

TECA MEDICA
CELL
3
15
MA

MONOGRAFIE MEDICO-CHIRURGICHE D'ATTUALITÀ

COLLEZIONE DEL "POLICLINICO",

26

26

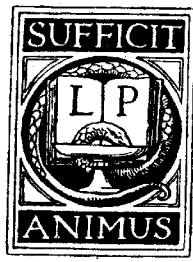
Dott. Prof. **UBERTO ARCANGELI**

LIBERO DOCENTE DI PATOLOGIA E DI CLINICA MEDICA NELLA R. UNIVERSITÀ
MEDICO PRIMARIO NEGLI OSPEDALI RIUNITI DI ROMA

Sulle febbri da tubercolosi occulta o criptotubercolari

(CON 7 FIGURE RADIOGRAFICHE)

M. B.
63.11



:: ROMA ::

LUIGI POZZI, Editore

:: 1929 - VII ::

Dr. Prof. UBERTO ARCANGELI

LIBERO DOCENTE DI PATOLOGIA E DI CLINICA ME-
DICA NELLA R. UNIVERSITÀ - MEDICO PRIMARIO
NEGLI OSPEDALI RIUNITI DI ROMA :: :: ::

Sulle febbri da tubercolosi occulta o criptotubercolari

(CON 7 FIGURE RADIOGRAFICHE)



LUIGI POZZI, EDITORE
:: :: :: :: ROMA

—
PROPRIETÀ LETTERARIA
—

PREFAZIONE

Non v'è forse medico che non abbia dovuto curare malati, bambini per lo più, o ragazzi o giovani donne, per febbri di durata e gravità varie, senz'altri sintomi subiettivi, febbri oscure nella loro natura perchè non accompagnate da alterazioni di funzione, o anatomiche, facilmente rivelabili con l'esame fisico ordinario, di alcun organo, e nelle quali le comuni ricerche sierologiche non permettevano diagnosticare un'infezione da b. del tifo, o da paratifi, o da micrococco di Bruce.

Alcune di queste febbri guarivano senza lasciare apparentemente alterazioni di qualsiasi organo, altre palesavano dopo qualche tempo la loro natura con la comparsa di una evidente localizzazione del bacillo di Koch.

Per molti medici negli ultimi decenni (per alcuni anche ora) non era troppo imbarazzante formulare una diagnosi in queste febbri: erano dette infezioni intestinali, febbri viscerali, febbri d'autointossicazione, febbri autotossiche, ecc. ecc.; espressioni tutte prive di un significato preciso, ma contenenti un concetto patogenetico erroneo, dal quale derivava un indirizzo curativo dannoso.

Nè le delusioni quotidiane valevano a distruggere la fede nell'esistenza della chimerica entità morbosa « infezione intestinale ».

Non già che negli anni decorsi medici insigni non avessero alzata la voce contro questo pregiudizio.

Ricordo che Guido Baccelli soleva dire che l'intestino era il capro espiatorio del medico ignorante: ricordo che il mio maestro, Eugenio Rossoni, sospettava e ricercava sempre la tubercolosi in ogni febricitare oscuro.

Nel 1904 in occasione della relazione del Bozzolo sulle febbri oscure nel Congresso della Società italiana di medicina interna, osservai che troppo piccola parte era stata attribuita alla tubercolosi come cagione di febbri oscure, ed indicai come sintomo importante ed utile a riconoscerla l'ingrossamento dei gangli ascellari, indizio di processi tubercolari intratoracici.

Allora non vi erano ancora i raggi Röntgen; le mie parole non furono prese in molta considerazione. Era il tempo nel quale l'infezione intestinale regnava sovrana, ed alcuni medici credevano sufficiente la diagnosi d'infezione criptogenetica!

Per mio conto proseguii a prestare attenzione al problema delle febbri oscure, e nel 1912 pubblicai nella Rivista Ospedaliera di Roma, un breve articolo col titolo: « Sulle febbri di origine oscura e le così dette infezioni intestinali ». In esso io scrivevo che la maggior parte (almeno 80 %) delle così dette infezioni intestinali, che non si potevano dimostrare

essere tifi, paratifi, o febbri di Malta, erano febbri per infezione da bacillo di Koch: ed a scopo didattico proponevo di chiamare queste febbri, nelle quali la natura tubercolare non era a prima vista ben chiara, febbri da tubercolosi occulta o criptotubercolari.

L'articololetto fece un certo rumore: non mancarono gli scettici ed increduli; qualcuno mi prese per visionario, altri avanzò timide riserve, ma io ebbi il consenso di persone autorevoli: un illustre collega mi scrisse che il mio articolo gli aveva aperto gli occhi, e che lo teneva sul suo tavolo da studio come un testo.

Intanto l'uso sempre più frequente e più perfezionato dell'esame radiologico e radiografico del torace dimostrava che assai spesso le febbri oscure erano dovute a lesioni dei polmoni e delle glandole intratoraciche, difficilmente rivelabili coll'esame fisico ordinario, e confermava la mia affermazione sulla loro grande frequenza.

Nel 1923 nella sezione pratica del giornale: Il Policlinico, esponevo il frutto della mia esperienza riguardo alle febbri criptotubercolari o da tubercolosi occulta e, sempre a scopo didattico, proponevo per esse una classificazione, la stessa adottata nell'esposizione che segue.

Anche questa volta non mancarono voci autorevoli di consenso.

D'allora molta strada si è fatta. Le diagnosi d'infezione intestinale sono meno frequenti, l'uso dei raggi X a scopo diagnostico è diventato abituale; ma purtroppo anche ora si vedono curati a lungo con digiuno, con dieta latte, con purganti, e disinfettanti intestinali malati di tubercolosi più o meno difficile a scoprirsi; e ciò non solo per opera di umili medici di campagna, o modesti praticanti di farmacia, ma anche di medici che vivono in ambienti di cultura superiore.

Ed è per questo che essendo stato invitato a tenere la conferenza inaugurale della Scuola medica ospedaliera nel dicembre scorso, scelsi per tema: «Le febbri da tubercolosi occulta o criptotubercolari».

Il Comm. Luigi Pozzi, così benemerito per la cultura medica italiana, come editore del Policlinico, e di monografie sempre bene scelte ed interessanti ha di buon grado accettato di pubblicare la conferenza e presentarla sotto forma di monografia affinché possa avere maggiore diffusione.

Non ho la pretesa di aver dette o scritte cose nuove e peregrine, o che non siano state scritte o dette prima di me e meglio che da me, tanto meno ho la pretesa di aver consultato e tenuta presente tutta la voluminosa letteratura sull'argomento.

Ho preferito esporre con sincerità quello che mi ha insegnato l'esperienza di 44 anni di vita ospedaliera e di pratica civile.

La mia speranza è che il breve e modesto opuscolo possa servire a far riconoscere più presto e più facilmente queste febbri dovute al bacillo di Koch, e a rendere sempre meno frequenti errori dannosi alla reputazione del medico, e, quel che è peggio, alla salute dei malati.

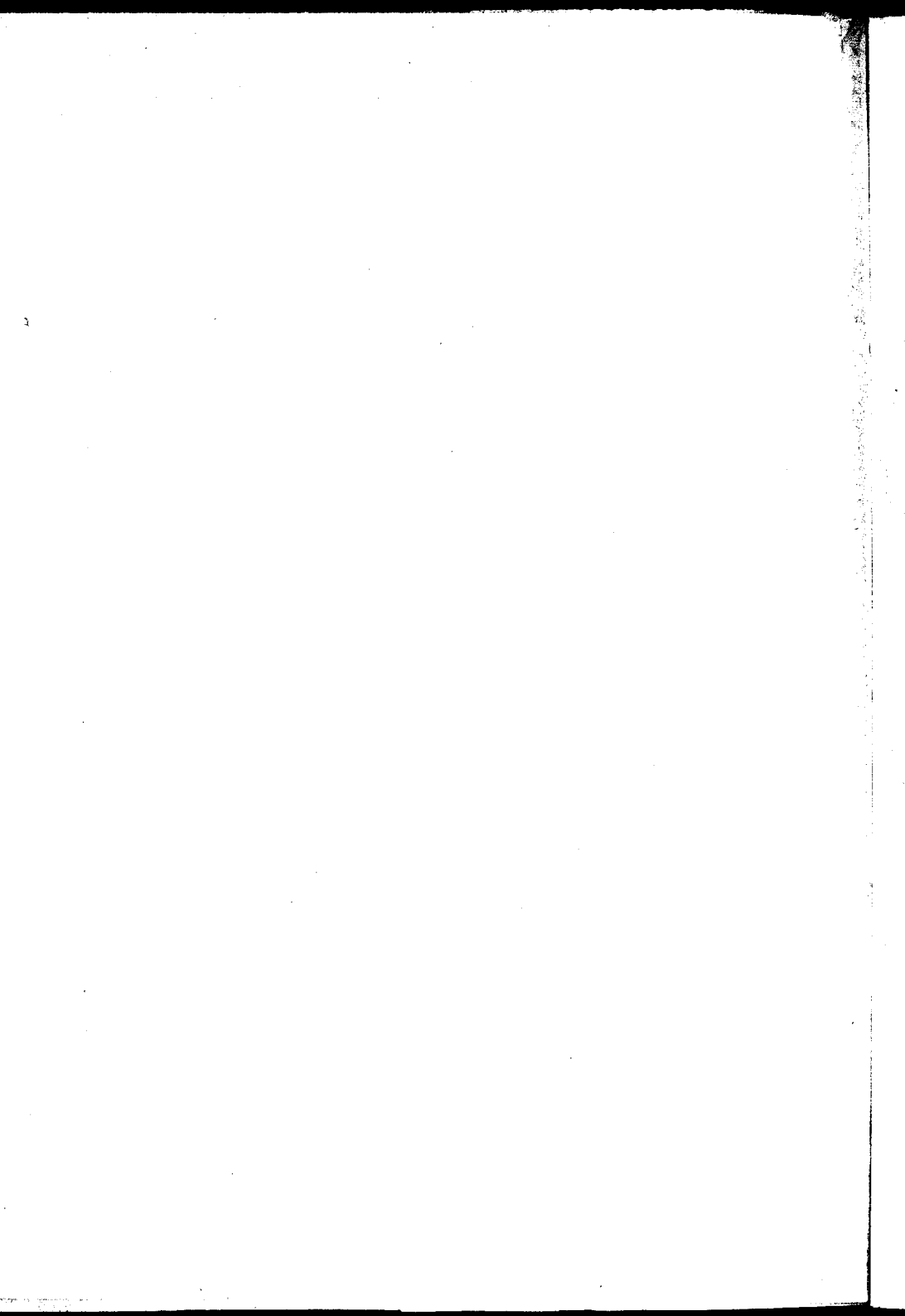
Se non avrò raggiunto lo scopo, mi sia tenuto conto almeno della buona intenzione.

Roma, 10 ottobre 1929 - VII.

UBERTO ARCANGELI

INDICE

PREFAZIONE	Pag.	3
FEBBRICOLE TUBERCOLARI.	»	9
FEBBRI CRIPTOTUBERCOLARI A BREVI PERIODI OD ACCESSIONALI	»	25
FEBBRI COSÌ DETTE «GASTRICHE»	»	27
TIFOBACILLOSI DI LANDOUZY	»	33
TUBERCOLOSI MILIARE	»	40
GENERALITÀ SULLA DIAGNOSI DELLE FEBBRI CRIPTOTUBERCOLARI	»	42
IMPORTANZA E NORME PER L'ESAME RADIOLOGICO	»	43
LA CUTIREAZIONE ALLA TUBERCOLINA	»	50



SULLE FEBBRI DA TUBERCOLOSI OCCULTA O CRIPTOTUBERCOLARI

Credo utile tornare ancora una volta su quest'argomento, che ho trattato nel 1912 e nel 1923, attesa la sua grande importanza, perchè le febbri da tubercolosi occulta sono molto frequenti, e purtroppo, spesso non riconosciute.

Due parole per giustificare il titolo. Che vi siano delle febbri dovute al bacillo di KOCH, nelle quali la natura della febbre, o per lo meno la localizzazione del bacillo, non sia facile a riconoscere è cosa risaputa da un pezzo: anche i trattati comuni di patologia ne parlano, e sull'argomento c'è una ricca letteratura che io non mi attarderò a riferire per non perdere di vista lo scopo di questa mia conferenza, scopo essenzialmente pratico.

Queste febbri sono state chiamate diversamente: MARAGLIANO le ha dette - tubercolosi larvate - ARNALDO CANTANI, che ha studiato bene una varietà di queste febbri, le febricole tubercolari, ha parlato di febricole tubercolari senza localizzazione; altri hanno parlato di febbri pretubercolari, espressione evidentemente inesatta, perchè esse sono essenzialmente tubercolari.

L'epiteto di tubercolosi larvate non si addice a tutte le forme di queste febbri da tubercolosi occulta: larvate vuol dire mascherate, e se l'espressione si adatta ad alcune di esse, ad es. alla così detta tifobacillosi di LAUDOUZY, la quale simula (sebbene a mio avviso imperfettamente) il tifo addominale, non si adatta ad altre, ad es. alle febricole. Queste non si possono dire senza localizzazioni, perchè localizzazioni non mancano mai, nè si potrebbe affermare la loro natura tubercolare, se non si potesse dimostrare che v'è il bacillo di KOCH e dove sta. Lo stesso CANTANI scrive che la localizzazione è quasi sempre glandolare, ed aggiunge giustamente che sarebbe meglio dirle « senza localizzazioni manifeste ».

Perciò a me sembra che l'epiteto « febbri da tubercolosi occulta o criptotubercolari » sia preferibile: esso si adatta a tutte le

forme di queste febbri, le quali come vedremo, si presentano con quadri morbosi differenti che hanno però di comune, oltre il sintomo febbre, la non evidente e non facile dimostrabile localizzazione del bacillo di KOCH. Occulta, nascosta, cripto non vuol dire introvabile; anche i criptogrammi si possono decifrare, e si decifrano quando se ne conosce la chiave, e la chiave per riconoscere le febbri da tubercolosi occulta sta nel conoscerne bene i sintomi e soprattutto pensarci.

Però l'espressione - da tubercolosi occulta - va presa « cum grano salis ». Come spero dimostrare, la diagnosi di natura di queste febbri e della localizzazione del bacillo di KOCH il più delle volte è agevole, anche con i metodi ordinari di esame e con la valutazione esatta dei sintomi clinici. Anzi è questo lo scopo della mia conferenza.

* * *

Per riconoscere queste febbri è bene distinguerne vari tipi o forme che si vogliono dire, il che io ho fatto sei anni or sono pur ricordando che fra le varie forme, non mancano quelle di passaggio, e che l'una può mutarsi nell'altra. Non ho ragioni per modificare la classificazione di allora: ho distinto e distinguo cinque forme di febbri da tubercolosi occulta:

- 1°) febricole tubercolari (la forma più frequente);
- 2°) febbri accessionali, episodiche, tubercolari;
- 3°) una febbre moderata senz'altri sintomi subiettivi, della durata di 12-15 giorni, o poco più, che corrisponde a quella febbre che gli antichi medici chiamavano febbre gastrica, e che alcuni si ostinano ancora a credere tale, sebbene di gastrico non abbia nulla: tuttavia per brevità la chiameremo febbre « così detta gastrica »;
- 4°) una febbre più alta, più grave, più persistente che simula imperfettamente una febbre tifoide di media gravità: e che corrisponde alla cosiddetta tifobacillosi di LANDOUZY, alla « fièvre prégranulique » dello stesso A., e che gli Aa. tedeschi in genere descrivono come forma tifoide della tubercolosi miliare; la chiameremo tifobacillosi;
- 5°) le febbri che accompagnano la tubercolosi miliare, la malattia di EMPIS, le quali spesso prendono la forma di febbre pemicica o malarica quotidiana; le diremo febbri da tubercolosi miliare.

È forse superfluo dire che fra una forma e l'altra non vi sono confini precisi. Ciò non toglie che detta classificazione possa giovare alla descrizione ed alla conoscenza di dette febbri, e perciò alla loro diagnosi al letto del malato.

I

Febbricole tubercolari. — È questa la forma febbrile più frequente con la quale si accompagna la tubercolosi latente: meritano appena di far parte delle febbri da tubercolosi occulta, perchè quasi sempre è possibile scoprire la localizzazione tubercolare; non si scopre se non ci si pensa, e non si usano tutti i mezzi che sono ora a nostra disposizione. In quanto alla descrizione poco o nulla posso aggiungere a quello che è stato scritto da CANTANI nel 1914 e da me nel 1912 e 1923.

È una febbretta che arriva a 37,2-37,3-37,5, raramente a 38 gradi, insorge in genere nel pomeriggio, il più delle volte dopo il pasto senza brividi, talora con leggero senso di freddo, dura poche ore, qualche volta soltanto due o tre, cessa senza sudore o con poco sudore: si ripete monotona insistente per settimane, mesi ed anni senza altri sintomi subiettivi.

Raramente i malati o le malate hanno tosse, anzi per solito negano di averla, ma qualche raro colpo di tosse può non mancare, più di rado manca il raschio; manca generalmente l'espettorato, e se c'è, è scarso, e quasi mai vi si possono trovare bacilli di KOCH.

Qualche volta sono avvertiti dolori nel torace specie alle scapole; questi possono essere i soli disturbi sentiti dai pazienti; raro il mal di testa e soltanto nelle più forti esacerbazioni febbrili; spesso inappetenza che ha preceduto non di rado la febbre, ed il più delle volte l'accompagna; defecazioni regolari o più spesso stitichezza, effetto non di rado dell'uso dei purganti e della dieta ristretta, alla quale si attengono i malati, spesso per consiglio del medico.

La febbretta in genere è appena avvertita dai malati: più volte se ne accorgono soltanto mettendo il termometro per un leggero malessere la sera, per sentirsi le mani un poco calde e le labbra secche.

La febbre si accentua col movimento: peggiora per le fatiche anche mentali, per le preoccupazioni morali: assai spesso, come ha notato CANTANI ed io stesso ho verificato più volte, si esacerba nel periodo premenstruale, cioè pochi giorni prima dell'inizio della mestruazione, diminuisce con questa e talora cessa per qualche giorno

finita la mestruazione. Periodi di apiressia possono alternarsi con periodi febbrili: più volte ho veduto cessare la febbre quando i malati o le malate stavano in riposo in campagna, e riprendere quando tornavano in città alle ordinarie occupazioni.

Lo stato generale dei malati può mantenersi buono, persino ottimo se mangiano, anche se la febbre dura mesi ed anni.

La febricola s'inizia più spesso nell'estate, quando si scontano le fatiche dell'annata, e l'organismo è indebolito dal caldo, e l'appetito è più scarso: ma non è raro che insorga in primavera.

Il più delle volte colpisce giovani donne tra i 15 e i 25 anni, ragazze indebolite delle pene di amore, o dimagrite per la scarsa alimentazione, non di rado vittime della moda che ora vuole che le ragazze siano magre, qualche volta esaurite dagli studi o dalle fatiche dell'ufficio (le donne impiegate danno un grosso contributo alla tubercolosi); o ragazzi che si sono troppo affaticati negli studi o si sono troppo dedicati alla Venere. Spesso i pazienti hanno l'abito dei predisposti, ma va ricordato che si possono osservare queste febricole anche in giovani forti ed aitanti ed in donne di aspetto prosperoso. Ciò non bisogna dimenticare; l'aspetto florido e il buono stato di nutrizione dei malati non ci deve fare escludere *a priori* la natura tubercolare di una febricola.

