

1020

CONSORZIO ANTITUBERCOLARE DELLA PROVINCIA DI PESARO E URBINO  
DISPENSARIO PROVINCIALE

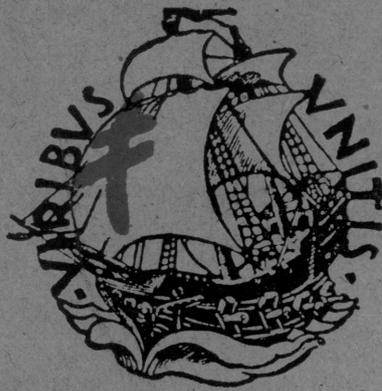
---

Dott. MARIO ACCORIMBONI  
*Direttore*

# LA PLEURITE ESSUDATIVA MANIFESTAZIONE COLLATERALE DELLA TUBERCOLOSI GANGLIO-POLMONARE PRIMARIA

Estratto dalla Rivista « Lotta contro la tubercolosi » - Anno IX, n. 9-10 - Sett.-Ott. 1938-XVI

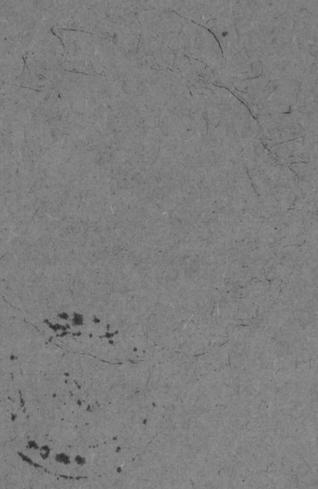
---



STABILIMENTO TIP. « EUROPA » - ROMA, VIA DELL'ANIMA, 46

Don. MARCO ...

LA PIU' ESSENTE ...  
COLLATERALE ...  
GANGHIO ...



18 ...

CONSORZIO ANTITUBERCOLARE DELLA PROVINCIA DI PESARO E URBINO  
DISPENSARIO PROVINCIALE

---

Dott. MARIO ACCORIMBONI

*Direttore*

LA PLEURITE ESSUDATIVA MANIFESTAZIONE  
COLLATERALE DELLA TUBERCOLOSI  
GANGLIO-POLMONARE PRIMARIA

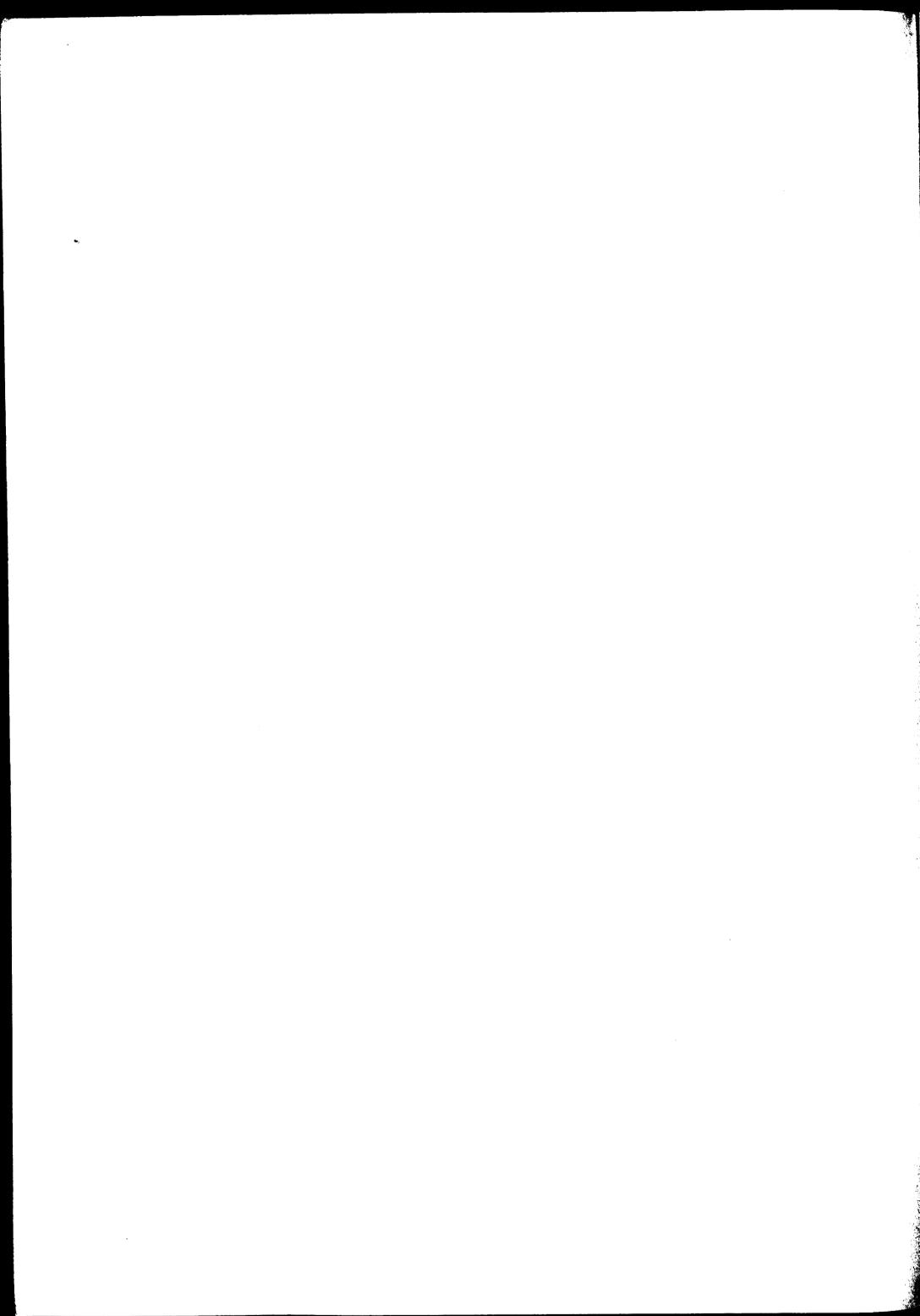
---

Estratto dalla Rivista « Lotta contro la tubercolosi » - Anno IX, n. 9-10 - Sett.-Ott. 1938-XVI

---



STABILIMENTO TIP. « EUROPA » - ROMA, VIA DELL'ANIMA, 46



---

---

Benchè alcuni autori distinguano ancora una pleurite primitiva e una pleurite secondaria, intendendo nella prima la pleurite che insorge come prima ed unica manifestazione dell'infezione tubercolare, e nella seconda invece la pleurite che si verifica per diffusione dell'infezione da processi preesistenti in altri organi, è ormai convinzione diffusa che anche le forme clinicamente primitive siano in realtà dal lato anatomico-patologico sempre secondarie ad altre localizzazioni, sia pure lievi, determinate dal bacillo tubercolare in seguito alla sua penetrazione nell'organismo, e rimaste prima latenti.

Nella maggior parte dei casi il focolaio di origine dell'infezione risiede nel polmone o nelle ghiandole tracheo-bronchiali; lo stesso essudato che si forma con l'insorgenza dell'infiammazione pleurica maschera presto il riconoscimento clinico e radiologico di queste alterazioni preesistenti.

A seconda dei caratteri della lesione primitiva cui è legata l'insorgenza della pleurite e a seconda dello stadio dell'infezione tubercolare, in cui sopravviene questa manifestazione morbosa, possiamo distinguere la pleurite che insorge nella tubercolosi primaria, e quella che insorge nella tubercolosi post-primaria.

Durante il decorso di una tubercolosi da infezione primaria recente, la pleurite può verificarsi per diffusione dell'infezione alla sierosa dal focolaio polmonare primario, localizzato elettivamente nelle sezioni corticali del polmone, o dalle ghiandole tracheo-bronchiali e mediastiniche, dati i rapporti di contiguità che specialmente alcuni di questi gruppi ghiandolari contraggono con la pleura mediastinica.

Nel periodo post-primario, la pleurite essudativa può insorgere invece come effetto di disseminazione ematogena del bacillo tubercolare, o come processo collaterale di una tubercolosi polmonare.

Nel presente lavoro intendo limitare il mio studio alle pleuriti che insorgono nel decorso dei processi tubercolari da infezione primaria.

E comincerò col ricordare alcune osservazioni fatte nell'infanzia.

Controllando periodicamente presso il Dispensario bambini colpiti da processi d'infezione primaria, mi è capitato frequentemente di sorprendere l'insorgenza della pleurite essudativa in soggetti portatori di processi ganglio-polmonari di cui possedevo già una precedente documentazione radiografica, raccolta in occasione di precedenti visite: circostanza questa che mi ha messo in condizione di raccogliere dati interessanti circa le modalità di origine e di evoluzione clinica della pleurite essudativa tubercolare nell'infanzia.

Lo studio di questa particolare manifestazione morbosa riveste certamente un grande interesse, non solo nei riguardi della patogenesi e della evoluzione clinica, ma anche della terapia.

Nella pleurite che insorge come complicazione morbosa della tubercolosi ganglio-polmonare da infezione primaria si può ravvisare infatti una doppia minaccia per l'organismo infantile: quella rappresentata per se stessa dall'infezione tubercolare, che si è annidata nel polmone, e quella rappresentata dalle alterazioni pleuriche che possono seguire come fatale esito della pleurite essudativa; le geniali concezioni di FORLANINI e di MORELLI hanno chiaramente indicato l'importanza delle aderenze e delle sinfisi pleuriche nella tisiogenesi; d'altra parte queste stesse alterazioni pleuriche possono rendere impossibile la costituzione di un pneumotorace, il rimedio terapeutico migliore di cui si dispone contro la tisi del polmone; ed il pneumotorace terapeutico si potrà rendere indicato e necessario non solo come cura immediata del processo polmonare infantile, ma anche in seguito, nell'età adulta, per un'eventuale tubercolosi polmonare da reinfezione.

