

ISTITUTO « CARLO FORLANINI »
CLINICA DELLA TUBERCOLOSI E DELLE MALATTIE RESPIRATORIE
DELLA R. UNIVERSITA' DI ROMA
Direttore: on. prof. E. MORELLI

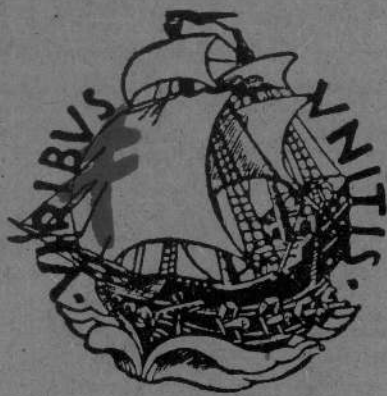
Dott. GUNELLA SPARTACO

Direttore dell'Ospedale sanatoriale di Cuneo

La guarigione e la stabilizzazione benigna spontanee negli ospedali sanatoriali

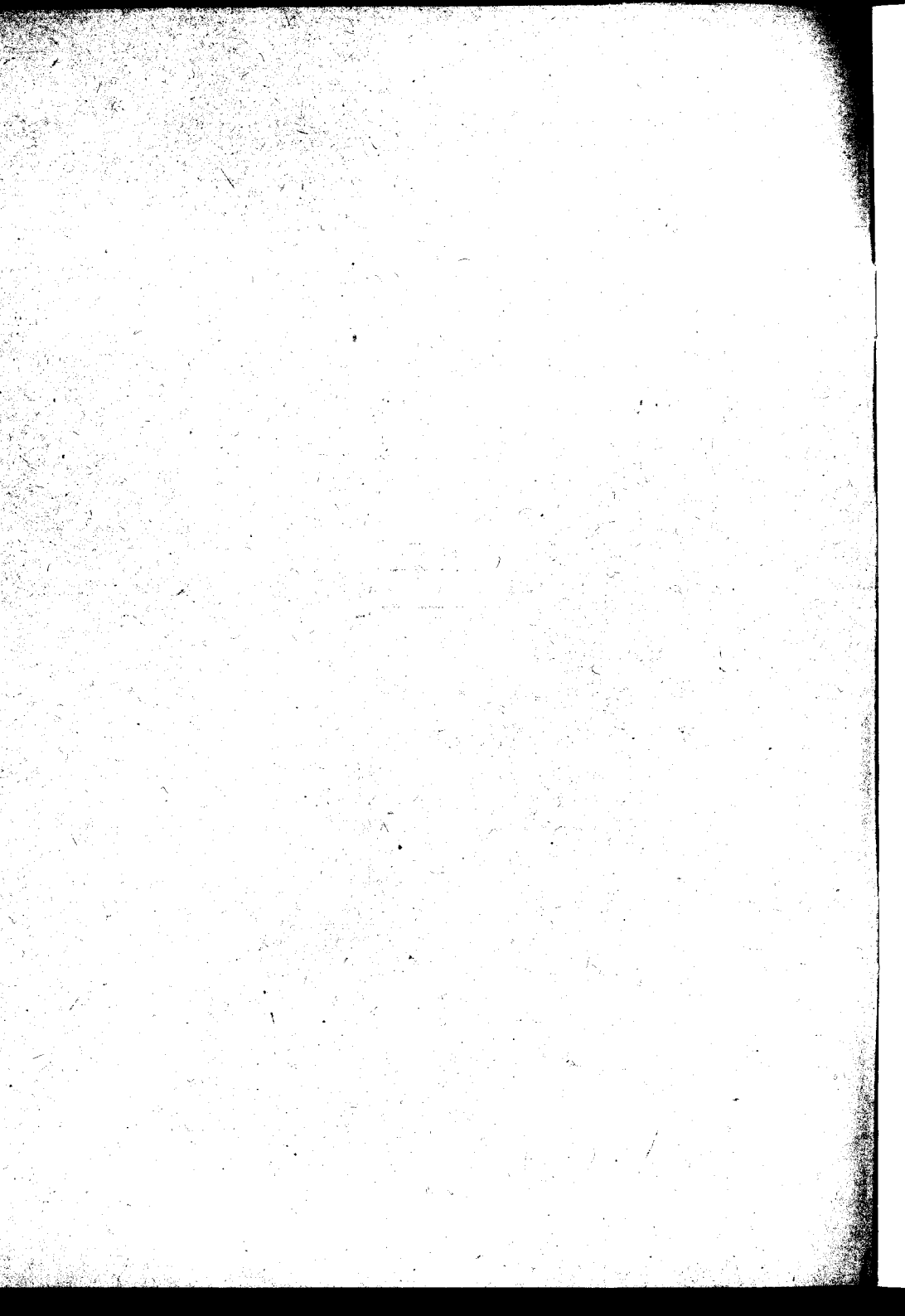
CONSIDERAZIONI DI INDOLE CLINICA E SOCIALE

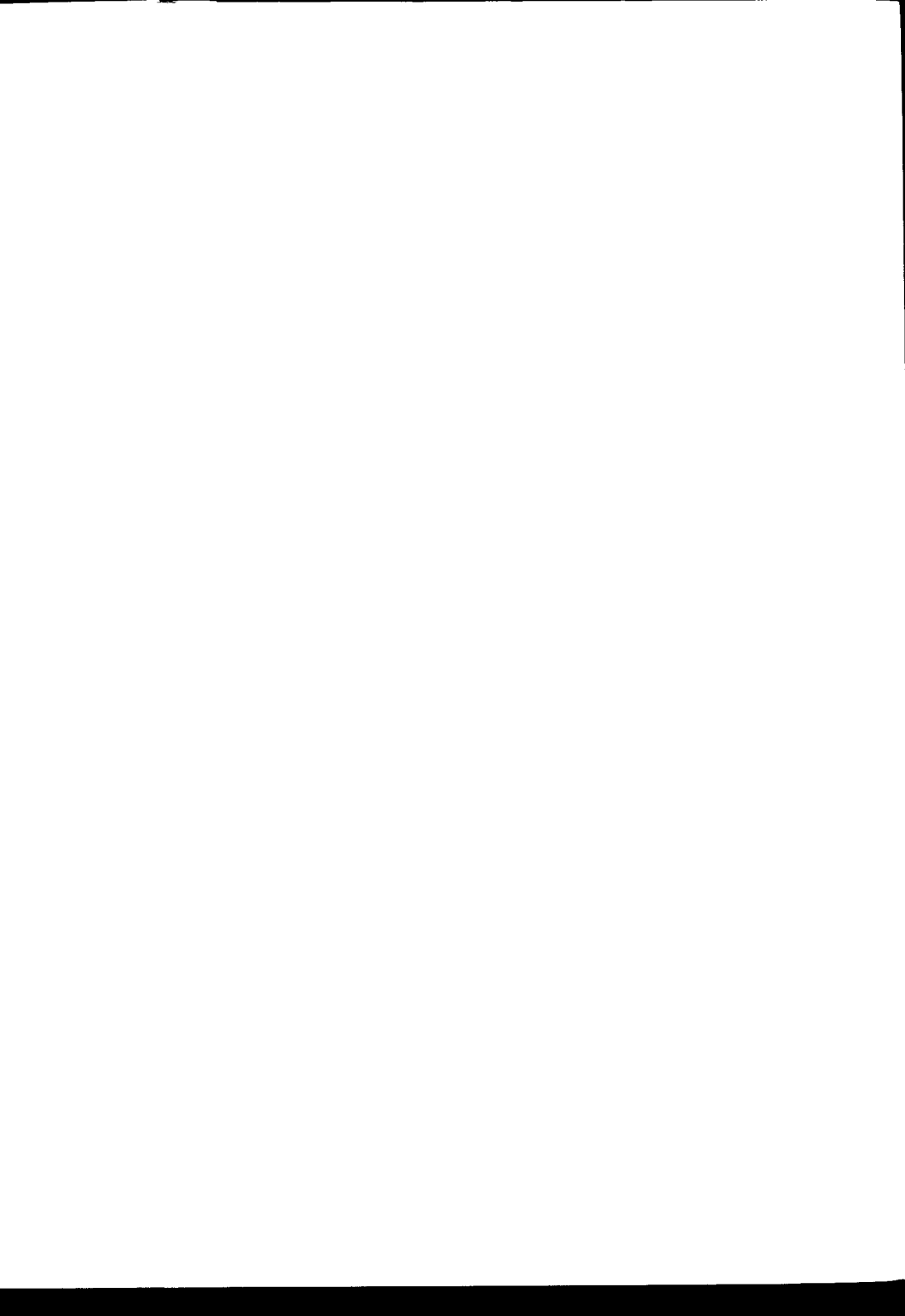
Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi," - Anno IX, n. 8 - Agosto 1938-XVI



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA

b²
B
57
FH







ISTITUTO « CARLO FORLANINI »
CLINICA DELLA TUBERCOLOSI E DELLE MALATTIE RESPIRATORIE
DELLA R. UNIVERSITA' DI ROMA
Direttore: on. prof. E. MORELLI

Dott. GUNELLA SPARTACO

Direttore dell'Ospedale sanatoriale di Cineo

La guarigione e la stabilizzazione benigna spontanee negli ospedali sanatoriali

CONSIDERAZIONI DI INDOLE CLINICA E SOCIALE

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi", - Anno IX, n. 8 - Agosto 1938-XVI



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



Sulla possibilità della guarigione spontanea delle lesioni polmonari non esiste dubbio; tutte le forme della tubercolosi possono venire a riparazione senza interventi collassanti, vuoi pneumotoracici o chirurgici, e senza cure specifiche di altra sorte. L'osservazione quotidiana di innumerevoli autopsie mostra la frequenza straordinaria di lesioni tubercolari riscontrate nei cadaveri di individui che non presentavano, in vita, nessun sintomo di tubercolosi e vennero a morte per altre malattie. Basandosi su tali reperti già LAENNEC e CRUELHER affermarono che la tubercolosi non si poteva ritenere una malattia incurabile e che era possibile la guarigione spontanea delle lesioni. Ricordo che LEBER fino dal 1845 aveva riferito su tre modalità diverse di guarigione delle caverne: per incapsulamento, per formazione di tessuto di granulazione che riempie la cavità e finisce col formare una cicatrice fibrosa, per deposizione di sali di calcio nella cavità e formazione periferica di connettivo; modalità invero che fanno testo pure oggi.

In seguito le osservazioni sui processi riparativi spontanei si sono estese e la letteratura si è arricchita di nozioni precise, cliniche ed anatomo-patologiche, pur non ottenendosi completa identità di vedute sulla condotta aspettante nel trattamento della tubercolosi polmonare. Vertono le discussioni tanto sulla opportunità di tale condotta che sulle forme in cui è indicata. Gli interventisti sostengono che la condotta di attesa è, salvo rare eccezioni, nociva per i pericoli di diffusione del processo e perchè si possono stabilire delle condizioni tali — aderenze, rigidità del parenchima, ecc. — da creare l'impossibilità per l'avvenire di attuare la terapia collassante, ovvero la rendono inefficace. Obiettano ancora che, in tutti i modi, l'intervento pneumotoracico accelera la guarigione e la rende più sicura e duratura. I fautori dell'attesa appoggiano la loro convinzione a numerose statistiche e casistiche

