

2288

EDOARDO TARANTOLA

LA DIAGNOSI PRECOCE DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE

ESTRATTO DA «LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI»
ANNO XI - NUMERO 9 - SETTEMBRE 1940-XVIII



Muse B
6K
61

STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



194017 - 194018 - 194019

LA DIAGNOSI PRECOCE
DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE

194017 - 194018 - 194019





Il grande valore che ha la diagnosi precoce della tubercolosi polmonare è noto da lunghissimo tempo: ricordo che il nostro valoroso pioniere, FRANCESCO GATTI, citava sovente la seguente affermazione del MACCHIAVELLI: « La tubercolosi è facile a diagnosticare e difficile a curare quando è in stadio avanzato, mentre è facile a curare e difficile a diagnosticare nelle forme iniziali ». Ciononostante lo studio della tubercolosi polmonare è stato per lungo tempo trascurato, forse in considerazione della nullità della nostra terapia e della fatalità del suo decorso. Solo alla fine del secolo scorso si è dato maggior impulso allo studio della tubercolosi polmonare incipiente: fra i vari AA. che si sono occupati di tale argomento vanno ricordati particolarmente il GRANCHER in Francia, il MURRI e la sua scuola in Italia, che hanno messo in evidenza l'importanza di piccoli segni stetoacustici dapprima trascurati. Ma è in quest'ultimo decennio che la diagnosi precoce ha assunto capitale importanza: in Italia la lotta contro la tubercolosi è divenuta una vera battaglia per volontà del Regime fascista; il BOCCHETTI, considerando che la malattia tubercolare guarisce solo se è curata a tempo, si è fatto propugnatore di quella necessità ineluttabile che è la diagnosi precoce: questa ha valore non solo per l'individuo che così è più facilmente ricuperabile, ma ha pure un alto valore igienico-sociale per la conseguente diminuzione della disseminazione di materiale contagiante. Di qui la intensa propaganda attraverso la settimana per la diagnosi precoce, propaganda che tuttavia ha dato sinora risultati modesti: ancor oggi sono numerosi i pazienti che giungono al dispensario ed al sanatorio in stato avanzato, ancor oggi sono numerosi i malati irrecuperabili che riempiono i sanatori rappresentando un inutile peso economico per gli istituti addetti alla lotta contro la tubercolosi. In seguito all'amara constatazione che la diagnosi ancor oggi viene fatta per lo più tardivamente, il BOCCHETTI incita i medici ad uscire dalla loro stretta cerchia per illuminare il gran pubblico che deve sapere senza cadere in inutili, ridicole e infondate paure, la frequenza di tale malattia, la possibilità che tutti hanno di ammalare e quindi la necessità di ricorrere tempestivamente al medico ed eventualmente all'indagine radiologica, appena sorgano disturbi anche lievi, che possano essere causati da detta malattia. Ma se è vero che molte volte il malato ricorre al medico troppo tardi, è doloroso osservare che non raramente è il medico che non sa riconoscere tempestivamente la malattia. Il MICHELI nella sua ultima conferenza sulla diagnosi precoce rivolge il suo appello al medico e principalmente al medico generico, condotto o di famiglia perchè esso può e deve essere il vero realizzatore della campagna in tal senso.

Che cosa si deve intendere per diagnosi precoce? Si deve distinguere, come fa il MICHELI, l'infezione tubercolare dalla malattia tubercolare, nonostante che non vi sia un limite netto fra loro; tale distinzione deve essere mantenuta perchè, mentre di fronte al

contagio prolungato e ripetuto nessuno è capace di salvarsi dall'infezione tubercolare, relativamente pochi ammalano. La diagnosi dell'avvenuta infezione potrà avere valore da un punto di vista dottrinale e forse in futuro potrà avere anche un valore pratico, ma non è questa che dobbiamo ricercare con la diagnosi precoce. L'infezione tubercolare come la malattia superata, lascia indubbiamente dei segni indelebili nell'organismo, che vanno dalle reazioni immunitarie ai reliquati clinico-radiologici, come il complesso primario calcificato, la tumefazione di ghiandole tracheo-bronchiali, le piccole alterazioni apicali inattive (sclerosi, noduli), gli esiti di pleurite e di corticopleurite. Queste alterazioni non hanno valore per la diagnosi precoce, naturalmente quando esse rappresentano l'esito di una malattia superata e non alterazioni in atto; ben sappiamo quanto sia difficile determinare se un focolaio tubercolare è attivo o spento e che talvolta si richiedono settimane ed anche mesi di osservazione per escluderne l'attività.

