

69290

DOTT. DECIO ALBINI

## SULLA TERAPIA

DELLA

# PNEUMONITE CRUPALE

*Sp. Luc*

*B*

*27.*

Sans la thérapeutique il n'y a plus de  
médecine pratique; avec elle, la médecine  
est la plus belle de toutes les sciences et le  
plus noble de tous les arts.

I. B. BOUSQUET.



ROMA  
TIPOGRAFIA EREDI BOTTA  
VIA UMBRIA  
—  
1890

### Rassegna storica della terapia pneumonica.

Della pneumonite si fa menzione nelle più antiche opere mediche; ma il concetto della pneumonite non ha avuto nei tempi passati l'istesso valore clinico e anatomo-patologico, che riceve dall'attuale indirizzo delle scienze mediche.

Nelle opere d'Ippocrate, Galeno, Celso non si fa differenza esatta fra infiammazione del parenchima polmonale e quella delle pleure e bisogna giungere ad epoca molto posteriore a quei benemeriti antesignani delle mediche discipline per rinvenire una distinzione fra polmonite e pleurite e trovar cenno delle loro varietà, complicazioni ed affezioni consecutive.

Ed evidentemente non era possibile una chiara conoscenza della malattia, quando intorno ai polmoni, sia dal lato anatomico che fisiologico, per vari secoli hanno dominati i più strani ed assurdi concetti.

A titolo di curiosità giova riportare il parere di Platone intorno ai polmoni. Questo poeta e filosofo insigne dell'antichità riteneva che il cuore può venir riscaldato soverchiamente da stimoli nocivi. « Perciò i demoni collocarono nella cavità del petto, presso il cuore, i polmoni, perchè avessero con esso relazione e servissero coi loro canali aerei ( $\alpha\rho\tau\eta\rho\iota\alpha\epsilon$ ) a rinfrescar l'eccedente calore, a moderare la collera e a rendere ubbidienti le vene del corpo. Contribuisce a questa refrigerazione anche la bibita, la quale arriva per mezzo della trachea nei polmoni e di là viene evacuato per mezzo dei reni (GALENO, *De dogmat. Hippocr. et Plat.*, l. VIII, p. 327).

Nè meno stravaganti erano le idee di Aristotile, il grande stagirita che succedette a Platone. Egli paragona la struttura dei polmoni ad un fungo; essi servono a rinfrescare e a condurre lo spirito, ossia l'aria al cuore.

Erofilo, anatomico vissuto (così Celso) ai tempi di Tolomeo I, ammise una fistole e diastole nei polmoni, ed una tendenza in essi d'inspirare ed esalare l'aria.

Asclepiade di Bitinia investigò nel miscuglio dei principii più sottili del corpo le forze materiali e meccaniche della vita e dalle prime ripeté il polso, mentre le materie sottili, che non differiscono punto dal pneuma degli antichi dogmatici, passano dai polmoni nel cuore e da questo nelle arterie (GALENO, *De different. pulz.*, I, III e IV).

Areteo, riguardato dopo il gran medico di Coa pel migliore osservatore dell'antichità, tiene i polmoni per insensibili ed assomiglia la loro sostanza alla lana.

Nemesio nel suo libro "*De natura humana*" chiama la sostanza dei polmoni carne spumosa.

A Vesalio noi dobbiamo una accurata descrizione dei visceri toracici. Egli fu il primo ad esaminare la piegatura della pleura, denominandola mediastino, e dimostrò gli errori in cui erano caduti gli antichi ammettendo una cavità formata dal mediastino, che comprendesse una porzione dei polmoni, come in alcuni animali, nei quali il polmone ha maggior numero di lobi.

Rettificò anche gli errori in cui era caduto Eustachio nelle sue figure sopra il mediastino e rimarcò inoltre nei cadaveri l'adesione dei polmoni colla pleura, e perciò ammise i legamenti dei polmoni.

Adriano Spigelio (1632) diede ai polmoni l'ufficio di mantenere il calore del cuore e ai muscoli intercostali esterni, contro il parere di Galeno, quello di dilatare la cavità del petto ed agli interni di restringerla.

Giambattista Elmonzio oppugnò l'ipotesi degli antichi intorno al movimento dei polmoni nella respirazione, col prendere in considerazione la struttura dei polmoni mancanti di qualsiasi forza atta all'indicata funzione.

Al celebre Marcello Malpighi, professore nell'Università bolognese, si deve un altro importante contingente a tali studi. Nel 1661 dimostrò con esperienze microscopiche la circolazione del sangue nei vasellini più tenui dei polmoni. Egli riteneva che l'interno dei polmoni fosse composto di sacchetti o brandellini, tra cui trovansi vescichette comunicanti tra loro e colle ramificazioni della trachea (MALPIGHI, *De pulmonibus*, p. 135). Queste vescichette, secondo Malpighi, servono a favorire il miscuglio dell'aria.

Giovanni Swammerdan, nel 1667, stabilì " per causa dell'ingresso dell'aria nei polmoni il condensamento dell'atmosfera, che circonda il petto, occasionato dalle precedenti dilatazioni del medesimo e la pressione di essa su questi strati di aria i più vicini alla bocca. " (*De respiratione*). Questa teoria va sotto il nome di Circolo Cartesiano, avendola Cartesio esposta per primo.

G. Majow, con un lavoro edito l'anno 1668, reputò che l'ossigeno atmosferico è indispensabile tanto nelle funzioni respiratorie che nella combustione. Come vedesi, egli gettò i germi delle opinioni, che attualmente si hanno riguardo alla chimica della respirazione.

G. Alfonso Borelli si occupò con molta sagacia del meccanismo della respirazione. Egli rilevò che nei movimenti respiratorii le costole si torcono e lo sterno si eleva. Per lui i polmoni essendo privi di fibre muscolari, non hanno attività; ma i muscoli intercostali si manifestano organi principali della respirazione. L'aria ispirata non si espira tutta (BORELLI, *De motu animale*).

Lorenzo Bellini asserisce " che l'ufficio della respirazione consiste in agevolare e promuovere la circolazione del sangue nei minimi vasellini, e che durante l'espiazione una porzione d'aria si mescola col sangue venoso. "

In sul principio del passato secolo, G. Claudio Adriano Elvezio confutò molti errori, e molte ricerche accurate fece sulla struttura del polmone, le quali per brevità si omettono.

Le ricerche di Elvezio vennero indi ribadite dall'insigne anatomico Giambattista Morgagni.

Boerhave, Haller ed altri dedicarono i loro studi a questo argomento, su cui poi importanti lavori, fatti nella prima metà di questo secolo, hanno diffuso nuova luce.

Ai gradual progressi sulla fisiologia ed anatomia polmonare corrisposero man mano più esatte conoscenze sul nosologismo della pulmonite; al che largamente contribuirono pure le scoperte fisiche e chimiche ed il metodo sperimentale. L'esattezza del concetto clinico della pulmonite invano cercerebbero persino nelle opere classiche di Rivière, Sydenham, Cullen, Frank e Portal (1804), le cui pubblicazioni vennero alle stampe sull'inizio di questo secolo.

Prima del 1810-15 non si differenziavano esattamente la polmonite e la pleurite. Quella credevasi centrale del polmone, questa superficiale: *pulmonitis et pleuritis non differunt nisi in profunditatem*.

Le ricerche semiologiche sulla percussione e sull'ascoltazione furono nuova fonte di scoperte e progressi; a Laennec (1816) deve il merito precipuo di avere con ingegno sagacissimo descritto i segni semiotici delle affezioni pulmonari. Col *Trattato dell'ascoltazione mediata*, opera che sarà sempre con vantaggio consultata, lo studio di queste malattie raggiunse il più alto grado di perfezione. A Laennec bisogna riconoscere il primato di aver separato clinicamente la pleurite acuta dalla pneumonite.

Ad Avemburger (*Inventum novum ex percussione thoracis ut signa obstruos interni pectoris morbos detegendi*, 1761), Corvisart (1808) e indi a Piorry e Skoda, si deve se la percussione potè riuscire un validissimo sussidio clinico. Alle opere di questi chiarissimi maestri ha tenuto poi dietro una lunga serie di pubblicazioni sulle ricerche termometriche e grafiche, sulla sintomatologia, patogenesi, etiologia e cura di questa importante e frequente malattia.

Premesse queste fuggevoli notizie, seguiremo a grandi tratti il progressivo andamento della terapia pneumatica, raccogliendo alcune ricerche ed osservazioni fatte dagli scienziati che han preceduti i nostri tempi e che col patrimonio ed il tesoro dei loro studi han reso possibili le scoperte ed i criteri della odierna medicina curativa.

Più dettagliata menzione occorre fare di quei rimedi, ai quali si è voluto dare il valore di agenti terapeutici speciali e sui quali tra i clinici è durata lunga e contrastata la polemica, com'è avvenuto pel salasso e pel tartaro stibiato.

*Salasso.* — A tutti è noto come il salasso sia stato sempre dichiarato il più valido rimedio contro la pneumonite, a cominciare dal sommo padre della medicina ed a continuare a tutti i fautori della dottrina del controstimolo.

Ippocrate sottraeva sangue fino al deliquio.

" Si quidem dolor sursum ad jugulum tendat, vel ad mammam et brachium, internam brachii venam secare oportet, ea parte qua dolor affligit et sanguinem detrahare pro corporis habitu, anni tempore, aetate, et colore plusque et cum majore fiducia, si dolor acutus fuerit *ad animi usque deliquium ducere* (Hipp. De rat. vict. in morb. acutis).

Galeno faceva lo stesso qualunque fosse lo stadio, in cui si trovasse la pneumonite; egli estraeva sei cotili di sangue. Boerhave (Aphor. 854 de cogn. et cur. morb.) Baglivi, Huscham, Cullen, Darwin, Hildenbrand, Andral, Bouillaud e tutti i più

fanatici seguaci della dottrina del controstimolo appartenevano alla scuola del vampirismo.

Cullen proporziona la quantità di sangue alla gravità della malattia ed alla vigoria del malato; e s'intende che i salassi erano sempre più o meno copiosi, sino quasi alla sincope.

Tissot, Zimmerman, Frank ritenevano importantissimo il salassare sin da principio poichè le emissioni sanguigne fatte a tempo le giudicavano preferibili a quelle più copiose, ma tardive. Essi ritenevano pure che si potesse adoperare il salasso in qualunque fase della malattia.

Bricheteau e Pinel sono meno generosi nel salasso. Essi sono convinti che le pleuropneumoniti cedono all'uso di uno o due sottrazioni sanguigne, che favoriscono la crisi ed abbreviano la convalescenza. Anche il Morgagni (*De sedibus et causis morb. lib. II*) ammette le emissioni moderate di sangue, dichiarando che quando sono intempestive ed abbondanti, specialmente nei vecchi, sopprimono gli sputi e accelerano la morte.

