



Reg. 1849

OSPEDALE SANATORIALE « BERNARDINO RAMAZZINI » DELL'I.N.F.P.S. - ROMA
Direttore: prof. FEDERIGO BOCCHETTI

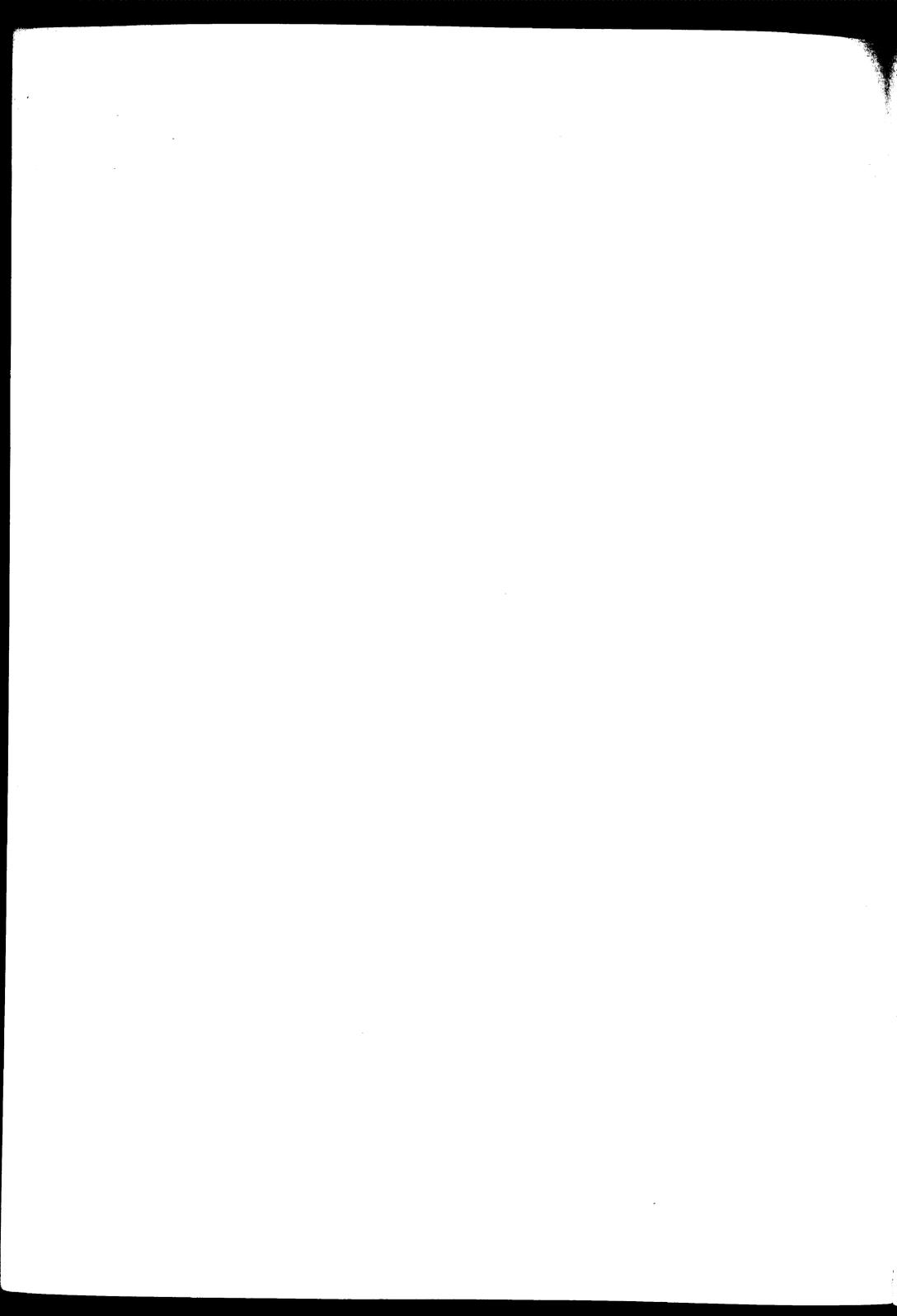
VI REPARTO

Dott. RENATO D'AMBROSIO

Infezione influenzale nei tubercolotici polmonari

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi", - Anno X, n. 3, marzo 1939-XVII

