



AUGUSTO MURRI

DEI MEDICI FUTURI

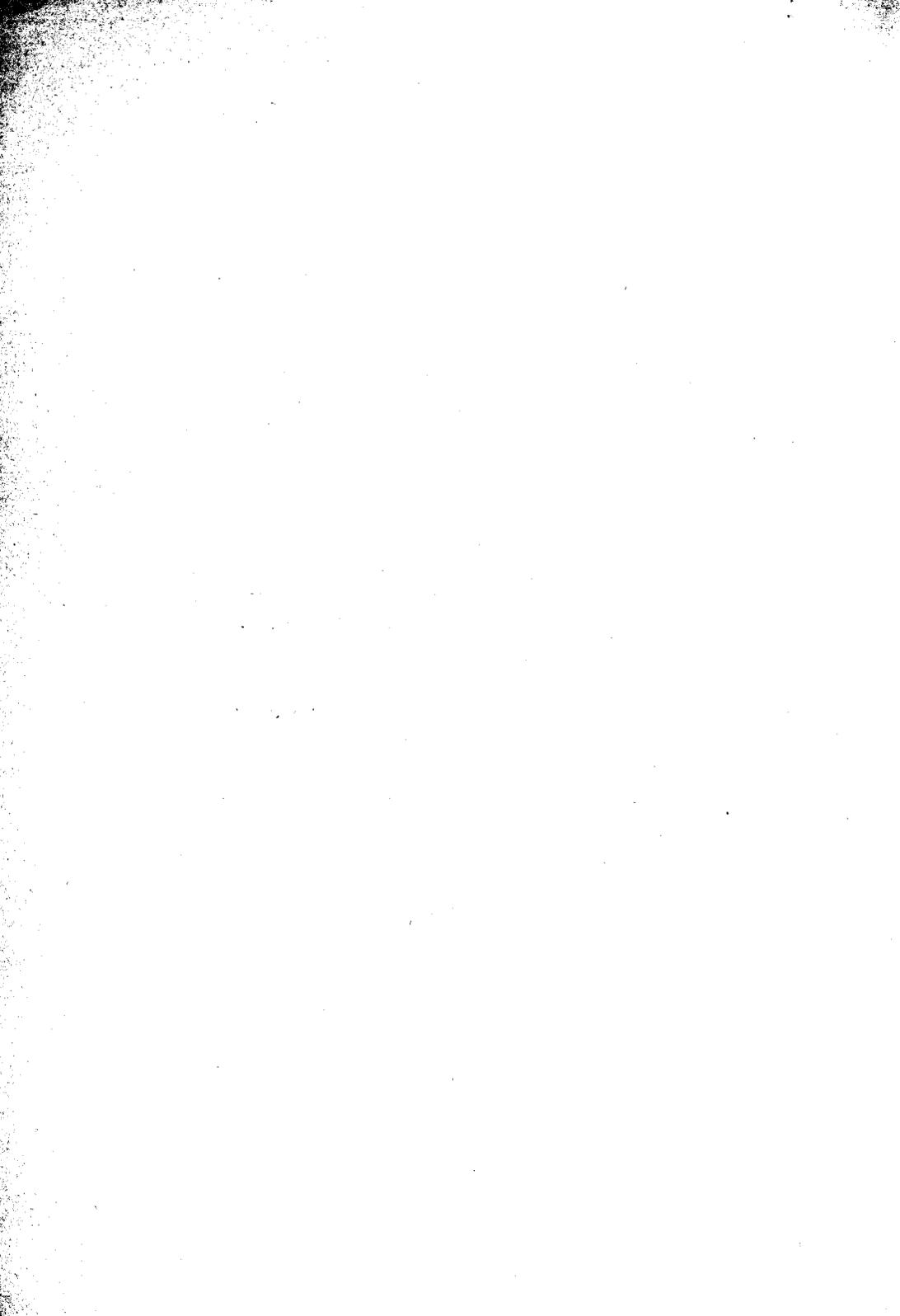
Estratto dal POLICLINICO (Sez. Medica), anno 1920

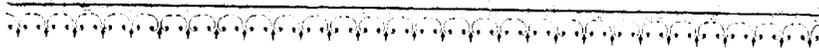
*Murri B
69.7*



ROMA
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »
N. 14 — Via Sistina — N. 14

1920





AUGUSTO MURRI.

Dei medici futuri.

Un antico savio lasciò scritte queste parole: «l'evento è il maestro degli stolti». A questa stregua noi medici non saremmo che degli stolti. Naturalmente uno, che si crede in possesso di verità assolute, non rinuncierà mai facilmente a questa orgogliosa, ma dolce fiducia. Se a furia di deduzioni dal suo dogma egli è pervenuto ad una concezione e invece l'evento non è conforme ad essa, egli pensa che sarebbe da stolto l'abbandonare per questo quel caro principio, cui contraddice l'evento. Ma un medico non può aver dogmi: e crede solo ai fatti. Ha egli pure delle prevenzioni, delle presunzioni, delle previsioni, ma è sempre pronto o, almeno, dovrebbe esser sempre pronto a modificare il suo preconcetto ogni volta, che l'evento stia contro l'aspettazione.

A noi medici par d'essere uomini di buon senso e, non degli stolti, se riconosciamo gl'insegnamenti delle cose. Noi ci troviamo infatti in ottima compagnia, cioè con tutti i credenti nella scienza sperimentale. Un evento impreveduto insegna all'osservatore di buon senso, che nelle premesse, che avevano ispirato la sua aspettazione, c'era insufficienza od errore. Se lo sperimento non avesse tale valore, perchè dovrebbe mai istituirsi? Se fosse logico preveder l'esito con certezza, allora sì, sarebbe stolto il promuoverlo. Certo si può far vela verso l'Asia e arrivare invece in America: si può provocare una guerra universale colla presunzione di vincerla, facendo i calcoli più ragionevoli sopra una mirabile preparazione militare durata mezzo secolo e nondimeno subire una sconfitta quale un popolo grande, forte, sempre guerresco, sapientissimo non immaginava neppure.

L'evento però può restare del tutto infecondo, se non se ne scruta esattamente il significato e non se ne trae ammaestramento. Se i successori d'Ippocrate avessero compreso, che la parte utile dell'opera di lui era soltanto quella, ch'egli aveva com-

più mediante l'osservazione dei malati, essi avrebbero dovuto continuarla incessantemente anzi che contentarsi d'inculcare le conquiste empiriche fatte da lui senza aumentarle seguitando poi, come lui, a vaneggiare intorno a teorie le più insistenti. Se i successori di Galeno avessero saputo riconoscere, che il suo esempio d'istituire sperimenti sugli animali costituiva il consiglio più importante, che poteva trarsi dalle sue opere, tutti i secoli del Medio Evo, durante i quali la mente dei medici s'esauriva in gare d'erudizione e in vacue disquisizioni dottrinali, non sarebbero trascorsi senz'accreocere di preziose notizie la Medicina.

Una storia, s'è veritiera, non è che la narrazione di eventi naturali, umani, sociali, scientifici. Chiunque conosce una tale storia e possiede acume sufficiente può diventare giudice esatto e consigliere benefico. Non per tutti, dunque, l'evento è *un caso!* Solo per coloro, pei quali non rappresenta che questo, l'evento è veramente il maestro — un maestro incompreso da cattivi discepoli. Certo costoro sono i più.

Poichè effetti senza cagioni adeguate sono inconcepibili da ogni mente, che pensa, ogni persona ragionevole si volge a ciò che ha preceduto l'evento per scoprire le azioni, che lo determinarono. E se, investigando, le scorge, il maestro degli stolti diventa il maestro dei sapienti.

Non parrebbe che investigazioni così fatte dovrebbero essere frequenti? Eppure sono così rare, ch'io son mosso a parlarne per porre in rilievo il merito di sir James Mackenzie, al quale la Medicina d'oggi è debitrice d'un libro pregevolissimo, che io considero ispirato dal concetto, che or ora ho emesso. E il merito dell'illustre medico inglese è da pregiare anche di più, perchè a lui non fan difetto titoli, che gli frutteranno ammirazione più larga di questo studio critico generale, il quale dall'analisi del presente trae consigli per migliorare il futuro (1). Sul mercato ordinario degli studi medici un lavoro critico è poco ricercato e poco valutato: invece le indagini pazienti e feconde di sir Mackenzie sui malati di cuore non c'è medico vivente, che non le ammiri, poichè se nessuno può immaginarsi di conoscere fatti, che finora erano ignoti a tutti, nessuno però facilmente concede, che le proprie idee generali abbian bisogno dell'altrui sussidio.

L'intento precipuo del Mackenzie sembra quello di restituire al pratico comune una parte importante nella ricerca scientifica delle malattie. Nei primordi della Medicina era l'opera di lui l'unico strumento d'indagine: oggi egli sembra caduto al grado d'un semplice discepolo e i suoi maestri sono l'anatomico, il fisiologo, il patologo, il batteriologo, il chimico: quanto più il medico pratico sa rifugiarsi sotto l'autorità di questi scienziati, tanto più stima egli gode di sapere adempiere altamente l'ufficio suo. Fu in gran parte da questo concetto, che nacquero gli specialisti, poichè, limitando essi il loro studio, poterono sempre più profittare per la conoscenza d'un organo solo di tutte le nozioni, che gli studiosi di laboratorio andavano rilevando intorno a quello. Nè è da dire, che tale indirizzo non abbia servito ad arricchire di moltissime ed utili cognizioni la Medicina. Se non che, l'ufficio del medico curante sembra per questo ognor più disceso. Oggi l'infermo ci si presenta già provvisto d'una lastra radiografica, d'un'analisi del contenuto gastrico e dell'urina, sa già se

(1) *The future of Medicine*, by Sir James Mackenzie, London, 1919.

nel suo esecrato esistano o manchino i bacilli della tubercolosi, se nel sangue e nel liquido cerebrospinale si riscontri la reazione di Wassermann, se nel fondo dell'occhio fu scoperta una papilla da stasi o una neurite ottica da nefrite cronica: l'otoiatra ci fa conoscere come si trova l'orecchio, il laringologo c'informa sulle condizioni del laringe e della trachea: un collega esegue per noi la cistoscopia, un altro l'esame ginecologico. E non c'è forse un grande progresso in questo? Certamente. Io non ho mai cessato di sostenere, che tutte le indagini parziali sono necessarie quantunque sieno impossibili per un solo medico. Ho veduto de' clinici guardare al laringoscopio, recare qualche provetta d'urina nell'anfiteatro delle lezioni, far trovare sur un tavolo due o tre microscopi, ma non ho veduto mai, non ho appreso mai, che ci fosse un maestro; il quale sapesse eseguire tutte le indagini colla perizia tecnica necessaria, e conseguibile soltanto da chi siasi versato singolarmente a qualcuna di esse. È impossibile far credere allo studente, ch'egli potrebbe arrivare a far tutto da sè: peggio poi incurarlo a fare ciò che non sa, poichè una ricerca male eseguita tecnicamente è pernicioso per il giudizio. Ciò pone il medico esercente in una certa dipendenza dagli specialisti, tanto più che il pubblico è portato più ad ammirare un congegno fisico o chimico applicato dal medico per l'esame d'un sintoma, che il congegno intellettuale, per cui egli da un'analisi di tutto l'infermo trae il giudizio della malattia. Gli specialisti valgonsi d'ordinario di qualche strumento per scoprire le modificazioni, che la malattia ha fatto subire alla parte del corpo, che costituisce il ristretto campo del loro studio. E poichè ciò, che colpisce i sensi del pubblico ignaro, val sempre di più, che un lavoro cerebrale invisibile, qual'è lo sforzo diagnostico del medico comune, gli specialisti odierni son tenuti in maggiore estimazione dei medici comuni, che hanno il compito di conoscere tutto l'organismo malato e di desumere dalla conoscenza di tutte le singole parti malate la sintesi dell'infermo. Invece lo specialista vede perfettamente la lesione d'una parte, ma ignora tutto il resto o al più sa poco e male della condizione generale dell'infermo e anche dell'influenza, che su di esso esercita la lesione locale da lui studiata.

In vano forse nel libro del Mackenzie si cercherebbero idee originali circa il lavoro intellettuale del medico: vi si troverebbero però pensieri giusti, sempre obliati. Qualche errore riappare ogni tanto in Medicina perchè il vero resta offuscato da concetti nuovi e giusti. Il libro del Mackenzie è un richiamo alla retta e severa applicazione del metodo sperimentale nella Clinica. Questa formula non basterebbe però a specificare l'idea dell'illustre medico inglese, poichè pare impossibile, eppure la mente dei medici è tanto ineducata che considera *sperimentale* solo il lavoro, che si compie in qualche laboratorio. Sarebbe ingiusto negare, che nell'ultimo mezzo secolo una gran luce di scienza non siaci venuta dalla Germania. Essa però usciva o dai numerosi laboratori ottimamente provvisti d'ogni suppellettile e molto popolati di zelanti ricercatori ovvero dalle sale anatomiche animate dallo spirito privilegiato di Rodolfo Virchow più tosto che dalle corsie degli ospedali. I clinici tedeschi cercarono indefessamente d'innestare nella clinica i prodotti del laboratorio: e ciò parve più alta scienza. Quegli esperimenti però erano portati in Clinica, ma erano eseguiti altrove. I compatrioti di Bacone e di Sydenham invece non s'inoltrarono molto in questo territorio largamente percorso dai medici tedeschi: essi si tennero più strettamente all'osservazione de' malati. L'Italia aveva avuto la fortuna di dare

alla Medicina ma mente limpida, la quale quasi un secolo fa aveva non solo antiveduto, ma anche ben formulato ciò che oggi costituisce l'essenza delle aspirazioni di Mackenzie. Nullameno nè il Bufalini, che così considerò dall'alto le vie, che doveva per correre il clinico, ebbe poi la forza o la fortuna di dimostrare l'efficacia dei pochi canoni di metodo veramente sperimentale necessari alla clinica, nè tanto meno il pensiero tenacemente, lungamente da lui riaffermato fu fecondato dai suoi successori. I Tommasi, i Concato, i Cantani, clinici valorosissimi, ebbero la direzione del pensiero medico italiano. Essi, però, ignorando o trascurando tutto ciò che già c'era qui, trasportarono di sana pianta tutto quello, che di vero e di utile il lavoro metodico delle scuole tedesche aveva acquisito per la scienza medica, ma anche quello, che sarebbe stato bene di lasciare dov'era. Col vero e coll'utile essi trasportarono qui anche l'imprecisione dei concetti direttivi. Quantunque non si dicesse aperto, che il clinico dovesse esser guidato solo dalle nozioni fornitegli dai laboratori, in realtà però egli era tanto più apprezzato quanto più obbediva alla direzione altrui: così tu trovavi più faciliute chi pensava istologicamente, chi anatomopatologicamente, chi fisiologicamente, chi chimicamente, anzi che uno che pensasse clinicamente.

Costoro si credevano ed erano erediti i veri seguaci del metodo sperimentale. E sperimentale era certo la materia, onde foggivano il giudizio proprio, ma sperimentale non era sempre la via, che seguivano per giungere a conoscere il malato. Quando si dice, che la malattia *non è che la vita in una speciale condizione*, si dice realmente cosa vera. Ma quando da questo si vuol dedurre, che la vita malata si può conoscere interamente coll'inferirla dalle nozioni fisiche o chimiche della vita *non malata* o dalle alterazioni anatomiche o dai germi, che l'autopsia fa scoprire o dalle tentate *imitazioni* della malattia fatte negli organismi inferiori si manca al più essenziale dei precetti del metodo sperimentale, ch'è quello di desumere *direttamente*, il più direttamente che sia possibile, colla verifica immediata le relazioni di due fenomeni naturali. L'instimabile fortuna della Medicina moderna fu ed è che i medici, nutriti, come mai prima erano stati, di spirito naturalistico, spinsero le indagini della vita sana e della vita morbosa con uno zelo, con un fervore, che non si potrebbero mai esaltare abbastanza. Ma nessuno d'essi, forse abbagliati dalla luce ch'essi stessi avevano potuto sostituire alle tenebre, seppe del tutto difendersi dal demone delle conclusioni precipitate. La malattia è un processo ordinariamente così complicato, che a guardarla solo da un lato è già *a priori* un errore mentale quasi imperdonabile. Senza parlare delle antiche farneticazioni dei chimici e dei fisici, valga l'esempio più recente dell'anatomia patologica. Che c'è di più intimo coll'occulto processo della malattia se non l'alterazione delle forme e della struttura degli organi? Eppure le pretese dei medici del secolo XIX non c'è oggi uno, che non le ripudi: pensare *anatomicamente*, come inculeava Virchow, certo il più insigne dei patologi del secolo passato, sarebbe oggi un anacronismo. Chi parla più di quella *Patologia cellulare*, che un tempo fu la bibbia dei medici? C'è stato un tempo, e non è lontano, in cui, volendosi scegliere un insegnante di clinica, s'andava a cercarlo nei laboratori d'anatomia patologica. Il Mackenzie oggi rivendica l'importanza del medico di famiglia (*Practitioner*) per l'investigazione delle malattie. Egli dice che nemmeno il medico dell'ospedale o il consulente sono al caso di studiare le manifestazioni del processo morboso, dappoichè i primi fenomeni suscitati dalla causa morbigena sono i

più indicativi della sede e della qualità del processo morboso: a misura che questo s'estende, s'approfonda, s'aggrava, altre parti dell'organismo sono per esso disordinate, la confusione è maggiore, lo sceverare il danno primitivo dalle sue conseguenze è tanto più difficile, l'attribuire l'alterazione d'un organo o di molti a quella, ch'è l'*origo mali*, diventa più pericoloso che mai. Io mi trovai, da giovine, alla scuola di Virchow un giorno, che fu portato alla sezione un cadavere della clinica: il professore Frerichs aveva diagnosticato colera asiatico, ma Virchow negò la diagnosi del clinico.

