BIBLIOTECA MEDICA ROMANA
§62
81

Istituto "Carlo Forlanini,,
Clinica Tisiologica della R. Università di Roma – Direttore: Prof. E. Morelli
Ospedale Civile "Principessa di Piemonte,, – Addis Abeba

F. SORICELLI

CONTRIBUTO ALLO STUDIO RADIOLOGICO DELLA BRONCOSPIROCHETOSI DI CASTELLANI IN A. O. I.

Estratto da Annali dell'Istituto «Carlo Forlanini»
Anno III, N. 5-6, Pag. 488-496

ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 17
—
1939-XVII

Istituto "Carlo Forlanini,,
Clinica Tisiologica della R. Università di Roma - Direttore: Prof. E. Morelli
Ospedale Civile "Principessa di Piemonte,, – Addis Abeba

CONTRIBUTO ALLO STUDIO RADIOLOGICO DELLA BRONCOSPIROCHETOSI DI CASTELLANI IN A. O. I.

Dott. FILIPPO SORICELLI

Scopo di questo lavoro è quello di portare, attraverso l'illustrazione di due casi di broncospirochetosi di Castellani, un contributo alla chiarificazione dei discussi e contrastanti quadri radiologici della suddetta forma morbosa.

I vari Autori che si sono occupati della radiologia della broncospirochetosi sono spesso discordi fra loro nel determinare il quadro; sono però concordi nel ritenere che non esiste un quadro ben definito di tale affezione poichè può essere confusa con la tubercolosi, con la sifilide, con la pneumoconiosi, con le micosi, con le brucellosi polmonari, ecc.

Croveri non fa cenno all'indagine radiologica quale mezzo diagnostico della broncospirochetosi.

Langle, Lajosse e Gelonesi hanno trovato reperti polmonari normali in malati di broncospirochetosi; al contrario Farch, Besancon, Cajile e Scheffer descrivono larghe zone di opacità a carico del parenchima polmonare.

Fichera ha riscontrato invece ingorgo delle linfoghiandole ilari e strie sottili peribronchitiche che dall'ilo si dirigono verso la base polmonare.

Enescu e Bercovici spesso riscontrarono un'immagine triangolare, a vela, di natura pleurica con l'apice all'ilo polmonare e con la base alla regione laterale del torace.

Talia ha riferito su due casi di broncospirochetosi con immagini cavitarie a carico del parenchima polmonare. Russo in una recente pubblicazione asserisce che l'indagine radiologica non può differenziare le forme spirochetiche da quelle di natura tubercolare.

Cola in due suoi pazienti ha trovato interessate le regioni ilari con ingrossamento delle ghiandole senza che queste fossero calcificate. A carico del parenchima, oltre a piccole bronchiettasie a rosario, avrebbe trovato segni di fibrosi peribronchiale specie in corrispondenza dei grossi bronchi. L'A. dice di non aver mai riscontrate lesioni parenchimali a tipo essudativo.

Ovazza, in un recente lavoro, descrive due casi di broncospirochetosi cronica che per il quadro radiologico si avvicinano a quelli riportati dal Cola. I due casi, con reperto positivo nell'espettorato di spirochete del Castellani, mostrano infatti radiologicamente: ingrandimento delle ombre delle linfoghiandole ilari con ricca arborizzazione che dalle regioni parailari si estende ai campi polmonari nei quali si trovano formazioni micronodulari a contorni netti. In un sol caso si è riscontrata lieve opacità dell'apice destro. Mai alterazioni a carico dei diaframmi che sono apparsi regolari e mobili.

CANNAVO' nella sua recente monografia sulla broncospirochetosi di Castellani dice che l'esame radiologico può dare utili e talora sufficienti indizi diagnostici. Egli riporta i segni fondamentali che insieme al COLA furono già messi in evidenza :

1) Interessamento prevalente ed esclusivo della regione ilare e della trama, senza partecipazione del parenchima polmonare ;
2) Presenza di bronchiettasie moniliformi constatabili all'esame diretto e ancor meglio con la broncografia ;
3) Notevole congestione dei vasi polmonari ;
4) Presenza di linfoghiandole iperplastiche e fibrose ;
5) Assenza di calcificazioni ;
6) Tendenza alla fibrosi ed alla sclerosi di origine peribronchiale.

