



I. N. F. P. S.  
OSPEDALE SANATORIALE « P. GROCCO » - PERUGIA  
DIRETTORE: DOTT. A. IRACI

---

A. IRACI

## ESITI DI PLEURITE ESSUDATIVA E BRONCHIECTASIE

(CONTRIBUTO ALLA PATOGENESI  
DELLE BRONCHIECTASIE)

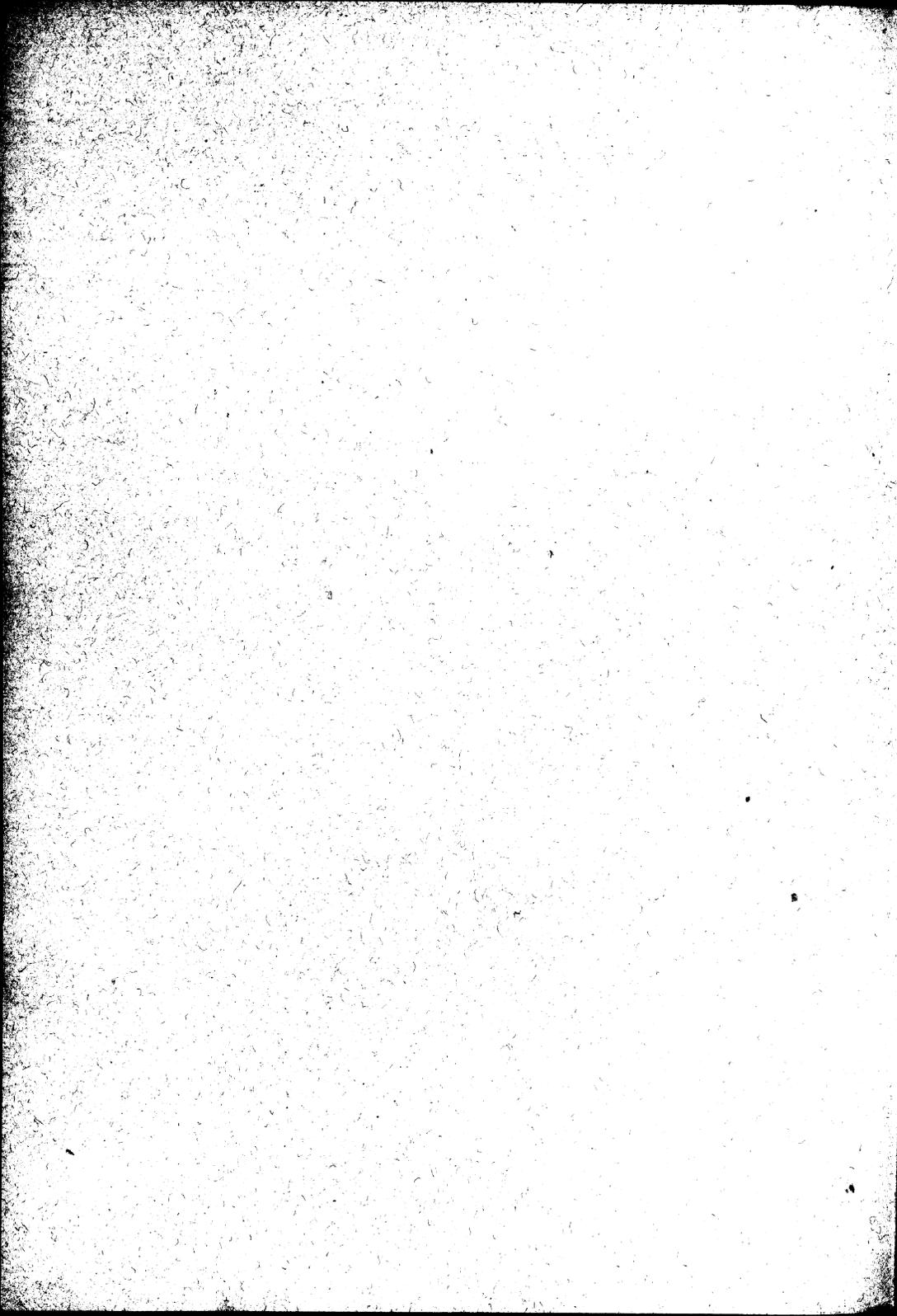
*Estretto da* ANNALI DELL'ISTITUTO « CARLO FORLANINI »

Anno V, N. 3-4, Pag. 287-305



ROMA  
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA  
*Via Emilio Morosini, 17*

—  
1941-XIX



## ESITI DI PLEURITE ESSUDATIVA E BRONCHIECTASIE

(CONTRIBUTO ALLA PATOGENESI DELLE BRONCHIECTASIE)

Dott. ALBERTO IRACI

Se nel campo delle bronchiectasie grandi progressi sono stati realizzati negli ultimi anni per quanto riguarda la diagnosi, specialmente da quando nel 1922 è stato introdotto il metodo della broncografia con olio iodato per merito di SICARD e FORESTIER, altrettanto non può dirsi per ciò che concerne la patogenesi per la quale invece gli Autori sono ancora lontani da raggiungere un accordo. Alcuni ritengono tale infermità esclusivamente o quasi di origine congenita, altri solo di origine acquisita, altri di natura acquisita ma con predisposizione congenita; tra coloro che propendono per l'origine acquisita gli uni attribuiscono importanza patogenetica ad un solo fattore, per esempio l'infettivo; altri a molteplici fattori. Non mancano però gli eclettici i quali, forse con più ragione, ritengono che le bronchiectasie possano avere origine da molte cause, sia congenite che acquisite.

La teoria congenita è sostenuta specialmente dall'HUTINEL, dal BARD e TRIPIER, dal SAUERBRUCH, dal BÖNNINGER, dal DEBRÈ, dal LEREBoullet, dal KARTHAGENER, dal BEZANÇON, dal LOFFLER. W. LOFFLER ritiene che la massima parte delle bronchiectasie si stabiliscono solo sopra una disposizione congenita dei tessuti, di modo che le dilatazioni bronchiali si formano poco per volta durante la vita anche senza l'intervento di altre concause infettive o meccaniche.

Il KARTHAGENER ha in numerosi lavori cercato di dimostrare l'origine congenita delle bronchiectasie in quanto egli ha riscontrato tale infermità associata ad altre malformazioni congenite, quali *situs viscerum inversus*, poliposi nasale, malformazioni dei seni mascellari o frontali, con sinusite, oppure l'ha osservata in cugini.

Il DEBRÈ pensa che i frequenti episodi broncopolmonari che si osservano nei malati affetti da bronchiectasie indicano una malformazione congenita anatomo-istologica bronco-alveolare.

Tra i sostenitori dell'origine congenita e quelli dell'origine acquisita vi sono poi alcuni AA. che in questi ultimi anni hanno emesso una teoria che può servire di unione, ossia la predisposizione congenita da parte dell'albero bronchiale, o di alcuni rami di esso, a lasciarsi dilatare, sfiancare, allorchè sopraggiungono delle cause patologiche (infettive, meccaniche, ecc.). Tali AA. sono, ad esempio, il PEPERE, il SUPINO, il LUISADA, il GREPPI, il MICHELI.

Il PEPERE fin dal 1906 ha riscontrato l'assenza o l'alterazione di sviluppo a carico delle cartilagini bronchiali, il SUPINO alterazioni delle fibre elastiche oppure dei muscoli lisci bronchiali; il LUISADA ha riscontrato a carico di tale muscolatura, alterazioni ipotrofiche od ipertrofiche in svariate malattie

e dell'apparato respiratorio; secondo il GREPPI invece trattasi di una deficienza funzionale, ossia di una astenia costituzionale della muscolatura bronchiale. Per il MICHELI esiste una vera diatesi bronchiectasica.

In ogni modo la Scuola Italiana è nella grande maggioranza favorevole all'origine acquisita delle bronchiectasie, con o senza la predisposizione congenita, e senza escludere però che esistono indubbiamente delle forme di natura esclusivamente congenita.

Ciò infatti è stato messo bene in luce nella relazione che OMODEI-ZORINI ha fatto sulle bronchiectasie nel 40° Congresso Italiano di Medicina Interna nel 1934 ed al quale rimando che desiderasse maggiori dettagli, soprattutto dal lato clinico e terapeutico.

