

Misc. B. 12. 25



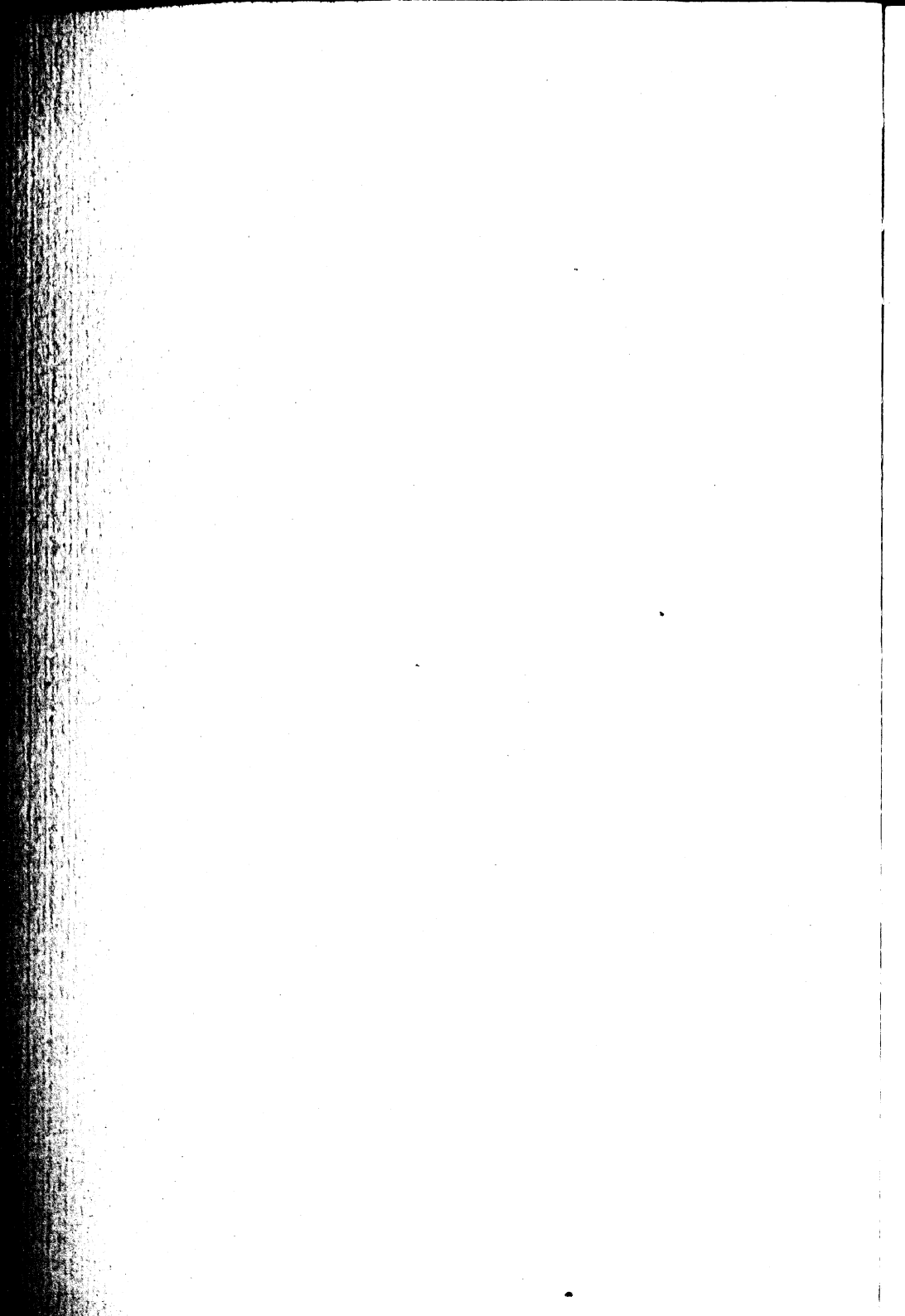
LA CLINICA MEDICA DI ROMA

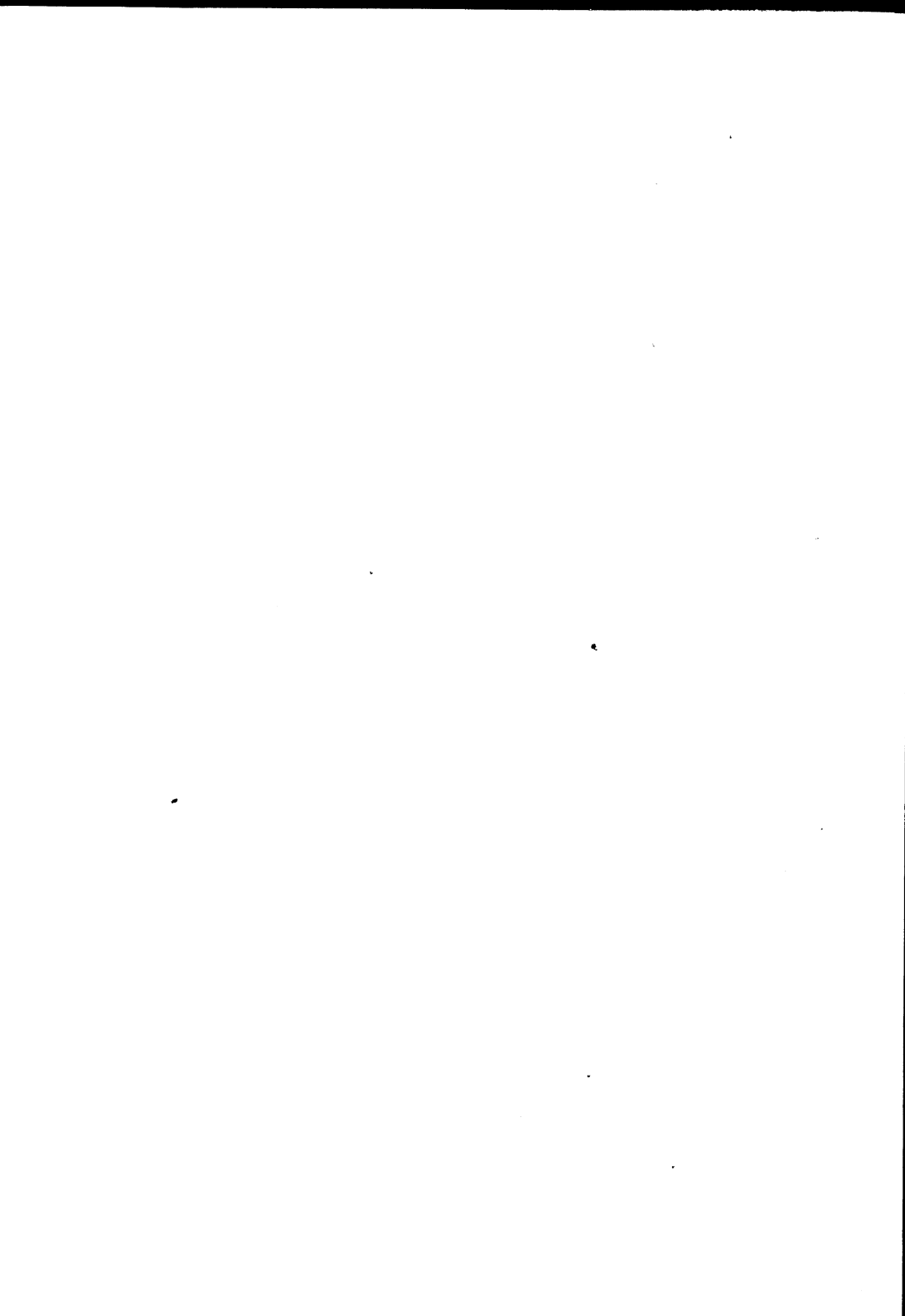
NEL PRIMO DECENNIO DI DIREZIONE

DEL PROF. VITTORIO ASCOLI

MCMXVII-MCMXXVII









Ascolini





ROMA - DICEMBRE 1927
Anno VI

OMAGGIO DI LUIGI POZZI
EDITORE DE "IL POLICLINICO,,

(EDIZIONE SPECIALE DI 150 COPIE NUMERATE - N. **34**)

