



Dott. ANTONINO ARENA

A ASSISTENTE ALLA CATTEDRA DI FISIOLOGIA DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI

L' INFLUENZA

ESPOSIZIONE INDIRIZZATA

AI MEDICI PRATICI

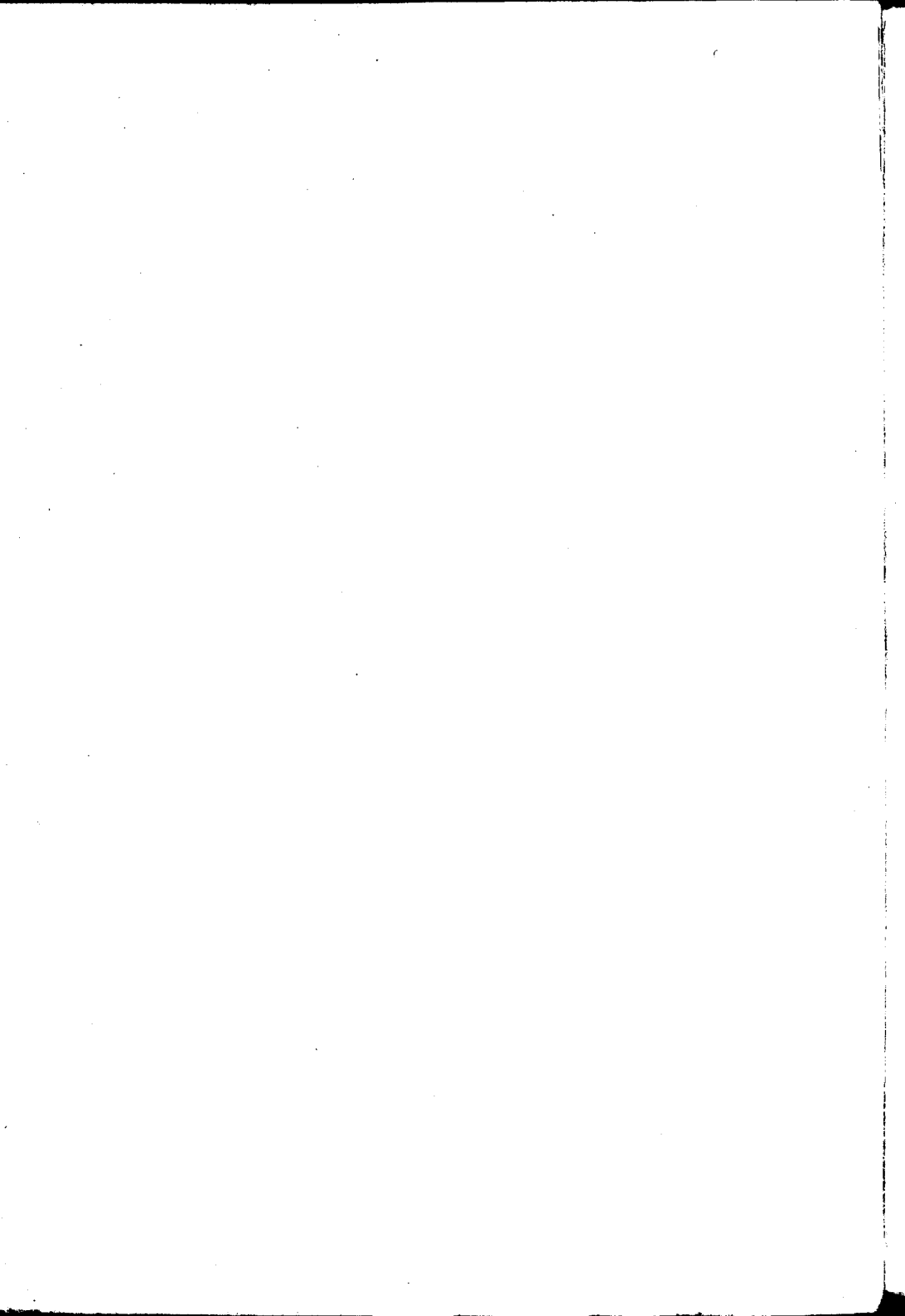
Seconda Edizione emendata, con aggiunte
e una figura nel testo

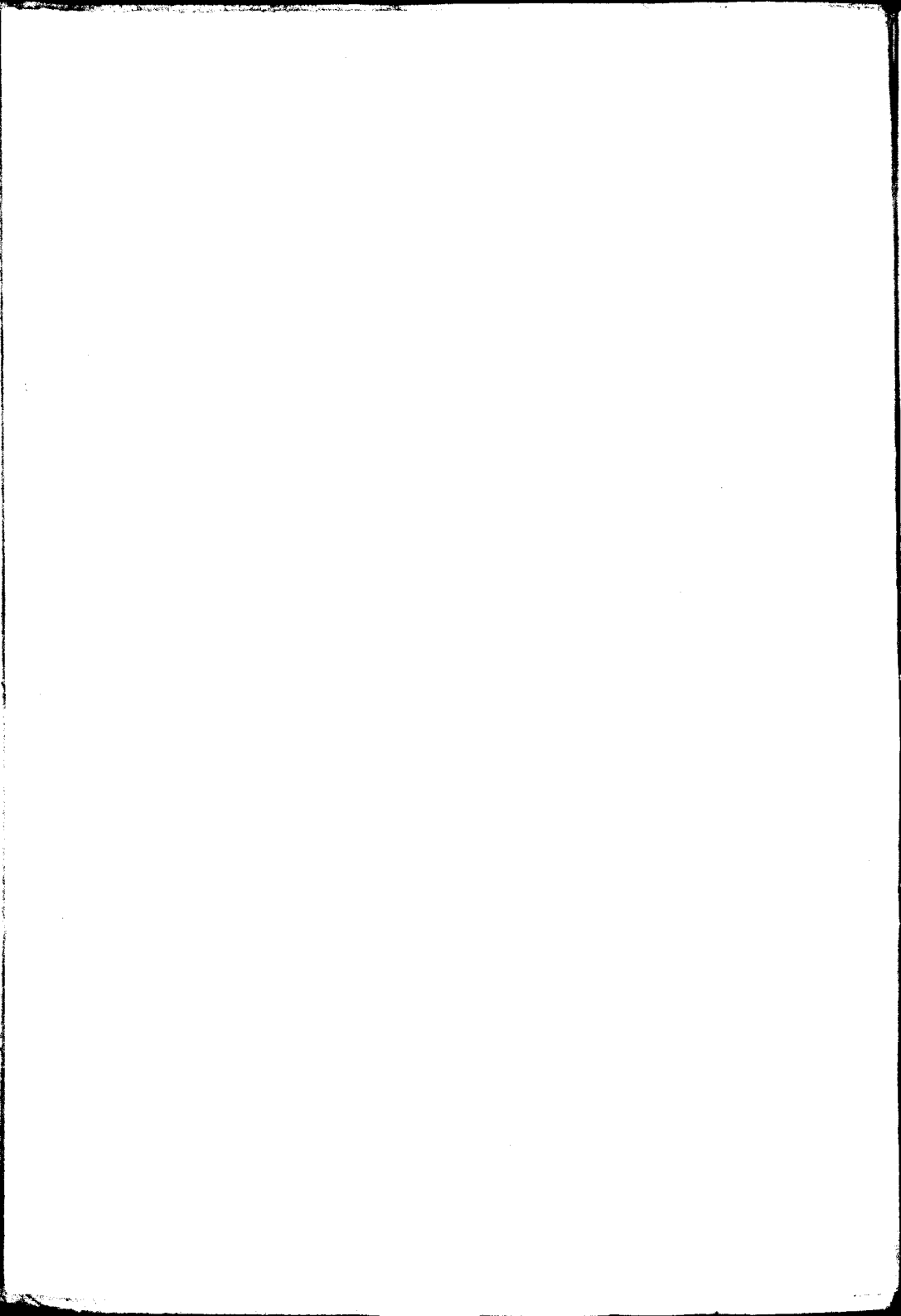


ROMA

LUIGI POZZI - Editore

1937-XV





Dott. ANTONINO ARENA

GIÀ ASSISTENTE ALLA CATTEDRA DI FISIOLOGIA DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI

L' INFLUENZA

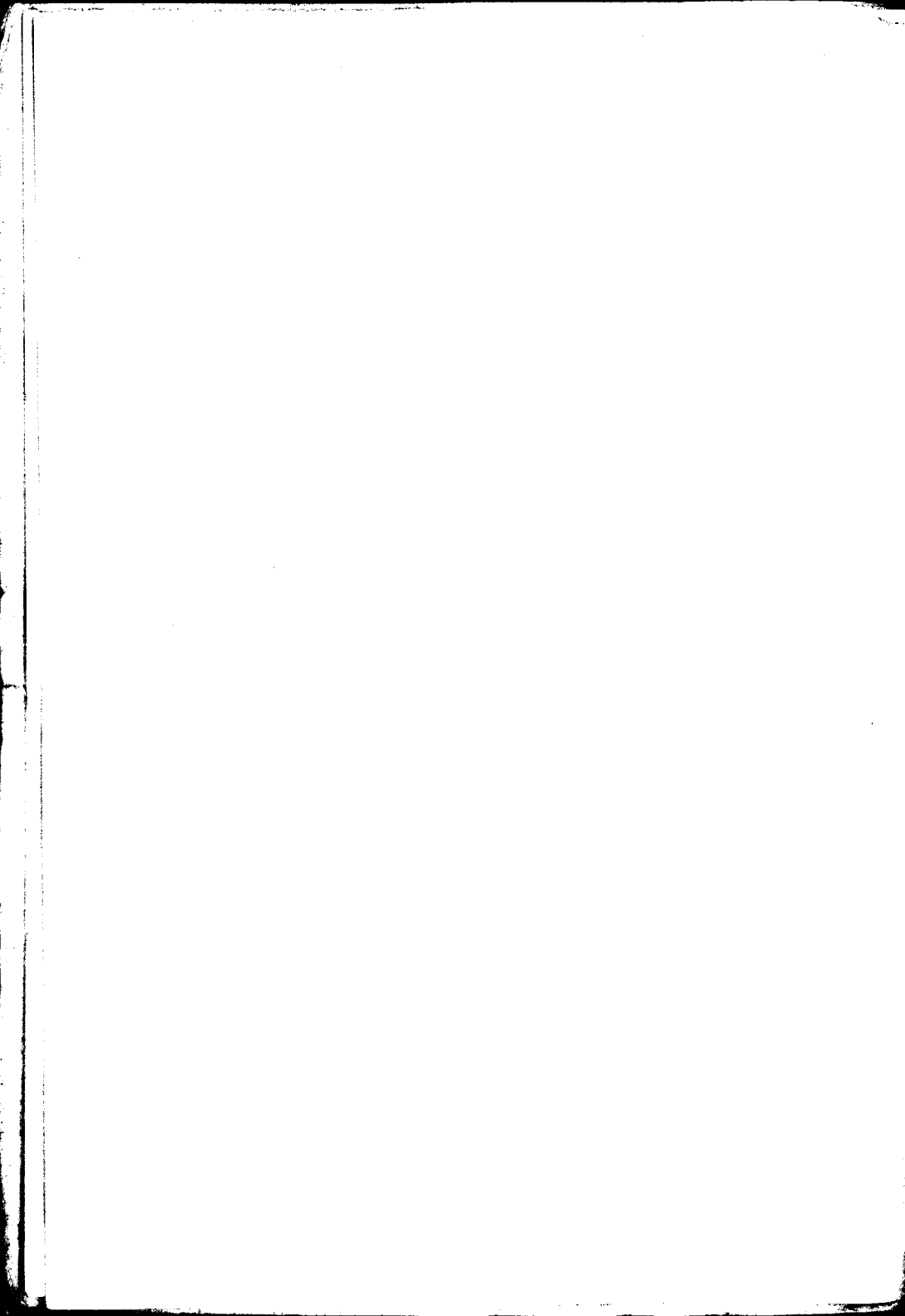
ESPOSIZIONE INDIRIZZATA

AI MEDICI PRATICI

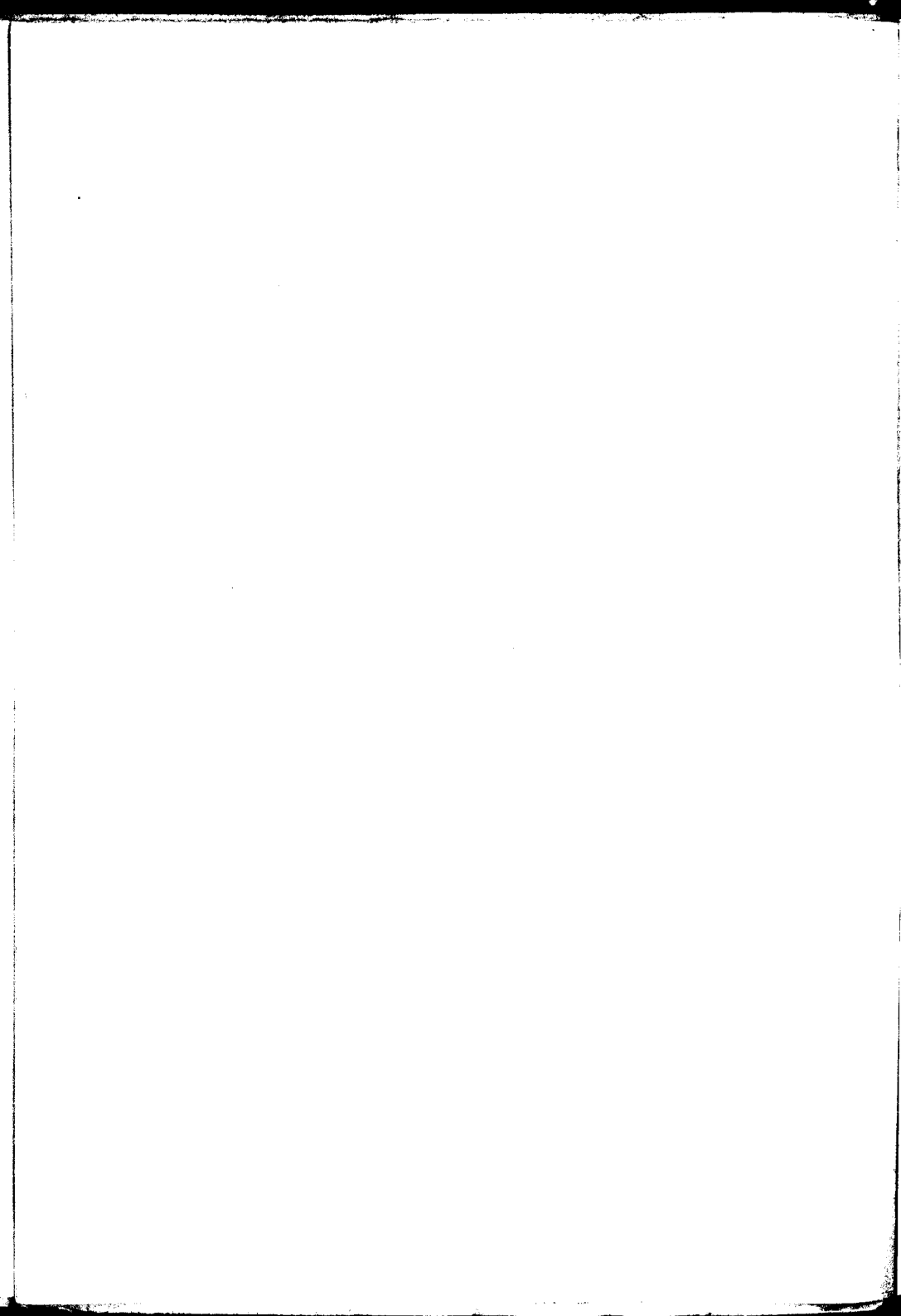
Seconda Edizione emendata, con aggiunte
e una figura nel testo



EDITORE LUIGI POZZI - ROMA



INDICE



PREFAZIONE ALLA I ^a EDIZIONE	pag. vii
PREFAZIONE ALLA II ^a EDIZIONE	pag. viii

Cap. I. - PRELIMINARI EPIDEMIOLOGICI.

Sommario. - Concetto di questa malattia; epoca della sua prima comparsa; nomi che le furono dati. Forme che assume nell'attaccarsi alle collettività; luoghi da cui procede nelle sue incursioni pandemiche; mezzi coi quali si propaga; sua trasmissione per contagio; predisposizione degli uomini alla malattia. Possibilità di coesistenza, nello stesso soggetto, di questa con altre malattie. Sua propagazione agli animali; durata delle epidemie pag. 3

Cap. II. - EZIOLOGIA.

Sommario. - Necessità di distinguere nella sindrome attribuita all'influenza la parte dovuta all'azione del germe specifico da quella dovuta ad occasionali associazioni microbiche. Pretendenti alla funzione di germe patogeno specifico: bacillo del Pfeiffer, pneumococchi, streptococchi, stafilococchi, virus filtrabili. Causa dei ricorsi pandemici dell'agente specifico pag. 13

Cap. III. - PATOGENESI E NOTE ANATOMICHE.

Sommario. - Le due varietà di sepsi che il virus influenzale accende, la batteriémica e la tossiémica, sono espresse nelle forme cliniche genuine e nelle dissociate. Necessità di distinguere e separare i sintomi essenziali dagli accidentali, per evitare attribuzioni al virus specifico di sindromi improprie o aliene. Azione elettiva del virus sul sistema nervoso vasomotore e sul vago. Altri infettivi. Note anatomiche, intrinseche ed estrinseche. Conclusioni pag. 17

Cap. IV. - FORME CLINICHE GENUINE REGOLARI E IRREGOLARI.

Sommario. - Ragione del loro nome; quando abbondano; se hanno periodo d'incubazione. Forme regolari, loro fisionomia; sintomi che le costituiscono, con particolare riguardo allo arrossimento del viso e alla sensibilità delle cute pel freddo. Altri sintomi, con particolare riguardo a quelli del respiro. Forme irregolari pag. 27

Cap. V. - FORME CLINICHE DISSOCIATE.

Sommario. - Ragione del loro nome; quando e dove abbondano;

modi del proceso dissociativo; variabilità delle forme cliniche; notizie epidemiologiche. Ordinamento delle forme dissociate in gruppi. Forme neurotossiche con localizzazione sul vago, sulla corteccia del cervello, sul centro vasomotore. Forme protratte con localizzazione occulta (cachessia, febricola); con localizzazione palese, variabile, disposta in serie. Forme contraffatte. Immunità acquisita . . . pag. 35

Cap. VI. - FORME CLINICHE COMPLICATE.

Sommario. - Come si generano; che fisionomia hanno; quali sono le più gravi. Capacità acceleratrice dell'influenza sullo sviluppo di malattie preesistenti nel soggetto da essa colpito . . . pag. 51

Cap. VII. - DIAGNOSI E PROGNOSI.

Sommario. - Impossibilità presente della diagnosi batteriologica. Criteri diagnostici generali. Diagnosi delle forme genuine e delle dissociate. Necessità dell'esatta conoscenza dei precedenti epidemiologici della malattia. Diagnosi di esclusione rispetto alla melitense, al tifo e ai paratifi, alla tubercolosi, alle intossicazioni d'origine enterica, alla cachessia malarica, alle anemie. Prognosi . . . pag. 57

Cap. VIII. - TERAPIA E PROFILASSI.

Sommario. - La terapia antitermica non è indicata, e la specifica non è possibile nel tempo presente; nè la terapia aspecifica può prenderne il posto. Terapia sintomatica: delle forme genuine. Terapia delle forme dissociate e delle complicate. Ascesso di fissazione. Superfluità dell'isolamento dei primi casi e impossibilità presente d'una profilassi specifica . . . pag. 65

Prefazione alla prima edizione

Tra le tante cose scritte nelle seguenti pagine forse il lettore ne troverà alcune superflue. A scanso di equivoci, vorrei fargli osservare che io non ve le ho inserite per la vanità di sembrare erudito, ma pel proposito fatto di trattare l'argomento in maniera possibilmente compiuta, e pel bisogno di dare alle mie opinioni l'appoggio e il credito che il mio solo nome non poteva dare. E a questo proposito debbo anche avvertire che, se qualche volta mi sono dilungato da opinioni tradizionali e generalmente accettate, non è stato senz'averci prima molto riflettuto e senza essermi bene assicurato che l'osservazione clinica, portata da questa alle passate epidemie d'influenza, mi desse ragione. A garanzia poi di qualche mia idea personale sta la storia epidemiologica di questa malattia, e stanno soprattutto gli ammalati che ogni medico può agevolmente consultare, essendo l'influenza ancora operosa in tutti i luoghi da essa invasi.

Al dott. VINCENZO ZILLINI, direttore del Medico pratico contemporaneo sul quale questo mio lavoro venne un po' alla volta pubblicato, vadano i miei più fervidi ringraziamenti.

Bagnara Calabra, dicembre del 1891.

A. ARENA

Prefazione alla seconda edizione

Questo libro fu la prima volta pubblicato quando era ancora in pieno sviluppo la pandemia influenzale scoppiata nel 1889, e di monografie, che ne trattassero a fondo, non ce n'era fra noi alcuna. La farina, dunque, onde risultò costituito, uscì tutta dal mio sacco. Il libro, nondimeno, ebbe allora una buona stampa: un articolo della Gazzetta degli Ospedali degli 11 giugno 1892, e uno della Rivista clinica e terapeutica dello stess'anno e dello stesso mese. Pochi certamente; ma non era lecito sperare di più ad un oscuro medico condotto sperso in fondo alla Calabria.

Il libro probabilmente non fu comprato. Certo, io non intascai nulla. Lo lessero, sì e no, gli amici a cui lo regalai, e presto sparve nel limbo. Non attaccai per questo il lutto all'uscio di casa; e, tenendomi stretto alle mie tranquille abitudini di studio, continuai, quasi con francescana letizia, ad operare il bene nel solco che la Provvidenza mi aveva assegnato.

Studiando, ebbi però occasione d'accorgermi che il dimenticato mio libro non era poi privo di qualche pregio. Non pochi dei rilievi clinici da me fatti e in esso esposti, e alcune idee eziopatogeniche da me intuite e in esso difese si erano venuti posteriormente affacciando, con le stesse note, agli intelletti ben altrimenti acuti e autorevoli di medici insigni, ed erano già entrati a far parte del comune patrimonio scientifico. Ne ebbi piacere. Se dicessi il contrario, non sarei sincero, nè sarei creduto. Ma le cose non si fermarono lì. Sopraggiunta la vecchiaia e con essa la debolezza, la vanità, ch'era appiattata in me come in ogni uomo ma che in quarantasei anni non era mai riuscita a sedurmi, cominciò nuovamente a porre in azione il suo fascino, e, un po' alla volta, finì col vincere; sicchè io dovetti finalmente adattarmi all'idea di ristampare il libro, e quasi persuadermi di non commettere con ciò una cattiva azione.

E bisogna compatirmi: i vecchi son come i bambini.

Dichiaro però subito che la ristampa non è integrale. Il superfluo è tutto andato via; e, con esso, quanto altro m'è parso scientificamente vecchio e seppellito. E andato via del pari il tono pole-

mico, dal quale allora mi feci prender la mano, tono così disforme dall'austera compostezza della prosa scientifica; ed è stato inoltre aggiunto, quasi nella sua totalità, un articolo da me pubblicato sul Morgagni, nel primo numero del 1908.

Per quel che spetta al tono polemico, è però necessario ch'io mi scolpi con i colleghi che, avendo avuto conoscenza di quella mia vecchia monografia, possono essersene scandalizzati.

L'influenza giunse quaggiù tra il 1889 e il 1890, quando già aveva messo sossopra medici e popoli in quasi tutto il mondo. Ebbene, qual era di fronte ad essa in quel tempo la nostra condizione di professionisti addottrinati e coscienti, vecchi e giovani, con piccola o con grande clientela, con nome modesto o con sonante nome?

Peggioro di quella di don Abbondio di fronte a Carneade: non ne sapevamo nulla!

Non eravamo, però, colpevoli. I nostri maestri, infatti, non ci avevano mai parlato in scuola di quel morbo, e i libri che ci avevan messi nelle mani per la nostra formazione clinica, il Niemeyer e lo Strümpell che sono poi stati sempre i nostri breviari, non lo comprendevano nel numero degli altri, e non ne dicevano verbo. Di modo che, nella nuova pressante contingenza della scoppiata pandemia influenzale, al medico bisognoso di parere, se non d'essere, bastevolmente informato della natura della malattia e delle sue esigenze curative, non rimaneva altro partito che quello di lasciarsi imbeccare dai giornali politici. Questo, naturalmente, non portava alcun rimedio alla generale incompetenza, rispetto all'infezione influenzale, della massima parte degli esercenti della regione, e aveva inoltre l'inconveniente di metterli in imbarazzo presso la clientela, e di rendere la loro incompetenza irritata, per giunta, e in date occasioni dispettosa.

Io intanto, con l'aiuto del Graves ch'era nella libreria di mio padre, mi applicai toto corde a studiare sugli ammalati la nuova infezione, seguendone attentamente le fasi, prendendo note e appunti, e facendo comparazioni e controlli con oculati riferimenti alla mia personale esperienza di casi fra loro somiglianti. E nei consulti portavo, com'era mio dovere verso gli ammalati ma con remissiva cautela, le conoscenze che intorno all'influenza andavo acquistando, e che mi parevan mature. Ne tornavo, però, quasi sempre convinto di non aver convertito nessuno. Le mie conoscenze, ciò nondimeno, crescevano a misura che l'epidemia cre-

sceva e s'allargava, ed io non dovevo nasconderle, e non le nascondevo. Che non facessero ad esse buon viso tanti, era spiegabile; che mi s'invitasse da taluno, con paterni accenti sommessi, a disconoscerle, mi sembrò sciocco, e ne risi, quietamente rispondendo che alla fine l'influenza non era una bella ragazza di cui mi fossi innamorato sino a vederla dove non c'era.

Ma il meglio stava ancora in incubazione. Alcuni colleghi, non inclinati a farsi tormentare o sviare da scrupoli, sentendosi fastidiosamente imbarazzati a seguirmi per vie sconosciute e volendomi sfuggire, ricorsero a un espediente sbrigativo e radicale: soffiare in un orecchio al cliente, che desiderava consultarmi, l'inutilità del mio parere, essendo io, secondo loro, posseduto da una specie di monomania influenzale.