Mackintosh attesta che si apporta molto più danno dal poco che dal troppo salassare.

Non solo sulla quantità di sangue, ma anche sulla scelta della vena da incidere è sorta spesso disputa nei secoli scorsi. Alcuni proponevano il salasso della vena del lato affetto, mentre altri cavavano sangue indifferentemente ora da un braccio ora dall'altro.

Per dare un'idea del modo empirico, onde prima curavasi la pneumonite, riporto il metodo del Bouillaud, ch'era adottato in Francia ed altrove. Nelle peripneumonie, quando non siano gravissime, nè molto leggiere e che prendano un adulto d'una costituzione e d'una forza ordinaria, e che siano nel primo o tutt'al più nel secondo grado, fa fare due salassi, uno la mattina di 4 e l'altro la sera di 3-4 scodellette; e nell'intervallo che passa tra un salasso e l'altro fa applicare sulla

parte dolente 30 *sanguisughe* o le coppette a taglio, estraendo così circa 3 altre scodellette di sangue.

Nel secondo giorno ordina il terzo salasso egualmente abbondante dei due primi, e se persevera ancora il dolore laterale, replica le sanguisughe o le coppette. Nel terzo giorno le pneumoniti di primo grado cessano; ma se, per avventura, persistono ancora, egli non sta dubbioso ad eseguire il quarto salasso di 3-4 scodellette. È raro che la polmonia, ancorchè pervenuta al secondo grado, persista ancora al di là del quarto giorno; e in questo caso egli omette il salasso (*tandem!*) ed applica sulla parte dolente un largo vescicante. In generale, Bouillaud cava sangue finchè non sia cessata la reazione febbrile e non siano quasi del tutto scomparsi il dolore e la dispnea. Nel quinto e nel sesto giorno non rimane a fare che di tenere il malato sotto sorveglianza. Per lo più la pneumonite scompare rapidamente e comincia a farsi sentire l'appetito. In qualche caso sopravviene nuova recrudescenza, che obbliga ad altra sottrazione di sangue. In questa circostanza, opina Bouillaud, può tornare utile il tartaro stibiato ad alta dose. Le pneumoniti leggiere e di primo grado, e che non hanno la data che di uno o di due giorni, per lo più guariscono dopo la terza emissione di sangue; in quelle gravissime ed estese alla maggior parte di ambidue i polmoni, e che sono pervenute al secondo o terzo grado, bisogna trarre sangue dalle braccia 7, 8 ed anche 9 volte, senza omettere le sottrazioni locali!

Non occorre divagare in più numerose citazioni, poichè degli altri antichi non si hanno idee originali sul proposito.

Ai giorni nostri il salasso è considerato poco meno che un delitto ed un attentato alla vita. Basti citare il Cantoni, che scrive: " Chi conosce l'importanza fisiologica del sangue deve inorridire nel trovare tuttora fra i medici delle campagne qualche propugnatore della cura dissanguatrice. "

Il salasso non solo non corrisponde alla indicazione causale della pneumonite, come si credeva quando l'infiammazione si faceva dipendere dall'iperemia, ma richiede molto accorgimento per essere utilizzato come un rimedio sintomatico.

Recentemente il salasso si è rimesso in discussione, considerandolo sotto un nuovo punto di vista, come mezzo cioè eliminante dall'organismo sangue infetto da agenti batterici o da ptomaine.

*Tartaro stibiato.* — Merita una distinta menzione, perchè fu considerato da Rasori come il rimedio principe e talora esclusivo della pneumonite.

Rasori (V. R., febbre petecchiale di Genova, 1813), aveva con molta fede usato il tartaro stibiato come rimedio contro-stimolante nella febbre petecchiale di Genova del 1799 e del 1800. In seguito ne continuò l'uso ordinandolo in altre affezioni infiammatorie e specialmente nelle polmonie. Egli prescriveva il tartaro stibiato alla dose di uno scrupolo ed anche di una e più dramme nelle 24 ore, giungendo a darne più once nel corso di una malattia.

Tommasini curò oltre un centinaio di polmonie ed ebbe una mortalità del 10 per cento circa. Egli non ricorreva a molti e abbondanti salassi, ma adoperò alte dosi di tartaro stibiato, il chermes, il nitro, la scilla, l'acetito di potassa e l'acqua coobata di lauro ceraso.

Laennec amministrava subito ai malati deboli e cachettici il tartaro stibiato senza far precedere altri rimedi. Faceva da prima cavare sangue e ripeteva il salasso se la pneumonite complicavasi ad affezione precordiale o se v'erano sintomi di apoplezia o congestione. Quindi propinava il tartaro stibiato in una infusione di foglie d'arancio con sciroppo d'altea, e dopo ciò, qualora il caso non fosse allarmante, lasciava riposare gli infermi. Se la malattia era grave e l'infiammazione si allargava a tutto il polmone, continuava la prescrizione del

tartaro stibiato, finchè i fenomeni stetoscopici non si mostrassero modificati. Laennec assicura pure di aver trovato utile l'aggiungere al tartaro stibiato lo sciroppo di acodio.

Fantonetti sostiene che il tartaro stibiato è rimedio di tutta utilità nella pneumonite; ma che, ove esistesse processo flogistico anche appena iniziato nello stomaco, esso tartaro emetico l'accresce e quindi riesce più nocivo che utile; e aggiunge che non fa mestieri ricorrere a dosi elevate.

I medici inglesi, e tra essi Mackintosh, Groves e Stokes, erano pure partigiani della cura rasoriana, ma giudicavano il tartaro stibiato un rimedio secondario al salasso.

P. Williams per calmare il vomito, che succede dopo la somministrazione del tartaro stibiato, raccomanda di associarvi l'acido idrocianico alla dose di una o due gocce, ogni 2, 3, 4, 6 ore, secondo la gravità del caso; ma le varie posizioni non debbono farsi molto tempo prima di usarle, perchè presto si decompongono e l'ossido d'antimonio si precipita. Può essere perciò utile prescrivere il tartaro emetico in una polvere da sciogliersi al momento della esibizione in un bicchiere d'infusione di corteccia di limone, a cui si può aggiungere l'acido idrocianico. Se il vomito continua, egli applica all'epigastrio l'empastro di senapa o poche sanguisughe (Michelotti, *Enciclopedia della medicina pratica*).

Queste erano le idee dominanti, quando la cura del Rasori era in onore; ora al tartaro emetico non si accorda più fiducia. Le dosi eccessive di essa avvelenano l'organismo e scemano la coagulabilità del sangue.

Le piccole dosi nemmeno riescono immuni, perchè deprimono le forze; e si comprende agevolmente come ciò debba riuscire dannoso in una malattia, in cui è necessario tener attive le forze organiche. Oltre a ciò il tartaro emetico non è senza inconvenienti pel tubo gastro-enterico, suscitando il catarro della mucosa.

Adesso il tartaro stibiato unitamente all'ippecacuana viene usato da qualche medico della vecchia scuola, quando non sia facile la espettorazione, e nell'albero respiratorio vi sia un forte zaffo di secreto.

Areteo nella pneumonia salassava generosamente e del vino così espone: "vinum, si febre vacant, quod haud ita facile adstringat, potui detur; quippe densat corpora as-driatio (*De acut. morb. curand.*)"

Brera confida che l'acido prussico torni vantaggioso nelle pneumonite ed anche nelle bronchite

Bricheteau scrive che le pneumonite epidemiche, adinamiche o pervose debbonsi curare con rimedi speciali, diversi da quelli indicati nelle pneumoniti essenziali. Invece dei salassi, sono indicati i tonici, quali la chinachina, la canfora, il muschio, l'oppio, la serpentaria, il castoreo, i sali ammoniacali, il vino, i vescicanti rubefacenti, i cordiali aromatici, come la melista, cannella, acidi minerali e vegetali.

Baglivi riteneva la canfora come rimedio specifico della pneumonite astenica.

Campagnano narra di una pneumonite vinta con un bagno freddo, mentre ad altre cure erasi dimostrata ribelle (*Osservatore medico di Napoli*, 1824-35).

Carminati asserisce di aver guarite gravissime pneumonite con la radice del colchico autunnale.

Constant diè alle stampe nel *Boulléin général de therapeutique*, una memoria sulla cura adoperata nell'ospedale di Parigi (des enfants malades) per i bambini affetti da pneumonite. Base della cura erano le sottrazioni di sangue fatte coi salassi, le sanguisughe e le coppette a taglio. Quando la risoluzione ritardava, si ricorreva ad un vescicante o ad un empiastro stibiato. Per accelerare la guarigione si davano purganti, bevande demulcenti, giulebbe con gomma, un loc e non si concedeva vitto finchè durava la febbre.

Nella pneumonite consecutiva ad esantemi usavansi salassi copiosi; in quella allora detta ipostatica si amministravano tonici di china ed acqua vinosa; nella pneumonite cronica, che si riteneva più frequente nei bambini, si usavano i cauteri sulle pareti toraciche e le acque solforose

Corvisart amministrava in sul finire della peripneumonite olio di ricino con sciroppo di spino cervino e ciò fu trovato utile anche da Husson e Martin Solon (*Diet. de Méd. et de Chir.*).

Cuming fa menzione di pneumoniti guarite con la digitale (Bayle, *Bibl. de Thérap.*).

Chomel loda il vino nella pneumonite degli individui bevoni.

Duburg (1830) consiglia le coppette a taglio ed i vescicanti sulle pareti del torace. I vescicanti erano dichiarati giovevoli da molti medici, ma non erano tutti d'accordo riguardo all'epoca della malattia da adottarsi.

Hamilton (1783) faceva prendere più volte al giorno agli ammalati un miscuglio di calomelano ed oppio. Nello stesso tempo adoperava abbondanti bevande tiepide e sottrazioni sanguigne. Anche Gobée (1835) prescriveva alte dosi di calomelano, ma senza oppio.

Hildenbrand raccomanda le lozioni di acqua alla temperatura di 10° R. (*Ann. Schol. clin. med.* 1830).

Hoffmann ordinava un miscuglio di fiori di belzuino e di canfora, quando il malato era esausto di forze con espettorazione cessata e polso piccolo.

Hufeland in ogni forma di pneumonite impiegava, anche nello stadio acuto, quando l'infermo era tormentato da tosse secca, una ricetta in cui entravano radice di salep, acqua di fiori d'arancio, estratto di giusquiamo e sciroppo d'altea.

Kreysig dichiara utile nella pneumonite nervosa la radice di senega (Alibert, *Elem. de the. rap.*).

Laennec, nel suo trattato dell'ascoltazione mediata, scrive: " i tonici, e specialmente la china china, sono utili in particolar modo verso la fine della malattia, quando, dopo il periodo della suppurazione, sia cessata la febbre e la suppurazione abbia luogo con molta lentezza. Gli antichi, e tra gli altri Areteo, in tali circostanze prescrivevano il vino. „ Egli ammette che durante certe epidemie di pneumoniti, le sottrazioni sanguigne riescano sempre di danno, mentre sono sempre utili i tonici e la china china.