PROLUSIONE DEL PROF. VITTORIO ASCOLI
AL PRIMO CORSO DEL SUO INSEGNAMENTO
DI CLINICA MEDICA NELL'UNIVERSITÀ
DI ROMA

XIX DICEMBRE MCMXVII



I COMPITI ATTUALI DELLA CLINICA MEDICA

Ogni professore d'Università, nel prendere possesso della cattedra, entra in cooperazione con i colleghi, entra in spirituale comunione con gli studenti, per diffondere e sviluppare una parte della scienza; contrae nello stesso tempo un forte impegno verso il pubblico, poichè è la scienza che virtualizza e guida le Nazioni.

Siccome l'insegnamento di Clinica medica importa l'ufficio di educare i giovani con la dottrina e con l'esempio a comprendere l'uomo malato e in sè e nei rapporti con la famiglia e con la società, il professore di tale materia è investito di una missione a cui nessun ingegno basta, se non sia animato dal fervore del bene e dalla dedizione completa all'ideale.

Ecco perchè,
Eccellenza (1),
Magnifico rettore,
Insigni colleghi,
Giovani cari,
Signore e signori,

dovendo esporvi quest'oggi l'intimità della collaborazione e la natura dell'impegno che a me derivano dall'assumere l'insegnamento affidatomi, io davanti alla maestà della Clinica, fulgida nella veste scientifica, dolcissima nel manto della pietà, mi presento a voi nella devozione di chi compie un rito.

Se parlare della clinica medica preoccupa chiunque raggiunga maturità intellettuale sufficiente a dare coscienza dei domini di essa e dei suoi compiti molteplici, gravi, delicati, conturba il doverne par-

lare da Roma, dalla cattedra che fu di GUIDO BACCELLI, davanti ad un auditorio così eletto.

Ma un turbamento, al confronto anche maggiore, si sovrappone in quest'ora tragica. Nel cozzo formidabile non di nazioni tra loro, ma di aggruppamenti di popoli, nella lotta gigantesca e disperata che si combatte pro e contra il rinnovamento democratico del mondo, pro e contra la civiltà e la libertà umana, ogni altra cosa appare trascurabile; suona strano e fioco ogni altro linguaggio, sia pur quello della medicina, della scienza cioè che per altezza di obbiettivi, per molteplicità di fondamenti scientifici, per entità di rapporti privati e pubblici primeggia fra tutte. Come trattare ora dell'indirizzo e dei bisogni della clinica medica, quando non soltanto preme la salvezza della Patria, ma vacilla la garanzia che nel mondo abbiano ancora posto quel sentimento umano innaturato nella pietà e nutrito di libera scienza, che della clinica è l'unico fondamento? Come pensare ad una festa universitaria, quando i banchi della scuola sono deserti di quella gioventù che ha lasciato la gioia del vivere e dell'apprendere per correre, balda e animosa, in difesa degli ideali e del suolo dalla Patria? Mandiamo agli assenti e all'Italia l'augurio del trionfo, il trionfo del progresso civile.

Ho stentato a vincere la tentazione di iniziare in raccoglimento severo il corso delle lezioni e risparmiare a voi, gentilissimi, questa non amena audizione.