All'esame obbiettivo si trovano quasi sempre segni dell'avvenuta infezione tubercolare: spesso si palpano ingrossati i gangli latero-cervicali, anche più spesso quelli dell'ascella, sia da un lato che da ambedue.

Questa ricerca è quasi sempre trascurata dai medici: in più centinaia di casi di febricola da me veduti, quasi mai mi è stato riferito che il medico o i medici che avevano visitato il paziente, avessero ricercati i gangli ascellari; tuttavia, a mio avviso, è questo un sintomo importante: i gangli il più delle volte sono grossi come una nocciuola, più di rado come una mandorla od una piccola noce. Mi permetto insistere sul valore di questo sintomo perchè è facile a constatarsi e come ho detto, ha notevole valore: richiamai l'attenzione su di esso nel 1904 in occasione della relazione del prof. Bozzolo sulle febbri criptogenetiche, al Congresso della Società di Medicina Interna Italiana, e dissi che l'ingrossamento dei gangli ascellari era indizio di adenopatia dei gangli intratoracici e di affezioni tubercolari del polmone e della pleura.

Nella tubercolosi polmonare l'ingrossamento di detti gangli è frequente, ma non costante; quasi costante nelle pleuriti tubercolari; anzi non essere i gangli ascellari ingrossati in una pleurite

essudativa, può far nascere il sospetto che non sia di natura tubercolare, perchè nelle pleuriti non tubercolari, anche purulente, i gangli non si ingrossano: spesso questo criterio mi ha messo sulla strada della diagnosi esatta. Nella tubercolosi del polmone, l'ingrossamento dei gangli ascellari è più frequente quando il focolaio di tubercolosi è alla base del lobo superiore o nella regione mediana del campo polmonare, nella tubercolosi apicale sono i gangli della fossa sopraclavicolare che più spesso s'ingrossano. Nei bambini e nei ragazzi le glandole ascellari si trovano ingrossate assai spesso, e questo si spiega facilmente con la grande frequenza con la quale la prima infezione tubercolare si localizza in essi alla base del lobo superiore o all'ilo del polmone. I bambini delle classi povere quasi sempre presentano dei gangli ingrossati, al collo ed alle ascelle, indizio della quasi inevitabile prima infezione da bacillo di KOCH. Io che da più anni visito più di un centinaio di bambini, ogni anno, figli di operai fornari, per inviarli alla cura dei bagni di mare, posso dire che sopra cento bambini, appena quattro o cinque non presentano gangli ingrossati al collo ed alle ascelle. Non è così per gli adulti: in questi trovare un ganglio sensibilmente ingrossato alla ascella deve farci sospettare un'affezione tubercolare intratoracica, beninteso, quando si possa escludere altra ragione per l'ingrossamento dei gangli ascellari, come suppurazione della mammella, ascessi della parete toracica, degli arti superiori, ecc., ecc.

Tornando alle febricole tubercolari dirò che oltre l'ingrossamento dei gangli ascellari non è infrequente poter apprezzare nei malati di febricole una lieve ipofonesi in uno o in ambedue gli spazi scapolovertibrari, ora più in alto, ora più in basso: in genere dallo stesso lato dalla quale è ingrossato uno o più gangli dell'ascella. Per avvertire questa lieve ipofonesi è bene, seguendo il consiglio di STRÜMPPELL, eseguire la percussione dal basso all'alto, debole e delicata: in questo modo si potrà avvertire una modificazione dell'altezza del suono anche leggiera: in genere il suono è più alto nella zona malata; se l'ipofonesi è leggiera e bilaterale, la percussione comparativa può non farcela avvertire, mentre si avvertirà percotendo dal basso all'alto leggermente.

All'ascoltazione spesso non si sente alcuna alterazione del murmure, nè alcun rumore aggiunto, ma qualche volta ascoltando ripetutamente con lo stetoscopio o meglio col fonendoscopio ed esercitando una lieve pressione e facendo tossire il malato, è dato di avvertire sotto la spina scapolare, da un lato o da am-

bedue, più raramente sopra, dei rantoli secchi, dei sibili, i quali, se sono limitati in quella zona dell'ambito polmonare e persistenti, e non sono l'espressione di un banale catarro bronchiale (nel qual caso sono più numerosi e sparsi per tutto il polmone), sono indizio di affezione tubercolare: della cosiddetta peribronchite.

Nei casi dei quali mi occupo qui, cioè nelle così dette febbricole tubercolari da tubercolosi occulta, mancano ipofonesi apicali, alterazioni evidenti nel murmure, respiro interciso, scricchiolii, sfregamenti, ecc., ecc., in altre parole i sintomi abituali della tubercolosi cronica apicale: questa sebbene possa essere, anzi il più delle volte sia accompagnata da febbricola, non rientra nelle febbri criptotubercolari, essendone troppo evidenti i sintomi rivelatori. Ma ognuno comprenderà agevolmente come non vi sia una netta linea di separazione tra tubercolosi palese e quella che io chiamo occulta, unicamente perchè i sintomi che la rivelano, sono scarsi e difficili a scoprirsi. La difficoltà nel rilevarli e nell'apprezzarli è relativa. Per un medico poco esperto e che non pensi alla natura tubercolare della febbricola può essere difficile apprezzare e rilevare sintomi lievi, i quali al contrario sono più che sufficienti al medico esperto e prevenuto per fare la diagnosi.

Ricorderò ancora tra le febbricole tubercolari quella, non molto frequente, dovuta ad una leggiera e limitata pleurite secca: si odono in una zona circoscritta del polmone per solito nella linea ascellare a livello della 4^a o 5^a costola un piccolo gruppo di rantoli-sfregamenti che possono persistere immutati per mesi e per anni e che si accompagnano ad una febbricola di pochi decimi ugualmente ostinata. È la febbricola perpetua della pleurite secca di BERNHELM. I pazienti avvertono un lieve dolore: lo stato generale non è sensibilmente influenzato. Anche questa forma può appena rientrare nelle forme da tubercolosi occulta. Giova però avvertire che senza un esame attento e completo dei polmoni, il piccolo focolaio di pleurite secca può sfuggire all'osservazione.

* * *

L'esame radiologico è della massima importanza, e non va mai trascurato anche nei casi nei quali l'esame ordinario permette di fare la diagnosi, perchè mentre in alcuni casi la percussione e l'ascoltazione dicono di più dell'esame radiologico, in altri, con questo si scoprono alterazioni non sospettate.

Il più delle volte la radioscopia non basta, ma è necessaria la radiografia: con questa si scoprono per solito delle ombre ilari moderatamente ingrossate a contorni indistinti, qualche nucleo di calcificazione, ed in più casi delle ombre, a strie, che dagli ili si dirigono verso le regioni sottoapicali ed apicali, le così dette strie peribronchitiche o di STÜRZ. Non è qui il luogo di discutere a lungo il valore delle ombre ilari, e delle così dette strie peribronchitiche, alle quali si è dato un tempo un eccessivo valore diagnostico ed ora si tende da alcuni a non darne alcuno: bisogna nel giudizio tener conto del grado e di tutti i caratteri di dette ombre. L'esatta interpretazione di esse non è sempre facile ed è di competenza del radiologo. A proposito di ciò posso in coscienza asserire che il più delle volte il radiologo che non sapeva nulla dell'ammalato, dal solo esame radiologico ha arguito che fosse affetto da febricola.

La cutireazione è quasi costantemente positiva (CANTANI) anche io posso confermarlo: nel sangue lieve linfocitosi, più raramente una leggera leucocitosi (CANTANI).

Rara l'albuminuria, ed in questo caso il più delle volte ortotica: raro l'ingrossamento della milza e per solito dovuto ad altra cagione.

Non va trascurato l'esame dell'addome, o per meglio dire, l'esame dell'intero organismo perchè possiamo trovare al di fuori del torace, la localizzazione del bacillo di KOCH e la cagione della febricola.

Palpando l'addome si possono avvertire dei gangli ingrossati del mesenterio o nelle fosse iliache, talora si può palpare l'appendice dolente ed ingrossata (appendicite cronica tubercolare), o si possono sentire alterazioni degli annessi uterini (annessiti tubercolari). Si deve fare un esame attento di reni e delle urine (tubercolosi renale), dei testicoli, della prostata, delle vescichette seminali, dei gangli inguinali, ecc., ecc.

Non sarà inutile ricordare che di regola in questi casi esistono contemporaneamente lesioni tubercolari, sia pure minime, dei polmoni e delle glandole intratoraciche, prova, se ce ne fosse bisogno, che la porta d'ingresso ordinaria dell'infezione tubercolare sono i polmoni.

Da quanto ho detto risulta evidente che in queste febricole tubercolari non si può dire manchino le localizzazioni del bacillo di KOCH. Lo stesso CANTANI aggiunge che si dovrebbe dire: febricole senza localizzazioni manifeste, ma egli stesso nota che si tro-



vano quasi sempre gangli ingrossati al collo ed alle ascelle. Non avere egli notati nei suoi casi, se non raramente, sintomi di adenopatie intratoraciche, o i lesioni minime bronco-polmonari, può dipendere, non solo dal fatto che dalla sua relazione ha esclusi i casi con lesioni evidenti (ed è giusto facesse così), ma anche dal fatto che egli si è giovato poco dell'esame radiologico, il quale il più delle volte ci rileva sintomi decisivi per la diagnosi.

* * *

Da quanto ho esposto risulta evidente che la diagnosi diretta di queste febricole è possibile, anzi non di rado agevole: ciò in contrasto con la frequenza, veramente disperante, con la quale la loro vera natura non è riconosciuta.

Ciò non toglie che sia opportuno fare anche la diagnosi differenziale per escludere altre cagioni di febricola. Infatti è ovvio pensare che una persona con gangli ingrossati al collo o alle ascelle ed agli ili polmonari ed anche con le così dette strie peribronchitiche all'esame radiologico del torace, possa febricitare per altre cagioni: l'esame radiologico, se non è ripetuto, difficilmente ci può dire se si tratti di alterazioni in evoluzione o di processi spenti.

Per ciò non sarà male che passiamo in rivista le altre cagioni di febricola e ne trattiamo brevemente le diagnosi differenziali: nel far ciò terrò conto principalmente della mia esperienza personale.

Ma prima voglio notare che per il criterio di frequenza a mio avviso, almeno il 90 % delle febricole sono tubercolari.

MARANON nei suoi casi ha trovato che solo il 45 % delle febricole erano dovute alla tubercolosi; a me sembra questa percentuale molto al disotto del vero.

* * *

Tra le febricole non da tubercolosi è da ricordare quella dovuta alla sifilide. Questa infezione, come è noto, può dar la febbre, ma questa generalmente è più elevata, spesso intermittente e qualche volta continua così da simulare una febbre tifoide.

Nelle febricole sifilitiche non mancano in genere sintomi da farcene sospettare la natura, a prescindere dalla notizia anamnestica dell'avvenuta infezione: quali ad es. glandole dure ed ingrossate moderatamente agli inguini, alle epitrocee, sotto il mento,

dietro le mastoidi, l'alopecia, le tibie seghettate e dolenti, le cefalee notturne, il pallore caratteristico, ecc. ecc.

Qualche sintomo a carico dei polmoni, in specie nelle regioni ilari, è comune alle due affezioni; tutti sanno con quanta facilità la sifilide polmonare venga scambiata con la tubercolosi. Nella febricola sifilitica spesso è udibile un soffio sistolico sull'aorta, indizio della aortite, che non di rado si accompagna a febbre leggiera e vespertina; talora si palpa il fegato ingrossato e dolente, indizio dell'epatite luetica; e qualche volta la natura della febricola potrà esserci rilevata da un induramento dei testicoli. Questo avvenne in un malato che io visitai in consulto pochi anni or sono: era un uomo sui 50 anni, che da più mesi soffriva per una febbretta vespertina, presentava sintomi evidenti di una sclerosi di un'apice polmonare, ma l'esame dell'espettorato (assai scarso del resto) non aveva mai rilevato il bacillo di KOCH: nell'esaminarlo trovai un testicolo duro ed indolente: pensai alla lue che l'anamnesi confermò; la febbre cedette alle prime iniezioni di un preparato mercuriale.

Non va dimenticato però che le due infezioni possono coesistere; allora non è facile a quale delle due attribuire la febricola; ho veduto alcuni casi di questo genere. Soltanto il criterio terapeutico può aiutarci: in casi simili è meglio ricorrere agli arsenobenzoli, sia per la loro maggiore efficacia (non è raro vedere febbri da lue non cedere al mercurio e cedere alle prime iniezioni efficaci di neosalvarsan), sia perchè l'arsenico è utile ai tubercolosi ed il mercurio no. Più volte una prima iniezione di gr. 0,60 di neosalvarsan nelle vene (quasi mai uso dosi più piccole che sono inutili e non di rado dannose), è bastata a far scomparire una febbre che durava da mesi, ed a dimostrare che, malgrado la presenza di focolai tubercolari, la febbre era dovuta alla lue: la persistenza della febbre, malgrado un'intensa cura salvarsanica, fa concludere in senso opposto.

* * *

Da medici napoletani, e dal CANTANI fra questi, si è incolpata la febbre di Malta, cioè la setticemia di BRUCE, od anche, come ora si pensa, quella dal *bacillus aborti* di BANGE d'essere cagione di febricole. Io sono molto scettico su questo punto. A Roma l'infezione malitense è certamente più rara a che Napoli, e nel mezzogiorno l'Italia ed in Sicilia: ma mentre ho avuto in cura più casi di febbre di Malta del solito tipo ondulante con temperature feb-

brili elevate, mai ho veduto una febricola protratta, con l'andamento di quelle descritte per la tubercolosi, imputabile ad infezione da micrococco di BRUCE o da bacillo di BANGE: anzi parecchi casi caduti sotto la mia osservazione di febricole attribuite alla infezione melitense, provenienti dall'Italia meridionale o dalla Sicilia, ad un esame più rigoroso si sono dimostrate febricole tubercolari. L'errore è dovuto al fatto che, non di rado, stipiti di micrococco melitense sono agglutinati dal siero di persone sane o malate di tubercolosi. Lo ricordò già BOZZOLO nella sua relazione sulle febbri oscure, l'ho ripetuto anche io per mia esperienza e per conferma del dott. VOLPE batteriologo a Bari. Ricordo di aver veduto un malato nel quale era stata fatta la diagnosi di febbre di Malta perchè il suo siero agglutinava il micrococco melitense ad uno per duecento; io diagnosticaí invece una febbre tubercolare per tubercolosi ilare ed adenopatia dell'ilo polmonare; l'andamento della malattia confermò la diagnosi; più tardi fu trovato il bacillo di KOCH nello sputo; malgrado ciò il malato guarì.

Per essere sicuri della diagnosi di febbre di Malta è necessario usare uno stipite di microbo di BRUCE che non sia agglutinato facilmente dal siero di persone sane o tubercolose, e non dar valore se non alle agglutinazioni in forti diluizioni, almeno 1 per 500 ed in diluizioni crescenti nel corso della malattia.

Già che sono a parlare di agglutinazioni ricorderò che il siero di malati di febbri tubercolari qualche volta agglutina debolmente all'inizio della prova il bacillo del tifo, i paratifi, ed il micrococco di BRUCE anche a deluizioni notevoli ad es. uno per 400; però l'agglutinazione che si osserva debole all'inizio della prova, non prosegue come nei casi nei quali la prova è realmente positiva, ma si arresta; tali agglutinazioni incomplete non hanno valore probativo (LEVI DELLA VIDA).

Da ricerche recenti eseguite nella clinica di MICHELI a Torino (1) risulta che molte persone sane senza aver mai sofferto febbre di Malta possono agglutinare il micrococco melitense o il bacillo di BANGE, perchè sono state vaccinate dell'uso protratto di latte contenente detti germi, resi innocui dalla bollitura, ma capaci di vac-

(1) P. BASTAI e C. BOTTA. *Sul significato clinico e biologico delle reazioni allergiche e delle agglutinazioni antimelitensi negli individui normali nei malati di febbre ondulante.* « Polielinico », Sezione Medica, 1º agosto 1928, Anno XXXV, fasc. 8.

cinare. Per tutti questi fatti si spiega perchè tanto spesso io abbia incontrato malati per febbri tubercolari nei quali era stata fatta diagnosi di febbre di Malta, erroneamente, in seguito ad una prova di agglutinazione ritenuta probativa. La conclusione è che bisogna essere molto cauti nella diagnosi di febbre melitense.

Recentemente ho avuto un esempio del genere. Vennero a consultarmi dalla provincia di Lecce due giovani donne (zia e nipote) che da più anni soffrivano una febricola ostinata; ambedue presentavano ingrossamento della milza e portavano con loro un referto di un gabinetto batteriologico del Mezzogiorno, dal quale risultava che il micrococco melitense era agglutinato in una alla diluizione di 1 a 500, nell'altra ad 1 a 1000. La diagnosi sembrava dunque del tutto sicura per febbre di Malta. Le malate, le quali facevano vita in comune, riferivano che la febbretta cessava quando andavano in campagna a riposare e riprendeva quando tornavano in città alle fatiche abituali: questo comportamento è frequente nelle febricole tubercolari, ma non è patognomonico, perchè è stato osservato anche nella febbre di Malta. Ambedue presentavano qualche ganglietto alle ascelle: in una si percepiva leggiera ipofonesi nelle spazio scapolo-vertebrale da un lato e qualche rantolo secco sotto la spina scapolare corrispondente, nell'altra nessun rantolo, ma una leggiera ipofonesi in ambedue le regioni inter-scapolo-vertebrali. Pensai a febricole tubercolari per le solite lesioni minime ilari e perilari.

La diagnosi di febbre di Malta si poté escludere con sicurezza, perchè la prova di GRÜBER-WIDAL fatta in un gabinetto assai accreditato riuscì negativa per il micrococco di BRUCE; la radiografia dimostrò evidenti alterazioni in una regione ilare nella prima, e di ambedue le regioni ilari nella seconda. Si trattava dunque di febricola tubercolare.

* * *

Ugualmente bisogna esser prudenti nel far diagnosi di febricola per influenza cronica. Prima di tutto dirò che si corre troppo nel far diagnosi d'influenza: molti malati e malate di tubercolosi polmonare dicono che la loro malattia è incominciata con una influenza, alla quale ha fatto seguito una febbretta che non li ha più lasciati.

Se si indaga bene, si resta persuasi che non si è trattato di influenza, ma di una febbre episodica tubercolare della quale par-

lerò in seguito. Non è lecito fare diagnosi di influenza senza l'epidemia o l'epidemia, senza che più persone nella stessa casa siano state colpite, senza febbre elevata, cefalea, dolori nei bulbi oculari, catarro acuto delle prime vie respiratorie, ecc., ecc.

Ma anche quando risulti che la malattia si sia iniziata sicuramente con un attacco d'influenza, non è detto che la febricola sia dovuta ad influenza cronica: la febbre per influenza può protrarsi attenuata quando persiste un catarro bronchiale, una infiammazione dell'orecchio medio, o delle cavità accessorie del cranio (seni frontali, mascellari), o v'è una mastoidite, ecc., ecc., ma in tutti questi casi la diagnosi è facile. Mancheranno inoltre alterazioni dei polmoni alla percussione; la radiografia ne mostrerà l'integrità, lo sputo non mostrerà il bacillo di KOCH, mancherà l'ingrossamento delle glandole, ecc., ecc.