Innamorato, poteva passare: avevo trentaquattro anni, allora; ma ammattito... L'incerto del mestiere era un po' sconcertante. Sicchè, quando il materiale clinico raccolto con le mie indefesse e pazienti osservazioni mi parve nettamente significativo e bastevole alla compilazione d'un libro e questo libro risolvetti di scrivere e scrissi, io non seppi evitare nell'esposizione delle mie idee una vivacità forse eccessiva e qualche allusione — generica, s'intende bene, e impersonale — all'ignoranza altrui. Non saprei, ancor oggi, affermare d'aver avuto torto.

Mi si consenta ora d'aggiungere qualche altra pagina per celebrare, dinanzi a Dio e agli uomini, le disgrazie dell'influenza, e per concludere.

L'influenza è una malattia veramente singolare! Delle tante che popolano la patologia umana è la sola a cui tocchi di sperimentare non le ansie investigatrici, i premurosi riguardi, le zelanti cure dei medici, ma la loro noncuranza soventi volte sprezzante, o addirittura la loro avversione e lo scherno. Quanti medici, chiamati a curarla, non vi si accingono con un sorriso canzonatorio sulle labbra, aspettando con ostentata sicurezza lo scioglimento felice e pacifico di tutti i suoi nodi come in una commedia, e quanti nel caso di un'amara delusione non si affannano a tirare in ballo per addossargli la responsabilità dei peggiori colpi qualunque altro agente morboso, non importa se ipotetico, se campato in aria, se tratto dall'irraggiungibile fondo delle malattie occulte, pur di non essere costretti a riconoscere l'importanza malefica di quest'infezione!

Nè ciò è tutto. L'influenza, come un qualunque figlio di nes-

sumo, non ha un suo particolare nome fisso e immutabile per mezzo del quale sia possibile sempre la sua regolare e pronta identificazione. Si vuole che stia sulla scena da 2442 anni (questa dell'incerta data di nascita non è una delle sue minori disgrazie), e, se non proprio da tanto, da circa otto secoli, che è pure una rispettabile età. Ma questo per l'appunto rende incomprensibile perchè non sia mai riuscita a legarsi durevolmente ad un nome. La chiamarono febbre catarrale, catarro epidemico, coqueluche, epidemia reumatica, tosse epidemica, grippe... e chi ne ha più ne metta. Né alcuno potrebbe arrischiarsi a dichiarare chiusa la serie, quando sapesse che anche il nome influenza fu nel 1918 soppiantato dal nome spagnola in onta al diritto di preferenza che gli veniva dall'essere stato in funzione un'altra volta nel 1738.

E un caso unico nella storia della medicina questa perpetua e insanabile instabilità del nome d'un morbo; instabilità che potrebbe anch'essere divertente, se la confusione dei nomi non desse appiglio alla confusione delle idee, la quale poi quasi sempre imbocca nello scetticismo.

Infatti, un famoso patologo francese, caposcuola dell'università di Parigi tra il XVIII e il XIX secolo, Francesco Giuseppe Vittore Broussais, non esitò a scrivere dell'influenza che è una invention de gens sans le sou et de médecins sans clients, qui, n'ayant rien de mieux à faire, se sont amusée a creer ce farfadet.

Non, dunque, un'illusione, e neppure un'allucinazione di anormali giustamente irresponsabili epperò degni di rispetto, ma una bassa e repugnante speculazione di gente sprovveduta e di medici a spasso! La singolarità del caso è evidente.

Per buona fortuna, coi mezzi di cui la clinica oggi dispone, le sue discriminazioni e le sue affermazioni hanno una consistenza e una resistenza che ai tempi del Broussais non potevano avere, e le negazioni assolute e allettose non più sono possibili. Con tutto ciò, io non saprei dire se per l'influenza sia già chiuso il periodo delle incertezze, anche nel campo delle osservazioni cliniche, che pur dovrebb'essere il più accessibile alle chiarificazioni. Le manca tuttora l'assistenza fervida e consapevole dei medici di larga fama, che son anche i medici di più grande valore. Di questi, eccettuati coloro che si dedicano allo studio particolare delle malattie infettive acute negli ospedali specializzati delle grandi città, gli altri sono ordinariamente occupati a studiare e risolvere per la studentesca difficili problemi di clinica riguardanti, nella massima parte, ma-

lattie croniche d'organi interni, e nell'ore libere non vedono fuggevolmente che i soli ammalati i quali vanno a raggiungerli a casa per farsi visitare, e che, per quei medesimi bisogni, difficilmente tornano sotto i loro occhi. L'influenza, quindi, non può aspettarsi da costoro nessun efficace contributo al definitivo accertamento della sua fisionomia clinica.

Restano sull'agone i medici pratici: i soli, dopo i grandi specialisti sopraccennati, che possono avere l'opportunità d'un quotidiano assiduo contatto con gli ammalati. Sennonchè, il materiale d'osservazione che può venire da loro non è — o è di rado — corredato da ricerche di laboratorio e da reperti necroscopici che sono i due capisaldi dei lavori clinici ben condotti, e spesso rimane ignorato, e mai è preso in seria considerazione dagli studiosi di più alto grado. Ma quando gl'infermi sono osservati con tecnica esatta, e il medico è spregiudicato e consapevole dell'esigenze della critica, sarebbe ingiusto, io credo, negare al materiale clinico da lui raccolto la non trascurabile importanza d'una raccolta documentaria.

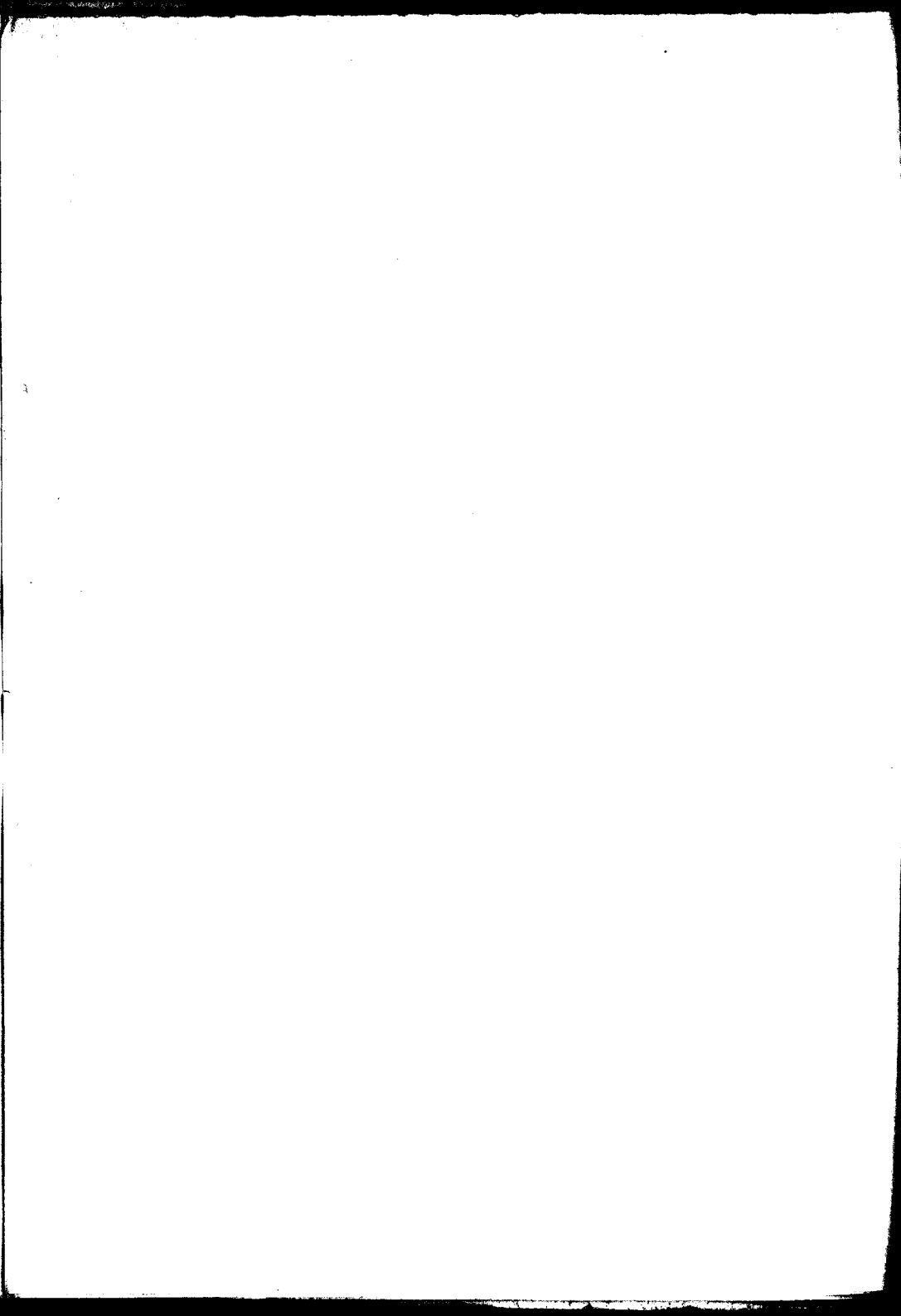
Oso credere che d'un così tenue valore non sia affatto privo questo piccolo libro.

Bagnara Calabria, maggio del 1937.

A. ARENA



L' INFLUENZA



CAPITOLO I.

PRELIMINARI EPIDEMIOLOGICI

Sommario. — Concetto di questa malattia; epoca della sua prima comparsa; nomi che le furono dati. Forme che assume nell'attaccarsi alle collettività; luoghi da cui procede nelle sue incursioni pandemiche; mezzi coi quali si propaga; sua trasmissione per contagio; predisposizione degli uomini alla malattia. Possibilità di coesistenza, nello stesso soggetto, di questa con altre malattie. Sua propagazione agli animali; durata delle epidemie.

Che l'influenza appartenga alla classe delle malattie acute da infezione direttamente trasmissibili, è oggi da tutti ammesso senza contrasto.

Che sia venuta al mondo da più secoli, anche questo è generalmente accettato. Ma quando si va a precisare con cifre l'epoca della sua prima comparsa, la concordia sparisce. Il CORRADI, nei suoi *Annali delle epidemie*, fa risalire l'antichità di questa malattia a 488 anni prima dell'Era volgare. Lo ZUELZER, invece, il FRANK ed altri non vanno più su del sedicesimo secolo. Circa novecent'anni di differenza... Troppo! Ciò nondimeno, il fatto che in tempi assai più lontani del secolo decimosesto corsero pel mondo malattie che i medici furono costretti a designare coi nomi di *Catarro epidemico*, di *Epidemia reumatica*, di *Tosse epidemica*, se non accredita la data estrema del CORRADI, della qual egli stesso dubita, infirma irreparabilmente quella dello ZUELZER e del FRANK; e le ragioni sono ovvie. Una sindrome di sintomi catarrali o reumatici, la quale si presenti in forma epidemica, è ancora nella scienza quasi il paradigma dell'infezione influenzale. Del resto, negli *Annali* già citati si fa menzione di ben sei epidemie non contestabili d'influenza, tutte anteriori al decimosesto secolo; e negli scritti del MARCHESI, del TARGIONI-TOZZETTI e di altri

si trovano indicazioni degne di fede, che autorizzano a ritenere come sicura, per la prima comparsa dell'influenza, la data del 1773. Fermiamoci, dunque, a questa data.

Eppure, con un blasone tanto venerando, questa malattia non ebbe la fortuna d'esser sempre conosciuta con un suo particolare invariabile nome. *Influenza* fu chiamata in Italia per la prima volta nel 1300, e, a quanto pare, il nome attacca. Ormai i soli francesi si ostinano, e un po' anche i tedeschi, a tenere in piedi la parola *grippe*, la quale potrebbe anch'essere generalmente accolta, se le si desse la derivazione etimologica dal verbo *Agripper* (afferrare) e non dalla voce polacca *Kripka* (raucedine), che, avendo delle pretese nosografiche, potrebb'essere impropria e riuscire sgradita.

La parola *Influenza* ebbe, secondo il mio giudizio, origine popolare. Gli uomini di quei tempi dovettero rimanere profondamente colpiti — nè poteva essere altrimenti — dalla simultanea, inattesa partecipazione di una moltitudine a uno stesso malanno. In simili incontri si pensava allora da tutti a malefiche azioni degli astri, le quali si chiamavano *influenze* per l'appunto: *cattive influenze*. Ed è possibile che la calamità improvvisa fosse stata allora ricondotta sotto quel segno astrale, e poi antonomasticamente chiamata sempre col nome d'*influenza* che si ritenne bene appropriato. Un'eco di questa persistente superstizione popolare, alla quale accedevano anche persone colte, è in qualche antico scrittore della nostra classe. Parlando appunto della propagazione di cotesta malattia, il WILLIS uscì in questa frase: *velut efflatu quodam a sideribus emisso*.

Nel linguaggio scientifico, però, il nome *influenza* fu adottato dopo del 1300, nel 1733, e per opera d'un italiano, il GAGLIARDI.

Quando, nella prima edizione di questa non fortunata opericciola, in opposizione vivace ai colleghi che allora disinvoltamente parlavano di partenze e ritorni dell'influenza come d'un'epidemia di colera, dissi e sostenni che l'influenza si era ormai stabilita fra noi come malattia endemica ed aveva soltanto ridotto successivamente e modificato le sue manifestazioni cliniche, la mia voce rimase inascoltata. La possibilità che la pandemia potesse risolversi e le mie affermazioni che si fosse già risolta in endemia rap-

presentata nelle sue minime espressioni dai casi sporadici, non entrava allora nel cervello dei miei contraddittori. Oggi il professor ORTNER scrive nella *Clinica Moderna* dei KLEMPERER che *questo risolversi d'una potente pandemia in epidemie od endemie minori ovvero in casi sporadici per poi divampare novamente in modo improvviso sotto forma d'una nuova pandemia, è un comportamento caratteristico dell'influenza di fronte ad ogni altra malattia infettiva.*

Siamo dunque intesi: quando si parla di partenze e di ritorni bisogna riferirsi non all'agente patogeno dell'influenza, che non ritorna perchè non parte, bensì alle sue occasionali recrudescenze di largo giro, e, cioè, alle sue pandemie.

Stando così le cose, la questione di appurare da quale parte del mondo questa malattia attinga il suo germe specifico e prenda l'abbrivo nelle sue scorrerie, mi sembra oziosa. La compatibilità di cotesto suo agente patogeno con tutte le regioni della terra è, del resto, appoggiata a fatti epidemiologici incontrovertibili.

Infatti, l'influenza, nel 1729, s'affacciò dalla Germania; dalla Sassonia e dalla Polonia nel 1732; ancora dalla Germania nel 1775; dall'America nel 1782; nel 1830 dalla Cina; e nel 1836 dalla Russia.

Nè basta. Talvolta si sviluppò in luoghi tra loro molto lontani, senz'alcun divario di tempo. In Germania, in Inghilterra e in Francia, per esempio, nel 1645; in Francia e in Inghilterra nel 1776; nell'America settentrionale e nelle Antille nel 1788; in Ginevra, nel Bengala e nella Nuova Georgia nell'agosto del 1831; in Capetown e in Londra nel gennaio del 1837; nel Portogallo, nel mezzogiorno della Spagna, in Terranova, nella Nuova Zelanda e in Valparaiso nel 1847.

Forse è fondato il sospetto che l'agente patogeno preferisca pel suo maggiore e migliore sviluppo i climi aspri; ma questa è un'altra cosa. Potrebbe trattarsi d'un maggior risalto dato alla malattia dalle complicazioni dell'apparecchio respiratorio, in quei climi più facili e più vistose.

Quanto alle modalità della sua propagazione, le discordanze sono lievi. Vi è oggidì una generale tendenza degli scienziati ad attribuire agli uomini e alle merci l'ufficio di portatori dell'agente infettivo, quasi escludendo da tale ufficio il pulviscolo atmosferico e il vapor d'acque allo stato vescicolare. Ma è forse questione d'abito mentale. A me sembra che, non volendo posporre al valore

probativo dei fatti epidemiologici veramente associati qualche scrupolo teorico, non si possa negare alle correnti d'aria una parte preponderante nella diffusione così eccezionalmente rapida e vasta dell'influenza. Questa malattia, affacciata nel novembre del 1729 in Germania, in pochi mesi percorse buona parte dell'Europa, e, varcato l'oceano, toccò il Messico. Alla fine del 1732 ricomparve in Germania; s'aggirò per l'Europa nel successivo 1733, facendosi notare con una quasi contemporanea comparsa in Irlanda, in Inghilterra, nelle Fiandre e in Francia, e alla fine di quello stesso anno occupò le piccole e le grandi Antille, la Nuova Bretagna, il Messico e il Perù.

Per una passeggiata fatta nel secolo decimottavo non c'è male.

Un altro esempio?

Eccolo. Nel 1782 — secolo decimottavo anche questo — mosse dalla Cina, luogo che non sembra molto aperto al traffico commerciale, un'altra epidemia, la quale, in poco più d'un anno, invase tutt'i paesi abitati dell'Asia, dell'Europa e dell'America.

Quella stessa pandemia che arrivò in Italia negli ultimi giorni del 1889 ed era scoppiata in Russia una cinquantina di giorni prima, si propagò in meno di due mesi a tutta l'Europa, all'Africa e all'America.

Il GRASSET intanto afferma che l'influenza, nella pandemia del 1889-90 alla quale si riferisce il suo studio, non sorpassò nel propagarsi la conosciuta velocità dei nostri mezzi di locomozione: i treni e i piroscafi.

Sarà vero. Ma se egli intende con ciò escludere dalla propagazione l'aria, la sua conclusione è erronea. La parità recente non distrugge il fatto e non intacca il valore della superiorità enorme che l'influenza ebbe altra volta di fronte ai veicoli di quel tempo: le barche a vela e le carrozze più o meno sgangherate! Ed è di questa superiorità che bisognerebbe dar ragione, quando si volesse escludere l'azione ausiliare dei venti. E si dovrebbe anche spiegare, quando si volesse persistere nell'esclusione delle correnti atmosferiche dai mezzi che l'influenza impiega per diffondersi, come avvenne che alcune navi inglesi e olandesi nel 1882 fossero state raggiunte da quel morbo mentre veleggiavano in alto mare. Ma forse è preferibile non soffermarsi troppo in questo torneo d'affermazioni e di smentite, nel quale ognuno ripete come inconcusso ciò che non ha avuto modo di controllare.

Quanto alla trasmissione diretta del virus influenzale dall'uomo ammalato al sano, io, nella prima edizione di questo libro mi espressi in senso affermativo, ma con riserva. Sono anche oggi dello stesso parere. Nella foga della prima irruzione pandemica, il contagio, per verità, conta poco. Quale parte vorreste assegnargli in una pandemia come quella di Pietroburgo del 1782, nella quale furono colpite al primo scoppio, e in un giorno, quarantamila persone?... Anche la supposizione, presentata dal NETTER nel *Trattato* del GILBERT e THOINOT, di ammalati lievi giunti precedentemente in quel luogo e rimasti inosservati che avrebbero disseminato qua e là il virus, anche questa precedenza, quando fosse — come per verità non è — suffragata da prove, non spiegherebbe punto l'estensione quasi contemporanea del morbo a quarantamila individui.

Allorchè poi s'allegano, a sostegno della tesi della indispensabilità dell'uomo ammalato per la propagazione dell'influenza, i casi delle monache di Charlottenbourg, degli infermi di Val-de-Grace e dei bambini ricoverati alla Carità di Berlino, che sarebbero stati risparmiati dall'epidemia dominante pel solo fatto di non essere stati avvicinati da persone infette, si potrebbe osservare che la prova s'appoggia sul falso supposto d'un rapporto necessario tra incolumità ed isolamento, ed è perciò fallace. A conferma della falsità del supposto stanno — manco a dirlo — i fatti.

Nell'epidemia del 1837 rimase incolume a Parigi un intero quartiere; e prima, nel 1803, quasi tutt'i militari; e più addietro, nel 1782, in St. Albans, i borghesi: tutte persone che non conobbero l'isolamento, e alle quali dovettero esser presidio le proprie difese organiche contro le insidie che il morbo avesse potuto tender loro per il tramite degli ammalati o dell'aria.

Casi molto dimostrativi della trasmissione del virus influenzale, così per mezzo delle merci come per contagio, mi sembrano i due seguenti.

L'undici dicembre del 1889 un ufficiale della Bretagna, ancorata a Brest, riceve da Parigi, dalla casa Potin, due balle contenenti due scatole avviluppate da uno strato di trucioli. Le disfa egli stesso, e tre giorni dopo è attaccato dall'influenza, malattia che a Brest ancora non si era affacciata. Il dì appresso gli si ammalava la moglie, e poi tre domestici. Il quattordici, l'ufficiale, ancora ammalato, va a bordo della sua nave, e vi passa ventiquattr'ore. Il sedici si verifica un secondo caso in persona d'un suo

aiutante; il diciassette l'epidemia scoppia con tutta la sua intensità, e gli ufficiali e i sottufficiali attaccati portano, rincasando, il germe alle loro famiglie. Intanto sulle altre due navi, Borda e Austerlitz, ancorate vicino alla Bretagna, nessun caso d'influenza, e in città nemmeno. Pare che questo fatto dimostri chiaramente la trasmissione diretta del germe dell'influenza, operata così dalla merce come dall'uomo.

Il due dicembre 1889 un legno, il S. Germano, parte da St. Nazaire per Veracruz nelle migliori condizioni sanitarie. Il cinque dicembre dà fondo nel porto di Santander, e prende un passeggero di prima classe, proveniente da Madrid dove già dominava l'epidemia. Il giorno dopo del suo arrivo a bordo, il nuovo ospite fu assalito dall'influenza, e, in meno d'una settimana, la malattia si diffuse largamente sulla nave, colpendo più d'un terzo delle persone che vi dimoravano.

Un po' esagerata è forse l'idea, del resto largamente diffusa, che il contagio avvenga per mezzo dei visibili e anche degli invisibili spruzzi lanciati dagli infermi nell'ambiente: con gli starnuti e con la tosse, o col semplice movimento delle labbra che essi fanno nel conversare, e fin con l'atto della normale espirazione. Questo minuto elenco è del NETTER. Non sembra spassionato. Rispecchia poi troppo l'erronea e vieta identificazione dell'influenza col catarro delle vie respiratorie. Domando:

Perchè le pandemie si formano, e si sviluppano, e invadono, sempre con lo stesso impeto e la stessa fortuna, anche quando le manifestazioni catarrali e le tossi e gli starnuti scarseggiano come avvenne nel 1889 e in altre precedenti occasioni?

Bisognerebbe in questi casi indicare quali sono i meccanismi suppletivi che prendono il posto degli assenti spruzzi, il che non è facile; tanto vero, che non è stato tentato, e piuttosto s'insiste, sottilizzando ancora, sull'importuna della tosse. Così, nel recentissimo *Trattato italiano di Medicina interna* è detto — non consenziente, credo, il PRETI — che *alcuni arrivano fino ad ammettere la possibilità di contagio a chi cammina, vicino o di dietro, ad un influenzato che tossisca.*

Non sarebbe più aderente alla realtà, oggi specialmente che per l'influenza siamo giunti al virus filtrabile, riconoscere a questa malattia, almeno nei casi più intricati, una modalità di propagazione contagiosa simile a quella della scarlattina? L'influenza avrebbe in suo favore anche la eccezionale recettività che per essa hanno tutti

gli uomini. Questa larga e grande recettività è infatti generalmente ammessa. Tranne i rappresentanti delle età estreme, i bambini di meno d'un anno, cioè, e i decrepiti, non c'è quasi persona che non sia disposta ad ammalare d'influenza. Il sesso, il ceto, la costituzione organica, le abitudini non hanno una chiara azione determinante, favorevole o contraria. La più facile incolumità dei *forti* è un pregiudizio. La forza che in queste contingenze vale non è quella dei muscoli, bensì quella, occulta e difficile a scoprire, delle difese organiche, la quale spesso è cospicua nelle persone gracili, apparentemente deboli. Generalmente parlando si potrebbe affermare che ammalano più di frequente coloro i quali si espongono all'aria libera poco coperti, specialmente sedendo dove l'aria è mossa. Anche un dispiacere grave e inaspettato, gli abusi sessuali, le indigestioni, le veglie, la dimora in locali affollati possono esercitare azioni predisponenti d'efficacia non dubbia.

Intorno poi alla coesistenza in un medesimo soggetto del virus influenzale con quello d'altra malattia infettiva, io ebbi l'opportunità di fare qualche osservazione istruttiva, nella pandemia del 1889-90. Ed eccone in succinto i fatti.

La vicina Scilla era stata nei primi mesi del 1889 invasa dalla scarlattina. Nel successivo novembre questa fu importata a Bagnara, e il 17 di quel mese aveva fatto, nel primo bambino che la contrasse, la sua prima vittima. A questo caso ne succedettero due altri, nella stessa famiglia, seguiti parimenti da morte, e poi, per tutto il mese di dicembre e buona parte del gennaio 1890, non s'ebbero che pochi altri casi con quasi nessuna perdita. Pareva che la scarlattina avesse stabilmente assunto una fisionomia lieve. E infatti, paragonando il numero di bambini di non più di sette anni, deceduti in questo mese, con quelli della stessa età morti l'anno antecedente, c'era una differenza in meno di undici decessi.

Ma intanto si andava sviluppando in Bagnara l'influenza. In un caso analogo verificatosi nel 1803, la scarlattina si rimpiaffò cedendo il posto alla nuova arrivata. Questa volta invece non solo tenne il posto, ma dopo qualche mese moltiplicò i suoi casi e fece molte vittime, assumendo non di rado forme gravissime e insolite, con localizzazioni flemmonose al collo e cangrenose alla gola, che,

propagate attraverso i canali naso-lacrimali agli occhi, fecero perdere a un bambino il globo oculare destro.

La prova è riassunta nel seguente specchio:

M E S I	Morti nel 1889	Morti nel 1890
Gennaio	20	9
Febbraio	10	19
Marzo	12	15
Aprile	6	25
Maggio	12	21
Giugno	7	26
Luglio	15	19
Agosto	11	13
Settembre (1)	8	6
Ottobre	8	
Novembre	18	
Dicembre	18	

Durante l'epidemia di scarlattina, i bambini morti per altra malattia furono così pochi da non meritare un ricordo.