Maclure (1836) racconta che un giovine, in seguito a pneumonite, aveva tosse, dispnea e dolore toracico. Alla percussione si notò epatizzazione del polmone destro e gli somministrarono successivamente calomelano, digitale, antimoniali, purganti salini, ecc., e gli si applicò perfino un vescicante. Tutta questa serie di medicamenti non recò giovamento. Allora gli si fece prendere della tintura di iodio ed i sintomi cessarono.

Marenis propose il nitrato di potassa, rimedio generalizzato in Germania. Most al nitrato di potassa unisce pure il solfato potassico. Mascagni attribui invece al sotto carbonato di potassa il potere di sciogliere le pseudo membrane. Récamier raccomandò l'ossido bianco di antimonio; Rittcher l'acetato di piombo; Eichorn lo zucchero di saturno; Scharf l'acetato di piombo; Tribolet l'estratto di giusquiamo nero, ecc.

Pinel trovò vantaggio coll'uso dell'acqua di Barèges o di Caunteretz allungata con latte, ordinando nel contempo bagni caldi con grandi dosi di solfuro di potassa.

Piorry (*Clin. méd de l'hôp. de la Pitié*, 1835) adottava una cura abbastanza razionale, dati i suoi tempi precedenti ai progressi scientifici fatti nella seconda metà di questo secolo. Egli faceva alternare la posizione degli infermi ora sul lato sinistro ed ora sul destro; possibilmente, quando la malattia non era avanzata, consigliava lo starsene fuori letto. Al prin-

cipio riteneva utile qualche salasso per impedire l'afflusso eccessivo del sangue al polmone e non permetteva che scarse bevande, perchè esse, accrescendo il siero, contribuiscono ad aumentare il muco dei bronchi, a rendere più facile l'asfissia e l'edema polmonare. Le bevande dovevano essere piuttosto calde per favorire la traspirazione cutanea. Quando la palpitazione della regione precordiale, il polso, l'esame delle vene ed altri sintomi annunciassero una circolazione languida, sarà d'uopo stimolare gli organi della circolazione e rinvigorire l'innervazione col vino generoso, coi rimedi cordiali e, se lo permettono le forze digerenti, con cibi molto nutrienti e con tonici (china-china, ferro). Se poi nella pneumonite ipostatica sopravvenisse il rantolo, devesi provocare l'espettorazione del muco contenuto nella trachea, nei bronchi o nelle vescichette polmonari, quindi, dopo di aver preso in considerazione lo stato del canale digerente, si consiglieranno i vescicanti sul torace ed i rimedi espettoranti.

Riepilogando questa rassegna, che non va oltre la prima metà di questo secolo, possiamo dire che le sostanze, alle quali si è voluto ascrivere un alto significato curativo, si riducono al salasso, tartaro stibiato, mercuriali, oppio, digitale a grandi dosi, veratrina, chinino, alcool, purganti ed emetici, diaforetici e diuretici, vescicanti e senapismi, bagni, antitermia chimica e fisica e antiparassitari.

Di questi rimedi alcuni non corrispondono allo scopo o non lo raggiungono, altri invece riescono valevoli a superare solo questo o quel sintomo, ma non il complesso dei sintomi, perchè la pneumonite è una malattia ciclica che deve compiere la sua evoluzione.

## II.

## Cura sintomatica della pneumonite.

La pneumonite, come pneumonite, non ha bisogno di nessuna cura, benchè il pneumonitico possa aver bisogno di varie cure, che saranno, però, diverse nei vari e diversi casi di pneumonite. CANTANI.

Dopo le sintesi antiche seguiremo le analisi nuove ed esporremo in modo pratico e riassuntivo i criteri scientifici, che debbono guidare il medico nella cura della pneumonite ed i rimedi da adottare pei sintomi più culminanti.

È cosa generalmente riconosciuta che, stabilita la diagnosi di una malattia, non riesca altrettanto facile o possibile somministrare un qualche rimedio, che abbia influenza sicura e specifica e che possa, appena propinato, arrestare o distruggere il processo o l'agente morboso. Pochi ormai possono prestar fede alla vecchia massima: *cognito morbo facilis curatio*. Non basta conoscere la malattia; bisogna conoscere l'infermo e bisognerebbe conoscere l'azione chimica del farmaco in contatto dell'organismo umano. S'inganna chi opina che il medico debba avere per precipuo pensiero la prescrizione di una sostanza vegetale o minerale, poichè i rimedi non agiscono sulle malattie come gli antitodi nei casi di avvelenamento. Eppure non poche famiglie non si dichiarano soddisfatti del medico, s'egli non consegna subito una o più ricette, per le quali sono disposte a spendere volentieri quel denaro, che non spenderebbero per una buona vititazione e per le regole igieniche più indispensabili alla profilassi o alla guarigione delle malattie.

Per quanto all'animo arrida l'idea d'una cura specifica, è d'uopo confessare che sono scarsissime quelle sostanze che hanno azione particolare e decisa sopra un processo morboso, come i preparati chinacei per la infezione malarica, i mercuriali per la sifilide, il salicilato di soda per il reumatismo articolare acuto, ecc. Ma se il medico nella pneumonite, e in generale in molte malattie acute, non ha a sua disposizione un rimedio specifico, è però largo ed importantissimo il suo compito. Più che una cura farmaceutica, applicata rutinariamente, riesce efficace un metodo razionale di cura, che si basa sull'igiene e sulla dieta, che induce il medico a vigilare con sagacia e diligenza le funzioni più importanti della vita ed i più minacciosi sintomi morbosi, a regolare la natura, a mantenere l'organismo colpito in uno stato tale, che possa più attivamente resistere al decorso del male ed alle influenze nocive e favorire, per quanto le alterazioni anatomiche lo permettano, la completa *restitutionem ad integrum*.

La guarigione di una malattia non dipende necessariamente e sempre da un farmaco, che abbia in modo diretto agito sul processo morboso. Il metodo terapeutico è più spesso analitico che sintetico.

Il fatto, così si esprime Samuele Fenwick (*Compendio di cura medica*) è che tutte le guarigioni sono il risultamento non già dei rimedi amministrati, ma del potere di riparazione inerente ad ogni corpo animale. Noi non sappiamo spiegare per qual ragione una parte ammalata ritorni alla primiera sua condizione, precisamente come non sappiamo comprendere i misteriosi processi intimi dello sviluppo della secrezione o della riproduzione. Ma sappiamo che ogni tessuto è dotato di un potere che tende a conservarlo in istato normale ed a rimetterlo, quando è leso, in tale stato da potere alla meglio compiere le sue funzioni.

Alla sorveglianza delle funzioni organiche essenziali alla

vita deve farsi attenzione accurata ed assidua in tutti i casi allarmanti di pneumonite. In altri termini potrebbe dirsi che compito e scopo del medico non dev'essere quello di curare la pulmonia, ma l'infermo che ne soffre e ch'è minacciato di morte. L'illustre Jaccoud, trattando della differente terapia da applicarsi agli ammalati di polmone, giustamente asserisce che in pratica *esistono dei pneumonitici e non la pneumonite*. Certamente, una pneumonite in un vecchio marantico con estesa ateromasia, in un polisarcico col cuore grasso, in un bambino che ha forse tracce di scrofola, in un anemico da eccessive perdite di sangue, in un cachettico per gravi malattie pregresse, come per esempio, per cronica infezione malarica, in un diabetico con molto zucchero nel sangue, in un tifico più o meno avanzato e così via, decorrerà in un modo diverso che in un uomo robusto e giovane e naturalmente il processo morboso assumerà caratteri diversi (Cantani).

La pneumonite infatti non si presenta con gli stessi caratteri nosologici, nè l'agente patogeno agisce con pari intensità, nè gli organismi oppongono alle lesioni o ai batterii la medesima resistenza.

Molte sono le cause, a cui soggiace, e queste cause possono essere predisponenti o occasionali. Fra le prime specie di cause alcuni annoverano l'età. Cruveilhier, Grisolle erano d'avviso che la pneumonite fosse più frequente nel feto. Invece pare che questa opinione debba aversi per falsa, poichè la malattia, rara nell'infanzia, aumenta nella pubertà e nella vecchiaia.

Anche al sesso si volle attribuire una influenza etiologica. Ma se le donne sono molto meno colpite degli uomini, ciò non dipende da speciali condizioni organiche, ma dal genere di occupazioni, fra le quali il sesso forte si trova predisposto a più facili cause morbose.

Anche il clima, l'altitudine, la direzione dei venti, le variazioni barometriche debbono esercitare una notevole influenza sulla genesi e sul decorso della malattia. Le conoscenze sul riguardo sono tuttora scarse, sebbene non v'abbia alcun dubbio sul valore di queste cause. È noto che la malattia prevale a preferenza in quei mesi, ai quali corrispondono bruschi passaggi di stagione. Anzi, essendo molti individui sottoposti ad una medesima cagione atmosferica ed all'azione di una o varie specie di microrganismi, riesce facile lo spiegarsi, perchè la malattia possa assumere carattere epidemico.

Non sembra inoltre improbabile che ci troviamo in alcuni casi alla presenza di una vera costituzione individuale. A tal modo possiamo darci ragione delle ostinate recidive, che si trovano registrate nelle opere mediche.

Per la spiegazione di queste recidive possiamo ritenere l'opinione di Charcot, che crede debba ricercarsi in quelle modificazioni organiche prodotte dalla prima polmonite e cioè in una flogosi interstiziale. Queste modificazioni causate dalla invasione del morbo non tutte si risolvono col cessare di esso. Qualche modificazione permane, sebbene nulla possa rilevarsi all'esame esterno. " La polmonite può guarire (così Schrön), cioè avviene la *restitutio ad integrum* pel clinico, perchè l'anatomo-patologo in certi casi anche dopo molti anni trova nel polmone qualche cosa che resta di quella polmonite crupale che pel clinico è guarita. "

Se le surriferite cause agiscono predisponendo l'individuo, altre numerose e più importanti sono quelle denominate occasionali ed intrinseche. Tra le quali noteremo il traumatismo, il raffreddamento o le flogosi ed anche i disturbi nervosi, poichè si riscontra con frequenza negli emiplegici.

Ora i principii etiologici vanno modificandosi, ammettendosi che l'agente essenziale della pneumonite crupale sia il diplococco pneumonico di Fränkel, il quale può determinare

(Relazione del prof. Bozzolo al primo Congresso di medicina interna) forme cliniche ed anatomiche diverse a seconda della sua diversa localizzazione, della sua virulenza e della contemporanea presenza nel polmone di altri microrganismi patogeni. Lo svolgimento di questi argomenti ci allontanerebbero dal nostro assunto.