CANNAVÒ inoltre dice che nelle forme non molte estese e non datanti da molto tempo, le lesioni sono localizzate agli ili o al massimo alle parti inferiori del polmone ; indenni sono le regioni apicali, sottoclaveari e le pleure. In una fase ulteriore ai fatti bronchiali e peribronchiali si aggiungono i segni di un risentimento pleurico e di fibrosi polmonare ; mai focolai polmonari di infiltrazione o chiazze di processi essudativi ; alle regioni ilari si trovano immagini da ghiandole calcificate. In un periodo ancora più evoluto della malattia stessa si ha una maggiore accentuazione dei processi di sclerosi : nelle regioni parailari si vedono blocchi densi ; i campi polmonari sono attraversati da grosse travate ; facilmente si vedono ispessimenti pleurici.

Nelle forme acute di broncospirochetosi i segni radiologici sono generici ed imprecisi per cui, senza il reperto positivo delle spirochete nell'espettorato, è difficile pervenire alla giusta diagnosi. In queste forme acute l'esame radiologico offre reperti ancora meno probativi di quelli descritti per le forme croniche ; mancano quasi del tutto le modificazioni delle regioni ilari e le lesioni sono per buona parte a carico delle pleure interlobari e diaframmatiche.

I casi capitati sotto la mia osservazione permettono in un certo modo di portare una luce sulle discordanti opinioni dei vari Autori poichè le forme di spirochetosi finora descritte clinicamente e radiologicamente sono per lo più forme croniche nelle quali si osservano o i postumi o le complicazioni della forma morbosa in oggetto.

Il quadro clinico iniziale della malattia spesso sfugge alla diagnosi poichè di lieve entità sono i dati semiologici e scarso il risentimento dello stato generale del paziente. L'attenzione del medico viene attratta quando la malattia tende a cronicizzare ; in questa fase più o meno avanzata residuano delle alterazioni anatomo patologiche diverse, spesso suscettibili di per sè di ulteriori trasformazioni che naturalmente danno quadri radiologici diversi.

Riassumo brevemente i quadri clinici dei due infermi di broncospirochetosi capitati alla mia osservazione su circa 2000 esami radiologici del torace da me praticati nell'Ospedale Principessa di Piemonte dall'inizio del suo funzionamento (luglio 1936) a tutt'oggi :

CASO 1°. — C. S., anni 32 ; autista.

Nell'anamnesi patologica è da ricordare una bronchite febbrile durata circa un mese, nel 1925, mentre il P. prestava servizio militare. È in A. O. I. dal 1935 ; qui, da militare, è stato nelle zone di Adua sino al febbraio 1937. Da quest'epoca, smobilitatosi, ha viaggiato continuamente dall'Asmara ad Addis Abeba e viceversa. A metà maggio 1937, il P. ha cominciato ad avere tosse seguita da catarro. Tali disturbi attribuiti dal P. all'eccessivo fumo, furono seguiti dopo un mese circa da malessere generale e da febbre alta continua (39°). L'11 aprile 1937 il P. entra in Ospedale ; qui, il giorno successivo,

fu sottoposto ad una indagine radiologica del torace che diede il seguente reperto (vedi fig. 1):

Scheletro. — Spazi intercostali di destra più ristretti di quelli controlaterali.