Questo ferale privilegio dell'influenza d'aggravare le malattie con le quali può incontrarsi in un soggetto ebbe, durante la pandemia del 1889-90, riscontro in altri evidenti esempi, come sarà dimostrato in appresso, nel IV capitolo.

È dal 1803 che si conosce potersi l'influenza estendere anche agli animali; soprattutto ai cavalli, ai gatti, ai cani, ai polli. Se ne ebbero conferme incontestabili in altre successive epidemie.

Nel 1827, HERTWIG descrisse sotto il nome di *Febbre calar-*

(1) Da questo mese in poi non si ebbero più casi di scarlattina.

rale nervosa una vasta epizoozia sviluppatasi tra i cavalli nella maggior parte d'Europa, e poi altri esempi consimili s'ebbero nell'epidemie del 1831 e del 1837.

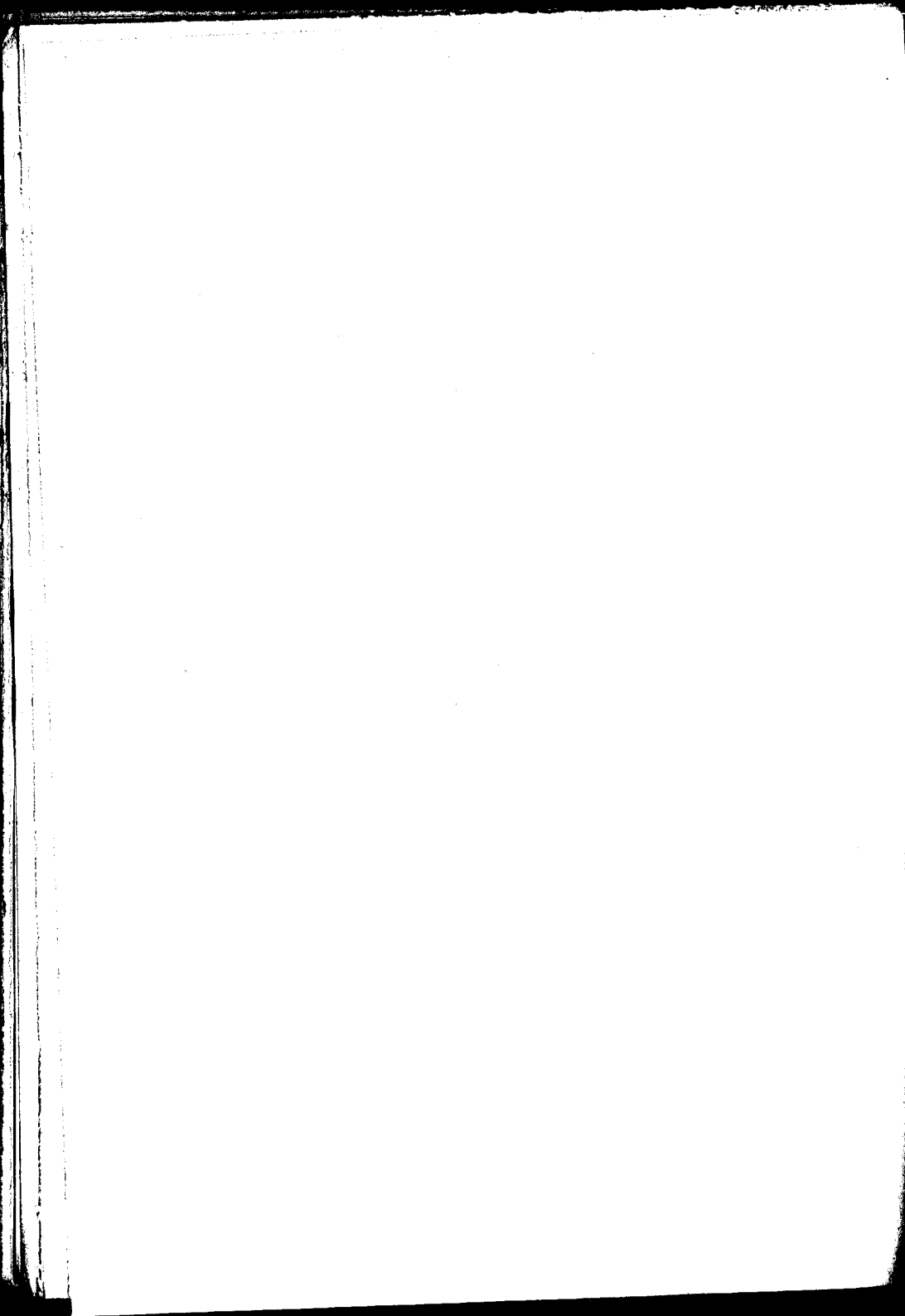
Nel 1872 il WOODBURY narrò anche lui d'un'epidemia influenzale di cavalli, che nella sola New-York ne mise fuori esercizio sedicimila.

Anche la pandemia del 1889 cominciò a Londra appunto dai cavalli, e con tale gagliardia, che una sola impresa di trasporti, come attesta il COLOMBO, ne ebbe contemporaneamente colpiti più di cento.

Non mancarono nemmeno a me, da quell'anno in poi, esempi domestici del passaggio dell'infezione influenzale alle bestie, specialmente ai polli, ai gatti ed ai cani.

Comparsa l'epidemia, non si può determinare con precisione, e nemmeno approssimativamente, sulla guida dei precedenti storici, o in altro modo, il tempo della sua durata nelle condizioni di grave episodio occasionale intercorrente. Parrebbe che non solesse protrarsi più d'un mese; ma nel 1589 e nel 1831, a Parigi, durò quasi un anno, e nel 1889 anche di più.

Sconosciuta è anche la legge dei suoi ritorni in forma epidemica o pandemica. I tentativi fatti per determinarla non sono riusciti. Si dice che la preparazione a nuovi assalti non richieda meno di dieci anni.



CAPITOLO II.

EZIOLOGIA

Sommario. — Necessità di distinguere nella sindrome attribuita all'influenza la parte dovuta all'azione del germe specifico da quella dovuta ad occasionali associazioni microbiche. Pretendenti alla funzione di germe patogeno specifico: bacillo del Pfeiffer, pneumococchi, streptococchi, stafilococchi, virus filtrabili. Causa dei ricorsi pandemici dell'agente specifico.

Il concetto oggidì dominante della necessità di scindere la sindrome fenomenica complessa attribuita all'influenza in una forma schietta fondamentale e in forme non egualmente schiette che a quella succedono o s'aggiungono aggravandola o sopraffecendola, fu da me quarantasei anni addietro chiaramente espresso e lumeggiato nella prima edizione di questo libro. Gli interi capitoli secondo, terzo e quarto che, salvo qualche modificazione di stile e parecchi generosi tagli di cose invecchiate o superflue, sono nelle pagine seguenti parola per parola trascritti, non martellano e non ribadiscono che quel concetto. Medico pratico alle prese con molti ammalati, io non potevo ricevere impulsi e appoggi a nuove idee che dalla Clinica; ma questa largamente corrispose alle mie aspettative. Non guasta — spero — se aggiungo che la concordanza fra le conclusioni alle quali allora pervenni e i risultati delle più recenti indagini scientifiche eseguite dai competenti è una prova non illusoria della buona condotta delle mie osservazioni e della giustezza dei miei giudizi. Oggi patologi e clinici non si fermano più come all'unica legittima e significativa rappresentante dell'influenza a quella malaugurata sindrome catarrale che tanti errori diagnostici fece commettere ai medici, e non, soltanto, ai meno illuminati e valenti. Oggi, della forma catarrale e di tutte le altre forme unite a processi infiammatori degli

organi del respiro o del circolo, degli organi addominali o dell'encefalo, gli scienziati han fatto un unico e solo fascio, il fascio delle malattie complicanti, come io avevo già fatto in quel mio vecchio libro, escludendole dal regime causale diretto del germe specifico dell'influenza, e attribuendole all'azione patogena di germi infettivi d'altra natura.

All'agente specifico dell'influenza gli scienziati assegnano, come suo particolare dominio, esclusivo e legittimo, le forme cliniche semplici e genuine, che il più delle volte sono benigne e di breve decorso, ma che possono anche, specialmente quando si dissociano, assumere una gravità eccezionale con esiti funesti.

La batteriologia dell'influenza nacque nel 1892 con le ricerche del PFEIFFER. Questi ottenne allora da colture innestate con muco nasale o bronchiale di persone infette un piccolo batterio lungo 0,2-0,3 μ , immobile, colorabile ma non senza qualche difficoltà coi liquidi dello ZIEHL e del LÖFFLER, gramnegativo e asporigeno, al quale attribuì, quantunque la riproduzione sperimentale della malattia non gli fosse riuscita e la presenza di quel germe negli ammalati d'influenza non fosse costante, il valore di agente specifico di questa malattia.

Non mancarono consensi e opposizioni. Il prof. Gosio, in Italia, è fra i consenzienti. Fra i consenzienti è tuttora il professor ORTNER. Ma dissentono il ROMBERG, il GAMNA, il PRETI e i patologi della scuola del LUSTIG con moltissimi altri.

Così il bacillo del PFEIFFER può tenersi per detronizzato. Eguale o peggior sorte è toccata ai pneumococchi, agli streptococchi d'ogni varietà, gli emolitici inclusi, e agli stafilococchi, i quali insieme col bacillo del PFEIFFER vanno a costituire appunto quelle associazioni microbiche alla cui azione causale patogena, separata o congiunta, son dovute le diverse malattie complicanti.

Per l'assegnazione dell'ufficio di agente specifico non ancora coperto, i batteriologi sono presentemente occupati a far ricerche tra i virus filtrabili. Ma fino al momento le loro conclusioni sono accolte piuttosto con diffidenza. Il PRETI, nel riassunto che dà di alcuni tentativi nel *Trattato italiano di Medicina interna*, riferisce che l'OLITSKY e il GATES affermano d'esser riusciti a produrre nel coniglio, introducendogli nella trachea il liquido col quale avevan lavato il rino-faringe d'individui colpiti quello stesso giorno dal-

l'influenza, febbre, congiuntivite, tracheo-bronchite e leucopenia, il complesso sintomatico, cioè, ch'essi credono qualificativo dell'infezione influenzale, e che il liquido messo in uso non solo non perde il suo potere morbigeno anche se filtrato attraverso le candele di Chamberland, ma, coltivato su terreno nutritivo Tarozzi-Noguchi, permette d'isolare dalle sue colture un piccolissimo germe, filtrabile anch'esso, gramnegativo, dotato di caratteristiche tintoriali proprie, il quale, inoculato per via tracheale nel coniglio, accende nuovamente il complesso di fenomeni morbosi già menzionato.

Ma il primo a credere scarsamente nella capacità specifica di questo germe nei rapporti dell'infezione influenzale è, se non m'inganno, lo stesso prof. PRETI che riporta la notizia di tale scoperta. E sembra giusto. Nella mancanza d'informazioni certe e controllate intorno alla recettività del coniglio per l'influenza e intorno ai particolari che cotesta recettività potrebbe assumere nel manifestarsi, a me pare alquanto arbitrario assegnare la qualifica d'influenzali a una tracheo-bronchite e ad una congiuntivite che, nel regno umano, sono già state private del diritto di rappresentare l'intimo lavorio patogeno del germe specifico.

Siamo dunque ancora di fronte ad incognite. I patologi, nondimeno, danno delle notizie presuntive intorno al modo di operare di questo sconosciuto agente morbigeno.

Ecco quanto se ne dice nel *Trattato* del LUSTIG:

La proprietà patogenetica più importante del virus influenzale è quella di preparare il terreno alle infezioni secondarie, le quali in genere sono più gravi, e rendono così svariato e complesso il quadro dell'epidemia. Il virus influenzale, con tutta probabilità, indebolisce od annulla i poteri immunitari dell'organismo, vi induce cioè uno stato di anergia. Le attitudini fagocitarie si abbassano, e diminuiscono gli anticorpi protettivi, obsonici, batteriotropici, bacteriolitici. Cosicchè se microrganismi, ospiti comuni delle vie respiratorie, entrano nel sangue e nei tessuti non trovano più quei mezzi di difesa che in condizioni normali ne impedirebbero lo sviluppo, e si moltiplicano rapidamente producendo i loro effetti morbosi. Nè si può escludere l'ipotesi che il virus influenzale serva anche ad intensificare la virulenza dei batteri con cui venga in contatto, o, come vogliono alcuni, viva con essi in una simbiosi più o meno stretta e necessaria.

Questo, *mutatis mutandis*, per buona fortuna collima nel fondamentale indirizzo delle idee con quanto ebbi l'onore d'affermare

discorrendo, da medico pratico, della patogenesi e della sintomatologia dell'influenza nel mio opuscolo del 1891, e il riscontro è facile.

Quanto alle cause che presiedono alla preparazione e allo scoppio d'una pandemia d'influenza nulla ancora si sa di positivo e di credibile. Ciò che la batteriologia insegna rispetto alle condizioni che più favoriscono lo sviluppo dei germi in generale e il rincrudimento della loro virulenza, non basta a dar ragione del diluvio di microbi che si rovescia quasi improvvisamente sull'umanità o da un solo punto del globo o da più d'uno nello stesso tempo. Senz'alcuna intenzione di far rinverdire i marci allori di quelle che il DI VESTEA chiama, nel suo elegante libro d'Igiene, *cervellotiche concezioni più o meno antiche*, io inclino a credere che in queste rapide e vaste manifestazioni pandemiche gli astri c'entrino per qualche cosa. Lasciamo a DON FERRANTE *le congiunzioni e le dodici case del cielo*, ma a me pare significativo che uno scienziato del valore del prof. OTTOLENGHI, scrivendo un capitolo sui *fattori d'ambiente e cosmici coadiuvanti l'infezione*, abbia sentito oggi il bisogno di ripensare proprio agli astri, riferendosi modernamente alle radiazioni ultrapenetranti, alle macchie solari e simili. Dalle stelle non piovono certamente batteri, ma dall'atmosfera, in cui ferve una formidabile attività di energie chimiche e fisiche, note e ignote, non potrebbe in determinate epoche sprigionarsi una scintilla apportatrice di stimoli potenti alla vita specifica dei piccoli esseri che la popolano?...

Se l'uomo non è — come pretende il GOETHE e forse è vero — che una cavalletta la quale scambia i suoi brevi salti coi voli e canta sempre una stessa canzone, l'avvenire potrebbe riserbarsi delle sorprese chiarificatrici, anche in questo campo, che pur non essendo ancora tutto fisica e chimica, di sicuro non sarà più mai nè astrologia, nè alchimia.

CAPITOLO III.

PATOGENESI E NOTE ANATOMICHE

Sommario. — Le due varietà di sepsi che il virus influenzale accende, la batteriémica e la tossiémica, sono espresse nelle forme cliniche genuine e nelle dissociate. Necessità di distinguere e separare i sintomi essenziali dagli accidentali, per evitare attribuzioni al virus specifico di sindromi improprie o aliene. Azione elettiva del virus sul sistema nervoso vasomotore e sul vago. Altri infettivi. Note anatomiche, intrinseche ed estrinseche. Conclusioni.

Ripensando alle forme cliniche che l'influenza assume in principio e nel corso delle sue invasioni pandemiche, non sembra possibile ammettere che l'azione patogena del suo germe specifico si svolga sempre nello stesso modo tanto nelle forme schiette, genuine, che nelle deformate o dissociate. Nelle prime, l'arrivo nell'organismo, senza precedente incubazione, d'una sindrome fenomenica complessa, con l'impronta spiccata di malattia generale, in pieno sviluppo fin dall'inizio, non priva di gravità ma inclinata a presto risolversi, fa pensare irresistibilmente all'impianto e alla moltiplicazione del germe specifico nel sangue, cioè a quel tipo di sepsi che la scuola bolognese crede applicabile e il prof. CESA BIANCHI *crede non applicabile alla patologia umana*.

In verità al medico pratico che vive e giudica sotto la luce del solo fatto clinico, l'altro tipo di sepsi che dovendo procedere dalla costituzione del focolaio microbico in cui si producono e da cui partono per il loro destino le tossine, deve necessariamente fare i suoi conti col tempo, quest'altro tipo, di sua natura relativamente lento, non può sembrare più adatto a sostenere il peso di quelle particolari forme cliniche che chiamiamo genuine, nelle quali la gravità è iniziale, interrompe bruscamente la buona salute del soggetto e senza ritardo s'avvia a esaurirsi.

Escluse queste forme, il tipo tossiemico di sepsi ha però dinanzi a sè il più vasto campo delle forme dissociate, le quali, se sono rare in principio delle pandemie e nelle persone munite di difese organiche valide e armoniche, sono frequentissime nell'ulteriore corso delle pandemie e nei soggetti indifesi, o mal difesi.

Volendo ora dire una parola intorno alla causa da cui dipende nelle forme genuine la pronta remissione della gravità della sindrome, tolta la parte sicuramente dovuta all'assenza, nel congegno della sepsi, del focolaio tossiemico, il rimanente è con molta probabilità rappresentato dall'inadattabilità del germe specifico invasore a proliferare nel sangue, ovvero, dal contrasto crescente nel sangue medesimo d'una rigogliosa produzione di anticorpi.

Circa poi alla mutabilità delle forme cliniche influenzali certamente grandissima, bisogna convenire ch'essa non è tutta dovuta al diverso intimo lavoro del germe specifico. Dipende anche dall'uso antico, non ancora da noi abbandonato malgrado gli studi più profondi e la nostra più fine revisione critica, di comprendere tra le manifestazioni intrinseche dell'influenza sindromi intere di altre malattie che accidentalmente le si uniscono.

Pure il mezzo di toglier via la confusione e di dare al medico l'agio di bene indirizzarsi anche quando manca l'indice del carattere epidemico, secondo me c'è, ed è speditivo. Bisogna sfrondare: levar d'intorno all'influenza il folto frascame di sintomi che essenzialmente non le appartengono. E fino a quando questo lavoro di sceveramento non sarà compiuto, fino a quando le possibili e naturali fluttuazioni sintomatiche non saranno ridotte dentro i limiti dei sintomi intrinseci, essenziali dell'influenza, durerà sempre questa strana anomalia d'un morbo che, pur essendo antico, certamente infettivo e dovendo perciò avere una fisionomia sua propria, non sia ancora riuscito ad averla. Ma codesto lavoro non è facile; non fosse altro, perchè non è ancora agevolato dalla conoscenza dei caratteri biologici del germe patogeno; e non è nemmeno troppo seducente, perchè menomato nel valore delle conclusioni dalla sua natura di lavoro congetturale.

In teoria sintomi essenziali sarebbero quelli che possono stare insieme in un concetto patogeno unico e razionale; che (pochi, o molti non importa) si presentano sempre, e nel medesimo ordine, nel quadro della malattia; che precedono spesso ogni altra manifestazione morbosa, e che non dipendono da cause notoriamente diverse da quella della malattia alla quale si vorrebbero as-

segnare. Sintomi accidentali per contrario sarebbero quelli che non hanno i caratteri sopraccennati. Per arrivare a sapere poi, in concreto, quali siano gli uni, quali gli altri, bisogna accoppiare con lo studio degli infermi quello delle epidemie.

Ora noi vediamo che un ammalato spesso differisce, nella stessa epidemia, dall'altro, e talvolta non di poco. Così, mentre in uno si parla di soli perturbamenti nervosi, si parla nell'altro, insieme con questi, di catarri; e in un terzo di flemmasie crupali, o difteriche; e poi in un altro di polmoniti, di pleuriti, di flebiti, di otiti, di processi suppurativi e cancrenosi, e simili. Come affermare dentro questo garbuglio di fatti morbosi tanto disparati il bandolo d'un unico concetto patogenico che possa tutti quanti comprenderli e spiegarli? E le difficoltà aumentano, quando si pensi che, se forti sono le differenze nelle forme cliniche d'una stessa epidemia, non meno forti son quelle che si ravvisano nelle forme cliniche di epidemie verificatesi in tempi tra loro lontani: l'epidemie, per esempio, del 1658 e del 1675, notevoli per le infiammazioni polmonari e pleurali; quelle del 1867 e del 1875, in cui gli organi toracici rimasero per lo più immuni; quella del 1750, in cui spesseggiarono le petecchie e le angine ulcerose; e le altre del 1837, 1849, e 1889, nelle quali di veramente importanti non vi furono che i perturbamenti nervosi. Di maniera che non deve recar meraviglia se per l'influenza si prova nell'occasione d'ogni nuova pandemia il bisogno d'interrogarla e di guardarle addosso per un pezzo prima di poter dire con certezza se è proprio quella che si conosceva o non, piuttosto, qualche altra malattia somigliante. E la prova, se non ce ne fossero altre, è in questo: che nel 1891, si discusse lungamente dai francesi per venire a capo di sapere se non fosse il caso di battezzare la pandemia, allora dominante, col nome di *Dengue*. Vuol dire che anche quella volta nell'insieme dei caratteri clinici vi fu qualche cosa d'insolito. Ma se le discussioni sono possibili, se a dispetto della differenza enorme che delle volte passa tra un infermo e l'altro d'una stessa epidemia, o tra epidemie sviluppatesi in tempi diversi, a una conclusione accettabile pur si viene sempre e i medici riescono finalmente a mettersi d'accordo sulla diagnosi e concludono che l'infezione è intrinsecamente la stessa malgrado le apparenze ingannatrici, bisogna convenire che non tutto nelle sindromi sia fuggibile e che il punto fermo non manchi.

Questo punto fermo è rappresentato, a quanto pare, dai per-

turbamenti nervosi. Tutto il rimanente è la parte veramente incostante di codeste sindromi, quella che col suo mancare o non mancare imprime alle forme cliniche la nota della variabilità, e che va a costituire le malattie complicanti, le quali, essendo difformi e discordanti non solo rispetto agli altri sintomi dell'influenza ma anche tra loro, non possono essere considerate, anche per questa ragione, come effetti d'una sola identica causa. Quale ravvicinamento, infatti, tra una nevralgia, una convulsione, una paralisi, da una parte, e una flogosi qualunque dall'altra? Quale tra la còriza, la pleurite, la polmonite, la miocardite, la pericardite, un catarro intestinale, una congiuntivite, un'adenite, un flemmone e la sindrome d'una forma genuina d'influenza? Potrebbe un solo virus esser la causa efficiente di processi morbosì così disparati per forma, per sede e per natura?

Nel mio libro del 1891 io lo negai recisamente, e ne addussi anche le ragioni, che sono, per lo spirito e la lettera, le stesse che si leggono in questo capitolo e qua e là in altre pagine della presente edizione. Ma allora c'era nella mente dei medici molta confusione intorno a questo punto. Una gran parte seguiva, senza darsene ragione e per inerzia, la corrente tradizionale che faceva una cosa sola dell'influenza e delle affezioni catarrali delle vie del respiro. Erano assai pochi quelli che dissentivano. Oggi, finalmente, le malattie che sogliono accoppiarsi all'influenza, sono state tutte riconosciute come infezioni secondarie e comprese nel gruppo delle malattie complicanti, i cui germi possono formare col virus influenzale simbiosi, di singolare efficienza, se vogliamo, ma conservano sempre il tipo e l'indipendenza della loro azione patogena.

Ciò posto, a nessuna delle malattie complicanti, le catarrali incluse, deve essere attribuito il titolo e la funzione di elementi essenziali della sindrome dell'influenza, alla quale potranno accoppiarsi anche con molta frequenza, senza per questo meritare quella funzione e quel titolo, visto e considerato che il connubio esige come condizione indispensabile che nell'organismo in cui il germe influenzale si è già insediato e opera, possano arrivare anche i loro propri agenti patogeni, il che certamente e per quel che spetta all'influenza è una mera accidentalità. Così questo anno può darsi il caso che abbondino i germi ai quali s'imputa la produzione della polmonite, e si avrà una serie di complicanze polmonari; quest'altro anno quelli della bronchite, e si avranno tante complicanze bronchiali, e così via. L'influenza, in altri ter-

mini, non è causa efficiente delle complicate che in essa avvengono. Ma, non pertanto, al loro sviluppo non rimane del tutto estranea: le complicate trovano nelle modificazioni intime, umorali o cellulari, ch'essa produce nei vari organi, il miglior terreno per attecchire e svilupparsi, l'occasione più favorevole; e questo obbliga a riconoscere, all'influenza il valore, dal lato della clinica interessante, di una importantissima causa occasionale, o predisponente.

Tolti via per tal modo i sintomi che appartengono alle malattie complicanti, non rimane della complessa sindrome sintomatica dell'influenza che il solo gruppo dei fenomeni nervosi.

Già l'importanza nel nosografismo influenzale di quest'ordine di sintomi non è stata mai disconosciuta nemmeno da quegli stessi osservatori che non credevano all'indole intrinsecamente nervosa della malattia. Tutti i clinici che hanno studiato senza preconcetti e con la dovuta attenzione la malattia, sono stati concordi sempre nel sostenere che se un carattere proprio, distintivo, ha l'influenza di fronte alle altre malattie con le quali può essere confusa, questo carattere le viene dai sintomi nervosi; che, se vi ha categoria di sintomi la quale, quando più quando meno spiccatamente, sempre si presenti nel quadro clinico, questa è la categoria dei sintomi nervosi. E non son pochi coloro i quali dicono che l'influenza può essere anzi rappresentata in certi casi da questi soli perturbamenti, senza bisogno d'altro. «*Nicht ganz selten Kommen übriges Fälle vor, wobei die Katarrahatischen Symptome seher unbedeutend sind oder fehlen und lediglich nervöse Symptome vorkommen*», dice lo ZUELZER.

E un altro carattere hanno i perturbamenti nervosi, sul quale non mi stanco di richiamare l'attenzione del lettore: la completa indipendenza dalla febbre, sino a scegliere per mostrarsi in piena luce i casi in cui di febbre non ve n'è punto, o ve ne ha poca; e questo non si verifica se non nelle malattie in cui essi fanno la parte di sintomi intrinseci, nelle malattie che sono nella scienza conosciute sotto il loro nome. Che se li consideri dal punto di vista della varietà e del numero, la loro importanza è così grande nell'influenza, come quasi in nessuna delle neurosi autentiche.