L'OMODEI-ZORINI distingue le bronchiectasie in due grandi categorie: 1° le congenite; 2° le acquisite. Le prime possono dipendere da agenesia del tessuto alveolare, o da atelectasia permanente degli alveoli, o da eredo-lue, o da uno sviluppo adenomatoso dei bronchi; su tali alterazioni in seguito poi, agirà o il fattore meccanico (ventosazione) o il fattore infettivo (suppurazione cronica) od ambedue. Secondo l'A. solo una piccola parte delle bronchiectasie sono di origine congenita. Il criterio clinico più attendibile per attribuire ad una data bronchiectasia la genesi congenita è: inizio della sintomatologia fin dalla nascita o dai primi mesi di vita, aspetto policistico delle bronchiectasie, limitazione di queste ad un lobo o ad un polmone, assoluta integrità del cavo pleurico dimostrata con un pneumotorace, minore gravità, minore secrezione.

Le seconde invece, ossia le acquisite, possono originarsi dai seguenti fattori: meccanico, tossi-infettivo, circolatorio. Il fattore meccanico può essere sia da trazione che da pulsione, ma spesso questi si associano. La trazione si verifica specialmente, sia in forma statica che dinamica, nelle cirrosi pleuro-polmonari, nelle polmoniti croniche indurative, ma soprattutto allorché esistono aderenze pleuriche, come nei fibrotoraci, negli esiti di ferite toraco-polmonari, ecc. È merito di E. MORELLI, come vedremo meglio in seguito, l'aver messo in evidenza tutta l'importanza che ha l'aderenza pleurica ed i molteplici danni che questa produce impiantandosi profondamente fino nel tessuto peribronchiale e trasmettendo perciò direttamente il trauma inspiratorio, nel nostro caso, fino alla parete bronchiale.

Il meccanismo di pulsione si ha soprattutto in conseguenza del colpo di tosse (GREPPI, MORELLI) che provoca ipertensione nella cavità bronchiale ripiena di secrezione.

Il fattore tossi-infettivo può aversi tanto per malattie acute (polmonite, broncopolmoniti, influenza, morbillo, pertosse, ecc.) che croniche (tbc. polmonare, sifilide). Secondo ELKELES è l'agente eziologico dell'influenza, bacillo di Pfeiffer (?) che dà origine alle bronchiectasie.

Il fattore circolatorio è ritenuto da alcuni AA. responsabile della formazione di bronchiectasie. AMEUILLE e MÉZARD, il SAUERBRUCH e BRUNN in esperimenti su animali avrebbero constatato che legando i vasi bronchiali si formerebbero delle dilatazioni bronchiali.

VIDARI ritiene che nella stasi polmonare il catarro che ne deriva produce una diminuzione della resistenza e della elasticità dei bronchi.

Il CESA BIANCHI sostiene una concezione patogenetica vascolare attribuendo importanza massima ad alterazioni dei vasi nutritizi della parete bronchiale e conseguente disturbo nutritizio di questa. Egli afferma ciò fondandosi sul confronto tra le lesioni dell'aortite cronica ectasiante e dell'aneurisma arterioso, e quelle delle bronchiectasie, malattie nelle quali le alterazioni sono a tipo distruttivo e disintegrativo dell'armatura di sostegno della parete arteriosa e delle pareti bronchiale, con scomparsa e sostituzione delle

fibre elastiche per mezzo di un tessuto connettivo che non tarda a divenire fibroso e che essendo perciò poco resistente alle diverse forze che possono abbattersi su di esso, si lascia facilmente dilatare.

Come ho accennato il CESA BIANCHI ritiene che tali alterazioni di tipo distruttivo e disintegrativo delle pareti bronchiali e arteriose trovino la loro prima causa in processi di endoarterite obliterante dei vasi nutritizi delle suddette pareti, ciò che, se ormai è sicuramente dimostrato dal lato anatomo patologico per l'aortite ectasiante e l'aneurisma aortico, sembra, per quanto riguarda le pareti bronchiali, trovare una certa documentazione dalle ricerche di AMEUILLE, di MÉZARD, di LENOIR, di PERREAU, di SEE, di KINDBERG e DREYFUSS, dalle quali sarebbe emerso che in quasi tutti i casi di bronchiectasie croniche primitive dell'adulto, si riscontrano lesioni delle arterie bronchiali, a tipo di endomesoaortite cronica con notevole restringimento, che può giungere fino all'obliterazione del lume vasale e che pertanto determinano una grave deficienza nutritizia della parete bronchiale con conseguente alterazione del trofismo, della struttura elastico-muscolare-cartilaginea e sostituzione di questa con tessuto connettivo in principio lasso, ma che poi diviene fibroso ed in ultimo scleroso. Soltanto su pareti bronchiali e sul tessuto peribronchiale così alterato potranno in seguito agire altri fattori (infettivi o meccanici) producendo le bronchiectasie. La causa della endoarterite bronchiale potrebbe risiedere, sempre secondo il CESA BIANCHI, in processi infettivi, di aterosclerosi, di sifilide, di tubercolosi.

WATSON e KIBLER dividono le bronchiectasie in : 1) congenite ; 2) meccaniche, accompagnanti tbc., toracoplastica, pleuriti fibrose, ecc. ; 3) allergiche. Partendo dalla osservazione che molti bronchiectasici presentano anche ipertermia, eczema, asma o altri sintomi allergici, gli AA. hanno esaminato le secrezioni bronchiali ed hanno riscontrato il 10% di eosinofili ; avrebbero così stabilito che il 90% delle bronchiectasie è di natura allergica.

Secondo OMODEI ZORINI si deve poi porre un'ultima categoria patogenetica : le bronchiectasie criptogenetiche, ossia quelle dilatazioni bronchiali nelle quali nè dal lato anamnestico che dal lato clinico si riesce a riscontrare la causa dell'alterazione bronchiale.

Fra tutti i suddetti fattori di bronchiectasie acquisite tiene certamente un posto importante (non il principale che è tenuto da fattori tossinfettivi, come risulta anche da statistiche di OMODEI ZORINI e di PUCCIONI) il fattore meccanico dovuto alla presenza di sinfisi pleuriche.

Tuttavia non mancano Autori che negano qualsiasi importanza a questo ultimo fattore, tra i quali rammenterò lo JACCHIA che rileva un contrasto tra le dilatazioni bronchiali molto pronunciate e l'assenza o quasi di aderenze pleuriche ; il ROBINSON avendo praticato sedici lobectomie per bronchiectasie non avrebbe riscontrato l'importanza dell'aderenza pleurica ; il CESA BIANCHI così si esprime : « ancora affatto recentemente il PUCCIONI sostiene l'importanza del fattore meccanico da trazione nella patogenesi delle bronchiectasie, che egli ritiene per la maggior parte di natura acquisita, con le sue componenti pleurogena e endopolmonare. Ma questo modo di vedere non si può più oggi accettare ; in quanto non trova conferma nè nell'osservazione clinica, nè nello studio anatomico, nè nella ricerca sperimentale. Oggi, ormai, sappiamo che il fattore infettivo da solo, qualunque sia la sua importanza e la sua intensità non è capace di determinare lesioni tali nelle pareti bronchiali da portare al loro sfiancamento e tanto meno ne è capace il fattore meccanico, nè da solo nè affiancato a quello infettivo ».

Il FIORINI, praticando iniezioni parenchimali di alcool nei cani non è mai riuscito a riprodurre bronchiectasie nonostante si fossero formate sinfisi pleuriche e retrazioni polmonari.