STAB. TIP. « EUROPA » - ROMA - VIA DELL'ANIMA, 45



OSPEDALE SANATORIALE « BERNARDINO RAMAZZINI » DELL'I.N.F.P.S. - ROMA
Direttore: prof. FEDERIGO BOCCHETTI

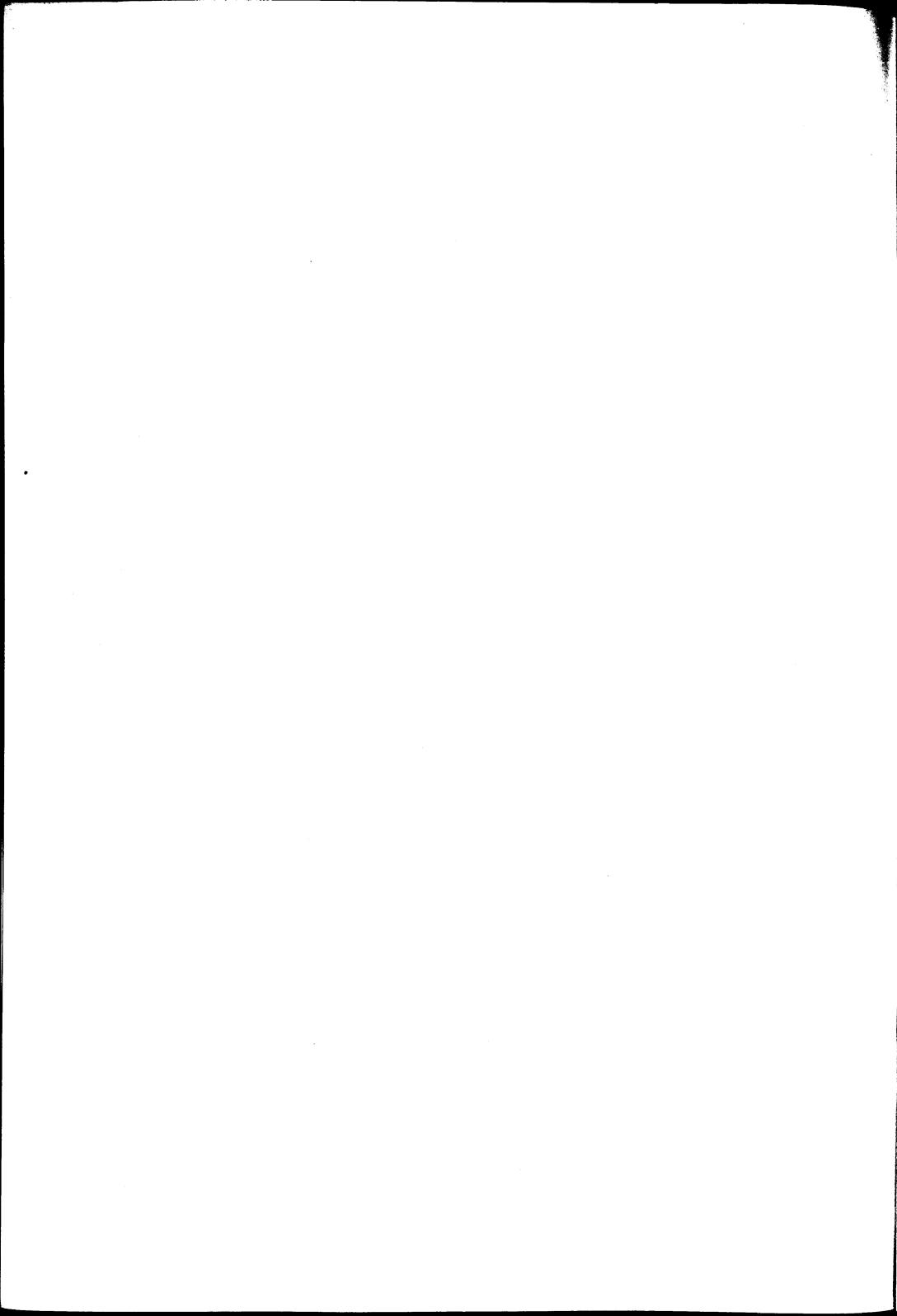
VI REPARTO

Dott. RENATO D'AMBROSIO

Infezione influenzale nei tubercolotici polmonari

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi.", - Anno X, n. 3, marzo 1959-XVII

STAB. TIP. « EUROPA » - ROMA - VIA DELL'ANIMA, 45



Abbiamo avuto occasione di osservare un discreto numero di casi di influenza negli assistiti del Reparto, nei quali la diagnosi d'influenza per un complesso di circostanze favorevoli era da ritenersi molto sicura. Abbiamo creduto utile eseguire delle indagini e ricerche cliniche, allo scopo di porre alcune considerazioni su eventuali interdipendenze esercitate dall'infezione influenzale sulla tubercolosi polmonare.

E' noto come spesso nei tubercolotici, in occasione di rialzi termici improvvisi, accompagnati o no da una sindrome riferibile più o meno sicuramente a quella influenzale, si possa rimanere in dubbio se sia lecito o no porre con fondatezza la diagnosi di infezione influenzale. La certezza diagnostica ha in questi casi valore, specie nei riguardi prognostici, immediati e tardivi, in quanto molto diverse possono essere le condizioni che nel decorso della tubercolosi polmonare possono provocare una ripresa febbrile a tipo pseudo-influenzale e diverse si suppone che possano essere le conseguenze che a scadenza più o meno breve seguono ad un autentico attacco di febbre influenzale.

Non si è molto sicuri sulle conseguenze che l'infezione influenzale può determinare nei tubercolotici polmonari. AGNOLI e VALLEBONA, che hanno studiato dal punto di vista clinico e radiologico le forme influenzali capitate al loro esame nell'inverno 1936-37, non hanno notato durante il periodo di osservazione risvegli e riaccensioni di processi tubercolari in conseguenza della malattia influenzale. Secondo KAYSER-PETERSEN l'influenza decorre senza speciali incidenti nei tubercolotici; comunque questo A. giudica che possono sopravvenire delle complicazioni, quanto maggiormente l'influenza è grave e quanto più la preesistente tubercolosi era grave ed estesa. I tubercolotici complicati da influenza non hanno, generalmente, una speciale evoluzione grave, tranne in alcune circostanze. In generale, nei casi in cui si crede che una evoluzione tubercolare grave sia stata favorita da una influenza si tratta di inizio acuto a tipo pseudo-influenzale, o di un episodio acuto nel decorso di una tubercolosi. KAYSER-PETERSEN conclude infine le sue considerazioni ritenendo ingiustificata l'idea che l'influenza debba aggravare o favorire la tubercolosi, e che non esistono ragioni speciali per temere la comparsa dell'infezione influenzale nei tubercolotici.

Ugualmente contrari all'opinione piuttosto diffusa dell'azione favorevole su una pre-

sistente tubercolosi sono GRAU, AMELUNG e FLEISCHNER. Anzi secondo L. BERNARD e BEZANÇON esisterebbe un vero antagonismo fra le due malattie. Altri AA., come H. PUDER e TUMMINELLO riferiscono sulla rarità dell'influenza nei tubercolotici ricoverati in sanatorio, e specialmente nei sanatori di montagna, ove i malati abituati a vivere all'aria aperta resisterebbero maggiormente all'infezione. Le vedute di R. AMSLER, che sono di un'epoca meno recente di quelle esposte ora, si possono riassumere così: nel decorso di una infezione influenzale, il tubercolotico polmonare può esser vittima di una evoluzione brutale; questa complicazione si può produrre anche nei casi in buono stato di evoluzione fibrosa; nei tubercolotici polmonari guariti, anche se la guarigione non può essere affermata con sicurezza, comunque nei tubercolotici considerati cicatrizzati, una influenza è sufficiente in certi casi a provocare una subitanea riattivazione di un focolaio; in conclusione l'influenza può agire come una malattia anergizzante e provoca, aggrava o risveglia la tubercolosi.

Nelle osservazioni cliniche compiute da J. M. BARJAN si può ugualmente notare come — in base all'esperienza dell'A. — l'influenza non debba esser considerata inoffensiva per i tubercolotici, ma anzi nefasta come sostengono anche LINDAGHEN e R. BILHER, e che nemmeno debba essere ritenuto il tubercolotico in un certo stato di refrattarietà nei riguardi dell'infezione influenzale. Queste conclusioni furono poste in base all'osservazione di un'epidemia d'influenza che in otto giorni colpì 17 ammalati su un complesso di 120 ricoverati. In 14 casi il decorso della tubercolosi non fu modificato. In 3 casi invece l'A. notò aggravamenti più o meno imponenti. La velocità di sedimentazione delle emazie aumentò notevolmente; la cutireazione, nei pazienti con processi poco gravi, non si modificò, oppure non si esagerò moltissimo, nei gravi invece la cutireazione diminuì e divenne in alcuni del tutto negativa, ripresentandosi poi più tardi come prima.