L'esempio non vale se non per dimostrare come s'arroghino di conoscere le malattie meglio di chi osserva i malati alcuni studiosi, che non sono al caso di considerarle che un aspetto. Il Bufalini, ad esempio, fu sempre considerato dagli anatomici italiani come un illuso, perchè sostenne *sempre* che un'infezione tifoosa può, *in casi eccezionali*, non produrre ulcere intestinali: i bigotti di quel tempo lo deridevano, siccome uno, che negasse fede all'anatomia patologica. Questa, secondo essi, dimostrava sempre la dotinenteria, asserzione generata dal loro vizio mentale. Oggi si sa che ci sono dei paratifi e anche delle vere infezioni da bacillo di Eberth senza lesioni intestinali. D'onde l'errore? Naturalmente dal pregiudizio, che l'anatomico è un cultore di scienza sperimentale e che, come tale, può dar lezione al clinico.

Gli esempi sono innumerevoli nella Medicina antica, perchè la tendenza a preferire un'inferenza a un'osservazione è profonda e seducente nella mente dell'uomo. Non c'era bisogno di Bacone e di Galilei per imparar questo. Socrate non diceva forse anch'egli che la fonte della verità sono i fatti? Ma l'anatomico, che non trovava lesioni intestinali, inferiva che la malattia, *la quale egli non aveva osservato*, non era una febbre tifoide. Secondo lui il medico, che l'aveva osservata, non era uno sperimentatore: era un *empirico cogli occhi bendati*.

Oggi la bisogna va forse altrimenti? Oggi basta che un disgraziato abbia per qualche tempo dei disturbi d'occulta origine perchè il medico curante e il medico consulente lo giudichino affetto da intossicazione intestinale o da uricemia. È forse una fisima che nell'intestino possano prodursi e da esso penetrare in circolo sostanze nocive o che un organismo contenga più acido urico di quanto la norma vorrebbe? No: ma il dermatologo battezza senza la minima prova che l'eczema del suo paziente viene da un eccesso di acido urico, che nè egli, nè altri ha verificato: il neurologo battezza il suo neurastenico per un intossicato dall'intestino senza sentir vacillare il suo giudizio per il pensiero, che sarebbe obbligo di sperimentalista il sapere qual'è il veleno penetrato dall'intestino e quali sono le prove della sua penetrazione: basta che uno sperimentatore come Menitschkoff o un patologo come Bouchard, illuminati appena da pochi fatti, v'abbiano costruito sopra un'ipotesi per dar ragione dei fenomeni clinici, perchè il medico pratico si sia creduto in dovere di seguire gl'insegnamenti di questa così detta scienza sperimentale e ci si sia adagiato comodamente sopra!! Egli deve applicare la scienza! Invece è lui, che, primo, dovrebbe produrre la scienza dei corpi, che non sono più sani. E chi dovrebbe *sperimentalmente* farla, se non lui, ch'è *l'unico* che *osserva* la malattia mentre c'è? Dovrebbe esser forse colui, che investiga e talora sa *le cause* che fanno ammalare? colui, che cerca nel cadavere *l'effetto* che la malattia vi ha lasciato? il sapiente dei fenomeni *normali*, che architetta il meccanismo, per cui tali fenomeni potrebbero diventare

anormali? il farmacologo, che introduce un corpo chimico in un animale, che non è l'uomo e che non ha la identica malattia dell'uomo?

Il titolo dell'opera di Mackenzie poteva essere più esplicito. *Il futuro della Medicina* rappresenta un concetto molto più largo di quello, cui egli mira: anche un anatomico, un patologo, un fisiologo, un farmacologo è un artefice della medicina, ma non è di questi che il Mackenzie discute: egli non mira che al *pratico*, alla medicina, ch'è in relazione immediata coll'ammalato.

Un uomo potrebb'essere così sapiente da conoscere per filo e per segno com'è fatto il nostro interno e come agiscono tutt'i nostri congegni e non sapere nemmeno, che c'è un'emicrania, dacchè per ora nè conigli, nè cavie, nè cani l'hanno mai lamentata. L'interesse, che ispira la ricerca dei meccanismi della vita in un'epoca, che ha veduto correre da sè o volare da sè dei materiali inanimati, purchè ben congegnati, non può ch'essere vivissima in qualsiasi mente appena appena curiosa della verità. Ma il pubblico non sa abbastanza la differenza, che corre tra l'investigazione d'un animale sano e lo studio d'un uomo ammalato. Il peggio poi è che nemmeno tutt'i medici pratici hanno di questo problema una visione chiara. Anche peggio poi è che perfino i medici più illustri concorrono a nascondere i confini del territorio, nel quale solo il medico pratico è maestro. Quando Virchow dice che la malattia non è che il processo della vita sotto speciali condizioni formula un concetto così astratto, che il povero medico pratico può facilmente immaginare che quanto egli sa della vita valga così per il sano, come per il malato. E non era men pericolosa per la comune intelligenza la celebre sentenza di Claude Bernard « Non vi sono due specie di leggi della vita, una che governa lo stato patologico e una che governa lo stato fisiologico. No: i due ordini di fenomeni si fondono e v'han regioni in cui la patologia non può esser distinta dalla fisiologia.

Breve: c'è soltanto una *Fisiologia*, la quale è l'*analisi dei fenomeni vitali sotto tutte le forme* ». Non si può dire che Claudio Bernard abbia torto, ma io oso affermare che a forza di generalizzare si può anche arrivare a dire, che al mondo non c'è che uno scibile, perchè nessuna scienza è come un'isola, che non comunica con nessuna terra ferma. Si potrebbe anche dire che un'anatomia comparata non c'è e che non c'è che un'anatomia sola: che una fisica e una chimica non ci sono, ma c'è solo una chimicofisica. E io non niego, che anche questo veder le cose dall'alto non sia bene per le scienze. Ma bisogna evitare che tutti coloro, che non sono geni come Claudio Bernard, perdano affatto la visione dei confini delle cose. Non può sorgere in mente a nessuno il negare, che tanto il sano che il malato hanno uno stomaco, che in questo stomaco ci son ghiandole secernenti, che la pepsina e l'acido idroclorico versati da esse nella cavità gastrica hanno un'azione modificatrice degli albuminoidi, tale da prepararli all'assorbimento. Nulla dunque di più naturale che il medico pratico, trovandosi dinanzi a un malato di cancro di stomaco, in cui vede che gli albuminoidi non sono modificati come dovrebbero, si creda armato di scienza e prescriva pepsina ed acido cloridrico. Ebbene, l'ammalato non sa che farsene: soffre come prima, vomita come prima, è indigesto come prima. Perchè? Perchè la malattia è certo un fenomeno vitale, come la digestione, ma un fenomeno diverso: vitale sì, identico no. Per saperne le differenze non c'è altra via, che guardare com'è: ed ecco la necessità, la dignità del disprezzato empirico. Un fenomeno, che il fisiologo ignora del tutto, che l'anatomista non può vedere, perchè esiste solo durante la vita, mentre la sua osservazione comincia quando la vita non

e è più, chi l'ha da osservare se non il medico? Claudio Bernard non era uomo da non capir questo e perciò egli ordina al medico di andare nelle corsie dell'ospedale dopo ch'è uscito dal laboratorio. Potremmo anch'essere d'accordo: ma perchè non prima nelle corsie? Se non che, a me ora basta di poter concludere che, s'è necessario scendere dal laboratorio nell'ospedale, vuol dire che nel laboratorio non s'avverano certi fenomeni e che perciò questi non possono studiarsi se non nelle corsie. Invece di dire, che « *c'è soltanto una fisiologia* » parrebbe dunque meno ingiusto dire che c'è una fisiologia di laboratorio e c'è una fisiologia d'ospedale e che fra le due c'è, come da per tutto, una regione mista ai confini. Ma questa potrebbe sembrare battaglia di parole, la quale pare spesso oziosa. L'essenziale però è che chi vuol conoscere l'ammalato deve osservare l'ammalato. Conclusione ridicola, tanto è volgare! Eppure io non mi son vergognato di ripeterla per 40 anni! Anche nella medicina d'oggi è forse impossibile, che un felice investigatore dell'istologia cerebrale passi per Psichiatra o lo scopritore d'un fatto anatomico del cuore diventi per questo professore di clinica medica?

Neppure i pratici di buon senso, che non sono mai troppi, san sempre evitare di peccare contro una verità sì evidente.

La nozione, che un medico può desumere dall'osservazione del malato, è raramente così precisa e sicura, come sono le nozioni desunte da un sperimento di laboratorio. Questo può sottoporsi a mille riprove e a mille semplificazioni per renderlo sempre più purificato da ogni dubbio. Il medico pratico ha bensì l'inestimabile vantaggio d'osservare direttamente il fenomeno, che vuol conoscere, ma ha pure lo svantaggio di non poterlo vedere se non in un insieme estremamente complicato, nel quale è più arduo o anche impossibile lo sceverare una parte dall'altra.

Una tale considerazione fa scorgere d'un tratto l'utilità degli obietti speciali di studio, che sono andati sorgendo nella clinica moderna, poichè non c'è chi non vegga, come l'osservazione debba farsi più attenta e penetrante, quanto più ristretto è lo spazio, su cui lo sguardo si fissa a lungo: più l'analisi si prolunga, più s'intensifica, più essa diventa feconda.

Il Mackenzie addita i danni di questi studi, ma si può convenire nel suo giudizio soltanto, se si riguardano in relazione al modo, con cui gli acquisti di nuovi sintomi ottenuti mediante le speciali investigazioni sono usufruite nella pratica medica. Non giudicherebbe equamente il libro dell'illustre medico inglese chi non considerasse qual'è la sua mèta — una battaglia, cioè, per rivendicare al medico comune la sua dignità d'osservatore e per rendere possibile ad esso di esplicare l'opera sua benefica per l'ammalato». Ogni specialista (scrive il Mackenzie) lotta per accrescere la sua particolare branca e non è che troppo naturale ch'egli cerchi di magnificarne l'importanza». Di più i progressi degli specialisti si connettono spesso coll'applicazione di nuovi istrumenti» il cui impiego si crede debba conferire una maggiore accuratezza alle osservazioni e si ritiene che per questa via la medicina diventi più scientifica». Basta riflettere un istante al numero ognor crescente delle specialità per farsi un'idea del numero dei fatti singoli, che il medico comune dovrebbe saper cercare e riconoscere: bisogna dunque esser grati al Mackenzie d'esser venuto in suo aiuto per rendergli possibile di profittare davvero dell'avanzamento della scienza medica senza cadere, come pur fanno molti, nell'uso ciarlatanesco di recar seco in giro una quantità d'istrumenti, che non sono punto necessari per rilevare l'esistenza di molti sintomi. C'è proprio bisogno

d'uno stetoscopio per udire un rumore cardiaco, d'uno sfigmomanometro per riconoscere una ipertensione arteriosa, d'un martello per eccitare il riflesso rotuleo ?

Non per questo è men vero, che il pubblico, il quale sarà anche dottissimo in mille altre cose, ma non sa un'acca di medicina, vede in tutto quest'inutile ingombro del medico curante un grande indizio di *scienza* ! Forse il Mackenzie non valuta abbastanza il pregio di tante singole nozioni aggiunte dagli specialisti ai tesori, che prima dei loro lavori possedeva la medicina: però egli ha senza dubbio ragione quando afferma che « oltre la scoperta d'un fenomeno ci sono altre cose, che sono essenziali al progresso della medicina ».

Nemmeno sembrami meritato il rimprovero del Mackenzie che i metodi usati dagli specialisti non servono se non quando la malattia ha già prodotto dei danni, poichè veramente si concepirebbe male una malattia senza danni, nè si concepiscono sintomi, che non sieno generati da un'offesa qualunque di una parte dell'organismo. Invece io considero pienamente giustificato quest'altro suo rimprovero « lo specialista, dirigendo la sua attenzione allo studio dell'effetto della malattia sopra un organo particolare, dimentica la forza originale ostile e il suo effetto sopr'altri organi ». Tale vizio mentale è difficilmente evitabile: un abitante delle più alte regioni delle Alpi non darà ai fenomeni marittimi l'attenzione, che ad essi dà un capitano di mare, nè alla vegetazione tropicale quella che le consacra uno che abita nelle regioni dell'equatore. Però questo vizio raggiunge gradi meravigliosi ne' medici, che sono fra i primi a prendere una nuova via di ricerche: come ci fu un tempo, in cui un analizzatore d'urine pretendeva di trarre dalle sue analisi argomento bastevole ad una diagnosi, così non manca oggi chi aspira ad altrettale potere analizzando il sangue: non passa giorno, che non capiti un malato, il quale non ci assicuri di non esser luetico, perchè uno specialista di serologia gli ha detto, che il suo sangue non presenta la reazione di Wassermann. E ad esso segue poi l'altro, cui il radiologo ha assicurato, che lo stomaco suo non è malato, quasi la posizione, l'ampiezza, la forma, i movimenti d'uno stomaco costituissero le sole modificazioni indotte dalle sue malattie, quasi fossero ignote modificazioni cellulari delle diverse parti dello stesso viscere, l'influenza della secretina, dei nervi sensibili, secretori e motori, che non si rivelano neanche ai raggi X! I più colti fra i radiologi sono anche i più sobri nel concludere, ma, pur troppo, non mancano coloro, che si vantano d'essere specialisti e che profitano della comune incapacità del malato di anteporre il valore d'una buona ragione scientifica al valore d'un fenomeno fisico senza significato preciso. Si tenterebbe invano di negare l'opportunità d'uno studio intenso anche al più ristretto campo d'osservazione, poichè questo è un dovere intellettuale, che risulta dalla legge della divisione del lavoro, i cui benefici nessuno potrebbe disconoscere. Gli è che qui, come in tante altre parti dello studio della natura, le menti più comuni per guardar bene da vicino perdono la visione delle cose generali. Non fu mai ignoto ai migliori medici, che per conoscere un malato è necessario contemplarlo tutto, non in una sola parte. L'insegnamento ci venne già da Ippocrate. Morgagni poi mette in grande rilievo questa sentenza di Boerhaave: « il maggior ostacolo da superarsi nelle malattie proviene dal gran numero di organi che concorrono all'azione: offeso qualcuno di questi, turbansi tutte le funzioni ». Si può quasi dire, che ogni scoperta della fisiologia rivela un nuovo eguale fino ad allora ignorato tra una funzione locale e organi lontani. L'aver scoperto che il sangue circola e che il fattore massimo di questa circolazione è la contrazione del

miocardio quanti mai fenomeni lontani dal cuore, sia normali, sia anormali, non ha egli riallacciato al cuore? E si saprebbe forse immaginare un fenomeno nervoso, che in un modo o nell'altro non avesse relazione vicina o lontana col cervello e col midollo spinale? La patologia e la fisiologia più moderna han poi messo in evidenza le meravigliose azioni degli ormoni, i quali sempre più dimostrano la solidarietà di tutte le parti dell'organismo. L'intreccio ognor più stretto di una funzione coll'altra. Di che segue, che l'ediermo specialista si mette fuori della corrente scientifica quando crede d'osservare bene guardando una parte senza aver la facoltà di guardare anche al tutto. Pur troppo, l'evento è così frequente, che l'eccezione alla regola desterebbe sorpresa. Nemmeno il chirurgo il quale è pure il più obbligato alla considerazione dell'intero organismo, va immune dall'errore. Il Mackenzie scrive che *le magnifiche occasioni, che ha il chirurgo, d'investigare le malattie sono raramente usufruite e i contributi di lui concernono precipuamente descrizioni minute di metodi* ».

Non ci sarà uno specialista intelligente, che voglia negare la giustezza del rimprovero, che il Mackenzie rivolge contro di loro dicendo che ad essi manca la visione del tutto. Potrebbero invece dire che tale osservazione non è nè nuova, nè isolata. Più nuovo, ma men giusto parmi invece il rimprovero, che lo stesso critico illustra muove agli specialisti d'usare un numero illimitato d'espediti meccanicamente per scoprir sempre nuovi fatti ». *Io sono convinto (egli scrive) che il concetto dello specialismo oggi dominante è erroneo e che per benefico, che tale specialismo sia stato in diverse vie, pure, in luogo di facilitare, esso tende ad ottenere l'intelligenza con un nuvolo di minutezze* ». Ma se si può anche accettare l'idea, che l'aggiungersi di nuovi fatti attinenti ad un argomento possa talora complicarlo di più e in conseguenza rendere la comprensione più difficile, non si può per nessun modo negare, che alla fine ogni nuovo acquisto di fatti rechi una più esatta conoscenza. Mackenzie teme per la lucidità mentale del pratico, poichè giustamente egli assegna gran peso alla chiarezza delle sue cognizioni e cerca ogni modo per aiutarla semplificandole. Per un ricercatore, il quale sceppe con tanto successo applicare alla indagine dei cuori malati i più delicati congegni fisici, questo zelo di fornire al medico pratico espediti semplici di investigazione che lo esentino dall'obbligo di applicare istrumenti è veramente degno della massima lode. Ecco come da un evento imprevisto può sorgere in una mente acuta un'idea di miglioramenti e di progressi.

Perchè mai la divisione del lavoro tra i medici, pur avendo tanto arricchito di particolari cognizioni la medicina, ha portato che da un lato sorgessero degli specialisti incapaci di contemplare l'organismo malato nel suo vero essere, cioè siccome un tutto inseindibile, e dall'altro generasse dei pratici cui tal visione comprensiva dell'interoinfermo è resa sempre più ardua dall'impossibilità di dominare consapevolmente tutt'i recessi, che il lavoro incessante e più facile degli specialisti va di continuo portando alla luce?