Per tale motivo mi è sembrato interessante ricercare con quale frequenza si osservino bronchiectasie negli esiti di pleurite essudativa non trattata con pneumotoracentesi. A tale scopo ho eseguita la broncografia con radiopol al 40 % a 30 infermi dalla cui anamnesi risultava una pleurite essudativa, ma che nella grandissima maggioranza non accusavano il classico quadro sintomatologico subiettivo ed obbiettivo della bronchiectasie. Ritengo anche non inutile, allo stesso fine, dire subito che su 80 broncografie dimostranti dilatazioni bronchiali eseguite nella mia pratica sanatoriale su infermi in cui l'anamnesi e l'esame obbiettivo facevano sospettare la presenza di bronchiectasie, in 22 trattavasi di infermi che in precedenza avevano avuto pleurite essudativa omolaterale. Tale percentuale è vicina a quella riferita nel 1934 da OMODEI ZORINI che su 73 casi ne ha riscontrati 17 (omolaterali). Il PUCCIONI su 45 casi ne avrebbe osservati 6 causati da pregressa pleurite. Più precisamente nei riguardi delle malattie che avrebbero determinato le bronchiectasie, su 80 casi, ho osservato:

Broncopolmoniti e bronchiti acute infantili . . . . .	n. 20
Pleurite essudativa o plastica . . . . .	» 12
Grippe (complicata o meno da broncopolmonite) . . . . .	» 10
Morbillo e pertosse (complicati o meno da broncopolmonite) . . . . .	» 10
Polmonite franca . . . . .	» 8
Grangrenà ed ascesso polmonare . . . . .	» 2
Empiema . . . . .	» 2
Malaria . . . . .	» 2
Tubercolosi polmonare . . . . .	» 4

Per l'iniezione endotracheale ho sempre adoperato il metodo intercrico-tiroideo (in molti casi usando l'ago che SFORZA ha ideato e fatto costruire od hoc) previa iniezione di sedasolo, o di morfina con atropina, od eroina con atropina, e procedendo poi all'anestesia della laringe con soluzione di percaina al 2 % (da iniettarsi goccia a goccia attraverso lo stesso ago infisso nello spazio intercrico-tiroideo). Questo metodo mi sembra essere il migliore, e del resto questa non è solo la mia opinione ma anche quella di altri AA. che hanno potuto confrontare diversi metodi (MAGNO). Anche se, in apparenza, può sembrare un poco cruento è però molto più pratico, meno indagoso, e richiede minore quantità di anestetico. Fino ad ora io non ho dovuto lamentare nessun serio inconveniente.

Ed ora passo alla descrizione dei casi di esiti di pleurite essudativa in cui ho praticata la broncografia.

#### CASISTICA.

CASO n. I. — P. Pietro a. 25. — A 17 a. ebbe pleurite essudativa D., curata solo convalescenti. Da 6 mesi accusa dolore alla spalla D. modica tosse con poco espettorato. E. O. Ipfonesi in sopraspinoza sopra e sottoclaveare D. e alla base D. Margine inferiore D. fisso. Respiro aspro con rantoli e p. bolle in sopraspinoza D. M. v. debole nella 1/2 infer. emitor. D. Radiograficamente si osserva a D. presenza di noduli confluenti nell'apice e sottoapice, opacità uniforme nel 1/3 inferiore di D. Espettorato + per b. Koch. Diagnosi: tbc. polmon. a noduli confluenti del lobo sup. D. Esiti pleurite essud. D. Con la broncografia non si mettono in evidenza bronchiectasie.

CASO n. 2. — I. Corrado a. 37. — Da bambino tifo addominale. A 23 a. pleurite essudativa S. trattata con una sola toracentesi (senza introduzione di aria). Dopo queste è rimasto sempre alquanto debole e da 4 mesi si è accorto di avere febbri e un po' di tosse. *E. O.* Ipofonesi in soprascapola e sopraclavare S. e alla base S. che risulta immobile. *M. v.* debole in dette zone. Qualche sfregamento in soprascapola S. Espettorato Koch. — Radiograficamente si nota opacità dell'apice polmonare in corrispondenza della cupola pleurica che appare frastagliata e opacità alla base S. Diagnosi: pleurite apicale ed esiti di pleurite essudat. S. Con la broncografia non si mettono in evidenza bronchiectasie.

CASO n. 3. — L. Erminia a. 48. — A 38 a. pleurite essud. D. per cui fu praticata una toracentesi (senza introduzione di aria); 8 anni e mezzo dopo la pleurite si sono iniziate tosse, espettorato, febbri saltuarie, astenia. *E. O. F. v. t.* diminuito alla base D.



Fig. 1. — Caso n. 3.

Base D. fissa. Ipofonesi nella reg. ascellare D. Ronchi e alcuni rantoli a p. e m. bolle in paraventrare e base D. Esame espettorato negativo per il b. di Koch anche con prove biologiche e culturali. Radiograficamente si osserva un'accentuazione del disegno polmonare a D. specie nella 1/2 inferiore, opacità del 1/3 inferiore. Con la broncografia si mettono in evidenza alcune bronchiectasie cilindriche alla base D. (fig. n. 1). Diagnosi: bronchiectasie pulm. D. Sinfisi pleurica D.

CASO n. 4. — Z. Ottavio a. 28. — Morbillo senza complicazioni in tenera età. Erisipela a 14 a. Pleurite essudativa D. a 24 a. trattata con 3 toracentesi (senza introduzione di aria). Da circa 8 mesi accusa astenia, facile sudorazione, disappetenza, tosse con espettorato. *E. O.* si nota ipofonesi delle due zone apicali più marcata a D. e alla base D. che è immobile. Presenza di rantoli a p. e m. bolle in soprascapola e sopra e sottoclavare D. e a p. bolle in soprascapola S. *M. v.* indebolito alla base D. Espettorato Koch ++. Radiograficamente presenza di noduli a margini sfumati, di varia grandezza nella re-

gione apicale S. e apicale e sottoapicale D. in queste ultime regioni alcuni noduli sono confluenti ed escavati. Opacità alla base D. Con la broncografia non si mettono in evidenza bronchiectasie. Diagnosi: tbc. nodulare dell'apice S. e dell'apice e sottapice D. a noduli confluenti ed escavati; esiti pleurite essud. D.

CASO n. 5. — L. Iolanda a. 34. — Morbillo senza complicazioni nella prima infanzia. A 6 a. pleurite essudativa S. non trattata con pneumotoracentesi. Dopo 28 a. dalla pleurite ha cominciato ad avere sputi ematici che poi si sono ripetuti altre volte. Da qualche mese accusa anche astenia e febbre. *E. O.* Emitor. S. retratto e meno mobile. Base S. ipomobile. Ipofonesi all'emitorace S. con m. v. ridotto e scarsi crepitii diffusi. Espettorato Koch negativo anche con prove biologiche e culturali. Radiologicamente si nota solo accentuazione del disegno polmonare specie a S. e modica opacità

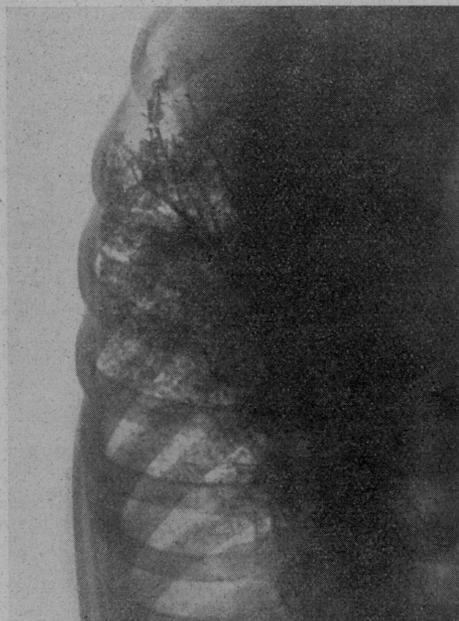


Fig. 2. — Caso n. 5.

basale S. Con la broncografia, in proiezione obliqua si mettono in evidenza delle piccole bronchiectasie nel seno costo diaframmatico posteriore (fig. n. 2). Diagnosi: bronchiectasie larvate del polmone S. con sinfisi pleurica.

CASO n. 6. — B. Pasquina a. 44. — A 7 a. pleurite essud. S. trattata con sole cure mediche. Da allora, a distanza di pochi mesi dalla pleurite, ha cominciato a soffrire di tosse e di espettorato, sintomi che si sono aggravati negli ultimi tempi. Accusa tosse, espettorato, qualche volta emoftoe. *E. O.* Base S. immobile e rialzata di circa 3 dita. Ipofonesi emitor. S.; rantoli a m. e gr. bolle nei 2/3 inf. di S. Espettorato negativo per il b. di Koch anche con prove biologiche e culturali. Radiograficamente si osserva opacità di tutto l'emitor. S. prevalente nella 1/2 inferiore con disegno polmonare accentuato. Con la broncografia si mettono in evidenza bronchiectasie cilindriche sacciformi su tutto l'emitorace (fig. n. 3). Diagnosi: bronchiectasie del polmone S. con sinfisi pleurica.

CASO n. 7. — T. Giovanni a. 24. — Pertosse da bambino, influenza a 18 a.; pleurite essudativa D. a 22 a. per cui furono praticate 4 toracentesi (senza introduzione di aria). Da un anno accusa modica tosse, pochissimo espettorato, spesso febbre. *E. O.*

Emitor. D. meno mobile del S. F. v. t. diminuito alla base D. Dolente il cacullare di D. Ipofonesi leggera alla base del torace D. con m. v. un po' ridotto. Esame espettorato ripetutamente negativo per il b. di Koch anche con arricchimento. Radiograficamente si osserva obliterazione del seno costo-diaframmatico D.; leggera opacità basale D. Presenza di un discreto numero di micronoduli nel lobo sup. D. in prevalenza sottopicali. Con la broncografia non si mettono in evidenza bronchiectasie. Diagnosi: tbc. micronodulare ematogena del lobo sup. D. Esiti pleurite essud. D.

