

Mix B76 / 29

ISTITUTO « CARLO FORLANINI »
CLINICA TISIOLOGICA DELLA UNIVERSITÀ DI ROMA
DIRETTORE INCARICATO : PROF. V. MONALDI

R. BENINATO e U. DE ASCENTIS

**SULLE MILIARI FREDDE E CRONICHE NEL CORSO
PRIMA INFEZIONE**

Estratto da ANNALI DELL'ISTITUTO « CARLO FORLANINI »

NUMERO UNICO 1944, pag. 141

ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 17

—
1945

SULLE MILIARI FREDDE E CRONICHE NEL CORSO PRIMA INFEZIONE.

R. BENINATO

U. DE ASCENTIS

Il compito che ci proponiamo in questa nota si limita a valutare in qualche modo i rapporti cronologici delle granulie fredde ricorrenti nel ciclo della prima infezione, rispetto alla prima penetrazione dei bacilli nell'organismo, e di definire la posizione biologica.

Per miliari fredde o croniche si intendono quei quadri che si affermano rapidamente con una imponente disseminazione di focolai distribuiti su vasti territori dell'ambito polmonare e che manifestano una spiccata tendenza alla regressione spontanea o assumono un decorso cronicizzante. Per tal modo vengono da un lato esclusi gli episodi ematogeni distrettuali per lo più decorrenti silenziosamente (focolai di Simon, focolai di apposizione nell'ambito delle componenti primarie, focolai isolati lungo le scissure, ecc.) e dall'altro vengono escluse le disseminazioni acute generalizzate.

Alla nostra osservazione sono passati cinque casi tipici nei quali furono raccolti i seguenti elementi.

Il primo caso (S. Antonio) riguarda un bambino che quando venne al primo esame aveva l'età di un anno. Da tre mesi la madre tubercolotica cavitaria si era allontanata dalla famiglia. Il piccolo paziente presentava un complesso primario a componenti ravvicinate in mediotorace destro, con evidente reazione perifocale. L'intradermo-reazione era fortemente positiva. Dopo due mesi si poteva notare in entrambi i campi polmonari molteplici piccole ombre a limiti indistinti. Un sanitario tentò un pnt. a destra, ma dopo cinque rifornimenti si avvide che l'inseminazione di focolai miliari si era incrementata in ambedue i lati e abbandonò il procedimento. Dopo un periodo di stato protrattosi per circa sei mesi iniziò la regressione. Circa un anno dalla fase iniziale i campi polmonari appaiono notevolmente detersi; l'immagine da complesso primario ridotta ma ancora presente. Parallelamente si delineò con andamento progressivo il ripristino della euritmia organica e funzionale.

Il secondo caso contempla una bambina di sette anni (D. S. Franca). L'anamnesi non riuscì a trovare la fonte di contagio. Al primo esame presentava una tipica immagine di adenopatia allergica in sede iuxtatracheale destra. L'intradermoreazione era positiva. Esattamente dopo un mese si notava sul radiogramma una disseminazione di noduli in ambedue i campi polmonari con prevalenza a destra; in questo lato la regione apico-sottapicale era occupata da una tenue velatura discontinua. La regressione iniziò dopo circa otto

mesi ed era completa dopo quattordici mesi. In questo tempo anche l'immagine da adenopatia era del tutto regredita; in campo apicale si potevano notare tralci addensati e qualche nodulo in calcificazione.

Il terzo caso contempla una bambina di quattro anni (S. Anna) nella quale era muta l'anamnesi per il contagio. Al primo esame la piccola paziente presentava una vasta disseminazione bilaterale di piccoli focolai sfumati e indecisi. L'ombra dell'arco aortico nel radiogramma frontale appariva sporgente il che permetteva di supporre l'esistenza di adenopatie iuxatracheali sinistre. L'intradermoreazione era positiva. Dopo due mesi si osservano ingorghi ghiandolari anche in altri gruppi broncomediastinici. All'ottavo mese il complessivo processo entrava in manifesta regressione; in questo tempo le immagini adenopatiche erano completamente scomparse; le ombre polmonari di agglomeramenti si erano scomposte e risolte in piccolissimi e rari nuclei; molti dei focolai da disseminazione non erano più visibili, altri erano divenuti più opachi e puntiformi.

Il quarto caso contempla una bambina di anni sei (A. Isabella) con anamnesi muta per contagio. Nel luglio del 1943 un radiogramma poneva in evidenza immagini da adenopatie allergiche iuxatracheali e iuxtailari a destra; in questo stesso lato esisteva un'ombra triangolare omogenea al di sopra della parte esterna della piccola scissura. L'intradermoreazione era positiva. Nell'agosto la piccola paziente ebbe il morbillo. Durante la convalescenza si instaurò una disseminazione di numerosi piccoli focolai sfumati in ambedue i campi polmonari con forte prevalenza a destra dove le precedenti immagini incominciavano a regredire. Il processo ebbe un decorso cronicizzante per oltre otto mesi dopo di che si concluse con una meningite.

Il quinto caso riguarda un bambino di otto anni (C. Francesco). Nell'aprile del 1940 un sanitario aveva diagnosticato un complesso primario in fase recente nella metà inferiore di destra. Il 16 luglio sopravvenne il morbillo che decorse normalmente, però la convalescenza fu interrotta da una ripresa di manifestazioni tossiemiche. Un radiogramma del 29 settembre metteva in evidenza un complesso primario destro in fase essudativa allergica e una vasta disseminazione bilaterale di ombre micronodulari a limiti indecisi.

