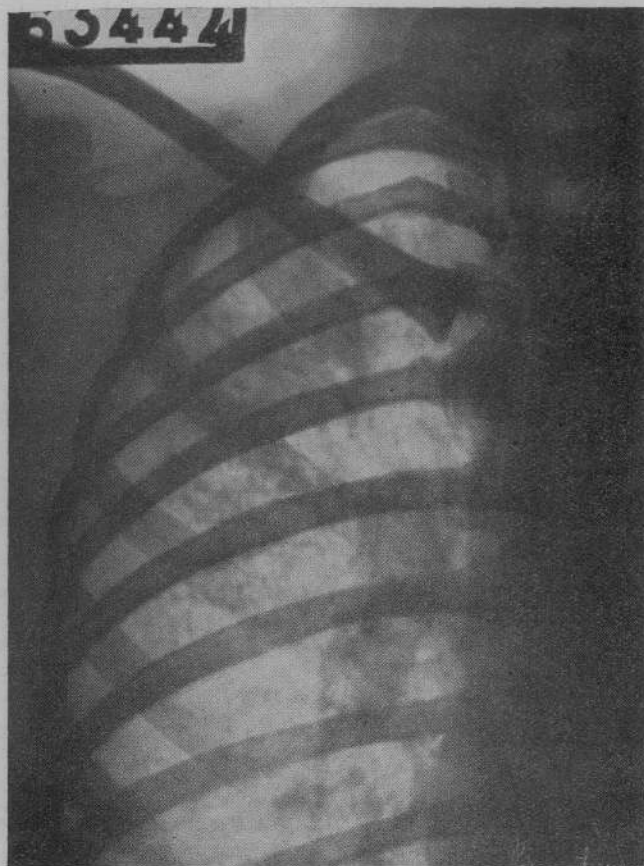


Fig. 9 - Caso 1^o.
Radiografia del febbraio 1939.

In questi ultimi tempi ho potuto osservare stratigraficamente cinque casi di infezione primaria in adulti che riporto brevemente:

CASO 1^o. — B. E., di anni 21, commerciante. Nulla nella anamnesi familiare e nella personale remota. Ha sempre vissuto a Roma frequentando le scuole fino alla seconda liceo. Nel dicembre 1939 accusò dolore alla regione mammaria destra, seguito da modica febbre. Il radiogramma del 20 maggio 1940 (fig. 1) mostra al terzo medio di destra una ombra di media opacità, tondeggiante di cm. 2,5 di diametro e nella corrispondente regione parailare un'ombra ovale di cm. 3 × 4 riferibile a ganglio tumefatto. Non si osservano sul restante ambito polmonare nè alle regioni parailari ombre calcificate riferibili a una pregressa infezione tbc. L'esame stratigrafico (fig. 2) mostra nello strato a cm. 11 dal piano posteriore, vicino al grosso bronco lobare inferiore il ganglio ipertrofico; la componente parenchimale è anteriore.

CASO 2°. — C. M. L., anni 25, impiegata. Nulla nell'anamnesi familiare, a 20 anni, reumatismo articolare acuto cui residuò insufficienza mitralica. Dal principio del 1939 ha qualche linea di temperatra. L'esame radiografico (8 maggio 1939) mostra una velatura irregolarmente rotondeggiante al terzo medio di destra e nella corrispondente regione parailare un'ombra omogenea rotondeggiante. Non segni di calcificazioni; ombra cardiaca aumentata in toto. L'esame stratigrafico del 4 agosto 1939 (fig. 3) mostra



Fig. 10 — Caso 1°.

Stratigrafia del febbraio 1939 a cm. 9 dal piano posteriore.

nello strato a cm. 10 dal piano posteriore nella egione parailare destra, al di sotto de bronco del lobo medio, un'ombra rotondeggiante del diametro di cm. 2,5; la componente parenchimale è del tutto posteriore.

