

Mix B76/ 32

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

G. ZIRILLI



**LA TUBERCOLOSI OSTEOARTICOLARE NEL QUADRO
DELL'INFEZIONE PRIMARIA
(RILIEVI CLINICI E PATOGENETICI)**

Estratto da ANNALI DELL'ISTITUTO « CARLO FORLANINI »

NUMERO UNICO 1944, pag. 110.

ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 17

1945



LA TUBERCOLOSI OSTEOARTICOLARE
NEL QUADRO DELL'INFEZIONE PRIMARIA
(RILIEVI CLINICI E PATOGENETICI)

Dott. G. ZIRILLI

Scorrendo la letteratura delle forme tubercolari osteo-articolari dei bambini non si trovano che scarse e frammentarie notizie sui rapporti con le varie fasi dell'infezione primaria.

In questa nota basandomi sullo studio clinico-radiologico di duecento casi, vengono esposte alcune osservazioni riguardanti le localizzazioni osteo-articolari nell'infanzia e propriamente i rapporti cronologici che esse contraggono con le manifestazioni polmonari e ghiandolari di prima infezione, nonché i loro aspetti evolutivi in rapporto al tempo di insorgenza. Per chiarezza si fa qui astrazione di quei numerosi casi nei quali il quadro clinico osteo-articolare insorge con anamnesi muta nei confronti di pregresse sofferenze dell'apparato respiratorio. Si sa che in questi casi molto spesso l'esame radiologico mette in evidenza reliquati di complesso primario, di adenopatie, di fenomeni pleuritici, ma non si hanno elementi sufficienti per stabilire un qualsiasi nesso tra queste e le nuove manifestazioni morbose che, nonostante l'età potrebbero far parte anche di un ciclo patologico del tutto distinto.

Le mie osservazioni prendono esclusivamente in esame i casi nei quali esiste concomitanza tra entità morbosa nell'ambito dell'apparato respiratorio e processi osteo-articolari e l'analisi concerne le caratteristiche nosologiche generali di queste ultime raffrontate ai nessi cronologici e al tipo anatomico-clinico delle prime.

Solo eccezionalmente si incontrano processi osteo-articolari simultanei ad un complesso primario tipico in evoluzione. Dalle mie indagini però non è possibile dire se l'eccezionalità sia reale o dipende solo dalle difficoltà di riscontro. Può infatti avvenire che il processo osteitico assuma tardivamente una propria fisionomia clinica nonostante l'insorgenza precoce e che a sua volta il complesso ganglio-polmonare decorrendo silenziosamente appaia in involuzione o come reliquato nei radiogrammi eseguiti contemporaneamente al rilievo dell'affezione osteoarticolare.

Comunque nel mio materiale di osservazione i casi probativi di questo genere sono tre e in tutti la presenza di un complesso primario fu svelata occasionalmente eseguendo indagini radiologiche dell'apparato respiratorio in conseguenza delle prime manifestazioni di un processo osseo.

Meno raramente è dato rilevare una concomitanza clinica tra localizza-

zioni ossee e processi polmonari o ghiandolari a impronta essudatizia allergica. Anche qui evidentemente si tratta di forme precoci rispetto alla prima penetrazione del bacillo nell'organismo. Infatti dalla ricostruzione cronologica e clinico-biologica fatta da MONALDI risulta che gli addensamenti perifocali intorno al focolaio viscerale e gli ingorghi essudatizi delle ghiandole satelliti broncomediastiniche stanno a rappresentare le prime manifestazioni concrete dell'allergia. Di conseguenza se i processi osteoarticolari sono divenuti clinicamente appariscenti quando fanno la loro apparizione i suddetti quadri morbosi ganglio-polmonari è ovvio che l'impianto del bacillo nell'apparato scheletrico è stato antecedente. Questa considerazione pertanto porta a raccogliere in un unico gruppo tutte le localizzazioni ossee (forme precoci) fin qui considerate.

Un gruppo ben più numeroso è rappresentato dai processi che insorgono sul declinare o dopo la risoluzione di quadri di accertata natura essudatizia (forme intermedie); nel mio materiale le entità morbose più frequenti che figurano negli antecedenti immediati delle localizzazioni ossee sono i quadri sublobari e lobarari, i quadri scissurali e periscissurali, le adenopatie allergiche dei gruppi iuxtatracheali e ancor più le pleuriti essudative allergiche. L'insorgenza dei processi osteoarticolari talvolta si avvera mentre le entità morbose polmonari, ghiandolari o sierosistiche sono in fase di stato, più spesso mentre sono avviate a regressione e dopo la loro completa scomparsa. Quest'ultima eventualità è confermata dai molteplici casi nei quali, portando in presenza di processi ossei l'indagine sull'apparato respiratorio, si ritrovano obliterazione di un seno costodiaframmatico, cappe pleuriche apicali, ispessimenti di una scissura, tralci opachi nell'ambito di componenti primarie esiti evidenti di processi essudatizi collaterali o sovrapposti.