Ma, se avessi seguito quest'impulso, avrei mostrato di non possedere le virtù del sacrificio e del coraggio che s'impongono oggi più che mai a qualunque cittadino; di non sentire l'obbligazione mia verso la Facoltà per avermi creduto degno di questo

(1) È presente il Prof. A. ROTH, sottosegretario di Stato per Istruzione pubblica.

alto ed ambito ufficio; di non comprendere tutta la devozione che io devo alla classe medica di Roma, che, avendomi sempre onorato del suo favore, ha creato l'ambiente propizio alla mia chiamata a questa clinica, e che intervenendo quest'oggi numerosa e con la sua ufficiale rappresentanza, ama riconfermarmi la sua fiducia; avrei mostrato ingratitudine verso la memoria del mio grande ed amato Maestro, che, prima educandomi alla medicina interna e poi anche indicandomi a succedergli, mi ha fatto il maggior beneficio e il più grande onore che uomo possa mai sperare da uomo.

Comprendo che, mentre con le parole non assolvo i debiti vecchi, ne contraggo altri verso di voi che siete accorsi ad attestarmi la vostra simpatia. Ma, per chi la gratitudine non sia un peso, gli obblighi di riconoscenza costituiscono la più dolce ragione del consorzio umano.

Volgo anzitutto le mie grazie a voi, Eccellenza, che con il prestigio di clinico aggiungete lustro alla carica politica. Il vostro intervento è testimonianza d'amicizia, ma anche interessamento di uomo di Governo.

In simile modo valuto la onorifica e grata presenza delle alte personalità della politica e delle pubbliche amministrazioni, e loro porgo il mio ossequio.

Le signore che ingentiliscono questa riunione, abbiano le grazie di noi tutti. Forniscono novella prova dello spirito altruistico che, mentre le rende preziose ai feriti e malati di guerra, le lega indissolubilmente alle opere della medicina: loro spetta, nei nostri templi, il posto d'onore.

I clinici che si sono benignati di venire a questa inaugurazione garantiscono a voi che le buone tradizioni non saranno qui abbandonate; stimolano me a mantenere la Clinica di Roma all'altezza cui stanno le cliniche sorelle.

Agli amici non medici, che si compiaccono della mia ascesa a quest'ufficio come di soddisfazione dei propri voti, faccio i più affettuosi ringraziamenti.

Soltanto quest'augusta città, questa cattedra insigne, soltanto così solenne circostanza possono conferirmi il grado per attestare la mia riconoscenza alla città di Pavia che mi ha benevolmente ospitato nei sette anni passati fuori di Roma, a quel glorioso Ateneo che ha offerto ai miei studi incitamenti,

occasioni e mezzi, agli insigni colleghi di quella Facoltà, ai miei collaboratori indefessi a affezionati, ai miei studenti buoni, intelligenti, zelanti. Permettete che io mandi, anche a nome vostro, al Rettore dell'Università Ticinese l'augurio della sempre più intima fraternità per la elevazione scientifica e per la grandezza della nostra Italia.

La mia persona è troppo assorbita dalla grandezza del momento, perchè io osi oltre concedere alla commozione della riconoscenza: invano cercherei le parole per esprimere la piena di sentimento che trabocca dal mio cuore. Se massima ventura sarebbe stata per qualunque clinico occupare la cattedra di BACCELLI, per me il retaggio, oserei dire paterno, e il ritorno tra maestri ammirati, tra compagni valorosi, tra amici diletти, conferiscono al posto un fascino di tenerezza cui offusca soltanto la tema di riuscire impari all'ufficio e all'aspettativa.

Da quest'ora, la più importante della mia vita, una grande responsabilità pesa su me.