CASO n. 8. — F. Corrado a. 30. — Da bambino ha avuto i comuni esantemi senza complicazioni. A 6 a. sembra abbia avuto scrofolosi. A 17 a. pleurite essud. D. trattata con vescicanti. A 25 a. ha cominciato a deperire e dopo poco ha avuto un breve periodo di febbre alta cui è residuata una febricola frequente; ha tosse ed espettorato in di-



Fig. 3. — Caso n. 6.

screta quantità. E. O. Emitor. D. retratto e meno mobile. F. v. t. diminuito alla base D. Area di Krönig ristretta bilateralmente ma più a D. Ipofonesi in sopra e sottospinosa, sopra e sottoclaveare, e base D. e in sopraspino e sopra e sottoclaveare S. Rantoli a p. e m. bolle nelle reg. superiori dei 2 emitoraci, in parte consonanti e più abbondanti a D. M. v. ridotto alla base D. Esame espettorato Koch ++++. Radiograficamente si osserva a D. la presenza di una caverna sottoclaveare del volume di un mandarino intorno alla quale il parenchima è occupato da numerosi noduli di vario volume; la 1/2 inf. di D. è opacata uniformemente e l'opacità aumenta procedendo verso il basso. A S. noduli confluenti in sopra e sottoclaveare e in parte scavati a forma di mollica di pane. Con la broncografia non si mettono in evidenza bronchiectasie. Diagnosi: tbc. fibro ulcerosa (cavitaria) polmon. bilaterale, preval. a D. cronicizzante. Esiti pleurite essud. D.

CASO n. 9. — P. Gina a. 20. — A 3 a. ebbe pleurite essud. S. trattata con sole cure mediche. Da allora, specie in inverno, ha tosse con espettorato. E. O. Base D. rialzata e fissa. Ipofonesi basale S. con alcuni rantoli a p. bolle e respiro broncovescicolare. Esame espettorato negativo per il b. di Koch anche con le prove biologiche e culturali. Radio-

graficamente si osserva una intensa opacità alla base del pulm. S. Con la broncografia si riesce ad osservare, attraverso l'iperchiarezza della bolla gastrica la presenza di una bronchiectasia sacciforme (fig. n. 4). Diagnosi: bronchiectasie larvate della base pulm. S. Esiti pleurite essud. S.

CASO n. 10. — S. Carlo a. 22. — Influenza a 14 anni; tifoide a 18 a. Pleurite essud. D. a 20 a. curata con una sola toracentesi. Rimessosi discretamente dalla pleurite, dopo pochi mesi ha cominciato ad avvertire dolori addominali frequenti e poco dopo notava tumefazione dell'addome e modica diarrea. Tali sintomi, quantunque diminuiti, persistono ancora insieme con febbricola e scarso appetito. *E. O.* Emitor. D. quasi immobile. Ipofonesi marcata nella 1/2 inferiore emit. D. con m. v. molto ridotto. All'addome segni di modico versamento ascitico libero. Esame espettorato: Koch negativo. Radiograficamente si nota marcata opacità della 1/2 inferiore dell'emitorace D. Ili amdebue ipertrofici. Con la broncografia non si mettono in evidenza bronchiectasie. Diagnosi: peritonite tbc. di tipo ascitico; esiti pleurite essud. D.

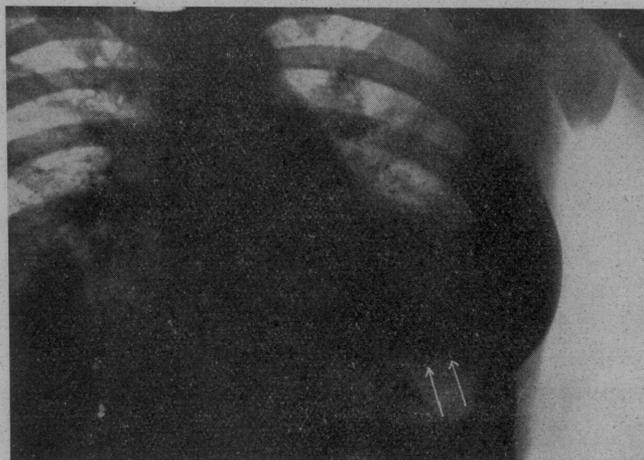


Fig. 4. — Caso n. 9.

CASO b. 11. — R. Angelo a. 40. — A 11 a. pleurite essudativa S. trattata con sole cure mediche. A 30 a. polmonite D. Il p. afferma che fin da giovanetto è stato sempre un po' tossicologo ciò che è aumentato negli ultimi anni aggiungendosi modica dispnea da sforzo. *E. O.* Base S. immobile e con ipofonesi e rantoli a p. e m. bolle. Alcuni di questi si ascoltano anche in sottoclaveare S. Esame espettorato ripetutamente negativo per il b. di Koch anche con prove biologiche e culturali. Radiograficamente si osserva intensa opacità di tutto l'emif. S. eccetto che alla base. Attrazione mediastinica S. Con la broncografia si mettono in evidenza alcune bronchiectasie in sottoclaveare S. e una bronchiectasia cilindrica verso la base S. (fig. n. 5). Diagnosi: bronchiectasie pulm. S. Esiti di pleurite essud. S.

CASO n. 12. — Q. Giulio a. 26. — Varicella a 3 a. Frequenti tonsilliti follicolari acute nell'infanzia. Influenza a 15 a. Pleurite essudativa a 24 a. curata con una toracentesi. Guarito di questa è rimasto astenico con dolori alla spalla D. e disappetenza. *E. O.* Ipofonesi alla base dell'emitorace D. con f. v. t. e m. v. ridotto. Assenza di rumori aggiunti. Esame espettorato negativo per il b. di Koch. Radiograficamente si nota solamente opacità uniforme e piuttosto marcata della 1/2 inf. emitor. D. Con la broncografia non si mettono in evidenza bronchiectasie. Diagnosi: Esiti inattivi pleurite essud. D.

CASO n. 13. — B. Giulia a. 32. — A 24 a. pleurite essud. D. curata con vescicanti. Dopo circa 2 a. ha cominciato a soffrire di tosse con espettorato che in questi ultimi tempi ha avuto talvolta cattivo odore. *E. O.* Base D. fissa. Ipofonesi basale D. Rantoli a p. m. e gr. bolle su tutto l'emitor. D. Esame espettorato negativo per il b. di Koch anche con prove biologiche e culturali. Radiograficamente si nota un'opacità diffusa a tutto l'emitorace D. con disegno polm. accentuato. Con la broncografia si mette in evidenza la presenza di alcune bronchiectasie sacciformi (fig. n. 6). Diagnosi: bronchiectasie polm. D. Esiti pleurite essud. D.



Fig. 5. — Caso n. 11.

CASO n. 14. — P. Giovanni a. 30. — Morbillo e scarlattina da bambino. Appendicite a 22 a. per cui fu operato. A 24 a. pleurite essud. D. trattata con sole toracentesi. Si guarì in circa 5 mesi. Da due anni ha cominciato ad accusare dolore alla spalla S. tosse prima secca e poi con espettorato modico; astenia. Una volta sputi ematici. *E. O.* A D. ipofonesi nel 1/3 inferiore dell'emitor. con m. v. e f. v. t. ridotto. A S. apice ristretto ed abbassato; ipofonesi in sopra e sottospinosa e sopra e sottoclaveare con respiro aspro e rantoli a p. e m. bolle. Esame espettorato ++ per il b. Koch. Radiograficamente si nota a D. opacità uniforme di modico grado del 1/3 inferiore. A S. una caverna del volume di una castagna in sede infraclaveare con cercine evidente; il tessuto circostante è infiltrato per lesioni prevalentemente essudative. Con la broncografia non si mettono in evidenza a D. bronchiectasie. Diagnosi: tbc. ulcero-caseosa (cavitaria) dell'apice e sottapice S. forma cronicizzante, subevolutive; esiti pleurite essudat. D.

