



erenza I.<sup>a</sup>

Lira UNA

# ONFERENZE CLINICHE

DEL

**Prof. Dott. U. v. ZIEMSSSEN**

Direttore della Clinica medica di Monaco.

UNICA EDIZIONE ITALIANA AUTORIZZATA

PER CURA DEL

**Dott. S. SILVESTRI**

III.

**MALATTIE INFETTIVE**

I.

**SUL COLERA E SUA CURA**

(Versione del Dott. A. SOLARO)



NAPOLI

DOMENICO CESAREO, LIBRAIO-EDITORE

Via dell'Università, 16

1887

DOMENICO CESAREO Libraio-1

NAPOLI — Strada Università, 16 — NAPC

**Amantea.** ELEMENTI D'IGIENE compilati sulle Lezioni del Comi con Appendice sugli alimenti e sull'alimentazione

**Cagnetta.** INDIRIZZO ALLO STUDIO DELLA CLINICA MEDICA E CAS 2.<sup>a</sup> edizione, 1886 . . . . .

**Cantalupo.** COMPENDIO DI PATOLOGIA CHIRURGICA TOPOGRAFICA per gli studenti e dei medici pratici, riveduto dai Professori Gio. Folinea, Romano, Postiglione. Opera in 3 vol., 1886-18

**Clausii.** COMPENDIO DI OFTALMIATRIA, redatto sulle Lezioni di G. Clausii, 1886 . . . . .

**De Angelis.** MANUALE DI MATERIA MEDICA E TERAPIA, con le lezioni del Prof. Semmola. Un vol. in-8. . . . .

**D'Evant.** COMPENDIO DI ANATOMIA DESCRITTIVA. Volume I in-8. I

**Fongoli.** MANUALE DELLE MALATTIE SIFILITICHE E DELLA SIFILIDE in-8. . . . .

**Intoccia.** COMPENDIO DI MEDICINA LEGALE, redatto sulle Opere di Crecchio, Ziino e Raffaele . . . . .

**Linguiti.** MEDICINA OPERATORIA secondo il programma in-16. . . . .

**Salvia.** COMPENDIO DI ANATOMIA PATOLOGICA, con una breve guida compilato sulle Lezioni del Professor Schrön. Un vol. in-8 . . . . .

**Tolino.** COMPENDIO DI SEMIOTICA DEL PETTO E DELL'ADDOME, compilato sull'analisi chimica dell'urina. 1886 . . . . .

**Vetere e Januario.** COMPENDIO DELLE LEZIONI DI ANATOMIA LOGIA COMPARATE, dettate dal Professor Januario. Un vol. in-8 . . . . .

ed i tonici principalmente sotto forma di vino, di alcool e di caffè (1).  
*Ozonia, Permettiamci terminando di dire...*

gativo, e come antiflogistico sotto forma di calomelano alla dose di 0,50 centig. nel primo caso, ed a dosi frazionate di 0,01 nel secondo (1).

# CONFERENZE CLINICHE

DEL

**Prof. Dott. U. v. ZIEMSSSEN**

Direttore della Clinica medica di Monaco.

UNICA EDIZIONE ITALIANA AUTORIZZATA

PER CURA DEL

**Dott. S. SILVESTRI**

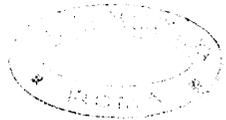
III.

**MALATTIE INFETTIVE**

I.

**SUL COLERA E SUA CURA**

(Versione del Dott. A. SOLARO)



NAPOLI

DOMENICO CESAREO, LIBRAIO-EDITORE

Via dell'Università, 16

1887

**PROPRIETÀ LETTERARIA DELL' EDITORE**

---

È vietata la riproduzione, anche parziale, di queste Conferenze.

**Stabilimento Tipografico dell'Unione**  
ex Convento S. Antonio a Tarsia

---

Signori!

Da più di due anni gli sguardi d'Europa sono ansiosamente rivolti alle coste del Mediterraneo, dove il colera si è annidato, e viene attentamente seguito ogni suo passo ed esaminato ogni nuovo focolaio della malattia ne'suoi rapporti con la rimanente Europa. Atteso l'enorme commercio tra l'Europa centrale ed i porti del Mediterraneo e dell'Adriatico, è più che giusta la tema che il virus accumulato copiosamente sulle coste marine possa essere importato anche al Nord. In fatti anche recentemente è sorto un gran numero di focolai morbosì sparsi nella monarchia austriaca, e così non può dubitarsi che la malattia non risparmi altresì gli altri Stati dell'Europa centrale. Pertanto è opportunissimo studiare nuovamente questo acerrimo nemico del genere umano e vedere se oggi lo conosciamo meglio di quando ci ha visitati la prima volta e se sia riuscito scoprire il suo tallone d'Achille, e se in generale possiamo avere la coscienza di affrontarlo meglio armati che nel 1860.

Lasciamo parlare innanzi tutto i fatti! Tra quel tempo e questo v'è un'importante pietra di limitazione, la scoperta del bacillo colerico di Koch ed il cominciamento dello studio naturalistico dell'agente specifico morbosò reso possibile soltanto da'suoi metodi. Una biologia scientifica del germe coleroso non trae principio se non da Koch, per quanto vevoli sieno stati anche i lavori pre-

cedenti di altri batteriologi. Non solo il suo metodo ha stabilita l'esistenza del commabacillo, ma è anche divenuto il fondamento di ogni ricerca batteriologica.

Le epidemie degli ultimi anni hanno data opportunità, mercè del metodo di Koch, in parte a studiare l'etiologia e la patologia del colera, in parte a sperimentare metodi curativi nuovi e, come pare, razionali contro del medesimo. Anche la terapia del colera è oggi già essenzialissimamente dominata dalle moderne idee batteriologiche. Certo non si può dire che i risultamenti ora corrispondano già alle deduzioni teoretiche, ma si può tuttavia notare che si è a bastanza generalmente concordi su quello si desidera ottenere e sulle vie per cui si può sperare di raggiungere lo scopo.

Certo altrimenti stanno le cose per la profilassi delle popolazioni. Come sono ancora diverse le opinioni sulla natura del virus coleroso e sulla maniera della sua diffusione, così diversamente dovranno altresì conformarsi i provvedimenti contro la diffusione epidemica della malattia. Una profonda divergenza v'è qui tra' medici dotti, divergenza che pare presentemente ancora irconciliabile. Intanto nuovi fatti sposteranno gradatamente le idee e così col tempo dovrà seguire una fusione di que' fatti che si dimostrano esatti.

Prima di entrare a discutere di que' concetti, donde a mio credere deve sorgere la terapia del colera, credo bene premettere una breve esposizione dello stato presente della questione del colera ed esprimere il mio modo di vedere.

Il colera, come sapete, si annovera nell'ordine di quelle malattie infettive acute, che per l'addietro ed in parte anche oggi si indicano come miasmatico-contagiose. Questo nome comprende quelle malattie infettive, per le quali non si può ammettere o soltanto in peculiari condizioni una diretta trasmissibilità dagli ammalati a' sani, ma che tuttavia debbonsi riferire ad un principio contagioso, proveniente dall'uomo o dalla sua abitazione ed importabile con l'umano commercio. Analogamente al colera comportansi il tifo addominale, la peste, la febbre gialla, la disenteria.

Pertanto queste malattie in certo modo stanno fra quelle direttamente trasmissibili da uomo ad uomo, dette contagiose, e quelle chiamate miasmatiche o malattie derivanti puramente dal suolo, di cui è rappresentante l'infezione da malaria. Quest'ultima quindi è sempre legata al luogo, al suolo malarico, che per la sua proprietà riproduce continuamente la sostanza infettante in grado maggiore o minore secondo il calore e l'umidità. Questa sostanza infettante può essere assorbita dall'organismo umano, importata nel medesimo allo stato latente e forse svolgersi soltanto in luogo molto lontano dalle regioni palustri e libere di malaria e produrre fenomeni morbosi; ma nè una persona sana sarà contagiata da questo inferno malarico, nè il suolo o il luogo sarà infetto così da svolgersi un focolaio malarico. Se non che va qui ricordata la mirabile scoperta di Gerhardt, il quale, iniettando il sangue di un infermo di febbre intermittente ad una persona sana, produsse in questa la detta febbre. Tale fatto presentemente è ancora unico tra i fatti epidemiologici assicurati e richiede ulteriore conferma.

Di contro alle pure malattie derivanti dal suolo stanno le pure malattie infettive contagiose, le quali per propagarsi non abbisognano che dell'uomo ammalato o del sano, cioè da una parte dell'ammalato che riproduce copiosamente la sostanza infettante e dall'altra del sano che la riceve trasmessa dall'ammalato. Vorrei chiamare queste malattie infettive direttamente contagiose. Le vie, che percorrono i germi infettivi organizzati dall'ammalato al sano, sono certamente diversissime: aria, contatto diretto, cibi e bevande, vestimenta, biancheria, letti, utensili di ogni specie. Del suolo probabilmente non hanno mestieri le malattie contagiose per propagarsi.

Quanto finalmente alle malattie infettive miasmatico-contagiose, che v. Pettenkofer chiama ectogene, esse indubitabilmente hanno un germe infettivo organizzato, il quale per l'ordinario, se non sempre, non acquista se non fuori dell'organismo umano, nel luogo, quelle proprietà infettive, che lo rendono, assorbito con l'aria o co' cibi e le bevande, dannoso al sano.

Il punto di essenziali differenze nelle idee dell'antica e della nuova scuola epidemiologica, rappresentate dai nomi di v. Pettenkofer e Koch, riguarda la natura e l'origine della sostanza infettiva. La differenza consiste in ciò, che v. Pettenkofer considera la sostanza infettante come prodotta esclusivamente fuori dell'organismo umano e localizzata, escludendo quindi dalle considerazioni etiologiche il coleroso e ciò che esso produce come affatto indifferente per la diffusione della malattia, mentre Koch considera il comma-bacillo da lui scoperto nell'intestino de'colerosi come il germe infettivo specifico, il quale, venuto fuori con le deiezioni sulla biancheria umida, sugli utensili, sul pavimento, sugli alimenti, breve, su qualunque terreno nutritivo umido, continua a germogliare e di qui passa nei sani e propriamente nel loro intestino e li fa infermare di colera.

Un altro punto differenziale più importante concerne lo stato duraturo del virus colerico. Da'suoi studi v. Pettenkofer deduce che la sostanza infettante del colera in certe condizioni può rimanere lungamente inattiva e solo dopo mesi riprendere la propria attività. Così il risorgere della malattia dopo una pausa di mesi si può spiegare molto più agevolmente e naturalmente che non si soglia ricorrendo all'ipotesi di una nuova invasione dell'agente infettivo. Koch al contrario combatte nel modo più risoluto l'ipotesi di un simile stato sporifero de'comma-bacilli; egli finora nelle sue ricerche nulla ha trovato che l'indichi.