Non sarà esagerato quindi affermare che nelle frequenti alterazioni pleuriche che si accompagnano ai processi ganglio-polmonari di prima infezione infantile, si può già ravvisare un fattore predisponente per lo sviluppo della tisi polmonare dell'adulto.

In un mio precedente lavoro sull'evoluzione della tubercolosi ganglio-polmonare nell'infanzia segnalavo come su 184 bambini colpiti da forme di tubercolosi ganglio-polmonare in attività, e seguiti per un periodo di tempo vario da sei mesi a tre anni, avevo visto in ben 19 casi insorgere la pleurite essudativa.

Oggi, dopo aver seguito un numero ancora maggiore di bambini, posso riportare le seguenti cifre: su un gruppo di 231 bambini, colpiti da forme di tubercolosi ganglio-polmonare o da adenopatie tracheo-bronchiali, che seguono con visite periodiche da un minimo di sei mesi, ma in media nella maggior parte seguiti per un anno e mezzo o due anni, si è verificata l'insorgenza della pleurite essudativa in un periodo di tempo successivo alla mia prima visita in ben 24 bambini, in una percentuale dunque molto alta; d'altra parte altri 16 bambini non compresi nel numero precedente, presentarono già in occasione della prima visita una pleurite essudativa accanto a chiari reperti di adenopatie o infiltrazioni ilari; posso quindi concludere che su un totale

di 247 bambini, 16 presentavano segni di pleurite essudativa già all'epoca della prima visita; in 24 la pleurite essudativa si manifestò in un periodo di tempo successivo. La proporzione è stata quindi del 16,1% sul totale dei bambini presi in esame.

Riferirò ora per migliore illustrazione i principali dati del decorso cli-

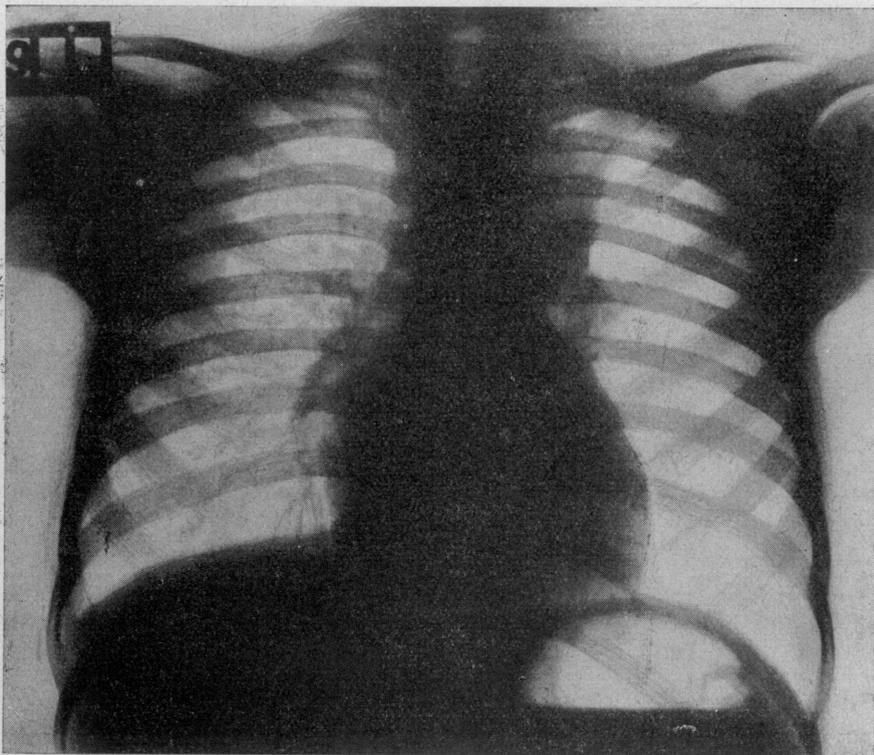


FIG. 1.

nico di alcuni di questi casi osservati; credo superfluo riportare i dati riguardanti tutta la casistica di 24 bambini nei quali ho potuto sorprendere l'insorgenza della pleurite durante il decorso di una tubercolosi da infezione primaria, in quanto la loro storia clinica è del tutto simile in genere a quella dei casi tipici, su cui riferisco:

OSSEVAZIONE 1<sup>a</sup> — *Ba. Gina*, nata il 5 dicembre 1926; non risultavano precedenti tbc. in famiglia.

Accompagnata al Dispensario il 30 agosto 1937 perchè da circa 20 giorni avvertiva tosse secca, dolori all'emitorace destro, rialzi termici. Peso: kg. 21,300.

All'esame obbiettivo si notava ipofonesi lieve basilare destra con respiro affievolito, sfregamenti pleurici sotto l'angolo della scapola di questo lato; ipofonesi sulla scapolo-vertebrale sinistra con ivi respiro aspro. La radiografia mostrava (fig. 1) un'opacità intercleido-ilare sinistra facente corpo con il corno superiore delle ombre ilari di questo lato; bandelletta opaca lungo il contorno costale destro (pleurite a camicia) con linea capillare assai evidente e sdoppiata.

La bambina fu ricoverata in Sanatorio per fanciulli. Nei primi giorni di degenza si notò apiressia; il 26 settembre comparve temperatura febbrile serale con malessere generale: nei giorni successivi si mise in chiara evidenza l'insorgenza di una pleurite essudativa sinistra (fig. 2). Dopo circa una settimana l'essudato cominciò a riassorbirsi, le condizioni generali andarono migliorando.

Il 21 ottobre si poteva registrare: apiressia costante da qualche giorno; la radiografia

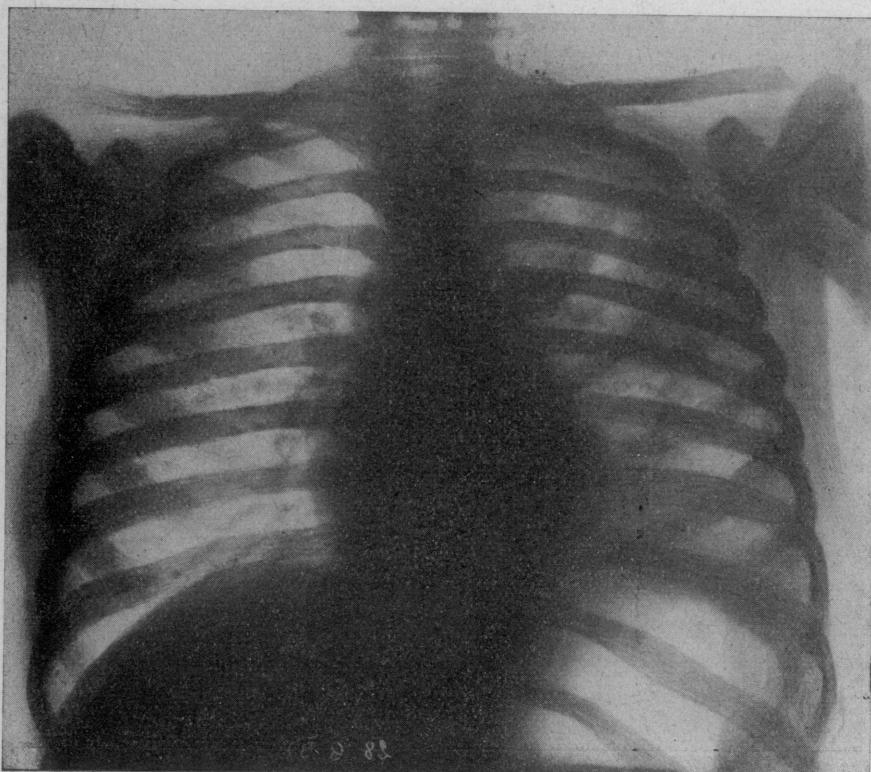


FIG. 2.

dimostrava la pressochè completa scomparsa dell'opacità da essudato; residuava lieve velatura generale dell'emitorace sinistro, obliterazione del seno costo-diaframmatico sinistro.

Il 30 ottobre le condizioni generali apparivano ulteriormente migliorate; peso: kg. 25,500, apiressia.

Tale decorso apparentemente favorevole, è continuato poi ulteriormente, senonchè in occasione di un esame clinico-radiologico eseguito unicamente a scopo di controllo il 3 dicembre si mise in evidenza una pleurite essudativa destra, insorta con assenza assoluta di ogni sintomatologia soggettiva e pur perdurando apiressia (fig. 3).

OSSERVAZIONE 2<sup>a</sup> — *Di. Giacomo*; nato il 24 luglio 1932. Sottoposto a visita di accertamento presso il Dispensario il 3 gennaio 1937 essendosi riconosciuta l'esistenza di un processo di tubercolosi polmonare nella madre. A dire dei familiari questo bambino non presentava disturbi di sorta. L'esame clinico-radiologico metteva in evidenza un processo di adenopatia ilare destra, con infiltrazione perifocale (fig. 4).

Venti giorni dopo il piccolo infermo venne nuovamente accompagnato presso il Dispensario, perchè da qualche giorno mangiava poco, aveva tosse e la temperatura era salita a 37,5. Il nuovo esame clinico-radiologico metteva in evidenza l'insorgenza di una pleurite essudativa destra, e cioè dallo stesso lato ovè in precedenza si era potuto notare il processo ganglio-polmonare (fig. 5).

Ricoverato in Sanatorio, il bambino ha presentato successivamente decorso favorevole, raggiungendo nel dicembre 1937 uno stato di apparente inattivazione della malattia.