CASO n. 15. — B. Eutimio a. 50. — A 23 a. pleurite essudat. D. trattata con sole cure mediche. Da allora è tossicologo. A 30 a. ebbe una piccola emottisi. Accusa anche febbricola, scarso espettorato. *E. O.* Base D. fissa. Lieve ipofonesi in sopraspino e base D. ove si ascolta m. v. debole e gruppi di rantoli a m. bolle. Esame espettorato negativo per b. di Koch anche con prove biologiche e culturali. Radiograficamente si nota

opacità modica della  $1/2$  infer. emit. D. con qualche piccola zona di maggiore trasparenza. Con la broncografia si mettono in evidenza numerose bronchiectasie sacciformi (fig. n. 7). Diagnosi: bronchiectasie polm. D. Esiti pleurite essud. D.

CASO n. 16. — C. Antonio, a 48. — Da bambino ebbe pertosse e morbillo senza complicazioni. A 18 a. pleurite essud. S. curata con vescicanti. A 23 a. influenza. In seguito ogni stagione invernale ha sofferto di tosse e di espettorato, fenomeni che si sono aggravati in questi ultimi anni, aggiungendosi anche leggera dispnea da sforzo. E. O. Lieve ipofonesi alla base S. che è immobile, presenza di alcuni ronchi, sibili e rantoli diffusi ad ambedue gli emitoraci specie nelle reg. basali; m. v. debole alla base S. Esame espettorato negativo per il b. di Koch anche con le prove biologiche e culturali. Radiograficamente oltre ad un'accentuazione del disegno polmonare bilateralmente e ad una



Fig. 6. — Caso n. 13.

opacità della base S. con oblitterazione del seno costo-diaframmatico, non si osserva altro di patologico. Con la broncografia non si mettono in evidenza bronchiectasie nè a D. nè a S. Diagnosi: bronchite cronica; esiti pleurite essud. S.

CASO n. 17. — S. Maria a. 30. — Parotite epidemica a 8 anni. Tonsillite a 9 e 10 a. Influenza a 16 a. Pleurite essud. D. a 21 a. curata con due toracentesi senza introduzione di aria. Due anni dopo la pleurite ebbe un periodo di febbricola per quattro mesi. A 28 a. ha cominciato ad avere dolore alla spalla D., deperimento, tosse con poco espettorato; nell'ultimo anno si è aggiunta febbricola nei periodi premenstruali e mestruali. E. O. Ipofonesi in tutto l'emit. D. ma prevalente alla base e in sopraspinoza e sopra e sottoclaveare base D. fissa; rantoli a p. e m. bolle in sopra e sottospinoza e sopra e sottoclaveare D. che acquistano carattere di consonanza in sottoclaveare; m. v. debole nel  $1/3$  inf. D. con scarsi crepitii. Esame espettorato + per b. Koch. Radiograficamente si nota a D. la presenza di una caverna in sottoclaveare del diametro di circa 3 cm.; nel circostante parenchima dell'apice e sottapice noduli e margini sfumati, in parte

confluenti ed escavati, opacità uniforme del 1/3 inferiore, qualche micronodulo in sopraclaveare S. Con la broncografia non si mettono in evidenza bronchiectasie. Diagnosi: tbc. polmonare fibro ulcerosa (cavitaria) D.; micronodulare apica S.; esiti di pleurite essud. D.

CASO n. 18. — B. Luigi a. 24. — Da bambino ebbe pleurite essudat. S. trattata solo con cure mediche. Pochi mesi dopo ha cominciato ad avere tosse con espettorato; sintomi che nel corso degli anni sono andati sempre aumentando; negli ultimi anni ha notato spesso espettorato fetido. *E. O.* Base S. fissa; suono ipofoneticotimpanico al 1/3 inf. emit. S. con rantoli a m. e gr. bolle. Espettorato ripetutamente negativo per il b. di Koch anche con prove biologiche e culturali. Radiologicamente si nota opacità uniforme della base S.; in mezzo a tale opacità si osservano piccole aree di maggior trasparenza. Con la broncografia si mettono in evidenza numerose bronchiectasie saciformi alla base S. (fig. n. 8). Diagnosi: bronchiectasie del polmone S. esiti di pleurite essud. S.



Fig. 7. — Caso n. 15.

CASO n. 19. — M. Alfredo a. 27. — Ha sofferto da bambino di qualche malattia esantematica ma non sa specificare quale. Blenorragia a 20 a. Pleurite essud. S. a 24 a. curata con sole cure mediche. Da un anno ha cominciato ad aver tosse, modico espettorato, dolore all'emitorace S. *E. O.* Area di Krönig a S. ristretta, ipofonesi alla base S. e in sopra e sottoclaveare; presenza di respiro aspro in sopraspinoza parte superiore dell's. v. e sottoclaveare S.; m. v. ridotto alla base. Esame espettorato negativo per il b. di Koch. Radiograficamente si nota opacità uniforme della base S. con oblitterazione del seno costo-diaframmatico; ilo di S. ipertrofico da cui si dipartono numerose strie e noduli a direzione intercleido-ilare. Con la broncografia non si mettono in evidenza bronchiectasie. Diagnosi: tbc. fibrosa-nodulare intercleido-ilare S.; esiti pleurite essud. S.

CASO n. 20. — T. Ubaldo a. 52. — Morbillo a 6 a. Poliartrite acuta a 18 a. non recidivata. A 25 a. pleurite essud. D. per cui fu praticata una toracentesi senza introduzione di aria. A 35 a. ebbe bronchite acuta, ripetutasi dopo 6 mesi dopo di che il p. ha sempre sofferto più o meno di tosse con espettorato. *E. O.* Ipofonesi nei 2/3 inf. di D. con m. v. ridotto, presenza di sibili, ronchi e rantoli a p. e m. bolle diffusi ad ambedue gli emitoraci. Esame espettorato negativo per il b. di Koch anche con prove biologiche e culturali. Radiograficamente si osserva opacità uniforme della base pulm. D. Accen-

tuazione del disegno polmonare ed ilii ipertrofici bilateralmente. Con la broncografia non si mettono in evidenza bronchiectasie. Diagnosi: bronchite cronica; esiti pleurite essud. D.

CASO n. 21. — C. Corrado a. 35. — A 23 a. pleurite essud. S. che sembra si sia poi ripetuta a 26 a. Non è stata mai fatta pneumotoracentesi. Dall'età di 29 a. ha cominciato a soffrire di facile dispnea, di tosse con modico espettorato, di dolori toracici a S. E. O. Ipfonesi su tutta l'emitt. S. più marcata nella 1/2 inferiore, con m. v. molto ridotto. L'emitorace S. si presenta retratto ed immobile. Esame espettorato ri-



Fig. 8. — Caso n. 18.

petutamente negativo per il b. di Koch anche con prove biologiche e culturali. Radiograficamente si nota opacità, intensa specie nella 1/2 inf. di tutto l'emitorace S. Il mediastino è attratto verso S. Con la broncografia non si mettono in evidenza bronchiectasie. Diagnosi: fibrotorace post-pleurítico S.

CASO n. 22. — C. Alfredo a. 43. — Poliartrite acuta a 14 a. Pleurite essud. D. a 23 a. trattata senza pneumotoracentesi. Dall'età di 30 a. ha cominciato a soffrire di tosse con espettorato, facile dispnea da sforzo, sintomi che sono aumentati negli ultimi anni. E. O. Emittor. D. meno mobile del S. e retratto nella parte inferiore. F. v. t. diminuito alla base S. ove si nota ipofonesi e m. v. ridotto con scarsi crepitii lungo la base posteriormente. Esame espettorato negativo per il b. di Koch anche con prove biologiche e culturali. Radiograficamente si nota solo opacità della base D. con oblitterazione del seno costo-diaframmatico. Con la broncografia si mettono in evidenza delle bronchiectasie cilindriche a carico dei bronchi situati medialmente (fig. n. 9). Diagnosi: bronchiectasie larvate pulm. D. Esiti pleurite essud. D.

CASO n. 23. — G. Agnese a. 28. — Pertosse a 9 a. Influenza a 14 a. Pleurite essud. S. a 18 a. curata con una toracentesi, e per cui stette male circa 7 mesi. A 24 a. ebbe un periodo febbrile di circa un mese con tosse, espettorato ed una volta emofloe. E. O.

Ipofonesi in sopra e sottospinosa e sopra e sottoclaveare D. apice D. ristretto, ipofonesi nel 1/3 inf. S. Basi ambedue fisse. Presenza di respiro aspro in sopra e sottospinosa e bronchiale in sopra e sottoclaveare con alcuni rantoli a m. bolle. M. v. ridotto alla base S. Esame espettorato ++ per il b. di Koch. Radiograficamente si nota a D. la presenza di una lobite superiore escavata, in fase retraente, opacità nel 1/3 inf. di S. con seno costo diaframmatico obliterated. Con la broncografia non si mettono in evidenza bronchiectasie a S. Diagnosi: lobite superiore D. escavata in fase retraente; esiti pleurite essudativa S.