Aggiungerò solo che non è privo d'interesse dal lato terapeutico il fatto che la polmonite può susseguire a varie malattie croniche o acute. Le pneumoniti secondarie sono molto frequenti a riscontrarsi nelle malattie infettive acute, nel reumatismo, nelle nefriti, nell'alcoolismo. Si è parlato di una pneumonite erisipelatosa, di una tifoide, di una morbillosa, di una secondaria a tubercolosi.

Più importanza hanno le forme secondarie di pneumoniti, che sono in relazione colla infezione malarica.

Devesi poi tener calcolo delle così dette costituzioni mediche. Il tempo ed il clima trasformano le malattie e quindi anche la pneumonite subirà la loro influenza.

Il prof. Galassi (Bollettino della R. Accademia medica di Roma, anno vi) scrive a tal proposito: " sono parecchi anni che noi osserviamo nelle pneumonie caratteri del tutto speciali, per i quali queste si allontanano *toto coelo* dall'indole che offrivano in altri tempi, di cui serbiamo perfetta memoria. Allora le pneumonie presentavano un carattere puramente flogistico e tolleravano bene le sottrazioni sanguigne. Oggi notiamo nelle medesime caratteri affatto diversi, sia nel processo locale, sia nell'indole della febbre. Pertanto a me sembra che non sia ben fatto confondere insieme le pneumonie d'oggi con quelle di altri tempi, tanto più che ai giorni nostri vediamo tutto nel regno vegetale e nell'animale invaso da microrganismi, ciò che non sappiamo essere sempre avvenuto nello stesso modo. "

Mutabilissimi dunque per intensità e durata possono pre-

sentarsi i fenomeni clinici, variabili le complicazioni a carico dell'apparato digerente o delle funzioni respiratorie, del sistema nervoso o dei reni. La febbre talora ha speciali modi di decorrere e vari cicli termici; e si è persino ammesso l'arrischiato concetto di una *febris pneumonica sine pneumonia*. La pneumonite nel suo corso può presentare anomalie molteplici a seconda che abbia colpito un vecchio o un bambino, un bevone o un individuo già affetto da malattia cronica. Essa si può presentare con localizzazione tardiva o leggiera o centrale, può avere una forma astenica o delirante, una risoluzione ritardata o passare in cangrena ed ascesso polmonare. In ogni manuale di patologia medica trovasi descritto una pneumonite abortiva (Charcot), una a corso fulminante facile a rilevarsi negli affetti da diabete e nelle forme inizialmente purulente, quella efimera, progrediente, erratica, recidivante, afebrile. Abbiamo le pneumoniti doppie; la migratrice (*pneumonia migrans*); quella a corso intermittente o remittente quando si associ ad infezione malarica; una pneumonite solida, quando i bronchi sono ostruiti da zaffi fibrinosi; una pneumonite dell'apice, o corticale, o centrale. Non solo per la sede, pel corso, per la durata si sono fatte numerose varietà di pneumopatie, ma anche clinicamente si è distinta una pneumonite biliosa, che presenta leggiera tinta itterica; quello adinamica con accasciamento di forze; quella atassica con forte delirio; una forma in cui segue all'esordire della tifoide (pneumotifoidi). Molte altre malattie essa può accompagnare ed, acquistando una intensa fenomenologia clinica, può di esse simularne i sintomi.

Nè questo è tutto. " Ben diversa (rileva il prof. Bozzolo) deve risultare la forma clinica di una pneumonite con localizzazione cerebro-spinale, da quella di una pneumonite con localizzazioni pleuriche od endocardiche o pericardiche o renali o laringee, ecc. Anzi, come esiste la scarlattina senza

scarlattina, il vajuolo senza vajuolo, la difterite senza localizzazioni faringee, esiste pure *la pneumonite senza pneumonite*. „

Finkler, nel 7° congresso di Wiesbaden, divise le forme cliniche di pneumoniti nel seguente modo:

1° Una forma tipica di pneumonite.

2° Pneumoniti con decorso atipico, da distinguersi in:

a) pneumoniti che si associano ad altre malattie conosciute, in modo da occuparne il posto primario, secondario od equipollente; e fra queste egli colloca anche quelle a spiegare il cui decorso atipico bastano circostanze individuali;

b) pneumoniti che rappresentano malattie essenzialmente diverse, quali: la pneumonite migrante, la pneumonite biliosa e probabilmente anche alcune pneumoniti asteniche e la pneumonite pseudotifosa.

Per siffatti motivi non è possibile indicare un trattamento curativo unico e diretto, ma che si adatti invece alle diverse efficienze patogeniche, a speciali condizioni biologiche e fisiologiche e che sia relativo a quei casi in cui la malattia o esordisce primitivamente o sorge come forma mista e secondaria di altre affezioni (tifo, vaiuolo, difteria, malaria).

Se un individuo è di vigorosa e sana costituzione, senza malattie ereditarie e non dedito ad abusi alcoolici, può lottare fortunatamente anche coi sintomi più ribelli. Avrà brividi, febbre ad alta temperatura, dolore puntorio al torace, dispnea intensa e pure subentra man mano una calma relativa ed alla fine del primo settenario l'infermo si avvia al periodo di risoluzione. In tali casi non occorre cura energica, bastando che il medico cooperi alla igiene e dieta, a prevenire qualche complicazione, ad attenuare qualche sofferenza e soprattutto a vigilare il cuore. È perciò che lo Strumpell (Trattato di patologia speciale medica e terapia) asserisce che „ la maggior parte delle pulmoniti guarisce con qualunque cura *e si può anche asserire malgrado qualunque cura*. Infatti tanto nel metodo

curativo seguito per l'addietro, cioè con larghe sottrazioni sanguigne generali, quanto in certi rimedi che anche oggi si adoperano (alludo qui alla veratrina), si può al massimo scorgere un quid nocivo, ma per certo non sono stati mai utili; e pur nondimeno colle suddette cure guariscono un gran numero di casi di pneumoniti. „ Non reca perciò meraviglia se tanto spesso si sono attribuiti ad una farraggine di mezzi medicamentosi gli effetti sulla guarigione, che era dovuta esclusivamente all'attività dei poteri fisiologici ed al grado di resistenza organica. È il *post hoc, ergo propter hoc*! Forse anche perciò l'omeopatia, con la vacuità dei suoi precetti terapeutici, ha vantato molta fortuna nella cura della pneumonite.

Ma cura aspettativa non significa cura negativa, ed anzi non sempre il medico può temporeggiare, ma deve energicamente intervenire, ogni volta che non sia robusta la costituzione degli individui e che la pneumonite accenni ad infausto decorso. Le principali indicazioni si riferiscono alla forza cardiaca, alla febbre, all'espettorazione, senza che mai siano trascurate le norme generali d'igiene e di vititazione.

Efficace e benefica è l'opera del medico, e giustamente il prof. Baccelli osserva „ che nella polmonite si operano delle „ risurrezioni dell'arte; molto può il medico al letto dell'amato; ma non ci sarà libro o Congresso medico che „ possa insegnarlo; sono certi giudizi interni che avvengono „ a prezzo di rapide intuizioni di un felice principio pel quale „ si salva l'infermo. „

#### *Tentativi di cura specifica.*

In ogni tempo la medicina curativa è stata intenta alla ricerca di quei mezzi atti *ad iugulare*, come dicevano gli antichi clinici, l'infiammazione dei polmoni. Queste indagini non hanno approdato ad alcun serio risultato, e abbiamo già detto come non si deve ritenere possibile un trattamento causale o

processuale; possiamo soltanto attenerci alla cura non sistematica, ma sintomatica.

I più eroici agenti terapeutici della pneumonite furono riputati il salasso e il tartaro stibiato, sui quali nelle precedenti pagine abbiamo riferito le opinioni di illustri scienziati. Del salasso si è visto come dapprima fu usato fino al dissanguamento; venne di poi la reazione e — da un eccesso all'altro — fu proscritto dalla pratica. Nel primo Congresso di medicina interna a Roma vi furono sostenitori del salasso, e importante riuscì la discussione, a cui presero parte medici rinomati. Al salasso si tenta di ridare importanza non solo come compenso meccanico per combattere i turbamenti circolatori indotti nel campo del piccolo circolo e del grande circolo, ma anche come mezzo indicato a favorire la eliminazione di materiali infettivi, sia contro la infezione primaria microbica o sia contro l'intossicazione secondaria chimica. In tesi generale, la maggioranza si dichiara ostile al salasso, ma niuno può seriamente negare che esso alle volte riesca un ottimo presidio terapeutico, e che, in soggetti pletorici e dal cuore vigoroso, possa trovare — per vincere ostacoli meccanici, edemi collaterali, intossicazione carbonica del sangue e forse per diminuire lo stato d'infezione — una opportuna indicazione sintomatica contro particolari efficienze patogeniche del polmonitico — ma non della pneumonite.

In quanto al tartaro stibiato, ora siamo di certo molto alieni dal concetto rasoriano, secondo il quale tale farmaco serviva a rallentare i battiti cardiaci ed abbassare la temperatura. Similmente opinava il gran Laennec. Ma siffatti effetti non sono che precari e, secondo Jaccoud (lezione di clinica medica) non sono che la conseguenza dell'azione ipostenizzante del rimedio sul sistema nervoso; esagerate questa depressione e voi giungete al collasso, voi create uno stato paralitico del sistema, che governa tutti gli altri. Il tartaro stibiato può riuscire non inutile nei casi che la polmonite si complica ad iperestesia cerebrale. Dev'essere però cautamente somministrato.

Man mano che l'etiologia della polmonite si è venuta rischiando con gli studi batteriologici, si è creduto di poter raggiungere lo scopo della cura diretta, distruggendo il materiale settico.

Con le teoriche dell'infezione crebbero le proposte di cura indirizzata a colpire l'agente pneumonitogeno per mezzo delle iniezioni di sublimato corrosivo ed altri antisettici nel parenchima polmonare (Lepine) e delle iniezioni con ioduro di potassio col metodo di Schawnz. Non è mancato chi ha consigliato le iniezioni fatte per il retto con acido solfidrico, con trementina e consimili sostanze. Ma i risultati non sono stati per nulla incoraggianti. Nè più favorevole è stato l'esito del calomelano dato per via interna allo scopo di ottenere una azione parassitica.

Altra proposta di cura specifica è venuta dal Maragliano, che nella clinica di Genova ha messo in opera le inalazioni di aria compressa per disinfettare il polmone. L'aria doveva attraversare la trementina con soluzione di iodoformio.

Sempre allo scopo di eliminare o diminuire il germe infettante, lo stesso Maragliano ha propugnato il salasso. Ma Cantani non accetta questa nuova indicazione, che si vorrebbe dare al salasso, sia perchè le sottrazioni di sangue sono una causa di indebolimento e sia perchè i batteri agiscono non per la loro quantità, ma per la loro natura e virulenza.