. Il presente articolo è giunto in Redazione nel luglio 1936-XIV.

suffragate da reperti clinici, radiografici, di laboratorio e anatomo-patologici. Da alcuni si invoca l'influsso della montagna, da altri l'influsso della media quota e del mare; da alcuni ci si limita a dare delle indicazioni piuttosto ristrette alla semplice condotta aspettante, da altri si vuole asserire che il medico deve accontentarsi di essere un modesto collaboratore della sapiente attività della natura. Tra questi ultimi il TORRES ed accennerò, per tutti, ai concetti da lui esposti nella Comunicazione al III Congresso Panamericano della Tuberculosis (1934). L'autore, dopo aver ricordato come le statistiche recenti di BROUARDEL, LETULLE, BRUNER, vengono a dimostrare mediante reperti microscopici che in oltre la metà delle autopsie di soggetti esenti da tubercolosi in atto si riscontrano lesioni tubercolari guarite spontaneamente, afferma che lo stesso, ed anche in proporzioni maggiori, si deve dire per le altre forme tubercolari come per la pleurite (che nel 90% dei casi è di natura tubercolare e guarisce spontaneamente), per le adenopatie, le artropatie, ecc. Conclude che, data la grande proporzione delle guarigioni spontanee della tubercolosi polmonare, si debba essere cauti con le cure attive, notando come talora il medico si attribuisca a torto dei meriti per successi che si debbono riferire solo alla natura.

In questi ultimi tempi, in relazione anche allo svilupparsi delle opere di cura e di prevenzione della tubercolosi, la discussione che interessa tutto l'indirizzo clinico della terapia antitubercolare, è stata ripresa ad opera di vari autori ed ha assunto notevole valore anche sotto gli aspetti sociali, economici e morali della lotta antitubercolare. Molti in Italia ed all'estero si sono occupati delle guarigioni spontanee delle lesioni polmonari, in specie della risoluzione spontanea degli infiltrati fisiogeni, sia dal punto di vista clinico che radiologico: TARANTOLA, CASTELLI, RONZONI, FIOCCA, GUALDI, LUPO, RABBIOSI, ZUCALI, OMODEI-ZORINI, COSTANTINI, MICHELI, GAMNA, SOLI, MARAGLIANO, DEVOTO, RIST, L. BERNARD, ICKERT, ALEXANDER, JAQUEROT, ecc. Non ho ritenuto fuori di luogo ritornare sull'argomento, e dalle dimissioni per guarigione e stabilizzazione benigna avvenute in un anno presso l'Ospedale Sanatoriale di Cunco, ho ricavato il numero di quelle dovute a regressione spontanea delle lesioni nell'intento di dedurre alcune considerazioni di indole clinica e sociale.