Nei casi pervenuti a me con la diagnosi d'influenza cronica, di febricola da influenza si è trattato quasi sempre di febricola da tubercolosi, ed un paio di volte di febricola sifilitica. Ciò non deve far meraviglia attesa la grande frequenza dell'infezione tubercolare latente, e l'azione dell'influenza nel riattivarla.

* * *

Ugualmente circospetti bisogna essere nel far diagnosi di febricola postifica o postparatifica o postmelitense.

Il più delle volte le febbre elevata che è stata creduta un tifo, un paratifo o una febbre di Malta era una febbre per diffusione del bacillo di KOCH, una così detta tifo-bacillosi. Ma anche nei casi nei quali la febricola è stata preceduta da un vero tifo, paratifo o da febbre di Malta, assai spesso è tubercolare: le dette infezioni acute hanno riattivato un focolaio tubercolare latente. L'anamnesi esatta e l'esame completo del malato, radiografia del torace compresa, ci metteranno sulla via della giusta diagnosi: questa potrà essere confermata da una cutireazione positiva alla tubercolina. Più volte ho veduto far seguito ad una febbre tifoide debitamente controllata, una febricola tubercolare.

Con ciò non voglio escludere che vi siano delle vere febricole postifiche, tra le più frequenti quelle per colecistite tifosa, o per osteomielite, o per adenite delle glandole mesenteriche, ma in tali malati non mancano sintomi della localizzazione eberthiana, e perciò la diagnosi differenziale non è difficile.

* * *

Si è parlato da alcuni di febbri coliche da catarro intestinale cronico e specialmente da enterocolite muco-membranosa; anche io ho accennato alla possibilità di tali febbri nel mio articolo del 1912.

MARANON (1) su 243 casi di febbri coliche dice di aver notato in 19 sintomi di colite cronica. Anche io ho veduto casi simili, ma non credo che la febbre colica sia dovuta alla colite muco-membranosa. Innanzi tutto è possibile osservare casi non pochi di colite muco-membranosa, senza febbre colica, e poi se si interrogano bene i malati il più delle volte risulta che la colite è posteriore alla febbre colica, e conseguenza dell'errata diagnosi d'infezione intestinale, e della conseguente dieta ristretta che dà la stitichezza; e dei purganti, dei clisteri disinfettanti, ecc., ecc., in altre parole la febbre colica era tubercolare, e la colite muco-membranosa era effetto delle cure errate, e sopra tutto degli enterocliismi.

* * *

L'amebiasi al contrario può dare una febbre colica. La diagnosi differenziale può essere difficile, perchè anche l'amebiasi può dare sintomi a carico dei polmoni; ci può essere un catarro bronchiale da ameba, un ascesso polmonare da ameba.

Possono mancare i sintomi a carico dell'intestino, la dissenteria può esserci stata, ma molti anni prima, 12 anni, come in un caso osservato da me recentemente, o così leggiera, da passare quasi inosservata. Non manca, è vero, quasi mai una dolenzia ed un ingrossamento del fegato, anche in assenza di un vero ascesso, per l'epatite amebica che può precedere la formazione del così detto ascesso amebico del fegato. Se vi è ascesso la febbre in genere è più elevata. Nei casi dubbi ci soccorrerà il criterio terapeutico: poche iniezioni di emetina faranno scomparire la febbre, se era dovuta ad infezione amebica.

* * *

Si è parlato molto di febbri coliche epatiche per colelitiasi e colelitite calcicola: tutto sommato detta forma di febbre colica deve essere rara, perchè io non ne ho veduto casi sicuri. Non mancano

(1) G. MARANON. *Il problema della febbre colica*. Archiv. de med. y cir. Espan., 1926, riferito nel n. 281 del « Policlinico », Sezione Pratica, 27 agosto 1928.

però in questi malati criteri differenziali importanti: innanzi tutto la storia di attacchi di colica epatica talora con febbre alta ed ittero, dolenzia alla palpazione della regione della cistifellea, sintomi dispeptici, come acidità, pirosi, diarrea prandiale, urobilina nelle urine e (sintomo da non trascurarsi mai) l'ipercolesterinemia, e non di rado ipertensione arteriosa. Tuttavia va ricordato che nella colecistite calcolosa con febbre si possono osservare sintomi di congestione alla base del polmone destro, e dolori toracici, capaci di trarci in inganno. La diagnosi differenziale qualche volta può essere difficile.

Valga ad esempio questa mia osservazione: una signora sulla quarantina, ben nutrita, che aveva avuto parecchi anni prima una gravidanza con parto normale a termine, da più di un anno soffriva per una febricola del tipo della febricola tubercolare. Oltre la febbre nessun altro disturbo che un dolore moderato più o meno continuo all'ipocondrio destro e soprattutto all'epigastrio, in corrispondenza della regione della cistifellea, quivi anche la palpazione riusciva dolorosa, ma la cistifellea non si poteva palpare. Vi era aumento della colesterina nel sangue. Si trattava dunque di una febricola epatica da colecistite cronica (GROCCO)? Mancava la storia di coliche epatiche tipiche, il dolore non aveva le caratteristiche esacerbazioni notturne, mancavano i sintomi dispeptici. L'esame obiettivo del torace faceva nascere il sospetto di adenopatia ilare a destra, e la radiografia lo confermava mostrando, benchè lievi, quelle immagini comuni alle febricole tubercolari. L'esame completo, ripetuto più volte, dei polmoni, sciolse il dubbio: a destra tra le linee ascellari anteriore e media al livello della 5^a e 6^a costola un gruppetto di rantoli o sfregamenti persistenti che potei udire più volte a distanza di mesi e di anni.

Si trattava dunque della febricola perpetua per pleurite secca (BERNHEIN), cioè di una febricola tubercolare e non di febricola epatica. Il dolore della regione epigastrica era senza dubbio un dolore irradiato dal 6° nervo intercostale di destra, interessato nel processo di pleurite secca.

* * *

Si possono osservare febricole per infiammazione cronica di altri canali escretori (pelvi renale, uretra), per infiammazione cronica della prostata, dell'utero, delle trombe fallopiane, ecc., ecc. In tutti questi casi l'esame obiettivo, che in ogni caso di febricola deve essere completo, metterà sulla via della giusta diagnosi.

* * *

Non tralascero di accennare alla possibilità che la febricola sia data da un cancro latente, specialmente dello stomaco: non mancheranno in questi casi i sintomi subiettivi ed obbiettivi del cancro ed il più delle volte l'età potrà farcelo sospettare. Bisogna infatti essere molto prudenti nel diagnosticare una febricola tubercolare occulta in persone di età avanzata; perchè in queste la tubercolosi che è assai frequente, è generalmente di antica data ed ha avuto tutto il tempo di produrre alterazioni evidenti dei polmoni, che non possono sfuggire anche ad un esame superficiale. Tuttavia si possono incontrare casi nei quali la diagnosi può essere difficile.

Valga a dimostrare ciò questa mia osservazione: una signora mia cliente, sulla sessantina, ammalò di una febricola senza altri sintomi che anemia e diminuzione dell'appetito. In gioventù aveva avuto manifestazioni sicure di tubercolosi polmonare e ne presentava ancora le tracce. Malgrado ciò pensai al cancro dello stomaco; la palpazione dello stomaco non permetteva di palpare il tumore; la malata si rifiutò all'esame radiologico ed all'esame del succo gastrico: la diagnosi divenne sicura quando comparvero delle glandole dure nella fossa sopra clavicolare destra, e più tardi si produsse un pneumopericardio, che condusse in poche ore a morte l'inferma: si trattava dunque d'un cancro della piccola curvatura in vicinanza del cardiac che si era perforato nel pericardio.

* * *

L'endocardite lenta può dar luogo ad una febricola somigliante, ma non uguale alla febricola tubercolare. Per solito la diagnosi differenziale non è difficile. Il più delle volte ha preceduto un reumatismo acuto articolare od un'angina, il malato presenta i sintomi obiettivi di un vizio valvolare (un soffio sistolico alla punta, od un rumore diastolico alla base) ha mialgie, artralgie; se si tratta della forma maligna lenta da *streptococcus viridans*, non mancano l'anemia, l'ingrossamento della milza, l'albuminuria con presenza di emazie nel sedimento urinario, il sintomo di Osler, e spesso l'emocultura positiva. Anche le rare setticemie da *streptococcus viridans* senza endocardite (SCHÜLLER) difficilmente si confonderanno con le febricole tubercolari od in genere con le febbri da tubercolosi occulta delle forme che in appresso saranno

descritte. Manca, è vero, il tumore di milza o se c'è, è assai lieve, l'anemia non è intensa, ma la febbre è per solito più elevata, più grave, il malato prostrato, soffre di artralgie e mialgie penosissime: nella storia non manca una angina all'inizio della malattia, spesso vi è una ulcerazione del palato molle o piccoli focolai di suppurazione nelle tonsille: l'emocoltura è positiva. Le setticemie da stafilococco danno generalmente febbri elevate: non mancano prima o poi localizzazioni nel tessuto perirenale il più delle volte o nella prostata; nelle storie c'è un foruncolo, un favo, una escoriazione infetta, ecc., ecc.: nel sangue c'è leucocitosi e l'emocoltura è facilmente positiva.

* * *

In altro scritto ho ricordato che in alcuni malati di febricola donne spcialmente, non mancano sintomi d'ipertiroidismo. Si presenta allora il problema se la febricola sia tubercolare, o sia dovuta ad un morbo di BASEDOW incompleto o all'inizio: fenomeni di ipertiroidismo non sono rari in malati di tubercolosi (PENDE): nella febbre per malattia di BASEDOW non mancheranno nè la tachicardia, nè l'ingrossamento della tiroide, nè la monocitosi nel sangue e l'aumento del ricambio basale. Tutto sommato la diagnosi differenziale non è difficile; il più delle volte la febricola è tubercolare ed i sintomi d'ipertiroidismo sono secondari: una sola volta mi sono trovato imbarazzato nella diagnosi!

* * *

Si è scritto molto sulle febbri nervose e sulla febbre isterica: spesso le febricole tubercolari le ho veduto battezzare per febbri nervose.

Non credo alla febbre isterica: mi sono sempre potuto convincere che si trattava di simulazione; di più le isteriche (o gli isterici) non si contentano in genere di simulare una febricola, ma simulano temperature iperpiretiche. Nel sospetto è bene prendere le temperature nel retto e ricordarsi che temperature rettali 37,3 - 37,4 sono normali. Non escludo che vi siano persone che abbiano una grande facilità di febricitare per cause minime (CANTANI), ma questo si osserva principalmente in persone che hanno qualche focolaio di tubercolosi: le febricole tubercolari poi sono in genere persistenti, monotone per mesi e anni, e non hanno a che fare con le rapide ed irregolari elevazioni termiche che si osservano in tali soggetti.

* * *

Concludendo: tutto sommato le febricole non tubercolari sono rare in confronto a quelle dovute alla tubercolosi; perciò in presenza di una febricola si deve pensare alle tubercolosi prima di tutto, pur non tralasciando di indagare se altre possono essere le cagioni del febricitare.

* * *

Da quanto ho detto risulta chiaramente che le febricole tubercolari nella grande maggioranza dei casi sono dovute ad una tubercolosi delle glandole intratoraciche e principalmente di quelle ilari con localizzazioni minime nei polmoni o nelle regioni ilari o sottoapicali. Si tratta di localizzazioni minime che non si rivelano senza un esame obiettivo accurato, metodico e fatto da persone che abbiano acquistato con lungo esercizio una finezza nello apprezzare i dati della percussione ed ascoltazione: di somma utilità, come ho detto, è l'esame radiologico. A rigor di termine non potrebbero rientrare nelle febbri criptotubercolari o di tubercolosi occulta, ma come ho detto, questa espressione va presa in senso relativo.

Si tratta per lo più di lesioni minime che non hanno tendenza ad evolvere. Infatti la febricola può persistere per anni ed anni senza che il reperto semeiologico si modifichi sensibilmente, e senza che si alteri notevolmente lo stato generale del malato.

Questa benignità delle febricole tubercolari nel maggior numero dei casi risulta non solo dalla esperienza del CANTANI, ma anche dalla mia. Non ricordo aver veduto seguire ad una febricola la meningite tubercolare, assai di rado ho veduto far seguito una tubercolosi evolutiva del polmone: ciò non toglie però che quando la febricola duri da molto tempo non manchino mai (come scrissi fin dal 1912) alterazioni facilmente costatabili nei polmoni. A che si deve questa benignità delle febricole? Secondo ogni evidenza la febricola tubercolare è l'espressione di una riacutizzazione di un processo tubercolare latente, dovuto ad una prima infezione, ovvero ad una reinfezione paucibacillare in un individuo più o meno immunizzato da una prima infezione. In genere per mia esperienza queste febricole tubercolari non si osservano in persone esposte ad un contagio intenso; in queste si osservano forme di tubercolosi più gravi.

Che non si tratti per solito di una prima infezione è dimostrato dal fatto che i malati presentano spesso glandole linfatiche ingrossate in parecchie regioni, e che nella radiografia non è raro vedere nuclei di calcificazione e glandole calcificate intrapolmonari: e che le ombre ilari sono debolmente ingrandite, e non si presentano come nei casi del complesso primario ingrandite fortemente: questo vedremo in un'altra forma di febbri criptotubercolari.

Anche l'età dei pazienti dai 15 ai 25 anni o più in là è d'accordo con questo concetto. La loro benignità si può spiegare con l'esistenza in detti malati di un certo grado d'immunizzazione per una prima infezione o con la minore virulenza dei germi o con lo scarso numero di essi.

Che si immunizzino durante la febricola (CANTANI) è possibile, ma seppure questa immunizzazione c'è, è assai lenta, e non può essere altrimenti, essendo le localizzazioni assai limitate. Come scrissi molti anni fa, sono le localizzazioni estese delle sierose e specialmente quelle del peritoneo che danno un grado notevole di immunizzazione.

* * *

Non mi tratterò a lungo sul prognostico dopo quanto ho detto: se i malati possono nutrirsi bene, stare in riposo e all'aria aperta, fare in una parola, una vita igienica, si può essere ottimisti sulla prognosi. Questa deve essere riservata nei soggetti gracili, con ossa sottili, stomaco atonico, ptosico, incapaci di nutrirsi abbondantemente.

* * *

In quanto alla cura la prima indicazione è il riposo e la buona alimentazione e l'aria libera; di monte nell'estate; di mare, di campagna nell'inverno e nella primavera: controindicata l'aria di mare negli ipertiroidi. Tra le cure medicamentose ottimo l'olio di fegato di merluzzo: i preparati di calce e di arsenico, le iniezioni di tuberculina a dosi minime specie in associazione allo jodio (d'accordo in questo la mia esperienza con quella di CANTANI): anche l'emoantitossina MARAGLIANO, mi è sembrata utile più volte: se prevalgono le alterazioni glandolari buono lo jodio (sciroppo jodotannico). Se l'appetito è scarso bisogna stimolarlo (gocce amare di CANTANI, oressina, ecc., ecc.): molto limitato deve essere l'uso degli alcoolici!

II.

La seconda forma da me descritta è quella di febbri che durano quattro o cinque giorni, elevate il primo giorno sino a 39,5 - 40 gradi e degradanti nei giorni successivi, febbri che furono descritte nel 1921 dal CANTIERI (1), e dette da lui febbri criptotubercolari a brevi periodi od accessionali. Mi associo a quanto egli scrive.

Qualche volta queste febbri sono seguite da febricole a 37,3 - 37,4 come quelle descritte sopra. Del resto queste febbri accessionali sono frequenti nei malati di tubercolosi polmonare cronica abitualmente apiretici, o con lievi elevazioni di temperatura vespertina. La febbre non si accompagna a particolari molestie: soltanto un poco di male di testa se è alta. Si osservano specialmente nei bambini e nei ragazzi, più di rado in adulti giovani: si possono ripetere talora con una certa regolarità ogni mese o due; le febbri mestruali, così frequenti nelle donne tubercolose, possono rientrare in questa forma, ma per solito sono meno elevate, e come si è detto, fanno parte delle febricole. Malati che hanno sofferto di attacchi febrili di questo tipo possono più tardi soffrire di febbri più gravi, più lunghe, quali saranno descritte nella terza e quarta forma. Possono essere apparentemente primitive, come possono far seguito a malattie acute, e specialmente all'influenza. Quasi sicuramente sono dovute ad adeniti tubercolari, e l'accesso febbrile segna il progresso dell'infezione tubercolare per le vie linfatiche e spesso l'invasione di altre glandole. Sono attribuite, senza eccezione, ad indigestione e curate in conseguenza con digiuno e purganti; e poichè di questi non si fa mai a meno, e si ripetono all'occasione più volte finchè la febbre cessa, si attribuisce ad essi il cessare della febbre, e non si constata che cesserebbe ugualmente e forse anche più presto, senza purganti.

Tra i tanti ho avuto in cura due ragazzi sui 10-12 anni i quali da più tempo andavano soggetti a queste febbri accessionali, attribuite ad indigestione: perciò erano tenuti ad una dieta ristretta e venivano purgati spesso, la nutrizione e lo sviluppo ne avevano sofferto.

(1) Prof. COLLATINO CANTIERI. *Febbri criptotubercolari a lungo decorso e febbri criptotubercolari a brevi periodi od accessionali.* « Rivista Critica di Clinica Medica ». Anno XXII, 1921.

All'esame obiettivo si trovava il solito reperto, qualche ganglio ingrossato al collo e alle ascelle; in uno dei due ragazzi qualche rantolo secco sotto la spina scapolare di un lato, e si era perciò portati a far diagnosi di adenopatie tubercolari ilari, ed in uno anche della così detta peribronchite.

Persuasi a grande stento i genitori che non si trattava di febbri da indigestione, ma di tutt'altra cosa, sospese le purghe, messi i ragazzi ad un vitto abbondante e variato, sono cessate le febbri, i ragazzi si sono sviluppati bene e si conservano da più anni in ottima salute e sono diventati ormai dei giovanotti di bell'aspetto.

In un bambino di 4 anni osservai più volte questi attacchi febbrili; dopo potei constatare l'ingrossarsi di qualche glandola al collo e alle ascelle, testimonianza della diffusione del bacillo di KOCH per le vie linfatiche.

Il bambino aveva avuto una balia tubercolosa; con cure opportune guarì e stette bene per molti anni; giovanotto sopportò gli strapazzi della guerra e le privazioni della prigionia; a 27 anni soffersse una febricola che guarì col riposo e col cambiamento d'aria e con iniezioni iodo-arsenicali; all'esame obiettivo ordinario ed alla radiografia il solito reperto delle febricole tubercolari.

La febricola si è ripetuta 2 anni dopo nell'estate, ed è guarita con lo stesso trattamento. Una giovane sposa di 23 anni quando fu da me visitata la prima volta, raccontava che dalla età di 18 anni andava soggetta ad attacchi di febbre alta che duravano quasi sempre 4-5 giorni soltanto, ma talora anche 10-15, e si ripetevano ogni mese o due, spesso in occasione delle mestruazioni. La febbre al solito era attribuita ad infezione intestinale, donde dieta ristretta, purganti ed, in conseguenza, dimagrimento.