CASO 3°. — S. W., di anni 18, studente. Nulla nell'anamnesi familiare ed in quella personale remota. Nell'ottobre 1939 astenia, sputi ematici. Il radiogramma del 16 gennaio 1940 mostra una velatura intensa del terzo superiore destro ad esclusione dell'apice, a tipo lobitico e qualche nodulo sparso sulla metà superiore sinistra, non calcificazioni; a carico di entrambe le regioni parailari si osservano delle ombre tondeggianti non però chiaramente interpretabili. L'esame stratigrafico del 20 gennaio 1940 (fig. 4) mostra delle ulcerazioni in seno alla lesione polmonare ed un grosso ganglio ovalare di cm. 3 × 4 tra il grosso bronco del lobo superiore e quello inferiore di destra, visibili specialmente nello strato a cm. 11 dal piano posteriore.

CASO 4°. — M. A. di anni 18, manovale, nato a S. Marino, vive a Roma da 4 anni. Nulla nell'anamnesi familiare e nella personale remota. Hel gennaio 1940 tifo addo-

minale ; durante la convalescenza a causa di una bronchite fu trasferito in altro ospedale dove aveva vicino di letto un tbc. aperto (in seguito ricoverato in questo ospedale) ; entra qui il 26 marzo 1940 con febricola. L'esame radiografico del torace (fig. 5) è del tutto normale. Verso la metà di aprile tonsillite con febbre a 38° ; il radiogramma (fig. 6) mostra un opacamento del lobo medio di destra con pleurite essudativa. L'esame stra-



Fig. 11 - Caso 2°.
Stratigrafia a cm. 9 dal piano posteriore.

tigrafico del maggio 1940, dopo pneumotoracentesi (fig. 7) mostra una ghiandola nella regione parailare destra, del diametro di cm. 2, nello strato a cm. 11 dal piano posteriore.

CASO 5°. — Nulla nell'anamnesi familiare ed in quella personale remota. Nata in Abruzzo vive a Roma da 10 anni. Nel febbraio 1940 dolori alla base destra e temperatura ; toracentesi di cc. 500 di liquido citrino. Il radiogramma tipo mostra degli esiti di pleurite basilare destra ed un abnorme aumento delle ombre parailari destra senza che peraltro si possano individuare delle ghiandole. La stratigrafia (fig. 8) mostra una ipertrofia gangliare nello strato a cm. 10 con stenosi del bronco del lobo medio. Non si osservano, nè sul radiogramma nè sugli stratigrammi segni di una precedente infezione tbc.

La forma con la quale si è presentata la prima infezione in questi cinque casi è stata varia; nel caso 1 e 2 si è avuta una manifestazione radiologica simile a quella che siamo abituati ad osservare nell'infanzia; nel caso 3 invece la infezione ha assunto un aspetto simile ad una tbc. post-primaria; probabilmente si trattava di una infezione primaria datante da diversi mesi con una



Fig. 12 - Caso 3°.
Stratigrafia a cm. 10 dal piano posteriore.

precoce disseminazione; nel caso 4 si aveva una pleurite che mascherava la componente parenchimale e nel caso 5 una pleurite essudativa. L'esame radiografico comune aveva svelato in due casi la presenza dell'adenopatia in modo indubbio, mentre negli altri tre casi essa non era sicuramente interpretabile; la stratigrafia ha mostrato sempre con una chiarezza inequivocabile la presenza dell'adenopatia negli strati a cm. 10 e 11 dal piano posteriore; in tutti i casi i gangli colpiti appartenevano al gruppo bronchiale di destra, anche nel caso 3° in cui la componente parenchimale aveva sede nel lobo superiore di destra, sede che avrebbe fatto aspettare una localizzazione ghiandolare nel gruppo paratracheale destro.

Molto discussa e negata dai più è la questione se si può avere una ipertrofia gangliare nella tbc. post-primaria. Secondo qualche Autore è difficile



stabilire dall'esame della lesione polmonare se si tratta di infezione primaria perchè questa talvolta può avere il quadro tipico della infezione post-primaria; quindi una adenopatia collaterale ed una lesione polmonare che si presenta con la morfologia che siamo soliti vedere nelle forme post-primarie potrebbe essere sempre collegata alla prima infezione quando questa come dice TROISIER con frase molto espressiva, brucia le tappe.