Un terzo punto differenziale concerne le vie della invasione. v. Pettenkofer ammette che l'assorbimento della sostanza infettiva accada per le vie respiratorie; Koch reputa più probabile che il bacillo pervenga nello stomaco co' cibi e con le bevande e che specialmente anche l'acqua potabile, quando contiene bacilli, possa essere una sorgente dell'infezione, ciò che v. Pettenkofer fermamente contesta.

Le ragioni favorevoli e contrarie al diverso modo di considerare i singoli punti sono state a sufficienza discusse nella ricchissima letteratura sul colera negli ultimi anni. Rimando specialmente agli amplii lavori di v. Pettenkofer « intorno allo stato presente della questione del colera » nell'*Archiv für Hygiene* (1886) e di Rossbach « colera indiano e colera nostrale » nella 3.<sup>a</sup> edizione del mio trattato di Pat. e Ter. spec. (Vol. II, 2) e innanzi tutto a' protocolli delle conferenze sul colera in Berlino (1884 e 1885).

Che tra le ricerche batteriologiche della scuola di Koch e gli studii epidemiologico-critici di v. Pettenkofer non si sia finora potuto gettare un ponte, dipende meno dalla ostinazione degli avversari che dalla insufficienza delle prove. Alla prova degli epidemiologi della vecchia scuola, che traggono le loro conclusioni dallo studio delle epidemie, spetta molte volte l'« errare humanum est », difetto di tutte le osservazioni umane, che si fondano in parte appunto su comunicazioni di terze persone e dall'autore non possono essere guarentite come assolutamente certe a' dotti. Vi contribuiscono l'ambiguità de' fatti epidemiologici, l'incertezza della conoscenza delle cause de' processi e la ristretta forza dimostrativa de' fatti negativi infinitamente numerosi rispetto a' positivi.

Il punto di vista puramente batteriologico d'altra parte, appena che non ha riguardo a' risultamenti degli studii epidemiologico-critici, deve divenire unilaterale, perchè a' batteriologi pare sufficientemente esatto solo quello che vedono innanzi a sè e che viene loro indicato dallo sperimento. In realtà questo punto di vista è molto rilevante. Dopo che Koch ebbe scoperto lo schizomiceto, che si ha diritto di considerare come il germe specifico del colera, nulla parve più giusto che studiare primamente le proprietà biologiche di questo bacillo, stabilire sperimentalmente la sua azione patogenica e seguire le condizioni favorevoli allo svolgimento del germe nell'organismo animale e quelle sfavorevoli. Acquistata in questo modo una serie di fatti scientificamente certi per la costruzione di una biologia del germe infettivo, possia-

mo dar campo anche alla speranza che questi fatti uniti a' dati sicuri delle ricerche epidemiologico-critiche daranno un giorno un' etiologia e profilassi delle malattie epidemiche. Per ora ci dobbiamo rassegnare a registrar que' fatti, che abbiamo diritto di considerare come certi o quasi. E sono in breve i seguenti.

Il colera probabilissimamente è prodotto dall'invasione del commabacillo scoperto da Koch, il quale, o con l'aria atmosferica penetrato nella bocca e nel naso e di qui nello stomaco o direttamente pervenuto con gli alimenti e le bevande nel tubo digestivo, attraversa inalterato lo stomaco in condizioni favorevoli (reazione alcalina del contenuto gastrico, catarro gastrico), si stabilisce nell'intestino tenue e quindi si moltiplica rapidamente all'infinito. L'azione deleteria del processo intestinale sull'organismo par che dipenda dall'assorbimento di una ptomaina, prodotta dagli schizomiceti del colera. In che modo essa operi, cessata interamente l'attività assorbente della mucosa intestinale, è ancora da ricercare. Parimente sono ancora da stabilire la natura degli schizomiceti trovati da Finkler e Prior e da Emmenrich e i rapporti de' medesimi col bacillo di Koch.

Il commabacillo, venuto fuori con le deiezioni, prospera ottimamente ad una temperatura fra 30° e 40° C. sulla biancheria umida ed altri oggetti umidi, viene spento dal disseccamento e reso incapace di germogliare dagli acidi, dalle deboli soluzioni di sublimato ed altro. Raggiunto un certo periodo evolutivo, muore spontaneamente. Uno stato sporifero, come è stato detto, Koch non ha trovato; al contrario Hueppe l'ha osservato dopo esaurito il terreno nutritivo in forma di artrospore (fruttificazione per divisione), le quali per effetto di una membrana gelatinosa hanno una certa resistenza contro il mondo esterno.

Negli animali, introducendo le colture pure de' bacilli o il contenuto dell'intestino de' colerosi nel tenue, ed evitando lo stomaco o alcalinizzandone il contenuto, si produce una forma morbosa simile al colera.

parola sopra un'affezione e-tremamente tenace ed  
 assai penosa che il più spesso dipende dalla scro-  
 fola e dalla sifilide, vuol parlare dell'ozena.

Oltre il trattamento generale i bagni solfurei ed

La pomata di bifoduro di mercurio s'impiega nelle  
*blefariti*. Dopo il mercurio a titolo ora di derivativo  
 ora di purgativo contro le affezioni congestive del  
 globo oculare senza giungere fino alla salivazione.  
 Sono buoni dal momento che non producono mai la

La diffusione del colera accade col commer-  
 cio degli uomini. Trasportatore del germe coleroso  
 o del commabacillo può essere così l'uomo come qua-  
 lunque oggetto che serva al governo delle umane abita-  
 zioni o al commercio. Pertanto il coleroso, sebbene rap-  
 presenti certamente il veicolo assolutamente più frequen-  
 te, non è indispensabile per l'importazione, e piuttosto il  
 germe può essere importato anche da sani o da infermi di  
 diarrea ovvero aderire alle merci o ad altri oggetti dell'u-  
 mano commercio. Che le deiezioni degli ammalati sieno  
 direttamente infettive, è improbabile, non ammalandosi  
 gli infermieri ed i medici in generale più spesso degli altri  
 uomini. Tuttavia paiono potere essere indirettamente in-  
 fettive, stabilendosi nel luogo, nel suolo, nella casa, su-  
 gli utensili del governo domestico, e quivi per alcune  
 trasformazioni ancora ignote acquistando proprietà diret-  
 tamente infettive per gli abitanti sani della casa. Queste  
 trasformazioni si collegano evidentemente ad alcune con-  
 dizioni di luogo e di tempo, le quali costituiscono insieme  
 la disposizione di luogo e di tempo, da cui solo  
 dipende, unitamente all'invasione del germe coleroso, lo  
 svolgersi di una epidemia.

La disposizione locale si fonda sull'esistenza di un  
 terreno poroso, specialmente della formazione alluvionale  
 e terziaria, malsano, cioè pregno di copiose sostanze atte  
 a decomorsi ed in via di scomposizione, provenienti da  
 corpi umani o animali, o da case o dall'esercizio d'in-  
 dustrie. La disposizione locale è anche prodotta da un  
 certo prosciugamento degli strati superiori del suolo pri-  
 ma umidi, dal rapido abbassarsi dello specchio d'acqua  
 sotterraneo da una precedente altezza, dal terreno con  
 sottosuolo impermeabile, dalla sporczia delle case e  
 de' cortili, dal soverchio accumulamento nelle prime di  
 uomini, dall'esercizio d'industrie con grande quantità di  
 detriti organici che colano nel suolo (beccherie, ecc.).  
 D'altra parte sono quasi immuni i luoghi posti su di  
 un suolo roccioso o quasi tutto immerso nell'acqua.

La disposizione di tempo è data da mesi estivi fino

al tardo autunno, mentre l'entrata dell'inverno per lo più mette un termine alle epidemie. Epidemie invernali si sono ripetutamente osservate (p. es. anche in Monaco nell'inverno 1873-1874), ma formano senz'altro l'eccezione. Anche alte temperature del suolo (oltre i 16°C.) pare sieno favorevoli allo svolgimento dell'epidemia.

Delle altre vicissitudini atmosferiche è da ricordare soltanto, che le piogge dirotte in generale sono un momento favorevole per l'epidemia colerica, mentre la direzione e la velocità de' venti, l'asciuttezza e l'umidità dell'aria, la pressione atmosferica, ecc. paiono senza importanza.

Senza la presenza di queste e forse ancora di altre cause ausiliarie presentemente ancora sconosciute l'invasione del germe coleroso non dà luogo ad epidemia. La quantità del materiale infettante importato in un luogo non disposto basta forse per alcune infezioni, ma la malattia si estingue, mancando la disposizione del luogo e del tempo al nuovo svolgimento in gran copia di germi nelle località infette. Così si può immaginare l'andamento delle cose nelle città situate favorevolmente, come Karlsruhe, Wurzburg, Stuttarda, Lione, ecc., in cui finora non si è avuto mai uno svolgimento in massa del germe nel suolo, sebbene un'importazione di esso e singoli casi di colera a bastanza spesso siensi osservati. Così anche ora si deve spiegare il fenomeno, del resto altrimenti inintelligibile, che il colera inferisce da più di due anni sulle coste del Mediterraneo, in Ispagna, Italia ed Ungheria e tuttavia, non ostante l'enorme commercio presente dell'Europa meridionale con quella media e settentrionale, abbia finora risparmiate queste ultime.

Quando scoppiò l'epidemia in Tolone e Marsiglia, tutta la Francia fu invasa da persone che fuggirono pel colera da' luoghi infetti. Anche in Germania, Svizzera ed Austria fuggirono molti Francesi del Sud e Tedeschi abitanti nelle città infette. Io stesso sono stato consultato in Monaco da un gran numero di questi profughi per disturbi gastrici ed altro: non avevano il colera, nè ce lo portarono. Parimente anche dall'Italia fuggirono in-

numerabili persone pel colera in Germania. Pertanto quantunque durante questi due anni e mezzo sia stata disseminata su tutta l'Europa incivilita certamente una quantità infinita di sostanza infettiva, tuttavia il seme non ha germogliato gravemente che soltanto in Italia, Spagna ed Ungheria. Ne' numerosi focolai infettivi francesi, ed anche in Parigi, il fuoco si è rapidamente estinto, senza divampar molto. Parimente la malattia è scoppiata in Genova, Venezia, Trieste e Pest, senza che si sia avanzata verso il Nord. In Germania, non ostante il seme certo copiosamente sparso pel commercio, non si è mai avuto scoppio della malattia. All' uopo non può considerarsi come causa se non una mancanza della disposizione locale, giacchè le condizioni del tempo, stagioni, piogge e vento, erano favorevoli ne' due anni e mezzo scorsi.