Durai fatica a persuaderla che la febbre era dovuta non ad infezione intestinale o a stitichezza, ma a tutt'altra cagione; e soltanto dopo che la radiografia confermò quanto l'esame diligente del torace faceva rilevare a carico dei polmoni e delle glandole intratoraciche, potei indurla a cambiare trattamento.

Questi attacchi di febbri accessionali spesso sono presi per influenza: la diagnosi differenziale, non sempre facile, va fatta con diligenza. Si ricordi che la diagnosi di influenza non va fatta con leggerezza come ho sopra ricordato. Non si deve però dimenticare che, nei bambini in specie, l'influenza può presentarsi senza sintomi catarrali, e con la febbre soltanto.

Queste febbri vanno distinte da quelle dovute ad infezione delle tonsille e della mucosa del naso e del faringe; perciò va esa-

minata con molta cura la gola dei pazienti; anche la febbre glandolare di PFEIFFER va distinta, ma in questa sono evidenti le tumefazioni delle ghiandole e la febbre è più persistente.

L'errore più frequente, come ho detto, è attribuire la febbre ad indigestione, ma alle febbri da indigestione, secondo me, non bisogna crederci troppo. Seppure c'è, la febbre da indigestione dura un giorno o due, cessa col digiuno o con un solo purgante, si accompagna a nausea, vomiti, cefalea, dolore di stomaco e di ventre diarrea, alito fetido, lingua sporea, ecc., ecc.

Niente di tutto questo nelle febbri tubercolari. Se v'è stitichezza essa non è già cagione della febbre, ma effetto della dieta ristretta e delle purghe ripetute. Troppo facile è accusare un bambino od un ragazzo di aver mangiato cibi incongrui o di aver mangiato troppo!

Per confermare la diagnosi di queste febbri utilissima è la radiografia del torace e la cutireazione alla tubercolina. In quanto alla cura, il punto più importante è non trattarle come febbri da infezione intestinale: la buona alimentazione, l'aria buona, il riposo, lo sciroppo iodotannico, l'olio di fegato di merluzzo saranno i rimedi preferiti.

III.

Il terzo gruppo di febbri criptotubercolari è caratterizzato da un febricitare moderato con larghe oscillazioni giornaliere tra 37,4-37,5, il mattino 38-38,5 raramente 39 la sera, della durata di 10-20 giorni o più, senza sintomi concomitanti apprezzabili. Queste febbri che si osservano nei ragazzi o negli adolescenti di ambo i sessi sono in genere battezzate come febbri gastriche; dai pazienti come gastrica, dai medici come febbri intestinali, febbri viscerali, o *tout court* come febbri infettive! Di gastrico, intestinale, non hanno che il nome perchè manca in genere qualsiasi sintomo a carico dello stomaco e dell'intestino, anzi ciò che caratterizza specialmente queste febbri è appunto l'assenza di qualsiasi sintomo concomitante. Manca per solito il mal di testa, o se c'è, è moderato e soltanto nelle più alte esacerbazioni della febbre: mancano i sudori o sono moderati; il polso è in genere più frequente di quello che comporterebbe la febbre (ma questa regola ha non rare eccezioni) e non è dicroto. La lingua è netta, l'appetito ben conservato, qualche volta diminuito, il ventre chiuso, e ciò per la scarsa ali-

mentazione alla quale sono per solito assoggettati i malati, o per effetto dei purganti già presi. Manca l'epistassi così frequente all'inizio del tifo addominale, mancano le roseole ed il tumore di milza e la cefalea, così caratteristica nei primi giorni dell'infezione eberthiana: ugualmente assente è l'albuminuria e se c'è, è ortotica, manca la tosse, il raschio, ed i dolori nel torace e nel ventre.

La febbre, come ho detto, dura circa due settimane; ora più ora meno, e termina per lisi senza che si trovi ad un esame superficiale un'evidente localizzazione del bacillo di KOCH. Più raramente dopo un'apiressia di pochi giorni, 5-8, la febbre si riaccende, e durante questa ripresa si può rendere palese una localizzazione del bacillo tubercolare, in genere in una sierosa, più spesso una pleurite, talora una peritonite, una polisierosite, o purtroppo una meningite. Questo decorso in due tappe è più proprio delle febbri che saranno descritte nel quarto gruppo, alle quali meglio si addice il titolo di tifobacillosi dato loro dal LANDOUZY, titolo che converrebbe meno a queste, che si potrebbero dire « così dette febbri gastriche » per seguire l'abituale denominazione.

I malati sono in genere fanciulli o ragazzi vicini alla pubertà, più spesso maschi che femmine: non di rado nel loro aspetto hanno qualcosa che ci può fare sospettare la natura della loro malattia: sono in genere magri, pallidi, talora di un colorito bruno gialliccio della cute, il loro viso scolorito contrasta col volto acceso dei tifosi nella prima settimana di malattia.

Il sudore tramanda per solito un odore agliaceo *sui generis*; differente dall'odore nauseoso di nidiata di topi che talora ha quello dei tifosi. I malati sono svegli, nervosi e come ho detto non accusano disturbi soggettivi; quasi non si accorgono di avere la febbre, e reclamano spesso un vitto più abbondante perchè (è forse inutile dirlo) sono quasi sempre condannati alla dieta più rigorosa!

Ora m'è occorso più volte di osservare che mettendo i malati ad una dieta abbondante, la febbre per qualche giorno cresce, il che vale a rafforzare il convincimento nel medico e nei parenti del malato che la febbre sia gastrica o intestinale, e a farli continuare nella cura errata. Ma insistendo con una buona alimentazione la febbre si abbassa e cessa del tutto in pochi giorni. Può accadere che, coincidendo la ripresa della febbre dovuta all'insorgere di una evidente localizzazione del bacillo di KOCH (pleurite, peritonite, meningite, ecc.), con la ripresa dell'alimentazione ordinaria, si attribuisca a questa il ritorno della febbre. Tanto può ancora il pregiudizio dell'infezione intestinale!

Parimenti non di rado la febbre viene addebitata alla stitichezza, che è effetto dell'alimentazione scarsa e delle purghe ripetute; e poichè la stitichezza è curata spesso con clisteri ripetuti, non di rado irritanti per sostanze antisettiche in essi contenute, si produce un catarro nel grosso intestino con emissione di muco: per questo il medico poco accorto è indotto alla diagnosi di colite ed enterocolite, e ad attribuire a questa la febbre e ad insistere purtroppo nell'errato e dannoso indirizzo curativo.

All'esame obiettivo non mancano quasi mai segni dell'avvenuta infezione tubercolare; glandole ingrossate al collo ed alle ascelle o da un lato o da ambedue, qualche volta notevolmente ingrossate, sino a raggiungere il volume di un uovo di piccione. Con una delicata percussione negli spazi scapolo vertebrali, meglio eseguita dal basso all'alto e comparativa, si può quasi sempre percepire una ipofonesi da un lato; mancano il più delle volte rantoli all'ascoltazione, ma non è eccezionale sorprendere, ascoltando con lo stetoscopio o meglio con un buon fonendoscopio qualche rantolino fino, somigliante ai rantolini dell'edema in corrispondenza dell'ilo polmonare o della zona di allarme di SERGENT; talora si può udire qualche leggero sibilo sotto la spina scapolare di un lato, più raramente sopra. Quasi mai ha constatato il soffio di SMITH, il fenomeno di D'ESPINE, la riduzione della sonorità alla percussione delle prime vertebre dorsali, mai ho trovato ingrossato il ganglio toracico laterale. All'esame radiologico, che è della massima importanza, si trova generalmente un ingrandimento notevole delle ombre ilari: talora queste si presentano del volume e della forma di una grossa castagna (*marron glacé*), opache e come fiocose; talora le varie ombre costituite dalle glandole formano una specie di grappolo: non di rado si nota una zona opaca di infiltrazione perilare o per lo meno tale appare nella radiografia presa in posizione antero-posteriore. Dico appare, perchè non sempre quelle che sembrano ombre ilari, o perilari alla radiografia, sono tali: la proiezione di ombra dovuta ad infiltrazione del polmone nella parte posteriore in vicinanza della colonna vertebrale ed al livello del solco interlobare può avere l'aspetto di glandole ingrossate all'ilo, o d'infiltrazione perilare (1). La stessa cosa può accadere per infiltrazione della parte anteriore del polmone. Si è certamente ecceduto nell'attribuire sempre le ombre visibili nelle regioni degli

(1) ARMANDO et DELLITE CH. LESTOCQUOY. « Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris », n. 26-27, juillet 1928.

ili ad ingrossamenti glandolari: e che sia così è dimostrato dal fatto già da me notato, che i sintomi ordinari di grosse adenopatie ilari mancano spesso, malgrado l'esistenza sulle lastre delle ombre delle cosiddette adenopatie voluminose dell'ilo. Perciò ad evitare l'errore occorrono radioscopie e radiografie in proiezione laterale.

Queste febbri così dette gastriche sono perciò dovute il più delle volte alla prima infezione tubercolare, al così detto complesso primario di **RANKE**: ulcera tubercolare o focolaio di **GOHN** (o meglio di **KUSS**) ed adenite consensuale: non di rado il focolaio primario ha una estensione notevole ed è costituito da una zona d'infiltrazione in vicinanza della pleura mediastinica e della superficie posteriore del polmone in corrispondenza del solco interlobare.

Anche queste infiltrazioni del parenchima polmonare possono guarire. Fra i miei malati che da ragazzi hanno sofferto di queste febbri con il reperto radiologico delle adeniti ilari con infiltrazione perilare, più di uno è ora un giovanotto sano e robusto e di bel-l'aspetto. Quando sono visibili queste infiltrazioni così dette perilari di una certa estensione, la durata della febbre è per solito maggiore. Non sempre in queste febbri si tratta di prima infezione e non sempre l'infiltrazione polmonare è perilare od interlobare, qualche volta è sottoclavicolare (il cosiddetto infiltrato di **ASMANN**) specialmente, come più volte ho avuto occasione di vedere, vicino all'articolazione sternoclavicolare, in corrispondenza della quale può constatarsi una lieve ipofonesi. Perciò non va mai trascurata una esatta percussione delle fosse sottoclavicolari: del resto l'esame del torace deve essere completo, perchè non è bene limitarsi all'esame delle regioni più spesso colpite, essendo le deviazioni da quello che si crede la regola, più frequenti di ciò che un tempo si credeva.

Prima erano gli apici che attiravano l'attenzione dei clinici, più tardi le regioni ilari, più recentemente ancora sono le regioni sottoclavicolari: la verità è che ogni regione del polmone può essere la sede di un focolaio evolutivo in apparenza primario.

La localizzazione sottoclavicolare ha una prognosi più grave. Queste febbri tubercolari più spesso si sviluppano in persone vissute in ambienti dove il contagio tubercolare era facile (altri malati di tubercolosi in casa, collegi, conventi soprattutto) non di rado ho potuto scoprire la sorgente dell'infezione. In tali casi era evidente che si trattava di reinfezioni esogene, come io del resto penso (e qualunque medico di larga esperienza la penserà come me) avvenga di regola nelle tubercolosi evolutive degli adulti specialmente.

Febbri dello stesso tipo possono essere date da adeniti, con necrosi caseosa di glandole accessibili alla mano del chirurgo, in questi casi l'exeresi di esse può far scomparire la febbre; qualche volta si può ottenere lo stesso successo con la radioterapia anche col vantaggio di evitare cicatrici deturpanti.

Allo stesso gruppo di febbri si può assegnare quella che precede ed accompagna l'eritema nodoso; sebbene in un mio malato sia riuscita negativa la ricerca del bacillo di KOCH in un frammento di pelle escisso nella nodosità e l'inoculazione di esso nella cavia non abbia avuto effetto, pure non posso dubitare della natura tubercolare dell'eritema nodoso: e ciò perchè ho costantemente osservato in malati di eritema nodoso adenopatie evidenti (anche ai raggi X) ed un'intensa cutireazione alla tubercolina, con grossa papula che spesso si è ulcerata, e molte volte ho veduto far seguito all'eritema nodoso, manifestazioni non dubbie del bacillo di KOCH (pleuriti, peritoniti, polisierositi, meningiti, tubercolosi ossea ed articolare, ecc., ecc.).

Va notato però che se l'eritema nodoso si sviluppa (come avviene talora) nel corso di un'altra infezione acuta, ad esempio di un ileotifo, la cutireazione può restare negativa finchè dura la febbre dell'altra infezione per diventare positiva nella convalescenza, come ho avuto occasione di osservare recentemente.

Queste febbri tubercolari - così dette gastriche - possono recidivare anche più di una volta a distanza talora d'anni, prima che ad un esame sommario e superficiale siano evidenti le localizzazioni del bacillo di KOCH.

Prendendo con cura l'anamnesi di malati di pleurite, peritoniti, polisierositi, tubercolari o di tubercolosi ossea o polmonare, accade spessissimo di sentire che essi hanno sofferta una od anche più volte di queste febbri gastriche, viscerali intestinali o di tifi leggieri!

* * *

Da quanto ho detto risulta che la diagnosi di queste febbri è tutt'altro che difficile: basta pensarci. Prima di tutto è il criterio di frequenza che ci deve far pensare in prima linea alla tubercolosi, in presenza di un febbricitare oscuro: si sa che circa il 50% dei bambini a 10 anni reagisce positivamente alla tubercolina; si sa che a 20 anni è circa il 70% e che questa percentuale cresce con l'età.

È possibile che tutte queste infezioni tubercolari siano state asintomatiche? Non lo credo. È più logico pensare che i sintomi dati da esse non siano stati valutati giustamente.

L'assenza di sintomi tifosi, quali la cefalea, l'epistassi, la roseola, la lingua impaniata, la bradicardia relativa, l'anorexia, il tumore splenico, la diarrea, ed in genere di sofferenze quali che siano, ed al contrario la facile sudorazione, l'odore speciale del sudore, per non dire l'aspetto del malato, e la nozione frequente della facilità dell'infezione tubercolare, per l'ambiente nel quale vive il malato, e soprattutto la presenza di adenopatie facilmente accessibili alla mano, metteranno il più delle volte il medico sulla buona via della diagnosi. Questa sarà confermata dal reperto dell'esame attento dei polmoni e, se non basta, dall'esame radiologico del torace e dall'esito della cutireazione alla tubercolina.

Questa è particolarmente interessante, e non si sa perchè il più delle volte sia trascurata. Se è positiva parla decisamente per una febbre da infezione tubercolare: perchè molte malattie febbrili, ed il tifo addominale tra queste, danno anergia; ed anche se il malato ha qualche focolaio tubercolare, la cutireazione alla tubercolina è negativa.

La malattia con la quale più spesso si confondono queste febbri è l'ileotifo leggiero, il così detto typhus laevis, tifo ambulatorio; ma in questo non mancano nè il tumore di milza, nè le roseole, per non dire della emocoltura positiva e della agglutinazione del bacillo di EBERTH; queste due ricerche non vanno mai trascurate perchè, come è ovvio pensare, un malato anche con adeniti manifeste o sintomi di infiltrazione tubercolare nei polmoni può febbricitare per un ileotifo mite; e ciò che importa è conoscere la causa della febbre in atto.

La prognosi di queste febbri non è in genere cattiva: il più delle volte i malati guariscono; di cattivo augurio è l'anorexia persistente ed il rapido dimagrimento: in queste condizioni è soprattutto da temersi la meningite tubercolare in specie nei bambini e nei ragazzi, ma bisogna ricordarsi che nè gli adulti, nè i vecchi ne vanno esenti. I malati che hanno appetito e sono ben nutriti per solito guariscono.

In quanto alla cura non posso che ripetere quanto ho detto per le forme precedenti. La febbre, essendo poco elevata, non reclama una cura speciale: se è molesta si possono dare piccole dosi di piramidone.

Nei bambini e ragazzi con evidenti adenopatie sono utili i preparati di iodio, come lo sciroppo iodotannico, le iniezioni iodoarsenicali; in tutti, i preparati di calce, l'arsenico; nell'apiressia l'olio di fegato di merluzzo e l'elioterapia.

Ma elementi importantissimi di cura sono il riposo, l'aria buona e soprattutto la buona alimentazione: se l'appetito è scarso è bene stimolarlo con gli amari, col tannato di oressina, ecc. Ciò che importa soprattutto è non correre dietro alla chimerica infezione intestinale ed alle stupide cure di digiuno, dieta latte, purganti e clisteri disinfettanti!

IV.

Il quarto gruppo di queste febbri da tubercolosi occulta è costituito da un febricitare più alto e continuo o quasi, e più protratto di quelle del gruppo precedente, tanto da far somigliare la malattia ad una febbre tifoide di media gravezza, od anche grave: i sintomi tifosi possono non mancare del tutto, sebbene (almeno per mia esperienza) siano in genere poco accentuati. Per tali caratteri a questo gruppo di febbri fu dato dal LANDOUZY il nome di tifobacillosi, nome che sebbene non sia esente da critiche, credo opportuno conservargli.

Il concetto di LANDOUZY era che tali febbri fossero dovute ad una setticemia tubercolare, senza localizzazione.

Effettivamente la localizzazione primitiva, dalla quale partono i bacilli per diffondersi nell'organismo, non manca mai, ma può essere così piccola da sfuggire alle ricerche cliniche ordinarie. Si tratta per solito di uno o più piccoli focolai nei gangli intratoracici più raramente in quelli dell'addome, o nei polmoni o in altro viscere: da questo focolaio partono i bacilli per andare in circolo e generare la setticemia tubercolare. Si comprende da ciò come non vi possa essere dal punto di vista patogenetico ed anatomo-patologico una linea netta di divisione tra la cosiddetta tifobacillosi LANDOUZY e la tubercolosi miliare. Infatti la cosiddetta tifobacillosi di LANDOUZY dagli Aa. tedeschi è descritta in genere come forma tifoide della tubercolosi miliare. Tuttavia io credo opportuno dal punto di vista clinico conservare la distinzione tra tifobacillosi e tubercolosi miliare, riservando questo nome a quelle setticemie tubercolari nelle quali è possibile diagnosticare in vita la formazione di tubercoli miliarici, ad esempio nella forma

polmonare e nella meningitica; e lasciando il nome di tifobacilloso a tutte quelle altre forme nelle quali non è possibile in vita dimostrare che vi sia formazione in qualche organo di tubercoli miliarici, e nelle quali l'unico sintomo tangibile all'esame ordinario è la febbre. Il concetto dunque di tifobacilloso è puramente clinico: la tifobacilloso non corrisponde ad una entità anatomopatologica unica.

GOUGEROT ha descritto 3 forme di tifobacilloso di LANDOUZY: la prima si presenta come una grave sepsi con febbre alta e stato tifoso; si termina con la morte in 20-30 giorni. Questa forma corrisponde alla sepsis tubercolosa acutissima di REICHE e SCHOLZ. La seconda forma dopo un periodo di febbre di 30-40 giorni, od anche più, presenta un'apiressia di alcuni giorni, dopo la quale la febbre si riaccende, ed in questa ripresa si manifesta una localizzazione tubercolare evidente, in genere in una sierosa, o nel polmone. È questa la forma più frequente.