Spero che *la fede operosa del bene*, cui la gente superficiale battezza col nome di fortuna, mi sorregga. La stella che mi ha guidato a questo luogo, mi assisterà nel cammino non meno difficile dell'avvenire: io la seguirò con il costante entusiasmo di prima. Dimenticando ogni lotta, discacciando ogni amarezza, dedicherò tutta intera la vita che mi avanza al rinnovamento della clinica che mi viene affidata e che mi è sacra per la memoria del mio Maestro; *all'incremento di una medicina il cui scopo supremo sia la cura degl'infermi, il cui mezzo sia l'osservazione esatta, confrontata con l'esperienza, sorretta dalle conoscenze biologiche e diretta dalla logica.*

Per quanto la formola sembri un po' eclettica, non sarebbe certo adottata da tutti i clinici. Non dubitate che io voglia aduggiarvi con sottigliezze formali. Mi basti rilevare che, se non esiste l'accordo nemmeno nella enunciazione generica del programma, le differenze nello svolgimento di esso saranno inevitabilmente profonde.

LA CLINICA DI GUIDO BACCELLI.

Nel dichiarare le formole enunciate, prenderò le mosse dal pensiero e dall'opera del mio predecessore, in rapporto all'evoluzione scientifica della epoca. Se questa traccia non mi fosse segnata dalla

logica storica e dalla ragion sentimentale, mi sarebbe quasi imposta dall'autorevole e identico suggerimento di due dei nostri clinici più eminenti. MURRI e MARAGLIANO non si sono trovati mai così d'accordo 'come nell'indicare al successore di GUIDO BACCELLI il compito di *fecondare* l'indirizzo e l'ideale di quella clinica medica italiana, che il sommo Maestro aveva perseguito.

L'opera di GUIDO BACCELLI è stata esposta ed illustrata dai clinici e patologi d'Italia e dai migliori suoi allievi nella riunione tenuta in Campidoglio dalla Società di medicina interna nell'aprile 1916. In questa stessa aula risuona ancora l'eco della solenne commemorazione che l'Accademia Medica di Roma fece del suo presidente per bocca dei suoi antichi assistenti: AUGUSTO MURRI, con la disamina profonda del pensiero e delle qualità del cittadino e dell'insegnante; EUGENIO ROSSONI con la commossa evocazione della figura dell'uomo della clinica e nella politica. Il giornale *Politico*, per onorare la memoria del suo Direttore, pubblicò, in un numero speciale, la sullodata orazione di MURRI, e due memorie, l'una di MARAGLIANO, in cui sono felicemente messi in evidenza i lati più significativi dell'opera clinica, e l'altra di SANARELLI, in cui sono rilevate acutamente le tendenze e i meriti di lui nella medicina politica.

Ho ricordato soltanto le commemorazioni più importanti di BACCELLI come clinico. Esse rendono vano ogni tentativo di illustrare meglio la figura e il pensiero del Maestro di gran parte di noi.

Mi fermerò qui soltanto ad esporre l'indirizzo ch'egli aveva impresso alla sua scuola, alla scuola Romana, come Egli la chiamava, dovendo farne punto di partenza al mio programma. Il compito è arduo, sia perchè riesca difficile sintetizzare una opera così multiforme, sia perchè di questo indirizzo clinico proprio alcuno tra i commemoratori ha messo in forse l'esistenza, altri ne ha riconosciuto la completezza e la perfezione. Me ne occuperò con l'indipendenza che il nostro Maestro, non solo insofferente del principio d'autorità, ma convinto assertore dei gravi impacci ch'esso recava al progresso scientifico, di continuo consigliava.

Tuttochè in Italia nel secolo XVI si sia avuto qualche saggio di insegnamento di clinica al letto del malato, questa consuetudine non si stabilì fra noi fin quasi al principio del XIX secolo. Gli Italiani

rifulsero soprattutto negli studi anatomici, sia di anatomia patologica dopo MORGAGNI, sia di anatomia descrittiva. Se a Roma alcuni architetti pontifici si elevarono in fama di clinici, qui una vera scuola mancava prima di BACCELLI. Ho udito molte volte anch'io BACCELLI parlare con filiale tenerezza del suo maestro VIALE; ma, considerando la forza degli insegnamenti di lui, divido pienamente il giudizio di MURRI, che se dobbiamo essere obbligati a VIALE per avere compreso, prediletto ed incoraggiato il nostro grande Clinico, il Maestro vero di BACCELLI fu BACCELLI stesso. Da lui si iniziava davvero la *Scuola Clinica Romana*.