Oltre a ciò, i disturbi nervosi sono le prime manifestazioni sintomatiche che il virus dell'influenza produce, in tutte le forme cliniche, anche in quelle che si dicono e paiono nettamente catar-

rali. Il DECHAMBRE, per esempio, dice esplicitamente ch'egli nel 1843 vide alla Salpêtrière, tanto sugli ammalati, quanto sui cadaveri la forma nervosa andare sempre innanzi alla toracica ed all'addominale. E nei casi in cui codesta precedenza manca, non potrebbe anche trattarsi di lievi tossiemie con espressione fenomenica occulta, o manifesta e silenziosa, come nella donna col papilloma della quale si parla nel cap. VI di questo libro? Anche sensibile, il malessere potrebbe parere puramente accidentale. Sicchè, quando la còriza, o l'angina, o la bronchite, o la polmonite scoppia, può benissimo credersi che sia sorta in quel momento, e che l'influenza non abbia avuto in quel caso e in anticipo nessun rappresentante d'altra natura.

E si noti che queste forme cliniche rudimentali, rappresentate da una semplice ed in apparenza lieve alterazione della salute, non sono per niente rare durante un'epidemia d'influenza e sono tutt'altro che di breve durata. Cercate con diligenza, si trovano sempre, anche quando la malattia complicante è già bella e sviluppata, e le nasconde.

In proposito, per esempio, della còriza, il BROCHIN scrive nel *Dizionario enciclopédico* ch'essa « *ne suit pas la marche habituelle aux phlegmasies communes des muqueuses; elle ne présente pas ces degrés successifs qui commencent par la sécheresse de la muqueuse olfactive pour se terminer par l'exsèrion catarrhale en passant par la flux séreux. Ici le flux séreux s'établit le plus souvent d'emblée et avec une extrême abondance. Il n'est pas rare, en outre, indépendamment de la fluxion catarrhale, de voir le membrane muqueuse nasale être le siège d'une congestion sanguine très-intense; c'est probablement même à l'intensité de cet congestion qu'est due l'intensité du flux séreux; c'est à cet même congestion qu'il faut attribuer aussi les épistaxis observées chez le jeunes gens et chez les enfants.* »

Ce que nous venons de dire du coryza et de ces caractères particuliers nous pourrions le dire de la laryngite, de la trachéo-bronchite, ainsi que de la peneumonie grippale ».

La citazione è lunga, ma giova averla riportata, perchè appartiene a un autore che non concedeva all'influenza la natura e il carattere di malattia intrinsecamente nervosa, e si mostrava propenso a farla dipendere addirittura dalle vicissitudini atmosferiche. Si può, quindi, con buon fondamento supporre che la còriza, prima d'essere tale, è, per un certo tempo, semplice *congestion na-*

sale; la bronchite, *congestione bronchiale*; la polmonite, *congestione polmonare* e così di seguito. E congestione da neuro-paralisi aggiungo: perchè ciò si può arguire dalla natura degli altri sintomi concomitanti e dai casi in cui esse rimangono per tutto il corso della malattia sole e semplici congestioni, proclivi a manifestarsi con qualche fatto emorragico e mai prolungate e sostituite da un processo flogistico.

Lo scheletro, dunque, dell'influenza, la parte essenziale della sua sindrome fenomenica è fatta dai turbamenti nervosi e dai loro effetti immediati, poichè essi non mancano mai, si mostrano pei primi, non hanno con la febbre alcun rapporto necessario, e sono i soli pei quali è consentito d'aver di questo morbo un concetto patogenico stabile, unico; il resto è polpa, che può esserci e può non esserci.

Questo concetto che assegna all'azione del germe dell'influenza la sfera dell'innervazione e che io ho cercato di lumeggiare e di precisare il meglio che ho potuto, da gran tempo è stato vagheggiato ora da un clinico ora da un altro. Alla neurosi del vago era già andato col pensiero il GRAVES da molto tempo; e alla diretta significativa partecipazione del sistema nervoso in genere pensarono il BLAKSTON, il LANDAU, il FABRE, e recentemente il VILLARD e l'HUCHARD.

Ma qual è la sezione del sistema nervoso su cui il virus dell'influenza specialmente opera?

Poichè gli elementi per questo giudizio possono anche desumersi dalle osservazioni cliniche, io credo di non eccedere se mi permetto d'esprimere un'opinione personale in questa faccenda. A me pare, dunque, che il virus non prediliga in modo esclusivo nessuna delle varie sezioni del sistema nervoso, ma che, senza dubbio, il sistema vasomotore e il vago sono, quasi elettivamente, con maggior frequenza e più gravemente, offesi, specie nei loro centri. Testimoni di ciò le congestioni e le emorragie che facilmente s'incontrano nelle forme cliniche di questa malattia senz'alcun rapporto con la gravità e il tipo dei casi, e le più minacciose e letali tra le sue sindromi, nelle quali è sempre dimostrabile, se non proprio evidente, l'intossicazione di quelle due parti del sistema nervoso. Questo concetto patogenico, per quel che spetta al sistema vasomotore, è stato per la prima volta formulato in termini espliciti da me nel 1890. Si era già nel 1884, affacciato alla mente del BROCHIN, come abbiamo visto; ma il perturbamento vasomotore era

per lui un fenomeno accidentale quando anche qualificativo nel suo atteggiamento, non era, come per me, il fatto essenziale costante su cui tutta la sindrome sorge e si sostiene. Solo il VILLARD, se io non m'inganno, affermò nel 1890 che l'influenza è malattia congestiva *au supreme degré*. E ciò parrà tanto più esatto a chi consideri che, oltre ai disturbi palesi del circolo, i quali non isfuggono all'osservatore, possono anch'essercene altri d'egual natura e forse più gravi che rimangono nascosti, e che si manifestano sotto altre apparenze sintomatiche. È assai probabile, seppure non sempre dimostrato, che in fondo ad ogni sintomo dell'influenza si trovi un disturbo vasomotore. Le nevralgie, le paralisi parziali, gli spasmi potrebbero tenere a iperemie del tronco o dei nuclei dei rispettivi nervi; l'insonnia, la sonnolenza, il delirio, a sconcerti del circolo encefalico molto probabilmente tossici.

Indotto dalle forme cliniche più gravi, in cui predominano i disturbi cardiaci e polmonari, il VILLARD ammette che sede di elezione dell'influenza sia il bulbo. Ma, per buona fortuna, i casi gravi di questa malattia, i casi in cui l'impegno del bulbo può essere dimostrato, sono molto rari. Sono invece assai più frequenti i casi in cui sono in giuoco centri vasomotori e nuclei nervosi extrabulbari.

Sia qualsivoglia la sezione del sistema nervoso prediletta, quella che pare a me o quella che pare ad altri, appartenga essa alle parti centrali o alle periferiche, è ancora incerto se il germe la colpisca trasportandovisi, o mandandovi i prodotti ch'esso elabora altrove nell'organismo, cioè le sue tossine. Oggi, forse per inadeguata considerazione delle forme cliniche genuine e della particolare sepsi batteriemica che in esse prevale, si tende verso quest'ultima dottrina.

Atrio infettivo dell'influenza come di tante altre malattie infettive è la milza. Non è però costante. Nel primo irrompere delle pandemie non si riscontra quasi mai sensibilmente ingrossata. Nei periodi successivi è invece in alcuni casi tumefatta. Le variazioni potrebbero dipendere dalla non sempre eguale suscettibilità dell'organo a distendersi e gonfiarsi, dalla sua diversa grandezza per la mancata o avvenuta precedenza nell'organo di non conosciuti processi morbosi. Comunque, resta fermo che la milza, anche in questa, come nelle altre malattie da infezione, partecipa al

processo morboso, e che probabilmente è l'atrio in cui il materiale infettivo delle forme cliniche dissociate e non localizzate viene a essere elaborato, giacchè anche quando nell'infermo non s'era trovata tumefatta, s'è trovata poi nel cadavere rammollita e iperemica.

Seguo per l'esposizione delle note anatomiche dell'influenza l'eccellente metodo che il CAPOZZI ha tracciato per le malattie infettive in generale; ma più per fare omaggio al sapiente maestro che per il bisogno d'una guida che mi tenesse ordinato e m'impedisce di sconfinare: i fatti da esporre sono tanto pochi ancor oggi.

1. *Lesioni anatomiche essenziali.* — È una sola la lesione essenziale: l'iperemia. Essa è ora diffusa egualmente sopra una superficie, ora a chiazze; talvolta sola, talvolta accompagnata da focolai emorragici. Si è trovata, secondo i casi, nelle meningi cerebrali, nella sostanza bianca e grigia del cervello, nel midollo spinale (D'ABUNDO e MAFFUCCI); e poi nella mucosa del naso, della bocca, della faringe, di tutto l'albero respiratorio, nel parenchima polmonare, nella milza.

2. *Lesioni secondarie.* — Queste invece possono essere numerosissime, come le malattie complicanti di cui sono gli esponenti anatomici.

Il MAFFUCCI, nelle autopsie che ha fatte dei cadaveri inviati dal D'ABUNDO, ha una volta trovato dei focolai di leptomeningite.

Ma i reperti, a preferenza d'ogni altra, hanno sempre registrato la presenza di affezioni infiammatorie delle vie del respiro, a cominciare dal naso. Ed è superfluo trascrivere qui per filo e per segno tutto quanto in proposito si è detto, poichè di speciale, di particolarmente spettante all'influenza non vi è nulla, tranne la condizione emorragica degli essudati e la prevalenza nelle polmonite delle note della cangrena, tolto il fetore.

3. *Lesioni dipendenti dalla febbre, o dall'alterazione del ricambio.* — Il sangue è più scuro, secondo MALCORPS, e più fluido. Niente altro di notevole.

Il reperto necroscopico dell'influenza è rimasto, per il passato, monco e assai inferiore alla sua speciale importanza per

varie cagioni. Innanzi tutto è da considerare che di questa malattia raramente si muore e che nei casi sfortunati l'esito letale deve essere attribuito alle complicità le quali traggono a sè tutta quanta l'attenzione dell'anatomista patologo, o ad azioni tossiche localizzate nel bulbo, le quali non lasciano tracce visibili nel cadavere. Poi si ponga mente alla difficoltà delle indagini spettanti alle lesioni del sistema nervoso, anche oggi grande, ma in addietro grandissima, per modo che pochi avrebbero potuto accingersi a praticarle con la certezza di risultati veramente utili. E infine non poco ha nociuto la leggerezza onde si è guardata questa malattia, che ai più parve evanescente come fuoco fatuo, di nessun peso come bolla di sapone, incapace a dare adeguate ed onorevoli ricompense alle faticose ricerche che intorno ad essa bisognava fare.

Pur nondimeno, avendoci l'anatomia patologica dimostrato chiaramente e incontestabilmente che nella fisiopatologia dell'influenza l'elemento congestivo e l'emorragico sono costanti e quasi predominanti, non c'è per ora altro da desiderare, essendo tutto ciò sufficiente al medico pratico per una chiara comprensione della malattia e per la scelta d'un efficace indirizzo curativo. Nè egli, fermandosi alle poche notizie anatomopatologiche contenute nel mio libro del 1891 e in questo integralmente riportate, tema di potersi attirare la taccia di negligente o d'incolto, perchè la scienza da allora ad oggi nulla ha su questo argomento scoperto di sostanzialmente diverso: è anzi pervenuta ad una conferma esplicita e precisa dell'impegno, nel processo morboso influenzale, del sistema vasomotore.

A prova ricordiamo che il prof. PRETI nel *Trattato italiano di medicina interna* si sofferma sul fatto che *i capillari sarebbero in modo particolare assai colpiti*, e che nelle autopsie si trovano *fatti congestivi emorragici e necrotici quasi ovunque*; e il professor ORTNER nell'*Enciclopedia* dei KLEMPERER trae dalle sue ricerche anatomiche la netta conclusione che *il sistema nervoso, specialmente il circolatorio, viene colpito in modo elettivo*.

CAPITOLO IV.

FORME CLINICHE GENUINE REGOLARI E IRREGOLARI

Sommario. — Ragione del loro nome; quando abbondano; se hanno periodo d'incubazione. Forme regolari, loro fisionomia; sintomi che le costituiscono, con particolare riguardo allo arrossimento del viso e alla sensibilità delle cute pel freddo. Altri sintomi, con particolare riguardo a quelli del respiro. Forme irregolari.

Queste forme prendono il nome di *genuine*, perchè il microrganismo che le produce trova in esse la sua espressione legittima e qualificativa.

Sono particolarmente frequenti nell'epidemie da poco scoppiate.

Contrariamente a quanto suole avvenire nelle altre malattie infettive, incluso lo stesso colera, colpiscono le persone quasi d'improvviso, senza farsi precedere da un periodo evidente d'incubazione, o, se non proprio evidente, almeno dimostrabile. Il *Iaccoud* anzi nega addirittura che l'influenza abbia un qualunque periodo d'incubazione.

Ecco ora come il quadro clinico si delinea in queste forme genuine.

Nel meglio della sua salute e mentre attende alle sue abituali occupazioni un individuo avverte dei brividi di freddo, per lo più non forti, e una mortale stanchezza. Fa per muoversi, e non si regge: gli sembra d'aver l'ossa peste e gli arti in paralisi. Cerca il letto, e vi si abbandona, stanco morto. Ha le narici chiuse, gli occhi iniettati e il viso del color rosso paonazzo di chi è invaso da un'alta febbre. A tratti, lo assalgono colpetti di tosse superficiali con o senza emissione di un escreato fluido, mucoso, bianco o roseo, e, benchè non gli manchi una molesta asciuttezza della bocca

e la deglutizione sia alquanto difficile e il respiro talvolta oppresso e la febbre cocente, pure, egli di nulla si lagna tanto quanto del dolore alla fronte, ai bulbi oculari, alle reni, e, soprattutto, della spossatezza.

Questa, infatti, richiamò a sè in ogni tempo l'attenzione dei medici, tenuta da loro in conto d'un sintomo quasi patognomonico. ETIENNE PASQUIER, parlando dell'epidemia del 1403, disse che gli ammalati perdevano *tout pouvoir de son corps*. Il FRANK, quando nel 1803 fu colpito a Parigi da questa malattia, *paventò*, appunto per la grave prostrazione delle forze, *grave malattia*, come egli stesso dice; e il LANDOUZY, riferendosi all'epidemia del 1837, scrisse che gli ammalati, benchè apparentemente non diminuiti nel loro abituale vigore, erano costretti di farsi portare, *étant dans l'impossibilité de se soutenir sur leurs jambes*.

Una così impressionante spossatezza che apre e domina la scena, il subitaneo svigorirsi delle forze di un uomo poco prima sano, se non fosse la particolare accensione del viso e la febbre, farebbero pensare ad un uomo a cui fosse stato propinato un veleno, anzi che ad un infermo. E quest'impressione, per sè stessa giustificabile, trova un prezioso appoggio in un fatto notato da GRAVES nei confronti del polso e da me riscontrato un infinito numero di volte rispetto alla spossatezza, secondo il quale nelle forme genuine dell'influenza le forze, invece d'affievolirsi maggiormente nel progresso del male, si vanno, subito dopo la prima offesa a poco a poco reintegrando, come se le avesse fiaccate non un microorganismo vivo creatore assiduo ed inesauribile di energie deleterie, ma un agente privo della capacità di rinnovare, a misura che si avviano all'esaurimento, i suoi poteri nefasti.

Questo sintomo della spossatezza sta da sè — fatto notevole — nel quadro della malattia, senz'alcuna dipendenza dalla febbre e dal suo grado.

Sintomo anche molto importante dal lato dell'identificazione della malattia è l'arrossimento del volto. Il rilievo fu da me fatto nella pandemia del 1889-90 e inserito nel libro che allora stampai. Lessi poi nella *Clinica Contemporanea* del LEYDEN che il FURBRINGER aveva notato a Berlino in quella pandemia lo stesso fenomeno, e che anche lui l'aveva creduto caratteristico dell'influenza, lamentando che gli altri medici se lo fossero lasciato sfuggire. Egli fissò gli specifici connotati del sintomo raffrontando tra di loro il viso degli influenzati e quello degli scarlattinosi e dei feb-

bricitanti in genere. Ma la specificità del color rosso sparso sul volto degli influenzati non è riposta, a mio avviso, nella particolare distribuzione della tinta, come vorrebbe il FURBRINGER, distribuzione che sarebbe sicuramente discriminatrice rispetto agli scarlattinosi ma non rispetto ai febbricitanti, nè nell'intonazione paonazza della tinta medesima, che sarebbe discriminatrice per questi ma non per quelli, bensì nel fatto, da me per primo e da me solo messo in vista, che il color rosso è presente, con tutto il suo tono di rosso paonazzo, anche in ammalati che *non hanno febbre o ne hanno una che sorpassa di poco la temperatura ascellare degli uomini sani.*

Probabilmente il sintomo è dovuto all'eccitazione diretta del centro vasodilatatore cerebro-corticale.

Traggo dalla pagina 86 del mio vecchio libro la breve storia clinica del caso nel quale il fenomeno fu da me notato.

Nel febbraio dell'anno scorso, Rosaria S... dell'età di 35 anni, fu colta da brividi piuttosto leggeri, dolor di capo e dei lombi, indolenzimento generale. Aveva il viso molto *arrossito*, le congiuntive oculari appena iniettate, le narici piuttosto chiuse. *Pareva, al primo aspetto, affetta da una forte febbre; ma invece, applicato il termometro, non dava che 37°,6.*

In una settimana, col decrescere lento di tutt'i fenomeni, l'inferma si rimise in salute.

Pensai e penso, quindi, che questo dell'accensione paonazza del viso possa aspirare al grado di sintomo patognomonico — parlo sempre dal lato pratico — soltanto quando si mostri congiunto con nessuna febbre, o con febbriccole di scarsa importanza.

Possiamo ora a dire d'un altro dei principali costituenti delle sindromi genuine: la febbre.

In queste forme, la curva termica ha questo andamento: tratto iniziale, di aumento, piuttosto rapido; fastigio, a sommità; tratto finale, senza *perturbatio critica* e decrescente per lisi. La febbre entra con freddo, che può ripetersi ogni giorno, e cade con sudore, alcune volte profuso. Si svolge con temperature piuttosto alte ma non eccessive, e con differenze giornaliere il più spesso larghe. Dura, nei casi più fortunati, quattro giorni, col fastigio nel secondo, e può anche protrarsi per due settimane all'incirca.

Bisogna però avvertire che la piressia non sempre si contiene nelle linee di un tipo determinato e invariabile. Se delle volte

si presenta come continua remittente con una o più esacerbazioni quotidiane, altre volte assume la fisionomia d'una intermittente vera e propria, e non di rado, in uno stesso decorso di morbo, prende or l'uno or l'altro di cotesti due tipi.

Quanto ai brividi di freddo, io feci nella pandemia del 1889-90, e pubblicai allora nel mio libro, un'osservazione che mi parve, e tuttavia mi pare interessante. Non alludo ai brividi che segnano l'entrata della febbre, i quali nell'influenza non hanno nulla di eccezionale, ma ad una molesta e duratura ipersensibilità del derma per il freddo, la quale in questa malattia talvolta s'affaccia dopo il primo brivido, più spesso allorchè la febbre declina, e che può prolungarsi per non breve tempo anche nella convalescenza.

La descrissi così :

E comunissima nell'influenza, ed è stata molto frequente in questa pandemia, specialmente al cessar della febbre forte, l'impressionabilità della cute per il freddo, che non solo spinge l'ammalato a fuggire i luoghi molto aerati, ma, anche a porte chiuse, di notte, quando altri crede che per la camera non aliti il più debole vento, gli fa sentire negl'impercettibili movimenti dell'aria come delle brezzoline moleste che l'obbligano a tirarsi giù sotto le coltri per ripararsi.

Negli anni successivi ebbi di questo fatto numerosi esempi. Siccome, però, la molestia non è di tal grado da spingere l'ammalato a denunciarla, se il medico non la cerca, rimane ignorata.

È sicuramente dovuta ad una maggiore e più squisita eccitabilità degli organi sensoriali periferici congiunti coi punti termici della cute pel freddo, ovvero alla stessa maggiore e più squisita eccitabilità dei centri encefalici corrispondenti, come, ben valutando l'estensione del fenomeno a tutto il corpo, è più probabile.

Di consimili esaltazioni sensoriali si hanno nell'influenza esempi anche in altri distretti del sistema nervoso. Io ebbi occasione di osservarne una cospicua riguardante il tatto, e ne dirò le particolarità in appresso, nel capitolo V.

Qualche parola del polso. Il GRAVES, nell'epidemia da lui studiata, notò per la forza del polso, come ho accennato, lo stesso fatto che io ebbi occasione di notare per il senso di spossatezza in quella del 1889-90, cioè la progressiva correzione del fenomeno dopo il primo assalto della malattia. *Il più singolare* — così egli scrisse — *è che il polso, verso il finire della malattia, diventa talvolta pieno, forte e vibrante, e ciò avviene in individui malati da*

più giorni o da settimane. Domandai in proposito di ciò nella prima edizione di questo libro e domando ancora: quali mutamenti avvengono nell'organismo, a misura che la malattia volge alla fine, che possano spiegare il risollevarsi del polso e delle forze, quando più dovrebbero deprimersi per la incessante necessaria decadenza della nutrizione operata dalla malattia? Risposi allora e credo di poter rispondere anche adesso che ciò dipende dal sollecito svigorimento, nelle forme genuine, del materiale infettivo dal quale questi sintomi procedono come emanazione diretta. Il GRAVES insiste anche sulla grande variabilità del polso che può mutare carattere due tre volte nella stessa giornata. Ma più importante, dal punto di vista pratico, pare a me il fatto dell'impronta bradicardica che talvolta il polso assume, potendo ciò portare nelle diagnosi confusione col tifo e con la febbre di Malta, specialmente nei casi in cui l'influenza s'accompagna con febbre alta che insolitamente si prolunga. E la confusione potrebbe riuscire addirittura inestricabile se, avendo consuetudine col microscopio e volendo tentare d'impiegarlo per rischiarare l'oscurità della sindrome, si facessero le osservazioni non nei primi giorni della malattia ma nella seconda settimana, quando, cioè, tutte e tre le infezioni hanno per reperto comune la leucopenia con aumento dei linfociti. Certo più concludente potrebbe essere l'esame fatto nella prima settimana, giacchè in essa l'influenza, se non addirittura leucopenia come vorrebbe il GAMNA, presenta una leucocitosi, assai meno importante di quella del tifo, e la febbre di Malta presenta leucopenia con mononucleosi.

Degli altri sintomi delle forme genuine non mette conto occuparsi partitamente. Le congestioni delle quali quei sintomi sono esponenti, non diventano minacciose che quando interessano organi d'importanza vitale, o quando sboccano in una grave emorragia.

Minacciosa è appunto la congestione delle vie del respiro. Quando essa è lieve, il disturbo che segue nella funzione dell'organo è tutto nella tosse superficiale, più o meno spasmodica, talvolta accompagnata da un escreato fluido, mucoso, scolorato o, come si è detto, roseo e da non molesta oppressione del respiro. Se invece è più grave, gli atti respiratorii crescono di numero, e sono di quando in quando interrotti da inspirazioni lunghe e da espira-

zioni sospirose, alle quali si accompagna la penosa sensazione dell'ammalato d'aver il petto chiuso al giuoco dell'aria. E quando poi è gravissima, si stabilisce una dispnea imponente che non permette agli ammalati d'ingoiare nemmeno un sorso d'acqua; dispnea, non solo imponente ma anche irreparabile, perchè i setti alveolari, subitamente distesi ed eretti per la nuova disposizione rettilinea assunta dai capillari inturgiditi, non possono più seguire le due fasi dell'atto respiratorio, e l'ematosi decade, e l'asfissia diviene imminente.

Osservando obbiettivamente in questi casi gravi il torace, si rileva alle volte in qualche parte, con la percussione, una risonanza più alta e meno piena, quasi velata di ottusità, o anche leggermente timpanica, e, con l'ascoltazione, dei ronchi, qualche rantolo, o anche l'espiazione rinforzata, presso che bronchiale, e, affievolito, il mormorio vescicolare. Questi fenomeni obbiettivi, senza che in essi svolgansi quei successivi caratteri semiologici che manifestano all'osservatore le interne preordinate fasi evolutive d'un essudato flogistico, possono spostarsi da un punto all'altro della parete toracica inaspettatamente, lasciando nelle parti abbandonate qualche traccia fugace del loro passaggio, o possono rimanere al primitivo posto inalterati e dileguarsi a poco a poco in un paio di giorni o in un tempo più lungo. Intanto nella febbre nessun cambiamento si nota che esprima la loro entrata sulla scena morbosa; il respiro è poco ansioso e la tosse non molto molesta.

Sono questi i segni di quella che il LOMBARD chiamò polmonite grippale, e che non è se non una congestione polmonare a focolaio, come io la chiamerei, un ingorgo del polmone, per servirmi d'una parola del GRAVES. Delle volte le si unisce altresì un dolore puntorio laterale, più o meno intenso.

Avviene anche, sebbene di rado, di scoprire, osservando qualche infermo, un versamento in uno dei cavi pleurici, prodotto e cresciuto senza febbre o con febbre di pochi decimi, con lievissime sofferenze locali, senza notevole compressione del polmone, e senza modificazione degli spazi intercostali. Tali caratteri e il riassorbimento piuttosto rapido del liquido denotano trattarsi in questi casi di trasudati da congestione della pleura, come del resto è facile dimostrare con una puntura esploratrice e la prova del RIVALTA.

Quanto all'emorragie, se esse avvengono in un utero gravido,

l'aborto diventa inevitabile. Intere epidemie si son distinte per la frequenza di questo incidente: quella del 1779, per esempio. E se per caso partono dai bronchi o dai reni, quanti sospetti l'emorragie non suscitano di più gravi malattie in quelli che della patogenesi dell'influenza non hanno un concetto adeguato, o ignorano quanto emottisi ed ematurie abbiano dominato nell'epidemia del 1837! Nè l'epistassi, che d'ordinario è così innocua, è aliena dall'assumere proporzioni gravissime, allorquando dipende da una congestione influenzale.

Ma si può star tranquilli; assai di rado nelle forme genuine dell'influenza si hanno di cosiffatti gravi accidenti.