Fig. 13.

Ombra rotondeggiante, a margini netti, all'interno del terzo medio di sinistra.

Talvolta però sia l'anamnesi che la radiografia parlano di una infezione primaria avvenuta diversi anni prima per cui l'adenopatia non può esserle attribuita.

Diversi AA. portano dei casi di adenopatia in soggetti adulti con tbc. post-primaria; però se molti di questi casi sono dubbi (BEHRENDT, BENDA, CHABAUD, COLAUD e DUGAS, PELLEGRINI, COSTANTINI) qualche caso è molto dimostrativo (BOLLINI, autopsia, BERNARD e DREYFUS, autopsia, PIAGGIO BLANCO e SAYAGUES autopsia; E. BERNARD, WARENBOURG e LAINE, HAYEK (autopsia).

Questi AA. ritengono che in presenza di gangli in adulti allergici non si deve pensare sempre alla infezione primaria perchè se i gangli dell'adulto

non reagiscono perchè sclerosanti dalla infezione primaria, ossia bloccati, come spiegare allora le altre adenopatie non tubercolari?

Io ho raccolto qualche caso di adenopatia in soggetti con tbc. post-primaria e passo ad illustrarli brevemente: sul valore e sull'interpretazione da dare a queste adenopatie in rapporto allo stato allergico io non mi occupo perchè esula dal mio argomento; mi basta solo portare una documentazione

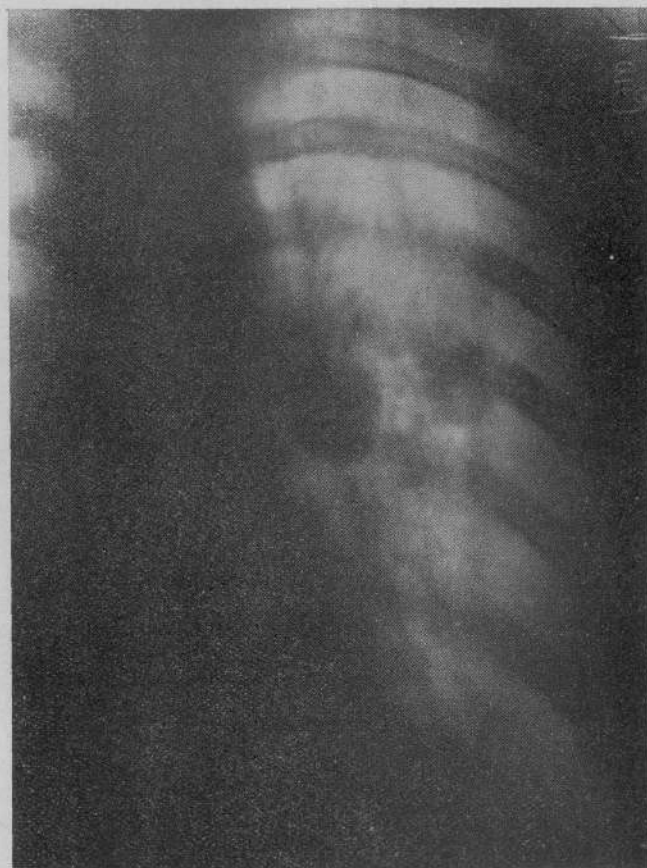


Fig. 14.

Stratigrafia dello stesso caso a cm. 6 dal piano posteriore (l'ombra rotondeggiante è dovuta ad un infiltrato rotondo).

della possibilità che in un adulto che ha già avuto da tempo la infezione primaria può successivamente in occasione di una tbc. post-primaria aversi una adenopatia ilare.

Ho osservato 3 casi di tbc. post-primaria in cui la stratigrafia mise in evidenza delle adenopatie parailari.