MANDEL infine ritiene che dal punto di vista epidemiologico il numero dei suoi tubercolotici presi da influenza è stato, nelle sue osservazioni, relativamente più scarso nelle stanze a 2-3 letti che in quelle a 7-12 letti. Egli è favorevole alla tesi che le epidemie d'influenza non si hanno in seguito a determinate condizioni climatiche o a date direzioni dei venti, avvenendo invece l'infezione da uomo a uomo. Questo A. ha notato 9 casi di aggravamenti vari in 80 tubercolotici colpiti da influenza, ma ritiene in complesso che i tbc. ammalano d'influenza nella stessa misura che i sani, che nella tisi produttiva si possono avere notevoli peggioramenti e che questi hanno raggiunto nei suoi casi di forme essudative la frequenza dell'11,25%. Egli inoltre conferma che anche nei tbc. influenzati si nota una transitoria leucopenia.

Elementi di certezza per la diagnosi d'infezione influenzale nel decorso della tbc. polmonare. — La considerazione che conferisce sicurezza alla diagnosi d'infezione influenzale nei casi da noi osservati si riferisce al fatto che l'episodio influenzale si è svolto in modo nettamente epidemico. In queste condizioni, è noto, il quadro dell'attacco influenzale presenta non un polimorfismo, come da taluni si crede, bensì una spiccata uniformità di note e di decorso, da rendere facile e precisa la diagnosi.

Insistere sulla precisazione della diagnosi ha importanza nel nostro caso, quando si abbia intenzione di porre alcune considerazioni sulle ripercussioni dell'infezione influenzale sulla malattia tubercolare polmonare preesistente.

Aspetti clinici dell'infezione influenzale nei casi osservati. — Il tipo dell'attacco di febbre influenzale da noi osservato è stato, nella sua uniformità, dei più classici. Esso può senz'altro essere definito come una « forma pura » di infezione influenzale.

In tutti i casi l'inizio è stato repentino, in pieno benessere. Non è stato notato mai il brivido. Le temperature iniziali sono state fra i 38° e i 40°. Frequentissima la congestione del volto, le algie muscolari, i dolori ai bulbi oculari. In alcuni casi bradicardia. Frequente la cefalea, quasi costante una profusa sudorazione. Sempre presente lo stato di depressione psichica.

Durata dell'episodio influenzale. — Nei 22 casi di influenza da noi osservati sui 90 assistiti del Reparto, la durata dell'episodio febbrile è stata la seguente:

in 4 casi, due giorni;	in 4 casi, cinque giorni;
in 4 casi, tre giorni;	in 5 casi, sei giorni;
in 2 casi, quattro giorni;	in 3 casi, sette giorni.

La curva febbrile. — E' stata sempre caratteristica. L'inizio dell'infezione influenzale è stato costantemente rapido ed improvviso, in pieno benessere. Nei casi di breve durata la febbre è cessata per crisi; in quelli a decorso lievemente prolungato, il decorso febbrile è stato continuo remittente e la febbre è scomparsa per lisi. In un caso si è notato uno sfebbramento per crisi in terza giornata, poi una nuova rapida elevazione ed una successiva scomparsa della febbre per lisi, senza nessuna speciale complicazione (figg. 1, 2, 3, 4).

Ripercussioni immediate cliniche e semeiologiche sui rilievi obiettivi delle preesistenti lesioni pleuro-polmonari. — Non si sono mai riscontrate variazioni semeiologiche riguardanti l'esame obiettivo del torace nei nostri casi. Nessuna nuova sensazione soggettiva ha richiamato l'attenzione dei malati, nè è stata da noi messa in evidenza, per quanto attentamente ricercata. In un solo caso (sclerosi ulcerosa apicale D, Koch +, bronchiectasie basali bilaterali) si ebbe qualche sputo ematico, fatto frequentissimo nei precedenti immediati e lontani di questo paziente.

Comparsa ed accentuazione della tosse. — Nei soggetti abitualmente tossicolosi non si sono potuti trarre naturalmente elementi sicuri per giudicare sull'aumento della frequenza della tosse e su cambiamenti del tipo di questa. Nei soggetti non tossicolosi si è notata la comparsa di una tosse secca e di breve durata, perfettamente riconducibile al quadro dell'infezione influenzale.

La convalescenza dell'episodio influenzale. — E' stata caratterizzata dal senso più o meno spiccato di stanchezza e di astenia. Solo in un caso essa è stata ed è tuttora, dopo 60 giorni dall'attacco influenzale, particolarmente lunga e penosa. In genere dopo 5-7 giorni di riposo alternato al letto ed in sdraia, la convalescenza si è compiuta normalmente e gli assistiti hanno potuto riprendere le proprie occupazioni, senza risentire ulteriori sequele.

Tutti i nostri casi erano completamente afebrili al momento dell'attacco influenzale. Il sesto Reparto del Sanatorio « Ramazzini » ammette solo soggetti in fase di regressione clinica e di stabilizzazione clinica. Come tali essi sono afebrili da un numero di

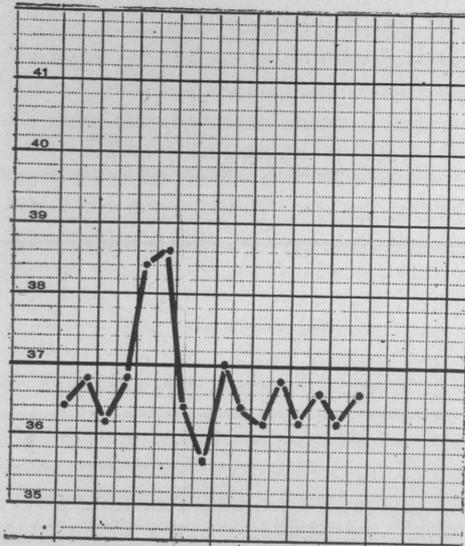


FIG. 1.

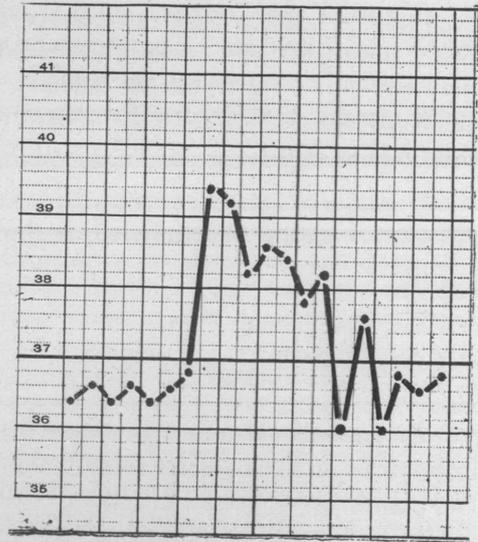


FIG. 2.

mesi più o meno elevato. Il Reparto è specializzato per la terapia del lavoro e per la rieducazione al lavoro.