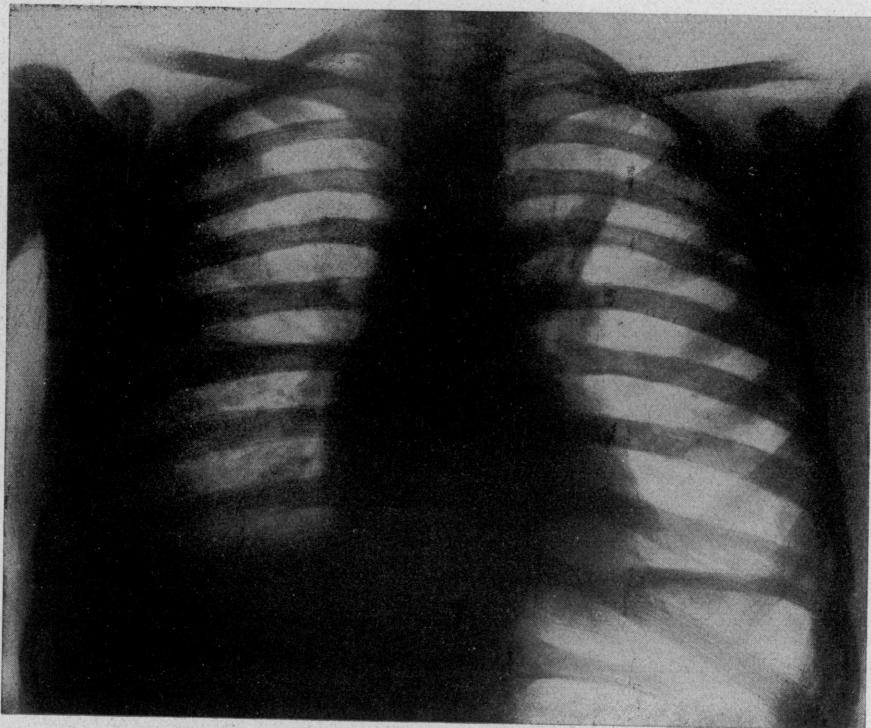


FIG. 3.

OSSERVAZIONE 3<sup>a</sup>. — *Ca. Italo*, di anni 10, sorella malata di tbc. polmonare. Visitato il 9 luglio 1936; secondo quanto riferiva la mamma, da qualche giorno presentava deperimento, rialzi termici. L'esame clinico-radiologico metteva in evidenza segni di adenopatia ilare bilaterale con iniziale processo di infiltrazione perifocale, più evidente dal lato destro; nella sottoclaveare sinistra piccolo focolaio d'infiltrazione polmonare (fig. 6).

In seguito a chiamata, il 12 novembre 1936 il bambino viene accompagnato al Dispensario per visita di controllo. I genitori riferivano che il bambino accusava ancora tosse secca; le condizioni generali apparivano alquanto migliorate, il peso nel frattempo era aumentato di kg. 5; la temperatura non era stata più controllata.

Con molta sorpresa l'esame clinico-radiologico metteva però in evidenza l'insorgenza subdola di una pleurite essudativa destra (fig. 7).

In seguito a nuova chiamata per visita di controllo, il bambino è stato accompagnato ancora al Dispensario il 30 aprile 1937; il peso era aumentato ancora di kg. 2,200; le condizioni generali apparivano buone; l'essudato pleurico si era completamente riassorbito; le ombre ilari apparivano ancora alquanto ingrandite; il 23 novembre 1937 il bambino è stato visitato nuovamente; si poteva registrare completa assenza di ogni disturbo;

come esito della pleurite si poteva notare solo l'obliterazione del seno costo-diaframmatico di destra; l'ombra ilare destra appariva ancora ingrandita e irregolare (fig. 8).

OSSERVAZIONE 4<sup>a</sup>. — *Pi. Edo*, di anni 11; sottoposto a visita di controllo, dopo che si riconobbe un processo tbc. in una zia convivente, fu riconosciuto portatore di un complesso primario del polmone destro (fig. 9). Dopo circa 15 giorni intervenne pleurite essudativa destra, di cui già qualche segno era evidente nella radiografia.

Sottoposto ad opportune cure il ragazzo andò successivamente migliorando, finchè il 15 ottobre 1936 si poteva emettere giudizio di guarigione; nella nuova radiografia si

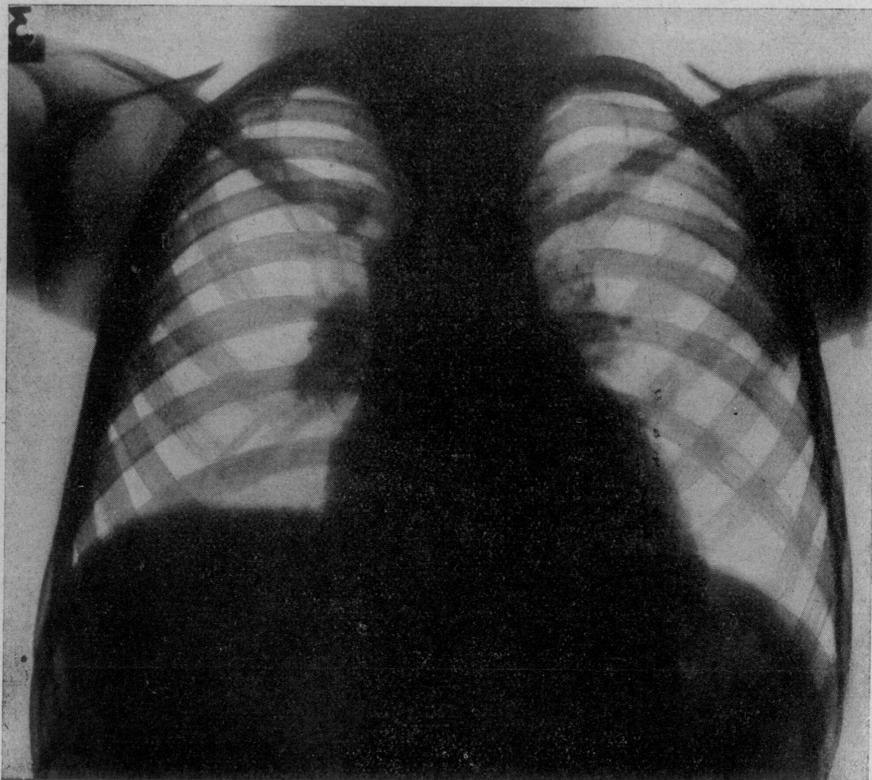


FIG. 4.

rilevava una calcificazione in corrispondenza dell'ombra ilare destra dovuta probabilmente ad una ghiandola ilare calcificata, altre due piccole calcificazioni nella regione parailare destra (fig. 10).

OSSERVAZIONE 5<sup>a</sup>. — *Ge. Ida*, di anni 12; viene sottoposta a visita di accertamento presso il Dispensario, nonostante non accusasse alcun disturbo, ma solo in considerazione che il padre era stato riconosciuto malato di tubercolosi polmonare.

L'esame clinico-radiologico metteva in evidenza un processo di adenopatia ilare con lieve infiltrazione a tipo perifocale a sinistra (fig. 11).

In occasione di una nuova visita di controllo praticata circa due mesi dopo la bambina non accusava disturbi importanti, il peso risultava aumentato di kg. 0,500; il reperto clinico-radiologico risultava invariato.

Circa tre mesi dopo la bambina fu sottoposta a nuova visita di controllo; il peso risultava ancora aumentato di kg. 0,800; la bambina però si lamentava di dolori all'emitorace sinistro. L'esame clinico-radiologico metteva in evidenza l'insorgenza subdola di una pleurite essudativa sinistra (fig. 12).

La bambina fu ricoverata in Sanatorio, ed ha presentato successivamente decorso favorevole della malattia.

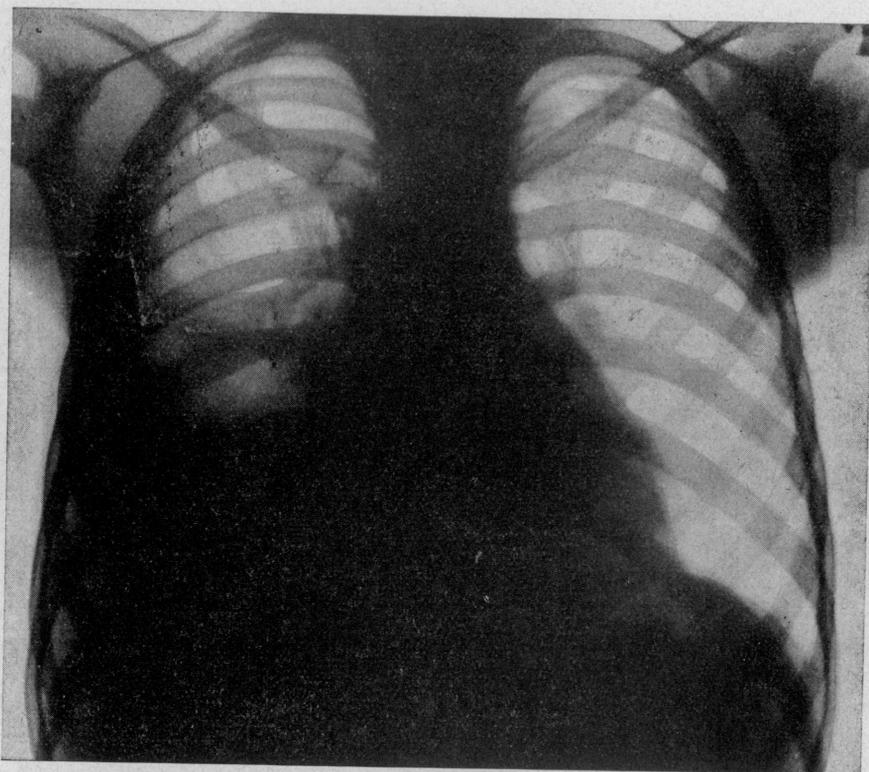


FIG. 5.

Come appare dalla casistica riferita, e come parimenti ho rilevato negli altri casi che per brevità non ho riportato, la formazione dell'essudato in simili casi si accompagna più spesso a disturbi funzionali di modica entità, con elevazioni termiche moderate, tosse secca, lieve dispnea.