Su quali circostanze si fonda quella mancanza della disposizione locale presso di noi? sono stati i provvedimenti presi nelle stazioni de' confini, la disinfezione sulle ferrovie e ne' vagoni? o vero i progressi delle nostre condizioni igieniche ed il perfezionamento delle nostre istituzioni sanitarie? dura ancora l'effetto dell'ultima epidemia, quindi una specie di immunità per epidemia sofferta? Non c'illudiamo, confessiamo lealmente che la non disposizione all'assorbimento e allo svolgimento del colera presentemente è ancora oscura. Specialmente per la Germania non si può parlare di una immunità per epidemia sofferta, dopo esser passati dodici anni da che soffrimmo l'ultima invasione. Le nostre condizioni igieniche sono state certamente da allora notevolmente perfezionate e noi ne speriamo molto bene specialmente in Monaco nel caso di una epidemia colerica, dopo che il tifo in questo modo è stato sì splendidamente cacciato dal campo, e un nido del colera per l'addietro così tristo come Danzica si è perfettamente risanato. Ma malaguratamente vi sono ancora in Germania moltissime città con suolo inquinato senza canalizzazione e senza conduttura d'acqua, in cui vi sono ancora pozzi neri, e i rifiuti liquidi delle case e delle

industrie vengono semplicemente dati alla madre terra per elaborarli. Queste sono anche le città — *nomina sunt odiosa* — in cui il tifo infierisce ancora come prima e centinaia di vite umane fiorenti vengono ogni anno mietute come vittime delle gretterie delle amministrazioni comunali. Nelle città non è così approfondito il convincimento della necessità di grandi sacrifici per la salute degli abitanti, che potessimo già ora parlare di un risanamento generale del suolo tedesco. Vi sono ancora a bastanza nidi di sporcizia, in cui il germe coloroso può attecchire e prosperare. Ma anche in tali nidi, che presentano i migliori terreni nutritivi per ogni sorta di germe infettivo, il virus coleroso una volta non attecchisce e un'altra produce una epidemia intensissima. Pertanto ne' particolari della disposizione locale esistono differenze ancora sconosciute. Quindi teniamo per fermo che il germe del colera disseminato non sempre germoglia, anche quando paiano favorevoli le condizioni di luogo e di tempo.

Ora passiamo a parlare de' fenomeni prodotti nella popolazione dall'invasione del colera.

L'effetto immediato dell'invasione del colera è un panico generale, come oggi per intensità ed estensione non si osserva in altra malattia popolare e trova analogia solo nelle pandemie della morte nera del medio evo. Il terrore del colera dipende principalmente dal sentimento della impotenza rispetto ad un nemico invisibile e perfido e dalla conoscenza della spaventosa rapidità del corso e della inefficacia della terapia. La popolazione spinge le autorità all'opera: si deve fare qualche cosa per debellare il nemico. L'eccitazione psichica, come s'intende, diviene tanto maggiore, quanto minore è il grado di coltura della popolazione.

L'eccitazione popolare si manifesta anche nelle famiglie e negl' individui. Non si parla d'altro che del colera ed alcune anime rilevantemente timide sono colpite da fenomeni morbosi, che sono il risultamento dell'angoscia e delle eccitazioni, ed in parte anche del mutato genere

di vita. Questi fenomeni sono prevalentemente di natura nervosa e gastrica, insonnio, anoressia, oppressione allo stomaco, ecc.

Oltre a queste eccitazioni psichiche si deve por mente altresì all'influenza sulla popolazione esercitata dal così detto « genio epidemico ». Come questa rilevante disposizione a'catarrri gastro-intestinali durante il colera sia da spiegare, non possiamo per ora che stabilirne ipotesi. Si andrebbe in conformità de'fatti osservati in altre malattie infettive epidemiche, se si ammettesse che abbiamo qui da fare co' più lievi effetti del virus caduto sulla popolazione, ovvero, per dirla batteriologicamente, che gli schizomiceti, i quali si trovano in gran copia nel suolo e nell'aria, assorbiti in minime quantità da'sani non danno luogo se non a lievi disturbi gastrici o rilevanti diarree, mentre in altri, assorbiti in quantità maggiore ed essendo più favorevole lo stato della mucosa gastro-intestinale, danno luogo alla forma sviluppata del colera. Non è esclusa anche la possibilità che insieme coi commabacilli attivi e molto atti allo sviluppo si trovi una gran copia di altri di potenza minore, i quali non bastano a produrre il grave colera.

L'infezione de'singoli ammalati decorre nel modo seguente.

Il periodo di latenza (o d'incubazione) è molto breve; oscilla tra 12 ore e 5 giorni. Le osservazioni relativamente più dimostrative, quando persone provenienti da un luogo immune di colera vanno per poche ore in altro invaso dalla malattia e di poi ritornano al primo, senza che accadano altri casi, indicano che la durata più ordinaria della incubazione è di 1-3 giorni.

La forma clinica del colera varia, come in altre infezioni acute, molto notevolmente secondo l'intensità dell'infezione. Da questo punto di vista si distinguono in generale tre gradi d'intensità della malattia, cioè la diarrea colerica, il colerino ed il colera sviluppato. Questa differenza, è naturale, agevola, sebbene

si debba concedere che i limiti tra i singoli gradi non si possono tracciare recisamente.

La diarrea colerica rappresenta pertanto il grado più leggero dell'infezione specifica. Comincia con disturbi dispeptici o vero senza di questi in perfetta salute, per lo più di notte. Con borborigmi intensi segue un gran numero di deiezioni abbondanti, sciolte, di debole colore fecolento, per lo più senza dolori, e con senso di sollievo, ma spesso anche con molestia addominale, malessere generale, cefalalgia, lieve febbre. Queste diarree, straordinariamente frequenti durante l'epidemia e derivanti da' più lievi errori dietetici, vengono da persone incolte o trascurate troppo spesso ignorate, mentre infermi timidi degli ordini sociali più alti cadono comunemente in grande eccitazione psichica, credendo di avere il colera.

Adoperando un giusto metodo curativo, questa forma del semplice catarro intestinale infettivo decorre favorevolmente in 8-14 giorni, supposto che la costituzione sia intatta. Ma se la diarrea è trascurata e forse altro nuovo materiale infettante per lo stomaco in istato di catarro perviene nell'intestino, dalla semplice diarrea, altramente benigna, può sorgere un colerino o la forma asfittica del colera. Parecchi casi di grave colera nel corso dell'epidemia probabilissimamente si sarebbero vinti, se si fossero curati in questo stadio e non già in quello alido.

Il colerino si manifesta per l'ordinario di botto nelle ore notturne dopo essere preceduti disturbi dispeptici, diarrea e meteorismo intestinale. Vomito e diarrea si seguono incessantemente, le deiezioni sono abbondanti, liquide, a principio ancora fecolente, poi subito scolorate, simili ad acqua di riso. Febbre moderata, polso piccolo, sete enorme, rapido deperimento del *turgor vitalis*, diminuzione della eserezione urinaria, grandissima debolezza muscolare, crampi ne' polpacci, perdita della voce.

Questa forma clinica è precisamente la stessa che

nel grave colera nostrale, pel quale similmente dobbiamo ammettere una causa infettiva secondo le nuove ricerche. Per l'una e per l'altra occorrono alcuni casi di morte, in cui la forma del colerino raggiunge quella del colera asfittico. In casi favorevoli la malattia decorre in 8-14 giorni, finchè si ristabilisca la normale funzione dello stomaco e delle intestina; tuttavia la gran debolezza, che perdura molte settimane, fa riconoscere ancora consecutivamente la gravezza della malattia.

Il colera sviluppato, colera asfittico, algido, comincia con la diarrea prodromica, che spesso all'infermo pare innocua, essendo per l'ordinario non dolorosa e accompagnata da senso di sollievo. Dopo uno o più giorni di questa diarrea comincia di botto, ordinariamente di notte, il così detto accesso colerico, cioè le deiezioni divengono di botto estremamente abbondanti, frequenti, sierose, si seguono rapidamente, e subito si unisce anche il vomito, per cui a principio viene espulso il cibo contenuto nello stomaco, poi un liquido bilioso e finalmente sieroso. Già poche ore dopo cominciato l'accesso si trova l'infermo in enorme collasso, con estrema debolezza muscolare ed ottusità de'sensi, con grande oppressione di petto, spasmi dolorosi nei muscoli de' polpacci ed altri. La sete è inestinguibile, come il calore interno. In ciò la temperatura del sangue (misurata nella vagina o nel retto) si presenta normale o solo poco aumentata. Crescendo il numero e la copia delle deiezioni intestinali, diventano cospicui gli effetti della rapida perdita di acqua per la circolazione. Gli strati succulenti del connettivo sottocutaneo, cui è dovuto l'arrotondimento vitale delle forme, si deprimono e quindi le guance si affossano, il naso diviene acuminato e gli occhi si approfondano nelle cavità vuote. La pelle è raggrinzata come quella delle lavandaie, senza elasticità; rimane sollevata in pliche, si sente fredda come quella de' rettili, e, aumentandosi l'ispessimento della massa del sangue ed il rallentamento della circolazione, acquista un colorito plumbeo e nelle parti estre-

me squisitamente cianofica. Il polso si impiccolisce e rallenta ed in ultimo diviene impercettibile, l'atto cardiaco cessa e i toni del cuore, specialmente i primi toni ventricolari, non si possono più udire. La funzione cardiaca scema da una parte per difettoso riempimento di sangue inspessito e dall'altra per la disturbata nutrizione del miocardio attesa la povertà del sangue in acqua e la copia di acido carbonico.

Anche l'enorme diminuzione o completa cessazione della secrezione urinaria è da attribuirsi a questo disturbo circolatorio (diminuzione della massa del sangue, abbassamento della pressione sanguigna e diminuzione della velocità della corrente), al pari dell'albuminuria. Alterazioni anatomiche nel parenchima renale secernente, che sono conseguenze di questo disturbo circolatorio e nutritivo, non si osservano che nello stadio tifico.

Se quindi una gran parte de' disturbi più importanti è da attribuire alla perdita di acqua subita dal sangue per le abbondanti trasudazioni intestinali, tuttavia evidentemente il pericolo non dipende soltanto da ciò, ma ancora da qualcos'altro. Se la perdita d'acqua ne fosse soltanto la causa, si dovrebbe, introducendo per tempo e regolarmente acqua nel sistema vasale, debellare il pericolo, ciò che secondo le osservazioni italiane non è il caso. Sarebbero altresì non spiegati i fatti, in cui con trasudazione relativamente scarsa, il così detto colera secco, accade l'esito letale più rapido, e sarebbe inintelligibile il fatto che i casi con abbondante trasudazione non sono i peggiori, sibbene quelli con scarse deiezioni. Pertanto è necessario ammettere ancora un altro momento deleterio per l'organismo. Come tale si considera al presente un alcaloide di decomposizione tossico, una ptomaina, la quale è prodotta da commabacilli e penetra dall'intestino nella circolazione — è possibile ciò anche privando la mucosa del tenue di qualunque attività assorbente durante il processo colerico — o vero ha azione tossica sui nervi della parete intestinale, e, procedendo centripetamente, paralizza il siste-

ma nervoso centrale. Recentemente in fatti Nicati e Rietsch hanno ottenuta una ptomaina liquida da colture pure del commabacillo, la quale inoculata agli animali si è dimostrata intensamente tossica, abbassando specialmente la temperatura e producendo uno stato paralitico.