La rieducazione al lavoro riguarda i soggetti in stato di regressione clinica avanzata. La terapia del lavoro riguarda specialmente i soggetti in fase di stabilizzazione clinica, categoria rappresentata in buona parte dai cronici cavitari; in questo caso l'attività lavorativa è prevalentemente manuale e ricreativa. Gli stabilizzati sono ammessi al reparto lavoratori, ove sono sottoposti ad un adeguato periodo di osservazione clinica. Essi poi sono ammessi al lavoro quando le prove funzionali risultano favorevoli.

La condizione speciale dei nostri casi — stato afebrile da vari mesi, stato

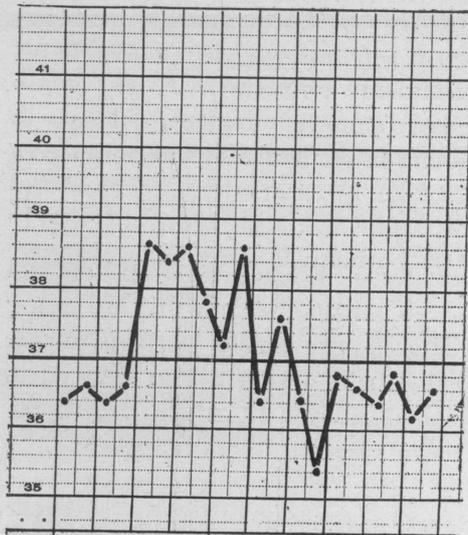


FIG. 3.

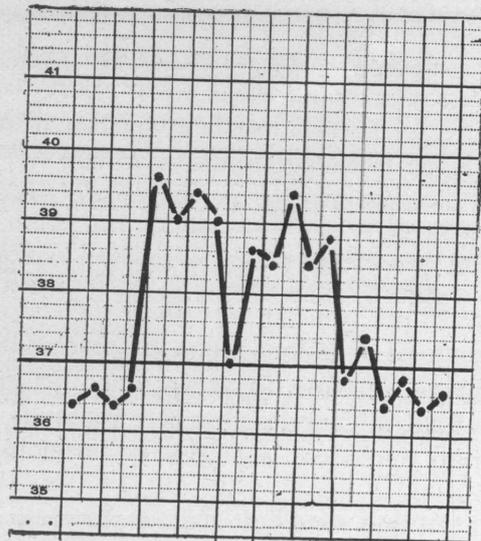


FIG. 4.

di regressione e di stabilizzazione clinica — rappresenta un complesso favo-
revolissimo per alcune considerazioni che esporremo e che riguardano par-
ticularmente:

- 1) le ripercussioni dell'infezione influenzale sull'aspetto clinico delle
malattie tubercolari nei singoli casi;
- 2) il comportamento dell'intradermoreazione alla tubercolina;
- 3) il comportamento della velocità di sedimentazione delle emazie.

*Qualche considerazione epidemiologica in relazione ai casi di influenza
verificatisi in Reparto.* — L'osservazione clinica si riferisce unicamente al
mese di gennaio 1939-XVII.

Le possibilità di un contagio diretto da uomo a uomo per gli assistiti del
sesto Reparto erano accresciute dal fatto che la maggior parte di essi avevano
frequenti contatti, per motivi di lavoro, con altri ambienti del Sanatorio e
soprattutto con il personale civile.

Queste aumentate possibilità di contagio possono però solo fino ad un
certo punto spiegare la notevole frequenza dell'infezione influenzale nel sesto
Reparto in confronto degli altri reparti del sanatorio, che hanno presentato
ciascuno la seguente morbosità influenzale:

1 ^o reparto	. . . . .	nessun caso su 52 assistiti	
2 ^o »	. . . . .	2 casi	» 53 »
3 ^o »	. . . . .	nessun caso	» 58 »
4 ^o »	. . . . .	2 casi	» 58 »
5 ^o »	. . . . .	nessun caso	» 60 »
6 ^o »	. . . . .	22 casi	» 90 »
7 ^o »	. . . . .	4 casi	» 58 »
8 ^o »	. . . . .	1 caso	» 59 »
9 ^o »	. . . . .	1 »	» 38 »
10 ^o »	. . . . .	3 casi	» 21 »

Negli altri ambienti del Sanatorio si sono notati i seguenti casi di infezioni influenzali:

Casa Medici (7 medici dimoranti)	. . . . .	1 caso
Casa Infermiere (18 infermiere)	. . . . .	2 casi
Casa Suore (13 suore)	. . . . .	nessun caso
Cappellani (2)	. . . . .	nessun caso
Abitazione magazziniere e portiere (6 persone)	. . .	nessun caso

Inoltre tra gli stipendiati (15) non si è avverato nessun caso d'influenza; invece tra
i salariati (177), si sono avuti 13 casi d'influenza.

La caratteristica più importante dell'episodio epidemico influenzale del
reparto, è stata quella di presentarsi concentrata in pochi giorni e di essersi
rapidamente esaurita. Il primo caso d'influenza è avvenuto il 15 gennaio,
l'ultimo il 25 gennaio; in quattro giorni (17, 18, 19 e 20 gennaio) si sono
avuti 16 casi d'influenza.

Due considerazioni importanti devono essere subito poste dopo il rilievo
di quanto precede:

1) il contagio e la morbosità influenzale è possibile ed è facile nei tubercolotici polmonari. Essi non sono affatto refrattari all'infezione influenzale, e non esiste evidentemente un antagonismo tra le due malattie;

2) un episodio influenzale può normalmente esaurirsi in modo abbastanza precoce, secondo il genio epidemico di quel particolare episodio, anche quando l'infezione si svolga nei tubercolotici polmonari. Questo dimostra in ogni caso che il *virus* influenzale non trova nel terreno organico dei tubercolotici particolari condizioni di labilità, tali da non consentire il fatto di osservazione comune dell'abituale e spontaneo esaurirsi dell'infezione.