Qualche volta poi l'insorgenza dell'essudato pleurico si verifica nella pressochè completa assenza di disturbi funzionali propri, cosicchè può capitare di rilevare i segni clinici e radiologici di essudato pleurico durante una visita di controllo di bambini portatori di processi ganglio-polmonari, senza che nulla avesse fatto temere l'insorgenza della pleurite essudativa; così per esempio si è verificato nell'osservazione 3<sup>a</sup> già riferita, e nell'osservazione 5<sup>a</sup>, in cui unico segno sospetto della pleurite poteva ravvisarsi solo nella dolorabilità accusata dal bambino in corrispondenza dell'emitorace sinistro.

La formazione di essudato si mantiene generalmente scarsa, il decorso clinico in genere è favorevole, e l'essudato può riassorbirsi in tempo abbastanza breve, finanche di 8-15 giorni.

La fugacità di questo episodio pleurico può far sì che esso passi anche del tutto inosservato; altre volte si è indotti invece a presupporre la precedente

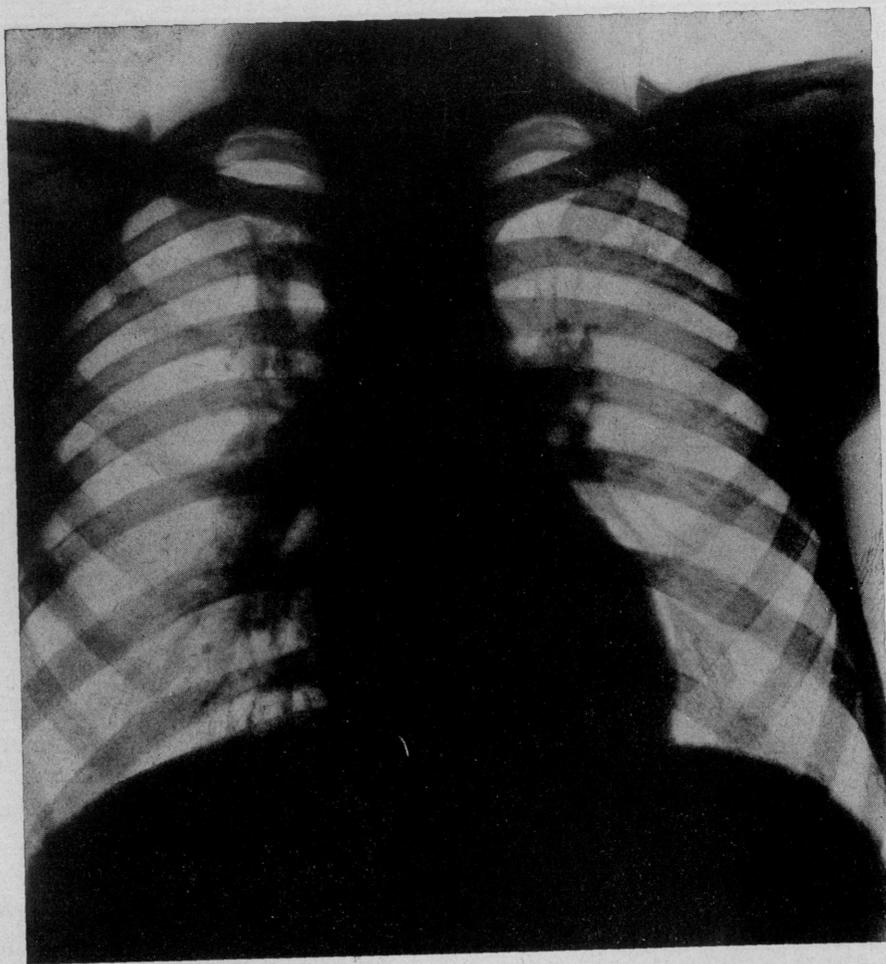


FIG. 6.

comparsa di una infiammazione pleurica, con probabile formazione di essudato, attraverso il successivo rilievo degli esiti (elevazione, ipomobilità del diaframma, obliterazione del seno costo-diaframmatico, ecc.) segni che anche in due bambini di mia osservazione ho visto comparire nell'intervallo tra due visite di controllo.

Mantenendosi in genere scarsa la formazione dell'essudato, il rilievo clinico di versamento pleurico può riuscire non sempre facile e decisivo; l'esame

radiologico più agevolmente può, invece, dimostrarne la presenza. Solo la puntura esplorativa può fornire certamente la migliore dimostrazione della presenza dell'essudato, anche quando questo sia scarso, ma non sempre in simili casi si riscontra l'opportunità di praticare questa indagine, giacchè l'interesse diagnostico di scoprire reazioni pleuriche limitate, secondarie a localizzazioni ganglio-polmonari, deve essere giustificato da un eguale interesse ai fini terapeutici.

Pur volgendo rapidamente a guarigione, in alcuni casi di mia osservazione

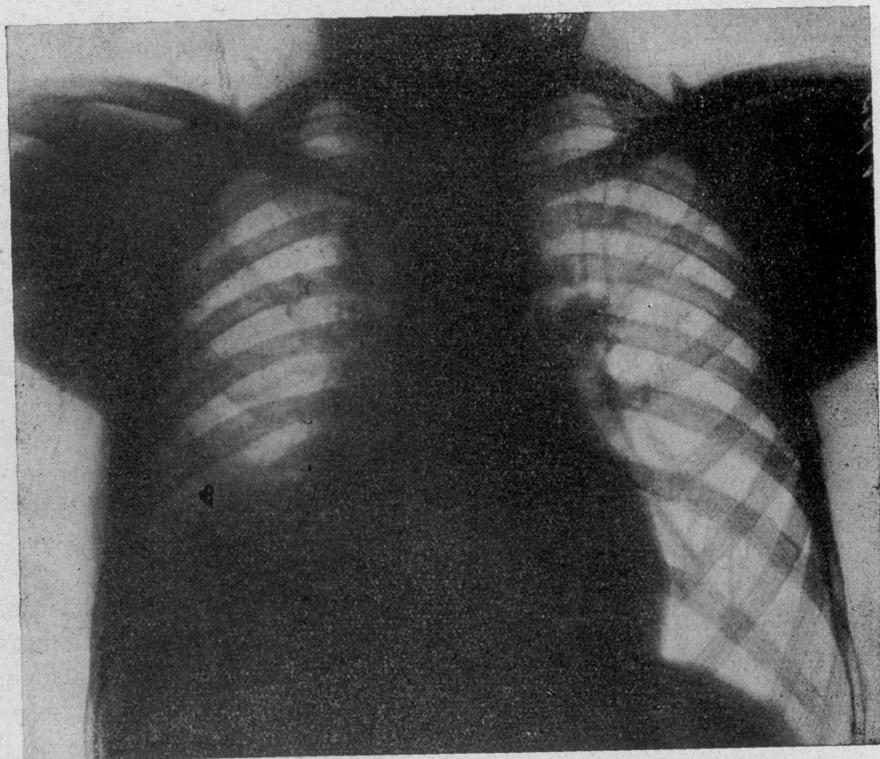


FIG. 7.

la pleurite essudativa ha lasciato esiti evidenti all'esame clinico e radiologico, sotto forma soprattutto di ispessimenti e aderenze pleuriche.

In quattro di questi bambini (due dei quali furono curati in un ospedale con semplici toracentesi) ho visto presentarsi una evidente depressione nell'emitorace già sede della pleurite, con diminuzione dell'espansibilità respiratoria, mentre tutto il torace aveva acquistato il caratteristico aspetto del torace paralitico. Questa constatazione dimostra la necessità di curare questi bambini malati di pleurite essudativa con grande oculatezza, e senza eccessiva fiducia nell'evoluzione in generale benigna del processo; indica inoltre la opportunità di trattare la pleurite essudativa così nei bambini, come negli adulti con la pneumo-toracentesi.

Nei casi da me osservati, come ho già detto, la pleurite essudativa è intervenuta in bambini già portatori di processi intratoracici da infezione tubercolare primaria recente, rappresentati talvolta da complessi primari freschi, altre volte da adenopatie ilari, con più o meno evidenti processi d'infiltrazione perifocale.

L'insorgenza della pleurite si verificherebbe precisamente in questi casi per passaggio dell'infezione dal focolaio polmonare primario sottopleurico, o per passaggio dell'infezione dalle ghiandole tracheo-bronchiali alla pleura mediastinica e quindi alla pleura della grande cavità.

Dall'anatomia patologica sappiamo che il focolaio polmonare primario presenta la caratteristica topografica di essere assai spesso sottopleurico; e in seguito alla formazione in sede corticale del focolaio polmonare primario, la pleura partecipa spesso al processo infiammatorio con chiazze di pleurite fibrinosa. GHON, su 142 casi di focolai polmonari primitivi, in 95 rilevò l'esistenza di alterazioni pleuriche sotto forma generalmente di zone di pleurite plastica, talvolta con limitate zone di sinechia. Da questi processi di pleurite localizzata l'infiammazione certamente si può estendere a tutta la sierosa.

Secondo alcuni autori, la pleurite essudativa, oltre che per l'azione diretta dei bacilli giunti alla sierosa potrebbe insorgere per azione dei veleni bacillari come reazione infiammatoria perifocale in presenza di un focolaio primario polmonare o di adenopatie tracheo-bronchiali (NEUMANN, LUZZATTO-FEGIZ); bisogna però tenere presente a questo riguardo che simili essudati pleurici con la prova batteriologica, e specialmente la culturale, dimostrano in genere di contenere bacilli tubercolari sia pure in numero scarso.

Lo studio della patogenesi della pleurite essudativa nei processi di prima infezione, richiama alla mente quanto afferma PENDE circa le prime manifestazioni tubercolari dell'organismo; questo autore, ricordando l'importanza nell'infezione tubercolare, del sistema linfatico pleuro-ilare-peribronchiale, sostiene che in questo sistema si deve ravvisare «la stazione di fermata primaria e di più lunga durata, e di lotta la più accanita e la più decisiva tra il bacillo e l'organismo».