La terza è una febbre che dopo un periodo variabile cessa, in genere per lisi, molto raramente per crisi, con guarigione almeno apparente.

Di ciascuna di queste forme ho veduto più casi: nella prima forma ciò che mi ha maggiormente fissata l'attenzione è l'assenza di delirio, il rapido dimagrimento, la mancanza di diarrea, lo scarso tumore di milza, la notevole frequenza del polso, l'assenza di roseole.

REICHE e SCHOLZ nei loro casi osservarono febbre elevata, stato tifoso iniziale, tumore di milza diazo-reazione positiva, leucopenia con notevole linfocitosi (da 64 ad 84 % di linfociti). Non so se sia stata mai ricercata in questi casi la cutireazione alla tubercolina, ricerca che non dovrebbe mai essere trascurata; è probabile però che essa risulti negativa (energia nelle infezioni gravi). Secondo REICHE e SCHOLZ nella forma da loro descritta come sepsis tubercolosa acutissima, il sangue è sopraccarico di bacilli tubercolari assai tossici e negli organi si formano piccoli, ma numerosi focolai di necrosi con grande accumulo al centro di bacilli acido-resistenti, ma non si arriva alla formazione di tubercoli miliarici tipici, i quali debbono essere considerati come una reazione di difesa dell'organismo, o perchè più resistente l'organismo o perchè meno tossici i bacilli.

Dal puro quadro della sepsis tubercolosa acutissima con reperto macroscopico negativo all'autopsia, vi sono forme di passaggio alla sepsi da bacillo di KOCH con metastasi ed il quadro solito della tubercolosi miliare.

Infatti consultando le storie dei morti per la così detta tifo-bacillosi di LANDOUZY, non è raro trovar ricordato che all'autopsia furono riscontrati rari tubercoli miliarici nei polmoni o più raramente nel fegato, così scarsi da non spiegare la morte del paziente.

La diagnosi di questa forma di tifo-bacillosi è difficile: ci aiuterà notevolmente l'emocultura fatta fin dall'inizio della malattia, perchè se il risultato di essa sarà negativo, parlerà contro l'ipotesi di un tifo grave, così pure il risultato negativo delle prove di agglutinazione per il bacillo del tifo e per i bacilli paratifici e per il micrococco melitense. Confermerà il sospetto la presenza di adenopatie (anche riscontrabili coi raggi X) e qualche precedente tubercolare. Ma va ricordato che una infezione eberthiana può combinarsi con una sepsi tubercolare e con tubercolosi miliare. casi consimili sono ricordati nella letteratura: va ricordato anche che in casi gravi di febbre tifoide l'agglutinazione può essere tardiva.

Decisivo per la diagnosi è il reperto di bacilli di KOCH nel sangue; difficile è soggetta ad errori la ricerca diretta: più sicura la prova biologica (inoculazione nella cavia); meglio ricercare il bacillo di KOCH nel sedimento urinario, perchè in questi casi non può mancare la bacilluria anche in assenza di lesioni tubercolari renali. Grande importanza per la diagnosi differenziale col tifo, quelle leggere differenze sopra riportate della sintomatologia, che difficilmente potranno sfuggire ad un occhio esercitato.

Negli altri due gruppi di tifo-bacillosi ancora meno accentuati sono i sintomi tifosi, in generale la febbre presenta larghe oscillazioni, con remissione il mattino ed ha un decorso meno regolare che nel tifo addominale, i malati la sentono meno; il male di testa così costante nei primi giorni di una infezione eberthiana è qui leggero e avvertito soltanto nelle più alte elevazioni della temperatura: manca per solito il delirio: la milza è poco o nulla ingrossata; l'alvo chiuso, la pelle arida, il colorito gialliccio pallido, facili sudori di odore agliaceo: roseole assenti: nel sangue niente di notevole: talora linfocitosi. La febbre così può durare un mese, un mese e mezzo, ed anche più (io l'ho vista durare fino a quattro mesi e mezzo) prima che si manifesti all'esame clinico ordinario la localizzazione tubercolare. In molti casi prima che questo accada si ha una apiressia di pochi giorni (in genere non più di sette o otto giorni) qualche volta incompleta, vale a dire si ha semplicemente una notevole remissione della febbre, e poi insieme alla ripresa di questa, la comparsa di sintomi indubbi della localizzazione tubercolare.

A che si debba questo decorso in due tappe, o per meglio dire questo breve periodo di apiressia, non saprei dire, nè so che altri ne abbia data una spiegazione soddisfacente. In genere la localizzazione avviene in una sierosa, pleura, peritoneo, meningi non di rado in più di una (polisierositi).

In un buon numero di casi la localizzazione tubercolare si palesa durante la febbre, senza questa breve apiressia intercalata: cosicchè sarebbe opportuno fare quattro tipi di questa tifobacillosi, anzichè tre, come fa GOUGEROT.

Così ho visto insorgere polisierositi dopo una febbre alta continua a tipo tifico durata da giorni, r 20-40 ed è ovvio che una meningite tubercolare insorga dopo un periodo febbrile di durata varia, ma talora abbastanza protratto (più di 40 giorni come ho visto io). Se la febbre è assai elevata e continua, la localizzazione si palesa più presto. Ho veduto in un giovane sergente la febbre durare quattro mesi e mezzo prima che si palesasse una pleurite sierofibrinosa, prima da un lato poi dall'altro: il paziente aveva delle grosse glandole ascellari che mi portarono alla diagnosi di tifobacillosi: non fu fatta la radiografia del torace. In un altro malato di 15 anni circa la febbre durava da quattro mesi quando si palesò una peritonite e poi una pleurite sinistra con essudato sierofibrinoso. In una bambina di 10 anni passarono 75 giorni di febbre prima che si accennasse ad un versamento pleurico a destra. Qualche sintomo speciale può farci presagire dove si farà la localizzazione del bacillo di KOCH, dolori addominali, meteorismo e diarrea permettono di predire una peritonite, qualche dolore laterale o diaframmatico, il dolore alla pressione del frenico, la pleurite o la pericardite: il cambiamento di carattere, l'anoressia persistente, il rapido dimagrimento, possono farci temere la meningite. Tranne questa localizzazione che è quasi senza eccezione letale, le altre possono guarire.

In questi malati di tifobacillosi è importantissimo l'esame radiologico (specie radiografico) del polmone perchè con esso quasi sempre si può scoprire il focolaio primitivo, dal quale partono i bacilli: talora questo è assai piccolo: tal'altra è esteso, ma tale da dare difficilmente sintomi di sè all'esame ordinario. Si tratta in questi casi di focolai disseminati d'infiltrazione produttiva per solito nel campo polmonare mediano e nella proiezione perciò in vicinanza degli ili: all'esame ordinario si rilevano scarsi sintomi, appena una lieve riduzione del suono polmonare alla percussione leggiera, avvertibile meglio se si procede dal basso all'alto, nello

spazio scapolo-vertebrale, o da un lato o da ambedue, ed all'ascoltazione un murmure affievolito, senza rantoli, sfregamenti od altri fenomeni accessori.

Resta perciò meravigliato, chi non ha esperienza di casi simili della discordanza, fra il grave reperto radiologico e lo scarso reperto alla percussione ed ascoltazione.

Anche in questi casi è possibile la guarigione ed il polmone può rischiararsi, ma il più delle volte i malati muoiono col quadro della tubercolosi miliare del polmone.

Resta a dire poche parole del terzo gruppo della tifobacillosi, secondo GOUGEROT, di quelle cioè che si terminano con la guarigione (almeno apparente) senza che si palesino all'esame ordinario localizzazioni del bacillo. La defervescenza avviene generalmente per lisi; ma eccezionalmente anche per crisi; e così vidi in una bambina di dieci anni la febbre cessare per crisi dopo 45 giorni, e la temperatura scendere in poche ore da 39,6 a 36,6. L'esame radiologico aveva permesso di constatare adenopatia ilare, ed all'ascoltazione più volte s'erano stati percepiti rantolini fugaci nelle zone ilari e sottoapicali. La convalescenza fu rapida e la guarigione perfetta: a 18 anni ebbe un leggero attacco di pleurite dopo una tonsillite, d'allora gode ottima salute, malgrado due parti ed un allattamento.

In altra malata vidi guarigione stabile senza lesioni apprezzabili all'esame ordinario dei polmoni dopo quasi due mesi di febbre alta e a tipo tifico, la malata presentava gangli ingrossati all'ascella destra, lieve ipofonesi nello spazio scapolo-vertebrale destro, con qualche raro rantolino udibile di tanto in tanto; rividi la paziente, che allora aveva 15 anni, pochi anni dopo per influenza grave con broncopolmonite che superò senza complicazioni: ora gode buona salute ed è passata a nozze. Non fu potuto fare l'esame radiologico perchè la malata era in campagna.

I malati che sopravvivono ad una tifobacillosi in specie quelli che hanno superato una polisierosite devono acquistare un certo grado di immunizzazione per il bacillo di KOCH, cosicchè possono guarire di altre localizzazioni e perfino di localizzazioni meningee. Casi simili sono ricordati nella letteratura francese (se non erro di GOUGEROT da GRANDCHAMP) e qualcuno è stato osservato anche da me. Così quel malato sopra ricordato, nel quale dopo quattro mesi di febbre da tifobacillosi si sviluppò una pleurite doppia, presentò sintomi non dubbi di una localizzazione meningea, malgrado ciò guarì; lo stesso avvenne nell'altro malato nel quale dopo

circa 4 mesi di febbre comparve una peritonite ed una pleurite sinistra con essudato siero fibrinoso; chiamato di nuovo a vederlo perchè si erano manifestati sintomi di meningite tubercolare (cefalea, rallentamento del polso, strabismo, paresi di un nervo facciale), pensando che tali malati sono più o meno immunizzati contro il bacillo di KOCH mi permisi fare un prognostico non del tutto fatale: e difatti il malato guarì. Manca in ambedue questi casi la prova dell'esame del liquor e la constatazione del bacillo in esso: io non volli fare la puntura lombare per timore di turbare l'andamento spontaneo della malattia. Del resto si sa che la meningite tubercolare può qualche rara volta guarire (1). Quasi sicuramente si tratta in questi casi di meningiti circoscritte, non di meningite diffusa nè di tubercolosi miliare delle meningi.

In tutti questi malati di tifobacillosi si deve ammettere che oltre il focolaio od i focolai primitivi (in genere nei polmoni) vi sia una bacillemia: questa è stata provata da ricerche dirette di parecchi autori (JOUSSET, GRANDCHAMP, GOUGEROT); la presenza del bacillo nel sangue può essere dimostrata dall'esito positivo dell'inoculazione del sangue nella cavia e della ricerca del bacillo di KOCH nella urina e dalla inoculazione del centrifugato delle urine della cavia, perchè se c'è bacillemia vi è pure bacilluria, anche senza tubercolosi renale. Che vi sia bacillemia è provato dal fatto che in alcuni di questi malati si osservano focolai di tubercolosi, di origini evidentemente ematogena ed embolica nelle ossa, come coxiti, carie vertebrali, ecc., ecc. e nei reni, qualche tempo dopo l'attacco di tifobacillosi.

Perchè in alcuni di questi casi si abbia la morte per sepsis tubercolosa acutissima, in altri per tubercolosi miliare (metastatica) nei polmoni o nelle meningi, in altri si abbiano soltanto infiammazioni delle sierose tipo YERSIN senza che si ritrovino (almeno in un numero rilevante ed all'esame macroscopico) tubercoli miliari, in altri finalmente si abbia la guarigione senza sintomi di formazioni di tubercoli miliari, non è facile dire. Questo vario comportamento deve dipendere dalla virulenza e dalla quantità dei bacilli che entrano in circolo, e dal grado più o meno notevole di immunizzazione del soggetto. A questo proposito ricorderò che alcuni Aa. hanno cercato di riprodurre sperimentalmente il tipo clinico descritto da LANDOUZY. YERSIN, inoculando dei

(1) *La méningite tuberculeuse est elle curable?* A. GRAVACER, A. G. BICKEL. « Annales de médecine », n. 3, septembre 1922.

conigli con bacilli aviari ha ottenuto dei periodi febbrili di 15-25 giorni con abbattimento e dimagrimento. All'autopsia si trovavano lesioni congestive e degenerative senza granulazioni o tubercoli macroscopici.

GOUGEROT ha realizzato questa sindrome in un modo più completo, osservando negli animali inoculati una fase acuta tifoide, poi una remissione completa, e dopo un tempo più o meno lungo una tubercolosi banale. Ha potuto anche osservare una guarigione dopo una fase acuta di tifobacillosi (1).

Da quanto ho detto risulta evidente quale sia la prognosi in questi malati: essa è sempre molto riservata, ma non del tutto infausta. La localizzazione delle sierose, tranne ben inteso quelle meningeae, sono suscettibili di guarigione: anche infiltrazioni abbastanza estese dei polmoni possono, come si è detto, guarire.

Si può dire in genere che i malati i quali hanno buono stomaco e mangiano volentieri, guariscono non di rado; l'anaressia, il rapido dimagrimento sono di cattivo augurio. In quanto alla cura dirò che la prima necessità è mettere i malati in condizioni igieniche buone e nutrirli bene: non è sempre necessario combattere la febbre perchè per solito non dà grave disturbo ai pazienti; si può fare con piccole dosi di piramidone o di criogenina: l'idroterapia fredda non è in genere opportuna: anzi quasi sempre non è bene tollerata; e questo fatto può perfino servire a distinguere queste febbri da quelle per infezione eberthiana, tuttavia ho veduto in qualche caso ben tollerati dei bagni freschi, specialmente in estate. Fra i rimedi di farmacia ho veduto utili in alcuni casi il cloruro di calcio e il cuprocian per iniezione intravenosa; ho veduto con queste cure diminuire la febbre ed il malato avviarsi a guarigione. *A priori* sarebbero indicati i sieri antitubercolari: ma sieri veramente efficaci si desiderano ancora (2). I vaccini sono decisamente controindicati: si potrebbe tentare negli ospedali la cura con iniezioni di essudati sierosi tubercolari presi da malati in via di guarigione: questi essudati possiedono qualità immunizzanti curative come

(1) A. RAVESIN. *La typhobacillose*. « Presse Médicale », n. 59, 1929.

(2) Recentemente si è parlato di buoni risultati del siero antibacillare di JOUSSET nella tubercolosi acuta. Vedi « La Presse Médicale », 24 juillet 1929, pag. 965. *Traitement de la tuberculose par le sérum antibacillaire de JOUSSET*. M.M. JEAN MINET. PATOIR et M. M. GIBBON « Réunion Médico-chirurgicale des Hôpitaux de Lille », 24 mai, 1929. *Io non ho esperienza personale in proposito.*

è stato dimostrato anche da esperimenti in animali (1). Il dott. DAVID MIOTTO (2) partendo da questo concetto ha usato e con grande utilità, a suo dire, le iniezioni di liquido sieroso tolto da un malato di peritonite tubercolare, in malati di tubercolosi polmonare ossea e glandolare. Io non ho sperimentata questa etero-sieroterapia specifica in malati di tifo bacilloso, ma in taluni di questi nei quali si era sviluppata una pleurite od una peritonite siero fibrinosa ho usato con successo, l'autosieroterapia alla GILBERT.

Malgrado le diffidenze che può far nascere questo metodo di cura, credo legittimo usarlo nei casi gravi di tifo bacilloso e con più ragione nei casi di tubercolosi miliare o di meningite tubercolare: in questa il liquido si potrà iniettare nello speco vertebrale.

V.

Resta ora a parlare delle febbri che accompagnano la *tubercolosi miliare*, le quali essendo per qualche tempo l'unico sintomo o quasi della malattia, rientrano tra le febbri da *tubercolosi occulta*. È forse superfluo ricordare che tra tifo bacilloso e tubercolosi miliare non vi sono confini netti. È certo che alcune forme di tubercolosi miliare non molto estese possono guarire: alcune passano inosservate e si constatano come reperto di autopsia in persone affette di malattia esauriente, le quali negli ultimi giorni di vita presentarono elevazioni di temperatura irregolari, e senza cagione apparente: in alcuni malati la febbre può persino mancare del tutto: ma a questo proposito mi permetto osservare che se si prende la temperatura rettale in malati cachettici ed affetti da malattia cronica esauriente (cancro, diabete, tabe dorsale e simili) in alcuni che sembrano apiretici si riscontra al contrario una temperatura sub-febbrile. La febbre della tubercolosi miliare può presentarsi come una febbre irregolare, largamente remittente il mattino, e come una febbre nettamente intermittente: è questo il tipo piemico o pseudomalarico (come alcuni dicono) della febbre da tubercolosi miliare. Se si pensa che nei malati di tubercolosi miliare molto

(1) U. ARCANGELI. *Perchè la laparotomia guarisce la peritonite tubercolare?* « Polielinico », Sezione medica. Vol. VI, anno 1899.

(2) Dr. DAVIDE MIOTTO. *Un metodo di cura della tubercolosi*. « Rivista Ospedaliera », Vol. I, n. 22, novembre 1911.

spesso la milza ed il fegato sono ingrossati, il fegato specialmente, si comprende come l'errore di sospettare la malaria sia possibile e frequente. Ma il tipo di malaria quotidiana è, tutto sommato, raro: il più delle volte si tratta, come si sa, o di terzana doppia di primavera o di quartana tripla e di queste forme è facile riconoscere la natura, e l'esame del sangue mostra facilmente i parassiti: molto rare sono le quotidiane da infezione estivo-autunnale, ed anche in queste non è difficile trovare i parassiti dell'infezione estivo-autunnale con esami attenti e ripetuti. Malgrado questi mezzi sicuri di diagnosi differenziale sono possibili degli errori: la tubercolosi miliare si può sviluppare in persone affette da malaria estivo-autunnale (MARCHIAFAVA, BIGNAMI), e forse anche da malaria mite: non v'è incompatibilità tra malaria e tubercolosi. Altri errori ho veduto commettere da persone poco esperte nell'esame del sangue. Così pochi anni or sono ebbi in cura un ragazzo che veniva dal suburbio di Roma con la diagnosi d'infezione malarica estivo-autunnale: aveva la milza assai ingrandita ed il fegato pure ingrandito e dolente. Nel sangue niente parassiti, ed al contrario una polinucleosi neutrofila: dall'esame completo del malato non tardai a porre la diagnosi di tubercolosi miliare, diagnosi confermata dal decorso e dall'esame necroscopico.

Altro errore che ho veduto più volte commettere in questi malati è crederli affetti da ascesso del fegato: la febbre intermittente, la leucocitosi polinucleare, l'ingrossamento notevole del fegato che per di più può essere dolente alla palpazione, possono indurre nell'errore. La diagnosi però può essere fatta quasi sempre ed in tempo se si presterà attenzione ai sintomi dell'avvenuta infezione tubercolare, ed alla storia, esatta del malato. Non mancheranno le adenopatie (specialmente le ascellari) qualche lieve ipofonesi nelle regioni ilari, la storia di pleuriti, di tubercolosi ossea od articolare, o di febbri più o meno misteriose, battezzate come febbri gastriche, viscerali, gastro-reumatiche, ecc., ecc.