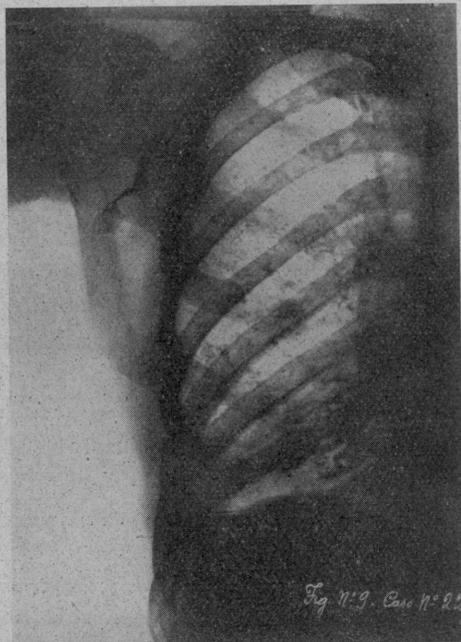


Fig. 9. - Caso n. 22.

CASO n. 24. - D. R. Attilio a. 24. - Febbre tifoide a 16 a. Pleurite essud. D. curata senza pneumotoracentesi a 19 a. per cui stette male circa 5 mesi. Da un anno soffre di dolore alla spalla D., astenia, tosse quasi senza espettorato, qualche volta ha febbre, due volte ha avuti sputi macchiati di sangue. E. O. apice D. ristretto ed abbassato, ipofonesi in sopraspino e sopraclaveare e alla base D. che è immobile. M. v. debole ma senza rumori aggiunti nelle zone ipofonetiche. Esame espettorato negativo per il b. di Koch. Radiograficamente si nota opacità uniforme dell'apice D. e del 1/3 inf. del pulm. D. Con la broncografia non si mettono in evidenza bronchiectasie. Diagnosi: corticopleurite tbc. dell'apice D. esiti pleurite essud. D.

CASO n. 25. - O. Cesare a. 16. - A 14 a. ebbe pleurite essud. D. curata senza pneumotoracentesi. Dopo un anno cominciò a soffrire di tosse, espettorato abbondante, talvolta fetido. Una volta ha avuto emoftoe. E. O. Base D. rialzata e fissa; ipofonesi lieve in i. s. v. D. più marcata alla base con respiro bronchiale e rantoli a p. e m. bolle. Esame espettorato + per il b. di Koch. Radiograficamente si osservano numerose strie opache che dall'ilo di D. si dirigono verso la base; oblitterazione del seno costo-diaframmatico. Con la broncografia si mettono in evidenza delle bronchiectasie cilindriche e sacciformi, nella reg. basale medialmente (fig. n. 10). Diagnosi: tbc. pulm. fibro ulcerosa lobo inf. D. con bronchiectasie; esiti pleurite essud. D.



Caso n. 26. — B. Giovanni a. 31. — Malaria a 15 a. Pleurite essud. S. a 25 a. trattata con sole cure mediche in seguito alla quale rimase astenico per circa un anno. A 29 a. ha cominciato ad aver tosse, un po' di febbre, dolore all'emit. D., modico espettorato. All'E. O. si nota a D. ipofonesi in i. s. v. e anteriormente tra 2° e 4° spazio intercostale, ipofonesi più netta nel 1/3 inf. di S. Presenza di respiro aspro e alcuni rantoli a p. bolle in i. s. v. e a m. bolle anteriormente nella suddetta zona ipofonetica; m. v. debole alle base S. Esame espettorato + per il b. di Koch. Radiograficamente si osserva a S. opacità uniforme del 1/3 inf. e a D. la presenza di una caverna, del volume di una grossa castagna, situata nel 3° sp. interc. ant. sulla parasternale. Con la broncografia non si mettono in evidenza bronchiectasie. Diagnosi: tbc. fibro ulcerosa (cavitaria) iuxta-ilare D.; esiti pleurite essud. D.

Caso n. 27. — C. Carlo a. 33. — Morbillo e varicella da bambino. Frequentemente pleurite essud. D. a 28 a. curata con sole cure mediche; in seguito a questa ha continuato

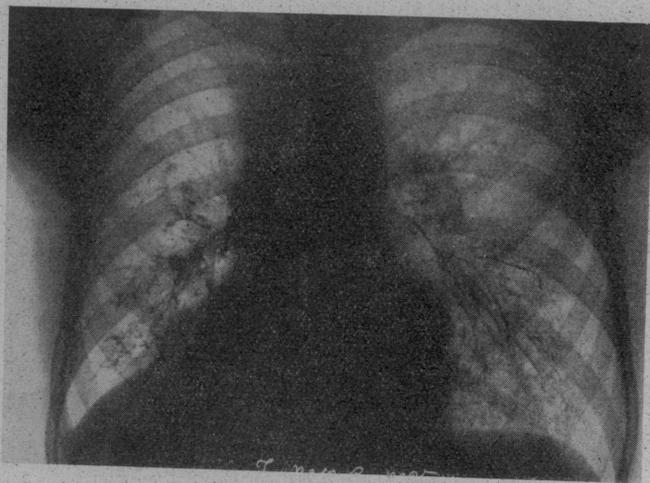


Fig. 10. — Caso n. 25.

ad accusare dolori all'emit. D., astenia, facile dispnea da sforzo, sintomi che si sono accresciuti durante gli ultimi mesi. All'E. O. si osserva l'emit. D. retratto e quasi immobile con f. v. t. e m. v. quasi aboliti nel 1/3 inferiore; non si ascoltano r. a. A carico del cuore si hanno i segni steto-acustici di una insufficienza mitralica. Assenza di segni di scompenso. Esame espettorato negativo per il b. di Koch anche con prove biologiche e culturali. Radiograficamente si nota opacità della 1/2 inferiore dell'emit. D. che aumenta dall'alto verso il basso. Modica attrazione del mediastino verso D. Ingrandimento dell'orecchietta e del ventricolo di S. Con la broncografia non si mettono in evidenza bronchiectasie. Diagnosi: esiti inattivi di pleurite essud. D. Endocardite cronica mitralica (insuff.) in fase di compenso.

Caso n. 28. — R. Dante a. 34. — Da bambino ebbe i comuni esantemi infantili. A 19 a. pleurite essud. D. curata senza pneumotoracentesi. Pochi mesi fa ebbe alcuni sputi ematici. Scarsissima tosse con pochissimo espettorato. E. O. Apice D. ristretto. Ipofonesi su tutto l'emit. D. Base D. fissa. Presenza di alcuni crepitii alla base D. Esame espettorato ripetutamente negativo per il b. di Koch. Radiograficamente: opacità intensa ed uniforme dell'apice e sottapice D. e dell'apice S. La base D. non ha la normale curva diaframmatica, ma è retta ed è completamente obliterato il seno costo diaframmatico. Attrazione della trachea verso D. Con la broncografia si mettono in evidenza

alcune bronchiectasie sacciformi alla base D. (fig. n. 11). Diagnosi: fibrosi pleuro-polmonare dell'apice e sottapice D., dell'apice S. Esiti pleurite essud. D. Bronchiectasie larvate polmone D.

CASO n. 29. — N. Elisa a. 27. — Varicella a 5 a. Differite a 7 a. Influenza a 15 a. Pleurite essud. S. a 22 a. curata con due toracentesi senza introduzione d'aria. Da alcuni mesi accusa astenia, poca tosse senza espettorato, scarso appetito, febbricola nei periodi mestruali. *E. O.* Ipofonesi in sopraspinoza e sopra e sottoclaveare S. e un po' più marcata, verso la base S. che è immobile. Respiro aspro con scarsi crepitii sotto fosse in sopraspinoza e sopraclaveare S. M. v. debole alla base S. Esame espettorato ripetutamente negativo per il b. di Koch. Radiograficamente si osservano nella zona apicale



Fig. 11. — Caso n. 28.

e immediatamente sottoapicale di S. dei noduli opachi in discreto numero e strie opache; la base S. pure presenta una modica opacità uniforme. Con la broncografia non si mettono in evidenza bronchiectasie. Diagnosi: tbc. nodulare dell'apice pulm. S. Esiti di pleurite essud. S.