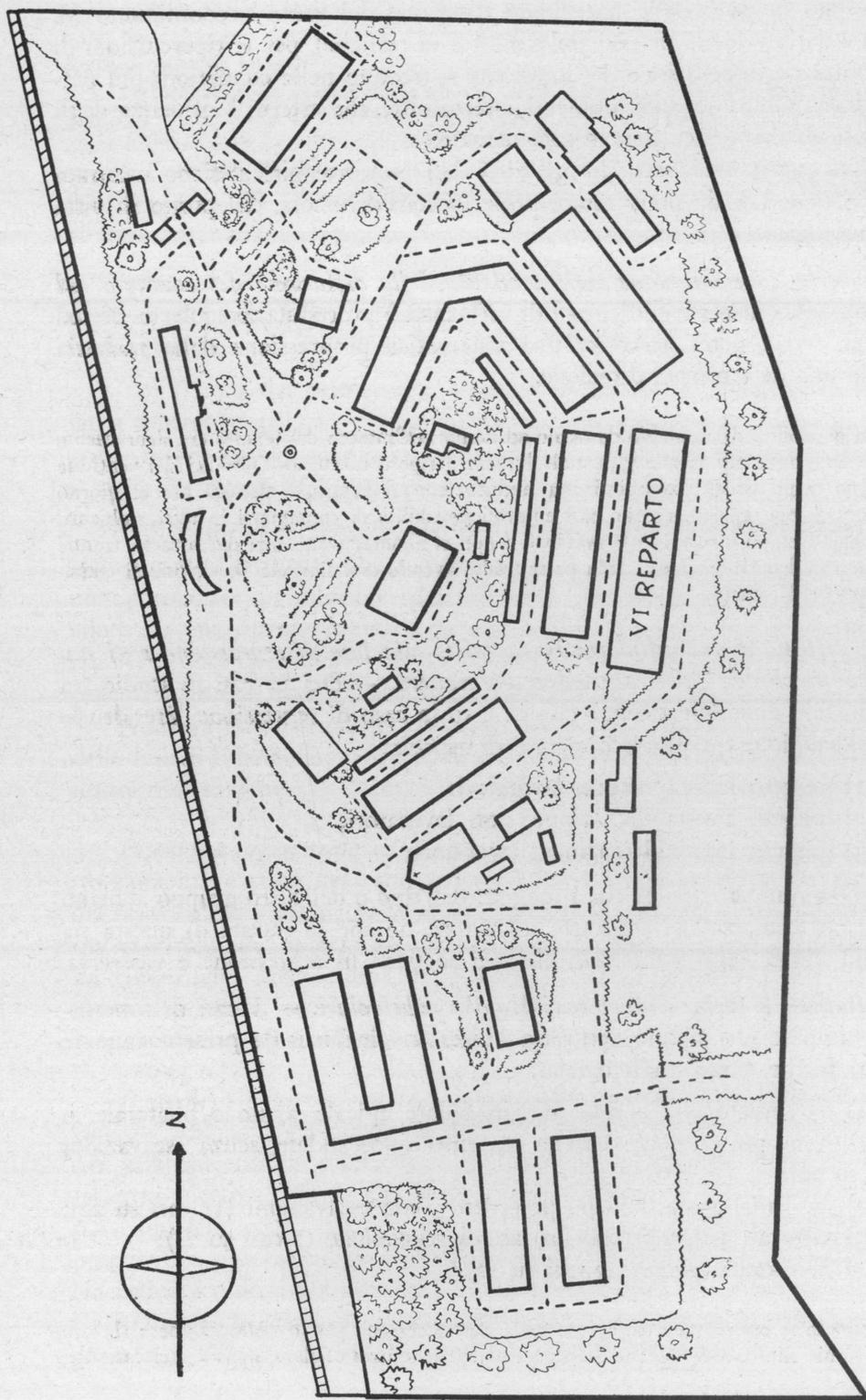
Confronto tra l'andamento epidemico dell'infezione influenzale nel sesto Reparto e la diffusione negli altri settori del Sanatorio. — Abbiamo visto come la frequenza dei casi d'infezione influenzale nel sesto reparto sia stata molto più notevole di quella riscontrata negli altri ambienti nelle altre categorie della popolazione assoluta e relativa del Sanatorio. Mentre nel sesto reparto si è notato il 24,44% di morbosità, in tutti gli altri ambienti complessivamente la percentuale dei colpiti da influenza è stata solo del 5,21%. Deve essere ancora segnalato il fatto che mentre l'infezione nel sesto reparto si è avverata praticamente in soli quattro giorni, i ventotto casi avvertatisi al di fuori del reparto e che costituiscono la morbosità del 5,21%, si sono svolti in tutto il mese di gennaio senza particolari differenze di raggruppamento in questo o quel periodo del mese. Nei giorni in cui la morbosità nel sesto reparto è stata elevata, negli altri settori del Sanatorio essa è stata invece scarsa.

Sulle condizioni che hanno determinato l'andamento epidemico nel VI Reparto, riteniamo solo giustificato emettere delle ipotesi riguardanti soprattutto le condizioni meteorologiche in relazione alla particolare esposizione del reparto.

Infatti, contrariamente a quanto si era osservato nei giorni precedenti alla epidemia influenzale, questa seguì immediatamente e coincise con un periodo di cinque giorni nei quali predominarono nettamente venti di S. e di E.

Dodici osservazioni meteorologiche compiute in sei giorni, dei quali due precedenti all'epidemia e quattro corrispondenti ad essa, eseguite alle ore 8 ed alle ore 19 e riguardanti la direzione del vento, hanno offerto rispettivamente questi dati: E., SE. (r.); SE. (r.), SW. (r.), SE. (r.), SSE. (r.); SE. (r.); SW. (r.); S. SE. (r.); NE. (r.), ESE. Seguirono poi cinque giorni con venti prevalenti da N. e dall'W. Da notare, oltre alla presenza di frequentissime raffiche (r.) anche la notevole forza del vento (in Km/h), superiore di molto in media a quella che precedette e che seguì l'episodio epidemico.

Queste considerazioni meteorologiche, messe in relazione con la posizione del reparto il quale è particolarmente esposto ad E. e a S., mentre è abbastanza bene protetto a N. e ad W., è tenuto conto anche della abbondante e spiccata aerazione del reparto, legate alle sue particolarità costruttive, c'inducono a ritenere probabile l'ipotesi che il contagio in forma epidemica possa



Ad W. del VI reparto esiste un notevole rialzo del terreno che si eleva di circa 25 m. al di sopra del livello del reparto; questo rialzo esiste in parte anche dal lato N. A N. vi sono una serie di reparti (V, II e I) che si trovano tutti ad un livello superiore di alcuni m. a quello del VI reparto. Da questi due lati (W. e N.) posteriore del VI reparto. Anche il lato S. è molto esposto e non protetto dai venti. Invece dal lato E. esiste un prato che degrada sensibilmente, lasciando completamente scoperta la facciata il VI reparto è abbastanza bene protetto dai venti.

essere stato favorito dalla particolare direzione del vento predominante (S. ed E.) e dalla velocità di esso (in Km/h e in raffiche), per le ripercussioni di temperatura e di aerazione dei locali che si trovano nelle condizioni più particolari per subire nei suoi ambienti interni oltre che esterni l'influenza degli elementi meteorologici presi in considerazione.

Non ci sembra invece che gli altri dati meteorologici abbiano mostrato caratteristiche tali da poter essere prese in considerazione dal punto di vista epidemiologico.

Qualche considerazione sulle modalità della diffusione del contagio nel reparto. — La successione dei casi di influenza è proceduta irregolarmente ed a sbalzi, senza poter accertare una sistematica progressione della malattia secondo una determinata direzione.