I sintomi obiettivi all'esame ordinario dei polmoni possono essere al contrario molto scarsi: una leggiera diminuzione della sonorità alla percussione dei polmoni, qualche sibilo e non altro. Non tarderanno però a venire in scena sintomi più caratteristici: la frequenza del respiro esagerata, che persiste anche nelle ore nelle quali la temperatura è poco o punto elevata, una cianosi del prolabio e della lingua con pallore del viso e, più tardi, cianosi delle mani, dei piedi, della cute che ricopre i ginocchi. Allora la diagnosi tubercolosi miliare dei polmoni è sicura. Sarà confermata

dall'esame radiografico che mostrerà delle ombre minutissime e numerosissime nei polmoni oltre al reperto di lesioni antiche: ma va ricordato che all'inizio di una tubercolosi miliare del polmone le ombre dovute ai singoli tubercoli miliarici sono troppo piccole per dare impressione alla lastra fotografica. Nella tubercolosi miliare che si localizza specialmente nelle meningi, l'attenzione sarà richiamata dalla cefalea, dalla paralisi di qualche nervo cranico (comunissimo lo strabismo), e soprattutto dalla constatazione di qualche tubercolo miliare nella coroidea: ciò confermerà la diagnosi che sarà dimostrata anche dal reperto della puntura lombare. Nei casi non eccezionali nei quali la tubercolosi miliare si sviluppa in malati affetti da malattia cachettizzante, essa potrà essere sospettata per un rapido peggioramento del malato, per qualche enesplicabile elevazione della temperatura, talora, come ho detto, avvertibile soltanto prendendo la temperatura rettale, per la cianosi, per i sintomi meningei, o per la constatazione dei tubercoli nella coroide. La ricerca del bacillo nel sangue o meglio nel centrifugato delle urine potrà riuscire qualche volta.

La prova biologica inoculando il sangue od il centrifugato delle urine riuscirà assai spesso, ma ha il difetto di richiedere troppo tempo.

In quanto alla prognosi della tubercolosi miliare polmonare o meningea è forse superfluo dire che è assolutamente infausta: tubercolosi miliarci limitate possono al contrario guarire.

Per la cura non che da ripetere quanto ho detto per la tifobacillosi.

* * *

Queste sono in brevi tratti le forme delle febbri da tubercolosi occulta, o, come io ho scritto, criptotubercolari.

Cito infine alcuni casi clinici, pochi per essere breve, riferibili alle varie forme di febbri criptotubercolari da me descritte, corredati della radiografia del torace, la quale confermò la diagnosi clinica, e qualche volta dimostrò lesioni più estese di quanto la più diligente semeiotica mi dava.

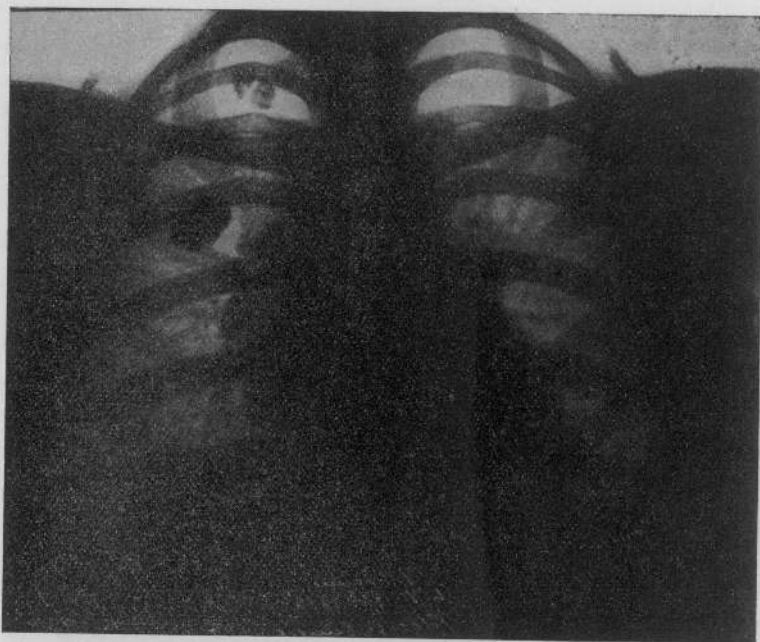
CASO I. — Riferibile al gruppo delle febbri tbc.

Morigi Emilia, anni 16, Roma, sarta. Anamnesi familiare negativa. A sette anni febbre denominata *gastrica*, a 14 anni peritonite da appendicite. Nel 1928 malaria.

Dalla metà del mese corrente (maggio) dolori addominali con febbre, una volta vomito; dapprima diarrea, poi stipsi.

Esame obiettivo: Condizioni di nutrizione buone. Lingua leggermente impaniata, umida. Presenti i gangli ascellari. Torace suono chiaro polmonare su tutto l'ambito, fremito vocale tattile e murmure conservati. Non si ascoltano rumori patologici. Cuore nei limiti: toni netti.

Addome trattabile: Si palpa la milza dura e debordante più di un dito dall'arco. Fegato nei limiti.



CASO I.

Cure di chinino, ferro e arsenico.

Temperatura pochi decimi nelle ore vespertine quasi tutti i giorni non oltre 37.4.

Cutireazione positiva.

Esame radiologico del torace: Numerose grosse calcificazioni nella regione media e superiore del polmone destro.

CASO II. — Riferibile al gruppo delle febbri *episodiche*.

Spizzichino Letizia, anni 13, Roma. Da piccola ebbe bronchite; di tanto in tanto dolori di gola. Dal principio dell'anno ha dolori addominali, alvo alternativamente stitico e diarroico, cefalea. Molto spesso ha febbre che dura pochi giorni, poi scompare per ripresentarsi a distanza anche di mesi, episodicamente, temperatura 38°. Soffre da molti mesi di catarro al naso con escoriazioni delle pinne nasali ed al labbro superiore.

Esame obiettivo: Stato di nutrizione scadente, cute e mucose pallide. Lingua umida e detersa. Si palpano gangli in tutte le stazioni linfatiche, prevalentemente al collo e alle ascelle.

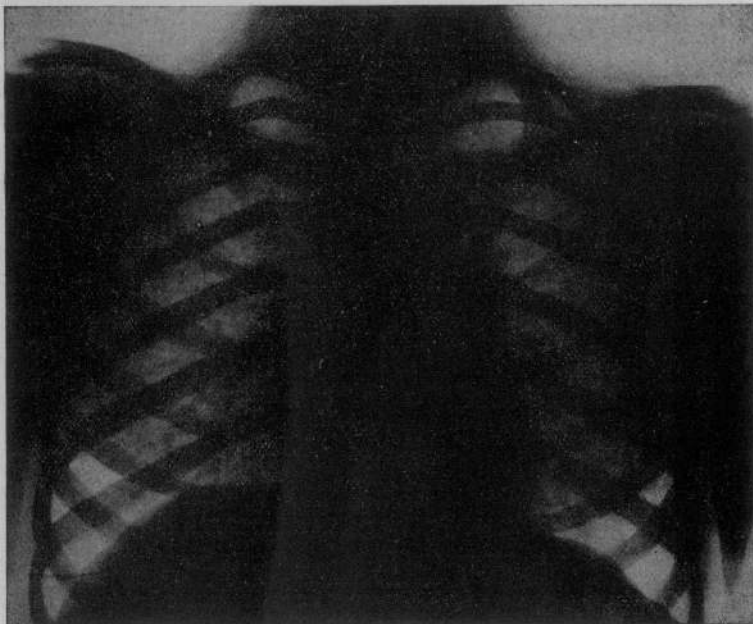
Polso ritmico uguale a bassa pressione.

Torace di forma allungata. Riduzione di suono nello spazio interscapolo vertebrale bilaterale prevalentemente a destra.

Murmure aspro: non rumori patologici.

Cuore nei limiti. Toni netti.

Addome: Lieve dolore alla pressione nella regione appendicolare. Fegato debordante un dito; di consistenza non aumentata. La milza non si palpa.



CASO II.

Secrezione muco-purulenta del naso; le pinne nasali sono erose, la mucosa è ipertrofica arrossata coperta di secrezione purulenta.

Culture positive.

Esame radiologico del torace. Radioscopia: Si notano calcificazioni dell'ilo sinistro; notevole confusione ilare a sinistra. Radiografia; complesso primario calcificato a sinistra.

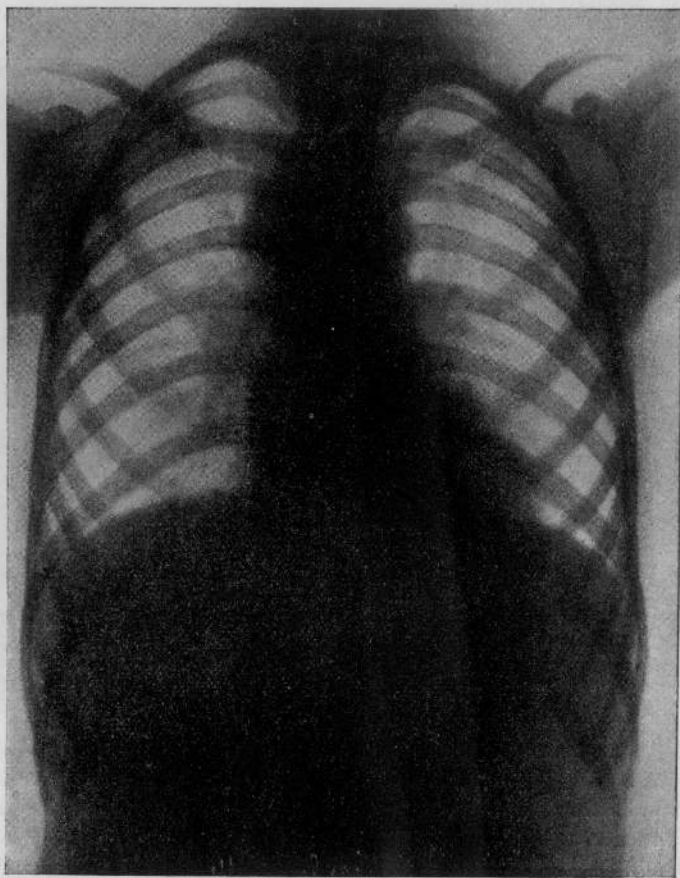
CASO III. — Riferibile al gruppo delle cosiddette *febbri gastriche*.

Monachesi G., anni 7. Il padre del bambino ebbe emoftoe a 20 anni. Da 13 giorni il piccolo ha febbre continua remittente; $37\frac{1}{2}$, $38\frac{1}{2}$. Non tosse, non espettorato, non epistassi, non cefalea, alvo stitico. Ha disappetenza e qualche doloretto all'epigastrio. Veniva curato per *infezione intestinale*, ed era tenuto a dieta latte, prima di capitare alla nostra osservazione.

Esame obiettivo: Sensorio integro (il bambino vorrebbe alzarsi e giocare, perchè la febbre non se la sente). Lingua leggermente impatinata. Linfoghiandole ascellari a destra e laterocervicali a destra.

Esame torace: Ipofonesi nello spazio scapolo vertebrale destro. Cuore nei limiti, toni netti. Addome trattabile nessuna dolenza alla palpazione, fegato e milza nei limiti.

Emocultura per il bacillo del tifo negativa. Widal per tifo, paratifo e melitense negativa. Cutireazione alla tubercolina positiva.



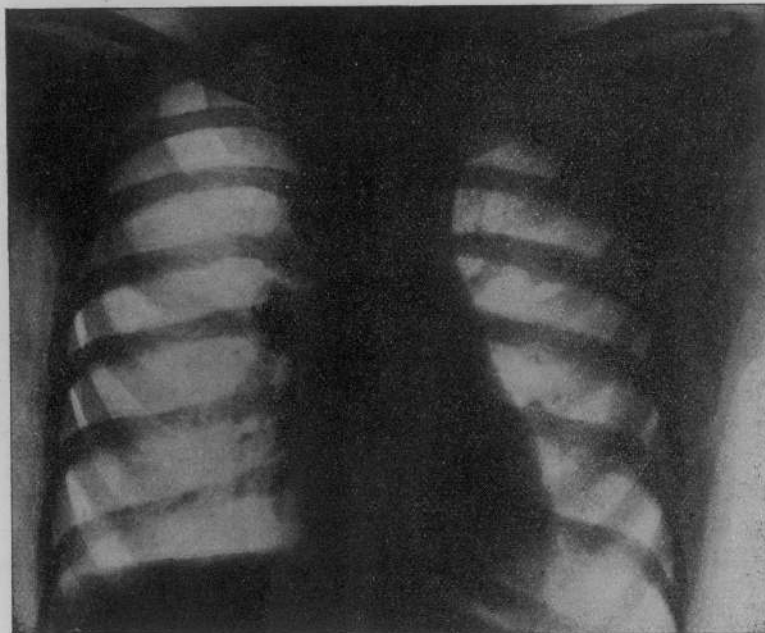
CASO III.

Il bambino sottoposto a buona alimentazione ed a cure di calcio e arsenico è stato inviato in riviera e dopo pochi giorni si è liberato dalla febbre. Ora a distanza di tre anni è sano e florido.

Esame radiologico: L'indagine radioscopica e radiografica del torace dimostra un'ombra opaca nella regione tracheo-bronchiale destra, riportabile alle caratteristiche di gangli aumentati di volume. Si nota inoltre un opacamento ben netto nella regione sotto claveare destra con i caratteri dell'infiltrato di Assman.

CASO IV. — Terzo Gruppo — *Rocchi E.*, anni 15. Gentilizio indenne. Fin da piccina è andata soggetta a raffreddori specie in inverno accompagnati da tosse non febbre. Da dieci giorni ha febbre intermittente quotidiana che non supera $38\frac{1}{2}$. Non cefalea, scarsa tosse, non sudori notturni, ma inappetenza, alvo stitico, vaghi dolori addominali.

Esame obiettivo: Stato di nutrizione scadente, soggetto longitipo. Ghiandole ascellari presenti.



CASO IV.

Torace: Ipofonesi nello spazio interscapolo vertebrale destro. Non si ascoltano rumori patologici.

Cuore nei limiti; toni netti.

La milza non si palpa. Fegato nei limiti.

Cutireazione alla tubercolina positiva. Widal negativa per tifo, paratifo e melitense.

Radiografia: Grosso ganglio tracheo-bronchiale e calcificazione dell'ilo destro.

CASO V. — Riferibile al gruppo delle tifo-bacillosi.

Triches O., anni 16. Anamnesi familiare negativa; così pure è muta l'anamnesi remota del paziente.

Il 9 febbraio u. s. dopo un periodo di disturbi dispeptici insorse febbre con cefalea, scarsa tosse senza espettorazione. La febbre modica nei primi giorni aumentò in seguito con carattere continuo remittente. Alvo stitico.

Esame obiettivo: Torace ipofonesi nello spazio interscapolo vertebrale destro murmure soffiante, cuore nei limiti, toni netti.

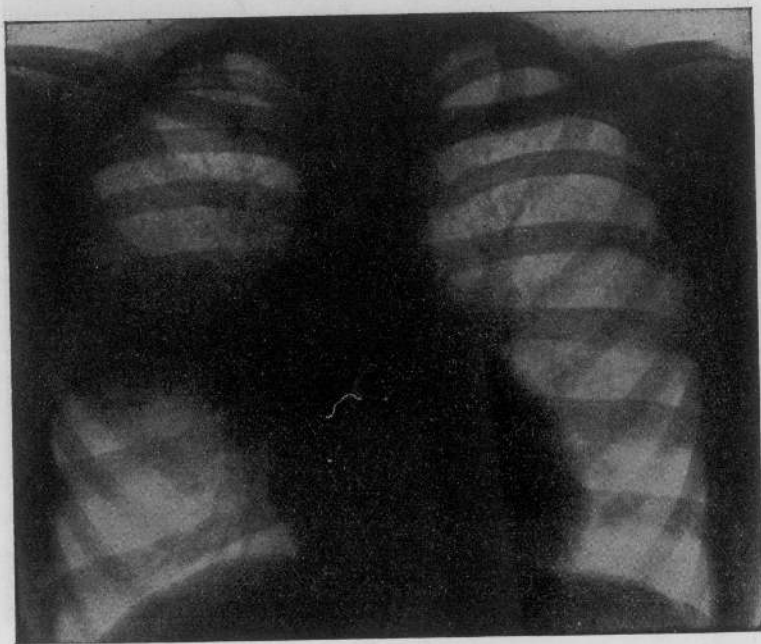
Assenza di tumore splenico.

Sierodiagnosi per tifi, paratifici, melitense, negative.

Esame del sangue: Linfocitosi.

Cutireazione positiva.

Dopo alcuni mesi di degenza in ospedale, durante i quali ebbe la febbre tutti i giorni, si praticano alcune iniezioni intravenose di Cuprocian, d'allora il malato non ha più febbre.



CASO V.

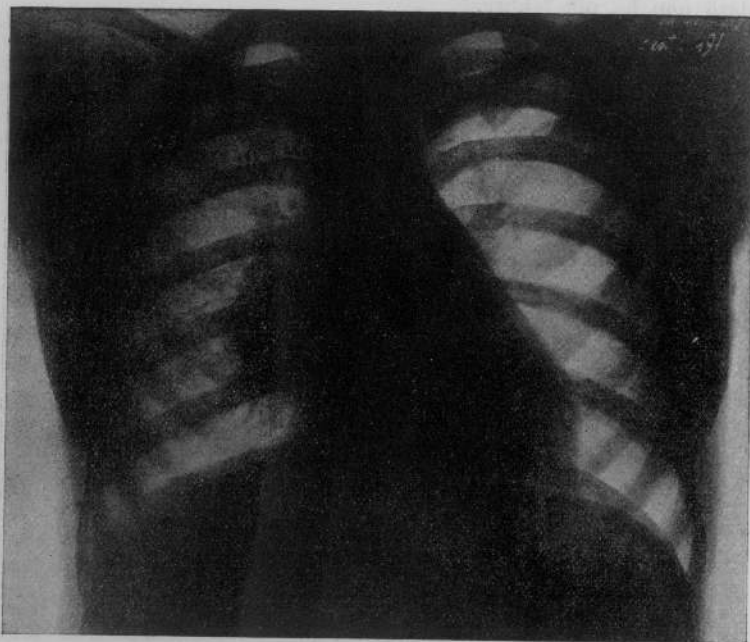
Esame radioscopico e radiografico: Radioscopia: opacamento del III medio del campo polmonare di destra in direzione della scissura superiore, margini irregolari sfumati. Radiografia: si nota un'ombra intensamente opaca a limiti indistinti nella regione del terzo medio del campo polmonare di destra, che dalla parete toracica si spinge fino alla regione dell'ilo destro. Esclusa specie con i dati radioscopici che si tratti di una forma di pleurite interlobare, può essere emessa l'ipotesi radiologica dell'esistenza di un *complesso primario*, nel suo periodo acuto di formazione, in cui il focoloia iniziale e il processo linfangitico sono ampiamente mascherati da fatti di polmonite collaterale. Queste lesioni per lo più sono profonde e non danno segni ascoltatori.

CASO VI. — Quarto Gruppo - B.

Berardi S., anni 18. Muta e l'anamnesi familiare e l'anamnesi personale remota del paziente.

Da venti giorni circa ha febbre continua 38, 39; stato tifoso, lingua pannosa, modica cefalea, dolori addominali, inappetenza, alvo alternativamente stitico e diarroico. Si palpa la milza che sporge di un dito al di sotto dell'arco costale. L'infermo dice di non sentirsi la febbre.