BACCELLI ebbe la cattedra, quando fioriva all'estero l'anatomia patologica macroscopica e cominciava a perfezionarsi con l'analisi microscopica: con gli acquisti di essa si irrobustiva la semeiotica fisica.

Come GALENO patì l'esilio prima di tornare il medico acclamato dell'Urbe, così BACCELLI ebbe spinosi ed insidiati i primi passi. Tra le asperità della lotta, le tempre solide si rafforzano e si preparano a più gravi cimenti. Soltanto parecchi anni dopo la nomina, BACCELLI fu al caso di fare (1872) la prima dichiarazione del suo indirizzo, palesando la consapevolezza del clinico che ha ben maturato il suo programma.

Prese posizione netta. Mentre i suoi contemporanei farneticavano in una medicina teorecizzante, speculativa, grossolanamente nosografica, egli, conoscitore esatto di anatomia, ispirato alla tradizione solidistica di BAGLIVI, vide col suo occhio d'aquila negli studi anatomici la via del rinnovamento e della salvezza per la medicina. Ritrovando nelle nozioni anatomiche non tanto il mezzo di riscontrare alterazioni presunte in vita quanto il fondamento per riconoscere nelle constatazioni cliniche la sede e l'evoluzione dei processi morbosi, e per ricavarne la spiegazione di particolari alterazioni a distanza o di singolari disturbi funzionali, proclamò il trionfo dell'*anatomia viva*. Nel contrasto tra il nome e l'aggettivo è il gusto della lotta, la saldezza della convinzione giovanile.

Per meglio rendere il concetto del duplice fondo anatomico (anatomia normale, sia descrittiva sia topografica, e anatomia patologica) cangiò poi la primitiva espressione in quella di *anatomismo clinico*, con cui si compiacque lueggiare il fondamento

più sicuro per la clinica: guida e controllo della diagnosi.

La gioventù consente all'ingegno di imprimere orme personali e durevoli: tutta l'opera d'un individuo può farsi discendere dalle concezioni e dalle idee giovanili.

Udite con quale limpidezza cristallina BACCELLI descriveva il suo anatomismo fin da' suoi primi scritti:

« La clinica moderna misura, limita e disegna a
 « capello le difficili curve, che sono, può dirsi, il
 « mutuo ingranaggio dei visceri, e ne determina con
 « precisione matematica i confini così nella sta-
 « tica come nella dinamica respiratoria; essa ad
 « un processo morboso, che dovrà da regioni pro-
 « fonde manifestarsi all'esterno, dà un appunta-
 « mento anatomico e l'attende colla maggiore
 « sicurezza; essa nel buio di ogni sintomo che
 « scaturire dovrebbe dalla investigazione fisio-
 « patologica, eleva le più sottili ricerche anatomiche
 « alla dignità di criterio diagnostico, e strappa alla
 « natura l'alto segreto di un processo morboso.
 «
 « Nella clinica il rigoroso controllo sta nel cada-
 « vere aperto con tutte le cognizioni dell'anatomia e
 « della istologia patologica, che, anticipate, costitui-
 « scono uno degli elementi necessari al giudizio ».

Nessun clinico ha battuto con altrettanta costanza ed industria questa via, nelle diagnosi dei tumori addominali, nelle affezioni degli organi respiratori e circolatori. Il *magistero del circolo*, visto essenzialmente nella sua morfologia, lo condusse a diagnosi finissime, svelò a lui il segreto di processi fisiopatologici tuttora controversi.