Il bacillo tubercolare una volta penetrato nell'organismo, si andrebbe a fermare elettivamente in questo sistema subpleuro-ilare, determinando quei processi, che il PENDE chiama «fasi linfatiche della tubercolosi dell'apparato respiratorio»; è chiaro come oltrepassata questa prima stazione di difesa, i bacilli possano raggiungere il foglietto pleurico viscerale, e provocare l'infiammazione della pleura; la pleurite costituirebbe pertanto in tale evenienza un epifenomeno delle prime fasi linfatiche dell'infezione tubercolare.

Nei casi da me osservati, ai processi di pleurite erano preceduti o per lo meno coesistevano frequentemente i segni di infiltrazione del parenchima polmonare parailare, segno anche questo che il bacillo aveva già vinto la resistenza della prima stazione linfatica e aveva iniziato la invasione del tessuto polmonare.

Queste spiegazioni patogenetiche contrasterebbero con lo schema di RANKE che assegna la pleurite essudativa come manifestazione del periodo secondario, caratterizzato da processi di diffusione ematogena dell'infezione tubercolare.

Pur dovendo prendere in attenta considerazione anche questa modalità nella spiegazione patogenetica dei casi da me osservati, per molteplici dati clinici e radiologici, debbo presumere che almeno nella maggioranza dei casi la pleurite non fosse espressione di una metastasi ematogena. Anzitutto in

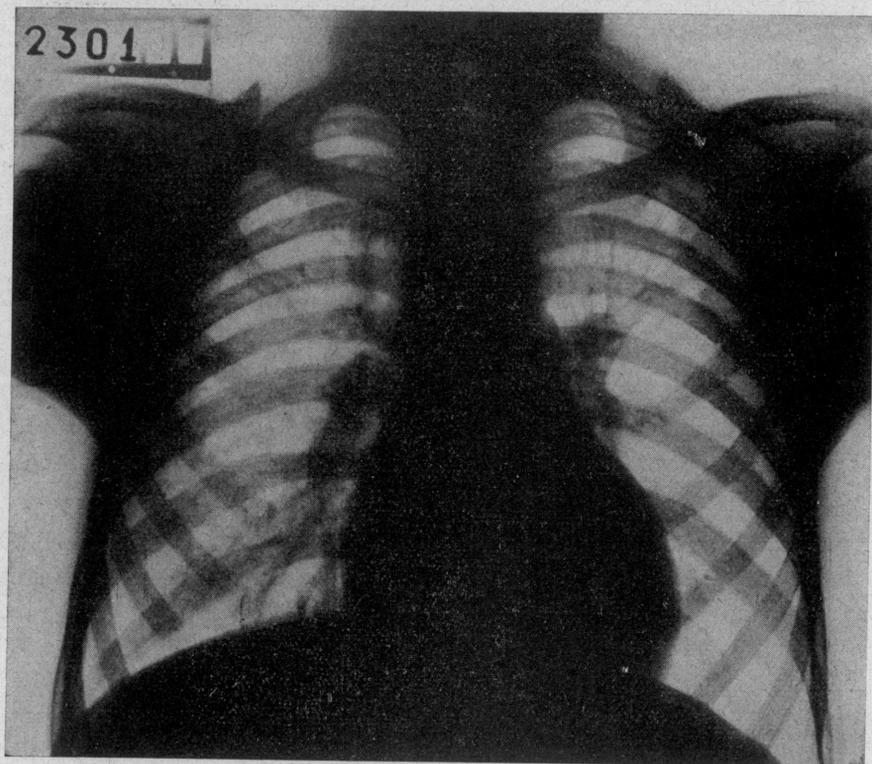


FIG. 8.

tutti i casi esaminati la pleurite essudativa si è presentata dallo stesso lato ove precedentemente con l'esame radiologico si era potuta riconoscere la sicura presenza di adenopatie ilari, quasi sempre con presenza di fenomeni di infiltrazione polmonare a tipo perifocale.

Inoltre, pur in un numero notevole di casi esaminati e seguiti anche per lungo tempo, in nessun caso, accanto alla pleurite essudativa si sono verificate localizzazioni ematogene di altri organi, nè all'esame radiologico si misero mai in evidenza nei campi polmonari quei tipici noduli miliari che si verificano frequentemente nei casi di disseminazione ematogena anche discreta, e che anche in casi di osservazione personale ho visto presentarsi nei radio-



grammi toracici di adulti che di recente avevano sofferto tipiche forme di pleurite da disseminazione ematogena.

D'altra parte il decorso clinico della pleurite essudativa, espressione di disseminazione ematogena dell'infezione tubercolare, è in generale più grave,

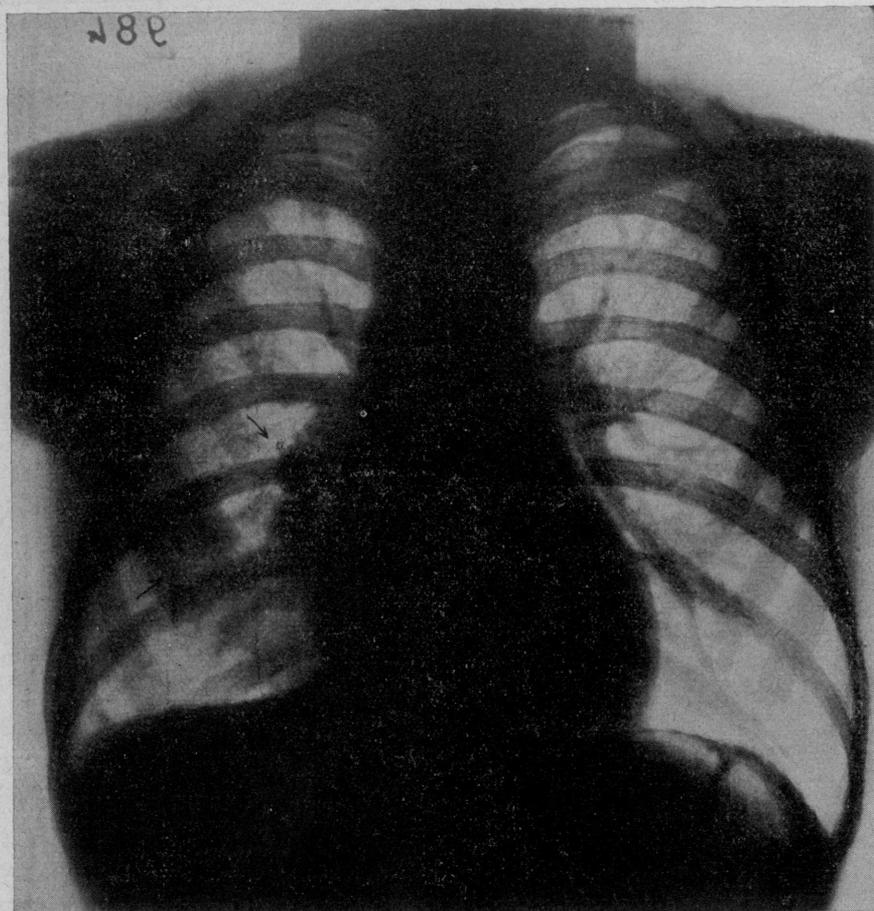


FIG. 9.

e più prolungato di quello che non si sia verificato nei casi da me osservati.

Finalmente in tutti i casi da me osservati la pleurite è comparsa abbastanza presto nel decorso della tubercolosi da infezione primaria: si dovrebbe quindi pensare se mai a diffusioni ematogene abbastanza precoci.

Insieme alla constatazione della frequenza con cui la complicazione pleurica si è verificata tra bambini colpiti da processi d'infezione primaria e tenuti sotto osservazione, debbo ricordare l'altra constatazione che ho potuto fare, che precisamente anche tra bambini, visitati per la prima volta, mentre erano già colpiti dalla pleurite essudativa, ho potuto riconoscere quasi sempre la

presenza di alterazioni ganglio-polmonari, o subito, nonostante la presenza di scarso essudato, o in seguito, dopo che questo si era riassorbito.

In altri bambini finalmente, esaminati qualche anno dopo che avevano subito una pleurite essudativa, ho potuto riconoscere frequentemente tipici

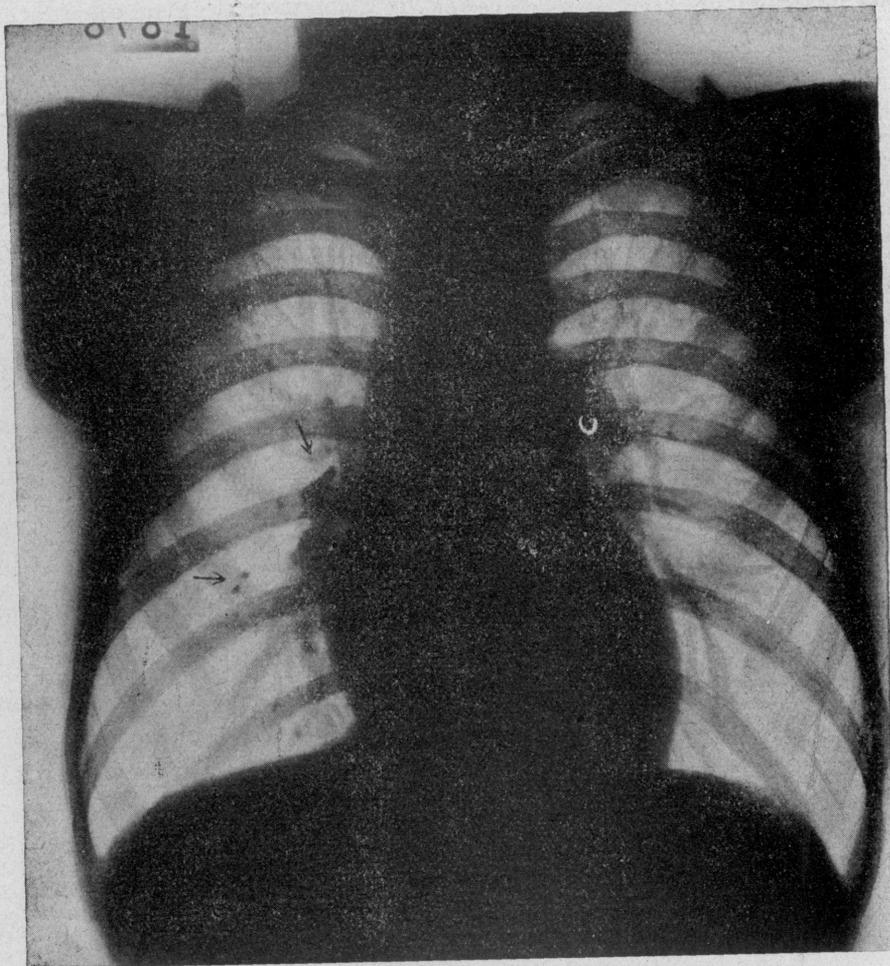


FIG. 10.

complessi primari calcificati dallo stesso lato in cui si era verificata la pleurite essudativa.