Emitorace destro. — Nel terzo superiore accentuazione del disegno bronco vasale. I due terzi inferiori invece sono occupati da un'opacità non omogenea contenente due immagini rotondeggianti, del diametro di cinque centimetri circa, ad opacità omogenea, di cui una, situata nella regione parailare, presenta il contorno netto lateralmente mentre medialmente l'opacità si confonde con quella cardiaca. L'altra immagine situata infe-

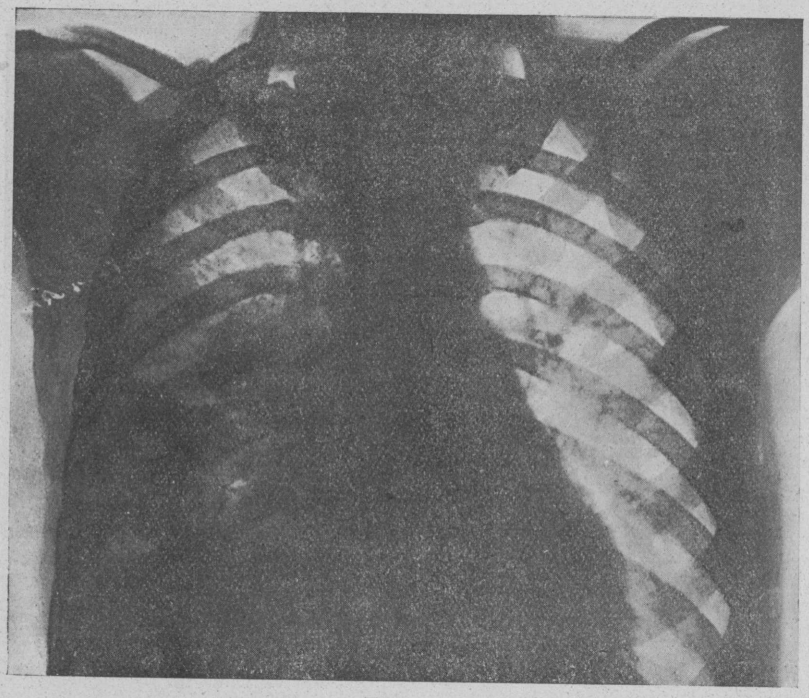

Fig. 1.

riormente, a cavallo della cupola diaframmatica, circa al suo terzo medio, ha il contorno netto verso il basso mentre verso l'alto si continua con una immagine ugualmente opaca, a forma triangolare « a vela » chel' ha apice verso la regione ilare e la base lateralmente. Questa immagine che ha decorso trasversale, è di sicura natura pleurica.

Emitorace sinistro. — Reperto normale.

Diaframma destro. — Più alto del normale di tre centimetri circa; poco netto nel suo contorno e con seno costo-frenico leggermente obliterato. Allo schermo radioscopico esso appare inoltre ipomobile.

Diaframma sinistro. — Regolare e mobile.

Mediastino. — Leggermente attratto verso destra nella parte superiore. Ombra cardiaca di volume normale con contorno destro sfumato e poco netto che si confonde coll'opacità parailare suddescritta.

Tale quadro radiologico, tenendo anche conto dell'anamnesi patologica recente (febbre, tosse, catarro) invitava a porre diversi quesiti diagnostici: ascesso polmonare, focolai di broncopolmonite, tubercolosi, sifilide, cisti da echinococco polmonare, tumori pleuro-polmonari, ecc. Senza dilungarmi nella discussione sulle diagnosi differenziali di dette forme morbose, dirò che

coll'ausilio del Laboratorio fu agevole porre subito la giusta diagnosi, poichè mentre riuscì nettamente positiva in ripetuti esami la ricerca della spirocheta del CASTELLANI, negative furono le ricerche del bacillo di Koch, la Wassermann, la Casoni e la Ghedini-Weinberg.

Per localizzare le suddescritte opacità radiologiche dell'emitorace destro si eseguirono successivamente radiogrammi nelle varie proiezioni oblique. Questi dimostrarono che l'opacità alta era centrale e che quella infero-esterna era posteriore e che probabilmente era da riferire ad una raccolta pleurica