CASO 1°. — P. F., anni 22, insegnante. Nulla nella anamnesi familiare. Nel dicembre 1938 sputi ematici seguiti da temperatura. Entra il 13 gennaio 1939 con espettorato Koch +. L'esame radiografico del 14 febbraio 1939 (fig. 9) mostra una disseminazione di noduli piccoli e medi sulla metà superiore di destra, confluenti nella regione sottoclaveare; all'esterno del terzo medio di destra si nota una calcificazione del dia-

metro di mm. 3 e nella corrispondente regione parailare delle piccole calcificazioni ed un'ombra di media opacità, rotondeggiante con diametro di cm. 2,5. La stratigrafia del 27 febbraio 1939 (fig. 10) mostra una piccola areola cavitaria in seno alla disseminazione nodulare ed un'ombra rotondeggiante del diametro di cm. 2,5 nello strato a cm. 9, nell'angolo formato tra il grosso bronco di destra ed il bronco del lobo superiore. L'ombra calcificata del terzo medio di destra, dopo l'istituzione del pneumotorace si è mostrata di sicura appartenenza al parenchima ed è da considerarsi come l'esito della componente parenchimale della pregressa infezione primaria.

Caso 2°. — M. S. anni 21, commessa. Nulla nel gentilizio e nella anamnesi remota. Nel marzo 1938 tumefazione delle ghiandole sopra clavari a destra ed alla fine del 1939 anche a sinistra mentre quelle di destra erano regredite. L'esame radiografico del 23 marzo 1938 mostra qualche piccolo nodulo tra il terzo superiore ed il terzo medio di destra; non ghiandole in parailare. A sinistra calcificazioni in sottoclaveare e nella corrispondente regione parailare. Sul radiogramma del settembre 1938 si notano dei noduli confluenti al terzo medio di destra ed ingrossamento delle ghiandole della corrispondente regione parailare.

Sul radiogramma del giugno 1939 si osservano grosse ghiandole anche nella regione parailare sinistra. La stratigrafia della regione parailare sinistra (fig. 11) mostra una grossa ghiandola del diametro di cm. 3 nello strato a cm. 9 dal piano posteriore alla biforcazione del grosso bronco di sinistra.

Caso 3°. — C. G., di anni 33, cameriere. Gentilizio sconosciuto, fino a 21 anni nella campagna sarda poi a Roma. Febbraio 1939 ricovero per colite ulcerosa, contemporaneamente adenite retro mascellare destra; quindi nel maggio asportazione della ghiandola che risultò tbc.; nel gennaio 1940 altra ghiandola in sopraclaveare destra e tre a sinistra ed orchiepididimiti sinistra per cui venne operato. L'esame radiografico del maggio 1940 mostra dei piccoli noduli biapicali e nella regione parailare destra ombre ovalari a limiti netti; la stratigrafia (fig. 12) localizza due grossi gangli in parailare destra nello strato a cm. 10 dal piano posteriore.

Di questi tre casi con adenopatia parailare in soggetti che avevano da tempo superato la infezione primaria, uno solo, il primo, presenta l'ingrossamento gangliare durante una tbc. polmonare post-primaria senza altre manifestazioni plurighiandolari mentre negli altri due casi anche delle altre stazioni linfatiche sono colpite.

La stratigrafia ha dimostrato in tutti i casi che i gangli sono situati piuttosto anteriormente, negli strati a cm. 9, 10, 11 dal piano posteriore. Anche i gangli visualizzati mediante la stratigrafia in altre forme non tbc. (tumori, ascessi, pneumoconiosi) avevano sempre sede tra gli strati 9 a 11 dal piano posteriore. Questo è un carattere diagnostico differenziale di non indifferente importanza perchè permette di escludere che delle ombre rotondegianti situate più posteriormente siano dovute ad adenopatie. Così un'ombra rotondeggiante in parailare sinistra visibile sulla fig. 13 è stata localizzata sulla stratigrafia (fig. 14) a cm. 6 dal piano posteriore e pertanto si esclude che potesse essere data da un ganglio ed infatti il successivo decorso ha mostrato trattarsi di un infiltrato rotondo posteriore.