La diagnosi precoce si riferisce alla malattia in atto: non possiamo quindi concordare appieno con lo JEMMA, il quale, dalla constatazione che la tubercolosi si insedia nell'organismo umano quasi sempre nell'età infantile, afferma che la diagnosi precoce debba essere fatta soprattutto nell'infanzia. Essa verrà fatta nei fanciulli, se possibile, allo svilupparsi della prima infezione, ma potremo parlare di diagnosi precoce anche nelle forme tubercolari dell'età giovanile e dell'adulto, quando si manifesta la malattia, anche se questa non è il risveglio dell'infezione infantile insediatasi nell'organismo molti anni prima.

Intesa nel suo senso letterale ed in termini strettamente clinici, la diagnosi precoce di una malattia ad inizio subdolo come la tubercolosi può sembrare una pretesa od una illusione, come dice il GAMNA. Per scoprire le prime fasi della malattia che si svolgono in modo così nascosto e così privo di caratteristiche sarebbe necessario ricorrere a ricerche sistematiche molto estese sui sani, sulle collettività, attraverso ad un immenso lavoro, che potrà dare risultati interessanti, ma non immuni dai molti difetti degli studi fatti in serie su vastissima scala. Può la tanto auspicata cartella clinico-radiologica eseguita in serie nelle collettività svelare con maggior frequenza le forme tubercolari incipienti, prevenendo così lo sviluppo di forme gravi, irrecuperabili?

È noto che con queste vaste ricerche vengono talvolta riconosciute forme tubercolari in individui apparentemente sani, che non hanno alcuna sintomatologia morbosa, ma quale dispendio di forze e di denaro per ottenere serie conclusioni! Il BRECCIA, fra l'altro, afferma che la visita in tal modo eseguita ha necessariamente un valore limitato nel tempo, per la stessa ragione che un valore limitato nel tempo lo ha anche il certificato penale, cosicchè sarebbe necessario per svelare le forme iniziali eseguire l'esame clinico radiologico a tutti i soggetti sani almeno due volte all'anno!

Un programma così vasto, difficilmente realizzabile, non è scevro di inconvenienti fra i quali ha particolare valore la frequenza di casi dubbi; quanti radiogrammi sono al confine fra il normale ed il patologico! E quali gravi danni possono derivare da una nostra affermazione inesatta! E danno ancor maggiore può sorgere da una risposta dubitativa; che molte e molte volte è la sola veritiera.

La diagnosi precoce, come afferma il GAMNA, oggi deve essere affidata alla diligenza diagnostica del medico: il vero milite della lotta non può essere che il medico curante, l'unico che è in grado di tutto vedere e di tutto sapere.

La lotta per la diagnosi precoce si fonda soprattutto sull'azione del dispensario antitubercolare, il quale esamina tutti gli individui che ad esso si presentano spontaneamente o perchè inviati dal medico per accertamento ed estende la sua azione sui famigliari degli individui riconosciuti tubercolosi. Quali sono i risultati pratici di questa opera veramente grandiosa? Un gran numero di visite, ma dei soggetti riconosciuti ammalati la maggior parte sono gravi, irrecuperabili. Se ad esempio consideriamo i dati del Consorzio antitubercolare di Torino riferiti dal GAMNA nel 1938 su 4315 individui visitati solo 1147, cioè il 26,55 %, furono riconosciuti ammalati, ma di questi ben 522 erano forme più gravi.

Dobbiamo dunque ritenere che nonostante le estese ricerche dispensariali, la diagnosi

veramente precoce oggi non viene fatta che in un numero esiguo di casi. E' doloroso osservare con quanta frequenza non venga diagnosticata la natura tubercolare di forme polmonari con segni clinici evidenti e con espettorato positivo. A questi casi e non alle forme larvate asintomatiche deve andare principalmente la nostra attenzione, sia perchè è sufficiente una maggior diligenza ed un maggior senso di responsabilità da parte del medico per riconoscerli, sia perchè queste forme rappresentano non solo un pericolo per l'individuo ma anche un grave pericolo sociale: essi rappresentano quindi un errore suscettibile delle peggiori conseguenze e sono malamente giustificabili con la robustezza del paziente, la sua età, l'assenza di precedenti famigliari, che purtroppo tante volte ancor oggi sono sufficienti per molti medici a fare escludere la natura tubercolare di una sindrome morbosa. Altre volte quando nasce il sospetto sulla eziologia tubercolare del male, viene taciuto per non allarmare il paziente ed i famigliari, nella speranza che tutto possa ugualmente risolversi senza cure speciali, e si trascurano quelle ulteriori ricerche che sarebbero necessarie per chiarire la diagnosi. Da questo silenzio del medico derivano i più gravi danni, perchè la malattia può fatalmente progredire ed ancor quando la sintomatologia morbosa scompare, il processo distruttivo può rimanere e progredire lentamente: ben si può dire che molte volte il male più si copre, più si alimenta e si accresce. Così si sviluppano le forme gravi irreparabili mentre una coraggiosa diagnosi tempestiva, seguita dalla cura opportuna, può facilmente portare alla guarigione dell'individuo.