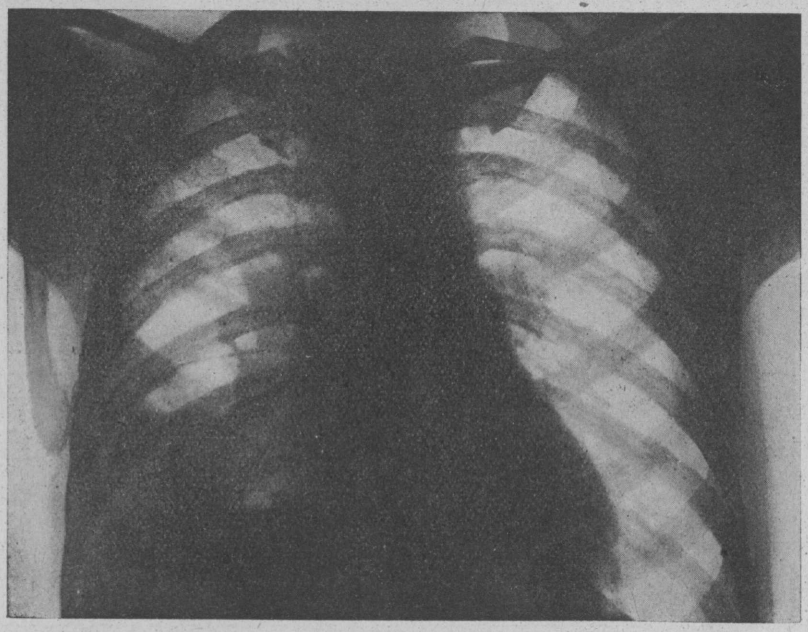

Fig. 2.

saccata. Per confermare tale ipotesi furono eseguite due punture esplorative in corrispondenza rispettivamente del sesto spazio intercostale sulla ascellare posteriore e nel settimo spazio sulla scapolare. Le punture non misero in evidenza presenza di liquido pleurico ; si dedusse quindi che l'opacità radiologica soprariferita era da interpetrarsi come l'espressione di un processo parenchimale.

A distanza di dieci giorni dalle punture esplorative, persistendo la tosse, l'espettorato muco-purulento, la temperatura febbrile continua (38°–39°) ed il deperimento generale, fu eseguito un secondo esame radiologico che mostrò in corrispondenza del campo inferiore e posteriore dell'emitorace destro la presenza di un'immagine idroaerea intrapleurica mentre persisteva la suddescritta immagine opaca parailare (vedi fig. 2). Trattavasi di un idropneumotorace saccato, secondario certamente alle due pregresse punture esplorative.

Diagnosticata la sacca di idropnt., venne eseguita una pneumotoracentesi che diede esito a circa 50 cc. di liquido siero purulento nel cui sedimento furono messe in evidenza delle spirochete che per avere gli stessi caratteri morfologici di quelle riscontrate precedentemente nell'espettorato furono interpetrate come spirochete del CASTELLANI.

Successivamente persistendo il liquido pleurico purulento, nonostante ripetuti lavaggi eseguiti coll'apparecchio di MORELLI, e persistendo il quadro clinico febbrile iniziale, si sottopose il P. a costectomia e pleurotomia (Prof. SCOLLO). In seguito a tale intervento chirurgico ed a cure mediche (arsenobenzoli, emetina, ecc.) il quadro clinico migliorò notevolmente e l'esame radiologico, eseguito in data 3 novembre 1937, mostrò la completa scomparsa dell'immagine rotondeggiante parailare ; persistevano gli esiti di una scissurite e della pleurite basilare consistenti in un ispessimento della linea ca-