Credo intanto sia opportuno fissare, secondo il nostro punto di vista, i concetti di guarigione e di stabilizzazione benigna delle forme tubercolari; termini che ricorrono da tempo nella terminologia delle dimissioni degli ammalati dagli Istituti di cura, senza che peraltro si sia acquisita una norma comune nelle rispettive definizioni.

GUARIGIONE. — Cosa s'intende per guarigione delle forme polmonari? Esiste la guarigione? Quando si può dichiarare guarito un ammalato? Le domande investono una serie di problemi e di responsabilità da parte del medico; problemi e responsabilità che non riguardano il solo lato clinico ed

anatomopatologico della questione, ma si estendono al campo sociale, economico, assistenziale delle previdenze antitubercolari.

Le basi fondamentali della guarigione riposano su numerosi dati clinici e radiologici rilevabili su tutti i testi di fisiologia e riaffermati in doti recentissimi lavori. Dal lato clinico, secondo il concetto ormai unanime, la guarigione dovrebbe consistere nella scomparsa di tutti i fenomeni morbosi, obiettivi e funzionali, che caratterizzano la malattia nella sua attività.

All'esame sistematico dell'apparato respiratorio si dovrebbe riscontrare assenza di fenomeni attivi. La regressione di tali fenomeni è rilevata quasi esclusivamente dall'ascoltazione; il reperto percussorio ha scarso valore nella valutazione dell'esistenza e della evoluzione dei processi risolutivi, per il fatto che nella maggior parte dei casi la guarigione avviene per fibrosi. I fatti acustici devono però essi pure essere interpretati nel loro giusto valore, non potendosi attribuire alla persistenza di focolai evolutivi la presenza dei cosiddetti rumori secchi, ed alle volte dei crepitii, che è notorio si possono riscontrare per degli anni anche in soggetti perfettamente normali; rumori che avrebbero affinità coi cosiddetti rantoli fisiologici (DEVOTO) che si possono ascoltare alla base del polmone, al mattino, in individui che si assoggettano ad espirazioni forzate. Si porrà ancora attenzione: al comportamento della temperatura, dopo averla assaggiata in riposo ed in seguito a modiche fatiche, sino alla constatazione che si mantiene in limiti normali anche dopo due ore di passeggiata, alla reazione alla tubercolina, al peso, alla scomparsa della tosse e dell'espettorazione o quanto meno all'assoluta negatività dei reperti di laboratorio. Il soggetto dovrà ancora accusare ripresa netta delle condizioni generali, mostrare desiderio al lavoro sia fisico che intellettuale.

Quando anche tutti i reperti confermano l'assoluta mancanza di qualsiasi segno di attività sappiamo però che ben difficilmente si può parlare di *restitutio ad integrum*; sappiamo infatti che mancano ancora osservazioni che ci possano dare la sicurezza che avvenga una *restitutio ad integrum*. Gli infiltrati precoci, per il periodo di vita in cui insorgono, sono quelli che si presterebbero di più a risolvere il problema dal lato anatomopatologico, ma finora al tavolo anatomico non sono ancora giunti soggetti, morti per altre malattie, che abbiano presentato forme guarite di infiltrati.

Si afferma del resto che non è necessaria l'assoluta *restitutio ad integrum* per determinare la guarigione; ed è logico perchè se così non fosse, il concetto di guarigione diverrebbe problematico anche per una infinità di altre malattie in cui il processo morboso può esaurirsi in modo definitivo, pur lasciando delle modifiche di struttura laddove esisteva il focolaio. I punti di raffronto con le altre malattie non devono però farci dimenticare un dato sostanziale, purtroppo acquisito ormai dalla esperienza di tanti anni da parte di tutti coloro che si occupano di fisiologia; non si può cioè ignorare che al fenomeno della guarigione, nella tubercolosi polmonare, è legata, a differenza di quanto avviene per l'assoluta maggioranza delle altre malattie, la grande

facilità alle ricadute. Con troppa frequenza si nota come esiti, pure ottimi, di lesioni di ogni genere danno, a distanza più o meno breve, riprese alle volte lievi, alle volte marcatissime ad evoluzione sfavorevole e rapida; d'altra parte l'anatomia patologica, anche nei focolai venuti a cicatrizzazione completa, dimostra frequentemente la presenza di bacilli tubercolari vivi. Ed allora viene logico il chiederci perchè mai tanto si insiste nella parola guarigione quando, nella grande maggioranza dei casi, non si tratta che di latenza del processo morboso ovvero di guarigione impura per la coesistenza di fatti specifici. Viene ancora logico il chiederci in quale mai altra malattia si usa così fuori posto la parola guarigione; non parliamo poi delle guarigioni cosiddette radiologiche ove il più delle volte la chiarezza non è che apparente o tutt'al più non è che un indice fisico di minor «lesione visibile» (PARODI). Interessanti sono le statistiche portate da quest'ultimo autore sulla scorta dei dati ricavati dagli esiti sanatoriali negli Istituti di cura delle sedi di Milano e Como dell'I.N.F.P.S.: dimessi guariti dal 1° novembre 1933 al 31 ottobre 1934, 1759 ammalati; di questi in un anno 765 erano rientrati in cura per evoluzione del processo! Ecco, ripeto, la differenza sostanziale con le altre malattie nessuna delle quali presenta simili cifre di ricadute dopo la guarigione.