Per l'importanza eccessiva, che taluni pretesero assegnare alle scoperte dei laboratori applicati alla clinica.

Nessun medico si sognò mai di disconoscere il grande valore di notizie acquisite nei campi affini alla clinica, ma i più saggi contesero agli sperimentatori di laboratorio il diritto di legiferare nella patologia senza l'assenso del medico pratico. Come ho già detto e come sarebbe evidente per chiunque volesse riflettere, quando una nozione bene

accertata in un organismo sano od anche in un organismo malato si trasporta in Clinica e si considera come ugualmente valevole per organismi e per circostanze diverse si cade molto di leggeri in un'illusione: si fa un'inferenza e non uno sperimento, laddove invece dovrebbero, *prima di credere*, osservare nel malato, se l'inferenza è lecita o no. Non è, dunque, lo specialista o lo scienziato, che deve insegnare al medico pratico ciò che avviene nel suo malato, ma è il medico pratico, che deve decidere se le notizie, che gli furono fornite da loro, si avverano o non si avverano anche nell'uomo infermo e in tutti gli uomini infermi. Questa obiezione all'uso inconsiderato delle notizie estranee all'osservazione diretta del malato dovrebbe sembrare troppo sottile, poichè è, se ben m'appongo, universalmente trascurata, quantunque resulti da imprescindibili esigenze del metodo sperimentale. Io la ribadii per 40 anni, ma il successo non fu grande.

Il Mackenzie neppure infirma molto il valore delle nozioni di laboratorio nella pratica; soprattutto egli biasima l'uso dei metodi meccanici di laboratorio per la investigazione dei sintomi. Il suo scopo eminentemente pratico è di fornire al medico di famiglia dei consigli, che lo rendan capace, di riconoscere le condizioni reali de'suoi infermi, senz'aver bisogno d'istrumenti. Egli va tant'oltre in questa condanna, che accusa perfino lo stetoscopio dell'errore, che dura da un secolo, d'assegnare una grande importanza ai rumori del cuore malato. Ma poichè i rumori s'ascoltano egregiamente senza stetoscopio, a questo può spettare il merito d'aver favorito lo studio acustico del cuore e dei polmoni, non la colpa d'aver esagerato il valore dei rumori. Se mai tal colpa spetta all'anatomia patologica del secolo XIX, che aveva dato un peso preponderante alle alterazioni delle valvole e degli orifizi e troppo scarso a quelle delle fibre del cuore il cui riconoscimento era men facile.

In verità però, se abuso ci fu, non fu che di quei Clinici ch'esagerarono l'importanza delle lesioni delle valvole e degli orifizi del cuore e non dettero il giusto valore alle condizioni del muscolo cardiaco. Qui c'era la solita, seducente illusione di potere considerare quale una cognizione empiricamente conquistata ciò, che invece non era se non un'inferenza tratta dalla cognizione acquistata non sul malato, ma sul cadavere. Il Mackenzie non ha fatto, è vero, un lavoro storico, ma nullameno avrebbe potuto ricordare qualche clinico, il quale non aveva trascurato di porre in luce l'importanza dell'energia del cuore: il suo concittadino Stokes non aveva forse descritto il *weakened heart*?

L'aspirazione del Mackenzie di fondare la visione del medico futuro sulla critica del passato e del presente è perfettamente razionale, dacchè un pensiero originale non germoglia se non in un cervello, il quale abbia già riconosciuto, che il pensiero vigente è un errore. Se certi *geni* moderni han tanto a vile la critica è perchè essi non arrivano a farla: siccome la verità è una e l'errore è senza numero, anche il più sconclusionato degli uomini può emettere un giudizio, che prima di lui nessuno aveva manifestato mai: lo strano, l'illogico, il fantastico non debbono usurpare i privilegi dell'originalità. Certo la critica non equivale al pensiero originale, ma è il terreno, su cui questo nasce là dove ci sia una mente che intraveda non solo l'errore del concetto dominante, ma anche la giustezza d'un concetto non ancora noto. Se il Mackenzie avesse saputo dimostrare, che da Laënnec in poi, cioè per un secolo intero, tutt'i clinici errarono nel determinare il valore di certi segni e di certe osservazioni anatomiche per la patologia del cuore, avrebbe già compiuto un'opera, la quale potrebbe apparire da

poco a coloro, che han la fortuna di scoprire ogni giorno un microbio che fa ammalare o un siero che fa guarire: ma al pratico, per il quale non c'è giorno della vita, in cui qualche infelice non si presenti invocando aiuto contro i tormenti e i pericoli d'un cuore malato, l'esser liberato da una idea non giusta e l'esser provvisto, invece, d'un'idea più giusta rappresenta un beneficio intellettuale inestimabile.

Questo tentativo del Mackenzie di distruggere il passato e di riedificare l'avvenire si può considerare perfettamente riuscito? La critica del passato, come ho già detto, culmina nell'asserzione, che il lavoro degli specialisti accumula una quantità immenrevole di fatti minuti e ch'esso concerne lesioni anatomiche stabilitesi già e non il processo iniziale, ond'esse provengono. Ma è forse impossibile di criticare questa critica?

Concedo che non sempre l'accrescimento di parziali nozioni slegate agevoli un concetto sintetico, ma, d'altra parte, non riesco a vedere, come una scienza sperimentale possa progredir meglio che collo scoprir nuovi fatti. Non bisogna però dimenticare che il Mackenzie difende unicamente la causa del medico pratico, il quale dovrebbe davvero far l'impossibile, cioè conoscere tutte le specialità, essere esperto di tutti i lavori di laboratorio, sapere applicare tutt'i congegni meccanici impiegati dagli specialisti. E poichè un tal medico è inconcepibile per ognuno che non pretenda di conoscere la realtà senz'essere mai uscito dal proprio laboratorio, l'intento del Mackenzie non può ch'essere approvato. Se non che, prima di consentire in tutto con lui è mestieri accettarsi, se anche il suo intento di adattare il sapere medico alla possibilità del pratico sia raggiungibile senza offendere ciò ch'è più in alto d'ogni altra cosa: la verità. I patologi dottrinari cercarono sempre di rendere più facile l'opera del pratico: basti l'esempio dei vitalisti del principio del XIX secolo: Brown, Rasari, Tommasini, Broussais.

Per Mackenzie è evidente che lo specialismo ha avuto un insuccesso. Ed è così vero, che l'evento non è solo il maestro degli stolti, che un uomo valorosissimo, come i Mackenzie scrive « In Medicina, se avesse ad esserci una cosa più stimolante di un'altra, sarebbero gl'insuccessi. L'esito favorevole può essere accidentale e traviatore: gl'insuccessi includono un difetto di conoscenze e reclamano urgentemente un chiarimento e una ricognizione di principi fondamentali. Lo specialista comincia le sue contribuzioni alla medicina allorchè la malattia ha danneggiato il corpo e ha prodotto un segno fisico. E allora sorge il quesito: come questo segno fisico fu prodotto?... I metodi dello specialista sono senza dubbio di gran valore per iscoprire la malattia dopo ch'essa ha fatto tanti progressi da ledere i tessuti, ma poichè lo scopo della medicina è quello di prevenire e di guarire, il soccorso dello specialista arriva dopo che la malattia ha determinato il danno. Questa limitazione straordinaria dello sguardo è ciò che ritarda l'avanzamento della medicina... Quanto è più profonda la conoscenza delle leggi della natura, tanto più facile è il comprendere le manifestazioni di essa. Un aumento nella conoscenza delle leggi naturali conduce alla semplificazione. La malattia è governata da leggi naturali: le sue manifestazioni sono infinite nella varietà ed oggi sono caotiche e difficili a comprendersi. Ciò che oggi si chiama progresso non è che il riconoscimento di un'alteriore aggiunta di tali manifestazioni ed una difficoltà sempre maggiore di comprenderne il significato. Laonde se l'argomento si riguarda da questo punto di vista sorge il sospetto, che ciò ch'è considerato progresso non può essere progresso vero, poichè *non porta a semplificare* ».

Tutto sta però nel vedere, se tale *semplificazione* è già permessa dalle nostre cono-

scenze o non è piuttosto una sintesi prematura raggiunta a scapito della verità e consigliata piuttosto dalla tendenza di sfruttare il sapere per il disbrigo delle faccende umane anzi che dal sicuro riconoscimento della luce nuova apparsa sull'orizzonte. Non ancora è giunto per la medicina il giorno, in cui possa invocarsi la sentenza del Macenzie che « un aumento nella conoscenza delle leggi naturali conduce alla semplificazione ». Ciò varrà per la Fisica e per la Chimica, ma non ancora per la Biologia. L'aspirazione al semplice è di tutti i medici, di tutti gli uomini, di tutti i tempi. Non aspirava al semplice Ippocrate coi suoi aforismi? Quanti oggi ne sopravvivono? *Semplificazioni* erano, al postutto, anche quelle. Giustamente il Macenzie afferma che nè uno specialista solo, nè più specialisti insieme riescono a riconoscere una malattia nel suo esordio. E sarebbe senza meno una gran benedizione per i medici, se qualcuno scoprisse il modo di riconoscere le malattie nel loro primissimo inizio. Ma sarà per questo non lodevole o trascurabile il fatto, che uno specialista o molti specialisti insieme possano pervenire ad una conoscenza molto più piena d'una malattia già avanzata? Non sarà un progresso del medico pratico, ma un progresso della medicina è. E se, dinanzi a un malato, che ha dolori di stomaco, anoressia, vomiti accessionali, che ci lascino in dubbio sulla diagnosi, troviamo un radiologo, che scopre un piccolo aneurisma aortico, un oculista che scopre un incipiente atrofia dei nervi ottici, un chimico che scopre nel liquido cerebro-spinale un'intensa reazione di Wassermann, così che noi riconosciamo nei disordini gastrici una tardissima lesione nervosa prodotta dalla sifilide, dovremo negare che questa non sia luce per il medico curante? Chi non vede, che, se questo giudizio fosse raggiunto col lavoro di un solo osservatore anziché colla cooperazione di quattro, sarebbe assai meglio: ma intanto resta il vantaggio, che il giudizio è possibile, che il giudizio è fondatissimo. Se uomini, come il Macenzie, riuscissero a liberare il medico pratico dalla necessità di ricorrere all'ausilio d'altri senza perder nulla della sicurezza del giudizio, costoro sarebbero certamente benefici. E nessun dubbio pure può esserci circa l'asserzione insistentemente ripetuta dal Macenzie, che queste tarde scoperte di una malattia sono meno utili di quanto invece sarebbe il riconoscimento di un processo morboso iniziale. Qualche riserva da fare ci è però anche su questo. S'è più utile scoprire il principio d'una malattia, che la condizione già stabilita, non per questo la conoscenza dello stato determinato dal processo può considerarsi di poco momento. Se una cicatrice porta un restringimento dell'intestino non sarà utile di diagnosticarlo e di curarlo? Certo è preferibile di diagnosticare l'ulcera, che lo produce: più utile scoprire i germi, che danno origine all'ulcera: più utile ancora spiare il modo, onde tali germi penetrano nell'organismo e pervengono a stabilirsi nell'intestino: ma questa crescente utilità di conoscenze non porterà mai a disconoscere l'utilità di quella, che rende possibile la scoperta d'una cicatrice. Non dovrebbesi poi dimenticare, che dalle lesioni finali è non di rado riflessa molta luce sul processo generatore: è il principio di Morgagni di riconoscere le sedi delle malattie mediante l'anatomia -- un principio che non è certo infallibile, poichè talora il processo iniziale non si svolge là dove l'anatomia dimostra la lesione maggiore: così un'infezione può cominciare dalle tonsille ed essere già dileguata quando l'anatomico verifica l'esistenza d'un'endocardite o d'un'appendicite. Se dunque è vero che spesso i tardi esiti di processi morbosi sono costituiti da stati fisici o meccanici susseguiti ad una malattia già estinta, non si può valutar troppo poco una cognizione, la quale è

però la base indispensabile alla più efficace delle cure, ch'è la cura chirurgica. Bisogna dunque tener ben distinte le due cose: lo studio specialistico delle malattie e la generazione di medici, che, pur ignorando la maggior parte dell'organismo ammalato, si erodono e son creduti da più del medico comune, ch'è il solo, il quale dovrebbe studiare naturalisticamente l'uomo infermo, perchè il solo che potrebbe studiarlo da principio alla fine e non in una parte ristretta di esso, ma in tutte le molteplici sedi di uno stesso processo inscindibile. Sono gli stessi ordinamenti universitari, e specialmente questi italiani, che sembrano giustificare tale ingiusta valutazione di studi limitatissimi: qui un rinootoiatra può sedere in una Facoltà medica allo stesso livello d'un professore di fisiologia, che deve insegnare i congegni normali dell'intero organismo, o d'un professore di clinica generale, il cui campo di studi non ha altro limite, che l'intero organismo sano e malato. Non son gli specialisti, ch'esultano oltre misura la importanza loro nella medicina d'oggi: non è colpa loro se il pubblico è così poco intelligente da valutare un'ispezione del naso o dell'uretra o dell'utero più d'un giudizio d'una malattia del pancreas o del cervello. Ma è bene, che una voce autorevole, come quella di Sir James Mackenzie, si sia fatta udire a favore d'una più giusta valutazione dei diversi contributi apportati dai medici al comune patrimonio del loro sapere. Però dall'eccesso di valutazione oggi concessa agli specialisti non segue, a mio avviso, che il sorgere degli studi specializzati costituisca un *insuccesso*. Una sentenza tanto severa si può comprendere appena appena ove si riguardi l'argomento dal punto di vista del medico comune, come fa il Mackenzie: esso si trova più che mai imbarazzato dal sapere, che ci sarebbero tante ricerche, le quali potrebbero esser fatte per dilucidare il suo problema pratico, e ch'egli è, per forza delle cose, incapace di eseguire. Però questo non diminuisce essenzialmente il pregio d'un'indagine più estesa e d'una perizia tecnica maggiore messe a servizio d'un infermo, nonostante l'obbligo d'un lavoro cooperativo. Siccome tutto ciò, ch'è nuovo, è apprezzato più del suo valore intrinseco, verrà tempo che il più antico e più essenziale ufficio medico, che consiste nell'esaminare tutto l'organismo malato, di notare i mutamenti successivi e di regolarne le cure, risalirà in onore. Intanto è da saper grado al Mackenzie per avere additato ai medici di famiglia una serie di fenomeni, che solo essi possono investigare. La patologia odierna attinge i materiali delle sue descrizioni dalle osservazioni eseguite negli ospedali, nelle cliniche, nelle sale d'Automia. Ma generalmente l'ingresso dei malati all'ospedaie o in clinica avviene quando già la malattia ha durato del tempo: così l'osservazione dei fatti è monca, perchè comincia dopo che il processo morboso ha già prodotto notevoli mutamenti. Chi dovrebbe integrare il lavoro, se non il medico personale? Questa insufficienza di cognizioni dell'inizio non è grande per le malattie acute, che prorompono con violenza, come una pneumonite criposa o una febbre cruttiva, quantunque non possa nemmeno per tali casi escludersi che dall'ingresso del germe nel corpo umano fino al momento dello scoppio violento dei sintomi non possano avvenire nell'organismo invaso dei mutamenti finora ignoti. Ci sono poi processi morbosi a men rapido sviluppo, nei quali l'osservazione medica, ha già insegnato, ch'esiste uno stadio, il quale non pare ancora malattia, ma che non è più la salute primitiva: un esempio notissimo può averci nella meningite tubercolare: dov'è mai il medico, il quale possa dire quando i primi bacilli di Koch arrivano nella meninge?

Quest'ultimo caso non è favorevole all'opinione antichissima, che anche il Macken-



zie fa brillare oggidì, cioè che la ricognizione d'un processo iniziale serva per curar efficacemente meglio della diagnosi di un danno anatomico già intervenuto o d'un processo già molto inoltrato. La sentenza non vale per tutti i casi. Se il medico sapesse riconoscere fin dall'inizio un carcinoma nell'interno del fegato o una pancreatite a tendenza cronica o una sclerosi disseminata cerebrospinale, egli (oggi almeno) sarebbe impotente a guarire tali malattie, come la meningite tubercolare. Però l'antica sentenza s'avvera pure in altri casi, come, ad esempio, nella sifilide: le meraviglie della cura antiluetica spariscono allorchè la lue domina da anni in un organismo. Ma quando anche lo studio assiduo dei primordi di una malattia non desse sempre al medico di famiglia il privilegio di guarire infermità, che più tardi i clinici non guarirebbero più, quello studio potrebbe pur sempre dargli la facoltà di presagi, che ora non può fare e che farebbero risplendere le sue qualità di scienziato e servirebbero, per lo meno, a guidare le previdenze del malato.