Queste constatazioni mi spingono a ritenere che la pleurite essudativa nell'infanzia nella grande maggioranza dei casi rappresenti una manifestazione intimamente collegata nella sua patogenesi ed evoluzione clinica al processo intratoracico di infezione primaria.

Da tempo esaminando infermi presso il Dispensario sono rimasto impressionato dalla frequenza con cui la pleurite essudativa si presenta come prima manifestazione clinica tra adulti esposti a contagio tubercolare e spe-

cialmente tra soggetti facenti parte di popolazione rurale, nei riguardi dei quali con maggior fondamento si poteva sospettare che avessero raggiunto l'età adulta, vergini d'infezione tubercolare. Questa constatazione mi ha spinto a considerare se anche nell'adulto la pleurite essudativa non rappresenti assai spesso la prima manifestazione evidente di una infezione primaria tubercolo-

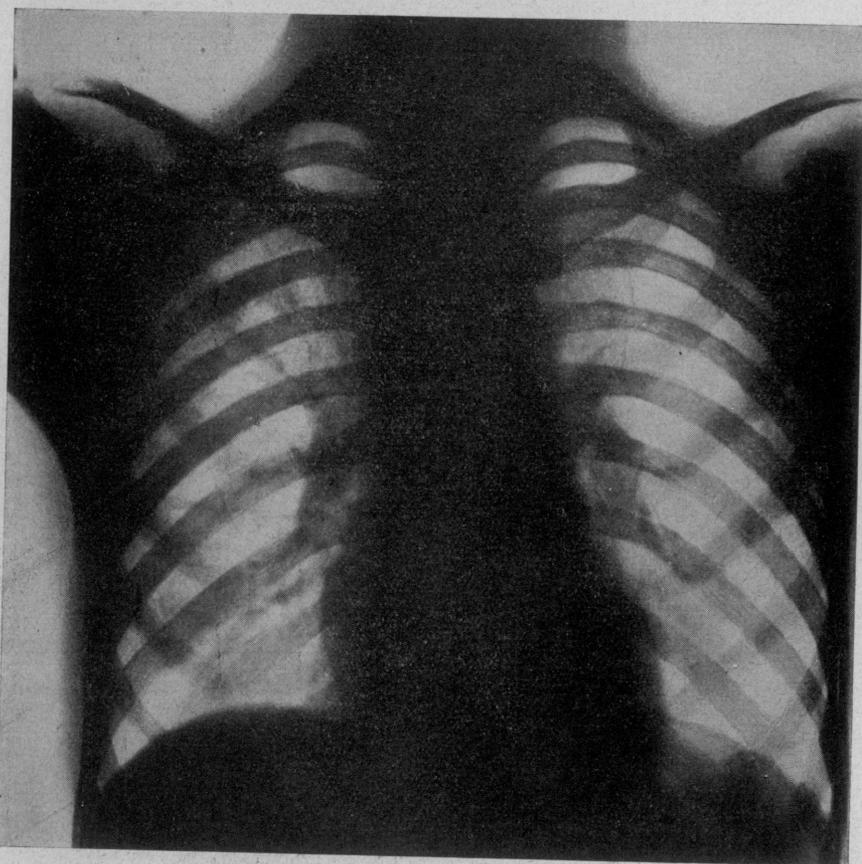


FIG. II.

lare e precisamente l'epifenomeno di un processo intratoracico di prima infezione, con meccanismi patogenetici analoghi a quelli esposti prima per l'infanzia. Secondo invece le vedute degli autori più moderni (WOLFF, Voss, KAUFMANN, HUEBSCHMANN, ecc.) nella patogenesi delle pleuriti tubercolari apparentemente primitive dovrebbe attribuirsi il massimo valore all'origine ematogena.

La circostanza che la pleurite essudativa colpisce principalmente soggetti giovani, che non abbiano precedenti tubercolari notori può già avvalorare l'ipotesi che in molti casi detta manifestazione sia intimamente legata al processo d'infezione primaria.

Assai interessante a questo riguardo è l'osservazione fatta da HAMBURGER:

tra soldati constatati anergici alla tubercolina, conviventi in un ospedale con malati di tubercolosi aperta, questo autore potè controllare il manifestarsi in essi dopo lungo tempo dell'allergia tubercolinica, e in alcuni come primo segno della malattia si presentò una pleurite essudativa.

E' a tutti nota la relativa frequenza con cui le pleuriti tubercolari si manifestino tra i soldati, frequenza che è stata illustrata recentemente dal D'ALESSANDRO nella sua relazione su «Le pleuropatie nell'esercito», in occasione del Congresso Italiano di Medicina Interna del 1934; è ovvio pensare che una

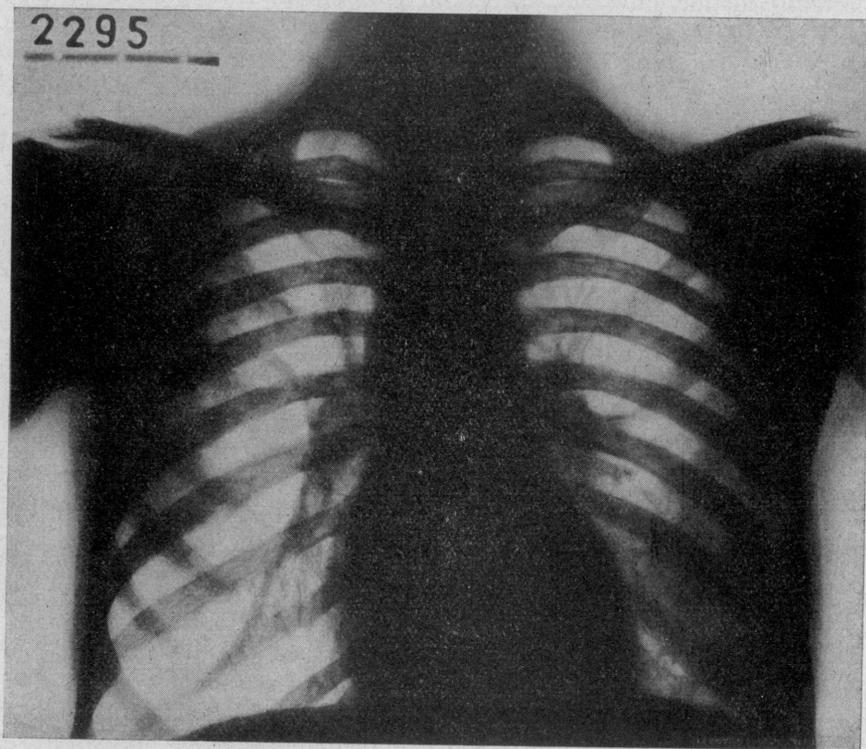


FIG. 12.

buona percentuale dei soldati, e specialmente quelli che provengono da zone rurali o di montagna, arrivano nelle città vergini d'infezione tubercolare; la pleurite essudativa pertanto tra i soldati potrebbe essere talvolta funzione di infezione tubercolare riattivata sotto l'influenza di fattori vari, in rapporto alla vita stessa del soldato, ma in altri casi potrebbe essere anche l'espressione di una prima infezione tubercolare subita dal soldato, nel suo nuovo ambiente di vita cittadina.

Nella statistica riferita ancora dal D'ALESSANDRO sulla morbilità per pleurite essudativa nelle diverse armi e corpi, le compagnie di sanità figurano elencate tra le prime: circostanza questa che potrebbe mettersi in rapporto alla frequente esposizione a contagio tubercolare a cui vanno soggetti i soldati di sanità, adibiti nell'assistenza di malati.

Visitando e tenendo sotto controllo i vari componenti di famiglie, in seno alle quali si era manifestato un caso di tubercolosi, ho potuto notare assai frequentemente, che mentre nei bambini si mettevano in evidenza forme tubercolari ganglio-polmonari da infezione primaria, contemporaneamente in qualche adulto della stessa famiglia si mettevano in evidenza i segni di una pleurite essudativa; in moltissimi casi di mia osservazione la pleurite essudativa è insorta in adulti, in seguito a tubercolosi polmonare del coniuge.

Voglio riportare per migliore illustrazione di queste osservazioni i dati riguardanti alcune famiglie, tra i cui componenti si è presentato qualche caso di pleurite essudativa durante esposizione a contagio tubercolare.

*Cartella familiare n. 981:* famiglia di contadini. P. Adelelmo, di anni 34, con anamnesi familiare e personale negativa per la tubercolosi; nell'aprile 1937 cominciò ad avvertire disturbi a carico dell'apparato respiratorio.

In seguito a una visita praticata presso il Dispensario il 28 aprile 1937, venne riconosciuto portatore di una caverna di tipo recente sottoclavare destra.

Il 5 maggio 1937 si presentò al Dispensario la moglie di questo infermo: anamnesi personale assolutamente negativa per la tbc.; da qualche giorno era stata colpita da dolori al torace, febbre; venne riconosciuta colpita da pleurite essudativa destra.

Tutti gli altri componenti della famiglia vennero invitati a sottoporsi a visita presso il Dispensario; in un primo tempo però furono accompagnati; presso il Dispensario solo i bambini: Ida di anni 6, Emilio di anni 3, Concetta di anni 6; quest'ultima presentò un tipico complesso primario precoce, gli altri due presentarono un processo ganglio-polmonare evidentemente da infezione tubercolare primaria recente.