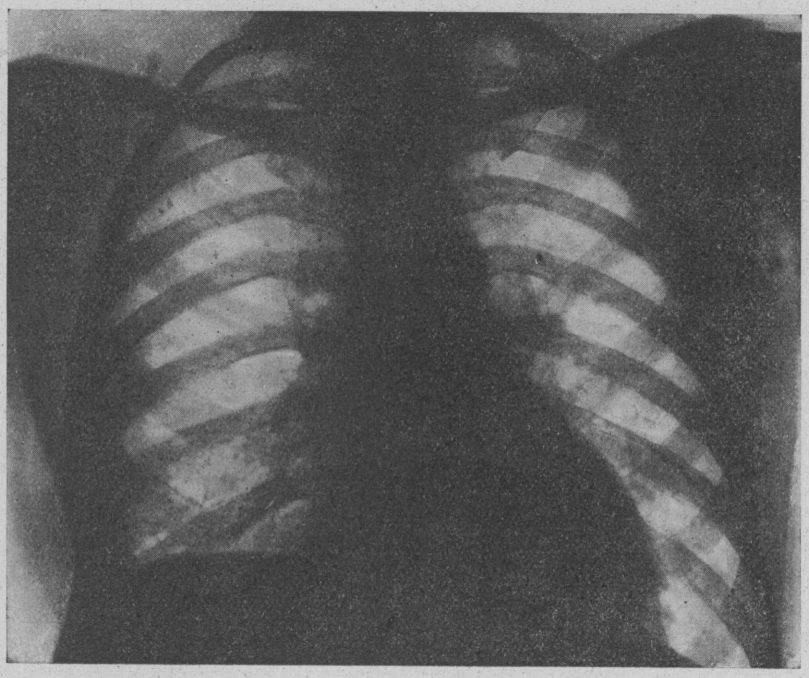

Fig. 3.

pillare ed in una velatura della regione sopradiaframmatica destra. Il diaframma omolaterale, più alto del normale, appariva ipomobile allo schermo radioscopico ed aveva quasi abolito il seno costo frenico (vedi fig. 3).

CASO 2°. — B. A., anni 30 ; terrazziere.

Negativa l'anamnesi familiare e personale remota. In Africa dall'aprile del 1937 ; qui ha lavorato nelle zone di Debrasina e di Scianò. In quest'ultima località fu colto nel gennaio 1938 da malessere generale, febbre continua (38°-39°), dolori all'emitorace destro, tosse ed abbondante espettorato. Mai emottisi. Persistendo tale quadro morboso fu ricoverato nel febbraio 1938 nell'Ospedale Luigi Razza di Addis Abeba ove in ripetuti esami dell'espettorato furono trovate delle spirochete del CASTELLANI. Il P. è capitato sotto la mia osservazione radiologica solo nell'aprile 1938, quando già tutta la suaccennata fenomenologia clinica era scomparsa. L'esame radiografico del torace (vedi fig. 4), eseguito in data 30 aprile 1938 diede il seguente reperto :

Scheletro. — Accenno di scoliosi dorsale destro-convessa, con lieve restringimento degli spazi intercostali di destra.

Emitorace destro. — Accentuazione della trama polmonare in corrispondenza del terzo medio. Linea capillare leggermente ispessita.

Emitorace sinistro. — Reperto normale.
Diaframma. — Regolare e mobile bilateralmente.
Cuore. — Allungato, con marcata curva atriale destra (Sinfisi pleuro pericardica ?).

Oltre che per la rarità della broncospirochetosi sull'altipiano etiopico, ho creduto opportuno segnalare questi due casi, perchè mentre il primo nella fase acuta presenta un quadro radiologico diverso da quello descritto comunemente dalla maggior parte degli Autori, entrambi poi confermano che con