La malignità della malattia e la rapidità del suo corso nel primo periodo della malattia, in cui muoiono quasi tutti gli ammalati, si dovrebbe quindi riferire ad una produzione di ptomaina specialmente intensa di bacilli trapiantati su terreni nutritivi freschi, e si dovrebbe ammettere che questa col tempo s'indebolisca senza diminuire lo sviluppo quantitativo de' bacilli.

Volgendo il processo a guarigione, ciò che nella prima metà dell'epidemia costituisce l'eccezione e nella seconda metà la regola, il numero delle deiezioni e dei bacilli contenutivi diminuisce rapidamente; l'aspetto alterato dell'infermo cessa con nuovo assorbimento di acqua e nuove correnti plasmatiche. L'attività cardiaca ed il polso migliorano e si ristabilisce la secrezione renale.

Ma troppo spesso la malattia tempestosa lascia dietro di sé una serie di gravi danni nell'organismo. Il compensare questi disturbi è pel corpo indebolito un grave carico, cui abbastanza frequentemente esso più tardi soccombe. Raggiungendo questi così detti fenomeni reattivi una grande intensità, costituiscono una grave forma simile al tifo, ciò che diciamo colera tifoide. Questa denominazione veramente secondo i nostri odierni concetti significa assai poco, tuttavia ha acquistato oramai dritto di cittadinanza per intendere comprensivamente que' gravi disturbi ed al presente non se ne potrebbe far senza.

Nella forma di colera tifoide prendono il primo posto i disturbi della secrezione renale, prodotti dal ristagno della circolazione ne' glomeruli durante l'accesso colerico. Le più essenziali alterazioni che conosciamo sono l'intorbidamento, il rigonfiamento ed il distacco

degli epitelii, la formazione di cilindri, la ritenzione dell'urea e degli altri principi dell'urina.

All'accesso colerico segue dapprima la secrezione di un'urina scarsa, molto ricca di albumina, cilindri ed epitelii, ma povera di urea. Di poi la quantità di albumina diminuisce rapidamente e quella dell'urea al contrario si aumenta con la quantità dell'urina, quest'ultima in grado tale che la quantità dell'urea segregata e dell'urina diventa doppia rispetto alla normale ed anche più. Se la degenerazione ed il distacco degli epitelii debbano comprendersi sotto il concetto della nefrite o vero si tratti di un concetto *sui generis* che ha sua ragione esclusivamente nel disturbo circolatorio, è ancora indeciso.

Come cosa sicura può bene affermarsi che la maggior parte delle forme tifoide gravi dipendono dal disturbo della funzione renale e quindi sono di natura uremica. Voit nella forma tifoide ha dimostrato grandi quantità di urea indecomposta negli organi più diversi del corpo e specialmente in gran copia nel cervello, mentre nell'accesso colerico il sangue non dimostrava che tracce di urea. Come l'urea operano altresì gli altri principi urinarii, i quali per l'anuria restano nel sangue e ne' tessuti.

Oltre al colera tifoide, che si riconosce dal vomito, dalla sonnolenza fino al profondo sopore, dalle convulsioni, dal respiro di Cheyne-Stokes, dall'eliminazione di urea dalla pelle (pel sudore) ed altro, si distingue una reazione semplicemente febbrile senza essenziale organopatia, ma con tutt'i fenomeni di una febbre alta e finalmente la forma tifoide prodotta da alterazioni organiche secondarie. In ciò la differenzia della mucosa dell'intestino crasso, della vagina, dell'urociste e della cistifellea, della faringe e della laringe ha la parte principale. Rare sono le infiammazioni del polmone, delle sierose, ecc.

Molte volte le dette tre forme di colera tifoide si uniscono insieme ed anche forse cooperano altri momenti.

Ad ogni modo è interessante la questione di cui è in prospettiva la risoluzione, come si comporti la forma tifoide ne' casi in cui durante l'accesso, mediante iniezione di soluzioni alcalino-saline nel connettivo sottocutaneo e di soluzione calda di tannino nell'intestino crasso, si è immediatamente e continuamente riparato alla perdita dell'acqua. Pare, secondo i dati di Cantani, che questo metodo possa per lo meno impedire la manifestazione dell'anuria e quindi la forma uremica dello stato tifoide. D'altra parte tra i casi di colera descritti da lui con esito letale si trovano di quelli, ne'quali, curati con l'ipodermoclisi e l'enteroclisi, fu superato veramente il colera, ma si ebbe la morte nello stato tifoide per difteria, infiammazione, ecc. È impossibile nello stato presente delle cose dare su ciò un giudizio sicuro: ad ulteriori osservazioni è riservato decidere se, sostituendo metodicamente l'acqua durante l'accesso, la frequenza della forma tifoide in generale diminuisca o se specialmente l'anuria e l'uremia diventi più rara. Se l'anuria realmente fosse impedita, si otterrebbe certamente già un grande vantaggio.

È chiaro che oltre a' reni anche in altri organi debbano aversi disturbi per la rapida cessazione del circolo e del ricambio materiale. L'esistenza delle cellule, e innanzi tutto degli epiteli ed endoteli, è immediatamente messa a gran repentaglio, e nè pure la massima energia delle correnti plasmatiche ristabilite può conservare le cellule di rivestimento, quando ne è interrotto il rapporto col tessuto fondamentale. È indeciso quanto per questi processi le mucose divengano disposte ad assorbire e sviluppare i microbii della difteria. Che le infezioni acute in generale abbiano la proprietà di costituire un sostrato nutritivo e favorevole sulla superficie delle mucose ai funghi della difteria, non è da dubitare.

Come s'intende, si trovano nella peggiore condizione gli epiteli e le glandole dell'intestino tenue, innanzi tutto quelle dell'ileo, che sono esposte all'azione necrotizzante del bacillo colerico. Gli epiteli distaccati in gran copia, che si osservano insieme co' commaciacilli nelle deie-

zioni risiformi, si debbono riparare nella convalescenza e certamente nel maggior numero de' casi che guariscono sono reintegrati. Ma vi hanno casi, in cui questo o accade incompiutamente o si residuano altri disturbi nella costituzione istologica e nella funzione degli organi della parete intestinale. In molti infermi, superato il colera, la digestione intestinale si riordina difficilmente o punto. In casi rari l'attività assimilativa cessa interamente e si ha un marasmo generale che per sè stesso può essere letale.

Del resto sono rare malattie consecutive gravi: chi ha da guarire si ristabilisce lentamente, ma certamente, e per l'ordinario dopo alcuni mesi ha riacquisito il suo pieno rigoglio funzionale.

Ora entriamo nella difficile questione della cura del colera. Se in modo affatto generale ci proponiamo la questione, che cosa si possa fare contro il colera, dobbiamo, allo scopo di risolverla, entrare in una serie di questioni particolari. Innanzi tutto si dimanda che cosa possa farsi contro l'invasione del colera. Possiamo prevenirlo, e tanto nel commercio marittimo, quanto in quello terrestre? Si può impedire lo svolgimento dell'epidemia, quando si riconosca esattamente il primo caso? Che cosa può fare un paese per guarentirsi dal colera? Che cosa può fare un individuo per fuggire la malattia?

Inoltre che cosa deve farsi quando la malattia è scoppiata in una casa per salvare gli ammalati e guarentire gli astanti sani?

La questione di prevenire l'invasione colerica è stata sempre argomento di pratiche internazionali, ogni volta che il colera è scoppiato in Egitto o nell'Asia Minore. Che il colera possa essere importato pel commercio marittimo dalle Indie o da un altro paese invaso, è fuori dubbio. Tuttavia a bastanza spesso la malattia è scoppiata in alto mare su navi, che avevano lasciato il porto invaso con ciurma apparentemente sa-

na. Senza dubbio la sostanza infettante era stata portata dal paese e la sua azione si era manifestata sulla nave.

Or si domanda, se le prescrizioni quarantenarie internazionali presentino una reale guarentigia dall'invasione. Qui devesi innanzi tutto rilevare che nel commercio marittimo nessun provvedimento è così gravemente sentito come la quarantena, e che a deluderla si adopera ogni artificio e corruzione. Che le autorità marittime nell'Oriente possano riporre gran fiducia nel rigoroso adempimento de'doveri, nessuno affermerà e perciò non può credersi che la quarantena si esegua in modo perfettamente sicuro, ma quand'anche questo fosse il caso, non si avrebbe sicurtà che l'invasione del colera per il mare fosse impedita. Il germe coleroso — ciò dobbiamo tenere per fermo — è importato non solo dagli ammalati, ma anche da' sani e dalle merci. Ed essendo stato reso probabilissimo uno stato sporifero del bacillo dalle osservazioni epidemiologiche e anche batteriologicamente dalle ricerche di Hueppe, è aperto l'adito alla possibilità di una importazione non ostanti le più rigorose quarantene. Per ora certamente che la corrente contagionistica ha ripreso il sopravvento, non si può aspettare che gli Stati europei si astengano da' provvedimenti quarantenarii.

Ora generalmente si ha il convincimento dell'inefficacia, anzi impossibilità di una quarantena di terra, di una limitazione del commercio terrestre. Circondare i confini di un grosso regno con un cordone militare, pare a dirittura cosa stravagante. Le spese di un simile provvedimento rovinerebbero gli Stati, se il colera, come ora p. es., infierisse per 1-2 anni. E quale cordone potrebbe impedire l'umano commercio? Quante false vie si presentano qui? E se il virus colerico può essere importato dalle merci, a che giova impedire il commercio degli uomini?

La confederazione dell'Impero tedesco tuttavia ha deliberato di far vigilare in certo modo il commercio ne' confini di un paese infetto, e nel 1884 ha bandito i seguenti provvedimenti pel commercio a' confini.

Nelle stazioni di confine del paese infetto i passeggeri ne' vagoni vengono sottoposti ad una ispezione di medici destinati all'uopo. Così e per le notizie degli addetti al treno e de' compagni di viaggio, si riconoscono infermi di colera o sospetti, e loro viene impedito di continuare il viaggio e sono condotti in alcuni luoghi all'uopo preparati e quivi curati da medici. In alcune circostanze agl'infermi è permesso continuare il viaggio, ma si debbono isolare dagli altri passeggeri (salvo i loro congiunti). I vagoni usati da essi si debbono quindi escludere dal servizio e disinfettare. Se il colera è già nel paese, i detti provvedimenti si debbono estendere a tutte le maggiori stazioni e a tutt'i punti di incrociamiento.