Il 12 giugno 1937 si presentò al Dispensario un fratello del primo malato: P. Lazzaro di anni 20, inutilmente invitato a visita già un mese prima; da qualche giorno aveva febbre, dolori al torace; fu riconosciuto colpito da pleurite essudativa destra.

Il 23 settembre 1937 si presentò al Dispensario un'altra sorella del primo malato. P. Domenica, giustificandosi di non aver aderito prima all'invito di presentarsi presso il Dispensario, a causa della lontananza del suo paese di residenza.

Da qualche giorno era stata colpita da febbre, tosse, dolori alla spalla sinistra. Fu riconosciuta colpita da pleurite essudativa sinistra, con infiltrazione dell'ilo polmonare.

*Cartella familiare n. 975:* nella stessa prima notte di matrimonio un contadino, B. P. di anni 25, è colto da emottisi; sottoposto a visita di accertamento, fu riconosciuto colpito da una forma tubercolare ad inizio acuto.

Dopo circa due mesi la moglie di questo infermo (gentilizio indenne), proveniente da un'altra famiglia colonica, si ammalò di pleurite essudativa tubercolare.

*Cartella familiare n. 1563:* contadini; assenza di precedenti tubercolari. Mer. G. di anni 24, si ammalò di pleurite essudativa durante il servizio militare.

Tornò in famiglia apparentemente ristabilito; tre anni dopo presentò i segni di una tubercolosi polmonare. Subito successivamente una sorella di anni 17 presentò segni di pleurite secca; una cognata di anni 25; tubercolosi polmonare, sotto forma di un infiltrato precoce; la moglie di anni 22; pleurite secca; un fratello di anni 20 e un altro fratello di anni 25; ambedue pleurite essudativa; un figlio e due nipoti (rispettivamente di 1, 4, 5 anni); tubercolosi ganglio-polmonare da infezione primaria; uno di questi bambini durante il decorso della malattia presentò poi pleurite essudativa.

Tutti i vari componenti di questa famiglia si ammalarono pressochè contempora-

neamente giacchè i vari reperti sopra segnati si ebbero in occasione di un accertamento dispensariale fatto ai vari componenti con l'intervallo di pochi giorni l'uno dall'altro.

*Cartella familiare n. 653:* famiglia di contadini, di 7 componenti, con precedenti anamnestici negativi per la tubercolosi.

Un componente di questa famiglia si sposa, ma dopo un anno la giovane moglie muore di tubercolosi polmonare. Contemporaneamente il marito si ammala di tubercolosi polmonare; un fratello di questo (cognato della prima inferma), due mesi dopo si ammala di pleurite essudativa; un altro mese dopo un secondo fratello viene colpito egualmente da pleurite essudativa.

*Cartella familiare n. 1426:* contadini; il capo-famiglia nel 1932 fu operato di nefrectomia per tubercolosi renale; nell'ottobre 1935 cominciò ad avvertire tosse con espettorato, deperimento; fu riconosciuto colpito da tubercolosi polmonare. Un figlio di questo infermo, di anni 5, visitato presso il Dispensario, presentò un processo ganglio-polmonare da infezione primaria; un altro bambino di anni 6, non presentò processi in atto clinicamente e radiologicamente dimostrabili, pur con cutireazione positiva; un terzo bambino di anni 7 presentò un tipico complesso primario polmonare fresco in evoluzione; la moglie (proveniente da famiglia indenne da tbc.) nel maggio 1936 fu colpita da pleurite essudativa destra.

*Cartella familiare n. 172:* contadini; un giovane di anni 26, M. Aldo, si ammalò di tbc. polmonare a evoluzione rapida; due mesi dopo una sorella di anni 21 si ammalò di pleurite essudativa destra, un'altra sorella di anni 12 quasi contemporaneamente si ammalò egualmente di pleurite essudativa destra. Furono sottoposti ad accertamento dispensariale gli altri componenti della famiglia: un fratello di anni 28 risultò indenne da localizzazioni tbc. accertabili clinicamente o radiograficamente, benchè la cutireazione desse però risultato positivo; una cognata di anni 24 presentò segni di pleurite secca destra; due bambini, uno di anni 13 e uno di anni 10, fratelli del primo malato, presentarono forme tubercolari ganglio-polmonari evidentemente di infezione primaria recente; una cognata di anni 24 presentò segni di pleurite secca destra.

Come ho già detto prima, nella mia pratica dispensariale ho potuto controllare che indagando bene nei riguardi dei malati che si presentano affetti da pleurite essudativa, si riesce ad avere notizia con grande frequenza di una recente esposizione a contagio tubercolare; questo rilievo si ripete tanto più frequentemente nella popolazione rurale, in soggetti nei riguardi dei quali si può presupporre che più facilmente abbiano raggiunto l'età adulta, vergini d'infezione tubercolare.

Per illustrare meglio questo rilievo, ho compilato una statistica con l'esame delle cartelle cliniche di quattrocento soggetti, riconosciuti colpiti da pleurite essudativa all'epoca della visita dispensariale, o nella cui anamnesi personale figurava una pleurite essudativa sofferta in età maggiore dei 16 anni.

Ho distinto questi soggetti in due categorie, a seconda che vivevano in ambiente di vita cittadino o rurale; nella categoria che per semplicità chiamerò cittadina ho elencato coloro che abitavano in città o paesi della Provincia; nella categoria rurale ho elencato invece coloro che vivevano nelle campagne, in abitazioni isolate, o comunque in frazioni rurali, costituite dall'aggruppamento di poche case.

Il concetto di questa distinzione risponde all'intento di dividere questi soggetti in due categorie, a seconda che conducessero la vita isolata propria degli abitanti delle campagne, o invece la vita caratterizzata da frequenti scambi e contatti con altre persone, e quindi eventualmente anche con malati, propria degli abitanti della città.

Complessivamente su quattrocento casi di pleurite essudativa, in 85 (21,25 per cento) figurava una esposizione a contagio tubercolare in atto mentre si era presentata la pleurite o rimontante a pochi mesi indietro.

Nei riguardi di altri due soggetti potevo avere notizia che circa un anno dopo che essi avevano sofferto la pleurite, nella rispettiva famiglia si era verificato un decesso per tubercolosi, in quattro soggetti si era verificato un decesso di tbc. due anni dopo, in altri quattro casi si era verificato un decesso tre anni dopo. Nei riguardi di questi ultimi casi non sono riuscito ad avere notizie attendibili sulla data in cui la malattia tubercolare aveva avuto inizio nei rispettivi familiari successivamente deceduti per tubercolosi, e quindi non ho potuto accertare se la loro malattia era già in atto all'epoca in cui l'altro familiare convivente si era ammalato di pleurite.

Finalmente in due soggetti risultava contagio tubercolare verificatosi circa un anno prima; in cinque, contagio tubercolare due anni prima.

Per quanto riguarda i casi rimanenti, in 37 figuravano precedenti tubercolari nel gentilizio, risalenti però a più di tre anni addietro; in 269 non risultava alcuna esposizione a contagio sicuramente accertabile; di questi ultimi però ben 36 soggetti si erano ammalati di pleurite mentre facevano il servizio militare in tempo di pace, altri 12 si erano ammalati di pleurite durante il servizio militare in guerra; 6 soggetti finalmente si erano ammalati di pleurite essudativa successivamente al loro trasferimento in ambienti di vita cittadina (studenti, lavoratori), due persone risultavano infermieri di ospedale, e come tali erano rimasti esposti a contagio.

Dei 400 casi presi in esame, 188 appartenevano a popolazione cittadina, 212 a popolazione rurale; tra i primi ho potuto avere notizia di contagio tubercolare recente in 24 soggetti, mentre tra i rurali è risultata esposizione a contagio recente in 64 casi.

Dei soggetti in cui la pleurite essudativa si presentò durante il servizio militare, 24 corrispondevano a popolazione rurale; 12 corrispondevano a popolazione cittadina; anche questo dato è di grande importanza, perchè qualora si volesse attribuire la pleurite a una riattivazione di una preesistente infezione tubercolare a causa dei disagi inerenti alla vita stessa del soldato, si può obiettare che a quei disagi dovrebbero mostrarsi certamente più preparati gli individui provenienti dalla vita rustica delle campagne, piuttosto che gli individui provenienti dalla vita in genere più comoda delle città.

Tra i soggetti ammalatisi di pleurite in guerra non ho rilevato invece differenze sensibili giacchè 5 corrispondevano a cittadini, 6 a rurali.

Voglio finalmente aggiungere un'altra osservazione: che precisamente,

con frequenza che non può assolutamente attribuirsi al caso, in individui dichiaranti di avere subito in epoca remota una pleurite essudativa, ho potuto rilevare in occasione della mia visita la presenza di un tipico complesso primario calcificato o comunque di calcificazioni gangliari o polmonari, in cui si doveva egualmente riconoscere l'esito di una infezione primaria guarita, dallo stesso lato dove in passato si era verificata la pleurite.

Questi reliquati d'infezione primaria dallo stesso lato ove negli anni addietro si era verificata una pleurite fa pensare che questa fosse un epifenomeno in diretta dipendenza delle localizzazioni primarie, mentre fa dubitare molto sulla verosimiglianza della diffusione ematogena.

Riferisco alcuni dati solo su uno dei numerosi casi del genere capitati sotto la mia osservazione:

*Cartella C. 2838:* giovane di anni 21; la mamma nei primi mesi del 1935 aveva presentato i primi segni di una tbc. polmonare, e nel 1936 era deceduta in seguito a tale malattia.

Questo giovane nel 1935, poco dopo l'inizio della malattia della mamma, si ammalò di pleurite essudativa destra.

Successivamente si rimise abbastanza bene, pur seguitando ad avvertire spesso dolori alla base dell'emitorace destro.

Visitato presso il Dispensario il 2 dicembre 1937 presentava (fig. 13) velatura lieve di tutto l'emitorace destro, calcificazione all'ilo polmonare destro ed altre calcificazioni basilari destre; linea capillare destra assai accentuata.