L'intradermoreazione era fortemente positiva. Il processo assunse un andamento cronicizzante con una serie di attenuazioni fino quasi a completa regressione del processo; seguirono in periodi diversi molteplici manifestazioni extrapolmonari dapprima a tipo essudativo allergico e poi a carattere tisiogeno finché nel settembre 1941 il quadro si concluse con una meningite.

L'età dei pazienti, la concomitanza e la successione di processi ad accertata posizione primaria, non lasciano alcun dubbio che in tutti i casi presi in esame si trattava di disseminazioni polmonari facenti parte del ciclo della prima infezione.

Nei casi primo, secondo, quarto e quinto l'affezione ha avuto come precedenti morbose immediati alcuni processi di accertata natura essudativa allergica; nel terzo caso processi ghiandolari di questa stessa natura esistevano al momento in cui fu diagnosticata la miliare e se ne ebbero altri mentre questa era in atto. Col termine di processi localizzati ad impronta essudativa allergica sono state inquadrare da MONALDI tutte quelle forme morbose che riconoscono come caratteristica essenziale una particolare essudazione derivante dal nuovo orientamento assunto dall'organismo di fronte ai materiali

tubercolari. Vengono così sistemizzati in una visione di insieme tutti quei quadri che descritti per primi da ELIASBERG e NEULAND con il termine di « infiltrazione epitubercolare » vennero poi illustrati con la più svariata nomenclatura mentre riconoscono un comune substrato anatomo-clinico-biologico anche se presentano una fisionomia differente per ragione di sede e di estensione. Il riscontro che in tutti i casi da noi esposti la granulia fredda seguiti immediatamente a processi di questo tipo non lascia alcun dubbio che i nuovi episodi si sono instaurati in epoche relativamente recenti rispetto alla prima penetrazione del germe nell'organismo. È noto, infatti, e può considerarsi oggi come acquisizione scientifica che nel ciclo delle successioni morbose primarie le manifestazioni a carattere dominante essudativo perifocale sono le espressioni più prossime ai primi focolai da localizzazione bacillare (MONALDI).

Ma qui si pone il quesito del substrato biologico delle miliari fredde. Il fatto che in tutti i casi tale evenienza si sia manifestata dopo alcuni mesi di persistenza del processo gangliopolmonare, in presenza di intradermoreazioni positive e di successioni morbose a fisionomia differente, lasciano senz'altro ritenere che sempre era stato superato il periodo biologico del complesso primario.

D'altra parte si sa che gli episodi da dispersione bacillare precocissima si sogliono risolvere in modesti focolai isolati, che decorrono nel silenzio clinico e che si concludono in piccoli agglomerati fibrocalcari assumendo così in certo modo gli attributi del focolaio viscerale primario. Sono questi i focolai di Simon e le miliari primarie distrettuali la cui posizione cronologica e biologica è ben diversa dai quadri disseminati da noi presi in considerazione che a differenza dei primi vanno inseriti sul substrato dei mutati atteggiamenti organici derivanti dall'allergia.

Ma non appare sufficiente oggi tale conclusione per definire la posizione biologica dei processi in esame; è necessario conoscere in quale fase essi si inscrivono.

Un dato importante offre in proposito il facile rilievo che in tutti i casi la miliare era stata preceduta da processi ad impronta essudativa ghiandolaire o parenchimale non ancora interamente risolti.

Per comprendere il valore di questo riscontro è necessario tenere presente che secondo le ricostruzioni fatte da MONALDI l'organismo di fronte all'allergia e alle sue varie fasi non si presenta come una entità biologica unica e i mutati atteggiamenti reazionari si perfezionano in tempi diversi nei differenti organi e apparati. E in questa stessa ricostruzione il polmone e le ghiandole broncomediastiniche quando sono sede del complesso primario sono le prime stazioni ove possono aversi manifestazioni del tipo allergico. Da questa premessa emerge che le disseminazioni di cui si è tenuta parola si sono instaurate mentre l'organismo considerato nel suo complesso si trova orientato verso le essudazioni perifocali ma che tale orientamento è in declino per quanto riguarda il polmone. Di conseguenza queste miliari verrebbero ad avere una posizione intermedia tra la fase essudativa e l'insorgente fase fisiogenica che suole seguire immediatamente alla prima.

Si è ben lungi qui dal voler trarre da tale constatazione una conclusione generale. Tuttavia che le disseminazioni fredde o cronicizzanti abbiano aspetti misti appare documentato dagli stessi loro attributi anatomo-clinico-biologici. Dalla disamina di questi risulta evidente che un nucleo specifico propriamente detto è alla base dei singoli focolai; ne sono testimoni il prolungato decorso, l'opacità centrale e spesso i piccoli reliquati fibrocalcari.

A lato a questo elemento però domina sempre una cospicua componente essudatizia perifocale che ne fissa la fisionomia, che ne permette facili incrementi e facili riduzioni e che infine a seguito di riassorbimento ne rende quasi invisibili e del tutto insignificanti gli esiti.

Dalla disamina poi di più casi si può anche desumere che le varietà cliniche sono essenzialmente dovute alla prevalenza dell'una o dell'altra componente e il processo complessivo risulta in genere tanto più benigno e a più rapida e completa regressione quanto più vicino è all'orientamento essudatizio, e quindi quanto più è precoce in ordine di tempo. Pertanto l'individualità nosologica delle miliari fredde è, come per tante altre espressioni patologiche, la risultante di determinati rapporti interrettivi tra bacillo e organismo; l'identificazione di questi al momento della loro insorgenza significa anche la possibilità di definire la fisionomia clinica.

RIASSUNTO

Gli AA. dalla disamina di cinque casi di miliari fredde o cronicizzanti da prima infezione discutono i rapporti cronologici di queste entità morbose in confronto alla prima penetrazione di bacilli nell'organismo e la loro posizione biologica.