La possibilità del contagio da uomo ad uomo nell'interno del reparto era sicuramente possibile solo dalle ore 21 alle 7,30, cioè durante il riposo notturno. Quindici dei ventidue casi erano degli assistiti sottoposti alla rieducazione al lavoro, e per sei ore al giorno erano lontani dal reparto, avendo così notevoli possibilità di contagiarsi in altri ambienti. Sette soggetti erano invece in osservazione e non si allontanavano mai dal reparto, tranne che nelle ore della refezione e della passeggiata, avendo così limitate possibilità di contagiarsi fuori del reparto.

La diffusione dell'influenza in rapporto alla fase di regressione e di stabilizzazione clinica della tubercolosi polmonare. — Dei 22 casi in studio, 12 erano in fase di stabilizzazione clinica e 10 in caso di regressione. Prendendo in considerazione queste tre categorie di assistiti:

- 1) soggetti in regressione, lavoratori;
- 2) soggetti in stabilizzazione, non lavoratori;
- 3) soggetti in stabilizzazione, lavoratori;

non abbiamo notato affatto che i soggetti dell'uno o dell'altro gruppo abbiano avuto la precedenza nel contrarre influenza, nè che la durata di questa sia stata più lunga negli stabilizzati che nei soggetti in regressione e viceversa.

Influenza e forme clinico-radiologiche tubercolari. — I casi di tubercolosi polmonare che hanno contratto l'infezione influenzale presentavano le seguenti forme clinico-radiologiche:

- 1) tbc. ematogena a tipo micronodulare apicale mono o bilaterale, o con diffusione più o meno discreta in senso apicocaudale, senza escavazioni (7 casi su 22);
- 2) tbc. ematogena del tipo precedente, con escavazioni (11 casi su 22);
- 3) infiltrati a tipo precoce in fase di regressione (2 casi su 22);
- 4) fibrotoraci cavitari (2 casi su 22).

Secondo le osservazioni compiute nella nostra sezione per la rieducazione al lavoro sono le forme clinico-radiologiche del tipo ematogeno micronodulare, apicali o circoscritte,

o più o meno diffuse, escavate o non, quelle che maggiormente e più rapidamente si giovano del soggiorno sanatoriale, e che in modo spiccatissimo raggiungono in breve forti gradi di capacità lavorativa.

Naturalmente la grande maggioranza degli assistiti del reparto è rappresentata appunto da queste forme di tubercolosi (72 su 90), e quindi la maggior frequenza della infezione influenzale si è verificata appunto nelle forme di tubercolosi maggiormente rappresentata, il che non giustifica nessuna considerazione riguardante una speciale predilezione del *virus* influenzale verso una forma o l'altra dei classici quadri della tubercolosi polmonare.

Infezione influenzale, cronicità ed estensione della tubercolosi polmonare. — Abbiamo preso in considerazione, per determinare lo stato delle lesioni tubercolari tre ordini di elementi:

a) l'epoca dei primi segni soggettivi riferibili all'infezione o alla malattia tubercolare;

b) l'epoca del primo ricovero ed eventualmente dei successivi;

c) la durata del ricovero o dei ricoveri.

Dall'esame e dallo studio dei tre gruppi precedenti non abbiamo riscontrato nessun elemento che si possa opporre alla conclusione che non esista una particolare predilezione dell'infezione influenzale verso i tubercolotici affetti da una forma cronica o da una forma subacuta, rispettivamente verso i tubercolotici che abbiano avuto un passato clinico tumultuoso oppure precedenti piuttosto lievi e scarsamente sintomatici.

Analoga considerazione possiamo porre nei riguardi della estensione delle lesioni tubercolari polmonari, sempre si intende relativamente ai casi di nostra osservazione.

Infezione influenzale ed età dei tubercolotici polmonari. — Anche questo raffronto è stato del tutto negativo. Le età rappresentate nei 90 assistiti del reparto andavano dagli 11 ai 62 anni, con le abituali caratteristiche di frequenza (maggior numero di soggetti tra i 20 ed i 30 anni). L'influenza non ha risparmiato tubercolotici appartenenti ad una particolare età (infantile, giovanile, adulta, senile). Essa naturalmente è stata più frequente nell'età maggiormente rappresentata (tra i 20 ed i 30 anni).

Il decorso clinico della tbc. polmonare, successivo all'infezione influenzale. — Abbiamo già notato di non aver riscontrato segni e sintomi speciali nei vari pazienti in coincidenza dell'episodio influenzale. Solo in un caso (sclerosi ulcerosa apicale D., Koch +, bronchiectasie basali bilaterali) comparve qualche sputo ematico, senza particolare o sicura accentuazione della preesistente sintomatologia obiettiva, di già particolarmente ricca di fatti steoacustici, e quindi poca adatta a rilievi differenziali più o meno lievi.

Il controllo dell'andamento delle lesioni polmonari si riferisce ad un periodo, per tutti i casi studiati, corrispondente a 60 giorni.

Esso fu negativo dal punto di vista clinico nei riguardi di nuove lesioni, di aggravamenti e di riaccensioni delle vecchie lesioni.

Il controllo fu anche negativo all'indagine radiografica sistematica eseguita a tutti i soggetti a distanza di 45 giorni circa dall'episodio influenzale.

Solo in un caso (n. 21) si è notato un peggioramento sensibile delle condizioni generali. Si trattava di un assistito di anni 34, malato da sei anni, portatore di un fibrotorace cavitario sinistro, già trattato in passato con toracoplastica. L'assistito era in osservazione per essere eventualmente sottoposto alla terapia del lavoro. Da 57 kg., peso precedente e stabile, il p. dopo l'attacco influenzale scese a kg. 54, peso rimasto poi sempre stazionario nei 60 giorni di osservazione.

In altri due casi (n. 6 e n. 14), ambedue in fase di stabilizzazione, il peso decrebbe di poco dopo l'influenza, e tale rimase nel periodo di osservazione.

Negli altri 19 casi si è notato il seguente prevalente comportamento della curva ponderale: diminuzione da 1 a 3 kg. all'inizio della convalescenza dell'attacco influenzale, poi graduale e più o meno rapido aumento del peso fino a raggiungere ed alle volte anche superare il peso iniziale.

In tutti gli assistiti non si sono riscontrate ulteriori elevazioni febbrili dopo i rialzi termici corrispondenti all'infezione influenzale. Non si sono notati rialzi febbrili neanche nel caso citato di fibrotorace cavitario.

In conclusione possiamo affermare che in nessun caso, dopo 60 giorni di osservazione, si sono notati rilievi clinici e radiologici riferentisi ad un aggravamento della malattia tubercolare, e che solo in un caso si è notato una diminuzione di peso ed un'astenia persistente, fatti non giustificati però da una dimostrabile sicura e subdola ripresa evolutiva delle preesistenti lesioni tubercolari.