Per tutte queste constatazioni appare necessaria una revisione dei nostri concetti sulla patogenesi della pleurite essudativa, giacchè mentre come ho già detto da parte degli autori più recenti per la pleurite tubercolare apparentemente primitiva si attribuisce il maggior valore all'origine ematogena, per i dati di ordine clinico e statistico che sopra ho riferito in un buon numero di casi la pleurite essudativa non dovrebbe rappresentare altro che una manifestazione in diretta connessione con il processo endotoracico di prima infezione.

Mentre in taluni casi, accanto a focolai polmonari primari sottopleurici si verificano limitate zone di pleurite secca, plastica, in altri casi si verifica senz'altro la formazione di essudato pleurico, per la diffusione a tutta la sierosa del processo infiammatorio: differenze di comportamento che potrebbero anche essere in dipendenza delle particolari modificazioni allergiche che presenta l'organismo.

La differenza tra il tipo di pleurite essudativa collaterale a processi endotoracici d'infezione primaria presentata da bambini e quella presentata da adulti potrebbe consistere in questo: che negli adulti, a differenza dei bambini, non si verificano adenopatie ilari clinicamente e radiologicamente bene evidenti, con la frequenza e l'entità con cui detti processi si presentano invece nei bambini, in seguito a processi d'infezione primaria tubercolare. E' nota la caratteristica del bambino di reagire all'infezione tubercolare con intense

reazioni ghiandolari e reazioni perifocali. Mano mano che si procede invece negli anni, le reazioni linfo-ghiandolari hanno tendenza a rimanere sempre più limitate. E pertanto nell'adulto tanto più facilmente la pleurite essudativa si presenterebbe con l'aspetto di manifestazione primitiva, in quanto le li-

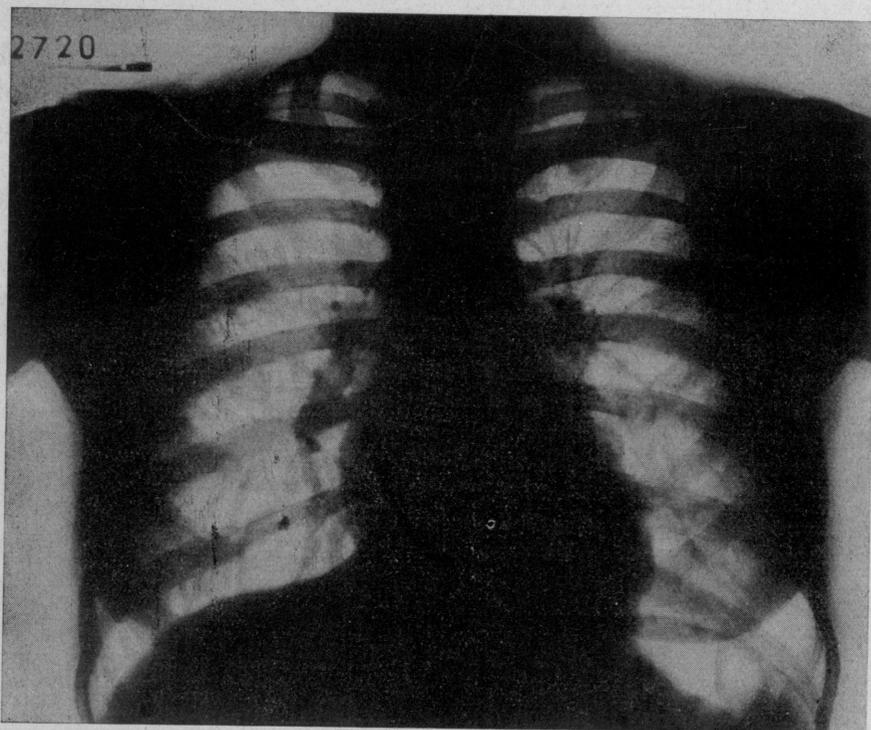


FIG. 13.

mitate localizzazioni ghiandolari e i limitati focolai primari polmonari rimarrebbero tanto più frequentemente come localizzazioni latenti, non dimostrabili all'esame clinico e radiologico.

#### CONCLUSIONI

1) La pleurite essudativa si presenta nell'infanzia con notevole frequenza come manifestazione collaterale di un processo ganglio-polmonare d'infezione primaria, intimamente collegata a questo nella sua patogenesi ed evoluzione clinica; nelle alterazioni pleuriche che ne residuano come fatale esito, si deve ravvisare un fattore predisponente per lo sviluppo della tisi polmonare nell'adulto.

2) Constatazioni di epidemiologia tubercolare indicano che assai spesso anche nell'adulto la pleurite essudativa si presenta in seguito a recente esposizione a contagio tubercolare: ciò fa ritenere che anche nell'adulto la pleurite spesso non rappresenti altro che la prima manifestazione evidente di una

recente infezione tubercolare primaria, e precisamente l'epifenomeno di un processo endotoracico di prima infezione, con meccanismi patogenetici analoghi a quelli che si verificano nell'infanzia.

#### BIBLIOGRAFIA

- ACCORIMBONI: *La diffusione e l'evoluzione della tbc. endotoracica nell'infanzia rilevate da una statistica dispensariale*. « Riv. di Patol. e Clin. della Tbc. », n. 10, 1937.  
— *Tubercolosi dell'ilo polmonare e pleurite essudativa*. « Riv. di Patol. e Clin. della Tbc. », n. 12, 1937.  
BERIO: *Contributo clinico-statistico sui rapporti tra pleurite essudativa e tbc. polmonare*. « Minerva Medica », n. 33, 1937.  
BURNAND e SAYÉ: *Granulies froides et granulies chroniques*. Ediz. Masson.  
CAPALDO: *Sui caratteri clinici differenziali della pleurite tubercolare in rapporto ai vari momenti della infezione*. « Policlinico - Sez. Pratica », n. 14, 1934.  
CORBINI: *Sul significato clinico della pleurite e suoi rapporti con la tubercolosi polmonare*. « Riv. di Pat. e Clin. della Tbc. », n. 7, 1932.  
D'ALESSANDRO: *Le pleuropatie nell'esercito*. Relazione al XL Congresso Italiano di Medicina interna. « Riforma Medica », supplemento al n. 40, 1934.  
DE BONIS: *Pleuriti tubercolari*, in « La tisiologia nella pratica medica », ediz. Vassermann.  
GAMNA: *Le modalità di origine e di evoluzione clinica della tbc. polmonare*. Edit. Pozzi, Roma, 1931.  
MANCINI: *La tubercolosi dei polmoni e delle pleure*. Livorno, 1931.  
NEUMANN: *La clinica della tubercolosi dell'adulto*. U.T.E.T., 1932.  
PENDE: *Le fasi iniziali della tbc. polmonare*. « Riforma Medica », 1931.  
— *La diagnosi precoce del terreno e la diagnosi precoce della malattia tubercolare*, in « La diagnosi precoce della tbc. polmonare », ediz. Federaz. contro la Tbc.

#### RIASSUNTO

L'A. sulla base di una sua casistica personale ricorda che nell'infanzia la pleurite essudativa si presenta con grande frequenza come manifestazione collaterale di una tubercolosi ganglio-polmonare da infezione primaria recente, intimamente collegata a questa nella sua patogenesi ed evoluzione clinica.

Sulla base di constatazioni di epidemiologia tubercolare ricorda che anche nell'adulto la pleurite essudativa si presenta spesso in seguito a recente esposizione a contagio tubercolare; anche nell'adulto pertanto la pleurite essudativa dovrebbe rappresentare spesso l'epifenomeno di un processo endotoracico d'infezione primaria, con meccanismi patogenetici analoghi a quelli che si verificano nell'infanzia.

#### RESUME

Sur la base d'une casistique personnelle, l'auteur rappelle que la pleurésie exsudative de l'enfance est souvent une manifestation collatérale d'une tuberculose ganglio-pulmonaire due à une infection primaire récente et intimement liée à celle-ci soit dans sa pathogénèse, soit dans son évolution clinique.

En se basant sur les constatations sur l'épidémiologie tuberculeuse, l'auteur note que l'épanchement pleural se présente souvent à la suite d'une exposition récente à la contagion tuberculeuse. Il confirme aussi que dans l'adulte la pleurésie exsudative représente souvent l'épiphénomène d'un procès endothoracique d'une infection primaire avec des mécanismes pathogénétiques analogues à ceux qui se vérifient dans l'enfance.

#### SUMMARY

The author discusses the cases of his own observation and says that pleural effusion is frequently a collateral phenomenon to ganglio-pulmonary tuberculosis due to recent primary infection strictly associated with the same by pathogenesis and clinical evolution.

*On the ground of numerous observations on tuberculous epidemiology the author states that also in the adult pleural effusion often occurs after recent exposure to tuberculosis. It appears therefore that pleural effusion in adults is an epiphenomenon to an endothoracic process of primary infection, the pathogenetic mechanism of which is the same at that which one observes in childhood.*

#### ZUSAMMENFASSUNG

*Verf. gründet seine Beobachtungen auf die von ihm beobachteten Fälle und erinnert daran, dass das kindliche Pleurexsudat oftmals eine Nebenerscheinung der gangliopulmonären Tuberkulose ist, die auf einer vorausgegangenen Primärinfektion beruht und eng ihrer Pathogenese und klinischen Evolution nach mit derselben verbunden ist.*

*Die Befunde über die tuberkulöse Epidemiologie führt den Verf. zu dem Schluss das der Plewalguss oft in Erwachsenen im Anschluss an einen kürzlich vorausgegangene Tuberkulosekontakt auftritt; auch im Erwachsenen dürfte also die exsudative Rippenfellentzündung häufig die Nebenerscheinung einer endothorakalen Primärinfektion entsprechen, deren pathogener Mechanismus dergleiche ist, wie der den man bei exsudativen Pleuritis der Kindheit beobachtet.*

327251

55494