Se un appunto si può fare al Mackenzie, è, come ho detto, quello d'aver contemplato l'avvenire della medicina in un modo troppo esclusivamente proprio del medico pratico. Forse non sono medici anche quelli, che, usciti dalle Cliniche, non videro più un malato e non rivolsero più l'attenzione loro che ad una ristretta zona, i cui fenomeni sono in lassa attenzenza colle malattie umane? Ma certo l'illustre scrittore è molto benemerito dei medici pratici, ai quali non solo ha indicato, come un campo di studi scientifici a loro riservato, l'esordio dei processi morbosi, ignoto ai Clinici e ai medici ospitalieri, ma ha anche additato delle regole per aiutarli in tale compito onorevole e benefico proprio di loro. L'esempio di questo autore è veramente rarissimo. Tutti questi benemeriti scienziati, che passano la vita lavorando nei laboratori per dilucidare qualcuno dei tanti angoli oscuri del nostro organismo e che per sapere qualcosa di più del medico pratico nel piccolo angolo da loro rischiarato hanno l'inconcepibile illusione di poter far da maestri anche nelle cose, che occorrono al medico curante, non potranno mai apprezzare al giusto il valore morale e scientifico di certe dichiarazioni di Mackenzie. Egli è de' pochi, che ha chiesto insegnamenti all'esperienza e alle riflessioni proprie, e de' pochissimi, che abbia sentito la nobiltà di far partecipare i meno intelligenti di lui al beneficio, che l'esame di sè stesso aveva procacciato a lui». I lavoratori di laboratorio affermano, che è necessario per ciascuno di consacrar molti anni per acquistare la tecnica delle indagini di laboratorio e molti vi si sottomettono volentieri. Ma per acquistare i metodi necessari alle investigazioni cliniche richiedonsi più tempo e più applicazione, dappoichè l'osservatore dev'essere educato in una scuola sperimentale, in cui son necessarie delle speciali attitudini». Così il Mackenzie. Molti anni sono io pure scrissi, che l'educazione dei laboratori è eccellente per abituare la mente dei giovani al rigore logico degli sperimenti, ma è dannosa spesso per la riuscita del medico esercente, perchè le condizioni della pratica sono affatto diverse da quelle del laboratorio. In clinica lo sperimento ci è imposto dalla natura. Noi lo troviamo già avanzato allorchè cominciamo a studiarlo. In clinica esso non è quasi mai così semplice, come quello, che artificialmente si procaccia lo sperimentatore di laboratorio. In clinica non sempre si può pervenire ad una dimostrazione ineluttabile, come nel laboratorio, poichè non è concesso di ripetere all'infinito e sotto le più diverse condizioni la sperimento medesimo. Ed è naturale, che, se un giovane non possiede la facoltà d'osservare la natura,

com'essa gli si presenta, ma vuole obbligarla a rispondere come il suo spirito logico esigerebbe, non prende amore ai problemi clinici, che reclamano indagini penose e lunghe, le quali non fanno raggiungere spesso, se non una soluzione provvisoria. Ciò che rende il Mackenzie ammirabilissimo è che, pur avendo egli raggiunto, come pochissimi, una perizia tecnica clinica, la quale gli permise di fare delle scoperte nella patologia del cuore, pure la sua autocritica fu tale, che, pervenuto già ai più alti gradi delle posizioni professionali e certo ad un'età non più giovane, scrisse per gli altri questa leale confessione « La mia personale educazione e le opportunità avute non mi resero capace di spingere molto innanzi la linea della investigazioni, poichè io capii il loro intero significato troppo tardi nella vita per diventare del tutto capace nell'usarne. Io avevo organizzato in Londra... per questo scopo un dipartimento, quando la guerra... l'interruppe ». Dovrebbero meditare su questa confessione non solo i giovani, che pretendono di diventare buoni medici per aver guardato un po' al microscopio o a qualche reazione chimica; ma anche tutti quegli insegnanti, che per più esaltare l'importanza dell'insegnamento proprio danno a credere ai giovani che gli studi clinici servono a poco più che ad educare i sensi per riconoscere i sintomi delle malattie. C'è stato anche un clinico italiano già morto, molto colto ma anche molto penetrato di pregiudizi germanici, il quale scrisse che ogni ingegno mediocre poteva bastare per diventare un buon medico, purchè egli imparasse bene a percuotere e ad ascoltare. Invece le ricerche fisiche, non esclusa la radiologica, servono mirabilmente a riconoscere la condizione anatomica degli organi e appena una parte delle loro funzioni, ma nulla rivelano di tutto ciò, che non è modificato anatomicamente e che pure è malato. Per andarne convinti basterebbe pensare agli innumerevoli sintomi di lesa psiche e di lese sensibilità. Perciò non ci son lodi, che bastino, per l'illustre scrittore inglese, che con grande insistenza dimostra l'obbligo della ricerca storica dei malati e dei fenomeni subiettivi. Io mi compiaccio che in 40 anni d'insegnamento clinico ho sempre inesorabilmente imposto la più minuta ricerca anamnestica, nonostante che la lunga lettura della storia fatta poi nella scuola potesse talora stancare l'attenzione e la pazienza degli uditori.

« La prima apparizione della malattia nel corpo umano (così scrive il Mackenzie) è invariabilmente insidiosa, con lieve disturbo dell'economia e nessun visibile segno della sua presenza. A poco a poco il paziente diventa consapevole che non tutto va bene in lui; c'è una perdita di quel benessere, ch'è proprio dello stato sano. Delle sensazioni sgradevoli vengon fuori, dapprima vaghe, ma più definite nel seguito, le quali possono divenire tanto urgenti da indurre a chieder consiglio. Tuttora l'esame più accurato non permette di scorgere alcun segno evidente di malattia. A bel bello però la malattia, situata in qualche organo o in qualche tessuto, ne cambia la costituzione, cosicchè la sua presenza è rivelata da un segno fisico, se i metodi clinici usuali chiariscono il loro carattere. Sulle prime c'è una gran simiglianza nelle sensazioni provate dai malati che si sentono « non a posto » e molta gente non crede troppo verosimile che una indagine accurata faccia conoscere meglio l'origine del malessere. All'occhio ineducato i membri d'una mandra di pecore son così simili che pare impossibile di distinguerne uno dall'altro, eppure il pastore intelligente conosce le particolarità di ciascun individuo, quantunque egli sia incapace di dare una descrizione comprensiva delle apparenze, per cui egli li differenzia. Ci sono om-

bre e varietà nelle sensazioni prodotte dalle malattie, che son nascoste all'osservatore non educato. Se queste fossero differenziate chiaramente, se fosse compreso il meccanismo da cui son prodotte, io sono persuaso che noi avremmo notizie dalla malattia molto prima ch'essa avesse recato gran danno alla costituzione e l'avesse messa in pericolo ». Ora poichè molte sensazioni hanno cause produttrici affatto speciali uno sforzo sistematico per scoprirle e per differenziarle, per sapere come vengono e come spariscono, la loro associazione con altri fenomeni, gitterebbe una luce inaspettata sulle fasi prime delle malattie » (Mackenzie).

Noi sappiamo, per esempio, come la degenerazione arteriosa possa portare o l'*angina pectoris* o la sindrome di Morgagni-Adams-Stokes o una lesione delle valvole o la fibrillazione auricolare. Ma che cosa porta la degenerazione delle arterie? Ne sappiamo nulla o pochissimo. Il Mackenzie, benchè dichiarò d'aver cominciato a investigare l'origine prima di tale degenerazione allorchè aveva perduta l'opportunità di mettere in pratica la regola di studiare secondo il piano da sè stesso tracciato di attendere scrupolosamente ai primissimi disordini avvertibili, emette l'*ipotesi*, che la lesione vascolare venga da diuturni disordini digestivi—ipotesi confortata da personali osservazioni, che sarebbe lungo qui riferire e che devono esemplificare il valore d'un'osservazione precoce, qual'è propria del medico di famiglia. Il Mackenzie mette poi in gran rilievo l'importanza del dolore, qual fenomeno iniziale. Egli riferisce anche pregevoli ricerche proprie eseguite nell'uomo durante qualche operazione chirurgica per potere stabilire la diversa sensibilità degli strati delle pareti addominali e dei visceri contenuti nell'addome. Non si potrebbe lodare abbastanza tale tendenza a verificare sul corpo umano le nostre opinioni circa il valore di alcuni fenomeni dolorosi del ventre. Io son pienamente dell'avviso del Mackenzie, che la frequentissima asserzione dei chirurghi, che dichiarano d'aver tastato l'appendice o la cistifellea, implichi spesso un'illusione de' loro sensi, favorita dai preconcetti della patologia e dalla deficienza del loro potere discriminativo. Siccome l'asportazione d'un'appendice sana o malata non costituisce alcuna difficoltà tecnica per un chirurgo mediocrementemente abile, così coglie di vedere ogni giorno malati cui fu asportata l'appendice. E se fra questi molti son migliorati o guariti, altri non pochi vengono a noi perchè l'atto operatorio non modificò in alcun modo i patimenti dell'infermo. Il chirurgo, di solito, non è di quelli stolti che imparano dall'evento: a lui basta spesso, che l'operazione sia stata eseguita bene. Io devo però riconoscere, che non sempre il dolore dell'addome ha prerogative di sede e di modo tali da guidare a un retto giudizio, come dovrebbe supporre dalle osservazioni di Mackenzie. Nodi inestricabili capitano ai medici consulenti non di rado, nè sempre il problema è di fresca data. Son appena pochi giorni, che venne da me un signore straniero che da tre anni gira invano per l'Europa in cerca d'una diagnosi sicura della causa, che gli procura gravi dolori. Io lo giudicai affetto da stenosi del colon discendente, ma non pretendo d'essere nel vero: voglio dir solamente, che un famoso clinico chirurgico svizzero insiste per fargli un'incisione lombare affine d'aver agio di esaminare il rene sinistro e un celebre professore di clinica medica consiglia invece una laparotomia per esaminare la milza e l'intestino. Certo, se i medici di famiglia riconoscessero ch'essi, anche senza possedere un laboratorio, potrebbero concorrere al progresso della clinica osservando diligentemente, acutamente, spregiudicatamente i primissimi inizi

delle malattie, si verrebbe a poco a poco a costituire una scienza, che ora manca, la quale concederebbe facoltà maggiori all'arte salutare.

La storia del signore, cui or ora accennavo, mi fa esitare, come tante altre, ad attribuire sempre un gran valore diagnostico al sintoma *dolore*. I medici inglesi, Head e Mackenzie sopra tutti, ci hanno insegnato molto circa ai disturbi della sensibilità; ma forse le differenze, che anche tra individui normali possono esistere nella distribuzione di qualche nervo, la natura del processo morboso locale, le qualità del sistema nervoso, che sono tanto diverse nei diversi individui esposti alla medesima causa dolorifica, impongono circospezioni nell'assegnar valore diagnostico al fenomeno doloroso. Io ho curato un signore, che soffriva atrocemente d'una neuralgia brachiale sinistra: egli venne da me tornando da Parigi, ov'era restato 11 mesi per esser curato da uno dei più illustri Neurologi francesi. Ma questi non aveva fatto altra diagnosi, che quella di neuralgia essenziale: egli, ch'è un neurologo puro, non s'era accorto, che il malato presentava un'ectasia dell'aorta toracica discendente: io prescrissi un riposo assoluto e una dieta delle più sobrie: la neuralgia dopo qualche tempo sparì e l'infermo vive da anni sufficientemente bene. Eppure quante volte non vediamo noi persone, la cui aorta è dilatata senza che mai ne' una neuralgia brachiale o una neuralgia intercostale o l'*angina pectoris* si sieno mostrate? E chi non sa poi, che un'ulcera dell'appendice o dei calcoli sulla cistifellea possono anche esistere senz'aver mai dato dolori rivelatori? Ciò non vuol dire che non abbiano valore i sintomi di lesa sensibilità per scoprire gli inizi di certe malattie, siccome il Mackenzie insegna: ma occorreranno ancora moltissime e diligenti ricerche del medico pratico, affinché il dolore iniziale possa apprestare una guida affatto sicura. Io poi stimo che fin da ora si possa dire, che non ogni processo iniziale di malattia sia valevole di suscitare dolore. Certo una gomma sulla superficie del fegato potrà provocarlo, ma un primo nodulo d'epitelioma nell'interno di quest'organo non lo provoca di certo. Dei reni colpiti da cronico processo di nefrite interstiziale o una milza già ingrandita per leucoemia possono essere riconosciuti senza che i nervi sensibili n'abbiano dato alcun sentore. E mi preme ripetere che dico questo non per oppugnare, ma solo per temperare le speranze, che potrebbero sorgere dalle raccomandazioni del Mackenzie. Egli merita l'assenso più cordiale di quanti sanno riconoscere, che l'osservazione dei malati è la cosa più essenziale per la medicina pratica e che, liberando l'esercente comune dai pregiudizi, che oggi egli reca in clinica e che ha acquistati per il valore eccessivo che ciascun direttore di laboratorio pretende per la disciplina insegnata da lui, il medico dell'avvenire sarà più consapevole e più benefico di noi viventi.

Da qualche decennio io vado dicendo che un clinico generale sarà sempre più raro, poichè le ricerche speciali aumentano ognor più le cognizioni relative a ogni singolo argomento, onde sempre più arduo diventa il possesso di tutte, quale si richiederebbe in chi deve contemplare l'intero. Il contributo, che può dare un clinico all'avanzamento della scienza, non è quasi mai fondamentale, perchè anzi tutto egli è obbligato ad aspettare l'opportunità di sperimentare, la quale può fargli difetto per tutta la vita e poi perchè sono troppi i problemi, che tutto di gli si presentano senza che gli sia dato di sottometterli a un cimento sperimentale. Per questo l'eredità del lavoro d'un clinico odierno non è, d'ordinario, che una serie più o meno abbondante di ritocchi e di aggiunte al sapere già messo insieme dagli osservatori precedenti. Una scoperta clinica

originale, come quella dell'ascoltazione di Laennec, è così rara, che in un secolo, benché operosissimo, non sarebbe facile di trovarne un'altra dello stesso peso. Skoda e Traube furono certo clinici rinomatissimi, ma in fine Skoda lavorò sul campo già seminato da Auerbrugger, da Piorry, da Laënnec: Traube lavorò facendo innesti parziali di notizie fisiologiche nelle patologia. Esercitavano medicina anche Vesalio, Harvey, Morgagni. Ma la sapienza pratica era allora sì scarsa, che il possederla intera non poteva impedire a Vesalio di fondare l'Anatomia, ad Harvey la dottrina della circolazione, a Morgagni l'anatomia patologica. Di tutt'i fenomeni che l'osservazione della natura ci fa conoscere, le malattie umane son quelle, che da più antico tempo si studiano. Il campo fu tante volte percorso, che il trovare del tutto inesplorata una zona è molto men facile, che non sia in campi da molto minor tempo percorsi. In Italia durante tutto il secolo XIX ci fu quel fuoco fatuo del Rasori e del Tommasini, ma si spense tosto e in modo assoluto. Il Bufalini, che fu insigne nel determinare le fondamenta logiche della patologia, lasciò poi lavori parziali numerosi, che non possono che dispiacere a chi, come me, ne ammira sempre la meravigliosa dirittura del pensiero. E sarebbe davvero il *maestro degli stolti* colui, che dell'insuccesso delle Opere di Patologia scritte dal Bufalini pretendesse argomentare, che le basi razionali del suo lavoro non fossero ottime. Egli errò, perchè non seguì i principî da lui stabiliti. Invece di trarre dall'osservazione propria insegnamenti di nuovi fatti volle costruire un grande edificio coi materiali già esistenti, accumulati dall'insufficiente osservazione altrui. Questi erano materiali, che non erano più resistenti alla prova del tempo. La condizione dello spirito umano dinanzi a un fenomeno non sarà mai quella di una visione completa: ogni nuovo acquisto parziale la deve modificare. Se l'organismo è come uno spazio buio, dove si va accendendo qualche candela, si capisce, che ogni candela, che s'accende, può modificare l'idea, che il veggente s'è formato di ciò, che gli è innanzi. Goethe diceva che in natura, per quanto si scavi, non s'arriva mai in fondo: ma ogni strato, che si mette allo scoperto, fa conoscer meglio la costituzione della terra. Se ogni candela, che s'accende, può contribuire a diradare il buio, se ogni palata di terra scavata può mettere in vista uno strato nuovo, non ogni osservazione nuova di medicina dovrà subito agevolare o migliorare l'opera del medico pratico. Talora la rivelazione d'un nuovo vero non consente subito di scorgere le relazioni ch'esso può avere colle condizioni del malato, talora anche ne può suggerire alcune errate. A misura che le cognizioni parziali s'accumulano, cresce l'obbligo intellettuale di stabilirne le relazioni di coesistenza o di successione o di causalità e solo noi, che abbiamo speso una lunga vita intorno ai malati, possiamo misurare la difficoltà di tutto sapere e di tutto interpretare. Il Mackenzie, che tali difficoltà ha lungamente sperimentato, ma che per le sue rarissime prerogative mentali ha potuto in molta parte superare, ha rivolto il pensiero agli ordinarii esercenti collo scopo di renderli valevoli d'usufruire delle indagini per loro impossibili, il frutto delle quali non potrebbe tuttavia essere trascurato dal medico senza danno degli ammalati. Render facile il difficile non è agevole cosa ed io temo, che neppure il grande valore del Mackenzie basti a superare tanta difficoltà. Non si può negare ch'egli dica il vero allorchè afferma che l'introduzione degli istrumenti (in clinica) ha sì fortemente impressionato il pubblico, ch'esso non è soddisfatto se non è esaminato con essi, e parecchi dottori, i quali impiegano tali istrumenti, quantunque riescano a scoprire qualche segno abnorme, non hanno imparato

come debba stinarsene il significato. I cervelli inglesi, dunque, non valgono più dei cervelli italiani! La difficoltà sta proprio nelle cose. Ricordo qui ancora le parole già su riferite del Mackenzie: « Le manifestazioni della natura sono infinite nelle loro varietà e alla mente ineducata apparentemente caotiche: però le forze fondamentali, che le generano, sono poche. Il riconoscimento di tali forze trasforma d'un tratto questo caos in un aggiustamento ordinato e permette di comprendere facilmente il significato delle manifestazioni....