Risulta immediatamente chiaro quanto insufficienti sieno questi provvedimenti anche sotto l'aspetto contagionistico. Viene invigilato soltanto il commercio ferroviario, ed al contrario rimane libero quello a' confini fatto in carri ed a piedi. Restano esenti da vigilanza anche le balle e le merci. Niuuno dubita che una vigilanza sulle piccole vie del commercio è impossibile, ma se ciò deve concedersi, si domanda tuttavia se allora sieno giustificate le grandi spese della vigilanza sulle ferrovie di confine e la molestia e il disturbo che si danno a' passeggeri. Certamente con queste pratiche si dovrebbe ottenere un vantaggio essenziale in due sensi. Dapprima la vigilanza circa la maggior possibile nettezza sulle ferrovie e ne' vagoni, che altrimenti non sarebbe mantenuta in quel grado; e poi l'effetto morale sulla popolazione. L'uso premuroso di disinfettanti di forte odore produce sempre una calma nel pubblico, il quale vuol vedere e fiutare che dalle autorità si faccia qualche cosa contro il colera. Certo questi due momenti non si possono valutar poco, ed essi appunto fanno parere anche a' localisti esclusivi accettabili questi provvedimenti al pari degli altri che si conformano a' loro concetti. Le giunte di sanità, dove non ve ne ha, si debbono istituire, anche quando il colera non è ancora prossimo. Queste giunte sanitarie debbono servire alle autorità preposte alla polizia del luogo e del di-

stretto come corpi consultivi e curare a preferenza di scoprire le cattive condizioni igieniche, istituire stazioni di vigilanza sul colera, con servizio permanente diurno e notturno di medici, infermieri e portainfermi; visitare le abitazioni ed i cortili, specialmente ne' quartieri sospetti e sporchi, rimuovere gl' imbrattamenti del suolo con pozzi neri e con lavamenti per toglier via i rifiuti delle case e delle industrie; curare il nettamento ed il lavamento de' corsi d'acqua impuri, la vigilanza sulle sostanze alimentari, finalmente l'istituzione di ospedali per colerosi.

La necessità di isolare i colerosi in speciali ospizi, giudicati necessari da tutti, viene contestata soltanto da' localisti esclusivi, giacchè secondo il loro concetto della natura ectogena della sostanza infettante i colerosi sono perfettamente indifferenti per l'epidemia e non hanno influenza sulla diffusione della malattia. In questo i localisti a mio credere vanno tropp'oltre. I principi batteriologici presenti non permettono di considerare il coleroso come affatto indifferente alla questione della diffusione della malattia. Di più nelle affermazioni de' localisti vi ha, come parmi, un' intima contraddizione. Concedendo che l'uomo ammalato, trasporti la sostanza infettante con le sue merci o con le sue vestimenta, può importare la malattia e rendere la casa, in cui è accolto, un focolaio colerico, essi dovrebbero ammettere questa possibilità anche per un ospedale. Uno o più infermi ricevuti in un ospedale possono renderlo quindi un focolaio colerico. Ora trovandosi in un simile ospizio forse centinaia di altri infermi, i quali per la loro malattia sono meno resistenti de' sani all'infezione colerica, essi sono molto esposti al pericolo del contagio, ciò che è tanto meno giusto, poichè il maggior numero di questi infermi per la loro malattia o per condizioni esteriori non sono in grado di lasciare il luogo. Si debbono per forza trovare in una condizione ed esporre ad un pericolo che, meno poveri, eviterebbero. L'opinione de' localisti, che il pericolo del contagio sia immaginario, non calma i ricoverati nello spedale, essendo

essi, e con loro il maggior numero de' medici, di opinione diversa.

Per la grande responsabilità, che le autorità civili hanno per la vita e la salute di coloro che si debbono affidare agli ospedali per le esistenti istituzioni sociali, si può a mio giudizio giustificare l'ammissione di colerosi insieme con altri infermi in uno stesso luogo solo allora quando sia dimostrato che il coleroso non mai dà luogo od occasione ad un focolaio colerico. Questa dimostrazione è difficile a dare. Se anche in parecchi ospedali l'infezione degli altri infermi è stata scarsa, al contrario in altri le cose sono andate peggio.

I corpi militari nelle Indie abbandonano le loro caserme e la sede di guarnigione, appena che vi sono occorsi casi di colera e si procurano una guarnigione sana. Questo provvedimento si è dimostrato eccellente ed è prudente imitarlo. Cacciare i sani da caserme, da ospizii di poveri e da istituti di beneficenza è ben possibile, ma come si fa per gli ospedali, per le case di detenzione e di reclusione? Qui è possibile soltanto togliere i colerosi e che si fa pe' sani? Se la casa di pena in Laufen a' primi casi di colera dell'epidemia mortale del 1873 fosse stata immediatamente votata in tutto, l'epidemia avrebbe forse avuto un risultamento alquanto diverso, e parimente forse se gli ammalati fossero stati cacciati dalla casa fin dal primo giorno.

E poi non si può trascurare anche l'impressione morale che deve esercitare sugli altri infermi la coscienza di star vicino a' colerosi per le pareti o pel letto; essi inchiodati a letto vivono continuamente nella paura di essere similmente colpiti dalla mortale malattia. Quanto nelle persone incolte sia l'orrore per questa malattia, lo dimostra nel modo migliore il racconto che v. Pettenkofer fa degli accidenti occorsi al prigioniero cacciato dal carcere di Laufen nel tempo dell'epidemia, il quale nascondeva la diarrea prodromica e la sua debolezza per tema « di esser costretto ad andare nell'ospedale, da cui egli e gli altri prigionieri non credevano poter più uscire ». Simile continua paura ed angoscia deve anno-

verarsi fra i momenti individuali predisponenti. A mio giudizio per tutte queste ragioni è un bisogno dell'umanità non mettere in uno stesso luogo o frammischiare colerosi con altri infermi, trovatelli deboli e prigionieri.

La disinfezione de' cessi, de' pozzi neri, delle deiezioni degli ammalati e delle loro vestimenta, biancheria, letti, ecc., secondo v. Pettenkofer non ha valore, non essendovi contenuto il germe infettante e non essendo sufficienti i metodi di disinfezione, specialmente rispetto a' cessi, a' corsi d'acqua e al suolo. Tuttavia, anche ammesso ciò, si ottiene un gran vantaggio, cioè una grandissima nettezza nella casa e nel cortile. E questa non è comprata a troppo caro prezzo per le spese de' disinfettanti. E si ha altresì un effetto di molta calma sul morale delle persone, potendosi fare qualche cosa per guarentire sè stesso ed i suoi. Ma se si dice che tutto ciò è superfluo, che a nulla giova, si può facilmente venire a credere che tutte le spese, sostenute per nettare il suolo e il sottosuolo delle città, sieno state fatte anche inutilmente. E poi non è ancora chiusa la discussione sulla natura della sostanza infettante e sulla via dell'infezione degli uomini; solo pochi ricercatori approvano ancora l'anatema sulla disinfezione. Al contrario la maggior parte de' ricercatori e de' medici giusta i dati batteriologici inclina a credere che i provvedimenti profittatici abbiano da rivolgersi innanzi tutto al commacchio ed alle sue invasioni.

Certamente nessun intendente delle cose vorrà contestarlo, i provvedimenti che cominciano soltanto nel momento dell'invasione colerica per vero sono di poco vantaggio rispetto agli estesi lavori di risanamento che, continuati per anni, anzi decenni, debbono purificare il suolo. Questi lavori di risanamento sono in fatti gli unici provvedimenti sicuri contro il colera come contro le altre malattie infettive. L'efficacia di essi si è dimostrata in tutti i luoghi, come in Monaco contro il tifo, così in Danzica contro il colera. Essi sanificano le città da' nidi del tifo e del colera e le rendo-

no relativamente immuni da epidemie di tifo e di colera. Le prossime epidemie coleriche della Germania proveranno, se anche quelle città, in cui solo dopo l'epidemia del 1873 si è provveduto alla canalizzazione, a' macelli, alle condutture d'acqua, ecc., possano presentare le stesse condizioni favorevoli di morbidità e mortalità, come le città di Danzica, Amburgo, ecc. risanate già prima del 1873. Possiamo aspettare con fiducia questo risulamento in Monaco, dopo che quivi la morbidità e mortalità per tifo nel corso degli ultimi 10 anni si è ridotta ad un minimo e da quasi 6 anni si mantiene allo stesso basso livello.

I particolari della profilassi individuale concernono, oltre al tener netta la casa ed il suolo, le cure per ottenere un genere di vita regolare ed igienica, che in generale si discosti quanto meno è possibile dal governo normale ed eviti specialmente tutto ciò che potrebbe produrre catarro gastro-intestinale. Specialmente le persone che sono fornite di apparecchii digerenti sensibili debbono usare doppia prudenza per non subire indigestioni. A ragione si proibisce l'uso di frutta crude, dell'insalata di cetriuoli, di carne grassa, birra non fermentata e simili. La buona birra, della cui digeribilità si sia avuto il convincimento sulla propria persona, può essere usata senza tema. Tutti i cibi debbono usarsi ben cotti o arrostiti. Ciò che si mangia crudo si deve previamente lavare con un liquido disinfettante, p. es. soluzione di sublimato di 1 : 20,000 o soluzione di acido salicilico di 1 : 1000 e poi lavare ancora con acqua recentemente bollita. Il latte, dopo essere stato previamente per poco bollito, e l'acqua potabile similmente bollita e raffreddata si debbono bere con l'aggiunta di un po' di acido cloridrico. De' vini sono da preferire i rossi, ritirati in botte prima che l'epidemia cominci. Prendere dopo ogni pasto una bibita con 8-10 gocce di acido cloridrico è stato recentemente consigliato da Rossbach attesa l'azione eminentemente tossica dell'acido cloridrico sui commacilli. Inoltre sono da raccomandare la nettezza del corpo, la abluzioni, i bagni, il mutar frequentemente

gli abiti, il non vestire troppo leggermente, il moto all'aria libera.