CASO n. 30. — G. Costanza a. 24. — Non ricorda di avere sofferto malattie degne di nota fino all'età di 18 a., epoca in cui soffrì di pleurite essud. S. curata con vescicanti e per cui stette male circa 5 mesi. Due anni fa, dopo un breve periodo di astenia, fu colta da febbre modica che durò circa 7 giorni cedendo poi per lisi; residuò astenia, tosse con modico espettorato, sudori notturni, frequenti periodi di febbricola. *E. O.* Emitor. S. un po' retratto verso la base. Ipofonesi in sopra e sottospinoza e sopra e sottoclaveare di D. e alla base S. che è immobile. Presenza di respiro aspro con rantoli a p. e m. bolle nelle regioni ipofonetiche di D.: m. v. ridotto nel 1/3 inferiore dell'emitor. S. Esame espettorato + per il b. di Koch. Radiograficamente si osserva a D. nel lobo superiore la presenza di numerosi noduli, alcuni dei quali confluenti ed escavati a mollica di pane; a S. opacità leggera ed uniforme alla base. Con la broncografia non si mettono in evidenza bronchiectasie. Diagnosi: tbc. fibro ulcerosa cronicizzante lobo sup. pulm. D.; esiti di pleurite essudat. S.

Dall'esame dei casi sopra descritti vediamo come, avendo praticata la broncografia a 30 infermi nella cui anamnesi remota risultava una pleurite essudativa, siano stati riscontrati 11 casi di bronchiectasie nello stesso lato della progressa pleurite. Di queste alcune presentavano qualcuno dei sintomi clinici o anamnestici che fanno sospettare la presenza della bronchiectasia, mentre in altri mancava qualsiasi segno più o meno caratteristico.

Particolare da prendersi in considerazione è che nessuno dei casi esaminati era stato trattato, all'epoca della pleurite essudativa, con le pneumotoracentesi secondo le direttive di E. MORELLI.

Riguardo al lato del torace ove le bronchiectasie si sono riscontrate, 6 sono a destra e 5 a sinistra, ma ciò può dipendere dal fatto che nei 30 casi studiati, 18 avevano sofferto di pleurite essudativa a D. e 12 a S.

Il tempo decorso tra la pleurite essudativa e i primi sintomi va da un minimo di pochi mesi o un anno, ciò che sembra più frequente (casi n. 6, 9, 15, 18, 25) ad un massimo di 28 anni (caso n. 5). In qualche caso, come nel n. 28 non è possibile stabilire tale intervallo di tempo.

Riguardo alla forma delle bronchiectasie la maggior parte (n. 7 casi) si sono dimostrate sacciformi, due volte cilindriche e due volte miste (sacciformi e cilindriche).

Due casi di bronchiectasie sacciformi (n. 5 e 9) ed uno di bronchiectasia cilindrica (n. 22) possono essere classificate tra le bronchiectasie larvate descritte da OMODEI ZORINI.

In due casi (n. 25 e 28) si tratta di forme miste a tbc. polmonare; in tutti gli altri invece di bronchiectasie non tbc.

L'aver riscontrato su 30 esiti di pleurite essudativa la presenza di 11 casi di bronchiectasie omolaterali alla progressa sierosite, mi sembra una percentuale così alta che dà ancora una prova della grande importanza che i postumi dell'essudazione pleurica hanno nel determinismo di alcune bronchiectasie, e ciò quantunque qualche Autore, come ho detto in precedenza, neghi qualsiasi valore al fattore meccanico, sia isolato che unito al fattore infettivo. Del resto anche MAGNO recentemente, avendo istituito simili ricerche su 14 fibrotoracei, ha riscontrato bronchiectasie in ben 11 casi.

Sono ormai molti anni che il Prof. E. MORELLI ha dimostrato e va dimostrando l'importanza che l'aderenza pleurica ha nella patogenesi della dilatazione bronchiale, oltre che in tante altre forme morbose polmonari. Infatti molto diverse sono le condizioni anatomiche, funzionali e meccaniche del sistema bronco-polmonare, a seconda che esista o meno sinfisi pleurica.

Nell'assenza di questa, e nell'integrità del tessuto polmonare e delle pareti bronchiali è naturale che queste non risentano danno della continua trazione, sia statica che dinamica; esercitata dalla parete toraco-diaframmatica; infatti tale trazione si esercita di uguale intensità su tutti i punti e si abbatte principalmente sul tessuto polmonare e in special modo sul gas endoalveolare, elementi che per la loro grande elasticità si lasciano deformare senza nocumento; pertanto i bronchi non solo saranno sottoposti ad una trazione debole, ma questa sarà uguale su tutta la loro parete.

Già alquanto differenti si presentano le cose in caso di flogosi bronchiale; in tal caso la parete bronchiale non ha più quella resistenza e nello stesso tempo quella elasticità di cui normalmente è dotata ed allora può lasciarsi sfiancare se viene sottoposta ad una trazione un poco più forte.

Si verifica cioè lo stesso fenomeno per cui alcune volte si vede insorgere l'enfisema polmonare in individui che troppo presto, durante la convalescenza di una malattia polmonare, si sono sottoposti di nuovo a quegli stessi sforzi respiratori che in precedenza (ossia a tessuto polmonare sano) non avevano provocato alcun danno. FORLANINI porta a tale proposito l'esempio dei trom-

bettieri alpini che pur essendo sottoposti ad un enorme trauma respiratorio a causa della loro duplice qualità di alpini e di trombettieri, non ammalano di enfisema polmonare, mentre tale infermità li colpisce se durante la convalescenza di una polmonite, di una broncopolmonite, si sottomettono di nuovo agli stessi sforzi. È per questo che MORELLI raccomanda la massima prudenza durante la convalescenza delle malattie dell'apparato respiratorio, allo scopo di evitare che l'esercitarsi della trazione parietale sui bronchi ancora non tornati allo stato normale, possa determinarne la dilatazione. Così pure può essere pericoloso quando, anziché essere aumentata la forza di trazione della parete toraco-diaframmatica, è aumentata la capacità retrattile del polmone, come può verificarsi in casi di atelectasia polmonare cronica o di processi di cirrosi polmonare. Ma in tutti questi casi in cui manca l'aderenza pleurica la trazione è in parte diminuita dal fatto che per il normale scivolamento su di loro dei due foglietti pleurici possono avvenire dei compensi dilatatori a carico di altre parti di parenchima polmonare.

Ben diverse sono invece le cose in presenza dell'aderenza pleurica; questa fa sì che il trauma inspiratorio si abbatta direttamente sul punto di impianto dell'aderenza, e non più con una forza di trazione attutita dalla dilatazione del gas endoalveolare e del tessuto elastico, ma con una forza di trazione proporzionale direttamente alla potenza dei muscoli della parete toracica; e il punto di impianto dell'aderenza non è sulla superficie del polmone, ma si approfonda in esso per mezzo di tramiti fibrosi, come è stato dimostrato da ZORINI e SCORPATI, di modo che può giungere fino alle pareti bronchiali.

Se si considera poi che la aderenza pleurica non è sempre un semplice velo o nastro del cavo pleurico, ma molto di frequente è una spessa cotenna pleurica, residuo di un versamento siero fibrinoso non evacuato che ha parzialmente collassato o reso atelectasico una parte del polmone più o meno grande, in cui si addentrano, si infiltrano, attraverso tale cotenna, processi di sclerosi, di fibrosi, con ostruzioni alveolari, con stenosi bronchiali e bronchiolari, ecc. fattori tutti che aumentano la trazione sia statica che dinamica, non è chi non veda come i danni della sinfisi pleurica vadano moltiplicandosi, e spesso formando un giro vizioso in quanto la bronchiectasia di per sé stessa può produrre sclerosi peribronchiali e parenchimali ed altre sinfisi pleuriche.

Tutto ciò stabilisce anche come sia doveroso curare le pleuriti essudative secondo le norme ripetutamente scritte e dette da E. MORELLI ossia con le pneumotoracentesi. Con tal metodo infatti non solo si evacua il versamento in modo migliore e meno pericoloso che con le semplici toracentesi, ma si mantengono separati i due foglietti pleurici fino alla completa cessazione della flogosi pleurica, di modo che ritornando solo allora il foglietto pleurico viscerale a contatto del parietale sarà evitata la formazione delle aderenze pleuriche (dannose non solo per la genesi delle bronchiectasie, ma anche per l'evoluzione di eventuali successivi focolai tbc. nonché per l'impossibilità, in tal caso, di attuare un efficace pneumotorace terapeutico) od anche se qualcuna se ne formerà il polmone però sarà completamente riespanso e non in retrazione.