Un aumento di conoscenza delle leggi naturali porta alla semplificazione.... Ciò che è considerato progresso in medicina non può essere progresso vero, perchè non porta semplificazione. Non è se non la scoperta di nuove manifestazioni della natura e una sempre maggiore difficoltà di comprenderne il significato ». Ma ciò non mi par vero: saremmo per avventura noi più ciechi d'Ippocrate dinanzi ad un fenomeno dell'organismo infermo? Certo non possiamo interpretare lo sviluppo d'un cancro o un'alienazione mentale applicando a tali fenomeni la nozione delle più fondamentali leggi naturali, ma è perchè abbiamo già riconosciuto che tali leggi universali e inseparabili, dalla materia si trovano nell'organismo in tale una combinazione, che non ci è dato di penetrarla fino in fondo. Noi sappiamo perchè il nostro corpo ha una temperatura più alta dell'ambiente, come sappiamo perchè una stufa è più calda del nostro corpo: ma senza conoscere esattamente tutti gl'intimi scambi della materia vivente, conoscendo pure insufficientemente come il sistema nervoso influisca ad assicurarci una temperatura quasi indipendente da quella, che ci circonda, sappiamo però che la fonte primigenia del calore vitale non sta che nello scambio degli elementi, che costituiscono il nostro corpo, come il calore della stufa emana dalla combustione del carbone. Nessuno di noi si sogna di svelare il mistero della coscienza umana applicando ad esso le leggi fondamentali della natura, ma pure è meglio del nulla l'aver imparato, che una condizione indispensabile della coscienza è la vita del cervello. Ignoriamo in che veramente consiste l'intelletto umano, eppure ci sembra d'esserci un po' avvicinati a immaginare un meccanismo cerebrale dei suoi disordini, quale Heuschen l'ha escogitato sulla base di conoscenze acquisite modernamente. Uno, pochi, molti fatti anche i più minuti, prima ignorati, oggi rivelati da una esatta osservazione, s'anche non illuminano immediatamente la mente del medico, servono, prima o poi, a favorire la penetrazione del suo sguardo verso le origini più recondite dei sintomi delle malattie e verso una meno imperfetta comprensione di questa. Per potere accogliere l'opinione espressa e ripetuta più volte dal Mackenzie, che « ciò che oggi si chiama progresso non è che la cognizione d'un numero addizionale di manifestazioni morbose e una difficoltà ognor crescente di comprenderne il significato » conviene mettersi nel punto di vista esclusivo di un cattivo medico pratico, il quale preferisce d'ignorar molte cose piuttosto che sentirsi impotente a profittare del suo sapere per diagnosticare e per curare. Chi non sapesse, che la moderna clinica è debitrice verso il Mackenzie di molte preziose notizie parziali, potrebbe talora sospettare ch'egli non fosse persuaso che ogni nuovo vero è un acquisto per la medicina: egli scrive « Che ogni nuovo fenomeno scoperto con metodi semplici o reconditi sia importante perchè accresce la nostra nozione della malattia, è accolto come una cosa evidente » ma non pare che tale evidenza sia riconosciuta dal Mackenzie, che anzi lamenta ripetutamente la difficoltà e la confusione arretrate dalle indagini più minute e dall'uso di strumenti per le ricerche cliniche. Ma per esser giusti con lui bisogna tener conto di questa sua esplicita dichiarazione « *Uno*

degli scopi di scrivere questo libro è di dimostrare che la medicina può esser resa più semplice nella pratica e ad un tempo più efficace (pag. 165)». Si capisce che un'asserzione tanto recisa e tanto promettente non sarebbe uscita dalla penna d'un uomo intelligente senza che egli sentisse l'obbligo di darne le prove. E di fatti il Mackenzie reca l'esempio delle malattie del cuore, nelle quali non c'è medico vivente che non gli riconosca un'insuperata competenza, mentr'egli stesso dichiara con una modestia degnissima di ammirazione, che altri argomenti clinici non gli sarebbero stati altrettanto famigliari. Egli afferma che se l'uso dello sfigmografo, dello sfigmomanometro, dell'elettrocardiografo, dello stetoscopio, del radiografo ecc. servi a dilucidare la semiologia delle malattie cardiache, esso è diventato oggi superfluo per il medico pratico. I sensi bastano a riconoscere i fenomeni; essenziali non han bisogno di essere aiutati. Ciò che importa per il pratico è di saper valutare il sintoma e di conoscere le sue relazioni cogli altri fenomeni. Gli istromenti rivelano alterazioni di struttura piuttosto che la funzione d'un organo. Invece il problema del cuore si riduce a sapere, s'esso è o non è insufficiente o se fa prevedere, che diventerà tale. Le premesse scientifiche di siffatte affermazioni di Mackenzie consistono nell'aver ammesso, che l'insufficienza del cuore è un fenomeno spettante al muscolo cardiaco e che il primo indizio di essa è dato dalla limitazione del cuore nel bastare agli sforzi.

A ragione il Mackenzie biasima quei medici, i quali considerano come indizi capitali delle malattie cardiache l'ingrandimento del fegato, l'idrope, l'ortopnea ecc., poichè tali disturbi, come già fu verificato mille volte, mancano in alcune gravi malattie del cuore e non sono sempre, anche là dove si avverano, avvisi precoci della cardiopatia. Pel Mackenzie l'essenziale sta nella sufficienza o nella insufficienza del muscolo. E poichè questo si riconosce senza istrumenti, tutte le conoscenze raccolte colle indagini del laboratorio e di clinica possono essere *semplificate* per il pratico, cosa, in cui culmina l'aspirazione dell'illustre autore. Egli insegna che l'insufficienza del cuore dipende da esaurimenti del miocardio, esaurimento che si verifica quando ci sono impedimenti sulle vie del cuore tali, ch'esso si consuma nel persistente conato di adempire efficacemente all'ufficio suo. Questo esaurimento, che annunzia prima d'ogni altra cosa l'insufficienza cardiaca, non richiede alcun istrumento per esser riconosciuto: esso si palesa con fenomeni subiettivi, che insorgono per un'azione del cuore, che nella persona sana si compieva con piacere, mentre nell'inferma dà origine a due serie di conseguenze — sensazioni intorno al torace o moleste o dolorose e una diminuzione del lavoro utile del cuore sul circolo, per cui, offesa la funzione di altri organi (il centro respiratorio), insorge l'affanno.

Chi non conoscesse l'intima aspirazione del Mackenzie potrebbe supporre avverso alle ricerche cliniche più delicate: egli invece n'è non solo fautore, ma felicissimo esecutore. Filiberto Mariani lo chiamò, forse per questo, *mago del cuore*: ma il battesimo poteva anche esser più felice, poichè non c'è proprio nulla di magico nelle scienze. Sarebbe più nel vero chi lo dicesse il medico, che fra tutti i viventi ha avuto più a cuore il sublime intento di trasformare il sapere dei ricercatori in potere del pratico a beneficio dei malati.

La sua mira di *semplificare* è alimentata dal conoscere per esperienza propria, che certe ricerche di laboratorio non sono utili nella pratica e che l'imposizione di certi concetti sperimentali non desunti dall'osservazione dei malati non dev'esser subita dal

pratico. A me sia lecito nondimeno affermare che questo nobilissimo suo intento di *semplificare* può diventar eccessivo. Non risponde al vero, per esempio, ciò ch'egli asserisce rispetto alla digitale. « Era stato riconosciuto che questa droga giovava, ma mancava la conoscenza del genere dei casi, in cui giovava, tanto che a ogni paziente che avesse si supponesse avere un'afezione di cuore, si amministrava questa droga. Una lunga ricerca della letteratura rivela il fatto che non si ricorda un *caso solo*, in cui l'effetto del rimedio in un essere umano fosse riconosciuto e descritto con intelligenza ». Se mi fosse lecito di citare me stesso direi che 33 anni sono scrissi queste parole: « I veri prodigi della digitale s'osservano nei vizi composti dell'orifizio auriculo-ventricolare sinistro ed anche nella semplice insufficienza (valvolare)... L'esperienza clinica non è stata mai favorevole all'uso di questo rimedio nel vizio d'insufficienza delle semilunari aortiche » (1). Si potrà, dunque, contrastare la giustezza di tali affermazioni, se così piacesse, ma come si potrà mai dire che non siasi cercato mai di comprendere come la digitale agisse e quali le condizioni, sulle quali l'azione sua riuscisse benefica e quando no? Nè tali parole tendono minimamente a svalORIZZARE le osservazioni, che dopo di me fece il Mackenzie, chè anzi io son lieto di vedere come in molta parte il pensiero odierno di lui coincida con quello espresso da me 33 anni sono. I casi di fibrillazione avvincolare, nei quali il grande medico inglese osservò i prodigi della digitale, coincidono con quelli prima da me additati, benchè allora ignaro del fenomeno della fibrillazione. Dove il consenso rifugge più chiaro è nell'affermare anzi tutto, che il problema dev'essere studiato nell'uomo infermo. Allora io dimostrai, come il Binz, lo Schmideberg e il v. Leyden, dominati dal pregiudizio germanico, che la scienza non si potesse fabbricare che dentro un laboratorio, avevano abbiuato l'argomento, che il precedente lavoro dei medici pratici, se non aveva illuminato del tutto, aveva nondimeno alquanto dilucidato. Quegli Autori davano tutto il peso dell'azione della digitale alla sua facoltà di aumentare la pressione arteriosa. Per dimostrare il disprezzo dell'insegnamento clinico basterà ricordare, che il Leyden inculcava di sospendere l'uso della digitale appena il polso fosse rallentato, poichè questo avveniva *dopo* che l'effetto benefico era stato operato. Io attribuiva l'utilità del rimedio alla diminuzione delle sistoli cardiache; invece il beneficio secondo Leyden, non dipendeva dal rallentamento del polso e quindi una frequenza molto alta di esso doveva controindicare l'impiego del rimedio. Io obiettao che le azioni terapeutiche del rimedio « non potevano conoscersi che osservandole direttamente mentre gli organi anormali andavano funzionando dappoichè la Fisiologia degli organi anormali spetta al Clinico ». Per il Mackenzie parimenti sarebbe vano lo sperare « che degli sperimenti sul cuore sano di animali riveleranno l'effetto della digitale nel cuore ammalato dell'uomo ». Siccome una malattia non si sa conoscere, che per i sintomi prodotti da essa, non si può tentare di risolvere un problema di una malattia se non si possiede tale cognizione. E « se il bisogno di questa cognizione è ammesso, allora apparirà l'inutilità di cercare, che un investigatore sia educato inviandolo in un laboratorio, dov'egli è effettivamente messo fuori dall'opportunità di acquistare la cognizione necessaria per conseguire lo scopo.... Tale cognizione non può essere acquistata che mediante il contatto

(1) *La digitale, a frequenza del polso e il bigeminismo cardiaco*, Bologna, 1887.

personale con individui affetti dalla malattia ». Queste sentenze del Mackenzie non dovrebbero mai uscir di mente al medico pratico. Questi invece mostra oggi una così erronea valutazione delle cose da obbedire a qualche dottrina fabbricata in un laboratorio più tosto che ai fatti, ch'egli stesso vede o che potrebbe vedere nei suoi malati, se il preconcetto dottrinale non lo abbagliasse.

Non mi sembra invece conforme al vero l'asserzione dello stesso Autore, che non fosse possibile lo studio dell'azione della digitale finchè non erano conosciute le diverse maniere dell'azione *irregolare* del cuore. Nessuno contesta che l'applicazione clinica dell'elettrocardiografo, per cui il nome del Mackenzie così vivamente risplende, non abbia rivelato fatti prima ignorati e importantissimi.

La storia della grande utilità scientifica prodotta dall'applicazione di un istrumento (elettrocardiografo) impone di giudicare con molto discernimento la condanna, ripetuta a ogni passo dal Mackenzie, dei metodi meccanici nella medicina pratica. Altro è applicarli per scoprire l'origine di alcuni sintomi, altro sarebbe il crederli necessari per l'ufficio del medico pratico. Chi non tenesse conto di questa essenziale distinzione potrebbe trovare a ridire su certe sentenze contenute nel libro dedicato dal Mackenzie alla Medicina dell'avvenire: tal'è, per esempio, questa: « se uno riconosce che la natura dei fenomeni rivelati dallo sfigmomanometro spettano al gruppo dei sintomi, che io ho classificato come di lesa struttura, si capirà la limitata importanza della luce, che quei fenomeni forniscono. Questa limitazione non è stata compresa e allora le stesse pretese stravaganti e deviatrici furono enunciate per lo sfigmomanometro, che erano state fatte per lo stetoscopio e per lo sfigmografo. Poichè uno, ch'era seriamente ammalato, presentava rumori del cuore, i rumori del cuore avrebbero dovuto essere pericolosi, così si ragiona oggi dicendo che, essendoci malati gravi con alta pressione sanguigna, l'alta pressione sanguigna è pericolosa ». Ma sarebbe facile rispondere al Mackenzie che qui il danno non viene dall'istrumento applicato, ma dall'istrumento che ne interpreta le rivelazioni. Anche dei rumori cardiaci scoperti senza stetoscopio, anche una ipertensione scoperta colla mano sarebbero inerminabili d'errati concetti medici, se l'orecchio e la mano di chi li osservò fossero stati serviti da un cervello mal ragionante. Non è giusto, dunque, attribuire agli strumenti usati dal medico tutti gli errori, che non provengono che dal suo giudizio. Se le parole or ora riportate da me potrebbero far pensare che il Mackenzie tendesse quasi a incolpare di danni mentali l'applicazione dello stetoscopio o dello sfigmomanometro, ne riferirò altre, che al contrario negano più che non convenga il valore di studi clinici eseguiti mediante la pura osservazione e interpretazione dei sintomi. Tal'è, se non erro, il caso dell'azione, che la digitale esercita sul cuore. Giustamente l'illustre ricercatore delle malattie del cuore esalta il valore delle notizie da lui ottenute mediante lo studio delle irregolarità del ritmo cardiaco fatto col cardiocardiografo, ma non corrisponde esattamente alla storia l'asserire, che « prima che la detta ricerca fosse stata intrapresa, il modo d'azione della digitale e la condizione, che ne indica l'uso, erano ignorate.... Ora noi possiamo vedere, che non era sperabile d'ottenere un'accurata descrizione degli effetti del rimedio da medici, che non conoscevano i sintomi della malattia.... Esiste il tipo di un caso, in cui l'effetto della droga fu talora fenomenale.. il cuore era rapido e irregolare, tipico di quella condizione ch'io ho descritto dapprima come una paralisi dell'orecchietta, ma che ora conosciamo come fibrillazione auricolare... in un gran numero di casi io trovai, che dove la frequenza del cuore era grande, ivi

erano maggiori gl'indizi della insufficienza del cuore, la quale scompariva col diminuire dalla frequenza prodotta dalla digitale.... Prima *la droga era data a qualsiasi malato*, che avesse o fosse creduto avere un'affezione cardiaca. Una lunga ricerca nella letteratura rivela il fatto che *non era ricordato neppure un singolo caso* in cui l'effetto della droga in un cuore umano fosse stato riconosciuto e descritto con intelligenza ». Tale affermazione dell'insigne cardiologo è tanto lontana dal vero, ch'è perfino difficile di rendersene conto. Lo studio intelligente dell'azione della droga sul cuore dell'uomo ammalato non cominciò forse col Whitering, che primo n'esaltò i benefizi ? Che Mackenzie conosca tanto più del suo concittadino le proprietà del cuore malato e del rimedio spesso benefico, nessuno può mettere in dubbio : non sarebbe da stupire anzi, se in un secolo e più gli uomini non avessero nulla aggiunto alle preziose osservazioni del Whitering ? Già nel 1887 io resi note delle osservazioni, che mi dettero diritto allora e mi dan diritto oggi di stabilire quanto segue : « La causa precipua delle virtù terapeutica della digitale sta nella sua azione diretta sulle pareti del cuore... In alcuni casi il miocardio degenerato o infiammato può render ragione della sua inefficacia.... Il diradar delle sistoli prodotto dalla digitale non può considerarsi come un fatto di poco o di nessun valore clinico; esso ha innanzi tutto un'importanza prognostica, perchè suole prodursi soltanto se le condizioni meccaniche del cuore sono suscettive di miglioramento; esso poi è direttamente utile in certe maniere di vizio, quale la stenosi auriculoventricolare e specialmente l'insufficienza mitrale, mentre in altri vizi col diradar delle sistoli cresce il danno del cuore e perciò la digitale è controindicata.... Nel caso della stenosi la frequenza del polso è decisiva : s'essa eccede di molto la norma, il rimedio è indubbiamente utile : se non l'eccede, è dannoso.... Siccome la sistole rappresenta il momento di maggior dispendio di forze, non par dubitabile che almeno il prolungarsi del riposo non torni utile al cuore, essendo esso in tutto o in qualche sua parte *un muscolo stanco per eccesso di lavoro*.... L'insufficienza della valvola mitrale è uno de'vizi, in cui la digitale è più utile e in cui la frequenza delle pulsazioni, la piccolezza, l'ineguaglianza del polso sono spesso al massimo ». Queste dichiarazioni, delle quali detti le prove cliniche e la spiegazione fisiologica, mi par che bastino a provare, che non si deve accettare la deprimente sentenza, che i medici pratici, se non fosse stata scoperta la fibrillazione auricolare qualche decennio dopo del mio lavoro, sarebbero condannati ancora a brancolare nel buio e a prescrivere la digitale in tutti i casi di malattia di cuore, come il Mackenzie narra d'aver fatto anche dopo il 1887. È lungi da me le mille miglia l'idea d'accusare l'illustre scrittore d'orgoglio, poichè anzi egli insegna a noi tutti moltissime cose, ma anche l'obbligo della modestia : basti riferire di lui le parole seguenti scritte a proposito di alcuni disordini della digestione « la mancanza delle *mie cognizioni* intorno alle malattie del tubo digerente era troppo grande ».