Ciò nondimeno, l'idillio — se idillio può chiamarsi — non va di là dal primo scoppio della pandemia. Poi le cose cambiano, e si sa fin dal 1831 che possono cambiare dopo soli sette giorni dalle primissime manifestazioni epidemiche. La sindrome genuina allora si disgrega, e pullulano in suo luogo delle forme cliniche d'una varietà infinita, delle quali diremo nel seguente capitolo.

Le forme genuine non sempre, però, si svolgono con la regolarità descritta. Sbollita la furia del primo scontro pandemico, o, meglio ancora, durante il periodo dei casi sporadici, anche le manifestazioni cliniche genuine spesso cambiano, e, pur senza disgregarsi, senza, cioè, perdere alcuno dei sintomi essenziali e qualificativi, diventano irregolari. La febbre procede con differenze giornaliere più larghe, e spesso assume il carattere d'una vera intermittente; il sudore si manifesta con grande facilità, ed è talvolta profuso; la spossatezza perde la nota di sintomo eccezionale, allarmante, e acquista l'altra d'una generale depressione psichica più che fisica; il decorso della malattia s'allunga in maniera esasperante.

Son queste le forme che somigliano tanto all'infezione melitense, da render necessario spesse volte l'impiego della sierodiagnosi. Ma quando l'evoluzione del morbo è attentamente seguita, un giorno o l'altro s'affaccia il sintomo discriminatore.

Un collega, che sofferse di questa forma irregolare e fu da me fraternamente assistito, allorchè già da qualche mese si riteneva guarito e aveva ripreso le sue abituali occupazioni, venne un giorno a raccontarmi, evidentemente sorpreso, che senza dolore alcuno agli organi genitali o alla prostata, senza nessuna ripresa

34 *FORME CLINICHE GENUINE REGOLARI E IRREG.*

di febbre, aveva notato un lieve ingrossamento, indolente, alla testa d'un epididimo, e una polluzione gli aveva, per due volte di seguito, portato allo esterno sperma roseo, sanguinolento.

Questo fatto della rapida tumefazione d'un epididimo non accompagnata nè seguita da processi flogistici e la presenza nello sperma di sangue, questi inattesi incidenti congestivi ed emorragici di pura marca influenzale, dicevano chiaramente che l'infezione non era ancora domata, e che bisognava vigilare, rimandando a miglior tempo l'annuncio dell'entrata in convalescenza.

Il caso è recente, e la storia clinica non è ancora chiusa nel momento in cui scrivo.

CAPITOLO V.

FORME CLINICHE DISSOCIATE

Sommario. — Ragione del loro nome; quando e dove abbondano; modi del processo dissociativo; variabilità delle forme cliniche; notizie epidemiologiche. Ordinamento delle forme dissociate in gruppi. Forme neurotossiche con localizzazione sul vago, sulla corteccia del cervello, sul centro vasomotore. Forme protratte con localizzazione occulta (cachessia, febbricola); con localizzazione palese, variabile, disposta in serie. Forme contraffatte. Immunità acquisita.

Queste alle quali do il nome di forme cliniche dissociate, sono anch'esse sotto la dipendenza esclusiva del germe specifico dell'infezione influenzale, ma non hanno più i tratti e la caratteristica fisionomia delle forme genuine, essendo venuta meno in loro la simultanea concorrenza di tutti gli elementi sintomatici noti, e potendo uno o più di questi anche mancare nell'intero decorso del morbo.

Sono frequenti dopo la prima espansione dell'epidemia, nell'epidemie invecchiate, e negl'individui muniti di insufficienti difese organiche, abitualmente molestati da disturbi intestinali di natura putrefattiva.

Possono succedere a forme genuine felicemente superate, e anche svilupparsi alla prima e lentamente, o, con carattere minaccioso, all'improvviso.

Come s'insinui e si sviluppi nel germe specifico dell'influenza questa tendenza disgregatrice della sindrome genuina è cosa che per il momento non può esser precisata, date le poche notizie che si hanno intorno all'attività patogena di quello e alle associazioni microbiche alle quali esso prende parte. Ma non sembra facile e nemmeno, forse, possibile negare che la sindrome in date circostanze non si scompnga, perdendo talvolta il suo carattere di

malattia generale e acquistando quello d'una grave o molto lungamente protratta malattia localizzata. E questo veramente il dominio incontrastato delle tossiemie influenzali. Non c'è una delle forme dissociate nella quale non si possa sospettare l'esistenza di qualche focolaio di attiva e continuativa produzione tossinica; nè un organo è nel corpo umano che possa per virtù propria sfuggire all'azione deleteria, diretta e immediata o indiretta, dei prodotti di quel focolaio.

Da tutto questo è facile arguire quanto grande debba essere la varietà delle forme cliniche che dalle tossiemie derivano; varietà, che non è, però, tutta dovuta alla dissociazione degli elementi sintomatici, ma in parte anche al fatto che, avendo il virus influenzale innanzi a sè, come suo vero e proprio terreno da occupare, tutto quanto il sistema nervoso senza eccezione di sedi o di parti, diventa facile ogni più impensata combinazione e ogni cambiamento di fenomeni.

Questo intimo e nascosto lavoro patogeno delle tossine specifiche arriva alla superficie e si manifesta come una tendenza naturale degli elementi sintomatici della malattia a disunirsi, a dissociarsi. Talvolta non una dissociazione compiuta si ha, bensì un semplice cambiamento di rapporti nella proporzione e nella successione dei vari fenomeni morbosi; ma più spesso si hanno dissociazioni vere e proprie di gruppi di fenomeni abitualmente sinergici o soliti a mostrarsi insieme uniti nei quadri della malattia, con o senza elisione, provvisoria o definitiva, di alcuni di essi.

Certamente non mancano esempi di simili dissociazioni nel campo della patologia umana e fuori dei domini dell'infezione influenzale: nel tifo, nella difterite, nella scarlattina, nella peritonite e in alcune affezioni bulbari; ma in tali casi, o si tratta di un sintomo isolato, il polso, che non concorda più per la sua frequenza col grado della febbre, o di abbassamento della febbre in contrasto con la gravità del male, o, finalmente, di manifestazioni più complesse, come la *croce di morte* del TRAUBE e il *respiro dissociato* del GROCCO, i quali sorgono sotto l'impero d'una catastrofe imminente.

Nell'influenza invece la dissociazione si compie come un'abitudine, senza riferimenti speciali a forme ambulatorie o a formette, a prognosi liete o a prognosi infauste, e non conosce eccezioni di sintomi, nè conformità di atteggiamenti. Per trovare qualche cosa di somigliante, bisognerebbe uscire dal campo delle

malattie infettive e fermarsi all'isterismo. Avviene così che nella influenza si possono vedere, oltre alle singolari dissociazioni del polso osservate dal GRAVES, dal GALLIARD, dal BOZZOLO, dal DE RENZI, le efflorescenze cutanee scarlattiniformi senza desquamazione notate dal TEISSIER e dal PETIT, accanto alle desquamazioni senza efflorescenza rilevate dal LAVERAN; il gravissimo affanno di respiro senza fatti obbiettivi corrispondenti accertato dal GRAVES, accanto ad accertamenti fatti da altri di ipofonesi e rantoli d'origine congestizia polmonare scompagnati dalla tosse. Che più? La stessa sindrome che noi indichiamo col nome di febbre, e che comunemente si comporta nelle infezioni come un gruppo armonico di elementi inseparabili, perde nell'influenza la sua compattezza, e si scinde; così che talvolta avviene d'osservare nell'ammalato notevole ipertermia senza il malessere e la tachicardia corrispondenti, e, più di frequente, grave malessere e brividi ricorrenti di freddo o, come già si è detto, spiccata accensione del viso come per una temperatura altissima, mentre il termometro non segna che pochi decimi in più del grado abituale e normale, o nulla, e fino ipotermia.

Questo delle dissociazioni che l'influenza sfoggia in mille modi e con risultati inattesi, è un suo vecchio abito. Essa infatti dando insolito risalto ad un sintomo a scapito degli altri, si fece notare nel 1387 e nel 1657 per le febbri lente; nel 1750 per le petecchie e la scialorrea; per le metrorragie nel 1779; per la iperidrosi nel 1782; le psicopatie nel 1790; le palpitazioni e le sincope nel 1883; le amaurosi, le emottisi e le ematurie nel 1837; per l'assenza dell'ipertermia, anche nei casi gravi e gravissimi, nel 1847; e finalmente per la quasi costante immunità degli organi toracici nel 1867 e nel 1875.

Quale arricchimento spesso deformatore di quella povera sindrome impostata sugli starnuti, che come catarro epidemico fu anche fatta passare, che tuttavia è da tanti ritenuta come l'unica e perfetta espressione clinica dell'infezione influenzale! Quale sorprendente sovrapposizione di forme su quel misero scheletro di narici intasate e di inceppature! Eccoci passati da questi alle imponenti emorragie in quelle stesse sedi o fuori di esse; dal fugace capogiro ai permanenti disturbi circolatorii e nutritivi dei centri sensoriali; dalle tossi semplicemente moleste alle tossi spasmodiche e infrenabili, alla nessuna tosse per anestesia delle terminazioni intrapolmonari del vago! Scrissi già da molti anni, e riscrivo, che ove

manchi una conoscenza compiuta e precisa della storia delle molte epidemie che l'influenza ha in tanti secoli sostenute, è difficile evitare le numerose cagioni di errore che nel dover fare la diagnosi di questa malattia s'incontrano. Un medico, per esempio, che fosse informato delle sole epidemie del 1658 e del 1675, avrebbe senza dubbio come un sicuro caposaldo che l'influenza e le infiammazioni della pleura e dei polmoni sono strette tra loro in indissolubile connubio: mentre, se avesse notizia delle sole manifestazioni epidemiche degli anni successivi, specialmente di alcune della seconda metà del secolo trascorso, è certo che ad un tale indissolubile connubio non penserebbe nemmeno.

Volendo ora, per comodità di studio, stringere in pochi gruppi le numerose sindromi dissociate che nell'influenza si osservano, credo che si potrebbero mettere in un primo gruppo quelle in cui, scomparso o vicino a scomparire il noto aspetto di malattia acuta generalizzata, sottentra una sindrome ridotta, principalmente concentrata in un organo, e rappresentata da nevralgie che ricordano le larvate malariche, da parestesie d'ogni maniera, da estrasistoli o da altri più allarmanti disturbi del cuore, da grave oppressione e affanno di respiro, da emorragie del naso, dei bronchi, dello stomaco, degli intestini, dei reni, dell'utero, del cervello, da psicopatie, da un sintomo, insomma, o da un gruppo di sintomi che fanno pensare a una localizzazione fissa e invariabile, per lo più grave, e talvolta infausta.

In queste forme, o la febbre manca fin dal principio, o è mite, o sta in sua vece qualche grado d'ipotermia. Domina in tali casi la scena, il sintomo o il gruppo di sintomi che hanno un rapporto diretto con la localizzazione tossica.

Ne adduco qualche esempio, tolto, come tutti i seguenti, dal numero delle mie osservazioni personali fatte nel 1889-90 e negli anni successivi.

Il signor Vincenzo P. (1), giovane valido di 40 anni, mentre era nel pieno possesso della sua fiorente salute, la mattina del 21 dicembre del 1900, nel momento che varcava la soglia di casa per recarsi in Pretura, fu colto da deliquio.

(1) La storia clinica è tolta dal mio articolo sulla *"Dissociazione dei sintomi nell'infezione influenzale"*, pubblicato sul Morgagni del gennaio 1908.

Sostenuto da amici, tornò su in camera, e si mise in letto con grave oppressione di respiro e senso di grandissima spossatezza.

La sera dello stesso giorno, il medico chiamato a visitarlo trovò questi fatti: temperatura ascellare di $37^{\circ},5$, pallore del volto, senso di sgomento e dispnea gravissima con 45 atti respiratorii al minuto, ronchi e sibili diffusi per tutto il polmone senza ipofonesi in nessun punto, toni cardiaci normali, polso frequente, ma con ricorrenza palmare netta.

Il dì appresso questi fenomeni divennero più imponenti: il polso acquistò maggior frequenza e chiare note di debolezza, e la sera, mentre l'infermo, in piedi presso il letto, faceva un supremo sforzo per trovar l'aria che gli mancava, cadde riverso nelle braccia della persona che gli era accanto, e spirò.

C'è in questo esempio il complesso fenomenico che i fisiologi ottengono col taglio bilaterale del vago negli animali adulti: la paralisi di moto e di senso della laringe, della trachea, dei bronchi, degli alveoli polmonari. Se ne inferisce la mortale intossicazione dei nuclei di quel nervo nel bulbo.

Delle forme bulbari questa che può chiamarsi pneumoplegica è la più grave. L'altra, la cardiaca, la qual è dovuta a intossicazione del centro vasomotore dominante, non sempre è mortale. Si manifesta con lipotimie ricorrenti, con polso frequente e debole o bradicardico, con extrasistoli, talvolta con dolori anginoidi e dispnea, ma ciò che più impressiona è il grave pallore del volto e il generale profondo collasso.

Per la sua originalità e l'importanza che potrebbe avere nella questione non ancora risolta dell'indipendenza dell'encefalite letargica dall'azione del virus influenzale, riporto qui dal mio opuscolo pubblicato nel 1891 il seguente caso d'intossicazione corticale del cervello.

Paolo Z..., marinaio, di anni 49, dormì continuamente, come dormono i sani, per due mesi, dall'aprile del 1890 al giugno dello stesso anno, mentre la sua temperatura non oscillava ogni giorno che dal 37° al $37^{\circ},8$. Chiamato ad alta voce, sentiva; non moveva le membra che riposavano inerti, ma apriva languidamente gli occhi, e non li aveva ancora bene aperti che tosto li richiudeva. Alle domande, che gli si facevano, rispondeva lentamente e con la speciale svogliatezza di chi dorme e non vuol essere disturbato. Sentiva i bisogni del corpo; si levava macchinalmente di letto, allo stesso modo si sedeva per soddisarne qualcuno, e lì si addormentava di nuovo, e bisognava scuoterlo per ricordargli ch'era l'ora di tornare in letto. Un bel giorno, di un tratto si svegliò; e, interrogato opportunamente, disse che non era

allora, quando dormiva, interamente privo di coscienza, ma che preferiva dormire senza esser frastonato. Questo infermo, uscito appena dalla prima fase della sua malattia, ebbe a soffrire di edemi e di eczema pustoloso agli arti inferiori, ma dopo un certo tempo guarì, e tornò al suo mestiere. Nell'inverno del 1891 soggiacque a un nuovo attacco d'influenza, manifestatosi con la solita febbriciattola dell'altra volta, un po' meno di sonnolenza e alquanto di catarro naso-laringeo. Poi sopravvennero qui e lì sulle gambe degli ascessolini sottocutanei, dolorosissimi, e infine la morte nel coma.

Oltre di queste sindromi in cui le spese della dissociazione sono fatte dalla febbre e la preminenza nosografica è tutta a vantaggio d'uno o più sintomi dipendenti da una localizzazione particolare del microbo influenzale o delle sue tossine, altre se ne hanno in cui la febbre è più o meno dissociata, ma l'ubicazione dell'agente morboso è occulta, il decorso del morbo è singolarmente protratto, e la sindrome monotona.

Queste forme cliniche somigliano o alla febbricola, o alla cachessia malarica; con questo di speciale che non il tumore di milza è la nota costante e dominante, ma la facile stanchezza, l'affievolimento dei poteri della vita, e spesso un disturbo profondo e pertinace della nutrizione, che dà all'individuo l'aspetto di chi invecchia innanzi tempo, non senza un visibile dimagrimento che può anch'essere gravissimo, che non trova una ragione sufficiente in nessuna delle note anomalie delle fasi estreme del ricambio le quali, quando esistono, sono di niun conto, e che per appagare i diritti della ragione potrebbe addebitarsi tanto a disfunzioni endocrine, quanto ad un perturbamento delle energie nervose più direttamente impegnate nei processi della fase intermedia del ricambio medesimo, o, com'è più probabile, ad una grave riduzione del metabolismo delle cellule per intossicazione, di origine microbica, dei loro nuclei. L'HUCHARD dà a queste, che a me sembrano forme influenzali croniche, il significato di postumi di una influenza pregressa, e usa qualificarle col nome di *astenie post-grippali*. Ma io questo precisamente nego: che si tratti di semplici conseguenze d'un morbo spento, e non, piuttosto, di manifestazioni, di cotesto stesso morbo ancora vivo e operoso.

Ed ecco le ragioni che credo militino in mio favore.

Prima di tutto c'è sproporzione, spesso stridente, tra la lieve e transitoria forma acuta febbrile che apre la scena, e la grave,

duratura fase astenica successiva; così che non sembra possibile, logicamente, vedere in quella la causa adeguata e sufficiente di questa. Nè sempre una febbre precede: alcuni ammalati infatti cadono nella fase astenica senz'alcuna alterazione della loro temperatura, e la febbre arriva dopo, quando arriva, e va e viene senza regola di sorta, nè più nè meno di come suol fare negli affetti da cachessia palustre.

Inoltre, la sindrome astenica invece d'impovertirsi col succedersi dei giorni, come pur dovrebbe se il dinamismo del morbo originario fosse cessato, talvolta via via s'arricchisce di sintomi nuovi, siano essi degli esantemi, degl'ingorghi ghiandolari, delle congestioni emorroidarie, delle nevralgie, o dei disturbi nervosi, come il *tartagliamento*, che io pel primo notai nei bambini nella pandemia del 1890 e nel libro allora pubblicato descrissi, e altre volte si lascia interrompere, come ho già detto, da passeggeri accessi febbrili ai quali non basta la solita comoda scusa delle autointossicazioni d'origine enterica o di intromissioni d'altro ipotetico agente morboso, perchè troppo somigliano al primo accesso ond'ebbe principio la malattia.

E ancora: questi non fortunati possessori della cosiddetta astenia postgrippale sono così uniformemente e squisitamente sensibili al danno delle cause reumatizzanti, e così insolitamente e persistentemente refrattari ai benefici delle cure ricostituenti meglio dirette, che l'ipotesi della comune anemia e adinamia dei convalescenti diventa insostenibile, se all'influenza non si deve dare, in aggiunta al resto, il carico d'una forma di convalescenza assurda.

In altri termini, l'astenia non è per me un effetto lontano d'una causa morbosa rimossa, bensì un effetto prossimo d'una causa presente, una delle fasi d'un unico processo morboso, la fase in cui è avvenuta una cospicua dissociazione della sindrome originaria, e che quasi sempre è la seconda, perchè l'infezione influenzale si comporta nel singolo organismo umano allo stesso modo che nella collettività degli uomini, presentandosi, cioè, prima con le sindromi genuine e poi, a mano a mano che invecchia e guadagna in virulenza, o che l'organismo infetto cade, nello stato di anergia, con le sindromi dissociate.

Ecco succintamente la storia (1) d'un ammalato, che, per essere

(1) È tolta dall'articolo già citato del 1908.

stato sottoposto all'osservazione d'un illustre clinico napoletano e giudicato come un esempio di astenia postgrippale, merita una speciale considerazione.

Il signor Eugenio V..., giovane vigoroso di circa 30 anni, colpito dall'influenza con una delle forme cliniche ordinarie nell'estate del 1897, perdette da quel momento tutta la floridezza della sua salute, e impallidì, e divenne in poco tempo magro, senz'altri fatti morbosi concomitanti che una grande spossatezza, alcune parestesie degli arti di destra, una stitichezza che poi divenne persistente e quasi indomabile, e una forte impressionabilità della cute pel freddo.

Dopo cinque mesi si aggiunse alla sindrome la piroisi che talvolta si faceva sentire anche a stomaco digiuno. Piroisi e stitichezza, nondimeno, non solo non vennero su insieme o con poca distanza di tempo tra loro, ma furono sempre i soli sintomi che potessero riferirsi a una condizione morbosa dell'apparecchio digerente, perchè nè anoressia, nè rutti, nè vomiti, nè cardialgie, nè emorragie palesi od occulte, intervennero mai ad accompagnarli.

Ogni tanto, a lunghissimi intervalli e d'ordinario per essersi imprudentemente esposto a delle correnti d'aria, l'ammalato veniva sorpreso da qualche accesso febbrile che riproduceva sempre, più o meno fedelmente, la fisionomia dell'accesso iniziale, eccetto nel settembre del 1899 in cui, se l'accesso ebbe il brivido e il resto dei fenomeni dai quali si arguisce l'esistenza della febbre, non ebbe punto, nemmeno accennata, una qualunque elevazione della temperatura ascellare.

Non è forse superfluo notare che quel giorno avevamo in città la temperatura di 31 gradi.

Intanto l'infermo poteva dire di avere sperimentato senz'alcun frutto non solo le mie cure, ma quelle ancora dei clinici napoletani, ai quali aveva fatto ricorso. A Napoli anzi ebbe un tal peggioramento dopo l'uso di alcune pratiche balneari, idriche ed elettriche, prescrittegli da uno di quegli insigni maestri, che dovette in fretta e furia riprendere la via della Calabria per la paura di dover morire lontano dalla sua famiglia.

Finalmente guarì, essendosi quasi interamente abbandonato nelle mani d'Igea, lontano dai barattoli del farmacista, ma non prima di aver visto scendere il peso del suo corpo da 88 a 57 chilogrammi, e dopo quattro anni di tribolazioni.

Quando la dissociazione della febbre non è totale, la sindrome invece d'avvicinarsi alla cachessia, s'avvicina alla febbricola. L'influenzato arriva, però, a questa fase di febbre lenta non sempre a un modo. Alcune volte precede la febbre alta d'una forma clinica genuina, e altre volte no. La fase di febbre lenta occupa in questo secondo caso tutta la durata del male, dal principio alla fine. Nè il fatto è nuovo. Nelle epidemie influenzali del 1387 e del 1657

furono appunto notate febbri con questo preciso carattere, e quegli che lo afferma si chiamava GIOVAN BATTISTA MORGAGNI.

Oltre queste forme cliniche nelle quali la dissociazione si esercita sulla febbre, con più o meno sicura indicazione della sede dell'agente morboso, o senza indicazione alcuna, altre forme si hanno nelle quali la dissociazione si effettua in modo anche più singolare: con la disposizione seriale dei sintomi o di gruppi dei sintomi, che, invece di presentarsi insieme uniti, si presentano sulla scena morbosa l'un dopo l'altro, e talvolta con interruzioni di tempo lunghe, durante le quali il complesso morboso può tanto rimettere da passare inavvertito.

In questi casi non il quadro clinico si ha, ma la serie clinica, e talvolta nella successione di codesti sintomi o gruppi di sintomi di stampo influenzale anche s'inserisce qualche processo morboso di natura infiammatoria, dovuto a infezioni secondarie. Trascrivo dal mio vecchio opuscolo alcune storie che mi sembrano interessanti e opportune.

Nel maggio del 1890 il signor Vincenza D. L., di circa 50 anni, fu assalito, mentre stava perfettamente bene, da una febricciattola influenzale, con freddo, lieve dolor di testa, indolenzimento generale, qualche colpo di tosse, qualche starnuto.

Pareva che si volesse organizzare una bronchite, poichè la tosse tendeva a divenire più frequente e profonda, e qualche sibilo si udiva qua e là nel torace; ma dopo cinque giorni tutti i fenomeni si avviarono verso la guarigione.

Quando sopraggiunse una nevralgia lombo-addominale di tale intensità, che fu necessario ricorrere alle iniezioni di morfina. Ma dopo tre giorni anche la nevralgia si mitigò, e l'ammalato, insofferente di più stare in casa, uscì, e riprese i suoi affari. Di tratto in tratto avvertiva ancora qualche fugace trafittura al posto della passata nevralgia, ma non se ne dava carico.

Trascorsero così due o tre giorni, quando un suo amico, avvedutosi che egli, nel ridere, rideva da un lato solo, glielo fece notare. Così fui chiamato per decidere di che si trattava e provvedere.

Si trattava di paralisi periferica del facciale destro, accompagnata da dolore, ora più ora meno forte, della parte colpita del viso. Con la cura opportuna, dopo venti giorni la paralisi migliorò sensibilmente, tanto che l'occhio poteva essere chiuso quasi come l'altro, e se la mimica del volto non era ancora ristabilita, la flaccidezza dei muscoli del lato colpito era quasi interamente scomparsa.

Ma un mattino il D. L. ebbe un diverbio con un suo cliente, e mentre, tornato a casa, stava a discorrere con la sorella non ancora del tutto calma, fu colto da un insulto apoplettico ingravescente, che in tre giorni, il 1 giugno, lo spense.

La signora Giovannina S., di circa 48 anni, di buona costituzione organica, nel gennaio del 1890, fu sorpresa da prostrazione di forze, accompagnata da dolore alle reni e alle ginocchia, da dispnea, iperestesia cutanea pel freddo e disturbi gastrici, consistenti in anoressia, lentezza digestiva e pirosi.

Non v'era febbre.

E intanto la sera, nel mettersi a letto, l'ammalata avvertiva facili e molesti brividi di freddo, e per prendere calore agli arti inferiori doveva valersi di strofinamenti e di mattoni caldi.

Un po' migliorando e un po' peggiorando, giunse al 2 febbraio, nel quale giorno le venne in mente di uscire, sia per adempiere i doveri di religione, sia per provare se col moto all'aria libera il suo dolor di reni fosse potuto sciogliersi.

Tornata a casa, dovette invece mettersi in letto col dolore inacerbito e passato anche alla testa, con brividi di freddo più forti, prostrazione delle forze più profonda e congestione del volto.

Sopraggiunse tosto la tosse, secca sulle prime, umida verso il terzo giorno, con espettorato muco-purulento.

La febbre toccava i 38 gradi.

Dopo dodici giorni, poichè il male si aggravava sempre più, fui invitato a visitare l'inferma insieme col curante.

Le trovai il viso paonazzo, gli occhi iniettati, e dispnea così grave che non le permetteva di rimanere lungamente in giacitura orizzontale. Di quando in quando con colpi di tosse non molto profondi e poco efficaci veniva fuori un escreato muco-purulento. Tra quelli emessi ce n'era qualcuno soffuso di sangue, ma nessuno rugginoso. La lingua era molto asciutta e ruvida; l'alito puzzolente; la sete e l'inappetenza non grandi; il corpo chiuso. Alla parte sinistra del torace, in dietro, verso l'angolo inferiore della scapola, il fremito toraco-vocale era più sensibile che allo stesso punto dell'altro lato, la risonanza velata d'ottusità, e vi si ascoltava il soffio bronchiale e qualche rantolo.