Le alterazioni bronchiali dovute ai gangli tbc. sono molto rare nell'adulto; ne ho visto due volte sopra otto; esse appaiono invece con una maggiore frequenza nei bambini.

L'esame dei casi esposti permette di giungere alle seguenti conclusioni:

1° la stratigrafia permette una esatta valutazione delle ombre parailari mettendo in chiara evidenza le ipertrofie gangliari ed i rapporti dei gangli con i bronchi ed i vasi;

2° le adenopatie parailari dell'infezione primaria nell'adulto possono raggiungere un volume simile a quello che si riscontra nell'infanzia ;

3° nell'adulto allergico sia in concomitanza con una lesione polmonare tbc. post-primaria senza manifestazioni ghiandolari extrapolmonari sia con linfadeniti extrapolmonari si possono avere delle adenopatie parailari di cospicue dimensioni :

4° la stratigrafia localizza le ghiandole negli strati a cm. 9, 10, 11 dal piano posteriore.

NB. - Dopo la consegna del presente lavoro (giugno 1940) fino a tutto il mese di febbraio 1941 sono stati trovati, mediante la stratigrafia, altri 12 casi di ipertrofie ghiandolari parailari in adulti allergici.

RIASSUNTO

L'A. dopo avere esposto i moderni concetti sulla infezione primaria tardiva illustra 8 casi di adenopatie tbc. parailari in adulti, di cui 5 dovuti a infezione primaria e 3 collegati con un'infezione postprimaria. L'A. afferma l'importanza del metodo stratigrafico per la documentazione e la localizzazione delle ipertrofie gangliari parailari.

RÉSUMÉ

L'auteur après avoir exposé les conceptions modernes sur l'infection primaire tardive illustrent huit cas d'adénopathies tuberculeuses parailaires chez des adultes, dont 5 dus à infection primaire et 3 associés à une infection post-primaire.

L'auteur affirme l'importance de la méthode tomographique pour la documentation et la localisation de l'hyperthrophie des ganglions parailaires.

ZUSAMMENFASSUNG

Verf. erörtert die modernen Begriffe über die verspäte Primärinfektion und beschreibt 8 Fälle von tuberkulösen parailären Adenopathien in Erwachsenen, von denen 5 durch eine Erstinfektion und 3 durch eine postprimäre Infektion ausgelöst wurden.

Verf. hebt die Wichtigkeit der Schichtaufnahmen zur Dokumentation und zur Lokalisation der parailären Drüsenhypertrophie hervor.

SUMMARY

The author, after presenting modern notions as to tardy primary infection, illustrates 8 cases of tb. adenopathies on the limits of the luog in adults, of which 5 were due to primary infection and 3 were connected with post-primary infection. The writer asserts the importance of the stratigraphic method for the documentation and localization of ganglionic hypertrophy at the limits of the lung.

BIBLIOGRAFIA

- ARBORELIUS M. — « *Ergebn. Tbk. Forsch.* », 4, 1, 1932.
BATTIGELLI G. — « *Radiol. Med.* », 22, 173, 1935.
BEHRENDT W. — « *Beitr. Tbk.* », 89, 1, 1937.
BEITZKE H. — « *Anatomia Patol. di Aschoff.* », U.T.E.T., Torino, 1930.
BENDA R. — « *Soc. Med. Hop.* », Parigi, sed. 12, 6, 1936.