E se io insisto sul punto, che concerne le indicazioni della digitale, non è per mettere in rilievo il nonnulla, ch'io potei fare per dilucidarla, ma per dimostrare ancora come ci siano ancor oggi medici insigni, che percorrono le stesse vie percorse allora da me. Oggi par quasi un'asserzione rivoluzionaria questa, che qui riporto dal libro del Mackenzie, (gli effetti dei rimedi devono essere studiati negli individui ammalati. « Oggi, invece, sono i laboratori di farmacologia, che pretendono di legiferare circa l'opportunità di agenti, che non furono sperimentati mai negli uomini infermi. E ci sono anche medici, che van per la maggiore, i quali han fatto perfino la scoperta, che certi agenti tera-

peutici prendono le loro indicazioni non dalle qualità del processo morboso, ma dal l'organo ammalato, come, per esempio, il boldo per il fegato o il fosforo per il cervello — un'idea, della quale durerei fatica a trovare la più scimunita! Nè basta. Oramai il più modesto farmacista si vergognerebbe, se non avesse *arricchito* la materia medica con qualche nuovo intruglio da lui, che non vide mai un malato, decantato, come il salvatore di tanti poveri infelici, che il medico non sa guarire. E peggio ancora: ci son molti medici, che credono nella sapienza clinica del farmacista e ne prescrivono gli eleganti prodotti. Anche costoro (strano a dirsi!) la pretenderebbero a medici pratici!

Fedele all'unico principio razionale della terapia, che poc'anzi ho riferito colle stesse parole di lui, il Mackenzie dopo lunghe e minutissime osservazioni è pervenuto a concetti ben definiti circa l'azione della digitale nelle malattie cardiache. E io recherò ora alcune sue sentenze, che quantunque scritte dopo l'applicazione clinica d'un meraviglioso strumento, qual'è l'elettrocardiografo, non differiscono che per le parole da quelle da me stabilite 33 anni sono seguendo il metodo clinico possibile allora.

« I cuori malati reagiscono in modo assai vario alla digitale. In alcuni la frequenza diminuisce, in altri la dose stessa non ha effetto alcuno. In alcuni il cuore diventa irregolare nel ritmo: in altri il ritmo resta inalterato. Nei casi, in cui esiste un ritmo irregolare la digitale agisce in un senso e in un altro ritmo irregolare in un senso differente ». Io avevo già osservato questo per rispetto al ritmo bigemino. Il Mackenzie aggiunge « l'azione della droga era modificata dalla natura della malattia..... In alcuni casi l'insufficienza cardiaca era probabilmente dovuta alla frequenza eccessiva dei ventricoli, perchè questi erano esauriti per *la mancanza del riposo*.

La maggior parte di questi cuori era molto sensibile alla droga. Finchè il cuore pulsava con frequenza inferiore ad 80 essi andavano assai bene, ma se la frequenza eccedeva i 110, mostravano gradatamente segni crescenti di insufficienza cardiaca..... Se la frequenza poteva esser diminuita e tenuta bassa dalla digitale, il presagio diventava lieto: se non si poteva, esso diventava assai grave. L'esame *post mortem* di questi ultimi casi rivelava sempre, che insieme col ritmo irregolare esistevano altre complicazioni, quali la degenerazione miocardica o il rigurgito aortico..... Ci furon casi, nei quali l'effetto della droga fu alcune volte fenomenale. Eran casi, nei quali la insufficienza cardiaca era talora estrema, con ortopnea ed idropi. Il cuore era rapido e irregolare, tipico della condizione, ch'io descrissi dapprima come paralisi dell'orecchietta, ma che noi ora riconosciamo siccome fibrillazione auricolare..... dove il cuore pulsava frequentemente, v'erano crescenti segni d'insufficienza cardiaca, i quali sparivano insieme col diminuire della frequenza per l'azione della digitale..... Di tanto in tanto io vidi pazienti afflitti da ortopnea, respiro di Cheyne-Stokes edropi e tutt'i segni d'un'estrema insufficienza, e ch'erano stati dichiarati dai loro curanti come spacciati, riacquistare rapidamente una salute durevole mediante l'accorto e intelligente impiego della digitale ». Basterebbe sostituire alle parole *fibrillazione dell'orecchietta* quelle da me usate d'insufficienza grave della mitrale per iscorgere la più perfetta identità dei fatti osservati e dei precetti pratici desunti. Il fenomeno della *fibrillazione* non fu scoperto che nel secolo XX e io non potevo parlarne nel 1887, ma oso dire ancor oggi ch'esso s'incontra, se non esclusivamente, certo nel

più de' casi in cui le pareti auricolari furono per lungo tempo iperdistese dal sangue irrompente con violenza negli atri sotto la forza delle pareti ventricolari e non sotto quella tanto più debole della pressione delle vene.

C'è forse qualcuno, il quale pensi che un muscolo possa perdere la proprietà di contrarsi contemporaneamente ed efficacemente in tutto il suo insieme e presentare invece il fenomeno di retrazioni del tutto inefficaci di gruppi di fibre senza che una alterazione profonda del muscolo e del nervo siasi prodotta? C'è forse qualcuno, il quale possa mettere in dubbio, che una distensione violenta e durevole delle fibre muscolari, tanto da rendere credibilissimo che la circolazione capillare del muscolo sia ostacolata, non sia valevole a determinare un disordine nutritizio nell'apparecchio neuromuscolare? Tutta la riverenza, sincera e profonda, che il Mackenzie m'ispira, non può impedirmi di dire che la sua opinione essere la fibrillazione auricolare *un'entità morbosa* mi sembra non conforme alle buone regole della patologia: mi sembrerebbe più giusto il dire, che, essendo nei vizi di cuore il miocardio l'elemento principale dei sintomi della malattia, la lesione di esso può talora diventare così grave, che un sintoma di più, finora ignoto, può sorgere per la sua più grave lesione — cioè la fibrillazione o la vibrazione delle orecchiette.

Chi volesse credere, ch'io abbia cercato di porre in rilievo il valore d'un mio lavoro di 33 anni sono, deve prima riflettere che l'argomento non fu scelto da me, ma dal Mackenzie, ch'è tenuto per il più competente dei viventi cardiologi: poi deve anche riflettere ch'io non ho voluto dimostrare se non l'efficacia dei lavori clinici, che partono prima di tutto, come quelli del Mackenzie, dall'osservazione dell'infermo, pure aiutandola con tutte le notizie possibili, che con esso hanno attinenza. Pur riconoscendo, che il medico pratico non può perder troppo dell'opera sua coll'applicare istrumenti nell'esame dei malati, si può dire che le parole del Mackenzie eccedono qualche volta i limiti del vero.

Egli accusa anche lo stetoscopio. Ma è necessario ricordarsi, che l'ascoltazione non ha di questo alcun bisogno: l'accusa, dunque, andrebbe all'ascoltazione. Non sarebbe umiliante per l'intelletto umano, se tutt'i medici avessero per un secolo intero benedetto il nome di Laënnec senz'avvedersi, ch'egli aveva messo a loro disposizione un mezzo inutile o dannoso? Se talora fu assegnato un valore prognostico a rumori cardiaci, che non l'avevano, vuol forse dire che l'ascoltare questi rumori sia inutile? Vuol dire unicamente che alcuni medici errarono nel giudicarli. O si dovrebbe credere, che lo scoprire dei rumori propri d'un cuore malato sia inutile, perchè il rumore non indica, se non una lesione già stabilita? Ma allora la fibrillazione auricolare e la vibrazione dimostrabili cogli altri espedienti meccanici perchè dovrebbero meritare maggiore rispetto? Non sono forse anche questi sintomi la prova, che il miocardio si contrae anormalmente, perchè la malattia lo ha raggiunto? Io ho già detto, come lo svalutare un'indagine, perchè incapace di rivelare la malattia, valevole soltanto a farci conoscere una lesione già avvenuta, non mi sembri punto giusto. Forse l'anatomia patologica ci rivela il processo morboso? Ci mostra solo delle lesioni, che, aiutate dalla storia dei viventi, nel cui cadavere furono riscontrate, ci suggeriscono interpretazioni spesso così simili al vero da illuminare il processo morboso. E perchè allora una lesione riconosciuta nel vivente non dovrebbe possedere lo stesso potere d'illuminazione? C'è anzi di più: come in tutta la natura domina un'instan-

bilità permanente, così una malattia non può essere che una serie di atti vitali fisici, chimici, meccanici fra loro intrecciati, promossi dalla primigenia cagione. In confronto dell'anatomia patologica il riconoscere in vita un'alterazione ha, dunque, il vantaggio, che noi possiamo talora, seppur non sempre, presagire gli effetti, che essa potrà avere sugli altri organi nel seguito della vita. Io ripeto qui ciò che già ho fatto rilevare, cioè che una malattia, che non ha portato danni, è inconcepibile: saranno danni inaccessibili, ne convengo: ma finchè la *causa morbi* non ha determinato un mutamento dell'organismo sano, malattia non esiste e non si può dire, che la causa supposta sia veramente morbosa finchè la lesione, visibile od invisibile, non siasi prodotta. Ora se l'ascoltazione ci permette d'udire un rumore, che per noi equivale a vedere un orifizio troppo ristretto o una valvola troppo corta, dovremo considerare come negligibile questo servizio, perchè ci manca il potere d'allargar l'orifizio o d'allungare la valvola? Certo il Mackenzie non sostiene questo, ma la sua condanna dello stetoscopio non potrebbe farlo supporre?

A guardarci ben dentro, la fibrillazione auricolare e la vibrazione auricolare, studiate dal Mackenzie con intento clinico mirabile non sono altro che fenomeni morbosi generati da una lesione già avvenuta nel miocardio o nel fascio di His, cioè dire rivelazioni anch'esse d'una lesione già stabilita. Se l'aver scoperto che il cuore malato produce dei rumori ha dato origine a qualche affermazione errata, non per questo si dovrebbe dire che quest'erronea concezione *svia la professione in tutt'i paesi*. Non solo questo, ma, dopo che fu svelata l'associazione dei rumori con certi difetti valvolari, quella concezione introdusse la teoria della pressione retrograda dell'insufficienza cardiaca, una teoria che ha fatto deviare l'attenzione dalla natura essenziale dell'insufficienza del cuore. Io ho dimostrato che questa è essenzialmente dipendente dall'efficienza del muscolo cardiaco » (Mackenzie). Per fastidioso che sia il dover citare sè stesso, devo io ripetere qui qualche frase scritta da me 33 anni or sono, nel mio studio dell'uso della digitale. » La causa precipua della virtù terapeutica della digitale sta nella sua azione diretta sulle *pareti del cuore*..... il *miocardio* degenerato o infiammato può render ragione della sua inefficacia..... La digitale deve agire sul *miocardio* sano d'un cuore con aorta, valvole e orifizi malati alla guisa stessa, che se quest'aorta, queste valvole e questi orifizi fossero normali, poichè non è su questi, ma sul *miocardio ch'essa esercita il suo potere*..... ai casi di duplice insufficienza, valvolare e *muscolare*, converrebbe il nome di *asistolìa*.... ». Non mi pare che sia possibile di riconoscere l'importanza del muscolo cardiaco più insistentemente di così: perciò, se qualche clinico non ne ha tenuto conto, egli solo deve averne biasimo, ma non è lecito concludere, come fa il Mackenzie, il quale scrive nel 1919 « Io penso che si possa dire senza esagerazione, che il malo uso della scoperta dell'ascoltazione non solo ha diretto il seguito dell'investigazione in vie erronee, ma ha causato danno a un gran numero di persone e lo sta causando anche oggi, perchè ai medici non fu *mai* insegnato come valutare il significato dei sintomi scoperti mediante l'ascoltazione ».

Non è molto, Thomas Lewis ha espresso la propria adesione a queste idee del Mackenzie (1). Anche per lui « dopo la scoperta di Laënnec i suoni del cuore e i ru-

(1) *British Med Journal*, 1919, 15 nov., p. 621.

mori prodotti in parecchi orifizi ricevettero un'attenzione straordinariamente minuta per moltissimi anni ». Egli non contesta il valore di tutti questi studi, ma assegna importanza soltanto alle diagnosi di stenosi mitralica e d'insufficienza aortica. Alla diagnosi d'insufficienza mitralica non dà valore alcuno. « Se manca la stenosi (egli scrive) il riconoscere che la mitrale è insufficiente è un compito pieno delle più gravi difficoltà: per giunta, quando tale giudizio è fatto, esso fornisce poco o punto aiuto per il futuro ». La prima parte della sentenza è giustissima, poichè il valore del soffio sistolico all'apice è soverchiamente stimato mentre non merita attenzione, se ad un tempo non si verificano le prove, che indicano davvero il reflusso del sangue nell'atrio sinistro. Ma la seconda parte dell'affermazione del Lewis sembra a me, che meriti, come alcune asserzioni del Mackenzie, una discreta incredulità. È difficile concepire come un'inversione della corrente sanguigna proprio nel punto più centrale, cioè all'origine dell'aorta, possa non aver conseguenze gravi, purchè non s'ammetta che l'insufficienza sia di lievissimo grado e perciò incapace di gravi effetti. Ma s'essa è notevole, notevoli son pure le sue conseguenze: perchè mai, come mai la corrente inversa, l'invertita pressione non dovrebbero offendere l'atrio sinistro, le vene polmonari, il polmone, il cuor destro? Io non riesco a vederlo. Il dire che, se tali conseguenze s'avverano, è perchè coll'insufficienza coesiste la stenosi, è contraddetto dall'esperienza, che dimostra con certezza assoluta la possibilità dell'esistenza isolata dell'insufficienza. Il quesito circa la gravità dei diversi vizi del cuore fu molte volte agitato, ma io sostenni ch'esso non può essere giustamente risoluto, se non si tien conto del *grado* delle viziature. Un'insufficienza delle semilunari aortiche o una stenosi dell'orifizio mitrale saranno i vizi meritevoli di grande considerazione, come afferma il Lewis, eppure non c'è medico pratico, il quale non abbia visto malati affetti da tali affezioni, i quali presentavano pochissime o nessuna molestia. Ciò giustificherebbe mai l'opinione, che il riconoscerli non abbia grande importanza? Altro è assegnar valore a un dato rumore, altro è assegnarlo a un'alterazione d'un congegno necessario per la regolarità del circolo. Se poi s'aggiunge la notizia, che le alterazioni di valvole e d'orifizi son quasi sempre determinate da malattie infettive e che queste tendono a diffondersi non solo all'endocardio, ma anche al miocardio, appare più che mai l'interesse, che può avere il pratico a riconoscere che l'endocardio fu infettato. Tale notizia può essergli fornita dall'ascoltazione e dalla percussione, quand'anche i disturbi subiettivi del malato non facciano supporre un disordine cardiaco: e non è senza valore il sapere, che, oltre all'offesa delle valvole o degli orifizi, anche un processo analogo non è improbabile nel miocardio.

Arriva forse la fibrillazione auricolare, come un fenomeno imprevedibile, impreveduto, impreparato? No certamente. Arriva dopo che, per un verso o per l'altro, il cuore era già malato. E allora perchè non chiedersi, se ciò che c'era prima non abbia favorito la *fibrillazione*? Che il medico pratico debba anzi tutto osservare per conoscere i fatti, accettarli, regolar colla direzione di essi la sua mente e l'opera sua, nessun dubbio. Ma sarebbe inconcepibile ed imperdonabile colui, che pretendesse di negare al medico pratico di riconoscere anche la filiazione dei fenomeni morbosi, se questi si presentano con legami evidenti. C'è forse una fibrillazione, ch'esista di per sè? La clinica non l'ha dimostrata mai. Esiste sperimentalmente. Ma la puntura di Kronecker o la chiusura delle coronarie di Cushny che mai rappresentano, se

non una malattia del cuore precedente alla fibrillazione? Accusare l'idea della contropressione del sangue non mi par ragionevole. Di più, io confesso senza vergognarmene di non capire come l'idea della contropressione possa sembrare inconciliabile colla scoperta della fibrillazione. Quell'idea infatti, non che contrastare, favorisce il concetto di ricondurre, in ultima analisi, le alterazioni del ritmo a una lesione del miocardio. C'è un fatto indiscusso da secoli ed è che l'energia, per cui il sangue circola, è data dal miocardio. Perchè però tale energia si svolga normalmente essa dev'esser *costretta* da valvole e da pareti vascolari entro limiti prefissi. Mi saprebbe dire qualcuno perchè tra il ventricolo e l'orciecchetta dovrebb'esserci una valvola, se fosse indifferente che tale valvola restasse aperta o chiusa? chi mi obietta, che questo, ch'io metto innanzi, sarà un argomento fisico o fisiologico o anatomico, ma non un argomento clinico, risponderci, che l'insufficienza cardiaca si riscontra talora senza che la valvola sia insufficiente, ma che *il più delle volte* essa invece è lungamente preceduta da un grave vizio della valvola. Negare quest'idea e chiuder gli occhi della mente ai medici sarebbe tutt'uno. Perchè avviene la fibrillazione? I medici, che conoscono ciò che la fisiologia moderna ha rivelato circa le proprietà del miocardio, pensano senz'altro all'alterazione dell'intimo congegno automatico di esso. La scoperta non sarebbe grande. Se il ritmo è una proprietà, di cui l'essenziale condizione è la costituzione del miocardio normale, la sparizione di questa proprietà meravigliosa non deve suggerire l'idea, che la condizione essenziale di essa è distrutta? Ma sarebbe forse indifferente per il pratico il conoscere *per quali modi* questa proprietà del miocardio s'altera e sparisce? S'egli conoscesse tali modi non potrebbe prevedere l'esito e per avventura prevenire il deleterio suo prodursi? Mackenzie accusa, come ho già detto, l'idea della pressione sanguigna aumentata dietro al punto, nel quale l'ascoltazione fa riconoscere il vizio. Ma *asserire* che questa è l'origine di tutti gli errori non significa nulla: bisognerebbe *dimostrare*, che la pressione accresciuta in una o più cavità cardiache o la pressione diminuita in altre sono incapaci d'ogni danno. Ma dov'è mai in fisiologia un fatto o un concetto, per cui si possa credere che un'inversione delle pressioni delle diverse cavità cardiache sia indifferente per il cuore? Il circolo del sangue, alla fine, non s'attua che per la differenza delle tensioni che questo liquido subisce dalle contrazioni del miocardio, le quali determinano il movimento dalla parte di tensione maggiore verso quella di tensione minore. Come può essere indifferente, che la parte, la quale dovrebb'esser dominata da una tensione minore, diventi una parte a tensione maggiore? Si potrà rispondere, che queste non sono che considerazioni dottrinali, che l'esperienza ha dimostrato fallaci, perchè il cuore provvede bene a far circolare, come gli spetta, il sangue anche quando un vizio di valvole o d'orifizio ha alterato l'economia delle sue interne pressioni. Quando però si rifletta che quelle considerazioni sono di natura meccanica piuttosto che vitale non sarà facile negar fede ad esse: e se poi si pensa che la fisiologia ha dimostrato che il miocardio normale, *riempiendosi più presto si contrae prima, riempiendosi di più si contrae più forte*, si capisce come il danno meccanico indotto da un vizio possa conciliarsi colla persistenza d'una sufficiente funzione circolatoria del cuore. Ma non c'è forse l'anatomia patologica, che dà la più luminosa delle sanzioni alla dottrina della contropressione oppugnata da Mackenzie? Ci son forse fatti anatomici, che sien più costanti di una dilatazione del ventricolo sinistro