Si debbono evitare i quartieri e le case visitate dal colera e per lo meno è pericolosa una lunga dimora nelle medesime. Visitare brevemente, quand'anche spesso, focolai colerici pare cosa innocua; almeno ciò viene indicato dal rimanere immuni i medici, che pure di giorno e di notte vanno da una casa all'altra di colerosi. Molto più pericoloso è abitare in una casa, in cui si trovi un caso di colera o ne sieno già occorsi parecchi casi. Specialmente le stanze poste in senso verticale su quella dell'ammalato debbono, avuto riguardo al movimento ascendente dell'aria, essere abbandonate e continuamente ventilate. L'aerazione ed il disseccamento è in generale, secondo Koch, insieme con la disinfezione mediante il vapor d'acqua diretto, il sublimato o la soluzione fenicata, il miglior disinfettante. Per nettare i pavimenti delle camere, le tavole ed i mobili imbrattati dalle deiezioni degli ammalati, Koch consiglia di non bagnarli e vuole che tutto ciò si netti solamente a secco. A preferenza all'uopo, riuscendo anche disinfettante, dovrebbe prestarsi a mio credere la lana di legno al sublimato, la quale assorbe energicamente e ad un tempo disinfetta immediatamente e sicuramente. Per ogni coleroso si dovrebbe provvedere una gran quantità di detta lana o di qualche altra polvere vegetale molto assorbente, impregnata da sublimato e poi prosciugata, la quale dovrebbe immediatamente versare su' pavimenti imbrattati di deiezioni e, dopo usata, gettare immediatamente nel fuoco.

Si debbono tenere altresì belli e preparati grossi vasi, pieni di soluzione fenicata al 5 p. 100, o per immergervi biancheria insudiciata—la biancheria deve rimanere 48 ore nella soluzione e poi esser lavata con acqua—o per lavare utensili imbrattati, per lavar le mani, ecc.

Per disinfettare gli abiti, i letti ed altri effetti di colerosi o de' cadaveri de' medesimi è stato stabilito come il metodo più sicuro il vapore diretto da un apparecchio a vapore (a temperatura per lo meno di 100° C.

misurata nel tubo di uscita) secondo gli esperimenti istituiti nell'ufficio imperiale di sanità. Le vestimenta e la biancheria vi debbono essere esposte almeno per un'ora, le materie poco permeabili per lo meno due ore (dal momento in cui il termometro nel tubo di uscita raggiunge i 100° C.). Ora da per tutto nelle grandi città vi sono stufe per disinfezione, istituite da' comuni ad uso pubblico, in cui sotto vigilanza ufficiale si esegue con poco fastidio la disinfezione con le correnti di vapore. Gli apparecchi di Schimmel e Comp. di Chemnitz, che sono stati introdotti per l'uso pubblico in Dresda, Lipsia, Monaco ed altre città, si raccomandano per opportunità e modico prezzo. Nelle piccole città ed in campagna può servire alla disinfezione qualunque truogolo con una botte arrovesciatavi di sopra, in cui sono appesi gli abiti.

I luoghi e gli oggetti, che non possono essere sottoposti a disinfezione con le correnti di vapore o con l'acido fenico, si debbono esporre a grande aerazione e prosciugamento e, se è necessario, con stufe ed evitando attentamente l'umido. Pertanto si dovrebbero trattare così le camere, i mobili imbottiti ed altri, materasse, vetture usate ed imbrattate da ammalati, ecc. Koch crede necessario per queste cose un disseccamento di 6 giorni almeno, per distruggere i bacilli del colera.

Ed ora eccoci all'oggetto della pratica medica immediata, alla cura del coleroso.

La professione medica — per sè stessa certo già non comoda — diviene nelle epidemie coleriche a dirittura esauferente. Il gran numero degl'infermi da curare, la rapidità del corso, che costringe il medico alla massima tensione delle sue forze della mente e del corpo, l'incessante disturbo del riposo notturno non solo pe' colerosi, ma più ancora per gl'innumerabili paurosi del colera, e poi l'inefficacia della terapia nel primo periodo della malattia, tutto ciò spossa e deprime ogni medico che esercita con coscienza la sua professione. Se il giovane medico nella prima metà dell'epidemia si dà ad un pessimismo certo giustificato, nel periodo di diminuzione

dell'epidemia, in cui molti de' casi più gravi, che secondo le osservazioni a principio dell'epidemia si sarebbero giudicati irremissibilmente perduti, guariscono contro ogni aspettazione, egli non cade che troppo facilmente nel fatto opposto, in un certo ottimismo rispetto all'efficacia medica. Così certamente accadrà a molti di voi, quando sarete usciti dalla vostra prima epidemia colerica. Uno ha ottenuto verso l'ultimo da questo rimedio, l'altro da quello buoni risultamenti, e vi fonda grandi speranze per l'avvenire. Anni fa sentii una volta da un medico molto esperto mio amico, quando egli aveva attraversata la prima e ad un tempo molto grave epidemia di colera, l'espressione, ch'egli credeva di aver trovato allora un rimedio contro questo flagello dell'umanità e che sperava di avere ancora una volta opportunità di sperimentarlo. L'occasione venne, ma il rimedio gli fallì come gli altri: era il sottonitrato di bismuto.

Vi esorto innanzi tutto a guardarvi dalle illusioni terapeutiche e conclusioni erronee. Specialmente non dovette aspettar molto da' rimedi, almeno a principio e nell'acme dell'epidemia. Non ostante ciò la nostra terapia non è inane, e piuttosto negli ultimi tempi il nostro arsenale terapeutico si è arricchito di alcuni metodi importanti, che paiono realmente concernere il nodo della cosa.

L'odierna terapia del colera deve necessariamente pigliar le mosse dalla considerazione che abbiamo da fare con un processo specifico-micotico della mucosa dell'intestino tenue e che la coltura del commabacillo, che quivi attecchisce, è la cagione del colossale trasudamento nel lume dell'intestino, ed inoltre che dalla coltura del fungo nasce un prodotto, che attossica l'organismo nel modo più grave. Se questa considerazione è esatta — e appena si può più dubitare che non corrisponda a' fatti — abbiamo da rivolgere le prime armi alla coltura del bacillo nell'intestino e solo in seconda linea abbiamo da combattere contro gli effetti della medesima e propriamente contro l'inspessimento del sangue come conseguenza della copiosa trasudazione e contro la paralisi motoria come

effetto dell'alcaloide di scomposizione tossico attribuito a' bacilli.

Sotto quest'aspetto riconosciamo subito che la terapia otterrà tanto maggiore effetto, quanto più presto sarà applicata. Finchè abbiamo da fare soltanto con la diarrea prodromica, possiamo sperare che i medicamenti, introdotti nello stomaco, pervengano nell'intestino e quivi esercitino azione sul processo bacillare della parete intestinale. Se al contrario è già occorso il vomito, probabilmente nulla più del contenuto gastrico penetra nell'intestino; per lo meno allora secondo l'esperienza non si osserva più azione alcuna di rimedio.

Tra' numerosi medicamenti che si sono raccomandati pe' prodromi del colera, conforme a ciò che ho visto nelle epidemie osservate da me, do la preferenza assolutamente al calomelano. L'esperienza favorevole, fatta da Felice Niemeyer nella grande epidemia colerica di Magdeburgo nel 1849, l'indusse ad adoperarlo altresì nell'epidemia di Greifswalda nel 1855, la prima attraversata da me, che allora era giovane medico ed assistente alla polyclinica; e, come pare, con buon successo. Allora non adoperammo che piccole dosi (0,03-0,05 ogni 2 ore); ma ora, avendo acquistata perfetta dimestichezza con gli effetti del calomelano in grandi dosi all'inizio del tifo, comincerò la cura con 2-3 dosi di 0,5 e farò seguire ogni due ore piccole dosi di 0,05. Il calomelano del resto ha su tutte le altre sostanze di azione antimicotica il gran pregio che la sua azione è a bastanza chiara e sufficientemente provata la sua innocuità nello stato infiammatorio-infettivo dell'intestino nella cura iniziale del tifo.

Sappiamo che una parte del calomelano si trasforma nell'intestino in sublimato—quanto, non sappiamo certamente, ma la quantità del sublimato formato è evidentemente bastevole ad esercitare azione antizimotica. Non vi ricordo che i rilevanti effetti delle piccole dosi di calomelano nelle diarree da fermentazione de' bambini nel periodo della dentizione, ecc. Evidentemente non si richiedono che quantità piccolissime di calomelano

per formare quantità di sublimato di azione sufficientemente antisettica. Considerando che il sublimato uccide i funghi anche in una soluzione di 1 : 30,000, s'intenderà l'effetto anche delle minime quantità di sublimato nell'intestino. Or qui è straordinariamente importante che subito a principio si disinfetti sicuramente e rapidamente tutto il contenuto intestinale, e però io credo debbansi a principio preferire le grandi dosi, come al cominciar del tifo addominale.

Per le medesime ragioni viene da altri adoperato il sottonitrato di bismuto in dosi di 0,5-1,0 più volte al giorno, ed inoltre la naftalina purissima risublimata, raccomandata a titolo di esperimento da Rossbach in dosi di 0,1-0,5, 5-10 volte nelle 24 ore, in pillole cheratinizzate.

Non posso accordarmi nella lode generale per l'oppio. Ne ho osservato effetti anzi sfavorevoli che vantaggiosi, e specialmente i casi curati con l'oppio in generale mi parvero assumere una nota più intensa che quelli non curati con oppio. Lo stesso ha già riferito Dornblüth circa l'epidemia di Rostock nel 1859, in cui verso l'ultimo l'oppio perdè ogni credito. Se l'oppio in dosi molto grandi operi altrimenti e meglio che nelle dosi medie ordinarie, debbo lasciarlo indeciso.

Secondo le idee correnti favorevole è l'azione degli oli eterici, rappresentati nelle così dette goccioline del colera, che sono un miscuglio di laudano liquido del Sydenham 6,0; vino d'ipecaacuana 4,0; tintura eterica di valeriana 12,0 ed olio di menta piperita 1,0; da prenderne 15-25 gocce ogni mezz'ora in un'infusione di menta piperita. Queste così dette gocce russe insieme con l'infusione di menta piperita vanno eccellentemente adoperate nelle diarree leggierie e nelle angosce del colera. In quei tempi è ottima cosa tenerle belle e pronte in ogni casa, perchè agli spiriti timorosi apporta calma il sapere che son pronti i medicamenti pel caso di un accesso notturno. Non vo' entrare troppo nell'infusione di menta piperita e negli oli eterici, ma trovo che hanno un sapore orribile ed aumentano la nausea. Il buon tè

nero con un po' di rum riesce alla maggior parte delle persone più piacevole. Anche il così detto vino bollente aromatizzato (1/4 di litro di vino rosso bollito con cannella, garofano e zucchero) ha un effetto sommamente piacevole ed è senz'altro da preferire al grog caldo, così per l'olio eterico contenutovi, come anche pel tannino della soluzione calda alcoolico-acquosa.