L'anatomismo clinico costituì la direttiva di tutta l'opera clinica di GUIDO BACCELLI, quale si svolse fecondamente per 50 anni. Sul frontone di questa clinica che doveva dare nei particolari la rappresentazione plastica del suo ideale, volle fosse posto ad emblema il bassorilievo che raffigura la scuola di MORGAGNI, l'Ippocrate della moderna medicina.

Sarebbe facile, contro l'asserto che nell'*anatomismo clinico* si condensasse l'indirizzo clinico di BACCELLI, opporre il documento dei suoi studi sulla funzione della milza; oppure il ricordo delle questioni biologiche a cui dalle accidentalità della casistica clinica egli assurgeva con intuito geniale

e con perspicua visione; oppure soprattutto il suo aforisma che *la clinica moderna è il primo gabinetto di fisiologia umana sperimentale*. Ma più facile ancora riesce a chiunque conosca un po' a fondo il pensiero di GUIDO BACCELLI di provare che questi argomenti non fanno che corroborare la tesi. Gli studi sulla funzione della milza sono deduzioni sui rapporti dei vasi brevi che collegano la milza con il fondo dello stomaco; le concezioni biologiche di BACCELLI partivano dalle nozioni positive di anatomia: tali l'opposizione funzionale tra il circolo portale e il circolo polmonare, le analogie tra il glomerulo malpighiano e la glandola sudoripara. L'aforisma sulla fisiologia, quando si interpreti con le parole del Maestro (*in clinica l'animale in esperimento è l'uomo, l'artefice infallibile della lesione è la stessa natura*), non significa altro se non che la clinica serve ora di controllo ora di ispirazione alla fisiologia sperimentale.

BACCELLI pensò sempre anatomicamente. La esatta osservazione del malato rappresentò per lui la più alta documentazione fisiologica.

L'osservazione dei fatti clinici: ecco il fulcro su cui sempre poggiò e mosse la *Scuola clinica romana*: fatti clinici esatti erano essenzialmente per BACCELLI quelli rispondenti a *lesioni organiche riconoscibili nel soggetto in esame*.

In modo analogo alla fisiologia considerò la patologia sperimentale e le ricerche di laboratorio. Non solo asserì che i laboratori erano indispensabili per il progresso scientifico della medicina, ma li istituì nella sua clinica e ne favorì, da ministro, lo sviluppo in tutte le cliniche mediche. Quando però si accorse che le analisi di laboratorio, a mano a mano che acquistavano diffusione e importanza, minacciavano di prendere il sopravvento sull'osservazione clinica, entrò in diffidenza. In molte circostanze ribadì che *si parte dalla clinica per entrare in laboratorio, ma dal laboratorio si ritorna sempre alla clinica*. E proclamava bensì che *vivo, industrie, incessante doveva essere il desiderio di trovare fatti nuovi, istituire nuovi esperimenti*, ma s'affrettava a sentenziare che *tra questi e le deduzioni deve assidersi rigorosa la logica*. Uopo è riconoscere che la sua logica era inesorabile: sulle sue labbra fioriva feroce il sarcasmo contro la *sperimentazione*.

Fatti clinici ben osservati e controllati: ecco la bandiera della Scuola romana. BACCELLI si giovò

sempre della valutazione diretta dei fenomeni osservati. Tra gli aforismi in cui amava concretare i suoi pensieri per fissarli nella mente degli uditori, uno dei più ripetuti era questo: che *in medicina gli ectipi sono la regola, i tipi l'eccezione*. Il vecchio nosografismo, che pretendeva inquadrare rigidamente le singole malattie, non aveva nè la simpatia nè la fede di BACCELLI: ei voleva inculcare ai giovani medici la suprema necessità dell'esame preciso e dell'immediata valutazione dei fenomeni rilevati nel caso concreto.