Era di mattina; il termometro segnava 39°,8.

Il giorno dopo i fenomeni obbiettivi del torace erano spostati di sede, verso la linea ascellare media, e nei giorni susseguenti era facile sentire il soffio bronchiale o di ritorno sui punti vecchi, o passato in qualche altro sito ancora risparmiato, ma sempre del lato sinistro.

Questo facsimile di polmonite durò lungamente, quasi quindici giorni, e declinò con lentezza come la febbre, che cadde per lisi.

Nel marzo, l'ammalata perdette a poco a poco tutti i capelli, che dopo qualche altro mese rinacquero.

Il signor Natale D., giovane dell'età di 17 anni, il giorno 23 ottobre del 1890 ebbe del malessere e un arrossimento dell'occhio sinistro con fotofobia.

Dopo tre giorni si aggiunse una nevralgia acerbissima del ramo soprorbitale sinistro del trigemino, in seguito alla quale cominciò a organizzarsi nell'occhio di quel lato una cheratite interstiziale diffusa.

Quando ancora la cornea non era che lievemente torbida e nel solo

suo segmento inferiore esterno, quantunque il foro pupillare avesse avanti e dietro a sè dei mezzi diottrici perfettamente diafani, l'ammalato disse di non vedere più bene da quell'occhio, e difatti contava a stento le dita. Domandai l'intervento di un oculista, e ne vennero due, dei quali uno dalla vicina Messina; ma nulla trovarono all'osservazione oftalmoscopica che avesse potuto spiegare l'istantanea, forte riduzione dell'acutezza visiva.

La nevralgia intanto continuava ferocissima, e al quindicesimo giorno passava all'altro sopracciglio, preceduta anche qui da un lievissimo arrossimento dell'occhio.

In breve tempo anche nella cornea destra si stabilì il medesimo processo della cheratite interstiziale diffusa.

Le palpebre erano tutte e due edematose, e l'edema si diffondeva alle regioni temporo-zigomatiche dei due lati.

Alla nevralgia soprorbitale di quando in quando si univa un dolore nevralgico della spalla destra. Era anche arrivato qualche colpo di tosse e un certo abbassamento della voce.

La temperatura oscillava sempre intorno ai 38°; ma gli estremi erano freddissimi, tanto durante l'accesso nevralgico che fuori di esso.

Verso il ventiquattresimo giorno le sofferenze nevralgiche cessarono. In loro vece, nel medesimo sito, si affacciava di tratto in tratto una forte sensazione di bruciore. L'insonnia, che fu sempre compagna dei dolori persisteva.

Sopraggiunse intanto una spiccata esaltazione del senso tattile, che permetteva all'infermo di riconoscere subito, al tasto delle mani, le persone che glielo avevano date a toccare qualche altra volta.

Poi comparvero degli accessi di tremore, a scosse, quasi simili a quelle che dà il brivido febbrile, accompagnati con più forte raffreddamento degli estremi, con senso di oppressione di respiro, di soffocazione, con abbassamento della voce e illusioni e allucinazioni che davano alimento a delle idee deliranti. Questi accessi si ripetevano parecchie volte lungo il giorno, nello stato di veglia dell'ammalato sempre, e finivano con frequenti e numerosi sbadigli, con rumorose emissioni di gas per la bocca o per l'ano, e lo lasciavano per pochi istanti in quel medesimo stato di abbandono in cui rimangono le isteriche, cessata una delle loro crisi.

Anche questi fatti scomparvero per cedere il posto a un'intensa congestione delle gengive e ad un indolenzimento dell'articolazione temporo-mascellare destra, pei quali riusciva difficile e penosa la masticazione.

Verso la fine del dicembre l'ammalato ebbe un'eruzione cutanea acneiforme accompagnata da forte prurito e quasi interamente circoscritta al viso e al tronco. Il prurito dopo circa una settimana si allontanò, e l'eruzione fu meno abbondante.

La febbre intanto era da un pezzo scomparsa.

Il 27 gennaio del 1891 la cheratite era già molto avanti verso la guarigione in tutti e due gli occhi; la facoltà visiva cominciava a rimettersi; la fotofobia e l'epifora che erano fortissime, come nella cheratite

interstiziale diffusa e ganuina non suole accadere, erano mitigate; la congestione delle gengive assai ridotta.

Pure, mentre pareva che dei perturbamenti nervosi i quali furono tanti e tanto importanti si fosse perduta la traccia, dopo un po' di tempo tornò per qualche ora la nevralgia al sopracciglio destro e un sensibile indolenzimento di tutte le membra, con la giunta di qualche ricorrente, debole accesso di disperistalsi, e d'un sudore generale che, senza accaloramento del corpo, si ripeteva immancabilmente ogni notte, dall'una alle cinque.

Infine, dopo molti mesi di sofferenze, l'ammalato guarì col solo residuo d'una lievissima nubecola sulla cornea dell'occhio sinistro.

Una forma dissociata somigliante, quantunque più semplice e breve, fu descritta dal dott. GERMANO nella *Gazzetta degli Ospedali* del 13 dicembre 1896. Anche in quella apre la scena una nevralgia del trigemino, alla quale, dopo cinque giorni, succede perdita della coscienza e afasia, e dopo altri cinque giorni la febbre coi soliti sintomi dell'infezione influenzale.

Dello stesso genere, ma assai più interessante, è il caso descritto dal KRETZ. La malattia ebbe la durata di sei anni; esordì con fatti bronchiali, e si chiuse con una polmonite, la quale guarì togliendo nel tempo stesso all'ammalato l'acciaccio d'un inveterato catarro delle vie del respiro.

Ma com'è nella natura della clinica, di rado avviene che i singoli casi riproducano in sè stessi, nel loro corso, tutte le note qualificative del gruppo a cui appartengono. Spesso accadono delle modificazioni attraverso alle quali il tipo si vede annebbiato. Pure il criterio nosografico, da me proposto nel 1890 alla considerazione dei pratici come si vedrà nel penultimo capitolo, non presta meno in simili eventi il suo aiuto nelle penose contingenze d'una diagnosi difficile, perchè ciò che più importa non è già il tipo della dissociazione, ma la dissociazione per sè stessa, qualunque essa sia e comunque appaia.

Di queste ultime forme dissociate, protratte, fui io stesso esempio miserando. Ma non voglio essere egoista, usurpando il poco spazio disponibile a un altro collega, tuttora vivente, che merita di veder ricordate in questo libro le sue sofferenze non meno interessanti delle mie.

Cominciò (1) la sua malattia nel gennaio del 1903 con vomito, anoressia, malessere, spossatezza generale, freddo.

(1) La storia è tolta dall'articolo già citato del 1908.

Il freddo durò tre ore, lasciando nel paziente l'impressione d'una gran febbre. Applicato nondimeno il termometro, non si ebbe che 37°,1. Nella notte, mialgie quasi generali.

Il mattino seguente, sostituite le mialgie da un dolore diffuso alla parete destra del torace, specialmente in dietro. Temperatura ascellare 36°. La sera invece, 37°,5, sempre con la stessa sensazione d'una febbre alta. Tosse secca.

Il terzo giorno, aumento del dolore al torace e suo concentramento verso la base.

Quarto giorno: temperatura ascellare 35°,8; vomito; aumento del dolore al torace; espettorato emorragico; oliguria, ricomparsa delle mialgie.

Il polso in questi quattro giorni andò sempre oscillando da 120 a 140 battiti, senza corrispondente tachipnea.

Nel quinto giorno, persistendo gli altri fatti, le mialgie si ridussero alle sure. Temperatura 36°,8.

Il sesto giorno, tornò il vomito, e sopraggiunse un'intensa cefalea frontale. Temperatura 36°,8.

E nel settimo giorno venne finalmente la tachipnea. Il polso intanto era variabilissimo: anche nel decubito orizzontale oscillava da 60 a 140 battiti.

L'ottavo giorno, perdurando la tachipnea, l'espettorato emorragico, la cefalalgia, il vomito, i dolori alle sure, entrò in scena il sudore, e — dissociazione anche questa? — aumentarono le urine.

Il nono giorno, il polso scese a 82 battiti; diminuì il vomito e l'anoressia; ma si aggiunse un dolore alla regione ipocondriaca destra.

Aumento della cefalalgia si ebbe al decimo giorno, e nello stesso tempo si affacciarono dei crampi alle sure.

Con lievi alternative si arrivò così sino al tredicesimo giorno. Allora l'espettorato emorragico fu sostituito da espettorato mucoso; cessò la cefalea; comparvero profusi sudori notturni, e tornarono i disturbi del cuore, che ora cadeva in tachicardia, ora in bradicardia.

Così sino al ventiduesimo giorno.

Dal ventiduesimo giorno in poi, senz'alcun disordine dietetico, diarrea e di nuovo crampi alle sure.

Al ventottesimo giorno caduta di tutti i fenomeni, come per crisi, meno della spossatezza che rimase sulla scena ancora per molto tempo.

Io visitai quest'ammalato il nono giorno, e all'esame obiettivo del torace trovai ipofonesi in corrispondenza del lobo inferiore del polmone destro con rantoli sottocrepitanti; nel lobo medio respirazione aspra e ronchi; nulla nel resto. L'esame batterioscopico dell'espettorato, dimostrò presenti i bacilli del Pfeiffer insieme con molti streptococchi. Assenti i bacilli tubercolari.

Oltre alle differenti e svariate forme che l'influenza prende scomponendo la propria sindrome fenomenica, altre ne aggiunge

rivestendosi delle spoglie di ben note malattie, delle quali però modifica, e talvolta profondamente, qualche particolare. Le parole meningismo, peritonismo, pseudo-reumatismo e altrettali indicano precisamente delle sindromi in cui un disordine è avvenuto, in cui qualche cosa manca. E il disordine è per solito nella successione dei sintomi, e ciò che manca è quasi sempre un essudato: cosa spegabilissima del resto, allorchè non si è estranei ovvero ostili al concetto che l'influenza è essenzialmente una malattia del sistema nervoso vasomotore, e che se può imitare con le congestioni, che le son proprie, le prime fasi del processo infiammatorio, non così può imitare le ultime, eccetto il caso che altri agenti patogeni non intervengano a rinfrancare l'azione.

Nel caso pubblicato dal CAPOZZI sotto il nome di *pseudomeningite influenzale*, mancarono parecchi dei fenomeni che sogliono esser presenti nella prima fase delle meningiti genuine (il vomito, le vertigini, le grida incoscienti, i sussulti tendinei, il segno di KERNIG, la fotofobia e simili), ma altri fenomeni di eccitamento, e cospicui, fecero sicura testimonianza della sede del male: mancò invece affatto la seconda fase di depressione, che deriva le sue note qualificative, come si sa, dalla presenza dell'essudato.

Nei casi di affezione pneumonica studiati nella Clinica di Padova fu tale e tanta la deformazione dei sintomi, da rendere possibili anche apprezzamenti fallaci, che il dott. VITTORIO ROMANO, rispecchiando le opinioni del maestro prof. DE GIOVANNI, corresse, col riconoscere in quei sintomi la loro intima natura vasomotoria. Non ottusità vere tra essi, non soffio tubario, e una grande instabilità di sede nei pochi fenomeni obbiettivi ch'era dato osservare. Feci cenno altrove della possibilità che nelle affezioni degli organi respiratori, dovute all'infezione influenzale, si estingua, per anestesia delle estremità intrapolmonari del vago, il riflesso della tosse. Ebbene, il GAILLARD, parlando della polmonite, dice che l'influenza, nell'assumersene la sindrome, le toglie la franchezza dell'inizio, il colore qualificativo dello sputo, la regolarità della curva termica, la corrispondenza tra polso e respiro, la corta durata.

Allorchè poi si tratta del reumatismo articolare, più che nella tendenza a restringere il numero delle articolazioni affette sino a preferire le monartriti, l'influenza svela l'opera sua nella resistenza assoluta che i casi offrono all'azione benefica della cura salicilica, nella preponderante partecipazione dei tessuti periar-

ticolari al processo, e quindi nell'assenza, se non costante frequentissima, d'un vero versamento nelle articolazioni. Allorchè un versamento ha luogo, la sindrome che ne risulta somiglia nel complesso piuttosto alla nevrosi articolare intermittente vasomotoria, che al reumatismo.

Molte pagine si dovrebbero scrivere se si volesse dare un'idea adeguata di tutti i travestimenti che l'influenza sa assumere. Un clinico, uso all'indagine severa e alla parola misurata, il CAROZZI, scrisse che l'influenza vince e sorpassa di molto la stessa malaria, che pure è data nelle patologie come la più industrie disegnatrice di quadri nosografici fraudolenti.

Pur nondimeno, quando si abbia nel giusto conto il disturbo patogenetico fondamentale dell'influenza, che, come da lungo tempo scrissi e sempre con crescente fiducia ripeto, è da collocarsi nella sfera dell'innervazione vasomotrice, e quando si adoperi la diligenza necessaria nella ricerca delle dissociazioni, presto o tardi si perviene sempre alla giusta valutazione dei fenomeni.

È assai dubbio se l'influenza conferisca a chi l'ha sofferta per la prima volta una qualunque immunità.

Quanto a me, credo che, se la conferisce, è di assai breve durata; e forse non m'inganno, se un'esperienza larga e spregiudicata può essere buon fondamento ai giudizi. Potrei aggiungere in appoggio una sequela di casi persuasivi; ma a che pro? Ogni medico, anzi ogni uomo, può trovare facilmente in casa propria, come un ricordo o come uno spasso, questa consolazione delle recidive in serie, che l'infezione influenzale regala a tutti con invitta costanza.



CAPITOLO VI.

FORME CLINICHE COMPLICATE

Sommario. — Come si generano; che fisionomia hanno; quali sono le più gravi. Capacità acceleratrice dell'influenza sullo sviluppo di malattie preesistenti nel soggetto da essa colpito.

Ho già affermato e sostenuto che l'operosità specifica del virus influenzale è tutta fedelmente espressa nelle forme cliniche genuine e nelle dissociate. Se la mia non è una vana lusinga, questo concetto introduce un po' d'ordine e di chiarezza nel caos delle manifestazioni cliniche dell'influenza tanto tra loro dissimili.

Il virus influenzale, però, non esaurisce la sua operosità dando vita a questi quadri morbosi; compie qualche altra impresa che è forse più nefasta. Deprimendo i poteri difensivi dell'organismo con la profonda generale astenia in cui lo fa cadere, aggravata dalle condizioni di eccezionale recettività che le congestioni da essa prodotte creano in questo o quell'organo, essa apre la porta e prepara il letto a numerosi altri germi patogeni che, in tempi normali, non avrebbero forse dato segni della loro invadenza. Si installa così nell'influenzato una deleteria convergenza di virus, e vien fuori una sindrome promiscua, nella quale ciascuna delle malattie concorrenti perde qualcosa dei propri connotati, ma acquista una gravità ben maggiore della sua abituale.

Sono queste sindromi appunto che si designano col nome di forme complicate.

Vanno tra le più gravi quelle che attaccano i polmoni; tra le gravissime quelle che attaccano il cervello. La còriza, le bronchiti, le enteriti non hanno importanza se non per la possibilità di qualche emorragia, d'un decorso troppo protratto, e credo superfluo scriverne qui distesamente.

La polmonite ha dei caratteri particolari che meritano d'esser presi in considerazione. L'epatizzazione è raramente molto compatta; di modo che difficilmente in quella zona si ha un'ottusità assoluta, e il soffio bronchiale di rado è consonante. L'estensione della parte epatizzata è ordinariamente ristretta; spesso nemmeno è invaso un intero lobo; ma la dispnea è in eccesso rispetto alla superficie respiratoria sottratta all'ematosi. Notevole è il fatto che i fenomeni plessimetrici e stetoscopici si spostano con facilità; non rimanendo fermi in un sito che per qualche giorno, e anche tornando in quello donde si erano allontanati. La tosse è penosa e poco efficace, e può mancare, anche quando l'infermo non è vecchio; l'espettorato, se non manca, tende più al rosso che al croceo, è piuttosto fluido, e non si attacca tenacemente al fondo della spatachiera come nelle polmoniti franche suol fare. Il polso è frequente e molle; il viso congestionato; la parola tronca; le urine scarse e con tracce di albumina, le notti insonni. Il decorso va oltre il settimo e il nono fino al quindicesimo giorno. La defervescenza è accompagnata da sudore, ma non avviene per crisi perfetta. Nell'andamento generale della malattia è visibilmente impresso il carattere astenico, e talvolta s'insinua, e poi si prolunga cronicamente in modo esasperante, la polmonite interstiziale.

Delle encefaliti le due forme che i clinici (STRÜMPPELL, OPPENHEIM, WERNICKE) hanno trovate in alcuni casi d'influenza, sono l'encefalite acuta emorragica e l'encefalite acuta emorragica superiore; ambedue gravissime; più rapida nel suo decorso la prima, meno rapida, anzi talvolta protratta per mesi, la seconda. Si hanno in ambedue fenomeni nervosi di *deficit* o convulsivi, d'origine nucleare o corticale. La diagnosi non sempre è facile, perchè gli elementi costitutivi della sindrome non sono sempre gli stessi, nè sempre eguale è la loro distribuzione nel quadro clinico. La sola cosa che può affermarsi con relativa sicurezza sul fondamento dei referti anatomico-patologici è che in questi casi si trovano nell'encefalo numerosi piccolissimi focolai emorragici.

Dopo la pandemia del 1889-90, a grande distanza di tempo l'uno dall'altro, io ho avuto occasione di vedere quattro casi di questa malattia, tutti chiusi con esito letale. Uno soltanto ebbe accenni di paralisi nucleare dei muscoli degli occhi, e un altro lieve disartria. Nessuno mostrò fenomeni di *deficit* negli arti, e tre invece furono nel corso del morbo assaliti da convulsioni epilettiformi, di tipo jacksoniano.

Il medico pratico che ne avesse desiderio potrebbe allargare le sue cognizioni leggendo quanto intorno a questo argomento è scritto nei più recenti trattati di Patologia speciale e di Clinica medica, segnatamente nel secondo volume del *Trattato delle malattie nervose* dell'OPPENHEIM, alle pagine 219 e seguenti.

È ormai noto e dai clinici generalmente ammesso e riconosciuto che l'influenza, oltre il danno che direttamente arreca agli organismi nei quali s'insedia, esercita di nascosto il deleterio potere di andare in essi svegliando processi morbosi latenti o predisposizioni che non avevano ancora avuto la libertà di affermarsi. Nella pandemia del 1889-90 e negli anni successivi io ebbi più volte occasione di convincermi che il funesto potere acceleratore di questa infezione sullo sviluppo dei mali che incontra nei soggetti da essa colpiti è un fatto vero e incontestabile. Un epitelioma della guancia e tre scirri della mammella, tutti per solito lenti nella loro andatura, non appena l'influenza si manifestò negli individui che li portavano, assunsero un decorso rapidissimo e in meno di tre mesi giunsero alla catastrofe.

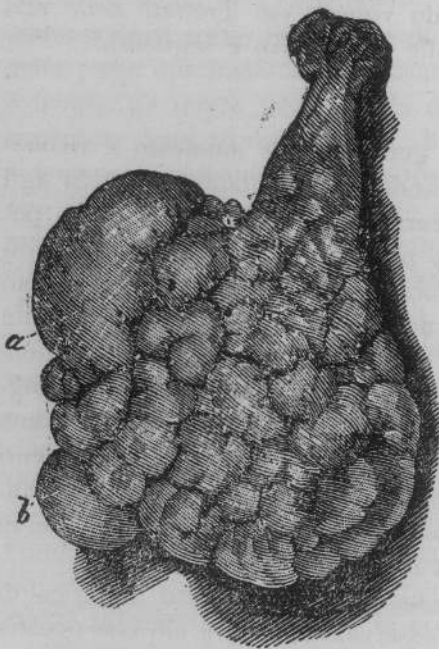
Bisogna però riconoscere che la natura affatto empirica di queste mie e di altre consimili osservazioni non è ciò che occorre per dare una base indiscutibile al rapporto causale che si vorrebbe vedere tra l'influenza e l'esalazione patogena dei virus nei quali s'imbatte. La conclusione che da queste osservazioni si trae potrebbe sempre essere tenuta in conto di sofistica, specialmente quando non fosse appoggiata a un numero di casi veramente straordinario.

Ma la pandemia del 1889-90 mi offrì la fortunata occasione di un esempio che, se non possiede tutta la solidità e il valore di un esperimento in piena regola, ha tuttavia una forza dimostrativa che a me sembra eccezionale ed esauriente.

Lo riporto integralmente in questa pagina insieme con la figura che lo riguarda, ambedue attinti dal mio opuscolo del 1891.

Una certa Annunziata S..., giovane contadina di questo Comune, nubile e di buona salute, portava da molti anni un tumoretto del volume d'un cece sul capezzolo della mammella destra; tumore per il quale non si decise mai a consultare un medico, non parendole conveniente nè giusto soffocare la voce del pudore per un'inezia che non cresceva e non le dava alcun disturbo.

La S... dice di non aver sofferto l'influenza nè prima nè dopo del gennaio 1889 e per tutta la primavera e l'estate seguenti. Anche afferma che dal gennaio del 1890 in poi quel tumoretto, che prima



Papilloma fibroso peduncolato
a e b vescichette (Dal vero)

aveva il volume di un cece, a poco a poco durante code-
sto anno di epidemia crebbe,
fino a raggiungere le dimen-
sioni d'una noce avellana che
non aveva mai raggiunte in
tanti anni, e poi d'una noce
comune. Si era a questo pun-
to, quando nel dicembre dello
stesso 1890 la S... fu attac-
cata formalmente dall'influen-
za, con forte catarro alla te-
sta e al petto. Or bene, in
quei pochi giorni di malattia
il tumore toccò la grandezza
di una pera, divenne livido,
alquanto dolente, e sulla sua
superficie, certo per effetto
della forte tensione vasale,
comparvero le due grosse flit-
tene che si vedono a sinistra
del disegno. La giovane se
ne spaventò, e venne da me.
Il tumore peduncolato, diviso
nella sua superficie a berncc-
coletti piani, come un cavolo-
fiore, rosso in alcuni punti,

rosso-cupo in altri, piuttosto duro, pendeva come un grosso fiocco dal
segmento esterno del capezzolo destro. Con un colpo di forbici lo recisi,
e lo feci cadere in un bicchiere con alcool. Poi lo portai al mio amico
il prof. FERRARO insegnante di Anatomia patologica nell'università di
Messina, che confermò con nuovo esame microscopico la mia diagnosi
di fibroma papillare.

Questo tumore adunque, stazionario per tanti anni, cominciò
a crescere e crebbe progressivamente dopo l'arrivo tra noi della
pandemia, segnando con la maggiore o minore rapidità della sua
evoluzione la maggiore o minore dose d'infezione subdolamente
insinuatasi nella S... Giacchè nemmeno durante l'anno la S... po-
teva dirsi affatto immune, quantunque ella ciò affermasse: l'altera-
zione della sua salute era già manifestata dall'insolito, sebbene
lieve, aumento del volume del tumore, il cui sviluppo enorme poi,
avvenuto in pochi giorni quando l'infezione si rivelò nella sua pie-

nezza, fu come la controprova della causa che durante l'anno sostenne il suo piccolo progressivo accrescimento.

E così, con questo tumore esterno, è divenuto accessibile a tutti e, se non m'inganno, per tutti evidente il potere nefasto dell'influenza sullo sviluppo delle malattie in genere e dei tumori in specie che casualmente incontra negli organismi da essa aggrediti, e acquista dal lato clinico grande probabilità la supposizione ch'essa, come la malaria, possa silenziosamente introdursi e appiattarsi nel corpo umano intossicandolo senza farlo avvertito, producendo, per es., uno di quei perturbamenti vasomotori che si svolsero nel tumore della S..., e che, quando avvengono su parti interne, possono anche sfuggire ad un'osservazione superficiale, e rimanere per lungo tempo sconosciuti.

L'influenza esercita questo suo malaugurato potere di sollecitazione e di aggravamento dell'intimo lavoro degli agenti morbosi ai quali si unisce, in duplice modo: indebolendo i naturali presidii difensivi del corpo umano, o, come oggidì si dice, mettendolo in istato di *anergia*, e insieme rafforzando la virulenza dei microrganismi da quello abitualmente ospitati o in quello accidentalmente penetrati.

CAPITOLO VII.

DIAGNOSI E PROGNOSI

Sommario. — Impossibilità presente della diagnosi batteriologica. Criteri diagnostici generali. Diagnosi delle forme genuine e delle dissociate. Necessità dell'esatta conoscenza dei precedenti epidemiologici della malattia. Diagnosi di esclusione rispetto alla melitense, al tifo e ai paratifi, alla tubercolosi, alle intossicazioni d'origine enterica, alla cachessia malarica, alle anemie. Prognosi.

Il prof. GAMMA, nel suo recente libro sulla *Diagnosi e terapia specifica delle malattie infettive*, dice che non è ancora consentita una vera e propria diagnosi specifica dell'influenza. Della stessa opinione sono gli altri patologi italiani. Bisogna quindi rassegnarsi, fino a nuovo ordine di cose, a fare di questa malattia la sola diagnosi clinica. La quale, però, se è facile nei casi in cui la sindrome appartiene alle forme genuine, altrettanto facile non è quando la sindrome appartiene alle forme dissociate, nei cui dominii, per arrivare a un'utile conclusione, bisogna procedere con molta cautela e non perdere di vista nessuno degli elementi che potrebbero accrescere lo spicco della particolare fisionomia dell'influenza.

Uno dei primi elementi e di non piccolo momento è il carattere pandemico delle forme cliniche di questa malattia, giacchè di tutti i morbi congeneri coi quali l'influenza potrebbe essere confusa a cagione di comuni atteggiamenti nosografici, nessun altro è in così alto grado alieno dal presentarsi nelle modeste proporzioni di un'epidemia locale o anche regionale. Ma quando anche essa si adattasse a manifestarsi come epidemia locale, circoscritta, si potrebbe sempre trovare, nella considerazione attenta del genio particolare emergente in questa o quella delle sue passate epidemie, quanto basta a meglio indirizzarsi verso la meta della diagnosi.