L'esame batteriologico dell'espettorato. — In un caso (n. 5) si è notata una transitoria positività dell'espettorato, che precedentemente per vari mesi non aveva mai mostrato la presenza del bacillo di Koch.

Il comportamento della velocità di sedimentazione delle emazie. — Abbiamo notato alcune variazioni della velocità di sedimentazione delle emazie che possono essere così raggruppate:

1) Nessuna variazione, nel senso di un aumento della velocità di sedimentazione, nè immediatamente dopo, nè a distanza dell'attacco influenzale, si è notata in sette casi su ventidue. Di questi casi 5 erano in regressione, 2 in stabilizzazione; 4 con lesioni poco estese, 3 con lesioni discretamente estese; 2 con lesioni cavitarie, 7 con lesioni non cavitarie.

2) Aumento lieve o più o meno sensibile della velocità di sedimentazione delle emazie nel periodo immediatamente successivo all'attacco influenzale ed a qualche settimana di distanza, con ritorno dopo 5 settimane circa a valori simili o quasi a quelli precedenti all'infezione influenzale si è notato

in 13 casi su 22. In questi casi 4 presentavano lesioni in regressione, 9 in stabilizzazione; in 9 casi erano cavitari, in 4 non cavitari.

3) Aumento abbastanza notevole, ma transitorio, della velocità di sedimentazione si è notato in un caso (n. 19, forma in regressione, non ulcerosa).

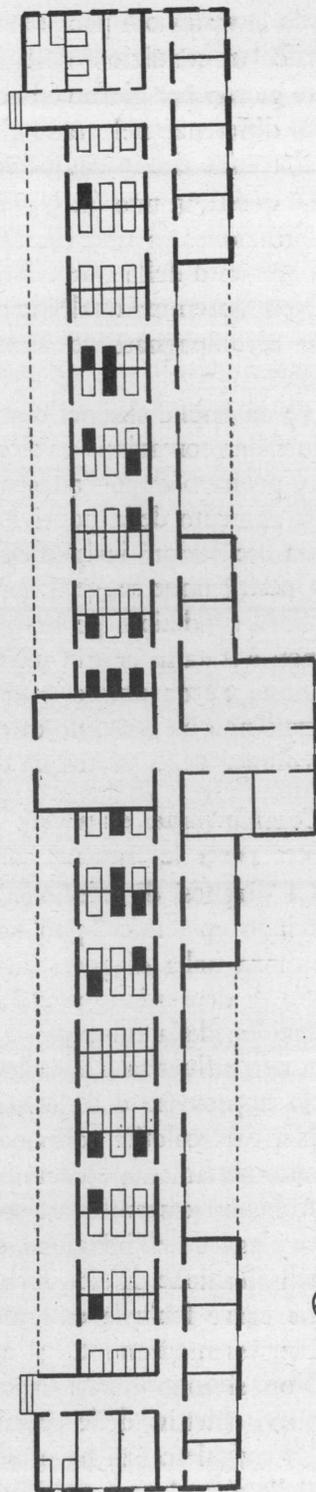
4) Aumento piuttosto notevole della velocità di sedimentazione successivamente all'attacco influenzale, senza ritorno ai valori primitivi dopo 5 settimane in un caso (n. 21, forma stabilizzata ulcerosa).

In conclusione o non abbiamo osservato nessuna variazione, o si è stabilito un aumento lieve o più o meno sensibile della velocità di sedimentazione, sempre in via transitoria.

In un caso solo si è avverato un acceleramento non transitorio della velocità di sedimentazione, senza cioè un ritorno più o meno immediato ai valori primitivi. Questo è l'unico caso (n. 19) in cui persiste senso di astenia, nel quale è comparso aggravamento delle condizioni generali e nel quale è residua la diminuzione del peso. E' l'unico caso in cui si può solo supporre, in assenza di dati obiettivi sicuri, che il processo influenzale abbia potuto indurre conseguenze dannose sul processo tubercolare. Una vera riaccensione dei vecchi focolai, e neanche fatti congestizi, non si sono potuti accertare. E' probabile che si sia manifestata od accentuata una sindrome tossiemica in precedenza non ben manifesta.

Il comportamento dell'intradermoreazione tubercolinica dopo l'infezione influenzale. — E' stata eseguita l'intradermoreazione subito dopo l'infezione influenzale e dopo 20 giorni da questa. Le reazioni precedenti davano da un periodo di 15 giorni a tre mesi prima dell'attacco di febbre influenzale.

Prendendo in considerazione solo le variazioni apprezzabili in modo netto, e trala-



I rettangolini neri indicano i posti nelle varie stanze dei colpiti dall'infezione influenzale.



sciando le variazioni poco sensibili le quali come è noto possono essere dovute a particolari condizioni della irrorazione locale della cute, variabili continuamente giorno per giorno ed ora per ora, bisogna notare che non si sono avute grandi differenze nel grado e nell'intensità della reattività cutanea alla tubercolina, tranne che in cinque casi.

Di questi, in uno (n. 5) si è notata la scomparsa della positività della intradermoreazione; in uno (n. 12) l'attenuazione della positività; in tre casi un netto aumento della positività immediato o tardivo (n. 3, 4, 11).

Non sapremmo quali interpretazioni dare a queste variazioni, specialmente quelle accompagnate ad aumento del grado di positività dell'intradermoreazione.

C'è da notare che nei casi di scomparsa e di attenuazione della positività dell'intradermoreazione i valori della velocità di sedimentazione delle emazie erano, prima o dopo l'attacco influenzale, discretamente elevati, mentre nei casi di aumento della positività la sedimentazione era bassa e subì dopo l'influenza oscillazioni insignificanti.

Questi cinque soggetti non hanno del resto sofferto nessun aggravamento delle loro condizioni generali e locali. La loro malattia polmonare tubercolare non è stata in nessun modo complicata.

Infine c'è da notare il fatto che, almeno nei nostri casi, l'infezione influenzale non ha mostrato di determinare con frequenza una anergia cutanea tubercolinica negli affetti da tbc. polmonare.

Considerazioni essenziali. — Dallo studio che abbiamo eseguito crediamo di poter porre le seguenti conclusioni essenziali:

La diagnosi di infezione influenzale in un tubercolotico, facile e sicura in periodo epidemico, può non esserlo nei casi sporadici. Può avere molta importanza nella diagnosi differenziale con la febbre di natura tubercolare, lo stato di depressione psichica dell'influenza, lo stato di lucidità mentale e l'eccitazione della tubercolosi. Ha anche importanza in taluni casi la bradicardia nell'influenza e la tachicardia nei tubercolotici. Ha ancora importanza l'inizio improvviso dell'elevazione febbrile influenzale, in stato di benessere.

Nei tubercolotici polmonari può l'infezione influenzale assumere un andamento nettamente epidemico.