Rispetto alla dieta ed alle altre condizioni degl'infermi il medico non può essere a bastanza rigoroso. In tempo di colera ogni infermo di diarrea deve mettersi senz'altro immediatamente a letto, coprirsi il ventre di panni asciutti ben caldi (sacchetti di crusca caldissimi o vero coperchi di pentole rivestiti di flanella) e prendere una tazza di tè caldo. In caso d'indigestione è prudente prescrivere una mistura di acido cloridrico (3,0:150,0 di acqua e 25,0 di sciroppo) e come alimento e bevanda non permettere che mucilagine di avena o di orzo.

Così sarebbe esaurita la parte più essenziale della terapia della diarrea colerica. Distinguendosi questa da una semplice diarrea catarrale solo per la dimostrazione della presenza del commabacillo nelle deiezioni, ed essendo la necessaria ricerca batteriologica delle deiezioni per lo più impraticabile pel gran numero de' casi da curare, sarà il più sicuro procedimento quello di curare come infettive col calomelano tutte le diarree che sono molto copiose e continuano ancora dopo le 24 ore non ostante l'indicato governo, e tenendo gl'infermi a letto finchè non diano fecce conformate.

Nel colerino, la diarrea specifico-infettiva, può essenzialmente adoperarsi la stessa terapia; se non che, avuto riguardo alla maggior copia delle deiezioni, alla gravanza delle cose ed al vomito, si deve ricorrere fin da principio alla terapia antibacillare ed insieme con l'indicato governo far prendere 3 dosi di calomelano di 0,5 nel corso di 3 ore e continuare con piccole dosi. Quanto ne giunga all'intestino, non si può certamente

stabilire, atteso il continuo vomito. Introdurre nello stomaco altri rimedi, specialmente l'oppio, non è da raccomandare, non venendone che aumentato il vomito. Contro questo e nello stesso tempo contro la sete è raccomandabile l'uso di pezzettini di ghiaccio, al pari della iniezione ipodermica di morfina in dosi ripetute da 0,01-2.

Come la cosa più efficace nelle diarree molto copiose ed ostinate potrebbe certamente anche qui riuscir vantaggiosa l'enteroclisi calda di tannino alla Cantani.

Il colera sviluppato, la forma grave dell'infezione, non presenta difficoltà diagnostiche. L'accesso colerico comincia con fenomeni sì tumultuari e le conseguenze si svolgono con tale rapidità in poche ore, che il medico, immediatamente entrato nella camera, non dubita di che si tratti. Essendo chiamati, come accade tanto spesso, soltanto per un accesso di colera, date pure sicuramente il calomelano, a principio ogni ora 0,5 (3 dosi), poi ogni due ore 0,05. Certamente non ci nascondiamo in questa prescrizione che probabilmente nell'intestino non penetra mercurio, ma tutto viene vomitato, ed inoltre che lo svolgimento della coltura del bacillo nell'intestino ha già raggiunto il suo acme. Tuttavia il calomelano merita che si sperimenti.

Di poi consiglio strettamente di mettere immediatamente in opera il doppio metodo dell'enteroclisi e dell'ipodermoclisi, sperimentato da Cantani e dai suoi colleghi italiani. Quanto più presto ciò accade, tanto maggiore è la probabilità di un buon successo secondo le comunicazioni di Cantani. Perciò è assolutamente necessario che il medico abbia già pronti gli ingredienti chimici per queste due pratiche, cioè il tannino in dosi di 20,0 da una parte e dall'altra cloruro di sodio 4,0 e carbonato di sodio 3,0 mescolati. Inoltre dovete portare con voi una siringa di vetro, capace di 25-50 cm. c., quale io medesimo ho indicata per l'iniezione ipodermica di sangue, con parecchie cannule, ed inoltre una cannula di corno con lungo tubo di gomma per

l'enteroclisi. Un imbuto all'uopo si trova in ogni cucina e parimente acqua calda. Mandando in ogni singolo caso per gli strumenti e facendo preparare le soluzioni nella farmacia, passano una a due ore, gran danno per gl'infermi ed insieme notevole perdita di tempo pel medico. Avendo al contrario tutto ciò che vi occorre, potete con l'acqua calda preparare immediatamente le soluzioni per l'entero- e l'ipodermoclisi e cominciare immediatamente l'iniezione intestinale.

L'enteroclisi secondo la prescrizione di Cantani si fa più volte al giorno con 1 a 2 litri di una soluzione di tannino all'1 p. 100 ad una temperatura di 39° a 40° C.

Il valore dell'enteroclisi tannica, che si osserva non pure nella diarrea prodromica, ma spesso altresì nello stadio asfittico, è riposto da Cantani in ciò che segue. La massa di acqua calda con stimolo termico e meccanico ravviva ed eccita l'intestino e l'organismo e quindi il fatto importante è nell'eccitazione dell'assorbimento, onde vengono impediti l'ispessimento del sangue e l'anuria, o efficacemente combattuti, se già esistenti. La secrezione renale in parecchi casi di Cantani si è ristabilita poche ore dopo l'enteroclisi. Inoltre Cantani crede dovere ammettere che il tannino sterilizz<sup>4</sup>, acidificandolo, il contenuto intestinale, nello stesso tempo si combini agli alcaloidi di decomposizione già formati e li renda innocui in forma di combinazioni tanniche difficilmente solubili e diminuisca altresì la trasudazione della mucosa per azione astringente su' vasi. Cantani prende le mosse qui dal concetto che l'enteroclisma superi la valvola ileocecale e penetri nel tenue, anzi talvolta per fino nello stomaco e crede dimostrato ciò dal fatto che talvolta ha visto venir fuori per vomito il liquido contenente tannino ed ha potuto anche estrarlo dallo stomaco mercè della pompa gastrica. Cantani ammette la possibilità che l'acido cloridrico adoperato in soluzione di 0,5 p. 100 abbia maggior forza sterilizzatrice dell'acido tannico, ma meno astringente, e che inoltre il sublimato, l'acido salicilico, ecc. forse operino anche meglio del tannino. Ma

i suoi esperimenti con quest'ultimo hanno dato fin da principio sì buoni risultamenti, che Cantani vi si è arrestato.

Sebbene vi abbia molto di ipotetico ne' concetti di Cantani — specialmente il lavamento del tenue, ecc. — tuttavia qui il giudizio spetta all'esperienza clinica, e secondo le relazioni favorevoli di tanti fra' più esperti medici italiani, non può dubitarsi dell'efficacia di questo metodo sì semplice.

L'ipodermoclisi di Cantani ha lo scopo di paralizzare per una via semplice ed innocua l'effetto della rapida perdita di acqua e degli alcalini sul sangue e su' tessuti, mediante l'iniezione sottocutanea di una soluzione alcalino-salina. Il metodo è il seguente: s'iniettano nel connettivo sottocutaneo del tronco 1-1½ litro di una soluzione di cloruro di sodio 4,0, carbonato di sodio 3,0 per 1000 cm. c. di acqua (i D.<sup>ni</sup> Boretta e Minola vi aggiunsero in Napoli anche 3,0 di solfato di sodio) ad una temperatura fra 37° e 40° C., secondo la temperatura del caso speciale, mediante un apparecchio a bastanza complicato, con la previa disinfezione del tre quarti. La bozza, che si forma, viene da Cantani lasciata riassorbire spontaneamente, ciò che accade più presto con la previa applicazione di un bagno senapato di 40° C. L'iniezione deve ripetersi circa ogni 4 ore, fino ad aversi gli effetti favorevoli, che del resto si hanno spesso già dopo una sola iniezione, cioè rinvigimento dell'organismo, riscaldamento della periferia, miglioramento del polso e del respiro, cessazione dell'anuria e della cianosi.

I risultamenti in Italia paiono essere stati in generale vantaggiosi. Alla statistica data da Cantani (solo 39 p. 100 di morti con questa cura) certamente non devesi dar valore. Una statistica ben fondata de' successi curativi nel colera suppone non pure una esatta diagnosi della forma clinica e dello stadio della malattia, ma altresì una esatta notizia circa il periodo dell'epidemia, in cui sonosi raccolte le singole osservazioni. La pro-

gnosi del caso speciale dipende essenzialissimamente dal periodo dell'epidemia: a pari intensità di fenomeni morbosi la prognosi nell'ultimo periodo dell'epidemia è infinitamente migliore che in quello iniziale. Se non si ha riguardo a questi momenti, i dati numerici generali circa il rapporto della mortalità con un determinato metodo curativo non hanno valore. Tuttavia scorrendo i singoli casi del Cantani e non pure le storie cliniche degli infermi guariti, ma altresì quelle de' morti, se ne ha fermamente l'impressione che questi metodi sieno atti ad esercitare un'azione immediatamente benefica sul processo colerico. Che da questo o quel lato possano esser migliorati o ampliati, è detto già dallo stesso Cantani.

Consiglio strettamente di rendere quanto più semplice è possibile il metodo, perchè solo così potrà essere adoperato da tutti. Il complicato apparecchio di Cantani per l'ipodermoclisi è affatto superfluo. Basta perfettamente una siringa di cristallo capace di 50 cm. c., quale io ho indicata per l'iniezione ipodermica di sangue, con 2-3 cannule. Inoltre raccomando di distendere col massaggio la soluzione salina durante l'iniezione. L'assorbimento accade così prontamente che in un quarto d'ora si può in 2-3 punti assorbire senza difficoltà 1 a 1½ litro. Com'è stato già detto, si può portare con sè la siringa, al pari delle polveri divise di tannino, e di cloruro e carbonato di sodio, da sciogliere in acqua ben bollita. La cannula si deve lavare ben bene nell'acqua bollente prima dell'iniezione.

Come vedete, le pratiche apparentemente complicate e richiedenti lungo tempo si possono per tal modo rendere assai semplici ed agevoli da richiedere al più una mezz'ora. Negli ospedali, ove tutto è pronto, la cosa sarà anche più spiccia.

Vo' ricordare qui ancora come meritevolissimo di nota il metodo di Keppler, adoperato da lui con buon successo in Venezia. Per le iniezioni sottocutanee Keppler

ha adoperata una soluzione di 7,0 di cloruro di sodio per 1000 cm. c. di acqua distillata con l'aggiunta di 10, 0 di alcool assoluto. Questa soluzione, riscaldata a temperatura del sangue, viene iniettata ipodermicamente al collo o nella fossa sottoclavicolare, e continuamente in modo che a principio s'iniettino in ogni lato 50 cm. c. finchè il polso ritorni, di poi solo ogni 5 minuti e più tardi solo ogni mezz'ora. In generale si usano da 8 a 12 litri della soluzione. Keppler rileva l'alta importanza dell'alcool per la conservazione della funzione cardiaca e vanta l'efficacia del metodo, a preferenza se applicato per tempo.

L'opportunità dell'aggiunta dell'alcool alle soluzioni è chiara per sè stessa e non si dovrebbe trascurare per l'avvenire.