Le considerazioni su esposte se stanno ad indicare che buona parte degli elementi — ed alcuni sono comuni alle altre malattie — su cui si viene a fondare il concetto di guarigione delle lesioni polmonari sono errati, non devono d'altra parte portarci all'assurdo di voler negare l'esistenza della guarigione stessa nella tubercolosi polmonare. Si tratta più che altro di limitare l'uso di tale definizione a quei casi in cui gli esiti siano modici; tali che secondo la comune pratica clinica debbono dare affidamento di non rappresentare un focolaio latente o sub-attivo, ma delle semplici modificazioni strutturali dei tessuti. Nella statistica citata di PARODI, si parla solo di guariti e di dimessi in cura ambulatoria; non so se l'autore non ha inteso occuparsi degli stabilizzati o se tale aggettivo non fosse ancora in uso. Comunque se i 1759 «guariti» fossero stati vagliati, nella definizione degli esiti, con altri concetti, si sarebbe se non altro guadagnato in obbiettività e la delusione sarebbe stata meno cruda tanto pei medici che per gli ammalati e, perchè no, per la società: i 765 rientrati in cura avrebbero appartenuto probabilmente nella massima parte, al numero degli stabilizzati. Non è semplice questione di forma, è propria e vera questione di sostanza; il giudizio deve essere di predominante competenza della clinica, poi della radiologia. S'intende che i limiti delle due definizioni non possono essere fissati in modo matematico; non si può pretendere di voler trovare, per parlare di guarigione, un assoluto suono chiaro polmonare ed un murmure vescicolare normale senza alcuna variazione nel timbro del respiro. Abbiamo già accennato all'importanza relativa della percussione ed al valore secondario che acquistano alcuni fatti ascoltatori, così pure non devono far sottolizzare la presenza al radiogramma

di qualche chiazza fibrotica, di velature, di scarsi noduli ben delimitati, ecc. Sempre naturalmente che esistano tutte le altre note permanenti di guarigione accennate in principio.

Cominciano a sorgere le incertezze laddove le ottusità si fanno estese, sono accompagnate da respiro nettamente aspro, ed ai fatti aggiunti, cosiddetti fisiologici, si aggiungono gruppetti di rantoli crepitanti ed i «fatti secchi» cominciano ad essere piuttosto diffusi: la lastra radiografica il più delle volte in tali casi rivela ombre ad opacità intermedia, di dimensioni varie, a limiti netti, di forma irregolare, talvolta molto estese, invariabili nei successivi esami; sono concomitanti i soliti stiramenti più o meno marcati del mediastino e degli organi vicini. Entriamo nel campo delle fibrosi, delle sclerosi, delle cirrosi estese, delle forme nodulari inattive, ecc.; dai più si parla di guarigione, da altri di stabilizzazione benigna; sono del parere che convenga, nel dubbio, abbondare nella seconda definizione e riservare la parola guarigione alla minor parte di questi casi. Trovo inutile crearci delle illusioni che tanto, alla fin fine, ci lasciano scettici e soprattutto trovo dannoso creare delle delusioni negli ammalati e nel pubblico, delusioni che a lungo andare creerebbero diffidenza ed ostacoli alla lotta antitubercolare.

Con quale serietà, in molti casi, dopo qualche mese di semplice latenza del focolaio si emette giudizio di guarigione? Cambierà il concetto quando l'ammalato potrà assoggettarsi ad un congruo periodo di permanenza in istituzioni post-sanatoriali; allora, dopo idonea osservazione specialmente sull'influsso dei lavori e delle fatiche modeste, la definizione di guarigione potrà assumere valore reale ed avere senso di obiettività. In questo periodo di fervore per la ricerca delle forme iniziali sarebbe proprio deplorabile che dagli Istituti di cura, uscissero con la definizione di guariti, dei soggetti che per quanto « muti » il più delle volte sono « meno muti » del 90 % degli iniziali! Siccome si tratta di ricuperati, di inattivi, di individui insomma che non possono trarre ulteriore giovamento dalla degenza in sanatorio, è giusto che, in assenza di colonie post-sanatoriali, vengano dimessi per cedere il posto a soggetti bisognosi di cure; è necessario però siano dimessi come degli stabilizzati e come tali siano inviati ai dispensari.

Accennerò più tardi al fattore povertà, associato al lavoro, nell'aggravamento delle malattie tubercolari; non bisogna dimenticare identico fattore nel determinismo delle ricadute. Nel nostro genere di ammalati è quindi un dovere quello di esagerare se mai nel dubbio della guarigione ed eccedere nella sorveglianza post-sanatoriale. E' questo un concetto di risparmio economico anche agli effetti assicurativi; più si insiste nella sorveglianza dispensariale, più si allontana il pericolo della ricaduta ed ove disgraziatamente si produca, colta dappprincipio, sarà vinta in breve tempo con un risparmio enorme nelle successive giornate di degenza.

Nell'umile la sorveglianza dispensariale post-sanatoriale, *deve essere prescritta*, non è sufficiente che il Dispensario sia aperto a tutti; o per lontananza o per scarsità di mezzi economici, o per noncuranza o perchè l'ammalato non

vuole perdere delle ore di lavoro, l'accesso volontario man mano si riduce col tempo sino a scomparire. Così i « guariti » per sola definizione illogica, rimangono in balla di se stessi con i risultati che abbiamo già illustrati.

La discussione sulla terminologia abbraccia naturalmente oltre alle forme venute a spontanea guarigione anche tutte le altre giunte a risoluzione con i vari, preziosi, sussidi impiegati dalla svariata terapia medica e chirurgica della tubercolosi polmonare. Ho inteso premetterla per chiarire il mio punto di vista nella compilazione dei dati che andrò riportando più avanti:

PER GUARIGIONE a mio parere s'intende la completa regressione — nella comune valutazione clinica — di ogni segno obiettivo e funzionale di attività della lesione, accompagnata da risoluzione clinica e radiologica molto evidente negli esiti definitivi del focolaio morboso.

PER STABILIZZAZIONE BENIGNA, assenza di lunga durata di ogni segno che, nella comune valutazione clinica, sia da attribuire dal lato obiettivo e funzionale alla presenza di attività della lesione.

Passo alla trascrizione delle cifre:

Entrati nell'Ospedale Sanatoriale di Cuneo dal 1° maggio 1935 al 30 aprile 1936	N. 533
Usciti per motivi vari	» 354
Rimasti	» 179
Presenti al 1° maggio 1936	» 222

(La differenza tra le due ultime cifre è rappresentata da 43 ammalati degenti da una data anteriore al 1° maggio 1935).

Dei 354 usciti per motivi vari vediamo quanti appartengono alle due categorie che ci interessano:

<i>Dimessi per guarigione</i>	» 68
Di questi hanno ottenuto la guarigione spontaneamente	» 61

Con un totale di 311 mesi di degenza in luoghi di cura così ripartiti:

Mesi di degenza al Sanatorio di Cuneo	» 186
Mesi di degenza in altri sanatori	» 125

In complesso adunque la guarigione spontanea si è ottenuta con una media di 5 mesi di degenza per ammalato; tre al Sanatorio di Cuneo, due in altri sanatori.

<i>Dimessi per stabilizzazione benigna</i>	» 96
Di questi hanno ottenuta la stabilizzazione spontaneamente	» 50

Con un totale di 377 mesi di degenza in luoghi di cura così ripartiti:

Mesi di degenza al Sanatorio di Cuneo	» 218
Mesi di degenza in altri sanatori	» 159

In complesso dunque la stabilizzazione benigna spontanea si è ottenuta con una media di 7 mesi di degenza; 4 al Sanatorio di Cuneo, 3 in altri sanatori.