#### *Della forza cardiaca.*

Uno fra i più importanti sintomi, che domina la patologia della pneumonite, è quello che riguarda le depresse condizioni del cuore, minacciato di acinesi dalla febbre, dai perturbamenti meccanici, dall'infezione e dai trombi autoctoni delle arterie polmonari.

Un individuo col cuore fisiologico e forte ha maggiore speranza di poter superare la malattia; se invece la pneumonite



colpisce un individuo dal cuore fiacco, le conseguenze sono più temibili. Per tal ragione le forze cardiache non debbono trascurarsi, ma formano una delle più necessarie esigenze della cura sintomatica, sia combattendo, sia prevenendo i fenomeni ipocinetici.

Alla fine della prima settimana frequentemente sopravviene nella pneumonite infettiva l'adinamia e se non si è saputa o voluta prevenire, il medico (così Jaccoud) potrebbe tardivamente pentirsi. Ond'è che, specialmente per quanto si riferisce alle condizioni del cuore, la cura di semplice aspettazione e vigilanza, da alcuni consigliata, può essere feconda di cattive conseguenze.

La terapia non può fondarsi su criteri elastici, quali sarebbero i variabili e fallaci convincimenti personali del medico, relativi alla resistenza dell'infermo e alla potenza dell'infezione, inapprezzabili fattori della gravità di una malattia. Anzi, secondo Maragliano, « la resistenza dell'organismo e del miocardio non si può misurare alla stregua di criteri precisi e sono troppo le condizioni spesso latenti o celate al medico che valgono a menomarla; nè questo solo, ma la violenza della infezione, come ce lo dimostra lo studio della casuistica in anni ed in paesi diversi, è soggetta a variazioni di mutabile intensità. » Quindi sarà sempre buona regola di attenersi a ciò che fu detto la *profilassi del cuore*, vale a dire prevenire l'adinamia con l'uso dell'alcool, che non solo è indicato come eccitante cardiaco, ma come antitermico, come mezzo nutritivo e come riattivante della funzione respiratoria e del ricambio gassoso.

Fin dal 1850 Tood, clinico inglese, propugnò l'alcool, che si può attenuare coll'acqua. Secondo l'opinione di De Renzi l'alcool eserciterebbe una marcata azione antifebbrile, abbassando la temperatura. Picot (*Leçon clinique sur le traitement de la pneumonie*) dà di alcool fino a 400 e 500 grammi, quan-

tità che presso gli stranieri, dediti ai liquori e dimoranti in clima freddi, potrebbe essere più giustificata che in Italia. L'intensità della febbre, la diffusione del processo e l'abbattimento dell'infermo autorizzano a somministrare la dose massima. Nelle eccessive dosi di alcool segue all'eccitazione un pericoloso esaurimento e perciò anche l'alcool ha avuto degli avversari, prima il Traube e recentemente Fraentzel; ma usato con quella prudenza, che mai deve venir meno in tutte le attive prescrizioni mediche, questo farmaco non offre inconvenienti. Nei casi comuni, quando trattasi di evitare e non curare la debolezza cardiaca, basta somministrare ogni ora un cucchiaino di marsala o un cucchiaino di cognac. Nei casi in cui gli ammalati siano riluttanti a bere l'alcool in modo assoluto, si può dolcificare con tinture aromatiche e zucchero. Alle persone non abituate all'alcool, Baccelli somministra frequenti bevande fatte di tre parti di latte, una di soda Water, con un bicchierino di anisetta di Bordeaux.

Occorre notare che nei bevoni bisogna fare ampio uso di alcoolici non solo per sostenere le forze cardiache, ma anche per prevenire possibili accessi di *delirium tremens*.

L'alcool riesce opportuno anche per il collasso, che può tener dietro ad un trattamento energico degli antifebbrili e specialmente dopo il bagno freddo. Secondo Baccelli la maggiore azione dell'alcool verrebbe esercitata favorendo l'eccitamento necessario dei poteri nervosi.

L'alcool può avere controindicazioni, come, per esempio, nei casi di delirio prodotto non da fenomeno riflesso, ma da iperemia arteriosa delle meningi; il che si constata dallo stato pupillare e dallo stato del fondo oculare. È controindicato l'alcool anche quando avvengono sintomi tossici.

Per combattere l'adinamia si può anche ricorrere alle iniezioni di tintura eterea di castoreo o, ma in seconda linea, a quella di muschio. Federici fa le iniezioni ipodermiche

ogni 3-4 ore di tintura eterea di muschio, dalla quale egli si ripromette nel tempo stesso un'azione calmante ed eccitante.

La mistura satura di caffè moca e di china rossa (a cucchiariate) può riuscire proficua.

Fra gli altri eccitanti noteremo: far odorare l'ammoniaca o darla internamente, 5-20 gocce al giorno; l'etere solforico o il liquore anodino di Hoffman a gocce in un cucchiaino di acqua o su zucchero o per inalazione o per iniezione ipodermica; nitrito di amile 2-5 gocce da inalare; liquore anisato d'ammonio, gr. 1-3 in 100 gr. di acqua comune, a cucchiaini; acque aromatiche a cucchiariate (acqua di menta, finocchi, anice, melissa, cannella).

Talora l'inalazione di ossigeno può rianimare l'infermo minacciato da narcosi carbonica.

Per la debolezza cardiaca possono richiedersi i rimedi così detti cardiaci, fra i quali primeggia la digitale. La digitale corrisponde solo a questa determinata indicazione e non a quella specifica, come fu preteso, poichè essa non agisce per nulla sulla causa morbosa e sul processo pneumonico. Buoni effetti possono ottenersi pure dalla convallaria, convallamarina, sparteina, caffeina e tintura di strofanto.

L'acinesia cardiaca, per la insufficienza miocardica, rende il polmone congestionato ed edematoso e genera rallentamento e pienezza del circolo venoso. Queste conseguenze possono richiedere l'uso dei rivulsivi cutanei e delle sottrazioni sanguigne.

L'acinesia cardiaca può essere favorita dall'infezione; ma la scienza non dispone dei mezzi adatti a neutralizzare i materiali infettivi circolanti.

Il Maragliano propone il salasso che, eliminando sangue infetto (una specie di materia peccans) diminuisce nell'organismo la quantità dell'intossicazione ptomainica.

### *Della febbre.*

Varia e complicata è la sintomologia, onde si presenta la febbre al letto dell'infermo. Il più importante fattore, che le dà una speciale impronta, è l'elevazione della temperatura.

L'ipertermia molto accentuata e protratta produce alterazioni funzionali, esercitando una sinistra azione specialmente sui centri nervosi massimi. Dagli antichi medici veniva però attribuito alla febbre un favorevole significato, perfino a crederci che la *febbre istessa è alla medesima sovente un salutare rimedio* (Celso).

A lungo andare il muscolo cardiaco subisce precipuamente l'azione paralitica dell'ipertermia. Liebermeister ha voluto dimostrare nel suo lavoro sull'azione delle febbrili elevazioni della temperatura che v'ha pericolo imminente ed esso proviene da paralisi o paresi del cuore e dei centri nervosi.

Ed ove si consideri che, diminuendo la potenza del cuore destro, ne consegue un grave edema polmonare, resta facile ad intendersi quanto più minaccioso diventi questo sintomo in un polmone, già affetto da infiammazione e sede di infezione. Quindi nella pneumonite il cuore da una parte subisce l'influenza depressiva della temperatura, e dall'altra restano aggravate le sue condizioni, perchè nella piccola circolazione aumentano le resistenze, le quali, alterando il movimento cardiaco, rendono sempre più debole il muscolo quadricavo sovraccarico di sangue.

Le alte temperature esercitano col tempo una non meno grave influenza sulle fibre muscolari, colpite da degenerazione parenchimale acuta; lo Zenker ha fatto studi sul proposito.

Anche le emazie sono influenzate dall'ipertermia e questa conseguente discrasia sanguigna non può che danneggiare le condizioni del cuore e dei centri nervosi.

Generalizzando questi fatti, il Liebermeister opinava che nella febbre trovassi uno stato, che mette in pericolo l'in-

tegrità e spesso l'esistenza dell'organismo e che perciò la febbre dev'essere con ogni mezzo energicamente combattuta. Da ciò nacque l'indirizzo antipiretico, che ha sovraneggiato in questi ultimi anni. Tale indirizzo, dapprima accettato nel campo scientifico con entusiastico plauso, ora, come accade per tutte le sistematiche tendenze, è andato scemando di credito e di fede. E certamente non si può consentire col Murri che *la temperatura eccessiva per durata e per grado ha valore patogenico per sé*, nè si può recisamente dichiarare l'antipiresi suprema legge terapeutica.

Jaccoud, riguardo all'utilità delle sostanze antipiretiche, ha scritto che questi rimedi " senza effetti sulle malattie, senz'altro effetto nel malato che una stanchezza costante, variabile soltanto di grado, questi rimedi non hanno azione alcuna sul processo febbrile stesso. „

Idee più favorevoli sull'uso degli antipiretici non furono propugnate da molti illustri scienziati (tra i quali lo Strümpell) nel Congresso di medicina ch'ebbe luogo, l'anno 1885, a Wiesbaden.

Anche il Nötnagel, lo Ziemsen ed altri non danno molta importanza clinica alla febbre, nè molta importanza terapeutica all'antipiresi. Anzi, il professore Lorain, con spiccata antitesi al concetto formulato dal Murri ed in generale da tutti gli ardenti fautori dell'antipiresi, arriva ad esprimere il desiderio che questo metodo possa scomparire dalla pratica medica. Come si vede, le antiche dottrine rientrano nel terreno della patologia.

Il professore Cantani, pur ammettendo che la sottrazione di calore possa in certi casi avvantaggiare il decorso delle malattie infettive, non è d'avviso di doversi combattere il processo febbrile quando manca una cura, che agisca sull'esponente causale di esso.

Il Cantani infatti scrive: " Respingo tutti gli antipiretici che

non siano contemporaneamente efficaci contro la causa specifica di ogni singola specie di febbre, e solo quando trovo che il pericolo in cui versa l'infermo, possa dipendere dall'eccessivo calore, casi, del resto, certamente molto più rari di quanto si dice e si crede, solo allora ricorro alla sottrazione di calore, che preferisco sempre all'uso dei rimedi chimici deprimenti l'organismo, debilitanti, paralizzanti le sue forze di reazione, tutta la sua attività vegetativa. „

Secondo le idee più accette, la febbre è un sintoma, che intimamente si accompagna a svariate forme morbose. È una incoerenza voler curare questo sintomo trascurando la malattia, dalla quale la febbre vien prodotta. L'antipiresi non può considerarsi come dogma, e talora non solamente riesce inefficace, ma dannosa. È da consigliare a scopo sintomatico unicamente quando la temperatura è altissima e di lunga durata.

I mezzi, più adatti a determinare abbassamento termico, possono essere o fisici o chimici, di uso esterno cioè o di uso interno.