Recentemente DE LUCA ha pubblicato il reperto necroscopico di una inferma già ammalata di pleurite essudativa trattata con pneumotoracentesi e nella quale al tavolo anatomico non si trovavano aderenze pleuriche se se ne eccettua una leggera alla parte bassa della doccia parevertebrale.

Al fattore meccanico di trazione si può aggiungere poi, in un secondo tempo, ossia quando per infezione della dilatazione bronchiale si sarà formato dell'essudato, il fattore meccanico da pulsione. Infatti nelle dilatazioni bronchiali la pressione fortemente positiva che si stabilisce durante il colpo

di tosse agisce nell'essudato, ossia su un liquido e questo a sua volta, con la forza di un torchio idraulico, sulla parete bronchiale.

Fortunatamente la natura provvede affinché, quando vi è una estesa sinfisi pleurica, i movimenti respiratori della gabbia toracica siano più limitati ed è per ciò che la dilatazione bronchiale, raggiunto un certo limite, non continua in genere ad accrescersi.

Questi sono dunque i momenti patogenetici per i quali E. MORELLI attribuisce grande importanza alla sinfisi pleurica nel determinismo di molti casi di bronchiectasie, e che ciò sia esatto resta ancora una volta confermato dalle mie ricerche.

Che poi indipendentemente da questo fattore meccanico, oppure successivamente o simultaneamente a questo, esistano anche altre cause determinanti la dilatazione bronchiale, nessuno lo nega. Così può benissimo ammettersi la predisposizione congenita per cui, insorgendo cause infettive o meccaniche, più facilmente si forma la dilatazione bronchiale; così è fuori dubbio che alcune volte basta il solo fattore infettivo, come risulta dalle frequenti bronchiectasie che si verificano dopo le malattie infettive dell'apparato respiratorio, così può anche darsi che alcune volte siano le alterazioni dei vasi nutritizi delle pareti bronchiali nel senso di CESA-BIANCHI che hanno determinato una facile alterabilità dei bronchi (quantunque si potrebbe dubitare che tali endoarteriti obliteranti dei vasi nutritizi siano non la causa predisponente ma una conseguenza dell'alterazione della parete bronchiale e del tessuto polmonare circostante).

« In natura le cause non sono quasi mai semplici. Io ho richiamato mille volte l'attenzione dei miei uditori su questo punto ma, credetelo, non sarà mai troppo. Tutti abbiamo la pernicioso tendenza a intravedere d'un qualunque fenomeno una sola causa; ed ecco come e perchè le asserzioni degli scienziati debbono subire revisione continue. Sul principio si crede d'aver scoperto la vera causa, tutta la causa, e fascinati da questo supremo godimento intellettuale si corre fino in fondo, ma poi, e poco a poco, si viene a scoprire che quella causa che pareva tutto, non era che una parte (A. MURRI) ».

### RIASSUNTO

L'A. ha ricercato l'eventuale presenza di bronchiectasie, mediante la broncografia, in 30 infermi che nel passato avevano sofferto di pleurite essudativa non trattata con pneumotoracentesi; in 11 di tali malati sono state riscontrate bronchiectasie. Ciò prova ancora una volta l'esattezza dell'opinione di E. MORELLI che attribuisce grande importanza alla sinfisi pleurica nella patogenesi delle bronchiectasie.

### RÉSUMÉ

L'auteur, se servant de la broncographie, a recherché une éventuelle bronchiectasie sur 30 malades qui auparavant avaient souffert de pleurésie exudative, non traitée par pneumo-thoracentèse chez onze de ces sujets furent rencontrées des bronchiectasie. Cela prouve encore une fois l'exactitude de l'opinion du Professeur Morelli qui accorde une grande importance à la sinéchie des plèvres dans la pathogénie des bronchiectasies.

### ZUSAMMENFASSUNG

Verf. suchte mittels Bronchographie nach dem eventuellen Vorhandensein von Bronchiectasien in 30 Patienten die in der Vergangenheit an einer exudativen Pleuritis litten welche keiner Behandlung mittels Pnth. und Flüssigkeitsentnahme unterzogen

worden waren; in 11 dieser Patienten wurden Bronchiectasien festgestellt; ein neuer Beweis von der Richtigkeit der Ansicht Morellis, der den Pleuraverwachsungen eine grosse Bedeutung in der Pathogenese der Bronchiectasien zuschreibt.

## SUMMARY

The author has sought for the eventual presence of bronchiectasis by means of bronchography in 30 patients who had suffered in the past from exudative pleuritis not treated with pneumothoracocentesis; in 11 of these cases bronchiectasis existed. This is yet another proof of the accuracy of the opinion of Morelli, who attributes great importance pleural symphysis in the pathogenesis of bronchiectasis.

## BIBLIOGRAFIA

- AMBRUS P. M. — « Am. Rev. Tub. », luglio 1937.  
 BEZANCON F. — « Journal des Praticiens. », 1° gennaio 1927.  
 BONNINGER. — « Beitr. z. Klin. der Tbk. », vol. 80, fasc. 1.  
 CESA BIANCHI D. — « Rassegna Clinica Scientifica I.B.I. », 1938, n. 5.  
 DE LUCA V. — « Annali Istituto C. Forlanini », 1939, n. 9-10.  
 DE LANDAZURI ORTIZ A. e MANANA I. — « Arch. Espan. de Pediat. », agosto 1931.  
 FIORINI. — « Policlinico Sez. Chirurgia », 1934.  
 GREPPI E. — « La medic. internaz. », maggio 1934.  
 HOESSLIN. — « Deutsche Med. Woch. », 30 novembre 1934.  
 HUTINEL. — Les dilatations des bronche, thèse de Paris, 1922.  
 ELKELES G. — « Schweiz Med. Woch. », 1937, n. 17.  
 JACCHIA. — Le bronchiectasie. Edit. Cappelli, 1931.  
 KARTAGENER M. — « Beitr. zur Klin. der Tbk. », Bd. 87, H. 7.  
 Id. — « Beitr. zur Klin. der Tbk. », Bd. 85, H. 1.  
 KARTAGENER M. e HORLACHER A. — « Beitr. zur Klin. der Tbk. », Bd. 87, H. 4.  
 LOFFLER W. — « Schweiz. med. Woche. », 1937, n. 1.  
 LEON-KINDBERG. — Les dilatations des bronches. Masson Edit., Parigi.  
 LUISADA. — « Arch. It. Bioch. Ital. », 1933, fasc. 1.  
 LIVERANI e MAGNO. — « Minerva Medica », 1937, n. 18.  
 MAGNO N. — « Annali Ist. C. Forlanini », 1938, n. 3.  
 MORELLI E. — « Rassegna Clinico scientifica I.B.I. », 1928, n. 1-2.  
 Id. — Lezioni al Corso di specializzazione in Tisiologia.  
 MORELLI E. e SPINEDI. — Malattie appar. respir. Ed. Idelson, Napoli, 1932.  
 MONALDI V. — Fisiopatologia dell'app. respir. nella tbc. polm. Armani Edit., Roma.  
 OMODEI-ZORINI A. — Le bronchiectasie. Edit. L. Pozzi, Roma, 1934.  
 PUCCIONI P. — « Annali Istituto C. Forlanini », 1937, n. 12.  
 PEPERE. — « Lo sperimentale », 1906, f. 2.  
 PERAZZO G. — « Annali Italiani di Chirurgia », novembre-dicembre 1935.  
 REGGIANI G. e SCARPA A. — « Annali Istituto C. Forlanini », 1939, n. 7-8.  
 SERGENT E. — « Presse Médicale », 1932, n. 15.  
 Id. — Pomeau Delille e Racine. « Le Monde Médicale », gennaio 1937.  
 SUPINO L. — « Arch. Ital. Anat. e Ist. Patol. », 1932, n. 2.  
 SAUERBRUCH. — Chirurgie der Brustorgane. 2ª Ediz., Berlino, 1930.  
 Id. — « Arch. für. Klin. Chirurg. », vol. 180, 1934.  
 TAPIA M., TELLO VELDIVIESO F., ARA A. — « Rivista Espan. de Pediat. », agosto 1931.  
 UNVERRICHT. — « Zeit. f. Aertz. Fortb. », 15 giugno 1933.  
 WIESE O., BLATT Z. — « F. Tub. Forsbung », vol. 46, n. 3-4.  
 WATSON e KIBLER. — « The Journ. of the A.M.A. », vol. III, 1938, n. 5.  
 WERNER W. P. — « The Journ. of the A.M.A. », 1935, n. 21.