Prendendo ora come base i 533 entrati vediamo che su tale numero, in capo ad un anno, abbiamo una percentuale di guariti del 12,7% così composta:

Guariti spontaneamente	N.	11,4%
Guariti non spontaneamente	»	1,3%

Gli stabilizzati rappresentano una percentuale del 18% così composta:

Stabilizzatisi spontaneamente	»	9,4%
Stabilizzatisi non spontaneamente	»	8,6%

Prima di chiudere i brevi rilievi statistici desidero completarli coi dati riferentisi ai trasferimenti in montagna; ad essi mi richiamerò brevemente nella discussione:

Su 354 usciti per motivi vari sono stati trasferiti in montagna » 23

Di questi, 11 sono stati sempre trattati con la sola cura sanatoriale per un totale di 92 mesi di degenza così ripartiti:

Mesi di degenza al Sanatorio di Cuneo	»	57
Mesi di degenza in altri sanatori	»	35

Una media di degenza di mesi 5 presso il Sanatorio di Cuneo, mesi 3 presso altri sanatori.

Prendendo ancora come base i 533 entrati vediamo che su tale numero, nello stesso anno, abbiamo la percentuale di trasferimenti in montagna del 4,3%, composta per il 2% da ammalati sempre trattati con la sola cura sanatoriale e del 2,3% da ammalati sottoposti a trattamenti vari.

* * *

Due fatti sono appariscenti: il numero considerevole dei guariti e degli stabilizzati e la forte percentuale delle guarigioni e delle stabilizzazioni spontanee; per quanto le comuni statistiche degli esiti sanatoriali fossero anche in passato favorevoli, troviamo forti elementi di squilibrio specie in confronto di quelle che si riferivano agli ospedali di pianura (già tubercolosari).

Vediamo di indagarne il motivo richiamandoci anzitutto brevemente ai concetti fondamentali sulla insorgenza e sull'attecchimento delle malattie tubercolari: allo stato delle nostre conoscenze si può con sicurezza affermare che le malattie tubercolari sono la risultante del concorso del bacillo e del terreno organico; senza il concorso positivo o negativo del terreno organico non sono possibili le malattie tubercolari.

Dalla premessa si comprende facilmente come i fattori sociali abbiano un'azione assai complessa nel determinismo della tubercolosi sia nel facilitarne il contagio sia nel preparare il terreno organico. Quest'ultimo viene maleficamente influenzato dall'azione di molteplici circostanze quali l'alimentazione insufficiente, l'aria viziata, l'affollamento in ambienti poco areati e pieni di polvere, lo strapazzo, il puerperio, gli affanni e le gravi malattie che lasciano nell'individuo colpito quella condizione organica caratterizzata da una minore resistenza, conosciuta sotto il nome di « anergia ». Alle volte invece

queste influenze nocive, anzichè accrescere semplicemente nell'individuo la predisposizione alla malattia, quando si tratta di organismo in cui i germi già sono penetrati sino dall'infanzia e dall'adolescenza, esaltano la virulenza dei germi stessi determinando il sorgere della malattia. Ed allora la massima parte del ragionamento va impostata sulla classe sociale che fornisce l'elemento che viene a popolare i nostri ospedali sanatoriali; è la classe più povera, quella che, alle prese quotidianamente con la dura lotta della vita, subisce più di ogni altra l'influenza debilitante del lavoro alle volte troppo faticoso, ed il depauperamento fisico delle privazioni alimentari.

Gran parte delle malattie sociali e la tubercolosi in modo particolare, incidono con maggiore o minore frequenza a seconda della posizione sociale degli individui. E' da ritenersi al contrario che, una volta stabilitasi nell'organismo la malattia tubercolare, il povero risenta più presto e meglio dell'abbiente, gli influssi benefici della semplice cura sanatoriale anche senza che abbisogni immediata distinzione di quota. Ecco così che riaffiora la ben nota influenza del terreno organico: in un primo tempo, nel povero, è ridotto a valori minimi di difesa e quindi non oppone barriera allo stabilirsi della infezione; in un secondo tempo, per il subitaneo, profondo miglioramento nella vita di riposo e nell'alimentazione, si può costruire con rapidità la capacità alla resistenza e mano a mano le energie riparatrici entrano validamente in giuoco.

La difesa immunitaria pure, dopo essersi indebolita, si riprende in modo completo, cosicchè, combattuta e vinta l'azione del bacillo, la lesione del tessuto viene a riparazione.

Nell'agiato e nelle classi medie il ragionamento è diverso; altro genere di condizioni da ricercarsi all'infuori del lavoro (nel senso della qualità) e delle privazioni alimentari, interviene nel determinismo del depauperamento del terreno organico. La malattia tubercolare all'insorgenza, eccezione fatta per gli sregolati ed i viziosi, ha già vinto un organismo che dispone di mezzi ambientali di vita solitamente di primo ordine, che nulla hanno da invidiare alle comodità della vita sanatoriale. Ecco allora la necessità per tali soggetti oltre che di una vita metodica, disciplinata e tranquilla, di una netta impostazione dell'indicazione di quota, che, con l'azione attivante nelle funzioni dei diversi apparati organici, può dare un colpo di frusta benefico allo stabilirsi dei nuovi processi di difesa; ecco ancora la necessità dell'impostazione immediata di interventi terapeutici diretti, che abbiano a stabilire delle nuove condizioni di riposo dell'organo o di attivazione del terreno organico sicchè venga favorita la possibilità di una difesa locale e generale.

La ragione adunque della frequenza delle guarigioni spontanee va precipuamente ricercata nella qualità dei nostri ammalati; sono nella grande maggioranza degli assicurati che soggiacciono alle disagiate condizioni di vita e di lavoro innanzi esposte. Portati in ambienti magnificamente areati, a luce diretta, messi in condizione di disciplinato riposo fisico e morale, nutriti con

cibi abbondanti ricchi di grassi e di proteine, oppongono immediatamente alla malattia la barriera di una aumentata difesa organica.

Si potrebbe obiettare che questo fatto non è nuovo; che da tempo vengono ricoverati negli ospedali e nei sanatori di pianura ammalati depauperati, appartenenti a classi sociali povere, per lo più lavoratori, e che per questo non si vede di dover cambiare indirizzo nella valutazione della capacità di ricupero spontaneo degli affetti di tubercolosi. Ritengo che il problema abbia assunto oggi un'importanza ben diversa che per il passato. Sino a poco tempo fa il ricovero era affidato, per le classi umili, quasi esclusivamente alla carità pubblica o privata. Il malato arrivava in ospedale il più delle volte, dopo interminabili pratiche e petizioni, in condizioni gravissime. I letti oltremodo scarsi erano destinati in prevalenza ai casi di estrema pietà, a quasi esclusivo scopo profilattico; e spesso, a ragione vuoi della deficienza di posti che della assenza di mezzi finanziari, anche i pochi casi recuperabili che venivano segnalati a tempo erano ammessi all'assistenza ospedaliera troppo tardi quando ormai la malattia era giunta a fasi avanzate. Ove esisteva una speranza di ricupero si consigliava poi, dalla maggior parte, di affrettare gli interventi collassanti per la logica speranza di dimettere, in breve tempo, in cura ambulatoria l'assistito e di liberare così un letto a giovamento della marea dei bisognosi che bussavano alle porte della pubblica e privata assistenza.