A) *Antipiresi fisica*. — Il metodo antipiretico idriatico non è un trovato dei nostri tempi. Ne troviamo parola fin nelle opere del gran medico di Co: " Balnea (così Ippocrate, *Opera* " *omnia*) conveniunt autem in totum magis peripneumoniis " (quam febribus ardentibus). Nam dolorem lateris et pectoris " ac dorsi balneum lenit ac sputum maturum facit ac educit, " et facilem spirationis reddit, et lassitudinem eximit, articulos " enim et cutis superficiem mollit. Sed et urinam riet et ca- " pitis gravitatem solvit et naris humectat. „ Anche Galeno usava i bagni nelle affezioni croniche del torace.

Tralasciando di accennare alle opere degli antichi e recenti autori, nelle quali si fa menzione del metodo idriatico, noi ci limitiamo a dire che il vantaggio dei bagni freddi generali fu richiamato in onore dopo i lavori di Bartels, Jürgensen e Liebermeister. Essi dimostrarono che nella cura del tifo i

bagni riuscivano utili, perchè abbassavano la temperatura. Onde era evidente che simile metodo curativo dovesse riuscire non meno profittevole nella polmonite cruposa, la cui temperatura è parimente elevata come nel tifo, e produce, per la sede del processo, pericoli più gravi rispetto al cuore.

A prima vista potrebbe sospettarsi che nella pneumonite, per l'ostacolo circolatorio prodotto dall'impedita funzionalità del polmone e per l'ingombro del piccolo circolo, dovesse il bagno freddo determinare una paralisi cardiaca. Oltre a ciò il freddo, applicato sulla superficie cutanea del corpo, produce il restringimento dei vasi superficiali e quindi una maggiore flussione negli organi della respirazione. Difatti Bernheim teneva che " un subitaneo raffreddamento di tutta la superficie del corpo, contraendo i vasi periferici, facesse rifluire il sangue verso il polmone ed aumentare così la congestione di quest'organo e così l'ostacolo da superare al cuore. "

Niemeyer ed Immermann si sono dichiarati contro i bagni freddi adoperati per sottrarre calore; anzi il primo dichiara che forse questo mezzo, generando un grande esaurimento, è stato causa della perdita di ammalati.

Ma queste obiezioni e questi dubbi non pare abbiano poi tutto quel valore pratico, che dagli avversari del metodo idriatico si vorrebbe attribuire, ed è certo che si sono ottenuti favorevoli successi coll'applicazione dei bagni, adoperati presso altre nazioni con maggior fiducia e frequenza che in Italia. Il professore Camillo Bozzolo, in una monografia comparsa nella *Collezione italiana di letture sulla medicina* (serie 1<sup>a</sup>, anno 1881), si sente autorizzato, invocando l'altrui e la propria esperienza, di raccomandare questo metodo, ch'egli reputa a torto temuto o lasciato nell'oblio. Egli, in 19 casi ch'ebbe agio di sperimentare, associò alla idroterapia l'antipiressia con la chinina. In tutti i malati accolti nella sua clinica e trattati col bagno, ottenne completa guarigione. L'influenza del bagno non si

manifestava solo con effetti antitermici, ma anche si avevano altri fenomeni di miglioramento: " cessazione o diminuzione del delirio, senso di benessere, diminuzione del dolore laterale, sonno ristoratore. " Non osservò mai durante o in seguito al bagno fenomeni di collasso.

Il prof. Bozzolo riassume nei seguenti termini le sue idee in proposito:

1° Che il bagno freddo e raffreddato è bene tollerato dagli ammalati di pneumoniti anche estese, e che per esso non si osserva mai il collasso;

2° Che il bagno abbassa rapidamente e notevolmente la temperatura anche nella febbre della pneumonite e la mantiene abbassata per un tempo relativamente lungo, sicchè basta che il bagno sia ripetuto ogni tre ore;

3° Che la mortalità per cento nelle pneumoniti trattate col bagno corrisponde alle minori osservate in questa malattia.

Se possiamo, sotto un certo aspetto, accettare questa specie di corollari, esposti da Bozzolo, non credo si possa definitivamente concludere con la frase di Dodart: *Ergo febribus balneum*.

Evidentemente il bagno, in certe contingenze, può riuscire di efficace sollievo per l'ammalato, vuoi che questo sollievo venga prodotto dall'azione antitermica del freddo, vuoi che sia ottenuta per l'influenza del bagno sul sistema nervoso depressa dalla febbre e dall'infezione. L'azione dell'acqua, giungendo sulla pelle come una carezza e come una insolenza, riattiva, stimola e migliora le funzioni del sistema nervoso, della circolazione, della respirazione e della diuresi. Più che antitermico, il bagno riesce un eccitante e rinforzante; e perciò pare che l'idroterapia, oltre che nelle alte temperature, sia indicata negli stati adinamici.

Il bagno non è però pei nostri paesi scevro di inconve-

nienti, se applicato senza discernimento, nè spesso le circostanze consentono di usarlo in pratica. Baccelli riguarda il bagno come un sovrano calmante del sistema nervoso, nei casi di grave agitazione degli infermi; non però il bagno freddo, ma quello tiepido, gradatamente raffreddato, appunto come usano i sullodati autori dopo le raccomandazioni di Obernier e di Ziemssen. Il bagno freddo, più che alla riduzione della temperatura, giova alla cura delle iperestesie ed a soverchi convellimenti del sistema nervoso, alle agitazioni, dagli insonni (*Gazzetta degli Ospitali*, n. 37, anno 1887).

In *morbis acutis pulmonum* si hanno i debordamenti degli ipocondri, che sono ricchi di vene per la milza ed il fegato; e poichè il sangue venoso più dell'arterioso è caldo, in questa regione si presenta più elevata la temperatura. Per la qual cosa qui dobbiamo a preferenza ricorrere alle compresse fredde, che debbono applicarsi pure alla nuca per sottrarre calore al midollo spinale.

Nell'antipiresi fisica è obbligo di agire con prudenza, scegliendo le aree, mutando gli impacchi e adoperando sostanze di facile volatilizzazione (acetato ammoniacale o acque canforate) e togliendo gradualmente le compresse.

In quanto ai metodi di bagni refrigeranti, ne abbiamo due principali: il bagno freddo (Brand) e quello tiepido progressivamente raffreddato (Bouchard). Brand adoperava il bagno alla temperatura di 18° C., ma poi questo metodo fu variamente modificato, elevandosi la temperatura a 26° ed anche a 30° C. La durata dei bagni è un quarto d'ora e il numero di essi nella giornata è in media di sei con l'intervallo più o meno lungo secondo gli effetti prodotti o desiderati.

Il metodo di Bouchard è più in voga, poichè si evitano la brusca impressione nervosa e l'ischemia rapida dei vasi cutanei. Si comincia con la temperatura di due gradi minore a quella del febbricitante; ogni dieci minuti si va raffreddando

il bagno fino a ridurlo a 32° C. Di questi bagni se ne fanno vari al giorno. Dopo il bagno si ravvolge l'infermo in una coperta di lana, e, occorrendo, lo si ristorerà con sorsi di Marsala o di cognac per favorire la reazione e ravvivare le forze depresse.

Il Leiter ha dato il suo nome a dei tubi (regolatori metallici del calore) flessibili e comunicanti con robinetti o vasche di acqua. Tali tubi possono adattarsi alle varie parti del corpo per elevare od abbassare la temperatura, secondo che l'acqua circolante nei tubi sia calda o fredda. L'inventore attribuisce ai tubi il vantaggio di non far muovere dal letto l'infermo, specialmente quando si trovi in uno stato di coma e di adinamia.

In pratica riuscirebbero però sempre più agevoli le abluzioni o le affusioni fredde e le vesciche di ghiaccio. Nell'affusione, oltre l'azione frigorifera, si ha quella meccanica per l'urto dell'acqua, che con qualche recipiente si versa sul malato.

Le abluzioni fredde si fanno con la spugna bagnata nell'acqua, avente la temperatura della camera, e strofinata su tutta la superficie del corpo. Alcuni per una febbre di 38° fanno uso di acqua alla temperatura di 15°; per le piressie più elevate si adopera acqua a temperatura più bassa (per esempio, nelle febbri di 40° l'acqua dovrebb'essere di 4°).

B) *Antipiresi chimica*. — Resta a trattare dell'antipiresi interna o farmaceutica o clinica che dir si voglia. Da base scientifica e pratica non è sorretta la terapia antipiretica, perchè i nuovi antitermici, se agiscono sul sintoma febbrile, non combattono le cause determinanti e favorevoli la malattia. È quindi buon consiglio mantenersi egualmente lontani sia dall'accettare sistematicamente questi rimedi e sia per sistema rifiutarli del tutto, somministrandoli esclusivamente quando il loro uso sia richiesto da speciali circostanze. Essi sono soprattutto indicati quando v'ha piressia prolungata e grave.

Molto importante è il considerare l'opportunità della loro somministrazione. Clinicamente osservasi che la defervescenza scende tanto maggiormente, quanto più alta fu la temperatura iniziale. Quindi, se si somministra l'antipiretico quando v'ha tendenza all'apiressia, non si può prevedere dove vadasi a finire. Il che impone al medico l'obbligo di farsi un esatto concetto del decorrere del tipo. Se rapida è l'ipertermia, non bisogna largheggiare nelle sostanze febbrifughe; laddove se l'ascendere della scala termometrica fu lento, si può sicuramente somministrarle.

Riguardo agli antipiretici è stato pure discusso se essi siano dannosi o no, esercitando una influenza perniciosa sul vago, e se ritardino il trasporto dei materiali pirogeni nel sangue. Ma su tali questioni mancano per ora indagini esatte e definitive.

All'antipiresi chimica è da preferirsi quella fisica.

La categoria degli antipiretici in questi ultimi anni è sempre cresciuta. Fra i rimedi più in voga accenneremo all'antifebbrina, antipirina, fenacetina ed esalgina. Molti altri febbrifughi sono caduti in oblio o sono poco usati, come la tallina, il salolo, l'antitermina, ecc.

Per l'antifebbrina valgono di norma i tre seguenti corollari additati dai dottori Faldella e Butta (osservazioni cliniche sull'antifebbrina);

1° L'antifebbrina è un forte antipiretico, il quale però può produrre collasso ed abbattimento a dosi diverse a seconda dell'individuale sensibilità;

2° Non accorcia il decorso dei processi morbosi acuti (polmonite, ileo-tifo, pleurite, artrite acuta, ecc.), non ne impedisce le recidive e neppure le complicazioni;

3° In molti ammalati l'abbassamento termico dovuto alla antifebbrina, si accompagna talora ad aumento di frequenza del polso ed a diminuzione della sua forza.

Anche Weinstein in un suo lavoro sull'antifebbrina si mostra di opinione che questo rimedio non colpisca il processo morboso, ma anzi possa aggravare le condizioni organiche, poichè l'abbassamento di temperatura può alterare le funzioni cardiache.