Abbiamo osservato nei nostri casi di influenza costantemente la forma pura e classica dell'infezione, senza complicazioni immediate o tardive riconducibili all'azione diretta del *virus* influenzale e dei germi associati specifici.

La curva febbrile dell'infezione influenzale si è comportata in maniera da poter essere ricondotta ai quadri classici.

Non si sono notate ripercussioni immediate, cliniche e semeiologiche sui rilievi obiettivi delle preesistenti lesioni tubercolari pleuro-polmonari.

La convalescenza ha presentato le solite caratteristiche (stancabilità, astenia) della convalescenza dell'influenza. In un solo caso essa si protrae a lungo.

Dal punto di vista del contagio e dell'epidemiologia non abbiamo riscontrato alcuna differenza da quanto può avvenire in soggetti non affetti da tbc. polmonare.

Il modo di insorgere e la scomparsa dell'episodio epidemico del quale siamo stati testimoni ci ha mostrato che i tubercolotici non sono nè refrattari a contrarre l'influenza, nè d'altra parte predisposti ad ammalare di essa, e che anche nei tubercolotici la morbosità verso l'infezione influenzale è strettamente legata alle svariate possibilità di contagio ed alle svariate condizioni dell'ambiente esterno.

Non abbiamo affatto riscontrato una particolare facilità nei tubercolotici ad ammalare d'influenza a secondo della loro età, del grado di stabilizzazione o di regressione delle lesioni polmonari, del tipo clinico radiologico di queste, del grado di cronicità e di estensione della malattia polmonare.

Non abbiamo riscontrato, dopo un'osservazione di 60 giorni, che il decorso clinico della tubercolosi polmonare abbia assunto una evoluzione sfavorevole in conseguenza della subita infezione influenzale.

In un solo caso, pur non comparendo segni speciali, si è instaurata una sindrome non imponente di natura tossiémica, non riferibile sicuramente ad una accertabile riaccensione delle lesioni polmonari.

Una sola volta abbiamo notato la ricomparsa transitoria della positività dell'espettorato per il bacillo di Koch. Il caso è poi decorso favorevolmente.

La velocità di sedimentazione delle emazie spesso non ha mostrato nessuna variazione; più spesso si è notata una lieve e sensibile, ma transitoria, accelerazione; raramente un aumento notevole e transitorio della velocità di sedimentazione; in un caso, nel quale si è instaurata una sindrome tossiémica, un aumento sensibile e duraturo della accelerazione (dopo 60 giorni di osservazione).

E' scarsamente frequente che in conseguenza diretta e cronologica di un attacco di febbre influenzale, si stabilisca una anergia cutanea, rilevabile mediante l'intradermoreazione tubercolinica. Qualche volta al contrario si nota un netto aumento del grado di positività dell'intradermoreazione. Molto più frequentemente non si osservano variazioni di sorta.

Queste conclusioni riguardano, come abbiamo riferito, solo tubercolotici nei quali la forma clinica era in fase di regressione e di stabilizzazione.

E' probabile che l'infezione influenzale riesca a provocare conseguenze sfavorevoli quando essa insorga in soggetti in fase di evoluzione, secondo l'opinione di vari Autori sulla base delle loro osservazioni in recenti lavori sull'argomento.

Ci sembra però importante, per un complesso di considerazioni d'ordine clinico, terapeutico, profilattico e sociale, il fatto di non aver motivi di ritenere dannosa la comparsa dell'infezione influenzale nei tubercolotici stabilizzati o con lesioni polmonari in regressione, e soprattutto il fatto di tener pre-

sente che l'influenza può svilupparsi nei tubercolotici. E' necessario perciò che questa venga per quanto più è possibile accertata, per conferire ad essa l'importanza relativa che le spetta.

RIASSUNTO

L'A., in occasione di una epidemia influenzale che contagiò il 24 % degli assistiti di un reparto del Sanatorio "Ramazzini", ha ricercato eventuali rapporti esercitati dall'infezione influenzale su una preesistente tubercolosi polmonare. Nei casi studiati dall'A. (tubercolotici in fase di regressione e di stabilizzazione clinica) non sono mai stati riscontrati aggravamenti della tbc. polmonare, nè riaccensioni immediate o tardive delle preesistenti lesioni. Occorre perciò accertare per quanto più possibile precocemente, specie nei casi sporadici, la natura influenzale di un attacco febbrile intercorrente, per poter dare a questo l'importanza relativa che gli spetta, per un complesso di considerazioni d'ordine clinico, terapeutico e prognostico.

RESUME

Pendant une épidémie grippale qui contagia le 24 % des malades d'une section du Sanatorium "Ramazzini", l'A. a recherché l'influence éventuelle de celle-ci sur une tuberculose pulmonaire pré-existante. Dans les cas étudiés par l'A. (tbc. en phase de regression et de stabilisation clinique) on ne constata jamais ni une aggravation de la tbc. pulmonaire, ni un reveil immédiat ou tardif des lésions pré-existantes. Il faut par conséquent s'assurer le plus tôt possible, surtout dans les cas sporadiques, de la nature grippale d'une poussée termique intercurrente, afin de donner à celle-ci l'importance relative qui lui revient, et cela pour des considérations d'ordre clinique, thérapeutique et prognostique.

SUMMARY

During an epidemic of influenza that befell the 24 % of the patients of a section in the "Ramazzini" sanatorium, an investigation was carried out by the A. in order to ascertain the prospective action exercised by the influenzal infection on a preexisting pulmonary tbc. In the cases observed (regressive tbc. and clinical stabilization stage) neither a getting worse of the pulmonary tbc. nor an immediate or late lighting up again of the pre-existing lesions could be ascertained. It is therefore necessary to ascertain as early as possible, especially in sporadic cases, if the intercurrent fever attack is due to influenza, in order that its importance may be properly estimated.

ZUSAMMENFASSUNG

Während einer Influenza-Epidemie, die 24 % der Patienten einer Abteilung der "Ramazzini" Lungenheilstätte ansteckte, hat V. den eventuellen Einfluss derselben auf einer prä-existierenden Lungentuberkulose nachforschen wollen. In den vom V. berücksichtigten Fällen (regressive Tbc. und Tbc. im Stadium klinischer Stabilisierung) ist nie weder eine Verschlimmerung der Lungentuberkulose oder eine plötzliche oder spätere Wiederentzündung der prä-existierenden Läsionen bewiesen worden. Es wäre aber angemessen so früh als möglich, und ganz besonders in den sporadischen Fällen, nachzuforschen ob ein wiederkehrender Fieberanfall grippeartig ist um denselben die ihm gebührende Bedeutung zu geben und dies aus verschiedenen klinischen, therapeutischen und prognostischen Gründen.

58961

~~330033~~