Così non sarebbe di piccolo aiuto conoscere, in qualche dif-

facile incontro, che l'epidemia del 1773 si distinse per la grande frequenza delle metrorragie, e delle emottisi quella del 1837; che disturbi dissenteriformi dominarono nel 1885, e fenomeni nervosi, congiuntamente a disfunzioni gastroenteriche, nell'epidemia del 1848; finalmente che in altre epidemie tanto imperversarono le tossi spasmodiche, da far meritare all'influenza, come già s'è detto, il nome di *coqueluche*: nè si fantasticherebbe, cavillando come causidici, sulle possibili cagioni di certe psicopatie inaspettate, di certe improvvise cecità, di certi sudori profusi inesplicabili, della scialorrea, delle palpitazioni, delle sincope, se si sapesse che le alienazioni mentali furono espressamente notate nell'epidemie del 1790 e del 1837; le amaurosi improvvise nell'epidemia del 1833 e del 1837; i sudori profusi nel 1782; nel 1750 la scialorrea; e, finalmente, le palpitazioni e le sincope nell'epidemie del 1833 e del 1837.

Nondimeno, il carattere pandemico dell'infezione e la conformità di alcuni sintomi, che sembrano eccezionali e di non facile interpretazione, con sintomi eguali presentatisi in gran numero come regola in altre epidemie d'influenza, se sono elementi di non trascurabile, anzi di sicura utilità pel buon avviamento del lavoro diagnostico, sono però sempre elementi indiretti intorno ai quali si può sofisticare.

Alla diagnosi, per ogni buona regola, bisogna pervenire direttamente, mediante l'esatta conoscenza delle forme cliniche principali della malattia e degli elementi sintomatici essenziali che la costituiscono, prima tra tutti l'astenia. Allora soltanto sarà facile trovare l'influenza, anche in fondo a quei tanti morbi che le si possono accoppiare come complicitanze, e che a cagion sua meritano una prognosi ben più grave e una terapia meglio indirizzata e più vigile. La possibilità che le metrorragie, le congestioni cerebrali, le congestioni all'infimo tratto deg'intestini, alla prostata, poniamo, siano sostenute dall'influenza, come la storia delle sue epidemie dimostra e la natura della sua patogenesi suffraga, non toglie che non possano anch'essere il prodotto di altre cause. Ma quando l'influenza è essa la causa produttrice, le metrorragie, le congestioni cerebrali o intestinali o prostatiche, non vanno scompagnate da altri sintomi che riportano alla mente il suo ricordo. O prima o poi, sorgono dei perturbamenti morbosi, che spargono luce sul concetto diagnostico: degl'ingorghi glandolari, per esempio, delle nevralgie, delle anomalie secretive, un'insolita purulenza degli

escreti, una o parecchie insomma delle altre note cliniche caratteristiche dell'influenza, tante che bastano per la loro natura, per la successione loro e per l'assenza di altre cause particolari adeguate, a far comprendere che si ha davanti una sola malattia generale, sia pure dominata da un sintoma, e non uno o più morbi localizzati con accidentale ripercussione sull'intero organismo. Ma i sintomi, nondimeno, debbono essere cercati dal medico, giacchè spesso sono dall'ammalato, per la loro fugacità o per altro, inconsapevolmente taciuti.

La diagnosi delle forme genuine è facile, specialmente quando son presenti in modo spiccato il color rosso paonazzo del volto, la grave prostrazione delle forze e lo stato d'iperestesia della cute per il freddo. Anche fuori delle ricorrenze pandemiche, il concorso di questi tre sintomi non ammette dubbi sulla natura del caso.

Non così quando il tipico e usuale quadro clinico è scomparso per la dissociazione dei suoi elementi costitutivi, specialmente della febbre.

Prima di tutto viene a mancare alla manifestazione clinica, in questo caso, il suo carattere di malattia generalizzata, e questo può aprir la porta a non pochi equivoci. Possono poi venir fuori sulla scena, partendo da qualche organo, disturbi funzionali persistenti e importanti (partendo, per esempio, dall'encefalo, dai polmoni, dal cuore, dall'apparecchio digerente) e allora l'equivoco si consolida più facilmente in una diagnosi sbagliata. Ma anche quando il carattere di malattia generale è mantenuto perchè la dissociazione non è avvenuta a spese della febbre, gli errori diagnostici non sono infrequenti.

Una grande rassomiglianza hanno alcune di queste forme dissociate, quelle specialmente che assumono un decorso potratto e una febbre spesso mite, con quella che il CAPOZZI ha chiamata *febbre tifoide atipica*, che si è per un pezzo ingiustamente chiamata febbre napoletana e che adesso si chiama febbre melitense. Ma l'influenza se ne distingue pei seguenti caratteri:

- 1) per il complesso dei perturbamenti nervosi, che in essa è quasi sempre notevole, se non altro per varietà e molteplicità;
- 2) per l'erpate labiale e per le altre manifestazioni esantematiche che qualche volta l'accompagnano;

3) per la facile ricorrenza di episodi catarrali più o meno fugaci;

4) pel nessun danno che produce l'alimentazione solida, quando è proporzionata alle forze digestive del paziente e al suo bisogno;

5) pel niun profitto che si trae dal cambiamento d'aria nelle forme ostinate;

6) perchè in essa il deperimento organico e la distruzione dei globuli rossi del sangue sono maggiori.

Rispetto al tifo e ai paratifi, quando le particolarità delle forme non permettono una discriminazione sicura, io credo che qualche lume si potrebbe avere portando la propria attenzione non sul solo ammalato che è oggetto di contestazione, ma su tutti gli ammalati congeneri che si hanno in quello stesso tempo in cura.

La forma nosografica, di cui si dubita se appartenga all'influenza, poniamo, ovvero al tifo, non può essere una delle manifestazioni insolite dell'una malattia o dell'altra. Ora un'epidemia di casi tutti insoliti non è possibile. I casi usuali, tipici, debbono esserci, e il medico deve andarli cercando. Se le forme usuali, tipiche, sono d'influenza, sarà quasi certamente d'influenza la forma dubbia, anormale; se quelli sono di tifo, anche il tifo sarà quest'altra. Quando si seguisse questo criterio, anche senza guardare molto al tipo della febbre e alla disposizione delle varie sezioni della curva termica, alla mancanza della roseola, all'infrequenza delle lesioni funzionali dell'ileo e alla frequenza del vomito, alla ricorrenza di nevralgie e di altri perturbamenti del sistema nervoso periferico e al decorso, io credo che si potrebbe in molti casi raggiungere la meta della diagnosi.

Il prof. TEISSIER, nel suo libro su *La Grippe Influenza* pubblicato a Parigi nel 1893, appunto in proposito delle diagnosi d'influenza difficili scrisse che bisogna ricordarsi, in quelle occasioni, della *doctrine del BOTKINE, rattachant les maladies indéléminées à l'affection morbide dominante*.

A un medico pratico, per necessità di cose scarso di soddisfazioni morali epperò non disposto a far getto delle poche alle quali può avere diritto, non si dovrebbe far rimprovero d'attaccarsi alle piccinerie, se si permette di osservare che nel 1890 egli aveva già consigliato per vincere le difficoltà di alcune diagnosi d'influenza quella stessa precisa teoria che il TEISSIER chiama la dottrina del grande clinico russo.

La prova è nelle righe scritte quassù, nell'occasione della diagnosi differenziale tra il tifo e l'influenza, integralmente tolte dal mio vecchio libro. L'espedito, suggerito dal TEISSIER, era già stato, come si vede, applicato da me due anni prima.

Ma torniamo alle diagnosi differenziali.

Quanto alla tubercolosi, le difficoltà da vincere non sono grandi. A scanso di equivoci e per evitare rimproveri e dispiaceri, il miglior partito, quando le osservazioni microscopiche e batteriologiche dello sputo non sono possibili o non suffragano, quando la cuti-reazione non si vuole o non è prudente farla, è di affidare l'ammalato al radiologo. S'intende che io alludo ai casi in cui l'influenza si presenta sotto l'aspetto di febricola di lungo decorso e accompagnata da tosse secca.

Ci sono però anche le febricole da cronica intossicazione d'origine enterica che potrebbero essere misconosciute e scambiate con la febricola influenzale. Ma le autointossicazioni d'origine enterica non danneggiano mai così profondamente la nutrizione e la sanguificazione di chi ne è afflitto se non sono accompagnate da sciolta, nel quale caso ogni dubbio sparirebbe, nè sogliono resistere ad un regime alimentare razionale e alle cure opportune.

La forma cachettica difficilmente potrebbe essere scambiata con la cachessia malarica, perchè questa, oltre alla possibilità d'essere svelata dalla precedenza o, meglio, dalla ricorrenza di accessi di febbre alta qualificativi, dalla presenza del plasmodio nel sangue e dal grosso tumore splenico se non anche da partecipazione del fegato al processo, avrebbe nell'uso proficuo del chinino e dell'arsenico un ottimo espediente discriminativo.

Per le anemie si ricorra al microscopio.

La prognosi deve occuparsi non solo dell'esito ma anche della durata della malattia.

Durano certamente di più le forme dissociate; meno le complicate; meno ancora le genuine.

In quanto all'esito, sono per sé stesse relativamente più pericolose le forme complicate, segnatamente quelle con affezioni flo-gistiche degli organi principali della cavità del petto. Le genuine non sono pericolose che per le malattie complicanti alle quali possono dare occasione e incentivi, o per la loro possibile trasformazione in forme dissociate. È raro, e, nei bambini e negli

adolescenti rarissimo, che un individuo colpito da un attacco genuino d'influenza in piena salute muoia per effetto d'una congestione, di un'emorragia o di un profondo perturbamento nervoso. Ma se il colpito è un valetudinario, allora, anche senza complicarsi, può l'influenza portare la morte; perchè il morbo cronico delle volte acquista sotto l'impulso di quella una rapidità letale nella sua evoluzione, o perchè il filo della vita vien rotto da un accidente improvviso e inopinato.

Anche per le gravide bisogna essere prudenti nella prognosi, così per la possibile metrorragia e l'aborto, come per l'alterazione consecutiva de' lochii, che, avvenuto lo sgravio, l'influenza può favorire.

Particolarmente gravi tra le forme complicate sono le polmoniti e, più di queste, le encefaliti, che possono portare la morte anche rapidamente.

Quanto ai bambini, per l'esperienza che ho d'un numero sufficiente di casi, posso affermare che non le forme con localizzazione polmonare o bronchiale sono le più pericolose, poichè la congestione non raggiunge mai un grado elevato e la bronchite capillare può essere evitata più spesso che non si creda; ma piuttosto le forme addominali, segnatamente se si sviluppa il collasso o l'enterorragia, o se vi si aggiunge qualche processo flogistico.

Ma non tutte le forme cliniche dell'influenza sono complicate da malattie gravi, nè le forme dissociate si sviluppano nei soli vecchi o nei cronici; anzi, poichè per l'ordinario si hanno a curare con assai maggior frequenza ammalati di buona costituzione organica, giovani e precedentemente sani, il giudizio prognostico può essere di regola piuttosto rassicurante, così per quanto spetta alla vita come per quanto spetta alla completa restituzione nel primiero stato di salute. Ma non bisogna promettere assolutamente nulla in riguardo alla durata della malattia e alle possibili sue trasformazioni. Un povero artigiano di Bagnara, a nome Vincenzo C..., da quasi un anno continuamente ammalato, un po' con febbre, un po' con catarri delle vie del respiro o delle vie digerenti, con eruzioni cutanee, con nevralgie, con manifestazioni nervose d'ogni fatta, dopo aver consultato non so quanti medici ed essersi rimpinzato di medicine infruttuosamente, preferì credersi stregato, e si recò nella vicina Sicilia, credo a Barcellona, a sentire il responso d'una Sibilla; ma, purtroppo, neppure la Sibilla seppe additargli la via della salute!

Relativamente alla prognosi, è di capitale importanza in questa malattia, come, del resto, in tutte le infezioni, il comportamento del rene e della connessa pelvi, che possono dare facilmente dolorose sorprese se non sono con assiduità vigilati. Quando si effettua, nelle forme genuine, la partecipazione di codesti organi al processo morboso, è ordinariamente dovuta assai più alla loro congenita o acquisita labilità che alla gravezza del morbo. Si manifesta allora con lieve ematuria corrispondente ad una anche lieve congestione glomerulare, o con albuminuria così tenue da sfuggire alla prova comune del calore e da richiedere, per essere scoperta, l'impiego di reattivi speciali. Ma, se l'ematuria è grave e persistente e l'albuminuria abbondante, bisogna con la prognosi andar cauti: l'uremia potrebb'essere alle porte, anche se non si fosse ancora organizzata una formale complicazione.

Di particolare gravità è l'impegno renale nelle forme dissociate, specialmente per gli ostacoli che sorgono ad una congrua alimentazione riparatrice, in queste forme tanto necessaria e urgente.

CAPITOLO VIII.

TERAPIA E PROFILASSI

Sommario. — La terapia antitermica non è indicata, e la specifica non è possibile nel tempo presente; nè la terapia aspecifica può prenderne il posto. Terapia sintomatica: delle forme genuine. Terapia delle forme dissociate e delle complicate. Ascesso di fissazione. Superfluità dell'isolamento dei primi casi e impossibilità presente d'una profilassi specifica.

La mia grave età mi ha dato l'agio di assistere alle vicende, ora burlesche ora fortunate, di due concezioni diametralmente opposte dell'importanza patogena dell'infezione influenzale. Il BROUSSAIS aveva sentenziato, e l'abbiam visto, che l'influenza è un fantoccio costruito e posto in vendita da sfaccendati e da ciarlatani. Anche il NIEMEYER, che nell'edizione italiana del suo *Tratato* non aveva ammessa l'influenza nemmeno nell'elenco delle malattie e, nelle posteriori edizioni tedesche, si era piegato a darle un misero posticino fra i catarri, morì forse senza riconoscerle il diritto di stare tra le infezioni.

Ma ecco O. MÜLLER, che di questa malattia, creduta un fantasma evanescente o una trascurabile inezia, fa invece, in un suo studio pubblicato sul *Münch. med. Wochens.* del nov. 1933 e riassunto dal *Policlinico* nel gennaio del 1934, un duro e ponderoso ritratto di questa specie:

L'influenza è la più diffusa, la più polimorfa e, se si eccettua la peste polmonare, la più contagiosa delle malattie infettive dei nostri giorni... Dalle gravi forme tossiche, che decorrono in pochi giorni od anche in ore col quadro del collasso vasale mortale, si passa alle polmoniti per lo più atipiche con alta mortalità.

Io sono sempre stato e sono un assertore imperterrito e tenace della malignità di questa infezione, ma debbo confessare che il

ritratto tracciato dal MÜLLER è troppo fosco! Oggi — grazie al cielo — i medici non si permettono più di far dello spirito intorno all'influenza; ma anche quelli che per essersi da poco convertiti alla sua indiscutibile gravità hanno le paurose esitazioni del neofita sono pronti ad ammettere che l'influenza, nelle forme cliniche genuine, le quali nel numero fortunatamente sorpassano e di gran lunga tutte le altre, ha quasi sempre un decorso mite e un esito felice. Viené però di conseguenza una domanda:

Perchè dunque armarsi, anche contro queste forme, di tutti i mezzi di cui il moderno arsenale terapeutico dispone?

Per combattere la febbre quand'essa è troppo alta, si risponde.

Ma questa, che sembra una risposta ovvia e ragionevole, tocca un punto della pratica medica non poco oscuro e quasi scabroso. Alcuni, pur nondimeno, pacificamente vi si adattano, forse per non privarsi del rifugio dei numerosi antipiretici nella ricerca, talvolta ardua, del farmaco da prescrivere; ma la maggior parte dei pratici vi si acconcia per accidia, o perchè non sa convenientemente valutare il fatto dell'ostinato rinnovarsi, nella clinica, di dubbi e discussioni antichissime intorno all'utilità di combattere nelle infezioni la febbre, con l'aggravante di non poter proclamare chiuso con una conclusione definitiva il dibattito nemmeno ora che è stato portato nel campo sperimentale.

Rimando il lettore che desideri particolareggiate informazioni su questo argomento alla Patologia del LUSTIG o alla più recente dissertazione del GRENET e del PELLISSIER pubblicata sul *Le Monde Medicale* dello scorso febbraio. Vedrà che i dubbi e le discussioni persistono in onta alla loro multisecolare durata; ma che le ricerche sperimentali più numerose tendono a riportare a galla oggi e a saldamente consolidare l'antichissima e mai tramontata opinione dell'utilità della febbre nelle infezioni più gravi, utilità posta in discredito e male accolta in addietro più per la sistematica avversione dei positivisti della vecchia guardia verso le cause finali, che per ragioni scientifiche; e anche potrà accertarsi che, prescindendo dalle interpretazioni rispetto alle quali è forse impossibile l'unisono o l'accordo degli scienziati e badando più ai fatti, sembra generalmente ammesso che le alte piressie svolgono contemporaneamente nell'organismo infetto una duplice azione salutare: di conastro e di distruzione l'una, in danno dei microbi patogeni; di rinfianco alle difese organiche l'altra, col promuovere una copiosa formazione di anticorpi, e, attraverso l'iperleucocitosi, una più vivace attività fago-

citaria. Che se di fronte a questi più recenti e vantaggiosi pregi attribuiti alle alte febbri non si vorranno dimenticare gli altri già noti delle maggiori ossidazioni ch'esse impongono anche alle tossine microbiche e del più sollecito e abbondante avviamento di queste verso gli emuntorii dovuto appunto alla più rapida circolazione dalla febbre provocata e sostenuta, non saranno necessarie, spero, altre parole per rendere almeno tentennante il medico pratico nel decidere l'impiego dei mezzi intesi ad abbassare o a rimuovere del tutto negli influenzati le temperature febbrili. Io non credo superfluo ricordare che la condotta del medico presso il letto degli ammalati deve essere incondizionatamente dominata, tutta e sempre, dal noto apoftegma: *primum non nocere* — ahimè, quasi dimenticato! Il medico pratico non ha nessun dovere di proporsi e risolvere presso il letto degli ammalati questioni dottrinali, ma quesiti concreti di sicura utilità. E volendo pur concedere qualche cosa alla preoccupazione del medico di sembrare, astenendosi dal combattere la febbre, per lo meno imprevidente, dovrebbe per questo il medico darsi a prescrivere proprio l'*eukupin* e l'*optochina* che possono danneggiare la vista, l'*eleltrargolo*, il *dispargen*, il *caseum* e simili che delle volte colpiscono il bersaglio con la docile misurata compostezza d'una pallottola *dum-dum*, ovvero le immersioni nell'acqua fredda che, adoperate come per il tifo consigliano o consigliavano i tedeschi, ammazzerebbero un leone, e usate con parsimonia non so se lascerebbero vivo un infermo anche vigoroso ma nato e cresciuto nelle province meridionali d'Italia? Per fortuna oggi, contrariamente a quanto le disgrazie dell'influenza potevano far temere, anche tra i tedeschi c'è chi ammonisce d'andar cauti, almeno nell'influenza, con le cure idriatiche. L'ORTNER, per esempio, dichiara che egli evita per quanto può *nell'influenza ogni forma d'idroterapia che si valga dell'acqua fredda*; e, quanto agli antipiretici di natura chimica, anche i clinici, che ne ammettono l'uso, raccomandano di servirsene con moderazione, e solo quando la temperatura ascellare degli infermi si mantenga *durevolmente alta*. L'impiego dell'acqua fredda avrebbe poi, secondo il mio modesto avviso, la possibilità di riuscire dannoso per un altro verso: portando, cioè, in organi interni, o accrescendoli se già vi si trovano, quei disturbi circolatori che in questa malattia sono così frequenti, e tutt'altro che immuni da pericoli nei soggetti con sistema vasale vulnerabile.

Si aggiunga inoltre che, deformata con l'intervento curativo la

naturale fisionomia della febbre, viene a mancare al medico pratico un indicatore prezioso e insostituibile dell'avviamento che la malattia va spontaneamente prendendo e dei provvedimenti che il caso potrebbe aver reso necessari.

Debbo ora al chinino un particolare accenno.

Personalmente io non sono favorevole al suo uso.

Per potermi fare un'idea esatta dell'azione del farmaco e poter parlare col coraggio necessario a chi deve urtare contro la più diffusa opinione di molti rispettabili colleghi, ho tenuto durante la pandemia del 1889-90 il seguente metodo. In principio sono andato raccogliendo i casi possibilmente identici fra loro, per l'età, la costituzione, la salute e la forma clinica, e li ho assoggettati in un tempo ad un trattamento diverso, ponendo sempre di fronte il caso in cui somministravo la chinina con l'altro simile in cui non somministravo nulla. Ebbene, dopo molte prove e controprove, sono arrivato alla conclusione che il miglior metodo di cura era, anche per la febbre dell'influenza, proprio quello della *gran panacea del passerà*, adottato dal TORTI. Somministrando poi la chinina ora nel primo giorno, ora nel secondo, ora nel terzo e così via, non senza aver fatto prima la *conoscenza del decorso naturale dei casi lasciati a sè stessi*, ho potuto vedere che realmente la chinina metteva in fuga la febbre, ma semplicemente nel caso che la febbre s'era già messa in fuga da sè. Una volta anzi a S..., visto che non riuscivo altrimenti a vincere la resistenza del collega, mi sono sobborcato a prender tutta su di me la responsabilità del buon esito di una forma clinica che al secondo giorno dava una temperatura di 40°,6 in una giovinetta ch'era l'unica figlia d'un ricco signore, e l'ho fatto non per ostentazione di sapere, ma per provare al curante che la chinina non era necesasria in quel caso. La mattina seguente, infatti, la febbre era discesa a 37°,5; e se io fossi stato più timido, o il collega meno cortese e arrendevole e la chinina si fosse data, nella nostra mente avrebbe trovato il suo posto un errore di più. Io son d'avviso che la chinina si possa, quando proprio se ne ha la voglia, somministrare, ma con molta parsimonia, soltanto ne' casi ostinati, che hanno già superato la loro durata normale, che non mostrano alcuna tendenza a guarire, che decorrono con febbre molto alta; senza però insistervi con improvvisa ostinatezza quando se n'è veduta la inefficacia o, peggio ancora, il danno.

Quanto alle cure specifiche, mi soffermo a dire qualche cosa dei sieri e dei vaccini.

Credo che in questo campo, non so se per la velleità di parere evoluti, ci sia molta condiscendenza, e si faccia troppo uso di affermazioni incerte. È difficile imbattersi in proposizioni chiare e precise dalle quali il medico pratico possa attingere norme sicure per l'indirizzo della sua condotta. Si conviene da tutti, tranne poche eccezioni, che il microbo specifico dell'infezione influenzale non è ancora scoperto, e intanto si preparano, non a scopo di studio che sarebbe una cosa lecita e irreprensibile, ma per metterli in vendita nelle farmacie, sieri e vaccini con pneumococchi, streptococchi e bacilli del Pfeiffer che non avendo nulla a vedere con l'agente patogeno specifico dell'influenza, non possono spiegare nessuna azione curativa nelle forme genuine e nelle dissociate, pur potendo essere *magna pars* nelle infezioni secondarie che non sono qui in discussione.

Ma l'uomo non si smarrisce. Non essendogli possibile agire contro l'elemento specifico dei microbi che gli sfugge, ha pensato di creare intorno a questi un ambiente sfavorevole iniettando nel sangue dell'ammalato proteine e lipoidi che dovrebbero accrescere e condurre alla vittoria i suoi poteri difensivi.

Siamo, però, sempre lì: al proponimento, creduto salutare, di far cadere la febbre, e ai pericoli che lo *shok*, attraverso il quale questa terapia aspecifica dovrebbe operare i suoi beneficii, sorpassi il segno e, invece della malattia, distrugga l'ammalato.

Tuttavia, trasportiamoci per un momento nel campo del puro empirismo. Giovano all'ammalato questi sieri e questi vaccini?

Io li ho adoperati tutti, e per non breve tempo. Sono fermamente persuaso che non giovano, o giovano soltanto a chi li fabbrica. Non li ho più usati.

Giova la terapia aspecifica?

Secondo me, non giova, e rischia di nuocere.

Per me, nell'influenza — genuina, o dissociata — non c'è di veramente utile che la cura dei singoli fenomeni, fermo restando quanto si è detto specificatamente della febbre.

Contro il dolor di testa delle forme genuine, se si è in principio e l'ammalato ha il cuore e i vasi immuni, si potrà dare l'ipecacuana come vomitivo; e, se questa non avrà insieme provo-

cato, come talvolta suole, anche la sciolta, sarà bene amministrare, dopo un conveniente riposo, un purgante di foglie di sena. Si eviti, possibilmente, l'antipirina.

Contro la spossatezza, si dia ogni giorno, la mattina e la sera, un infuso, preparato a caldo, di radice di valeriana e di foglie e fiori di tiglio (ana grammi quattro). È un ottimo rimedio neurotonico; forse non dotto, nè di moda, ma consigliato in casi analoghi dal TROUSSEAU.

Contro la tosse, se è proprio molesta, qualche pillola di codeina e dionina, e coppette numerose sul torace — fianchi e dorso — le quali possono anch'essere scarificate, se in quel posto vi sono punte di dolore.

Contro la stitichezza, qualche bicchiere di latte di mandorle indolcito, bevuto di mattina a stomaco vuoto, oppure, lungo il giorno, delle cucchiainate di estratto di tamarindo Carlo Erba, sciolte nell'acqua, anch'esse convenientemente dolcificate con la mannite, o con lo zucchero.

Contro la debolezza del cuore, quando sia bene accertata da un'impropria frequenza di polso, dalla scomparsa della ricorrenza palmare, non digitale, ma caffeina per iniezione ipodermica, e, se c'è affanno, sparteina.

Senza troppo allungare l'enumerazione dei sintomi, il medico saprà regolarsi opportunamente secondo la loro natura e in conformità dei suggerimenti della Terapeutica.

Per sopperire poi ai bisogni della provvista idrica degli umori e dei tessuti, è necessario che l'ammalato beva quotidianamente tanta acqua, pura o con un gocciolo di caffè o di anice (fumetto), quanta ce ne vuole a non far discendere la quantità complessiva delle urine d'un'intera giornata al di sotto d'un litro e mezzo.