Non più prosperi sono i risultati che si ottengono dall'uso rutinario dell'antipirina, benchè sia stato largamente adoperata e vantata da distinti medici.

Il Guttman assicura che l'antipirina ha tutti i requisiti di un rimedio antipiretico, cioè di abbassare fortemente la temperatura e di non essere accompagnata da fenomeni spiacevoli. Essa ha azione persistente, non distrugge l'emoglobina e pare sia dotata di potere antifermentativo.

All'antipirina si può con vantaggio associare scarse dosi di chinino, ove ciò sia imposto dallo stato del cuore e del sistema nervoso.

Anche il chinino è riduttore di temperatura, ma la sua azione si limita solamente alle forme infettive, in cui v'ha influenza palustre. In altri casi la sua azione è minima ed è precaria; il che dimostrerebbe che la china non agisce sulla febbre, ma sul miasma malarico. Il chinino può però servire a rinforzare la sistole del cuore.

La fenacetina (para-acetilfenetidina) fu per la prima volta descritta nel 1887 da Hinsberg e Kast, ed è stata raccomandata da molti medici. Le conclusioni, alle quali è giunto il dottore Hugo Hoppe, sono le seguenti: La fenacetina è una sostanza che agisce probabilmente sul sistema nervoso centrale, e che data in dosi di 0,20 a 0,40 ai bambini, di 0,25 a 0,50 a 0,70 ad adulti, possiede una forte azione antitermica senza produrre in generale fenomeni sgradevoli. A persone robuste può venire somministrata in dosi anche elevate, mentre la si deve usare con cautela o abbandonarla per persone deboli, prostrate da lunghe malattie croniche (infettive)

specialmente persone tifiche, le quali mal sopportano in generale i febbrifughi. In casi di malattie lenti accompagnate da febbre si potrà, essendo partigiano della cura delle febbri mediante antipiretici, impiegare la fenacetina come l'antipirina (a cui equivale per la sua innocuità) e si dovrà preferirla perciò di molto all'antifebbrina.

In dosi più elevate di 1,0 a 2,0 e più, la fenacetina agisce in modo variabile su individui sani, e cioè più fortemente su individui deboli facilmente irritabili anzichè su persone robuste. La sua azione è specialmente calmante e produce sonnolenza, stanchezza, sbadigli, in pochi casi capogiro, freddo, malessere.

In queste dosi elevate di 1,0 a 2,0, se è necessario anche più volte al giorno, la fenacetina è un eccellente antinevralgico, il quale agisce in generale un po' lentamente (1 ora a 2), ma in modo sicuro, quasi sempre senza fenomeni secondari. Quando questi hanno luogo, essi non sono intensi e scompaiono in poco tempo senza lasciare alcuna traccia ulteriore.

È stato segnalato nell'esalgina un nuovo rimarchevole antitermico. Bardet ne riferì al Congresso internazionale di terapia e materia medica (agosto 1889):

“ L'exalgine, comme l'antipyrine, l'acétanilide e l'acét-phényldine ou phénacétine, agit sur le système nerveux et sur les systèmes circulatoire et respiratoire; mais tandis que ces derniers corps agissent primitivement sur la fonction respiratoire et troublent l'hématose en provoquant des troubles circulatoires et calorifiques dont le résultat est d'abaisser la température et de déterminer des phénomènes de cyanose et des éruptions rashiformes, l'exalgine agit d'abord sur le système nerveux et ce n'est qu'en forçant les doses que l'on obtient une action sous le centres thermogènes. En résumé, c'est à haute dose que l'antipyrine agit sur la sensibilité, tandis que c'est à dose beaucoup plus faible qu'on obtient

les mêmes effets avec l'exalgine. Dans son action thérapeutique, l'exalgine est surtout remarquable par son influence considérable sur le système nerveux. »

#### *Della espettorazione.*

Oltre alle indicazioni richieste dalle generali condizioni dell'organismo, dall'ipertermia e dal collasso, il medico non deve trascurare altri fenomeni, che, lasciati a se stessi, potrebbero persino minacciare la vita per sintomi asfittici.

Il polmone può essere colpito da paresi ed allora si rende necessario stimolare il petto con carte senapate e con vescicanti, acciocchè le pareti degli alveoli possano contrarsi e lo espettorato possa uscir fuori.

Se il secreto di natura attaccaticcio ottura i bronchi ed al polmone manca la necessaria energia per espettorarlo, riusciranno vantaggiosi gl'infusi di ipecacuana e di poligala. Il Cantani dà la preferenza alla poligala virginiana (senega). È però da avvertire che gli infusi debbono essere molto leggeri e non bisogna abbandonarsi all'antica usanza di prescrivere dosi tali d'ipecacuana (1 grammo) e di poligala da arrecare gravi disturbi alle funzioni gastriche e cardiache.

Di ipecacuana bastano 30 centigrammi; dosi maggiore possono avere un'azione depressiva ed aggravare la paralisi bronchiale, che la carbonemia favorisce e mantiene.

Per sbarazzare i bronchi dagli zaffi di muco, da Maragliano venne suggerito il metodo della respirazione d'aria compressa medicata all'iodoformio e trementina.

Quando l'essudato è fluidissimo e minaccia d'infiltrare il polmone, Burrelli si serviva di coppette secche. Nei casi di idrorrea polmonale acuta grave possono rendersi necessari gli emetici.

Se l'espettorato accennasse di diventare purulento e se la malattia minacciasse esito di gangrena riescono utili i sali di chinino (specialmente il fenato) associati all'acido salicilico,

la limonea di acido fenico, le inalazioni di olio essenziale di trementina o di altri balsamici e disinfettanti.

Quando la polmonite si avvia alla risoluzione, ma i sintomi locali si mantengono elevati, giova ricorrere non solo agli espettoranti, ma anche ai derivativi. Se il cuore è però molto debole o vi sia una nefrite intercorrente, bisogna astenersi dall'applicare i vescicanti.

All'infuso di ipecacuana (centigrammi 30-50 alla colatura di grammi 120 dopo infuso a caldo per 1/4 d'ora da prendersi epieraticamente nella giornata), si può, secondo i casi, unire il laudano liquido, gocce 10-20; o l'estratto acquoso d'oppio, centigrammi 2-5; o la tintura tebaica, centigrammi 1-2; o la morfina, centigrammi 1-2; o la polvere di Dower; o l'acqua di anice e melissa, grammi 30; o vino di Marsala, grammi 30; o etere, grammi 1-2; o liquore anisato d'ammonio, grammi 1-2; o sciroppo di bignonia, grammi 20.

Alla radice di poligala senega (grammi 10-20 in decotto per 20 minuti in vaso chiuso alla colatura di grammi 200); si può aggiungere il bicarbonato di soda, grammi 2; tintura di lobelia inflata, gocce 30-60; acqua di anici, grammi 20; elisir acido di Haller, gocce 20.

#### *Cura igienica e dietetica.*

Nei casi di pneumonite a corso favorevole spesso riesce sufficiente la cura igienica e dietetica a superare la malattia. In ogni caso sempre si rendono indispensabili certi precetti generali.

La stanza dell'infermo bisogna che sia spaziosa ed abbia un'aria non viziata per la chiusura protratta della finestra o per le continue visite di parenti ed amici. Essa dovrebbe possibilmente ricevere aria pura da una camera contigua in modo da evitare, specialmente nelle stagioni e climi freddi, correnti d'aria che possano colpire gli ammalati.

La temperatura dovrebbe essere costante nella stanza, non eccessiva nè per caldo nè per freddo.

Le coltri pesanti riescono nocive, perchè la funzione respiratoria non dev'essere in niuna maniera affaticata.

Per non aumentare la stasi del polmone è avvertenza utile che l'ammalato decomba sul lato del polmone integro. Se la pneumonite è bilaterale può adottarsi una posizione alternante.

Lo stato piretico rende talora viva ed insopportabile la sete. Si cerchi di mitigarla con limonea idroclorica. Si può anche ricorrere all'uso degli acidi, come, oltre il muriatico, il solforico e fosforico (0.05 grammi su 200 grammi d'acqua); un cucchiaino ogni due ore. Alcuni prescrivono di far bere molto all'infermo per favorire la diaforesi e la diuresi, coi quali mezzi si riesce ad agevolare le escrezioni e si promuovono le secrezioni. Anzi lo Strümpell crede addirittura che con la diaforesi e la diuresi si giunga ad "eliminare molte sostanze nocive, le quali si accumulano con la febbre e si agevola l'eliminazione della sostanza infettante del *virus*, o miasma che dir si voglia, che ha generato la malattia. „

Per favorire il sudore si possono usare i cataplasmi caldi sul petto e infusi caldi. I cataplasmi servono pure ad alleviare il dolore, contro il quale si può ricorrere agli unguenti oppiati ed alle iniezioni ipodermiche di morfina. Se i cataplasmi caldi non sono efficaci a calmare il dolore, si potranno, loco dolente, applicare quattro mignatte.

Il vitto dev'essere esclusivamente liquido con latte e brodo. Se persistono fenomeni adinamici, riuscireanno utili tuorli d'uova e qualche sorso di ottimo vino, ove però le funzioni digestive si trovino in buone condizioni. È necessario che le forze dell'infermo, durante la malattia e nella convalescenza, siano sostenute con tonici e da alcuni medici vien raccomandata la china sotto forma di tintura o di decotto unito alla serpen-

taria. Anche le altre tinture (noce vomica, calamo aromatico, genziana, cascarilla e quassia) potranno giovare per lo stato funzionale del tubo gastro-enterico, riattivando la meccanica e la chimica della digestione.

Per la medicazione stenica, in ciò che riguarda l'alimentazione, bisognerebbe fare in modo che durante la giornata all'ammalato fossero somministrati un litro di latte, varie tazze di brodo sgrassato, 4-5-6 tuorli d'uova fresche e, se è necessario, del vino generoso o cucchiaini di cognac. Ma disgraziatamente il più delle volte il medico è costretto a combattere non solo contro le malattie ribelli e le infinite superstizioni, ma anche contro la più o meno completa o manifesta miseria. Ed è perciò che la cura igienica e dietetica si riduce spesso pel medico ad una ironia e dal campo della scienza sanitaria passa in quella dell'economia politica!

Il medico in questi non infrequenti casi si trova di non potere da una parte adottare la cura etiologica e dall'altra di non potere ordinare quella sintomatica.

Chiunque ha pratica di medicina sa per prova quanto sia arduo nell'esercizio professionale di attuare i due grandi principi di patologia generale:

1° di osteggiare la causa e impedire il decorso delle malattie acute d'infezione;

2° di permettere all'organismo la massima resistenza contro l'agente o il processo morboso.

Molti problemi medici si collegano, più di quel che si creda, alla soluzione delle questioni sociali.