- BEZANCON F. — Discuss. X Confer. Un. Intern. contro la Tbc., Lisbona.
- BOLLINI V. — « Riv. Pat. Clin. Tbc. », 7, 967, 1933.
- BURGER G. C. E. e VON VEEL J. G. A. — « Fortsch. Roentg. », 57, 143, 1938.
- BURRELL L. S. T. — X Confer. Un. Intern. contro Tbc., Lisbona, 1937.
- CAIN A. e OURY. — « Revue de la Tub. », 5, 261, 1924.
- CATTANEO C. e MARIANI B. — « Ann. Ist. C. Forl. », 4, 238, 1940.
- CHABAUD J. — « Revue de la Tbc. », 13, 308, 1932.
- Id. — X Confer. Un. Intern. contro Tbc., Lisbona, 1937.
- COLAUD E. e DUGAS J. — « Revue de la Tub. », 2, 1177, 1936.
- COSTANTINI G. — « Riv. Pat. Clin. Tbc. », 4, 394, 1929.
- COURCOUX A. e ALIBERT A. — « Presse Méd. », 43, 2076, 1935.
- DEBENEDETTI R. L. e BALGAIRES E. — « Revue de la Tub. », 5, 271, 1939.
- DEBENEDETTI R. L. e FORET. — « Revue de la Tub. », 1, 353, 1935.
- DE CARVALHO L. — X Confer. Un. Intern. contro Tbc., Lisbona, 1937.
- ENGEL. — « Ergebn. Tbk. Forsch. », 5, 57, 1933.
- GAMNA C. — « Min. Med. » 21-2, 299, 1930 e Relaz. 37º Congr. Med. Int., Bari, 1931.
- GENEVRIER L. — « Revue de la Tub. », 5, 406, 1924.
- GROTH-PETERSEN E. — « Acta Tub. Scand. », 10, 111, 1936.
- HAUSMANN T. — « Zeit. Tbk. », 61, 218, 1931.
- HAYEK H. — « Die Tuberkulose », 9, 191, 1929.
- HEIMBECK J. — « Tubercle », 18, 97, 1936.
- HENNINGSEN W. — « Beitr. Tbk. », 93, 404, 1939.
- HETHERINGTON, Mc PHEDRAN, LANDIS e OPIE. — « Amer. Rev. Tbc. », 20, 421, 1929.
- HOLM J., HELWEG-LARSEN P. — « Acta Tub. Scand. », 12, 373, 1938.
- HUSEYIN K. — « Beitr. Tbk. », 87, 703, 1936.
- IRINESCU S. e NASTA M. — X Confer. Un. Intern. contro Tuberc., Lisbona, 1937.
- KLEINSCHMIDT H. — X Confer. Un. Intern. contro Tbc., Lisbona, 1937.
- KOGANAS L. — X Confer. Un. Intern. contro Tbc., Lisbona, 1937.
- LANGE B. — « Zeit. Tbk. », 78, 145, 1937.
- LOPEZ BONILLA. — « Arch. Argent. enferm. apar. respir. », 7, 73, 1939.
- MALMROS H. e HEDVAL E. — « Amer. Rev. Tbc. », 41, 562, 1940.
- MEERSSEMAN F. — « Revue de la Tbc. », 3, 1089, 1937.
- MICHEL F. — In Ceconi, « Medicina Interna », 1932.
- MONDON H. e AUDOYE H. — « Revue de la Tbc. », 4, 836, 1938.
- MORELLINI M. — V Congr. Naz. Lotta c. Tbc., Roma, novembre 1935.
- MYERS J. A., CH'U F. e STREUKENS T. — « Amer. Rev. Tbc. », 39, 232, 1939.
- NEDELKOVITCH Y. — X Confer. Un. Intern. contro Tbc., Lisbona, 1937.
- OMODEI ZORINI A. — « La Patogenesi della Tbc. pulm. », Roma, 1940.
- ONTANEDA L. e UBINA. — « Rev. Asoc. Med. Argent. », 49, 1738, 1935.
- ONTANEDA L., MAZZEI E., OVIEDO E. e GONZALES M. — « Archivos argent. enferm. apar. respir. », 5, 16, 1937.
- PALES. — « Revue de la Tbc. », 4, 190, 1938.
- PELLEGRINI G. — « Boll. Soc. Med. Chir. Pavia », 45, 461, 1931.
- PEREIRA-REGO A. — « Arch. Argent. enferm. apar. respir. », 7, 122, 1939.
- PFÄHLER G. E. — « Amer. J. Roentg. », 41, 742, 1939.
- PHLEBON. — « Presse Méd. », 35, 1131, 1927.
- PIAGGIO BLANCO R. A., SAYAGUES C., CÄIMI R. A. — « Rev. Tbc. Uruguay », 7, 227, 1938.
- PIAGGIO BLANCO R. A., PIAGGIO BLANCO E. e AGUIRRE G. — « Rev. Tbc. Uruguay », 7, 217, 1938.
- PLUNKETT R. E. — X Confer. Un. Intern. contro Tbc., Lisbona, 1937.
- PRUVOST P. — « Gaz. méd. de France », 45, 1105, 1938.
- RAGNOTTI E. — « Beitr. Tbk. », 76, 459, 1930.
- REDEKER. — X Confer. Un. Intern. contro Tbc., Lisbona, 1937.