Esistono infine alcune localizzazioni ossee che si instaurano dopo una serie di processi di origine ematica derivanti da gittate bacillemiche discontinue (focolai apicali di SIMON, processi cutanei oculari, di più sierose a impronta essudatizia, focolai tisiogeni a tipo metastatico, ecc.) e anche sul declinare di quadri polmonari disseminati a tipo cronicizzante. Sono queste le forme più tardive che qualche volta si inseriscono anche come semplici epifenomeni in quadri estesi e gravi interessanti più organi o apparati.

Fissati questi gruppi in base a nessi cronologici le mie indagini si sono rivolte allo studio delle caratteristiche nosologiche e particolarmente delle note evolutive. È evidente che se in questo campo si volesse procedere a una schematizzazione si potrebbe facilmente cadere nell'arbitrio innanzi tutto perchè i gruppi non sono numericamente raffrontabili, ma ancor più perchè l'andamento di un qualsiasi processo specifico e in particolare di quelli osteoarticolari è condizionato a una lunga serie di fattori generali e locali, strutturali e funzionali, costituzionali o contingenti, che per tante vie possono indurre ripercussioni positive o negative. È certo poi la delimitazione in gruppi basata su i rapporti cronologici non è sempre facilmente definibile e molti casi rimangono incerti.

Tuttavia la ricchezza del materiale di osservazione mi ha permesso di confermare e in certo modo ampliare alcuni importanti rilievi già fatti da MONALDI. Di norma le localizzazioni ossee precoci hanno tendenza alla regressione spontanea e il decorso sembra tanto più favorevole quanto più la loro insorgenza appare prossima a quella del complesso primario. In ogni caso questi processi, anche se multipli, tendono a rimanere isolati e ad entrare in

fase riparativa. Le fistolizzazioni e gli ascessi ossifluenti sono assai rari e quando si avverano compaiono tardivamente e per lo più solo dopo superata la fase delle essudazioni di cui si ha riscontro in eventuali processi polmonari, ghiandolari o sierosistici intercorrenti. Si potrebbe dunque dire che l'eventuale impronta colliquativa anche in queste occorrenze è del tutto secondaria.

Diversa invece appare la posizione anatomo-clinica di quelle forme intermedie che susseguono a processi essudatizi allergici. Qui i fenomeni destruenti e la tendenza alla fluidificazione con formazione di ascessi e fistolizzazioni, oltre che essere imponenti, appaiono precocemente dando alla prima fase del quadro patologico un ritmo accelerato. Si penserà a un processo che insorge e decorre con impronta tisiogena manifesta. Anche in questi casi però vi è tendenza alla localizzazione e alla delimitazione dei focolai e la regressione è possibile. Quando per l'imponenza dei processi o per il protrarsi dei fenomeni suppurativi si delinea una cronicizzazione l'esito può avvenire per lenta consunzione e turbe degenerative complesse, e le eventuali disseminazioni terminali, appaiono solo come epifenomeni.

Ancor più grave sembra essere il decorso di quelle forme tardive precdute da processi ematogeni a gittate discontinue o che si inseriscono in quadri disseminati di tipo cronicizzante. In queste, a parte la molteplicità dei focolai e il loro orientamento evolutivo tisiogeno, sono frequenti i passaggi ad altre parti dell'apparato ostoarticolare, il successivo interessamento di altri apparati e infine la conclusione del complessivo quadro patologico con meningiti o con disseminazioni generalizzate acute. Si direbbe che alle note che caratterizzano la prima fase anatomo-clinica del gruppo precedente si aggiunga qui la tendenza allo sconfinamento e alla progressiva invasione di altri settori sino al facile interessamento della complessiva economia organica.

* * *

Fu già ricordato che ogni processo specifico e in particolare quelli ostoarticolari possono subire l'influenza di fattori esteriori o sovrapposti. Sembra tuttavia che l'azione di questi si estrinsechi in maggior grado nelle fasi inoltrate quando il quadro patologico entra in periodo di stato o di cronicità. All'inizio invece alcuni di essi (traumi, affezioni banali, condizioni strutturali, di sviluppo e di circolo, ecc.) si limitano a favorire l'impianto bacillare in determinati settori, ma non sembra rivestano importanza nel delinearne la fisionomia anatomo-clinica.

Questa a sua volta non può essere dovuta a differenti modalità di apporto dei bacilli in quanto tutte le localizzazioni ossee di norma seguono a gittate bacillemiche. Cosicché il diverso orientamento evolutivo deve considerarsi connesso con peculiarità del substrato biologico. E il fatto che l'impronta originaria è differente a seconda della posizione cronologica che assume l'affezione in confronto della prima penetrazione del bacillo nell'organismo sta a riconfermare anche in questo campo che gli atteggiamenti biologici subiscono un progressivo spostamento nel tempo, assumendo aspetti nuovi e sempre più complessi che traducono fasi diverse di rapporti interreattivi tra bacillo e organismo.

RIASSUNTO

L'A. sulla scorta di 200 osservazioni di processi ostoarticolari nell'infanzia fa un'analisi sommaria delle caratteristiche nosologiche degli stessi confrontate con la loro diversa posizione cronologica rispetto alla prima penetrazione del bacillo nell'organismo.

251116