per valvole aortiche insufficienti o d'un atrio sinistro dilatatissimo per un'insufficienza della mitrale? È naturale, che, se le pareti di quest'atrio, mentre dovrebbero sottostare appena alla pressione delle vene polmonari, devono invece subire il sangue che il forte ventricolo sinistro spinge contro di esse già prima che le valvole aortiche sieno sollevate e più che mai dopo che la forte tensione intraventricolare le ebbe sollevate, esse patiscono una distensione, cui non erano chiamate e si dilatano tanto, che il medico può in vita verificare colla percussione l'ampiezza talora enorme dell'atrio. C'è qualche cosa da opporre a questa concezione meccanica e clinica? O sarebbe ragionevole negare, che tessuti eccessivamente stirati per mesi e per anni, com'è in tali condizioni il miocardio auricolare, subissero lesioni di nutrizione, per le quali fossero alterate le proprietà loro e quindi i muscoli atriali *fibrillassero*, come muscoli degeneranti per atrofia muscolare progressiva? I medici, che prima del Mackenzie osservavano i cadaveri dei malati di cuore, avevano veduto che l'atrio sinistro era talora dilatatissimo, le sue pareti assottigliate, le fibre muscolari degenerate, di guisa che, se non avevano adottato la definizione di *paralisi dell'orecchietta*, ne possedevano già il concetto. Il Mackenzie ha avuto il merito d'insignare, che tale condizione può essere diagnosticata e dalla sparizione del polso venoso giugulare dell'orecchietta e dalla sparizione del rumore presistolico. Giustamente designò prima come *paralisi dell'orecchietta* la medesima condizione, che ora egli definisce come fibrillazione auricolare. Una contrazione fibrillare è, quanto a sviluppo d'energia, presso che uguale a paralisi. E io non credo che per la mente del pratico l'idea d'un muscolo, che ha una contrazione fibrillare, chiarisca il meccanismo del vizio meglio della definizione fisiologica di *paralisi dell'orecchietta*. Per l'insufficienza delle valvole aortiche il processo fisiopatologico è essenzialmente analogo. Per norma il ventricolo sinistro, svuotatosi nell'aorta, cade in diastole e la sua cavità va riempiendosi sotto la debole pressione atriale. Ma quando le semilunari non chiudono più, l'economia delle *pareti ventricolari* è subito profondamente alterata: il sangue dell'aorta iniziale, ch'è quello che subisce la pressione più alta di tutto l'organismo, si riprecipita violentemente nella cavità ventricolare e la distende all'estremo. Traube, notando che i muscoli papillari erano appiattiti e pallidi, attribuiva tale fenomeno alla lunga compressione sopra di essi operata appunto dal sangue premente. Ma s'anche ciò non fosse, è possibile a un medico di mettere in dubbio l'azione dilatatrice del sangue irrompente con altissima pressione dentro la cavità ventricolare rilasciata? S'anche fosse opportuno per la dottrina della fibrillazione il negare questi fatti, negarli sarebbe impossibile. Pare evidente che se le pareti ventricolari e a più forte ragione le auricolari restano esposte ad una enorme distensione, i capillari della coronaria devono pur essere compressi e tesi per modo da ostacolare il sangue circolante in essi: e allora anche il rifornimento dei materiali necessari alla funzione dei tessuti nervo-muscolari del miocardio non dovrebbe più farsi normalmente: l'anatomia patologica poi dimostra che le cavità auricolari ingrandite contengono molti trombi, i quali provano ch'esse non si svuotavano. Questa non sarà una dimostrazione sperimentale, perchè è la natura che l'attua e non il medico. Ma è difficile asserire, che la legatura artificiale della coronaria determina la fibrillazione e asserire poi che la diuturna distensione e la mala nutrizione delle pareti cardiache non la producano, tanto più che nelle condizioni accennate la fibrillazione

avviene spesso e che, se avviene talora anche dov'esse non agirono, si riscontrano fatti molto analoghi, quali la miocardite cronica, la sclerosi della coronaria, la pericardite fibrosa.

Non varrebbe la pena di criticare, se poi tutto si riducesse ad avere un'opinione od un'altra. Gli è che invece, accettando il concetto del vizio cardiaco, il quale si fa cagione di gravi conseguenze idrauliche, il medico non prendè per segni prognostici gravi un rumore qualunque, come il Mackenzie ricorda, ma si rende conto dei danni circolatori e nutritizi, che dal vizio provengono. Con questo egli acquista il potere e di antivederne le conseguenze e d'opporne i presidi, che possono allontanarlo. *Semplificare* per riservare al medico pratico soltanto ciò ch'è necessario ad un'opera medica intelligente costituisce una mira ottima, ma semplificare per risparmiargli un lavoro intellettuale, senza del quale egli non può rendersi conto delle sue opinioni e della sua opera, sarebbe deleterio. Il medico futuro sarebbe peggiore del medico di oggi. Questo, pur troppo, non dà alla società umana neppur la metà del bene, che, sapendo meglio, potrebbe già darle. Bisogna dunque dirgli che deve saper di più, non che ci saranno *semplificazioni* per tutte le sue difficoltà. Tommaso Lewis scrive oggi « *Un uomo ha una cicatrice nella pelle della gamba e presenta la gamba all'esame. Chi mai s'interessa di decidere, se la cicatrice costituisce una malattia di struttura? Un altr'uomo può avere una simile cicatrice nel pericardio o nel margine della sua valvola mitrale — una cicatrice guarita, che mai gli causò e mai gli causerà inconvenienti..... Se noi vediamo la cicatrice della gamba, non ci curiamo di sapere come la gamba funziona, invece, se troviamo nel cuore i segni, che possono significare una sua cicatrice, ci occupiamo di sapere come il cuore compie il suo ufficio* ». Naturalmente! Perchè dovremmo chiedere, se la cicatrice della gamba ne altera la funzione? Ci son già secoli d'esperienza, che rispondono che ciò non avvenne mai: sappiamo, dunque, che non può essere. Ma come farà il Lewis a sapere, che la cicatrice della valvola mitrale *non causerà mai inconvenienti*? Egli, *per lo meno*, deve esaminare per bene il cuore. Non basta il sapere, che ci son soffi sistolici senza cicatrici mitraliche: bisogna saperli distinguere dai soffi prodotti da queste cicatrici e valutarne i danni.

Verissimo ciò che il Lewis riferisce, essere molto frequente l'errore di giudizio dei medici odierni, che danno al soffio sistolico un valore, ch'esso non ha. È già più di mezzo secolo, che Traube, fra gli altri, ammoniva di non dare a questo soffio il significato di prova dell'insufficienza mitralica: ma non diceva per questo, che fosse impossibile di riconoscere quando il soffio dipende e quando non dipende da insufficienza della valvola. Se i medici inglesi e i medici italiani son così immemori e così ignari, dovrebbero forse per assolverli dall'errore cancellare dalla mente dei medici degni quelle nozioni, che permettono di riconoscere la cicatrice della valvola mitrale, la quantità della sua insufficienza a chiudere l'orifizio auricolo ventricolare, i danni già recati e quelli ancora temibili, che la presenza della cicatrice vale a determinare? Dicendo, come fa il Lewis, di non occuparsi di stabilire, se la valvola mitrale sia o non sia insufficiente, poichè basta riconoscere che l'orifizio auricolo-ventricolare è ristretto, s'incoraggiano l'ignavia, l'inesattezza, la grossolanità. Per conto mio, non invoco medici pratici così fatti: preferisco questi d'oggi, che, anche quando non giungono a risolvere un problema, sanno almeno che il problema c'è.

Certamente l'aver prodotto sperimentalmente la fibrillazione nel cuore degli animali e l'aver trasferito tale conoscenza nella patologia umana per illuminare certi fenomeni osservati nei malati e fornire con questo migliori conoscenze e maggior facoltà d'opere al medico pratico costituisce un progresso considerevole della medicina odierna del quale una gran parte di merito spetta al Mackenzie e al Lewis. Ma costoro tendono troppo a diminuire il pregio delle cognizioni cliniche meno moderne. Non è proprio fra le cose concepibili un eccesso di sapere nel medico ! Il desiderio di semplificare poi è tutt'altro che senza pericoli, perchè nella nostra scienza, ch'è in continua evoluzione, la sintesi d'oggi è spesso rovinata dall'analisi di domani. La fibrillazione e la vibrazione rappresentano due sintomi, che non meritano di salire al grado di vere entità morbose — due sintomi di straordinario valore, siccome quelli, che ci mostrano quasi sott'occhio il più intimo disordine della funzione ritmica del cuore e ci avvertono del pericolo minacciante più vicino. Ma per fortuna degli infermi tali fenomeni non sono sempre precoci, nè molto frequenti nelle cardiopatie. E a che dovrà ricorrere il medico pratico per dar consigli al suo paziente, ch'è malato di cuore, ma non presenta ancora nè fibrillazione, nè vibrazione del miocardio ? I due insigni medici inglesi tendono a dare ogni valore ai sintomi subiettivi — alle sensazioni moleste intorno al torace e all'affanno, — due sintomi, che insorgono per movimenti, i quali nelle condizioni precedenti non li producevano. Certo la raccomandazione urgente rivolta al medico di osservar bene questi fatti, che indicano l'insufficienza del miocardio, merita piena adesione. Invece non merita consenso, ad avviso mio, il consiglio di tenere in poco conto i fatti desunti dall'ascoltazione finchè il malato non soffre nè affanno, nè oppressione, nè senso di costrizione toracica, nè dolori. Il Lewis, d'accordo col Mackenzie nei concetti, li formula forse più nettamente. « Scoprite (egli insegna) la stenosi mitrale e *non perdetevi tempo* a ricercare se c'è insufficienza della valvola..... Riconoscere una stenosi delle valvole aortiche quando sappiamo già ch'esse sono insufficienti, riconoscere la insufficienza della mitrale quando sappiamo già che l'orifizio è ristretto, *non ci fa fare un passo avanti* ». Ma s'è facile asserire, non sarebbe facile il dimostrare. È proprio indifferente per il corpo umano che il sangue penetrato scarsamente nella cavità del ventricolo sinistro a traverso un orifizio angusto proceda almeno *tutto* nell'aorta, come normalmente deve, ovvero non vi arrivi che *in parte*, perchè un'altra parte *ritorna* in dietro nell'atrio, ond'era venuto ? A me pare evidente che per ottenere il medesimo effetto idraulico da un congegno opportuno e da un congegno inopportuno è necessario, che l'energia, la quale fa agire il congegno non opportuno, sia maggiore. Ora nessuno (io penso) contesterà, che una valvola che non chiuda bene o che un orifizio che non lasci passar bene rappresentino dei congegni meno opportuni di quelli, che appartengono ad un cuore normale. Che cosa, dunque, vuol dire il fatto di persone, le quali, pur presentando fenomeni certi di lesio congegno, non presentano fenomeni d'insufficienza cardiaca ? Ciò non può significare se non che il muscolo cardiaco lavora di più. Ora « l'insufficienza cardiaca risulta da impedimenti posti sulla via del cuore, così che il muscolo *s'esaurisce* nel persistente conato di compiere con efficacia l'ufficio suo » (Mackenzie). E non sarà, dunque, logico d'impedire, che un cuore, il quale è già obbligato a un lavoro esauriente a causa de' suoi congegni alterati, eviti tutte le occasioni, che esigereb-

bero da esso un'aggiunta di lavoro? Ai due medici inglesi sembra che un malato debba esser libero di far tutto ciò ch'esso può fare, purchè non presenti i disturbi subiettivi menzionati poc'anzi. Ogni medico pratico però avrà avuto occasione di esaminar malati di cuore, che non s'avvidero mai nè di sensazioni moleste al torace, nè di eccessiva stancabilità, nè d'affanno. E non nei casi soltanto, in cui esiste un rumore, del quale l'origine sia dubbia, ma anche in quelli, in cui l'alterato congegno valvolare ha già prodotto i suoi più gravi effetti anatomici sul miocardio, cioè la dilatazione e l'ipertrofia. Tale esperienza si fa non di rado in giovani affetti da insufficienza delle semilunari aortiche: le valvole possono raccorciarsi in modo così lento, che l'onda reflua nella cavità ventricolare cresce tanto gradualmente da non rivelarsi punto alla coscienza dell'infermo. Ma quando questi si presenta a noi dopo qualche anno noi troviamo l'apice del cuore nel 6° o 7° spazio intercostale e palpiamo un apice sollevantesi con tal forza, quale non vien fatto di ritrovar quasi mai negli altri vizi cardiaci. E si può credere, che, se avvertito dal rumore diastolico, il curante avesse proibito al suo giovine paziente tutti gli esercizi muscolari, anche quelli che non davano origine ai sintomi subiettivi di insufficienza cardiaca, egli non avrebbe provveduto meglio alla salute di lui, che consigliandolo a far tutto quanto non gli desse affanno e sensazioni sgradevoli nel torace?

Nessun dubbio, che la rivelazione di tanti fatti prima ignoti abbia favorito conclusioni eccessive e che sia stato assegnato un significato diagnostico e prognostico, che non meritavano, a certi rumori del cuore. Ma se l'abuso d'una scoperta, come l'ascoltazione, giustificasse il disconoscimento di essa, che cosa mai resterebbe dei progressi umani? Non occorrerebbe nemmeno di risalire al passato: c'è la radiologia che sotto ai nostri occhi ci ripresenta il solito evento, inseparabile dall'umana fallibilità. Il massimo degli errori però sarebbe sempre quello di rifiutare il bene, perchè mescolato col male. È qui l'inestimabile merito della critica sana, che permette di stabilire dove il bene finisce e dove comincia il male. Perciò non mi pare utile il discreditare il valore pratico dell'ascoltazione: sarebbe meglio il riconoscere del tutto i suoi vantaggi per inculcare di più non solo l'obbligo del pratico d'educare i suoi sensi per la verificazione dei fenomeni, ma anche la sua mente per comprendere di essi la genesi. Questo non è così facile, come appare. Laënnec, Bouillaud, Skoda, Traube, Potain ed altri molti investigarono e meditarono, ma tutto non riuscirono a chiarire. L'appropriarsi tutto il frutto d'un secolo di ricerche acute e pazienti non è facile certamente per ogni pratico. Ma si dovrà per questo *semplificare* anche a costo del sapere e del potere, che pur sarebbero concessi a un medico pratico? Se è indispensabile per il bene degl'infermi che, ove qualcuno aspiri a divenire onestamente il loro consigliere, egli senta l'obbligo di non mai desistere in tutta la vita dall'educare sempre meglio i propri sensi e dal disciplinare sempre più giustamente la propria ragione per interpretarne il valore, bisogna dichiarargli che l'ufficio, cui aspira, è più arduo di quel che appare a chi non sia penetrato mai nel profondo dell'argomento. Non ci sono che i medici pratici, già invecchiati nell'esercizio intelligente della medicina e devoti agli ordini della propria coscienza, i quali sappiano apprezzare ognora più le difficoltà da superare. Certo nessun vivente può aspirare ad essere ammirato per queste doti rarissime, quanto sir James Mackenzie, che da una posizione d'umile