- RIST E. e TUCHILA J. — « Revue de la Tub. », **4**, 457, 1938.
- ROSSELET A. — « Schw. med. Woch. », **62**, 1022, 1932, e **69**, 497, 1939.
- ROUBIER CH. — « Journ. de Méd. de Lyon », **18**, 423, 1937.
- SAYÈ L. — X Confer. Un. Inter. contro Tbc., Lisbona, 1937.
- SCHEEL O. — Relaz. X Confer. Un. Intern. contro Tbc., Lisbona, 1937.
- SCHULZ E. — « Zeit. Tbk. », **60**, 24, 1931.
- SELTNER H. — « Beitr. Tbk. », **55**, 318, 1933.
- SERGENT E., DURANT H. e COTTENOT P. — « Revue de la Tbc. », **5**, 593, 1924.
- SOPER e WILSON. — « Amer. Rev. Tbc. », **26**, 548, 1932.
- SOPP J. W. — « Beitr. Tbk. », **88**, 637, 1936.
- STIEHM R. H. — « Amer. Rev. Tbc. », **32**, 171, 1935.
- SWEANY H. C. — « Amer. Rev. Tbc. », **27**, 575, 1933 e **39**, 236, 1939.
- TAPIA R. — X Confer. Un. Intern. contro Tbc., Lisbona, 1937.
- TROISIÈRE J. e BARIÈTE M. — « Bull. Acad. Méd. », **110**, 38, 1933; « Revue Méd. Franc. », **15**, 427, 1934; « Bull. Mém. Soc. Méd. Hop. Parigi », **55**, 773, 1939; « Bull. Acad. Méd. », **122**, 347, 1939; « Ann. Ist. C. For. », **4**, 301, 1940.
- TROISIÈRE J., BARIÈTE M. e AUSSANNAIRE M. — « Bull. Mém. Soc. Méd. Hop. Parigi », **55**, 411, 1939.
- TROISIÈRE J., BARIÈTE M. e NICO P. — « Bull. Acad. Méd. », **117**, 399, 1937 e « Revue de la Tub. », **5**, 888, 1939-40.
- TROISIÈRE J. e ORTHOLAN — « Revue de la Tub. », **4**, 821, 1938.
- TURANO L. — « Riv. Rad. Fis. Med. », **6**, 281, 1931.
- VAJA G. — « Gazette des Hop. », **118**, 1937, 1937.
- VAUCHER, STRAUSS e SCHNEEGANS. — « Revue de la Tub. », **1**, 90, 1935.
- WARENBURG e LAINE. — « Paris Médic. », **103**, 405, 1937.
- WEBER G. W., MURPHY K. M. e HOLCOMB F. H. — « Amer. Rev. Tbc. », **32**, 331, 1935.
- WURTZEN C. H. e SJORSLEV N. — X Confer. Un. Intern. contro Tbc., Lisbona, 1937.
- ZAWADOWSKI W. — X Confer. Intern. contro Tbc., Lisbona, 1937.

59664

~~342/38~~

~~342/38~~