Di eguale, se non di maggiore interesse è la cura che bisogna prendersi della dotazione salina dell'organismo. Per la bisogna non occorre preoccuparsi d'introdurre nel circolo questo o quel sale. Come risulta dagli studi del SANARELLI, i diversi sali si sostituiscono tra loro nella normale funzione mineralizzatrice. Basta quindi immetterne uno qualunque nell'organismo, per dare a quella funzione il suo regolare esercizio. I clinici, anche prima d'ogni dimostrazione scientifica, hanno sempre usato nelle febbri, con finissimo intuito, la tisana d'orzo; l'orzo, che è così ricco di fosfati naturali. La tisana si prepara con l'orzo mondato, privato, cioè, di parte dei suoi involucri, messo, senza contunderlo, nella

dose di quindici grammi, in un litro di acqua, e tenuto a bollire finchè questa si riduca a mezzo litro. Si somministra all'ammalato in cinque prese eguali nel corso della giornata.

Nel caso poi che l'ammalato, per invincibile anoressia o per intolleranza dei cibi che gli si offrono, fosse costretto a crearsi un qualunque alimento sbrigativo confacente al suo stato, potrebbe con utile servirsi, anche come alimento, della stessa tisana d'orzo, arricchendola, però, con l'aggiunta di altri cereali dei quali bisognerebbe schiacciare ripetutamente i grani contro il fondo o le pareti della pentola durante l'ebollizione. Con questo espediente passano nel liquido l'amido, le sostanze azotate, i grassi e la cellulosa dei chicchi, oltre i fosfati. Lo CHARRIN prepara questo decotto alimentare e mineralizzatore mettendo insieme in un litro d'acqua un cucchiaino da zuppa di frumento, uno di granturco, uno d'orzo, uno di avena e uno di segale, e facendoli bollire finchè il liquido si riduca di metà; passandolo, poi, per staccio e aromatizzandolo secondo il gusto dell'ammalato. Se ne danno sette, otto tazze da caffè al giorno. Ma se anoressia o intolleranza per i cibi non c'è, l'ammalato d'influenza genuina deve essere regolarmente alimentato. L'alimentazione, però, data la forte febbre, deve essere sobria e di facile digestione, e corroborante. Io, personalmente, sono contrario all'uso del latte. E questa può parere un'eresia. Ho pur nondimeno dalla mia parte un clinico illustre: lo CHARRIN. Egli dice che il latte *provoca uno sforzo di digestione superiore a quanto si suppone*, e proprio allo scopo di evitare codesto dannoso sforzo propone, quando altri cibi non sono possibili, l'uso del decotto di cereali. Secondo la mia esperienza, il latte fa divenire, non di rado, sporca la lingua e il fiato puzzolente; e talvolta anche fa crescer la febbre. Se le particolari favorevoli condizioni dell'ammalato non obbligano ad adottare i cereali e danno una discreta libertà di scelta, io, consultandomi rispetto al gusto prima con lui in omaggio all'antico motto *quod sapit nutrit* e agli esperimenti del PAWLOW che lo illustrano e lo confermano, non metto ostacoli all'uso dei rossi d'ovo, della gelatina, dei passati di riso e di patate, dei biscotti di buona marca e delle frutta cotte. Concedo, inoltre, ma con le debite riserve, qualche tazzina di crema che, nel caso d'assoluta intolleranza per il latte, potrebbe anch'essere preparata con latte di mandorle, e non lesino, se è desiderata, qualche tazza di caffè.

Nei soggetti che hanno varcato il cinquantesimo anno d'età

e in quelli che, pur essendo più giovani, sono affetti da ipertensione, evito invece sistematicamente il caffè.

Non sarà forse inopportuno pel medico pratico il suggerimento particolareggiato d'una pietanza alla quale, quando l'ammalato non si oppone, io ricorro spesso. È piacevole, di facile digestione e molto nutritiva. La ripeto quattro volte lungo la giornata, alla distanza di cinque ore tra l'una e l'altra, e comincio a somministrarla dalle sei del mattino. In fondo è l'ordinario zabaione, emendato e con aggiunte. Occorrono rossi d'ovo freschissimi e cioccolata fine. Io mi valgo del *cioccolato di Roma*, tipo *hors choix*. Lo fabbricano i padri trappisti, ma non è detto che altrove non possa essercene dello stesso o del migliore. Per ogni pietanza s'impiegano due rossi d'ovo, due cucchiaini da caffè di zucchero polverizzato (10 grammi) e due pezzi di cioccolata (20 grammi). Si sbattono ben bene i rossi d'ovo con lo zucchero. Si stempera la cioccolata in quattro cucchiaini da zuppa d'acqua o di latte, ben caldi. Si uniscono insieme a poco a poco i due liquidi, e si pongono a cuocere su fuoco ardente rimestando senza esitazione la miscela un po' sul fuoco un po' fuori, sino a farle prendere la consistenza della crema. Il segreto della riuscita è nell'accorgimento e nell'abilità del cuiniere. Se si potrae più del conveniente la cottura, la miscela impazza; se di meno, sembra una broda.

Nell'alimentazione degl'influenzati sconsiglio assolutamente il vino, la birra e le bevande alcoliche concentrate.

La cura delle forme dissociate deve essere regolata dagli stessi principii generali or ora esposti nel parlare della cura delle forme genuine: cura sintomatica, con esclusione degli antitermici di tutte le specie, cura strettamente igienica e corroborante. Si modifica secondo le particolari necessità del paziente.

Allorchè, per la localizzazione del virus sui centri vasomotori o sul vago, si presentano i segni di un grave collasso o della pneumoplegia, sarà bene intervenire energicamente con rivulsivi sulla nuca (carte senapate, o, meglio, mosche di Milano), amministrando subito per iniezione ipodermica venticinque centigrammi di citro-benzoato di caffeina, e ripetendola al bisogno.

Nel caso poi della pneumoplegia, al trattamento anzi detto bisogna aggiungere le coppe, secche o scarificate, sul dorso e sui lati del torace, e una moderata purga di foglie di sena, per agevo-

lare, sgombrando il ventre, le escursioni polmonari e per loro mezzo l'ematosi. Potrebbero in questo incontro essere giovevoli, avendole sotto mano e in copia, le inalazioni di ossigeno.

Contro la febbricola, la miglior cura da fare — domando scusa del bisticcio — è quella che non si fa. Essendo la sindrome fenomenica poverissima, costituita quasi esclusivamente da quell'importantissima febbre minuta e dal malessere, difficilmente si resiste alla tentazione o alle richieste di somministrare chinino o di introdurre con la siringa sieri e vaccini che costano denari. Ma qui mi casca l'asino. La febbricola non si lascia smuovere, e il medico rischia di diventare ridicolo.

Le male lingue dicono che c'è avvezzo. MOLIERE nel suo *Ammalato immaginario* dice appunto *je ne vois rien de plus ridicule qu'un homme qui se veut mêler d'en guerir un autre*.

Ma è troppo. E tuttavia un monito, che giova tener presente.

Noi italiani, del resto, abbiamo avuto, un paio di secoli dietro, un nobilissimo e grande medico, FRANCESCO TORTI, il quale diceva di sè stesso: *Lancetta e china-china, o almen poc'altro — Il suo più forte sta — Nella gran Panacea del Passerà*.

Quando si hanno per le mani malattie che non ci ubbidiscono, e non minacciano, il TORTI potrebbe, o, se più vi piace, dovrebbe essere imitato.

Non pertanto, anche nella febbricola influenzale, il medico può fare delle cose utili e di facile impiego: vigilare sull'alimentazione, che deve essere sobria, certamente, ma sostanziosa e lontana dal vino e da ogni altra bevanda che contenga alcool; occuparsi soprattutto di non far mancare un'agevole deiezione alvina quotidiana, somministrando ogni sera, dopo la cena, una pillola d'estratto e foglie di belladonna, nello dose d'un centigrammo per ciascuno, se c'è stitichezza di natura spastica, o una cartina di mezzo grammo di polvere di rabarbaro e mezzo di bicarbonato di soda, se la stitichezza è invece dovuta ad atonia intestinale, o cinque-sei grammi di solfato di soda sciolti in acqua calda e bevuti la mattina in una volta a stomaco vuoto, se all'ammalato non ripugnano le medele salate e calde.

L'uscita all'aria libera si permetterà, quando le forze ciò consentono, e soltanto nelle buone giornate, asciutte e senza vento. Quanto a medicinali, i glicero-fosfati (*Valero-fosfer* WASSERMANN, *Valero-istogeno* GUALDONI, *Glicero-fosfati* ROBIN) potrebbero essere prescritti con qualche speranza di non aver fatto opera vana.

Contro le anemie, io soglio valermi dei preparati di calcio e di ferro, e soprattutto dell'arsenico sotto la forma di *liquore arsenicale* del FOWLER.

La cura dei casi complicati non potrebb'essere trattata in quest'opuscolo che per accenni, dal lato pratico inutili. Il lettore potrà con assai maggior profitto cercarla nelle patologie speciali e nei capitoli che di proposito si occupano delle singole malattie complicanti, le quali non son poche. Dal punto di vista chirurgico è interessante una relazione che il prof. DE PEREZ lesse nel 1900 all'adunanza della *Società italiana di Chirurgia* e che è largamente riassunta dal prof. ANDREA CECCHERELLI nell'ottava edizione italiana della *Patologia speciale medica* dello STRÜMPPELL.

Nelle forme gravi di questa infermità alcuni impiegano come espediente di cura l'*ascesso di fissazione*, proposto dal FOCHIER nel 1881 contro la polmonite, usato successivamente contro l'infezione puerperale, poi smesso, e finalmente riportato a galla e caldeggiato dal NETTER nel 1912 contro l'influenza. In generale s'impiega per combattere tutte le infezioni congiunte con fatti di natura setticemica. Si pensa di spingere per suo mezzo al massimo rendimento i poteri difensivi dell'organismo infetto, mobilitando anche e sottraendo al sangue un gran numero di leucociti carichi di microbi fagocitati.

L'ascesso viene prodotto iniettando sotto cute e con tutte le cautele d'uso da uno a due c. c. d'essenza di trementina. Si preferisce la pelle del fianco tra la cresta iliaca e le ultime false costole, o, meglio ancora, la faccia esterna della radice della coscia. Succede a questa iniezione un violento e molto doloroso processo infiammatorio locale, che a poco a poco si circonda e va in suppurazione, e che verso il quarto o quinto giorno dall'inizio può essere inciso per dar esito al pus. Il risolutivo movimento critico della sindrome infettiva dovrebbe però cominciare prima: nel secondo giorno.

È assolutamente controindicato nei vecchi e negli infermi troppo debilitati.

Nelle malattie di breve durata, come la polmonite, può fare inciampare il medico nel *cum hoc ergo propter hoc*.

Potrebbe forse trovare il suo buon impiego nelle forme dissociate ribelli agli altri mezzi di cura, e in particolar modo in quelle

dipendenti da intossicazione della corteccia del cervello con sonnolenza protratta.

Ai seguaci del *primum non nocere* dedico queste parole del MARTINET: *Quelques cas lamentables publiés indiquent que c'est une medication d'exception, à manier avec la plus grande prudence!* Se chi non usa prudenza fosse per caso il medico pratico, al danno potrebbe anche seguire la non ambita ricompensa del bastone dei congiunti dell'ammalato.

Finchè la scoperta del microrganismo dell'influenza non abbia permesso di dedurre le norme profilattiche dalle particolari modalità della sua biologia, non si può, in tema di profilassi, far altro che ripetere quanto si suol dire rispetto a tutte le infezioni, e con qualche riserva; perchè un microrganismo, come l'influenzale, ugualmente capace di produrre la malattia in qualunque stagione dell'anno, in aperta campagna con tutta la luce e l'ossigeno possibili come nei tuguri delle città popolate, sul picco asciutto d'un monte come nell'umido d'una bassura, deve essere dotato d'attitudini vitali tutt'altro che comuni. Pur nondimeno, il vivere sopra un suolo possibilmente salubre, in una casa soleggiata asciutta e pulita, bevendo buona acqua e mangiando buoni cibi, il mantenersi forti e allegri, evitando gli eccessi della tavola e l'abuso della venere, le veglie, le fatiche smodate del corpo e della mente, e soprattutto i repentini cambiamenti di temperatura, le correnti d'aria, il freddo-umido, i bagni, eccetto i tiepidi fatti a scopo di nettezza, sono utili espedienti per mezzo dei quali, se non si riesce a rimanere del tutto immuni dall'influenza, si possono in certo modo tener lontane le forme dissociate e le complicate. Le pratiche profilattiche da taluni proposte, di irrigare le narici, la bocca, la gola, con sostanze antisettiche, sono affatto prive di serio fondamento così teorico che pratico, perchè noi ignoriamo ancora quale via tenga il germe influenzale per penetrare nel nostro organismo, e perchè le narici, la bocca e la gola entrano nella sintomatologia vera del morbo, quando il germe è già dentro, a posto, e nell'esercizio delle sue funzioni.

Presentemente si fabbricano vaccini profilattici contro le complicate dell'infezione influenzale. Ma, poichè alle complicanze non sono predisposti proprio tutti gli uomini e nemmeno molti uomini, sembra assai difficile evitare il sospetto che l'individuo rima-

sto, dopo la cura, immune non debba alle sue doti naturali, anzi che al vaccino, codesta fortuna.

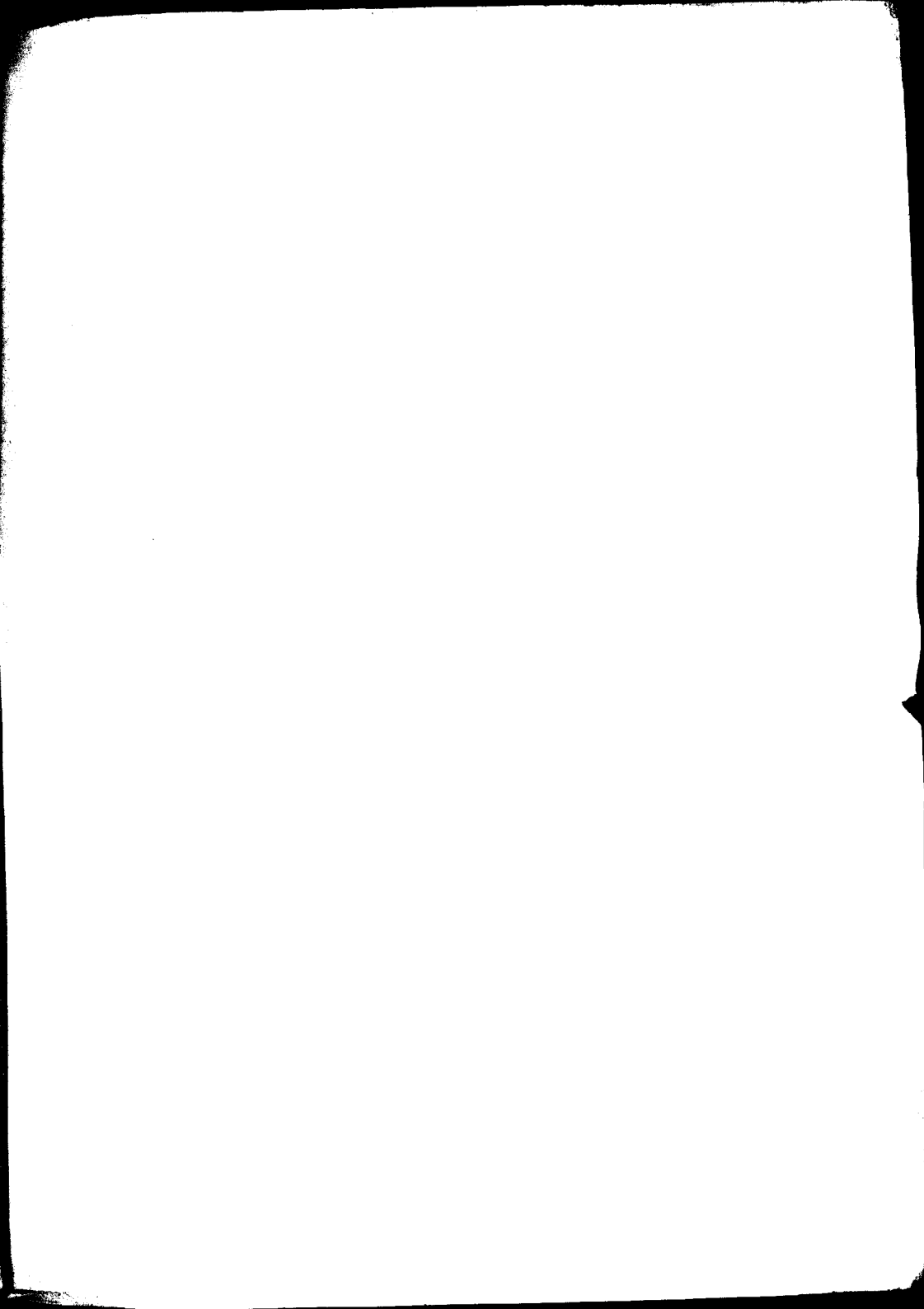
L'isolamento dei primi casi, data la contemporanea estensione dell'influenza ad un gran numero di persone, è praticamente inutile.

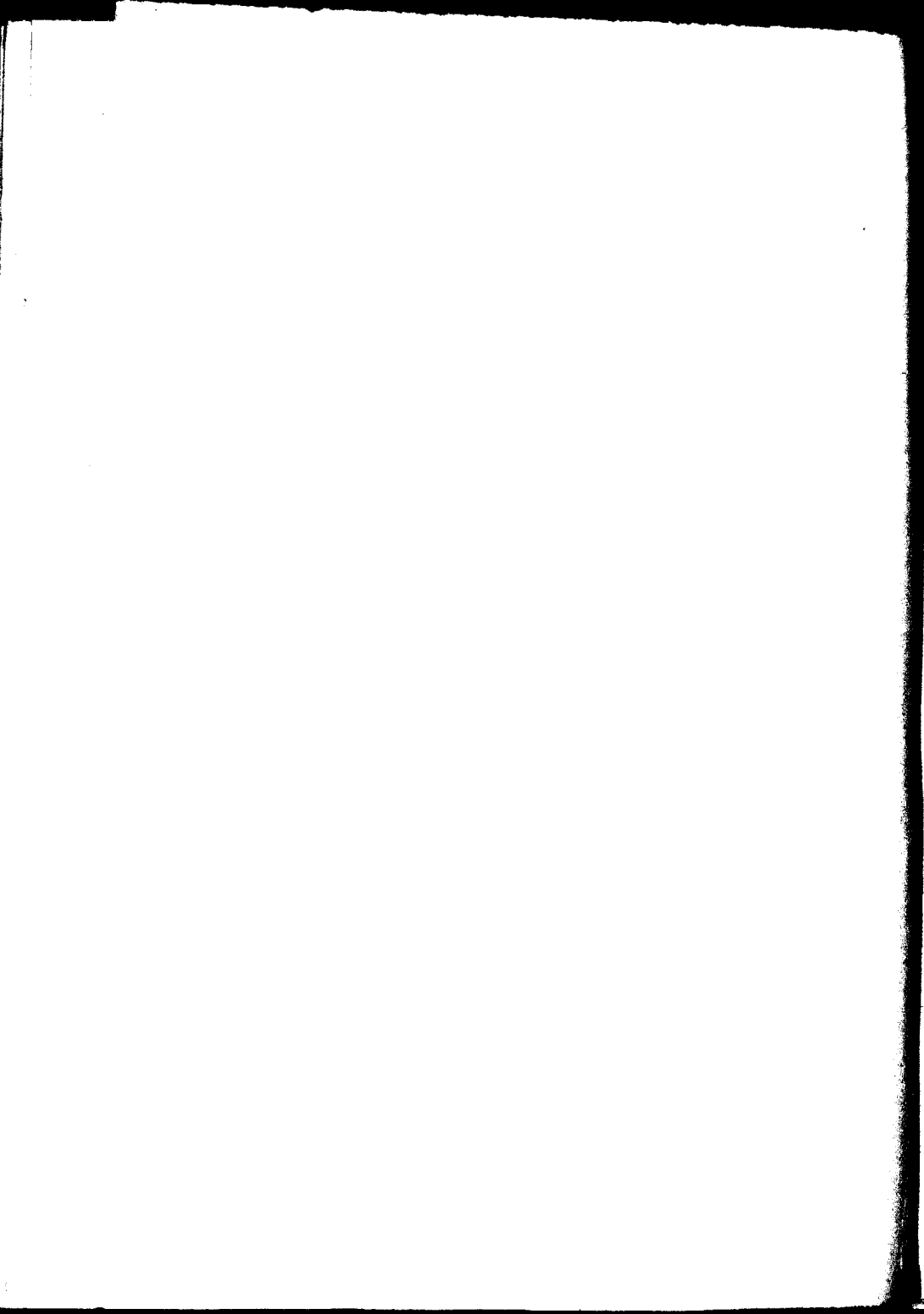
LIBRI CONSULTATI

- GAGLIARDI — Parere sopra l'influenza catarrale ecc. - Roma, 1733.
- G. B. MORGAGNI — Delle sedi e cause delle malattie. - Firenze, 1840.
- G. FRANK — Precetti di Med. prat. univers. - Napoli, 1841.
- H. GINTRAC — La Grippe. Extrait du nouv. diction. de Médec. et de Chirurg. prat. - Paris, 1872.
- R. G. GRAVES — Lez. clin. di medic. prat., ediz. II. - Firenze, 1873.
- S. IACCOUD — Traité de Path. inter. tom. sec., sixième édition. - Paris, 1879.
- BROCHIN — Grippe. In Diction. encycl. des scien. médic., direct. A. Decambre - Paris, 1884.
- G. CHAUVEAU — Contrib. a l'étude de la Grippe. Thèse - Paris, 1884.
- D. CAPOZZI — Nozioni gen. sulle malattie infettive, pubblic. nel « Medico prat. contemp. » - Napoli, 1885.
- G. COHNEIM — Lez. di Pat. gen., sec. vers. ital. - Napoli, 1885.
- W. ZUELZER — Influenza, Handbuch der speciel. Path. und Therap. herausgegeben von Dr. H. v. Ziemmsen. Zweite Band, Dritter Theil. - Leipzig, 1886.
- C. FIESSINGER — La Grippe infect. à Oyonnax. - Paris, 1889.
- HEYFELDER — Zur Influenza-epidemie in Petersburg. Wiener Klinis. Wochensc. n. 51. Wien, December 1889.
- MUNDY — Ueber die Influenza. - Wien, 1890.
- DREYFUSS — Notiz. zur. Erkrän. des Ohres bei Influenza. Berliner Klinis. Wochensc. n. 3. - Berlin, Januar, 1890.
- O. FRENTZEL — Zur Kenntniss des Fieberganges bei Influenza. Centralblatt für Klinis. med., n. 2. - Berlin, Januar, 1890.
- A. VILLARD — Leçons sur la Grippe. - Paris, 1890.
- I. GRASSET — Leçons sur la Grippe. - Paris, 1890.
- S. MIROPOLSKY — La Grippe à Paris et dans les Hop. - Paris, 1890.
- A. CANTANI — Sull'Influenza. Lez. clin. - Napoli, 1890.
- E. DE RENZI — Sull'influenza. Nota clin. - Rivista clin. e Terap., n. 2. - Napoli, febbraio 1890.
- D'ABUNDO — Influenza e Psicosi. Il Manicomio moderno, n. 1 e 2. - Nocera Inferiore, 1890.
- G. COLOMBO — Sull'Influenza. - Milano, 1890.
- R. RAMPOLDI — Sopra alcune affezioni oculari in rap. con la cosiddetta Influenza. Annali di Oftalmologia. - Pavia, 1890.

- G. DE LUCA — L'Influenza e la febbre Dengue. Riv. Clin. e Terap., n. 1. - Napoli, gennaio 1890.
- P. MOSCATO — Sintomi e corso dell'epidemia d'Influenza, manifestatasi a Porto Empedocle. Riv. Cl. e Terap., n. 19. - Napoli, ottobre, 1890.
- OTTONE SEIFERT — Sull'Influenza (trad. del dott. CAPPÀ). Milano, 1890.
Chi volesse indicazioni bibliografiche più abbondanti potrebbe consultare il seguente lavoro:
- W. KRATZ — Materialien zu einer Geschichte der Influenza etc. - Leipzig, 1890.
- A. RUBINO — La pneumonite da influenza. Riv. Cl. e Terap., n. 9 - Napoli, 1891.
- J. TEISSIER — La Grippe. Influenza. - Paris, 1893.
- E. EICHHORST — Trattato di Patol. e Ter. spec. med. - Milano, 1895.
- A. CHARRIN — Lezioni di Clinica Medica. - Milano, 1897.
- Les defenses natur. de l'org. - Paris, 1898.
- F. BOTTAZZI — Chimica fisiologica. - Milano, 1898.
- E. MARAGLIANO — L'Influenza dal punto di vista della clinica, della patologia e della terapia. Riforma Medica, - Napoli, 1898.
- H. HUCHARD — Cons. Medicales. - Paris, 1901.
- E. v. LEYDEN e F. KLEMPERER — La Clinica contemporanea. - Milano, 1904.
- H. OPPENHEIM — Trat. delle malattie nervose. - Milano, 1906.
- A. GILBERT e L. THOINOT — Nuovo Trattato di Medic. e Ter. - Torino, 1907.
- A. STRÜMPPELL — Trat. di Pat. spec. med. e ter. - Milano, 1907.
- A. DI VESTEA — Princ. d'Igiene. - Torino, 1908.
- MARTINET — Thérapeutique clinique. - Paris, 1923.
- C. GAMMA — Diag. e Ter. specifica delle mal. infettive. - Torino, 1925.
- J. v. MERING — Trat. delle mal. interne. - Milano, 1926.
- A. LUSTIG, D. OTTOLENGHI, P. RONDONI, G. VOLPINO, A. ZIRONI — Come si contraggono le mal. inf. - Milano, 1930.
- O. MÜLLER — Nel Policlinico di Roma del 7 gennaio 1934, n. 1, della sez. prat.
- A. LUSTIG, P. RONDONI, G. GALEOTTI — Trattato di Pat. gen. - Milano, 1935.
- G. F. KLEMPERER — La Clinica medica. Enciclopedia di Medicina pratica. - Torino, 1936.
- GRENET e PELLISSIER — Le Monde Medical del febbraio 1937.

61053







Prezzo L. 15