E' dunque necessario che la diagnosi precoce sia fatta dal medico curante, il quale deve sospettare come possibile la natura tubercolare di una forma morbosa, quando non può con assoluta certezza riconoscere altro movente eziologico; ogni medico deve sapere che anche individui robusti, immuni da tare ereditarie, possono ammalare; è necessario che appena sorto il sospetto si adoperino tutti i mezzi per stabilire con certezza la diagnosi ricorrendo subito ai due esami fondamentali; l'esame dell'espettorato e l'esame radiologico. Quando il medico non ha la possibilità di eseguire personalmente tali ricerche deve inviare l'ammalato al dispensario. L'accertamento rigoroso di tante forme morbose di eziologia incerta, il perpetuo sospetto che ogni sindrome possa dipendere dall'agente tubercolare, sono gli elementi che rendono possibile la diagnosi precoce nel maggior numero dei nostri pazienti. Fin dall'Università si dovranno preparare i medici a questa indispensabile oculatezza dando maggior importanza allo studio della tubercolosi e non con studi teorici ma con dimostrazioni pratiche, non con la creazione di larghe schiere di medici specialisti, ma con una migliore istruzione di tutti i medici.

Non sarà mai abbastanza ripetuto allo studente e al medico che la malattia tubercolare può insorgere in ogni individuo, non c'è costituzione che possa immunizzare dal male, non c'è età che non sia colpita dal male; non è necessario che nei precedenti famigliari vi sia la tubercolosi.

Si ricordi che la malattia tubercolare ha inizio e decorso quanto mai vario: può insorgere acutamente simulando un'infezione acuta, ad esempio un'infezione tifoidea, una forma influenzale; può dare unicamente manifestazioni generali come deperimento, astenia, anemia, febbre, facilità alla sudorazione, ecc.; può dare una sintomatologia unicamente nervosa, come un'irritabilità, melanconia; può dare una sintomatologia unicamente a carico dell'apparato digerente, come disappetenza, digestioni lente e difficili; può infine dare una sintomatologia respiratoria. Questi sintomi possono associarsi nel modo più vario simulando così varie altre forme morbose e non raramente i sintomi più caratteristici possono mancare, in modo da fare escludere la natura tubercolare già evidente per altri segni.

Può esistere una lesione polmonare anche grave senza segni clinici obbiettivi evidenti ed il medico attento deve conoscere la grande importanza dell'esame dell'espettorato e dell'esame radiologico ricorrendo ad esso in ogni caso anche lontanamente sospetto.

Non è qui il luogo opportuno per riferire di casi giunti in sanatorio tardivamente appunto perchè la natura tubercolare non fu riconosciuta a tempo, ma mi sia permesso ricordare quanto delle così dette bronchiti croniche dei vecchi sono invece di natura

tubercolare, quante tossi croniche, ribelli, ritenute causate dal fumo, sono l'unica manifestazione di una lesione polmonare tubercolare! Quante forme influenzali a risoluzione ritardata, quante febbricole dette di origine intestinale hanno la loro causa in un focolaio tubercolare! Quante forme dispeptiche dipendono dalla malattia tubercolare! Quante forme di esaurimento, di deperimento attribuito agli studi, quante forme anemiche attribuite ai fenomeni accompagnati da pubertà nelle fanciulle, sono invece il primo sintomo della malattia tubercolare! Il medico deve sempre diffidare delle diagnosi imprecise e sospettare in questi casi la possibilità della eziologia tubercolare.

E che dire della pleurite che tutti sappiamo essere quasi sempre di natura tubercolare e che invece viene sovente dichiarata guarita senza ulteriori indagini appena il processo acuto è superato! Ogni paziente che ha sofferto di pleurite deve invece fare una lunga convalescenza e deve essere tenuto sotto la sorveglianza dispensariale con ripetuti esami clinici e radiologici per almeno tre anni.