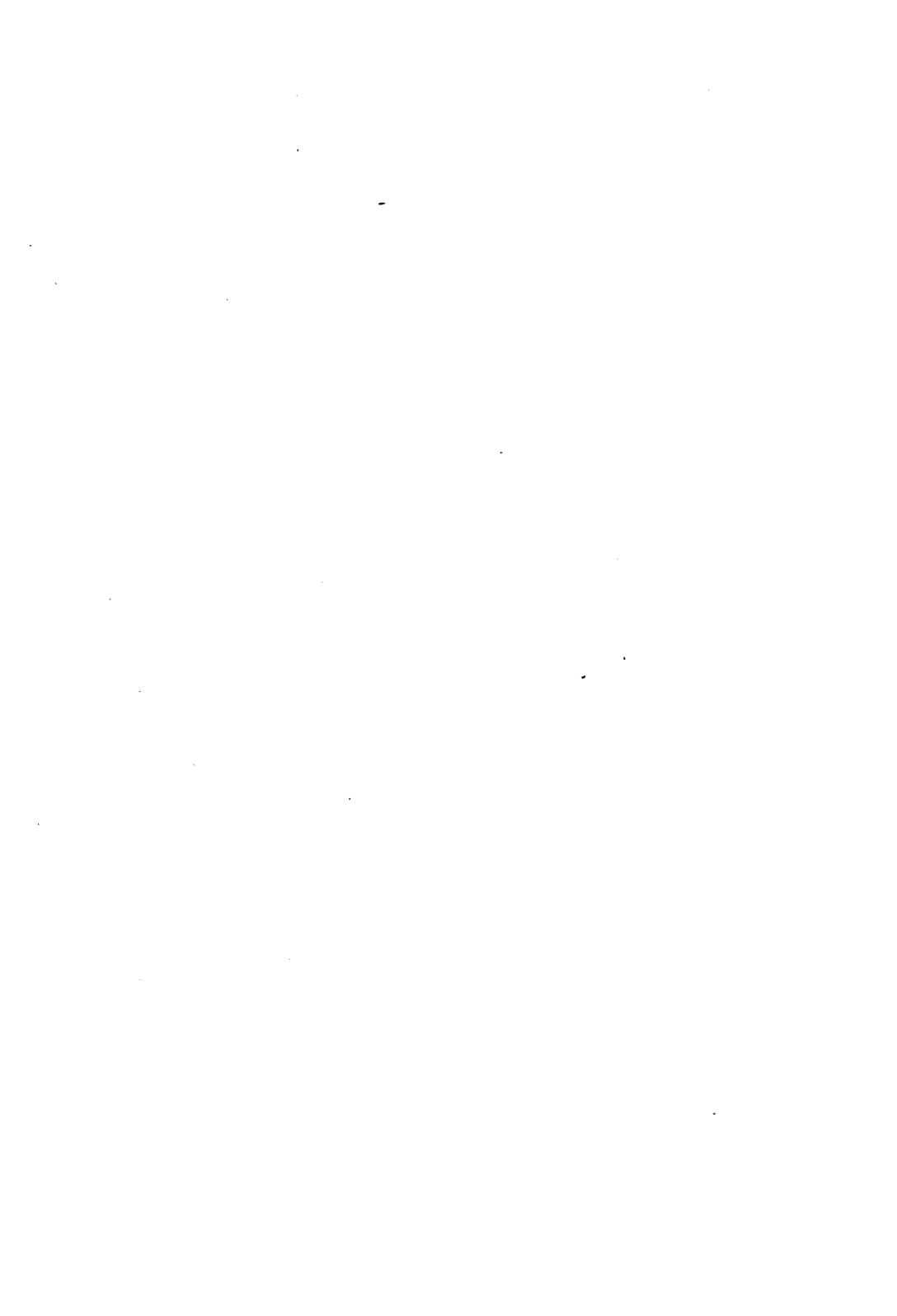
medico delle Scozia è salito al più alto grado di Londra spinto soltanto dalla forza instancabile del suo lavoro pratico, delle sue investigazioni scientifiche e della sua inalterabile fedeltà ai sacri obblighi della professione. E io gli assegnerai anche il primato sopra tutti gli insegnanti se non mi sembrasse che il suo ardente ed altruistico desiderio di rendere più benefica l'opera del medico pratico col farla meno difficile, non lo sospingesse talora a *semplificare* i problemi più di quanto l'indole dell'argomento conceda. Tale mio giudizio non parrà ingiusto, se le considerazioni, che ho fatto rispetto all'importanza dell'ascoltazione, sono esatte. E le considerazioni acquistano valor maggiore, ove si pensi, che concernono un argomento, che il Mackenzie ha prescelto non solo, perchè in esso egli è straordinariamente autorevole, ma anche perchè è sembrato a lui il più acconcio a far rifulgere l'utilità delle sue *semplificazioni*. Io temo che, *semplificando* troppo, si possa cadere nell'errore o, per lo meno, nell'imprecisione. I medici pratici, come tutti gli altri uomini, saranno sempre proclivi ad accogliere delle regole semplici e fisse, promulgate da persone autorevoli, perchè quelle li liberano dal dubbio della propria ignoranza e facilitano le loro risoluzioni pratiche. Ma la Medicina è costituita da un cumulo d'immumerevoli conoscenze fisiche, chimiche, anatomiche, fisiologiche, farmacologiche, anatomopatologiche, batterologiche, sperimentali le quali spesso, spesso sono così slegate fra loro, che possono perfino assumere l'apparenza di contradicentisi. Questo materiale non si presta gran fatto alla formule generali.

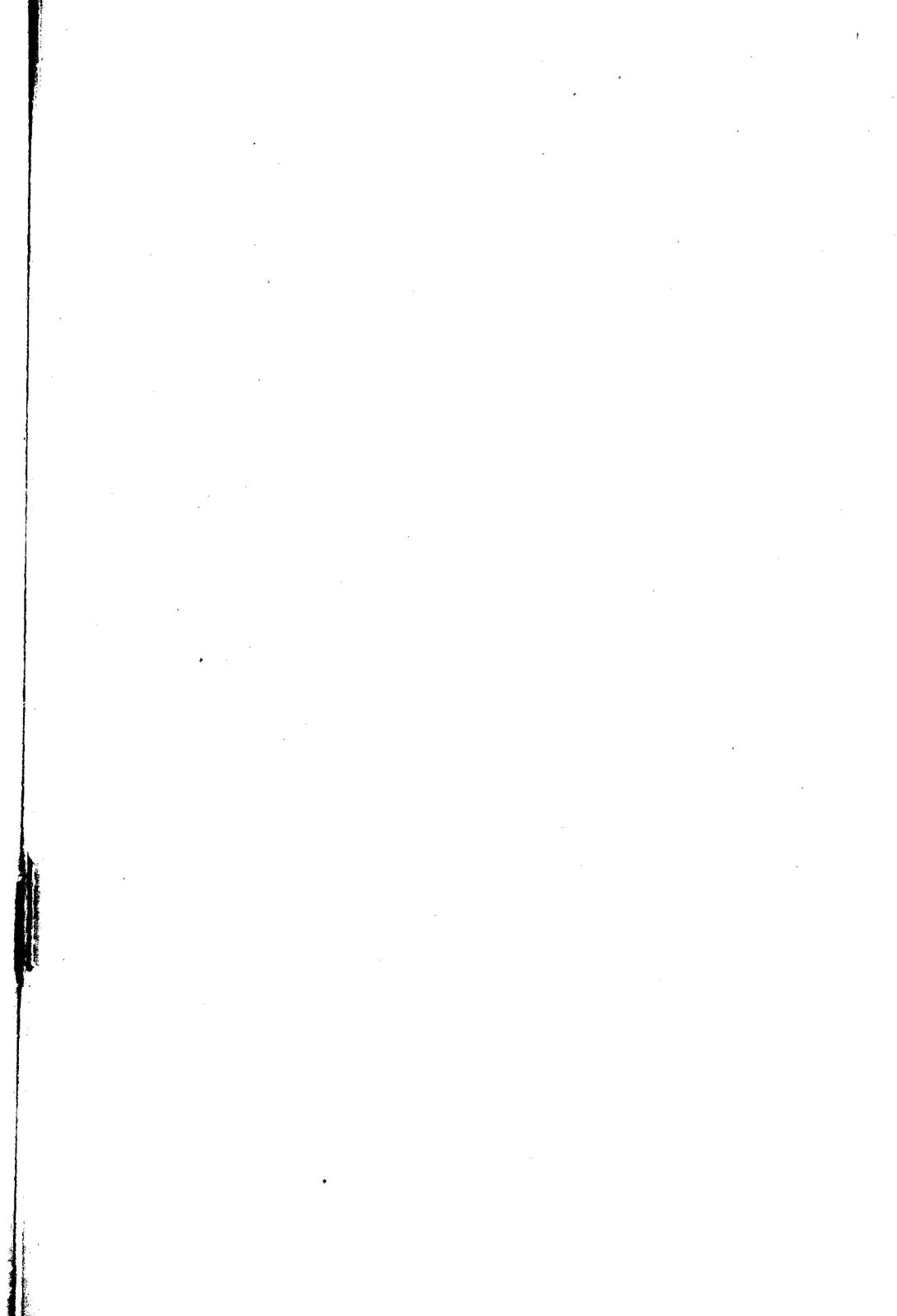
Oscerei anche dire che la condanna di congegni fisici per la ricerca di fenomeni clinici, se fosse assoluta, mi sembrerebbe inaccettabile. Se si può fare a meno dello stetoscopio, tranne che per l'ascoltazione dei vasi del collo, se il più spesso basta la mano per apprezzare il grado di ipertensione arteriosa senza bisogno dello sfignomanometro, se lo sfigmografo non fornisce notizie utili al pratico quasi mai, ci son pure delle indagini, che sono impossibili senza istrumenti: come potrebbesi altrimenti guardare il fondo oculare e lo sbocco d'un uretere in vescica? E quante diagnosi di malattie cerebrali, renali o vescicali diventerebbero impossibili o, per lo meno, insufficientemente fondate, se ci mancasse l'ausilio dell'oftalmoscopio o del cistoscopio? Per quanto non possa essere abbastanza lodato l'incitamento di Mackenzie di studiare i primissimi inizi delle malattie e la sua affermazione che tale studio non si possa fare che dal medico di famiglia, ch'è il primo chiamato e ch'è quello, che solo è al caso di assistere allo svolgimento talora molto lungo del processo morboso, per quanto sia giusto rivendicare così l'ufficio altamente scientifico del medico pratico, ch'è il solo osservatore diretto dei primi fenomeni delle malattie, non si può, non si deve obbliare, che la mente umana è in genere attirata più dalla quiete della pigrizia che dai fascini dell'investigazione. È pericoloso il diffondere l'idea, che non ci sia processo morboso senza disturbi subiettivi, come afferma il Mackenzie, perchè, se con questo è stimolato il pratico a tenere le sensazioni dell'infermo in più giusto conto, che oggi non sia, l'inverso errore ne segue, che consiste nel non investigare con diligenza i fatti morbosi, che non si rivelano alla coscienza dell'infermo. A me pare che non sia possibile negare, che ci son malattie, di cui chi le porta non ha sentore. Quante volte non si scopre per mero accidente albumina o glucosio nelle urine di persone, che ci assicurano di sentirsi benissimo? Quante volte non ci coglie di esser consultati da un

malato per dolori *reumatici* nelle gambe o per gastralgie e vomiti periodici dipendenti da un'ulcera sifilitica avuta prima e da lungo tempo guarita? Alcuni di costoro han perfino dimenticato l'evento giovanile, perchè han poi vissuto 5, 10, anche 20 anni in perfetto benessere, anche se poco solleciti della propria igiene: come pensare, ch'essi non fossero malati mentre i nervi, il midollo, il cervello loro andavano irrimediabilmente, ma lentissimamente morendo? Se s'inculca troppo al medico pratico, che uno non è veramente malato di cuore se non quando presenta indizi d'insufficienza del miocardio e che tali indizi consistono nell'insorgere di un senso di costrizione e d'oppressione nel petto del malato, nel suo esaurimento, nell'affanno per movimenti, quali nelle condizioni di salute non valevano a suscitare siffatte sensazioni, si corre rischio di abituarlo a non esaminare accuratamente coloro, nei quali le valvole, gli orifizi, le arterie lese van preparando una rovina prossima, benchè nel momento il miocardio sia ancora potente. Io non penso che sia improbabile il rischio inverso di scambiare talora con un malato d'incipiente insufficienza del miocardio uno, ch'è invece anemico o che ha un latente processo di tubercolosi polmonare o un incipiente sarcoma intratoracico - condizioni, nelle quali è possibile, che l'infermo per movimenti non eccessivi avverta nel petto sensazioni moleste, provi stanchezza ed affanno... Io sarò esagerato, ma giunto così alla fine della vita non mi so rimproverare ancora di avere per 40 anni rappresentato ai miei uditori l'arte salutare molto più difficile di quel che non si pensi dagli studenti e da tutti i pratici, che, messa al sicuro la propria coscienza sotto l'usbergo d'una laurea acquistata, cadono nel più grave degli errori mentali, ch'è quello di non possedere la facoltà d'accorgersi degli errori di giudizio che di continuo van commettendo. Il medico pratico futuro ricorderà sempre con gratitudine riverente chi oggi ha diffuso l'ammaestramento, che per meglio conoscere le malattie bisogna affidare solo a chi può osservare a lungo i malati lo studio dei primissimi sintomi di esse e per ciò tenere in conto maggiore che oggi non sia le sensazioni del paziente. Ma non per questo egli dovrà mai dimenticare, che la malattia è un processo in continua modificazione e che non tutte le modificazioni si rivelano alla coscienza degl'infermi. Perciò l'esame clinico dovrà esser sempre il più comprensivo che sia possibile: dovrà tener conto non solo delle sensazioni morbose iniziali, ma anche della storia precedente all'inizio di esse: dovrà non solo raccogliere i fenomeni, che il paziente potrà narrare, ma anche quelli muti, che solo l'indagine clinica varrà a svelare. E poichè per molte indagini i sensi del pratico, benchè educatissimi, non potrebbero bastare, egli dev'esser discreto e non aspirare a una perizia intera, che conduce ad osservar male anzi che a veder bene: egli deve perciò conoscere quando la cooperazione d'uno specialista gli sia indispensabile. E si guardi bene dagli allettamenti dell'eccessive *semplificazioni*, poichè queste agevolano sempre il suo lavoro mentale, ma non sempre lo migliorano, anzi lo peggiorano ogni qual volta la *semplificazione* non è che un'inferenza tratta dall'analisi di molti, ma non di tutt'i fatti attinenti al malato. Per quanto possa esser grande l'autorità di chi promulga nuove regole generali, il medico futuro dovrà abituarsi a non accettarle se non dopo averle sottoposte alla critica più severa. Non basta ch'egli abbia sensi educati e che, dove questi non valgono, anche qualche espediente fisico, chimico o meccanico venga ad accrescere la somma delle sue conoscenze. Bisogna ch'egli abbia educata anche la

mente alla critica, poichè la storia della medicina offre esempi innumerevoli di errori più grossolani, i quali furono accolti con fervore e con grave danno, perchè ai medici mancò la facoltà di riconoscerne subito la fallacia. Che se taluno pensasse, che questo medico consapevole, quale io me lo vo figurando, non diventerà mai reale, io direi che costui sbaglia, poichè, se volesse considerar bene alcuni de'suoi colleghi, egli troverebbe già parecchi che hanno oggi stesso raggiunto il grado di coltura, di perizia, di critica, a cui vorrei che il futuro medico pratico salisse. Certo il compito è soverchio per molti, ma non si possono adattare le cose della natura all'intelligenza di chi aspira a comprenderle: bisogna possedere l'intelligenza, che sia adattata alle cose. Chi non la possiede rinunzi a far il medico pratico, perchè, facendolo malamente, egli renderebbe pernicioso una professione, che nacque solo per operare il bene degl'infelici.







IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

FONDATAO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI - FRANCESCO DURANTE

Collaboratori: Clinici, Professori e Dottori italiani e stranieri

Si pubblica a ROMA in tre sezioni distinte:

Medica - Chirurgica - Pratica

IL POLICLINICO nella sua parte originale (Archivi) pubblica i lavori dei più distinti clinici e cultori delle scienze mediche, riccamente illustrati, sicché i lettori vi troveranno il riflesso di tutta l'attività italiana nel campo della medicina, della chirurgia e dell'igiene.

LA SEZIONE PRATICA che per sé stessa costituisce un periodico completo, contiene lavori originali d'indole pratica, note di medicina scientifica, note preventive e tiene i lettori al corrente di tutto il movimento delle discipline mediche in Italia o all'estero. Pubblica però numerose e accurate riviste su ogni ramo delle discipline suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono fatte da valenti specialisti.

Pubblica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di Medicina, e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici.

Non trascura di tenere informati i lettori delle scoperte ed applicazioni nuove, dei rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, dei nuovi strumenti, ecc., ecc. Contiene anche un ricettario con le migliori e più recenti formule.

Pubblica articoli e quadri statistici intorno alla mortalità e alle malattie contagiose nelle principali città d'Italia, e dà notizie esatte sulle condizioni e sull'andamento dei principali ospedali.

Pubblica le disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, potendo esserne informato immediatamente, nonché una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Reca tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Condotte vacanti, ecc.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgono al *Policlinico* per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica due rubriche speciali e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli vengono richieste.

IL POLICLINICO contiene ogni volta accurate recensioni bibliografiche, e un indice di bibliografia medica, col titolo dei libri editi recentemente in Italia e fuori, e delle monografie contenute nei Bollettini delle Accademie e nei più accreditati periodici italiani ed esteri.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO adunque, per gli importanti lavori originali, per le copiose e svariate riviste, per le numerose rubriche d'interesse pratico e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia più completi e meglio rispondenti alle esigenze dei tempi moderni.

ABBONAMENTI ANNUI:		Italia	Unione postale
1. Alla sezione pratica	L. 20.50	28) <i>in</i> <i>vol.</i>
2. Alle sezioni medica e pratica	» 27.50	35	
3. Alle sezioni chirurgia e pratica	» 27.50	35	
4. Alle sezioni medica, chirurgia e pratica	» 35.00	45	

Un numero separato della sezione medica e chirurgica L. 2.50

Un numero separato della sezione pratica L. 2

Il *Policlinico* si pubblica sei volte il mese.

La sezione medica e la sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli mensili illustrati di 48 pagine, che in fine d'anno formano due distinti volumi.

La sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32 pagine oltre la copertina.

☞ Gli abbonamenti hanno decorrenza dal primo di gennaio di ogni anno ☞