Ora le condizioni sono mutate; chi si trova da lunghi anni alla direzione di dispensari e di centri diagnostici ha potuto notare come, da qualche tempo a questa parte, accedano con aumentata frequenza gli appartenenti alle classi umili, operai in genere, e come, di pari passo, sia andato intensificandosi in profondità ed estensione l'accertamento, anche presso i lavoratori, delle malattie tubercolari in stadi iniziali, recuperabili. Ciò è dovuto a molti fattori tutti da aggiungere a titolo di benemerenda, alle ultime provvide leggi assistenziali e di previdenza in favore degli operai e delle loro famiglie.

Casse Mutue Malattie, estese in ogni strato sociale, ed Assicurazione Obbligatoria si integrano con i vari organismi di patronato e sindacali nell'indirizzare il lavoratore a chiedere l'opera del medico e dei dispensari, non appena avverte i primi sintomi di qualsiasi forma morbosa. Si aggiunga l'opera di tante altre branche del Regime: Partito, Dopolavoro, Fasci femminili, Opere Assistenziali, ecc.; in materia dispensariale si nota come la tubercolosi, ed in ispecial modo nelle classi meno abbienti, si scova con più grande facilità in individui che si presentano a visita per altre malattie. Si nota per esempio che i contingenti più numerosi di forme iniziali sono indirizzati ai centri di accertamento proprio dai medici delle Casse Mutue Malattie.

Torna quindi logica la proposta, avanzata da tempo da MORELLI, di trasformare i dispensari in policonsultori se si vuole evitare che i primi, col-l'andare del tempo, estendendosi le provvidenze assicurative, non abbiano a diventare il luogo di ritrovo dei soli tubercolotici deliberatamente ambulatori cronici, o dei conclamati.



Dobbiamo poi ancora ricordare che anche il grave problema dei posti letto è ora venuto per i lavoratori e le loro famiglie a completa risoluzione; riandiamo un momento alle cifre del 1927 sulla disponibilità di posti letto in Italia e poi ci sarà agevole comprendere come fosse allora ben difficile, da noi, poter parlare di recuperabilità, specie attraverso la guarigione spontanea, nelle classi povere.

Ora non solo la grave deficienza è stata colmata ma disponiamo di una attrezzatura di sanatori popolari la migliore del mondo. Qui va il caso di accennare ad un altro fattore, pure importantissimo dal lato sociale, cui si ricollegano indirettamente i fenomeni dell'aumentato afflusso dei lavoratori ai centri diagnostici e del recupero spontaneo nei sanatori. E' il fattore morale; il lavoratore oggi è tranquillo sotto due punti di vista: non deve più stendere la mano alla carità pubblica e sa che, lui malato, la legge e l'assistenza provvedono al mantenimento della sua famiglia. Se questo fattore è precipuo nel determinare l'immediato ricorso all'opera del medico agli inizi della malattia, non ha minore importanza nell'integrare validamente, in sanatorio, l'azione degli altri sussidi nella ripresa del terreno organico. Se presso i dispensari cominciano a diminuire i casi di dolorosa memoria, in cui l'umile arrivava quando — per i bisogni di famiglia — si era consumato fino all'ultimo sul lavoro, presso gli ospedali sanatoriali non si assiste più all'avvilimento del padre di famiglia accasciato, oltre che dalla preoccupazione delle proprie condizioni di salute, dall'angoscia di sapere i propri cari esposti alla fame. Oggi l'umile sa che il ricovero è un diritto da lui maturato, che l'assistenza gli spetta e, se mai, è un beneficio da leggi provvede non da un senso di carità che, se pure nobile per chi lo pratica, non dà a chi ne usufruisce, la tranquillità del diritto; sa ancora che la sua famiglia è protetta essa pure dalle medesime leggi. Si lega all'Istituto di cura, che sa essere in parte casa sua, vede con un senso di orgoglio come sia largamente dotato di ogni mezzo che la scienza moderna ha a disposizione per combattere la malattia. Trae altro motivo di tranquillità nel notare come gli Istituti di cura, divisi per regione, sono comodi per le visite dei propri cari; indirizzo di costruzione quest'ultimo ispirato a concetti di umana pietà così in contrasto con il senso di egoismo di quei tali, pochi invero, che stando bene si sono agitati per avere i sanatori relegati nei deserti.

L'ammalato adunque viene facilmente e sta volentieri negli odierni ospedali; un altro punto che si ricollega indirettamente con la maggiore possibilità e frequenza delle guarigioni negli istituti di bassa quota in confronto di quanto non si riscontrasse un tempo. Molto opportunamente quindi si agirà se nei dispensari si cercherà di estendere il più possibile le indicazioni dei ricoveri negli istituti di pianura; al contrario occorrerà molta attenzione per le assegnazioni di alta quota, in questi casi la selezione dovrà essere accurata ed intelligente onde evitare vengano occupati inutilmente letti preziosi con forme non adatte e soprattutto con forme che potrebbero avere identici

ottimi vantaggi dalla pianura. Abbiamo già visto come per il ricco e per le classi medie la cosa sia diversa; si tratta di soggetti che a casa loro non erano sottoposti a privazioni di alcun genere e la cura sanatoriale deve impostarsi anche su altri fattori all'infuori del vitto, dei locali areati e del riposo; occorre sia integrata specialmente coll'indicazione di quota. Nella grande parte dei casi poi ciò che in un ricco non si ottiene in lunghi periodi di cure di quota, si ottiene nei poveri in pochi mesi di degenza ospitaliera di pianura.

Risponde ad indubbi criteri di logicità che, nei nostri ammalati, i centri di smistamento siano prevalentemente rappresentati dagli ospedali di bassa quota; occorrerà di pari passo, negli ospedali di pianura, dare sviluppo ai reparti di osservazione. Salvo le nette indicazioni nei nostri ammalati prima dello smistamento definitivo, occorre vedere come l'organismo reagisce al profondo mutamento nel regime di vita e di alimentazione. Si vedrà allora che tanti « miracoli » attribuiti all'alta quota si avverano anche in pianura; nessuna precipitazione quindi, all'inizio, nelle indicazioni di quota; prima di giungere al trasferimento essere ben sicuri di avere pressochè esaurite tutte le risorse indipendenti dalla quota.