Il metodo ipodermico pare in generale quello che promette di più ed è certamente suscettibile ancora di molte modificazioni, specialmente anche rispetto all'aggiunta di rimedi antimicotici ed altri.

Per l'orribile ansietà e spavento degl'infermi e dei parenti dovete tener pronta, oltre a questi principali, anche una serie di altri rimedi. Una certa operosità è già richiesta in questa condizione eminentemente pericolosa per la vita dalla indescrivibile angoscia dei membri della famiglia.

Degli eccitanti è innanzi tutto raccomandabile, cominciando la paralisi e la cianosi, la canfora, in forma dell'olio canforato concentrato (1:5, invece di quello officinale 1:9). Questo preparato è eccellente per l'iniezione sottocutanea, e ne' momenti opportuni, iniettandone 3-5 siringhe l'una dopo l'altra, se ne ha un effetto bonissimo sul cuore. Molte volte occorre innanzi tutto uno stimolo veramente energico per barcamenare la vita sullo scoglio più pericoloso, ed in ciò, rispetto all'intensità e persistenza dell'azione eccitante, la canfora mi pare molto superiore all'etere, facendo astrazione dagli orri-

bili effetti accessori locali di quest'ultimo (ascessi, gangrena).

Gli eccitanti, che operano dallo stomaco, specialmente gli alcoolici delle più diverse maniere e forme di preparazione, non hanno speciale valore, perchè nulla ne assorbe lo stomaco ed al più la mucosa faringo-esofagea inaridita ne assorbe qualche poco. Massimamente ancora si raccomanda lo Sciampagna, tenuto sul ghiaccio, bevuto insieme o alternativamente in piccole quantità con pezzetti di ghiaccio, riuscendo esso molto ristorativo per gli infermi.

Contro i crampi de' polpacci, ecc. mi pare sempre la cosa migliore fregare energicamente i ventri muscolari con grossi pezzi di ghiaccio. Lo spirito di senape viene anche usato da molti per frizioni, ma, energicamente applicato, riesce sgradito all'olfatto dell'infermo e degli astanti.

La persistenza ed il ritorno della diarrea con colica e tenesmo si cura nel modo migliore localmente con enteroclistmi tannici caldi, aggiuntovi un po' d'oppio, o quando gli enteroclistmi non sono più tollerati, con piccoli clisteri di colla d'amido calda diluita con oppio (colla di amido 30,0 + 20 gocce di tintura tebaica) più volte al giorno. Negli stadi ulteriori della malattia, quando è superato quello dell'infezione e dell'intossicazione e signoreggiano i disturbi locali consecutivi, l'oppio è molto utile.

Il colera tifoide viene curato sintomaticamente secondo i disturbi predominanti. La forma uremica, come nella nefrite acuta da scarlattina, viene curata con bagni caldi e per fino caldissimi, quando è abbassata la temperatura del sangue, e consecutivo avvolgimento in coperte di lana calde, e per uso interno si dà il latte in gran quantità misto ad acque carboniche. I medicamenti non giovano qui quasi per nulla, e specialmente i così detti diuretici paiono anzi nuocere che giovare.

La forma difteritica ed infiammatoria (polmonica) del colera tifoide si cura secondo le regole vigenti

per queste forme morbose; tuttavia bisogna sempre ricordare che abbiamo da fare con un organismo, che è in preda di grave attossicamento ed i cui organi sono più o meno devastati. Pertanto l'uso prudente e circospetto degli alimenti ed eccitanti deve avere una parte rilevante insieme con l'intervento richiesto dalle malattie locali.

Alla vostra speciale attenzione raccomando la dieta nella convalescenza del colera. La grave lesione, in parte necrotica, della mucosa del tenue, l'esteso distacco epiteliale, la tendenza de' vasi a nuove iperemie, la difettosa assimilazione, tutto ciò richiede prudenza massima, e non si può a bastanza energicamente contrastare alla premura spesso violenta degl'infermi e de' loro parenti di ritornare subito all'uso degli alimenti solidi e lasciare il letto. V'è appunto troppo da restaurare ne' tessuti del corpo, e questa reintegrazione si fa nel modo più rapido e completo col riposo a letto e alimentazione semiliquida. Attenetevi in generale alla dieta che seguite dopo un grave tifo per 3-4 settimane e non fallirete. Vi raccomando la dieta seguente: sera e mattino tè con biscotti inglesi, prima di mezzodì brodo con succo di carne, uova da bere con un po' di vino di Porto o Marsala, a mezzodì zuppa di mucilagine (o di latte), un po' di prosciutto magro sottilmente affettato o carne di piccione o pollo, ed anche pernici nel brodo e leggiero vino rosso (debolmente riscaldato) di Bordò, Voelau, Ofen. Dopo mezzodì di nuovo tè con biscotti, la sera zuppa di mucilagine con succo di carne, estratto di carne e fette di panini, 1¼ di litro di birra ben fermentata. Appressò si permetterà riso o semolino ben cotto con succo di bacche di mirtillo. Il detto succo condensato e filtrato è molto pregiato come conserva pel molto fannino contenutovi e quindi facile digeribilità. Le bacche di mirtillo sono le sole frutta che si possano permettere e di cui si può disporre in ogni stagione, giacchè esse in istato secco si trovano da' mercanti di leccornie. Si debbono in questo stato tener nell'acqua per

24 ore prima di prepararle; si rigonfiano e possono cuocersi come fresche.

De'rimedi in questo stadio non si può trattare che degli amari, e così i puri amari per migliorare l'appetito e la funzione gastrica, come gli amari composti, che esercitano azione ad un tempo sulla digestione intestinale e sulla peristaltica, innanzi tutto la radice di rabarbaro.

L'irregolarità nella defecazione è sì straordinariamente frequente nel corso della convalescenza del colera, che non si può far senza della detta radice. In piccole dosi, in cui agisce più la sostanza amara che l'acido cataratico contenutovi, essa combatte la fatale tendenza alla diarrea ed alla flatulenza; in dose alquanto maggiore promuove nello stesso tempo la defecazione nel caso di costipazione. Al primo scopo si raccomanda di unire la tintura acquosa di rabarbaro con elisire di arancio composto ana e di somministrare di questa miscela 2-3 volte al giorno un cucchiaino. Per averne un effetto migliore è meglio prescrivere la tintura vinosa di rabarbaro o semplice o con elisire di arancio composto o tintura composta di china, a cucchiaini da tè.

Per la cura consecutiva si raccomandano innanzi tutto i bagni minerali in moderato clima di montagna (Reichenhall, Ischl) e nell'inverno la dimora in una stazione climatica, p. es. Meran.

3257



# DOMENICO CESAREO Libraio-Editore

NAPOLI — Strada Università, 16 — NAPOLI

---

**Agenda** DEL MEDICO PRATICO. (Contiene: Calendario; Diario; N.º 6 quadri per prender nota del *polso*, della *respirazione* e della *temperatura*; N. 12 quadri mensili per notarvi le visite; Registro a madre e figlia per scrivere le ricette). Un fascicolo tascabile. In *brochure*. L. 1,20. Legato in tela . . . . . L. 1,70

---

**Cardarelli.** ALCUNE LEZIONI CLINICHE raccolte dal Dott. A. Molinari (I. Sull'indirizzo alla cura nelle malattie di cuore. II. Dei rapporti fra le lesioni oculari e le malattie encefaliche. III. Melanemia acuta in seguito ad un accesso di febbre palustre. IV. Neoplasma cerebrale. V. Stenosi del piloro. VI. Sifilide del fegato). Un vol. in-16. 1887 . . . . . » 1,20

---

**Jaccoud.** SOPRA DUE CASI DI CARDIOPATIA E SUL TRATTAMENTO DELLE MALATTIE CARDIACHE. Lezioni cliniche fatte all'Ospedale della « Pitié » (1883-1886). Versione italiana del Dott. A. Molinari. Un vol. in-16. 1887 » 1,50

---

**Pajot.** COME SI DEVE GOVERNARE IL SECONDAMENTO. CHE COSA SI DEVE FARE QUANDO LA PLACENTA VENGA RITENUTA NELLA MATRICE DOPO IL PARTO O DOPO L'ABORTO. Lezione raccolta dal Dott. R. Labusquière. Versione del Dott. A. Longhi. Un op. in-16. 1887. . . . . » 0,50

---

**Silvestri.** DIZIONARIO DI TERAPIA. Vade-mecum del Medico pratico. Un vol. in-8 piccolo. . . . . » 6,00

---

**Silvestri.** FORMULARIO DEI RIMEDI NUOVI e delle nuove applicazioni terapeutiche. Un vol. in 8 piccolo. 1887. . . . . » 4,00

---

**Silvestri.** GUIDA ALLE AUTOPSIE per iscopo clinico e medico-legale, con modelli di perizie e di rapporti medico-legali. Terza edizione. Un volumetto tascabile. In *brochure*. L. 1,50. Legato in tela. . . . . » 2,00

---

**Silvestri.** LE INIEZIONI RETTALI GASSOSE nel trattamento della tubercolosi delle vie aeree. Un op. in-16. 1887. . . . . » 0,30

---

**Stapfer.** CALENDARIO DELLA GRAVIDANZA. Un op. in-16 col Calendario in quadro separato. 1887. . . . . » 0,50

# CONFERENZE CLINICHE

DEL

Prof. Dott. U. v. ZIEMSEN

Direttore della Clinica medica di Monaco

---

Unica edizione italiana autorizzata

PER CURA

del Dott. S. SILVESTRI

---

La pubblicazione delle conferenze cliniche di vecchi Clinici, come è da lungo tempo usata in Francia, in Inghilterra ed in Germania, viene ora accolta con favore anche in Italia, ed a ragione, imperocchè le conferenze cliniche portano l'impronta originale della individualità del maestro nel modo di concepire ed esporre i fatti, nelle ipotesi, nello stabilire le quistioni; esse aprono il ricco tesoro di scienza ed osservazione raccolto nella molteplice operosità del Clinico, e dando una esposizione, scevra di pregiudizii, delle cose osservate, congiunta ad una severa critica della letteratura, eccitano singolarmente l'interesse dei medici, e sono molte volte altresì di vantaggio immediato per la pratica medica, specialmente rispetto alla diagnosi e alla terapia.

Sotto questo aspetto anche le *Conferenze cliniche* del celebre Clinico di Monaco saranno certamente accolte con gran piacere dai medici e studenti italiani. Vi si trovano la sua personalità intera, il suo modo attraente di porgere, la limpida esposizione dei processi etiologici e patologici, la terapia diligente e particolareggiata e finalmente l'etica, bellissima, della professione medica.

---

L'abbonamento alle prime 30 Conferenze costa L. 20 (pag. antic.); alle prime 6 Conferenze L. 5 (pag. antic.). Ogni Conferenza separatamente *Lira Una*.