All'esame del torace sono presenti grosse linfoghiandole ascellari a sinistra, e alla percussione si trova una netta riduzione di suono nel campo medio del polmone sinistro.



CASO VI.

La sierodiagnosi per il tifo, paratifo e melitense è risultata negativa due volte.

La cutireazione è positiva.

La radiografia del torace dimostra un grosso impacco ghiandolare nella regione ilare sinistra.

Il paziente è morto dopo 6-7 mesi di meningite tubercolare.

CASO VII. — Quarto Gruppo.

Della Giovanna G., anni 16. Ai primi di marzo c. a. ammalò con astenia, lieve febbre, 37,5-38. È stato tenuto a dieta leggera prima di venire sotto le nostre cure. Qualche colpo di tosse senza espettorato. Alvo e minzione regolari.

Esame obbiettivo: Condizioni di nutrizione scadente. Lingua impaniata, umida, alle ascelle si palpa qualche piccolo ganglio.

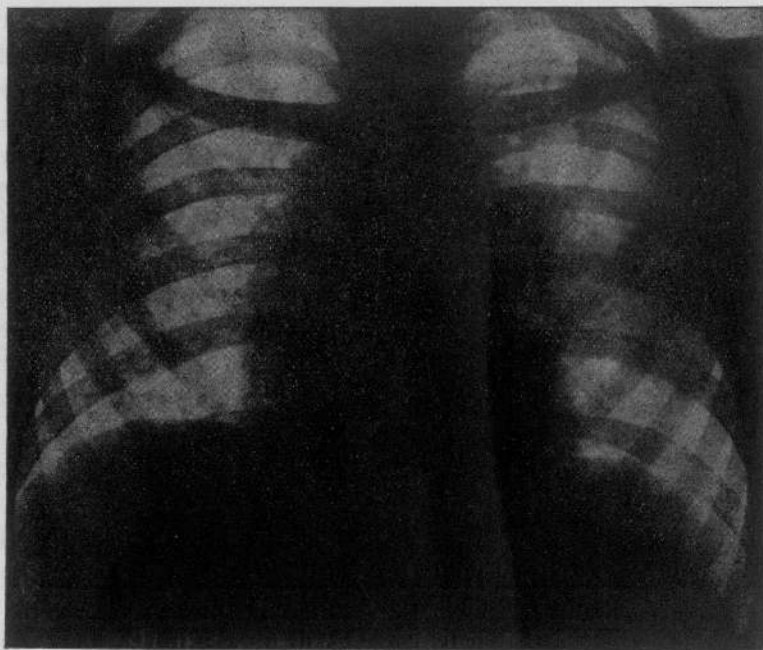
Torace ipofonesi nella regione sopraspinoza di destra.

Cuore nei limiti primo tono accompagnato da leggero rumore di soffio; secondo tono sulla polmonare rinforzata. Addome trattabile non dolente; fegato e milza nei limiti.

Sierodiagnosi per tifi, paratifi e melitense negativa. Cutireazione positiva.

Esame sangue: Linfocitosi.

Esame radiologico: Radioscopia, notevole aumento e sfumatura dell'ilo sinistro (v. lastra).



CASO VII.

Radiografia: L'indagine radiografica mostra una disorganizzazione completa delle regioni ilari sia a destra che a sinistra ove non sono più riconoscibili gli elementi anatomici e radiografici normali. A carico dei campi polmonari si nota un disegno diffuso nodulare con caratteri dei focolai interstiziali produttivi sub-miliari a destra; a sinistra nel III medio del campo polmonare si notano inoltre alterazioni concomitanti riportabili a processi di tubercolosi essudativa.

Nel maggio permanendo la febbre a tipo intermittente compare versamento pleurico a destra. Nel luglio esce dall'Ospedale in buone condizioni.

* * *

Riassumendo. Le febbri da tubercolosi occulta sono assai frequenti; la febricola in ispecie, quasi tutte le febricole sono tubercolari, sono spesso tubercolari le febbri accessionali di breve

durata dei bambini e dei ragazzi, quasi tutte le così dette febbri gastriche od intestinali nelle quali non è dimostrabile un'infezione tifosa o paratifosa o melitense, sono febbri tubercolari. Perciò si deve accettare con molta cauzione l'opinione espressa da taluno (ad es. da JOUSSET) che la infezione tubercolare, così frequente nei bambini e nei ragazzi (ricordarsi che a 10 anni la metà dei ragazzi reagisce alla tubercolina) sia assai spesso asintomatica. I sintomi ci sono ma o passano inosservati o non sono interpretati a dovere.

Le espressioni: febbre gastrica, febbre gastro-reumatica, infezione intestinale, febbre infettiva, febbre da autointossicazione, febbre autotossica così spesso usate dai medici pratici, vanno abolite perchè prive di significato, e perchè danno una parvenza di diagnosi ad un errore diagnostico. Così va ugualmente abolita la pratica sciocca e dannosa di purgare e mettere a dieta latteca ogni malato che abbia febbre, in omaggio alla chimerica infezione intestinale. Ricorderò che anche nella febbre tifoide i malati abbondantemente e precocemente nutriti guariscono più presto e più completamente. Ogni qualvolta il medico si trovi innanzi ad una febbre della quale non è palese la cagione, pensi in prima linea alla tubercolosi.

La diagnosi di queste febbri deve essere fatta per via diretta e per esclusione.

In via diretta: l'anamnesi esatta sia personale, sia familiare, lo studio dell'ambiente in cui ha vissuto il malato, i precedenti morbosi, ecc. ecc., le condizioni generali del malato, la sua costituzione, il suo aspetto, i disturbi accusati; ricordarsi (e questo è di capitale importanza) che *tutte le febbri tubercolari, anche le più gravi, alterano poco lo stato generale del paziente, e sono poco avvertite dai malati*, che quasi non si accorgono di avere la febbre; l'andamento della febbre quasi sempre intermittente o largamente remittente il mattino, assai più raramente a tipo inverso, i facili sudori sul far del giorno saranno indizi importanti.

L'esame obiettivo del malato ci darà spesso le note della predisposizione all'infezione tubercolare. Ma su questo punto bisogna evitare le esagerazioni dei costituzionalisti: chiunque può andare incontro all'infezione tubercolare: ho già fatto cenno di questo a proposito delle febriccole, e ricordo più di un atleta morto di tubercolosi. Ciò non toglie che l'aspetto il più delle volte ci possa suggerire la diagnosi.

Assai utile, come ho detto, è la ricerca delle adenopatie, in specie delle glandole ascellari, ed io non ripeterò ciò che ho detto.

L'esame attento del torace è di somma importanza; quasi sempre ho potuto fare la diagnosi di queste febbri, diagnosi controllata da ulteriori esami e dal decorso della malattia, con la ordinaria semeiotica, sopra tutto con una percussione leggiera delle regioni interscapolo-vertebrali; meno frequente è trovare modificazioni notevoli del murmure o rumori aggiunti nei malati dei quali è argomento; in quanto che se ci sono rantoli non si può parlare di febbri da tubercolosi occulta, pur ripetendo ancora una volta che questa espressione va presa in senso relativo, non in senso assoluto. Assai importante è l'esame radiologico, il quale come ho detto può dare in alcuni casi, meno, in altri più dell'esame fisico ordinario. Su questo importantissimo argomento ho voluto sentire il parere di un provetto radiologo, al quale ho affidato gran numero di esami radiologici dei miei malati, il prof. U. DE LUCA; egli ha riassunto così le sue idee in proposito:

«L'esame radiologico del torace riesce utile soprattutto nei casi nei quali ad una sindrome clinica netta di affezione specifica non corrisponde un reperto obbiettivo semeiologico sia per la scarsità delle lesioni anatomiche sia per la loro ubicazione. Ma può in tutti i casi di lesioni tubercolari iniziali, o limitate dell'apparato respiratorio, la radiologia chiarire il quadro clinico? Per quanto la pratica e l'esperienza radiologica, unite ad una tecnica radioscopica e radiografica precisa e fine, siano di ausilio grandissimo nella ricerca e localizzazione di focolai e di lesioni tubercolari minime, esistono purtroppo casi nei quali la clinica deve da sè sola esser sufficiente a stabilire una diagnosi. A ciò concorrono diversi fattori: soprattutto il complesso quadro radioscopico e radiografico del torace con tutte le numerose ombre date dai diversi tessuti componenti gli organi endotoracici, ombre di diversa grandezza, diramantesi nelle più svariate direzioni, sovrappontesi le une alle altre, ombre che costituiscono la cosiddetta trama radiologica polmonare, ben visibile in una buona radiografia od in un netto quadro radioscopico. In mezzo a tutte queste ombre non è sempre facile poter individuare quella che può essere l'espressione di una lesione specifica di una ghiandola o di un limitato tratto di parenchima polmonare malato.

Come regola generale l'esame radiologico dei polmoni deve essere completo e quello radioscopico deve sempre essere seguito da quello radiografico. Certe lesioni iniziali del tessuto polmonare e delle ghiandole sono solo messe in evidenza da radiografie perfette, perchè esse sole possono dimostrare i dati statici del tessuto

polmonare ed ilare. La radioscopia serve soprattutto allo studio cinematografico degli organi, studio non solo utile ma necessario in certi casi, come per es., quando si tratti di stabilire la esistenza e l'estensione di aderenze pleuriche. Essa da sola però non può mettere in evidenza certe alterazioni patologiche, specie se iniziali, neppure all'occhio più esercitato.

L'attenzione del radiologo dovrà sistematicamente rivolgersi alla esplorazione degli ili, della zona perilare, delle ghiandole bronco-tracheali, dei vari campi polmonari, delle scissure polmonari e delle pleure.

Dato il diverso aspetto radiologico che gli ili polmonari assumono nelle diverse persone, dovuto soprattutto alla differente sovrapposizione delle ombre, non è possibile stabilire il limite preciso fra l'immagine di un ilo normale e quella di un ilo patologico. Esistono però immagini radiologiche che sono tipiche di certe lesioni, specie a carico delle ghiandole, del tessuto perighiandolare e del tessuto perilare.

Le adenopatie semplici si rivelano sotto forma di piccole ombre opache, generalmente rotonde, isolate, sparse o raggruppate. Se in esse sono avvenuti processi di calcificazione le ombre sono più marcate e si avvicinano per intensità a quelle proiettate dalle costole. La degenerazione caseosa di una ghiandola non è sempre facilmente distinguibile dalla caseosi di tubercoli polmonari. Quando l'adenite si accompagna a periaadenite l'ombra proiettata dalla ghiandola è voluminosa, generalmente fusiforme, con limiti indistinti.

L'adenite che si accompagna a pseudo-polmonite ilare provoca una opacità ilare grande a limiti sfumati, irregolari, che nascondono talora completamente le immagini delle arterie polmonari e dei bronchi, e si accompagna spesso ad una velatura uniforme diffusa della regione sottoclaveare ed apicale del lato corrispondente.

Se negli ili polmonari non si riscontrano alterazioni anatomiche che diano la spiegazione di certi fatti clinici, ed i campi polmonari si presentano normali, occorre, specie se si tratta di giovani soggetti, procedere all'esplorazione del mediastino in posizione obliqua anteriore destra (radioscopia e radiografia) per poter esaminare il gruppo delle ghiandole tracheobronchiali. Non sempre le ombre, che, nei radiogrammi eseguiti in questa posizione, appaiono nello spazio chiaro retrocardiaco, sono dovute ad alterazioni di organi mediastinici, solo lo spostamento che esse subi-

seono, facendo ruotare il paziente su se stesso durante l'esplorazione radioscopica, ci dirà se esse appartengono agli ili od ai polmoni. Spesso, se voluminose, le ghiandole tracheobronchiali debordano dall'ombra della colonna vertebrale.

L'ombra nastriforme che spesso notasi, come se fosse un prolungamento in alto dell'ombra mediastinica, a destra della colonna vertebrale, prodotta dalla vena cava superiore, è consecutiva a tumefazione dei gangli tracheali, situati fra trachea e vena cava superiore. Questa ombra è da alcuni ritenuta patognomonica di lesioni tubercolari, specialmente in fanciulli, di questo gruppo di ghiandole.

Esistono forme latenti ed occulte di lesioni tubercolari che per lungo tempo rimangono localizzate nella regione ilare e perilare dei polmoni. Ad un attento esame esse si rivelano radiologicamente sotto forma di ombre nodulari più o meno grandi, dovute a ghiandole ingrossate e qualche volta anche intieramente calcificate, che provocano un ingrandimento dell'ombra ilare.

Molto spesso a lesioni ghiandolari degli ili si accompagnano infiltrazioni specifiche e calcificazioni di ghiandole peribronchiali, e focolai polmonari di lesioni specifiche nei vari stati di evoluzione. È interessante in alcuni casi vedere come lo studio accurato dei radiogrammi dimostri l'origine dei focolai nelle ghiandole o nel parenchima polmonare ed il loro successivo diffondersi del male dalle une all'altro o viceversa.

Importante, secondo alcuni, è lo studio dello spazio chiaro che separa l'ombra cardiaca dalle branche dell'arteria polmonare: come nelle flogosi acute, nei tumori, nei disturbi di circolo, esso si vede velato anche in casi di tubercolosi, specialmente di adulti.

Casi di tubercolosi avanzata sono rivelabili col solo esame radioscopico; la ricerca radiografica non fa che facilitare la interpretazione delle ombre patologiche il cui studio ci rivela la natura e l'estensione delle lesioni (tubercoli isolati, disseminati, confluenti, caseificati, calcificati in tutto od in parte, formazioni di caverne, di tessuto di sclerosi e consecutive retrazioni di tessuto polmonare).

Il vedere su radiogrammi ben riusciti la trama bronchiale molto sviluppata e marcata non costituisce un segno di tubercolosi polmonare. Queste immagini si riscontrano facilmente in casi di bronchiti ripetute o croniche, nell'antracosi polmonare, ecc.

Difficoltà non lievi si incontrano volendo stabilire radiologicamente se una determinata ombra sia espressione di una lesione specifica in atto o spenta. In questi casi ha importanza os-

servare sotto lo schermo il modo come si comporta la zona sospetta in confronto di quella corrispondente sana del lato opposto, e vedere se, nelle profonde inspirazioni, le due zone si rischiarano in modo analogo ed uniforme. Si ritiene generalmente che un focolaio spento abbia limiti ben definiti e netti, mentre un focolaio in atto è circondato da una zona di opacamento diffuso a contorni sfumati».

Da questa esposizione chiara ed efficace che il prof. U. DE LUCA fa, del valore dell'esame radiologico per la diagnosi di tubercolosi iniziale od occulta dei polmoni, e da quanto io stesso ho ricordato a più riprese trattando delle singole forme di febbri tubercolari risulta che l'onore ed il dovere della diagnosi clinica spetta al medico internista, che non deve abdicare nelle mani del radiologo; anche altri radiologi illustri si esprimono sullo stesso senso. Per mio conto debbo dire che quasi sempre ho fatta la diagnosi con i criteri clinici e con l'esame fisico ordinario, salvo a far confermare ed a perfezionare la diagnosi con l'esame radiologico.

Le prove di laboratorio saranno sempre indispensabili: se c'è espettorato si esamini per il bacillo di KOCH, ripetutamente e magari con metodi di arricchimento, o si esegua la prova biologica, ma l'espettorato mancherà il più delle volte.

Ho già ricordata l'opportunità dell'esame della urina e dell'inoculazione di essa o del sangue nella cavia per la diagnosi di tifobacillosi o di tubercolosi miliare. Di grande importanza è la cutireazione, ricerca così spesso trascurata, col pretesto che essendo assai spesso positiva anche in persone sane, non abbia valore. E questo un errore, la maggior parte delle infezioni acute danno anergia; per il tifo fu già detto dal compianto VON PIRQUET, è bene ricordarlo; oltre il tifo, i paratifi e forse anche la febbre di Malta, danno anergia. Per tifo posso asserirlo con tutta sicurezza, perchè avendo fatto ricercare sistematicamente in 50 tifosi la cutinazione alla tubercolina, l'ho trovata in tutti negativa finchè durava la febbre, ed in questi 48 volte positiva nella convalescenza in 4 casi di febbre tubercolare (del tipo di tifobacillosi) in tutti positiva, negativa in caso di paratifo, negativa in un caso di febbre di Malta, sebbene con concomitanti adeniti e periaideniti ilari e gangli ingrossati alle ascelle; positiva soltanto in un caso di febbre di Malta, ma in periodo di declinazione della febbre.

Per ciò trovare una febbre che assomigli ad un tifo e dia positiva la cutireazione alla tubercolina dà quasi l'assoluta sicurezza che si tratta di una febbre tubercolare.

In questa ricerca bisogna usare qualche accorgimento. Non di rado la tubercolina del commercio è inattiva: perciò è bene provarla contemporaneamente in un malato con affezione tuberculare non avanzata, ma sicura. Ciò è facile fare in un ospedale. Bisogna anche ricordarsi che in una febbre da tubercolosi di prima invasione può la cutireazione essere negativa perchè ancora non si è stabilita l'allergia: va dunque ripetuta la ricerca e non di rado si vedrà dopo pochi giorni riuscire positiva una seconda cutireazione. È stato osservato che anche nei bambini che vanno alle colonie marine dopo molto tempo di soggiorno al mare e di elioterapia la cutireazione che prima era positiva diviene negativa; lo stesso dicasi dopo cure con i raggi ultravioletti. (E. MAYER, CARNOT BENARD).

È forse superfluo aggiungere che l'esame obiettivo non deve limitarsi ai polmoni ed alle glandole linfatiche, ma deve essere il più completo possibile: esaminare l'addome, i reni, l'utero e gli annessi, i testicoli, lo scheletro, ecc., ecc.

Ma anche quando l'esame diretto avrà dato argomenti sufficienti per sospettare una febbre tuberculare, sarà pur sempre necessaria la disamina delle possibili diagnosi differenziali: è facile comprenderne il perchè: piccole lesioni tuberculari dei polmoni e delle glandole sono assai frequenti; ed un individuo con tracce di adeniti ilari, o di scarse lesioni polmonari, può ben febbricitare per altre cagioni. Anche più necessario sarà discutere la possibile diagnosi differenziale in malati nei quali i sintomi obiettivi siano assai scarsi o di dubbia interpretazione, come nella grande maggioranza di queste febbri. È perciò necessario ricercare la sifilide che può dare delle febricole o delle febbri di altro tipo simili, a quelle date dalla tubercolosi, e perfino con localizzazioni polmonari di diagnosi differenziale assai delicata, e perciò è bene fare la prova di WASSERMANN. Utilissimo è praticare a tempo l'emocoltura, più utile che le prove di agglutinazione: se queste sono negative c'è sempre il sospetto che diventino positive più tardi: nelle febbri tuberculari a tipo di tifobacillosi ci può essere un principio di agglutinazione per il bacillo del tifo, dei paratifi; l'agglutinazione per il microbacillo di BRUCE è causa di errori frequenti, come ho già notato: va fatta perciò con siero scaldato a 56 gradi, usando stipiti sicuramente non agglutinabili dal siero dei sani o di malati di tubercolosi, e non va dato valore che alle alte diluizioni e sopra tutto progressive. Utile è l'esame microscopico del sangue; in queste febbri quasi sempre c'è linfocitosi, raramente leucocitosi,

a meno che si tratti di malati nei quali stia insorgendo la flagosi di una grande sierosa, ed in alcuni casi di tubercolosi miliare.