A questo proposito i nostri modesti dati statistici sembrano dimostrativi; su 599 entrati in un anno, solo 23 (4,3 %) sono trasferiti in montagna; si è ottenuto con tutto ciò un complesso di 159 (30 % circa) dimissioni per guarigione o stabilizzazione benigna, di cui 111 spontanee, con un periodo medio di degenza non superiore a quello che normalmente è necessario in montagna. In ciò deve guidare pure un elemento psicologico cui ho già accennato e sul quale non è fuori di luogo insistere; il povero trae molto sollievo dalla vicinanza della propria famiglia e sa che inviato lontano mancheranno ai suoi cari i mezzi per venirlo a trovare; diviene quindi preoccupato, perde la serenità e subentra una dannosa impazienza che lo stimola ad abbandonare il luogo di cura. Diverso sarà il concetto ove l'indicazione è precisa ed in ispecial modo quando, molto opportunamente, l'alta quota dovrà sviluppare azione di consolidamento e di stabilizzazione duratura sugli esiti già favorevoli della bassa quota.

In questo senso sono preziosissimi e ben vengano numerosi i letti di montagna, mano a mano che la battaglia antitubercolare si indirizzerà alla vittoria più sorgerà il bisogno dei letti di montagna; coll'estendersi poi delle leggi assicurative agli strati sociali medi — ed il momento sembra prossimo — crescerà di pari passo la necessità dei posti di montagna.

Massimo sfruttamento adunque dei posti di pianura, massimo sfruttamento ancora della possibilità di ricupero spontaneo dell'ammalato. Si obietta tuttora da alcuni che nell'attesa si prolungano i mesi di degenza, si occupano dei letti a danno di altri ammalati che potrebbero essere ricoverati e si aumentano i prezzi di costo.

Non credo che il ragionamento regga anche prescindendo dal fatto ormai constatato che, ove bene si studino le indicazioni, il ricupero spontaneo av-

viene in tempo di gran lunga inferiore a quello necessario in seguito ad interventi collassanti.

La nostra statistica serve a confermare tale principio; la guarigione spontanea si è raggiunta con una media di degenza di mesi 5, la stabilizzazione spontanea si è raggiunta con una media di degenza di mesi 7.

Credo ancora che a parità di condizioni (sempre s'intende non perdendo di vista le indicazioni) nessuno possa negare i vantaggi assoluti della guarigione o stabilizzazione spontanea. Vale quindi la pena di sacrificare in alcuni casi, all'attesa dell'osservazione, qualche mese, i pochi insuccessi verranno largamente compensati anche economicamente dai successi. La vigile attenzione non pregiudica per nulla, nella maggioranza quasi assoluta dei casi, la possibilità dell'intervento che si è sempre liberi di praticare in un secondo tempo; la questione dei letti abbiamo visto che non è più assillante anzi in breve sarà completamente tranquillante.

Ma non basta; dobbiamo ancora riflettere sugli esiti o meglio sul tenore di vita post-sanatoriale dei nostri ammalati. Anche sotto questo punto di vista è giocoforza inquadrare il ragionamento a seconda della classe sociale, e diciamolo francamente, dell'educazione dell'ammalato. Tutti gli elementi già ricordati, che incidono in maniera così deleteria nel determinismo e nell'aggravamento della malattia nel lavoratore, incidono con altrettanto danno sugli esiti sanatoriali. E l'influsso sarà particolarmente sfavorevole per quegli ammalati che, dimessi, hanno tuttora bisogno di pratiche terapeutiche delicate specie pneumotoraciche. Tutti coloro che presiedono agli ambulatori ed ai dispensari sanno a quale sorte vanno per lo più incontro tali ammalati; generalmente devono essere ricoverati di nuovo in poco volgere di tempo e in gran parte si presentano in condizioni di molto peggiorate, per non dire disastrose. Dalla statistica già riprodotta di PARODI ricaviamo sull'argomento: su 278 dimessi dai sanatori in cura ambulatoria, 115 rientrano entro l'anno per ripresa del processo! L'ottimo sarebbe di dimetterli alla fine della cura ma ciò è pressochè impossibile sia per non aggravare le spese di degenza sia perchè l'ammalato non sopporta periodi lunghi di ricovero, specie quando si sente bene. Ma anche se ciò fosse possibile quale influenza può avere allora qualche mese di più trascorso nel tentativo di evitare un intervento che implica, ove non sia indicatissimo, enormi responsabilità da parte del medico, responsabilità non solo verso l'ammalato ma anche verso la società?

L'abbiente, dopo l'educazione sanatoriale, può con ogni facilità continuare a domicilio qualsiasi cura, per il povero il ritorno in famiglia rappresenta un'incognita irta di pericoli. Le statistiche in proposito sono troppo chiare. Una volta, come abbiamo già accennato, l'assillo dell'intervento immediato poteva trovare una giustificazione logica nella necessità di dover « chiudere » subito la forma; la possibilità dell'invio in cura ambulatoria rendeva libero il letto per un altro ammalato, contagiante, da sottrarre alla comunità. Ora tale assillo non esiste più e l'indirizzo terapeutico deve adattarsi

alle nuove migliorate condizioni di lotta. Occorre impostare nettamente caso per caso le indicazioni pur non dimenticando che non si è per nulla autorizzati a ritardare l'intervento collassante nelle forme in cui l'indicazione è netta.

Si può dare una impostazione assoluta delle indicazioni nella condotta di attesa? Non credo, ho già detto che bisogna regolarsi caso per caso; una elencazione di forme creerebbe un'aggiunta alle troppo divisioni e suddivisioni già esistenti. Basterà accennare che la risoluzione spontanea dei processi può avvenire in tutte le forme, siano esse a componente prevalentemente essudativa che produttiva. E' da ritenere che la guarigione — secondo il concetto ormai da tutti accettato — sia una proprietà nettamente predominante delle forme essudative; è necessario però che la regressione del focolaio tisiogeno avvenga prima che il processo sia passato alla seconda fase. Non deve cioè essere giunto alla fase escavativa ma bisogna che abbia iniziata la risoluzione dello stadio di edema infiammatorio o tutt'al più dalla fase polmonitica.

Si sa che nell'edema l'essudazione è liquida e scarsa di elementi cellulari e che nella polmonite liscia o gelatinosa, al posto dell'essudato, c'è la formazione cellulare alveolo-istiocitaria; in tutte e due gli stadi il riassorbimento è possibile. Nelle forme produttive miste (secondo alcuni sarebbe possibile anche nelle ulcerazioni) la guarigione è da ritenersi difficile; si sa però che è possibile.

SOLI ha dimostrato la scomparsa dei vari costituenti del tubercolo; la radiologia fatta in serie ha ancora dimostrato che i focolai miliarici e nodulari possono scomparire senza lasciare tracce. Nelle forme produttive si verificherà su larga scala la stabilizzazione benigna.