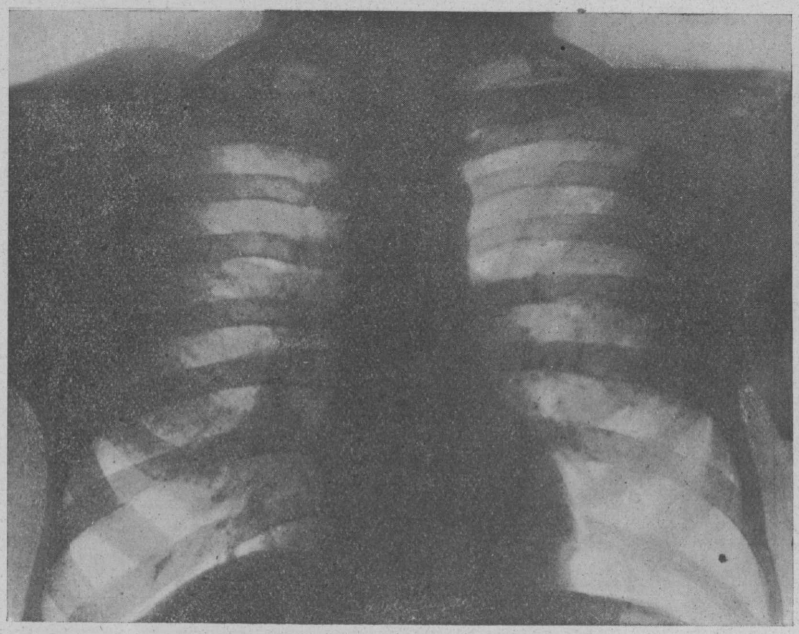

Fig. 4.

la scomparsa del quadro clinico generale l'indagine radiologica del torace può dare un reperto pressochè normale.

Come spiegare la diversità dei vari reperti radiologici ? Innanzitutto io credo che ciò dipenda dalla scarsa casistica che in genere hanno avuto a disposizione i vari Autori e dal fatto che le osservazioni sono state eseguite in paesi differenti e su soggetti di diverse razze che probabilmente hanno reazione individuale differente all'agente etiologico. Sia quindi in dipendenza delle varie reazioni dei pazienti all'agente morbigeno e sia in dipendenza dei vari tipi di spirochete che da sole o anche in associazione di altri agenti morbigeni suscettibili di associarsi alle spirochete stesse hanno agito, si hanno lesioni polmonari a tendenza prevalentemente fibrosa o essudativa.

A questo si aggiunga che la broncospirochetosi si può presentare sotto vasi aspetti clinici. Già CASTELLANI infatti nel tracciare il quadro clinico della forma morbosa da lui prima descritta, distingueva una forma acuta, una forma cronica e delle forme intermedie. Ora se, come dice CANNAVÒ, si può parlare di una immagine radiologica « classica » delle forme croniche di broncospirochetosi (ili grossi, rinforzo della trama polmonare, travate bronchiali, ombre riferibili ad ectasie bronchiali) lo stesso non può dirsi per le forme acute che, come già si è detto, possono presentarsi sotto molteplici aspetti.

Il primo caso esposto, mentre conferma la localizzazione parenchimale della malattia a cui è seguito una complicazione pleurica di uguale natura etiologica a tipo essudativo, mostra successivamente la restitutio ad integrum quasi del parenchima polmonare e questo presumibilmente in conseguenza del tempestivo intervento terapeutico. Il secondo caso, capitato sotto la mia osservazione quando già il quadro clinico generale era scomparso, non ha messo in evidenza lesioni in atto salvo qualche lieve esito di lesioni parenchimali.

In tutti e due i pazienti ho potuto notare una tendenza retrattile del polmone quale esito della malattia. Nel primo caso infatti oltre al restringimento degli spazi intercostali di destra, si nota la persistenza dell'innalzamento del diaframma omolaterale. Nel secondo caso invece, in corrispondenza del contorno cardiaco di destra (atrio) si nota una marcata accentuazione della curva da riferire a probabile trazione polmonare sul mediastino.

Si può quindi concludere, seguendo il concetto clinico radiologico, che i differenti e spesso controversi quadri radiologici riportati dalla maggior parte degli Autori sono riferibili più che al processo anatomo patologico in atto della broncospirochetosi, a postumi ed a complicazioni di esso quali bronchite interstiziale, bronchiettasie moniliformi, pachipleurite, scissurite, interessamento delle ghiandole parailari.

Per una buona interpretazione radiologica del torace è necessario quindi, per quanto è possibile, differenziare un reperto polmonare normale da un reperto patologico ed in quest'ultimo caso scartare eventuali aspetti riferibili a lesioni di diversa natura (esiti di pleurite, cardiopatie, complessi primari, polmone policistico, ghiandole parailari calcificate, ecc.).