Da ultimo ricorderò che non va dimenticata la possibilità di infezioni miste (tubercolosi miliare e tifo, tubercolosi miliare e malaria, ecc., ecc.); in questi casi è difficile evitare l'errore di diagnosi.

* * *

Da quanto ho scritto risulta che la diagnosi di queste febbri è, tutto sommato, possibile, anzi il più delle volte non difficile, ed alla portata di tutti: ed io mi sono domandato più volte perchè, al contrario, la vera natura di queste febbri sia così spesso misconosciuta. Credo di aver trovato la cagione dell'errore essenzialmente in questo:

1°) la tendenza ad accontentarsi per la diagnosi di una espressione generica, che non imponga un esame attento e completo del malato, in altre parole che risparmi fatica mentale e materiale;

2°) nel pregiudizio assai diffuso che la tubercolosi sia tutta o quasi tutta nella tisi, dimenticando che i casi di tubercolosi al di fuori della tisi, sono i più numerosi;

3°) nel pregiudizio intestinale, vale a dire nel credere alla chimerica infezione intestinale: quest'ultima è la causa più frequente dell'errore.

Infatti il più delle volte i malati di tubercolosi più o meno occulta sono curati per questa ipotetica infezione intestinale, con dieta lattea, o comunque ristretta, purganti, clisteri, disinfettanti specie d'ittolo, con salolo, benzonaffolo, ecc., ecc., e la malattia battezzata con locuzioni varie, ma su per giù equivalenti. Esse hanno una particolare distribuzione geografica nel nostro Paese. Così a Roma e nell'Italia Centrale si parla d'infezione intestinale, di febbre gastrica o - tout court - di gastrica, o di febbre infettiva. Più a nord è l'infezione per *bacterium coli* che fa le spese, e si dimentica che le sepsi da coli sono rare, a meno che vi sia un'infezione delle vie urinarie, delle vie biliari e dell'utero puerperale, e che in ogni modo è necessario dimostrarle con l'emocoltura. Nel Mezzogiorno queste febbri sono battezzate febbri viscerali (riserbando quasi il nome di visceri agli intestini soltanto), o sono attribuite all'infezione melitense: ho già insistito sulla frequenza di questo errore.

Per i medici più dotti sono i paratifi che fanno le spese di queste febbri oscure; dimenticando che i paratifi sono rarissimi nella

pratica privata, tranne il caso di intossicazione collettiva per carni guaste, e che non si può far alla leggiera la diagnosi di paratifo senza l'emocoltura positiva, o per lo meno l'agglutinazione a titolo alto e progressivo. È interessante notare il ragionamento ingenuo col quale ho più volte sentito porre la diagnosi di paratifo; l'ammalato ha una febbre che assomiglia ad un tifo, ma non è un tifo, dunque è un paratifo: ma anche per i paratifi *A*, *B* il siero non ha potere agglutinante: ciò non importa, sarà un paratifo di una specie che noi non conosciamo, e con questo ragionamento ho veduto acquietarsi medici e malati!

Quale è l'origine di questo pregiudizio dell'infezione intestinale? Io penso sia una eco lontana delle dottrine patogenetiche antiche che ponevano nello stomaco e nell'intestino la fucina di ogni male (la gastrite di BROUSSAIS infirmi!), rafforzata dalle idee di BOUCHARD sull'intossicazione intestinale: da quelle di MERSCHLNKOFF sull'importanza delle putrefazioni intestinali, per la durata della vita e per la vecchiaia; idee divulgate in più libri, tra i quali quello di COMBE sulle autointossicazioni intestinali. Pregiudizio assai nocivo alla salute dei malati, e che non è ancora sradicato dalla mente dei medici, malgrado le prove contrarie dell'esperienza quotidiana.

E se io con queste mie parole riuscissi a fare pensare più spesso alla vera cagione di tante febbri oscure e a rendere la diagnosi di queste più facile, più frequente, e più rari gli errori, sarei ben compensato della mia fatica.

COMBE

Pubblicazioni della Casa Editrice Luigi Pozzi - Roma

TISIOLOGIA

LA TUBERCOLOSI

LEZIONI E CONFERENZE DEL 1° CORSO DI TISIOLOGIA, tenute sotto gli auspici della Direzione Generale di Sanità Militare nel Sanatorio Militare di Anzio nel 1927, dai professori G. MEMMO - E. MARAGLIANO - V. ASCOLI - R. ALESSANDRI - A. DIOSTI - F. MORELLI - A. BUSI - D. DE CARLI - S. RICCI - R. CIAURI - A. GERMINO - F. BOCCHETTI

Raccolte e coordinate dal Capitano Medico F. BOCCHETTI

Prefazione del Prof. Sen. E. MARAGLIANO

Un volume di pagg. VIII-344, nitidamente stampato, con impresse, sulla copertina, la fotografia di S. E. il Capo del Governo, Benito Mussolini, tra i ricoverati del Sanatorio Militare
Prezzo: L. 60

Dott. Prof. ACHILLE CAPOGROSSI

Docente di Patologia Medica nella R. Università di Roma
Medico primario e Direttore dell'Ospedale Civile «Mazzoni» di Ascoli Piceno

CONCETTO E DIAGNOSTICA DELLA TISI INIZIALE

Un volume in 8°, di pagine IV-83, nitidamente stampato su carta distinta
con elegantissima copertina. — Prezzo: L. 10

Dott. RAIMONDO DORIA

Medico aiuto degli Ospedali Riuniti e dell'Istituto di Patologia Medica nella R. Università di Roma

Dott. GIULIO CESARI

Medico aiuto degli Ospedali Riuniti di Roma
Ispettore Sanitario delle Ferrovie dello Stato

IL PNEUMOTORACE TERAPEUTICO

Prefazione del Prof. ACHILLE ANGELINI

Primario Medico Consultante degli Ospedali Riuniti già Direttore del Sanatorio Umberto I in Roma
Volume di pagg. VIII-87, con 20 figure intercalate nel testo, nitidamente stampato
su carta semipatinata. — Prezzo: L. 12

Prof. ENRICO TRENTI

Docente di Patologia Medica, aiuto nella R. Clinica Medica di Roma

LA SANOCRISINA NELLA CURA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE

NOTE CRITICHE E OSSERVAZIONI CLINICHE

Volume in 8°, nitidamente stampato su carta semipatinata
con 38 radiografie e 22 grafiche termometriche nel testo. — Prezzo L. 20

Prof. ANGELO SIGNORELLI

Direttore del Dispensario «Regina Elena» e dell'Istituto «S. Gregorio» in Roma

COME SI AMMALA DI TUBERCOLOSI E COME SI GUARISCE

È l'enunciazione del nuovo metodo di cura basato sull'iperemia totale e la neutralizzazione

Un volumetto di 48 pagine, in nitidissima veste tipografica con adeguata copertina
Prezzo: L. 5

Prof. Dott. GUIDO MENDES

Docente di Patologia Medica nella R. Università di Roma
Direttore del Sanatorio della C. R. I. «Cesare Battisti»

TUBERCOLOSI E SANATORI

(TRATTAMENTO IGIENICO-DIETETICO)

Prefazione del Prof. Sen. A. LUSTIG

Un volume in 8°, di pagine VI-74, nitidamente stampato su carta distinta
con 15 figure intercalate nel testo. — Prezzo: L. 10

Dott. FEDERIGO BOCCHETTI

Capitano medico - Direttore del Sanatorio Militare di Anzio

TUBERCOLOSI ED ESERCITO

Prefazione del Prof. GIUSEPPE SANARELLI

Un volume di pagine VIII-56, nitidamente stampato su carta semipatinata. — Prezzo L. 10

:: :: Per ottenere quanto sopra, inviare vaglia postale all'Editore LUIGI POZZI, Via Sistina, n. 14 - ROMA :: ::

CASA EDITRICE LUIGI POZZI - ROMA

Volumi della Collana dei manuali del "POLICLINICO",

- DIAGNOSTICA MEDICA E MEZZI SUSSIDIARI DI LABORATORIO.** (Professore V. GIUDICEANDREA). Volume di pagg. XVI-490, con 122 figure in nero ed a colori intercalate nel testo. Prezzo L. 68.
- TECNICA TERAPEUTICA RAGIONATA MEDICA E CHIRURGICA.** (Professore B. MASCI). Prefazione del Prof. A. CARDUCCI. Volume di pagg. VIII-845, con 273 figure nel testo, rilegato in tela. Prezzo L. 78.
- SINDROMI D'URGENZA.** *Cause, Diagnosi e Terapia.* (Dott. C. SANTORO). Prefazione dei Proff. T. FERRETTI e G. ANTONELLI. Volume di pagg. XII-400. Prezzo L. 45.
- LA TERAPIA CLINICA NELLA MEDICINA PRATICA.** (Prof. L. FERRANNINI). *Indicazioni-Prescrizioni igieniche, fisiche, dietetiche e farmaceutiche.* Volume di pagg. VIII-574, rilegato in tela. Prezzo L. 58.
- PRONTUARIO TERAPEUTICO.** *Vademecum per il pratico.* (Dott. E. VENEZIAN). Prefazione del Prof. U. ARCANGELI. Volume di pagg. VIII-324, rilegato in tela flessibile. Prezzo L. 25.
- RADIUMTERAPIA.** *Manuale per i medici pratici.* (Dott. L. CAPPELLI). Prefazione del Prof. F. GHILARDUCCI. Volume di pagg. IV-150, con 5 tavole e 5 figure nel testo. Prezzo L. 18.
- ELEMENTI DI GINECOLOGIA.** - AVVIAMENTO ALLA DIAGNOSI GINECOLOGICA E SCHEMI DI TERAPIA *per medici pratici e studenti.* (Prof. P. GAIFAMI). Volume di pagg. XII-373, con 243 figure nel testo, molte delle quali originali, rilegato in piena tela. Prezzo L. 68.
- PRONTUARIO DI TERAPIA OSTETRICA.** *Vademecum del medico pratico.* (Professore P. GAIFAMI). Prefazione del Prof. Sen. E. PESTALOZZA. Volume di pagg. XII-314, con 105 figure nel testo, rilegato in tela flessibile. Prezzo L. 28.
- IL FORCIPE.** (Prof. F. LA TORRE). Seconda edizione riveduta e aggiornata dal Professore P. GAIFAMI. Volume di pagg. IV-132, con 62 figure nel testo. Prezzo L. 24.
- MANUALE DI PEDIATRIA PRATICA.** (Prof. M. FLAMINI). Terza edizione. Volume di pagg. XII-452, corredato di una estesa *Posologia infantile* e con 118 figure nel testo. Prezzo L. 55.
- CONSULTAZIONI DI CLINICA, DIETETICA E TERAPIA INFANTILE.** (Professore F. VALAGUSSA). Terza edizione. Prefazione di A. MURRI. Volume di pagg. VII-488, con 42 figure nel testo e finissima quattrieromia sulla copertina. Prezzo L. 36.
- L'ALIMENTAZIONE DEL BAMBINO.** (Prof. G. FRONTALI). *Lezioni dettate per i Corsi di Puericoltura ai medici sotto gli auspici dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e Infanzia.* Volume di pagg. XVI-248, con 38 figure in nero e a colori nel testo e una tavola a colori fuori testo. Prezzo L. 40.
- COME SI ALLEVA IL BAMBINO SANO E COME SI ASSISTE IL MALATO.** (Prof. R. POLLITZER). Prefazione del Prof. F. VALAGUSSA. Volume di pagine VIII-118, con 66 figure nel testo. Prezzo L. 15.
- LE MALATTIE DEL SANGUE.** (Prof. MARIO GHIRON). *Manuale pratico per medici e studenti.* Prefazione del Prof. V. ASCOLI. Volume di pagg. XII-416, con 49 figure nel testo e 5 tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 68.
- IPOENSIONE E IPOFIGMIA - DEFICIENZE DI CIRCOLO.** - (Dott. LUISADA). Prefazione del Prof. C. FRUGONI. Volume di pagg. XVI-352, con 52 figure nel testo. Prezzo L. 45.
- MORFOLOGIA CLINICA E FISIOPATOLOGIA DEL CUORE.** (Prof. A. ROSSI). Prefazione del Prof. L. LUCATELLO. Volume di pagg. VIII-122, con 14 figure nel testo. Prezzo L. 15.
- CARDIOGRAFIA ED ELETTROCARDIOGRAFIA. ANGIOGRAFIA.** (Prof. D. MARSTRINI). Prefazione del Prof. S. BAGLIONI. Volume di pagg. VIII-168, con 64 figure nel testo. Prezzo L. 20.
- I DISTURBI DEL SONNO E LORO CURA.** (Prof. A. ROMAGNA MANOLA). Prefazione del Prof. G. MINGAZZINI. Volume di pagg. VIII-196, con 12 figure nel testo ed una riuscitissima illustrazione sulla copertina. Prezzo L. 18.
- DIAGNOSTICA DELLE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO.** (Professore G. FUMAROLA).
- PARTE GENERALE. Prefazione e due capitoli del Prof. G. MINGAZZINI. Volume di pagg. VIII-352, con 175 figure nel testo, più 8 tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 42.
- PARTE SPECIALE, in tre volumi: 1) **Sistema nervoso periferico.** Volume di pagg. 242, con 67 figure nel testo. Prezzo L. 28.
- Id. 2) **Sistema nervoso centrale: MIDOLLO SPINALE.** Volume di pagg. 238, con 66 figure nel testo. Prezzo L. 33.
- Id. 3) **Sistema nervoso centrale: IL CERVELLO.** Volume di circa pagg. 350, con 46 figure nel testo. Prezzo L. 42.

Inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI — Via Sistina, N. 14 — ROMA

COMPENDIO DI SEMEIOTICA CHIRURGICA. (Prof. L. DOMINICI). Prefazione del Prof. R. ALESSANDRI. Volume di pagg. VIII-425, con 73 figure nel testo e 4 tavole colorate fuori testo. Prezzo L. 42.

PICCOLA CHIRURGIA E CHIRURGIA D'URGENZA. (Prof. L. DOMINICI). Prefazione del Prof. R. ALESSANDRI. Volume *elaborato con criteri di assoluta praticità*, di pagg. IV-452, con 225 figure nel testo, rilegato in tela. Prezzo L. 56.

NUOVE NOTE E LEZIONI DI CHIRURGIA PRATICA. (Prof. D. TADDEI). Volume di pagg. IV-280. Prezzo L. 68.

LA VOCE PARLATA E CANTATA, NORMALE E PATOLOGICA. *Guida allo studio della fonetica biologica* (Prof. G. BILANCIONI). Prefazione del Prof. S. DE SANCTIS. Volume di pagg. XII-512 con 194 figure originali nel testo ed una riuscitissima illustrazione sulla copertina. Prezzo L. 35.

MANUALE DI OTO-RINO-LARINGOIATRIA. (Prof. G. BILANCIONI). Volume I, Parte Generale. *Naso e cavità annesse*. Volume di pagg. XVI-524, con 224 figure nel testo. Prezzo L. 58.

Volume II (Parte I). *Bocca - Faringe - Timo - Tiroide*. Volume di pagg. VIII-339, con 234 figure intercalate nel testo. Prezzo L. 45.

Volume II (Parte II). *Laringe - Trachea - Esofago*. Volume di pagg. VIII-594, con 464 figure nel testo. Prezzo L. 68.

E di imminente pubblicazione il Volume III che tratta *L'orecchio*.

MANUALE DI OCULISTICA ad uso dei medici pratici e degli studenti. (Prof. G. DE VINCENTIS). Prefazione del Prof. A. ANGELUCCI. Volume di pagg. XVI-624, con 259 figure in nero ed a colori nel testo e con una Tabella e sette Tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 68.

MANUALE DI MALATTIE CUTANEE ad uso dei medici pratici e degli studenti. (Dott. V. MONTESANO). Opera composta di due Volumi di complessive pagine XXVIII-780, con 76 figure nel testo.

Volume I di pagg. XVI-348, con 32 figure nel testo. Prezzo L. 50.

Volume II di pagg. XII-432, con 44 figure nel testo. Prezzo L. 69.

L'ESAME DELLA FUNZIONE RENALE CON I MODERNI METODI DI INDAGINE. (Prof. G. RAIMOLDI). Prefazione del Prof. R. ALESSANDRI. Volume di pagg. VIII-247, con varie figure nel testo. Prezzo L. 30.

MANUALITÀ CISTOSCOPICHE, ad uso dei Medici Pratici. (Dott. G. M. GIULIANI). Prefazione del Prof. A. FERRARI. Volume di pagg. VIII-79, con 58 figure in nero e a colori nel testo. Prezzo L. 15.

PRONTUARIO DELL'IGIENISTA. (Dott. A. FILIPPINI). Prefazione del Prof. G. SANARELLI. Volume *compilato con criteri eminentemente pratici*, di pagg. XVI-564, rilegato in tela. Prezzo L. 52.

DIAGNOSTICA DELLE MALATTIE PARASSITARIE. (Prof. C. BASILE). Prefazione del Prof. V. ASCOLI. Volume di pagg. XII-262, con 18 tavole nel testo e 91 figure intercalate, più 2 tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 33.

MEDICINA TROPICALE E IGIENE MARINARA. (Dott. R. RIBOLLA). *Manuale teorico-pratico secondo i nuovi programmi per gli esami di abilitazione a medico di marina mercantile*, con lettera di A. MURRI e di A. CASTELLANI. Volume di pagg. XVI-491, con 39 figure nel testo. Prezzo L. 52.

LA TRAUMATOLOGIA DEL LAVORO NEI RAPPORTI CON LA LEGGE, ad uso dei medici pratici. (Prof. A. CIAMPOLINI). Seconda edizione completamente rifatta e notevolmente ampliata. Volume di pagg. XXIV-1004, rilegato in tela. Prezzo L. 80.

I CIRCOLI VIZIOSI IN PATOLOGIA. (J. B. URRY). Traduzione della 3^a edizione inglese, riveduta ed accresciuta dal Dott. G. DRAGOTTI. Prefazione del Prof. V. ASCOLI. Volume di pagg. VIII-296, con 23 tavole intercalate ed una a colori fuori testo, rilegato in tela. Prezzo L. 45.

IL PROBLEMA DEL CANCRO. (Dott. WILLIAM SEAMAN BAINBRIDGE). Traduzione, in riassunto, dalle edizioni inglese, francese e spagnuola, a cura dei dottori G. PERILLI e A. POZZI. Prefazione del Prof. R. ALESSANDRI. Il libro contiene, inoltre, un capitolo *Sulla lotta e sugli studi contro il cancro in Italia* del suddetto Prof. R. ALESSANDRI e del Professore R. BRANCATI, nonché tutta la *Bibliografia Oncologica Italiana* (1910-1926). Volume di circa 350 pagine, rilegato in tela. Prezzo L. 60.

IL BAMBINO. Consigli di igiene alle madri. (Prof. F. VALAGUSSA). Quarta edizione riveduta e ampliata. Volume di pagg. XVI-244, con 84 figure schematiche ed una grafica nel testo. Prezzo L. 25.

Inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI — Via Sistina, N. 14 — ROMA

PREZIO LINE 10