### III.

#### Cura delle pneumoniti influenzate da malaria.

Abbiamo finora esposto una rassegna storica della terapia pneumonitica, e considerato in modo sintetico la cura dei più salienti sintomi dell'infezione ed infiammazione polmonare. Aggiungeremo ora poche note riguardo a quei provvedimenti curativi, richiesti dall'influenza esercitata dal miasma palustre, che in alcune regioni domina tutti i processi morbosi e per conseguenza si associa alla pneumonite.

Questa è guari difficile si presenti pura e scevra dalle complicazioni prodotte da vicende di clima e di agenti miasmatici. Le malattie polmonari (così il prof. Leoni) « a fondo francamente infiammatorio, sono una vera eccezione nei climi soggetti al dominio della malaria. In 10 anni di esercizio, in luoghi influenzati dal miasma paludoso, noi avemmo occasione di riscontrare soli 6 casi di pneumonite genuina, senza complicazione malarica, mentre in quella vece registrammo tra le nostre note cliniche una cifra rilevante di pneumoniti miasmatiche, di subcontinue pneumoniche e di febbri proporzionate pneumonitiche. L'intrusione della malaria nelle malattie polmonari è un fatto che non isfuggì ai nostri sommi maestri Sydenam, Lancisi, Torti, Borsieri, ecc. »

La pneumonite, alimentata da questo coefficiente, può assumere forme speciali e complesse. Gli studi clinici della tossicoemia malarica, in rapporto alla malattia polmonare, sono stati accuratamente coltivati nella scuola medica romana e non sono mancati splendidi risultati ed un contingente di ricerche notevoli.

Nel procedere all'esame dell'indicazione curativa, che si riferisce a siffatta complicazione malarica, ricorderò riassuntivamente alcune principali notizie cliniche.

È opportuno rilevare che nei casi dubbî le difficoltà diagnostiche potranno risolversi con le ricerche microscopiche del sangue.

1. *Pneumonite malarica*. — I primi studi furono iniziati dal prof. Baccelli (1866). Il prof. Marchiafava ha di poi illustrata la malattia dal lato anatomo-patologico; egli assegna a questa forma di pneumonite miasmatica il carattere anatomico della desquamazione epiteliale. Per la qual cosa vorrebbe denominarla desquamativa.

In quanto al quadro clinico ecco i punti più culminanti: Raramente manca un periodo prodromico con anoressia, cascaggine, malessere, dolori vaganti, irraggiantisi specialmente nella regione dorso-lombare. Alla febbre precedono i brividi, e l'infermo è oppresso da dispnea e da dolori alla regione toracica.

Il tipo della febbre è quello remittente con remissioni serotine ed esacerbazione mattutina. Il polso e la temperatura coincidono col decorso febbrile.

Altri sintomi caratteristici sono dati dalla cefalalgia, dalla tosse precoce, dall'espettorazione (sputi di apparenza simile a lavatura di carne), dal collasso, dall'aspetto, su cui la malaria imprime il colorito e le linee così speciali (*facies malarica*).

L'esame dell'urina non è da trascurarsi, ed alcuni medici sono di avviso che le urine, fin dai primi giorni sedimentose, sono di lieto presagio, laddove le urine scarse e chiare sono di sconcertante indizio.

All'esame semiotico si può rilevare ottusità diffusa del polmone, rantoli umidi a grosse bolle e assenza più o meno completa del murmure vescicolare (al quale fenomeno stetoscopico si è voluto assegnare un valore quasi patognomico).

La durata della pneumonite malarica è da una settimana a due.

In quanto alla terapia è inutile ripetere tutto ciò che si riferisce alle indicazioni sintomatiche. Oltre alle quali, noi dobbiamo ricorrere ad un trattamento causale, che spesso riesce a ridestare alla vita gl'infermi, che erano sul punto di rimanere sopraffatti.

Esercitando la malaria una influenza diretta sulla patogenesi della malattia, di leggieri si capisce come i sali di chinino debbano costituire la base razionale della cura.

Riescono in pratica vantaggiose le seguenti regole, sulle quali Baccelli richiama l'attenzione:

a) di non usare mai dosi elevate di chinino, perchè l'esperienza clinica ha dimostrato che esse sono dannose, poichè influiscono sinistramente sul processo anatomo-patologico dei polmoni, il quale devia molto dal processo della pneumonite semplice. In questa si va all'assudato, nell'altra si arresta all'ingorgo;

b) di somministrare il chinino quasi quotidianamente, profittando possibilmente dei periodi di apiressia.

La formola in uso nella scuola romana è la seguente:

|                                  |      |      |
|----------------------------------|------|------|
| Pr. Solfato di chinino . . . . . | Gr.  | 1.20 |
| Chermes miner. . . . .           | Ctg. | 10   |
| Canfora . . . . .                | "    | 30   |
| Miele q. b. in 6 pillole.        |      |      |
| S. Una pillola all'ora.          |      |      |

Il chermes minerale trova una giustificata somministrazione in una malattia, tra i cui sintomi prevale lo stato neuro-paralitico. Se il chermes minerale provoca diarrea, si può far ricorso agli oppiacci, specialmente ad una pozione laudanata o col bismuto.

Nel chinino dunque si trova la più efficace e più incontestabile

stabile risorsa per poter affrontare con speranza la pneumonite malarica.

2. *Febbre proporzionata pneumonitica*. — Si dà il nome di proporzionata a quelle febbri, nelle quali ad un processo morboso continuo se ne associa un altro intermittente e fra questi due processi ha luogo una vicendevole influenza.

La febbre proporzionata pneumonitica vien così definita dal prof. Leoni: “ Questa malattia (così egli) è la risultante dell'associazione di febbri accessionali miasmatiche con un processo infiammativo che fa punta negli organi del respiro, restando reciprocamente influenzate nella rispettiva evoluzione le due efficienze patogeniche, l'una flogistica (?), infettiva l'altra. „

Ad un processo pneumonitico uniscesi una febbre miasmatica e per conseguenza al letto dell'infermo notiamo sia i comuni sintomi riferibili alle pneumonite e sia gli accessi ciclici risultanti dalla malaria. V'ha una alleanza fra lo pneumococco di di Fränkel ed il plasmodium.

L'esame della temperatura serve a rischiarare mirabilmente la diagnosi. I tracciati grafici delle tavole termoscopiche sono caratteristici ed è ovvio l'intendere come all'andamento febbrile proprio della pneumonite si congiunga quello accessoriale proprio della malaria.

La durata corre tra gli 8 e i 12 giorni.

La prognosi è in relazione alla diffusione dell'alterazione locale, all'ipertermia ed alle condizioni subiettive.

Alla duplice genesi o per meglio esprimermi alla doppia causalità della malattia deve evidentemente corrispondere un metodo composto di cura, ridotto da una parte a combattere l'infezione malarica e dall'altra a vincere la pneumopatia nella sua proteiforme fenomenologia.

I sali di chinino riescono in modo splendido per la prima indicazione.

Per tutto ciò che poi riguarda il secondo ordine di mezzi, non occorrono rimedi particolari.

3. *Febbre subcontinua pneumoniaca*. — Le febbri subcontinue, forse non ignote ad Ippocrate ed a Celso, conosciute da Lancisi, Sydenham e Baglivi, studiate dal modenese Torti, hanno ricevuto molta luce clinica dagli studi fatti nella scuola medica romana.

Per darci più esatto conto di questa forma febbrile ricorderemo la classica definizione: “ ea dicitur febris subcontinua “ quae intermittentia sua paullatim amissa ad continuitatem “ tendit et simul ad acutiam, latenter et malignanter. „

Nella subcontinua pneumoniaca il sintomo che primeggia è la febbre, che presenta il carattere di essere irregolare, aciclica e tumultuaria. Anzi si suol dare un criterio diagnostico al serpeggiare dei fenomeni ed al subitaneo variar di sede e d'intensità della congestione.

I processi a carico del polmone sono in linea secondaria, non formano una entità morbosa autonoma, ma si modellano sull'andamento della febbre. Talchè la dispnea, i dolori toracici, la tosse, l'espettorazione hanno esacerbazioni e remissioni alterne coll'insorgere e col decrescere del processo febbrile. Anche le alterazioni semiotiche si presentano a volte nettamente accentuate, a volte indeterminate o assenti.

L'escreato ricorda l'aspetto di lavatura di carne, le urine ora copiose, ora deficienti, iperplastica la milza, l'*habitus* dell'infermo e l'esame microscopico del sangue costituiscono pel medico una ricca fonte di ricerche.

Come nel quadro clinico i fenomeni pneumonitici sono secondari e dipendenti dall'etiogenesi della malattia, così per la terapia non bisogna riporre sopra di essi l'unico fondamento della cura. Ma somma necessità è di colpire di preferenza la latente e tenebrosa causalità ed in linea subordinata occuparsi delle espressioni sintomatiche, per quanto gravi

possano presentarsi. Quindi la cura dev'essere principalmente diretta contro l'infezione malarica. La dose del chinino deve essere abbondante (2-3 grammi), pronta la somministrazione senza aspettare le remissioni, che talora sono rapidissime.

La canfora, l'alcool, le carte senapate al petto, i calmanti, una buona igiene e una regolare dieta sono poi tutti vantaggiosi sussidi contro le associazioni patologiche avventizie.

4. *Febbre perniciosa pneumoniaca*. — Questa forma morbosa è una febbre intermittente con sintomi di congestione polmonale acuta.

I fenomeni degli organi respiratori sono in istretta dipendenza dell'infezione palustre e col cessare della febbre si mitigano o scompaiono l'affanno, la tosse, l'espettorazione sanguigna, l'agitazione e tutte le altre manifestazioni pneumopatiche. Questo fatto è di un decisivo criterio diagnostico.

Nel solfato di chinino (2-3 grammi) si ha una efficace e scientifica indicazione terapeutica.

## INDICE

|                                                           |        |
|-----------------------------------------------------------|--------|
| I. — RASSEGNA STORICA DELLA TERAPIA PNEUMONITICA . . .    | Pag. 3 |
| II. — CURA SINTOMATICA DELLA PNEUMONITE . . . . .         | » 16   |
| Tentativi di cura specifica . . . . .                     | » 23   |
| Della forza cardiaca . . . . .                            | » 25   |
| Della febbre . . . . .                                    | » 29   |
| a) Antipiresi fisica . . . . .                            | » 31   |
| b) Antipiresi chimica . . . . .                           | » 35   |
| Della espettorazione . . . . .                            | » 39   |
| Cura igienica e dietetica . . . . .                       | » 40   |
| III. — CURA DELLE PNEUMONITI INFLUENZATE DA MALARIA . . . | » 43   |
| 1. Pneumonite malarica . . . . .                          | » 44   |
| 2. Febbre proporzionata pneumonica . . . . .              | » 46   |
| 3. Febbre subcontinua pneumoniaca . . . . .               | » 47   |
| 4. Febbre perniciosa pneumonica . . . . .                 | » 48   |

Inventario n. 3840