Nelle forme croniche di spirochetosi si sono trovate radiologicamente delle immagini bronchiectasiche. Di fronte a questo reperto ci si può domandare: è la spirocheta che ha prodotto tali lesioni anatomiche oppure è sul terreno bronchiectasico che hanno trovato facile pabulum le spiro hete? Per questo dubbio etiogenetico che potrà esser chiarito da indagini severe su una ricca casistica, pertanto si può pensare che trovandosi il reperto bronchiectasico nelle forme croniche di broncospirochetosi, sia stata la tosse che col suo trauma continuo (MORELLI) abbia prodotto tali dilatazioni bronchiali.

Volendo sintetizzare le osservazioni dei vari Autori e quelle derivate dai casi da me studiati, si può concludere che pur non essendosi nella broncospirochetosi del CASTELLANI un quadro radiologico ben definito, tuttavia si può effettivamente ritenere che in tale affezione sia presente un notevole interessamento delle ghiandole parailari, che reagendo possono dare, come nel caso primo, una immagine rotondeggiante ad opacità notevole ed omogenea, a contorno netto, che scompare quando la malattia risolve.

Per quanto concerne il quadro dei campi polmonari, si possono avere a carico di questi delle chiazze più o meno opache che, localizzate in genere nei due terzi inferiori rispettando le regioni apicali, assumono aspetti differenti. L'immagine triangolare opaca « a vela » già descitta da ENESCU e BERCOVICI è stata presente anche in uno dei casi da me studiati per cui la sua presenza nei radiogrammi se non ha caratteri di specificità della malattia, deve tuttavia far dubitare la natura eziologica di essa e quindi indirizzare il clinico verso quelle ricerche di laboratorio le quali soltanto potranno dare la sicurezza della diagnosi.

Trascorso il periodo acuto, l'indagine radiologica del torace mostra un quadro che, come dice CANNAVÒ, può considerarsi « classico » per le forme croniche. In esso infatti si nota un ingrossamento delle regioni parailari, un'accentuazione delle trama broncovascolare e delle immagini riferibili ad ectasie

bronchiali. A questo quadro « classico », si può giungere una tendenza retrattile del polmone che radiologicamente si manifesta con restringimento degli spazi intercostali, attrazione degli organi mediastinici, innalzamento del diaframma.

Nei radiogrammi non manca infine l'interessamento pleurico che nella fase acuta si può manifestare con l'immagine « a vela » o con segni di versamento pleurico e che nel periodo cronico della malattia si presenta con ingrossamento della linea capillare, con aderenze pleuriche, ecc.

RIASSUNTO

L'A. su circa 2.000 indagini radiologiche del torace eseguite nell'Ospedale « Principessa di Piemonte » di Addis Abeba segnala due casi di broncospirochetosi di CASTELLANI. L'A. ritiene opportuno la segnalazione di detti casi sia per la conoscenza della nosografia coloniale, sia perchè durante il corso della malattia si ebbe in un caso un versamento pleurico purulento il cui esame batteriologico mise in evidenza spirochete del CASTELLANI. L'A. dopo aver fermata l'attenzione sulla immagine « a vela » osservata in un caso, illustra i reperti radiologici riscontrati e cerca di discriminare le cause del disaccordo dei vari Autori sulla interpretazione dei quadri radiologici della malattia.

RÉSUMÉ

L'auteur, sur environ 2000 examens radiologiques du thorax pratiqués a l'Hôpital « Princesse de Piémont » a Addis-Abeba, relate deux cas de bronchospirochétose de CASTELLANI. L'auteur juge opportun de signaler ces deux cas soit pour la connaissance de la nosographie coloniale, soit parce que un des cas a presenté pendant son évolution un épanchement pleural purulent dans lequal l'examen bactèriologique a mis en évidence les spirochètes de CASTELLANI. L'auteur, après avoir attiré l'attention sur l'image « en voil » observée dans un cas, décrit les aspects radiologiques qu' il a rencontrés et cherche à établir les causes du désaccord des différents auteurs sur l'interprétation du cadre radiologique de la maladie.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Erfind. bezeichnet unter ungefähr 2.000 ausgefürte radiologische Untersuchungen des Brustkasten, in den Hospital « Prinzessin Von Piemonte » in Addis Abeba, zwei Fälle von broncospirochetosi von CASTELLANI. Der Erfind. glaubt gelegentlich diese zwei Fälle zu signalisieren, so für die Erkenntnis der colonialen Nosografie, so auch, weil man während des Verlaufes der Krankheit, in eine batteriologische Brüfung, eine pleurische eiterische Vergiessung in Klarheit gebracht wurde, das heisst eine spirochete von CASTELLANI. Nachdem der Erfind. ihre Aufmerksamkeit auf die Erscheinung « nach Segel » festgestellt hatte, beschreibt Er die festgestellten radiologischen Verhältnisse und sucht die Ursachen der Missheilligkeit zwischen den verschiedenen Erfidern, auf die Erklärung der radiologischen Bilder der Krankheit, zu scheitern.