Non credo però che sia il caso di fare differenziazioni di forme nelle indicazioni della condotta aspettante anche perchè una vera e propria differenziazione è difficilmente realizzabile: non voglio qui riandare alla storia di tutte le controversie dalla vecchia teoria dell'inizio apico-caudale a decorso cronico, alla concezione dualistica, alle discussioni sempre di attualità sul vecchio ed il nuovo. E' ormai accetto quasi da tutti che si tratta di fasi, di prevalenze o di sovrapposizioni di una delle due componenti; la indicazione, ripeto, va studiata caso per caso.

Un corto accenno alle caverne; la guarigione spontanea dei processi escavati ha trovato in questi ultimi tempi una vasta letteratura suffragata da abbondante casistica favorevole; ricordo le recentissime casistiche ed i lavori di BARONI, DI BELLO, GUALDI, DOLJ-KATZ, FALES e BEAUDET, ecc. Si nota da tutti che il fenomeno è legato in modo speciale alle caverne recenti; deve prevalere l'avviso dell'assoluta instabilità del processo di riparazione, che più che altro va considerato come un semplice fenomeno regressivo. Importa poi, specie nelle forme vecchie, un periodo di degenza sanatoriale molto lungo; tale forma di lesioni non può rientrare tra le indicazioni della condotta aspettante. In tutte le altre forme, ove appena esista dubbio sulla possibilità

di ripresa spontanea, è doverosa l'osservazione tenendo presente soprattutto che i fenomeni riparativi spontanei, nel genere di ammalati da noi assistiti, sono frequenti e rappresentano per ora l'*optimum* degli esiti negli ospedali sanatoriali. Ricordarsi ancora che fino a quando non verrà risolto il problema dell'assistenza post-sanatoriale, nei nostri ammalati gli interventi collassanti sono da riservare ai casi a netta indicazione per la difficoltà di condurre a termine convenientemente la cura; negli abbienti il concetto di intervento può essere largo. Tengo a dichiarare che, con tutto questo, sono ben lungi dal non praticare su larga scala gli interventi non appena vengono ritenuti indispensabili; ne è dimostrazione evidente il fatto che nel Sanatorio di Cuneo un buon terzo degli ammalati è sottoposto a cura pneumotoracica. Quello che è importante è di intonare la linea di condotta alle esigenze del momento; non è escluso che in avvenire, risolto il problema dell'assistenza post-sanatoriale, l'esperienza ci consigli altre vie nell'impostazione delle direttive terapeutiche, sarebbe allora un errore grossolano fermarsi su effimere questioni di principio: tali diventerebbero i ragionamenti di oggi.

Concludendo: i concetti che devono guidare il medico di fronte al ricoverato in ospedale sanatoriale riguardano, dapprima, l'importanza dell'osservazione agli effetti del ricupero spontaneo, poi, all'uscita dell'ammalato, la necessità di un'obiettiva e reale valutazione degli esiti che non sia legata a consuetudini superate ormai dall'incalzare dei tempi. Sono in complesso due concetti che dal lato sociale si integrano perfettamente l'uno coll'altro; tutte le condizioni di indole ambientale, economico, di lavoro, che valgono per l'uno sono da prendere nella stessa considerazione per l'altro. Non si insisterà mai a sufficienza in ispecie sulla necessità di venire alla stretta limitazione della parola *guarigione*, se si vuole, in omaggio alla verità, ridurre le delusioni di quanti si affidano con fiducia alla nostra opera; rappresenterà infine sempre l'ottimo del risultato, agli effetti sociali, quello di recuperare un umile col semplice rafforzamento del suo equilibrio organico.

BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER: « Zeitschr. f. Tbk. », 68, 1933.
 BARONI: « Lotta contro la Tuberculosis », febbraio, 1935.
 BERNARDI: *Le début et l'arrêt de la tbc.* Masson, 1931.
 CASTELLI: « Lotta contro la Tuberculosis », 1935.
 COSTANTINI: « Collana scientifico-sociale », Roma, 1935.
 DEVOTO: *Trattato della tuberculosis*, 1935.
 DI BELLO: « Lotta contro la Tuberculosis », 1935.
 DOLY KATZ: « Revue de la Tub. », n. 6, 1934.
 FALES BLAUDET: « The American Review », XXX, 3, 1934.
 FIOCCA: « Quaderni Radiologici », n. 3, 1934.
 GAMINA: *Relazione al XXXVII Congresso di medicina interna.*
 GUALDI: « Lotta contro la Tuberculosis », luglio, 1934.
 — « Lotta contro la Tuberculosis », giugno 1934.
 ICKERT: « Münch. Med. Woch. », 7, 1928.
 ILVENTO: *Igiene sociale della tbc.* Pozzi, 1924.
 JAQUEROD: *Les processus naturels de guérison de la tbc. pulm.* Masson, Paris, 1934.
 L'ELTORE: « Lotta contro la Tuberculosis », gennaio 1934.

- LUPU: « Riv. di Pat. e Clin. della Tuberculosis », aprile 1931.
MARAGLIANO: *Le malattie tubercolari del polmone, ecc.*, Vallardi, Milano, 1931.
MORBELLI: *Armonizzazione nella lotta contro la tbc.* « Forze Sanitarie », 1932.
MICHELI: dal *Trattato di medicina interna*.
ONODEI-ZORINI: « Arch. It. Anat. e Ist. », 4, 1931.
PABODI: « Lotta contro la Tuberculosis », febbraio 1935.
RABBIOSI: « Lotta contro la Tuberculosis », agosto 1931.
RIST: « Revue de la Tbc. », I, 1930.
RONZONI: « Lotta contro la Tuberculosis », febbraio 1935.
SOLI: *Relazione al Congresso di Palermo*.
TARANTOLA: « Riv. Pat. e Clin. della Tbc. », IX, 1930.
— « Lotta contro la Tuberculosis », febbraio 1935.
TORRES F. R.: *Guaribilità spontanea della tbc.* « La Semana Med. », 28 febbraio 1935.
ZUCALI: « Riv. di Pat. e Clin. della Tbc. », IV, 1930.

RIASSUNTO

L'A. esprime il parere che si abusi troppo della definizione di « guarigione » delle lesioni polmonari; pensa che nella maggioranza dei casi sia più logico parlare di « stabilizzazione benigna » e sviluppa i concetti clinici, pratici, sociali delle due definizioni. Premessa una statistica sui casi che nel proprio Sanatorio sono venuti a guarigione ed a stabilizzazione spontanea, di fronte al considerevole numero reperato, è dell'avviso che nei confronti degli ammalati appartenenti alle classi sociali povere sia necessario sfruttare al massimo la constatata capacità di recupero spontaneo. Ritiene perciò che negli assicurati il ricovero in pianura può essere indicato, dappincipio, per la quasi totalità delle forme.

55491



32286