Ed un'altra importante verità dovrebbe essere detta a tutti i medici e da essi a tutti i malati: la malattia tubercolare è sempre una malattia grave, anche quando le lesioni sono modeste, estremamente modeste: essa necessita sempre di una cura lunga, di una cura energica, tempestivamente eseguita.

È necessario insistere col GAMNA sulla necessità che dai medici sia data al dispensario il suo giusto valore di organo consultivo, di ufficio di accertamento e che ad esso si ricorra al primo sospetto, non dopo aver perduto tempo prezioso in inutili cure. Ma perchè ciò avvenga è necessario un'intima collaborazione fra medici generici e dispensari. Purtroppo ancor oggi il medico pratico vede frequentemente nel medico dispensariale non il consulente capace di aiutarlo a svelare le forme di tubercolosi iniziale ma un temibile concorrente che può assumere la cura di quei pazienti che a lui vengono inviati per l'accertamento diagnostico. Perchè la diagnosi precoce possa divenire una realtà, il dispensario deve riprendere le sue funzioni unicamente preventive; i medici dispensariali dovrebbero essere stipendiati in modo tale da non dover ricorrere alla libera professione. Quando il medico specialista dispensariale avrà limitata la sua attività a questo campo unicamente diagnostico, il medico pratico potrà ricorrere più facilmente a lui.

Il MORELLI in considerazione del fattore psicologico per cui molti pazienti non vanno volentieri al dispensario propone, che i dispensari funzionino come policonsultori. Come dice il BRECCIA ciò potrà essere ottima cosa, ma, in attesa che i dispensari possano funzionare da policonsultori, facciamo in modo che almeno i policonsultori funzionino da dispensari.

Riassumendo, il medico generico deve inviare i casi sospetti od anche i casi in cui non può fare con certezza un'altra diagnosi, al dispensario, il quale dovrà o ritornare il paziente al suo medico con diagnosi negativa o anche dubbia, consigliando quindi al medico le cure opportune ed eventualmente proponendo altra visita di controllo, oppure deve provvedere al ricovero. Come dice ZAPPÀ la diagnosi precoce senza ricovero precoce significa nulla e su questo punto ha insistito anche il BELLÌ che propone l'immediato ricovero dell'individuo riconosciuto ammalato senza alcun indugio, senza attendere l'esito delle pratiche tendenti a stabilire a quale ente spetti l'onere di degenza.

Quante volte sentiamo dire ancor oggi che il caso non è sufficientemente grave da richiedere la cura sanatoriale! Eppure si deve mettere questo dilemma: o la forma morbosa non è di natura tubercolare oppure è necessario il sanatorio, poichè la cura della tubercolosi deve cominciare col soggiorno in sanatorio eventualmente per breve tempo perchè il sanatorio è utile anche per l'educazione del paziente. Si parla di un'ostilità da parte del paziente ad accettare la cura sanatoriale e ciò molte volte è vero, ma ancor più frequente è l'ostilità del medico che ricorre al sanatorio solo tardivamente consigliando in primo tempo la cura ambulatoria, il soggiorno in stazioni climatiche, con grave danno per tutte le famiglie che vi inviano i loro figlioli. E ciò si verifica soltanto nelle classi agiate ma frequentemente anche nei meno abbienti.

Come la cura sanatoriale anche la collassoterapia, che indubbiamente è quella che dà i migliori risultati nella tubercolosi polmonare, sia essa attuata col pnt. o con interventi chirurgici, dovrà essere iniziata tempestivamente nè sarà lecito trastullarci in tanti palliativi di cui ben conosciamo la scarsa efficacia.

Qui si renderà veramente necessaria l'opera di specialisti i quali per essere tali devono aver vissuto a lungo nell'ambiente ospedaliero o sanatoriale seguendo così con precisione i vantaggi ed i possibili inconvenienti di tali cure.

Io credo che se verranno seguiti tali principî, la diagnosi precoce e la conseguente cura efficace della tubercolosi polmonare verranno ottenute con una frequenza ben maggiore di quanto attualmente avvenga. Solo quando si sarà fatto questo passo da parte dei sanitari, si potrà, se sarà veramente necessario, allargare la nostra propaganda rivolgendoci anche al pubblico; solo in un secondo tempo potranno essere utili le ricerche sistematiche nelle collettività ma per ora la cosa più urgente è di migliorare la nostra lotta con una più accurata cultura del medico pratico e col ritorno del dispensario alla sua vera funzione: accertamento della diagnosi ed immediato ricovero di tutte le forme iniziali, veramente tubercolari ed attive.

~~2/2/52~~

60534