SUMMARY

The author refers to two cases of Bronchospirochaetosis CASTELLANI, which he found among about 2000 chest radiogramms, taken at the Princess of Piemont Hospital at Addis Abeba. The author feels the importance of

publication of this tropical disease, especially because one case developed purulent fluid in the chest, which on bacteriological examination showed Spirochaesta CASTELLANI. Refering to the different radiological findings, the author discusses the reasons of disagreement in the radiological interpretation by different authors.

RESUMEN

El A. en más de 2000 exámenes radiológicos del torax practicados en el Hospital « Princesa de Piemonte » de Addis Abeba, senala dos casos de broncoespiroquetosis de CASTELLANI. El A. cree oportuno senalar estos casos sea para el conocimiento de la nosografia colonial sea porque durante el curso de la enfermedad en uno de ellos se presentó un derrame pleural purulento, cuyo exámen bacteriológico puso en evidencia espiroquetas de CASTELLANI. El. A. despues de haber fijado la atención sobre la imagen « a vela »o bservada en un caso, ilustra los hallazgos radiológicos encontrados y trata de discriminar las causas del desacuerdo entre los varios AA. sobre la interpretación de los cuadros radiológicos de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

BALTACEANO. — La fuso spirochetosi broncopolmonare. « Acc. de Med. » maggio 1937.

BUSI. — La esplorazione radiologica del torace nella Tbc. polmonare. Pozzi 1929.

CASTELLANI JACONO. — Manuale di Clinica Tropicale. Rosemberg e C., Torino.

CROVERI. — Patologia Tropicale e Parassitaria. Sten, Torino.

CANNAVÒ. — La broncospirochetosi di Castellani. Ed. Salpietra, Palermo.

ID. — Sindrome pseudo tubercolare da broncospirochetosi. « Rivista Sanitaria Siciliana », 1930.

ID. — Sul quadro radiologico della Broncospirochetosi. « Archivio di Radiologia ». 1933. Vol. IX.

COLA. — Pseudo-tubercolosi da Broncospirochetosi.

CANNAVÒ-COLA. — Gli aspetti radiologici della broncospirochetosi. « Radiologia medica », 1933, Vol. XX.

JOYEUX-SICÈ. — Précis de Medicine Colonial, Masson e C. 1937.

MUCCI. — Sopra quattro casi di broncospirochetosi di Castellani in provincia di Modena « Arch. It. Scienze Med. Coloniali ». marzo 1934.

OMODEI-ZORINI. — Le sindromi pseudo tubercolari del polmone. « La Tisiologia nella pratica medica. Wassermann », 1933.

OVAZZA. — Reperti radiologici della broncospirochetosi. « Ann. Med. Navale e Coloniale ». Fasc. 5-6 1937.

RONCONI. — Broncospirochetosi del Castellani e Tubercolosi. « Il Policlinico » n. 34, 1933.

RUSSO. — Contributo alla conoscenza della Broncospirochetosi del Castellani. « Giornale Ital. di Clin. Tropicale », n. 7, 1937.

SCADUTO. — Un caso di broncospirochetosi del Castellani a Tarhuna. « Archivio Ital. Scienze Med. Col. e Parassitologia ». marzo 1937.

TUMMINELLO. — Pseudotubercolosi polmonare da brucellosi. « Minerva Med. », n. 43 1937.

59082

1959