Da ciò e dagli aspri rimbrotti con cui rinfacciava ai predecessori di essersi fondati sulla *logora autorità dei ruderi storici della medicina* non potrebbe concludersi ch'egli avesse in dispregio i vecchi osservatori o fosse incurante di quanto l'esperienza clinica aveva assodato. Che anzi il culto della sapienza antica fu in lui ardente e profondo. Raccomandava con insistenza di allacciare il nuovo col vecchio: *novi veteribus non sunt opponendi, sed perpetuo jungendi foedere*. Addito che dai felici descrittori della natura si dovevano prendere le *sintesi* in cui era condensata la loro esperienza clinica e dai moderni si dovevano attendere le *analisi* che esplicavano le ragioni e le modalità dei fatti grossolanamente, ma genuinamente, osservati. Della parola *sintesi* BACCELLI forse abusava: la natura del suo ingegno lo conduceva alla visione d'insieme anche quando s'indugiava a formulare le necessità dell'analisi. Con i termini *sintesi antiche*, egli intese designare bensì i principi generali della medicina, ma intese soprattutto rappresentare la constatazione dei fatti clinici, quasi che essi risultassero tutti dalla complessa riunione di fenomeni semplici. Nell'associare le sintesi antiche alle analisi nuove egli indicava ai suoi allievi la via da tenere: non allontanandosi dai fatti assodati e certi, ricercarne l'interpretazione.

Tra il dispregio per il nosografismo e l'amore per le sintesi cliniche non v'era contraddizione nella mente del Maestro; per buona esatta comprensione sintetica dei fenomeni clinici, cioè per sana esperienza clinica, riconosceva quella che derivava dagli osservatori le cui descrizioni del vero non erano alterate da presunzioni o prevenzioni dottrinali.

Questa serena ed obbiettiva capacità di osservazione egli aveva ritrovato in alcuni antichi e in molti dei nostri classici come MORGAGNI, TORTI, LANCISI, BAGLIVI, ch'egli godeva nel chiamare

padri della medicina. Nutritosi delle loro opere, ne riportò la convinzione che alla medicina italiana spettava posto più degno che non le attribuissero gli stranieri, ma che soprattutto da quelle fonti dovesse la medicina italiana trarre un indirizzo suo proprio, *nazionale*. Gli accenti patriottici acri di sdegno in sua gioventù, divennero nell'età matura fiduciosi e dignitosi; ma ogni opera ei mise sempre ad elevare la dignità della medicina italiana.

L'osservazione spontanea, spregiudicata, la concezione larga, la logica stringente ch'egli ammirava nei padri della medicina, voleva diventassero le note caratteristiche della clinica nostrana.

A noi, cresciuti nell'epoca dell'internazionalismo, per non dire del servilismo scientifico, quei sentimenti, quei voti non scesero nel profondo dell'animo. Avevamo la mente troppo annebbiata, per penetrare l'intimo senso del nazionalismo scientifico del nostro Maestro. Il brusco risveglio di oggi ci fa comprendere non solo la necessità di difendere il nostro patrimonio, ma la grande virtù che verrà in noi, se acquisteremo la indipendenza nel giudizio, la libertà nell'azione, movendoci secondo l'indirizzo del nostro genio, del genio che i nostri padri hanno imposto al mondo. La fede di BACCELLI sia monito e guida ai medici italiani.

La *Scuola romana* si distinse adunque per la precisa e minuta osservazione, per la radicata tendenza anatomica, per la fiducia accordata alle *sintesi cliniche*.

Ma il valore di una scuola clinica dipende non tanto dai principi cui si informa, quanto dalla capacità di adoperare il sapere per la diagnosi esatta e per la cura efficace. Merito scientifico e valore pratico non vanno ormai più disgiunti nella medicina moderna.

Tutti coloro che hanno seguito BACCELLI nell'esame degli infermi e nelle deduzioni diagnostiche o che hanno semplicemente assistito a parecchie sue lezioni sono rimasti ammirati delle eminenti qualità del pratico. Per la rara squisitezza dei sensi, con l'esame obbiettivo ei leggeva nelle modificazioni degli organi, riscontrate in vita, i corrispondenti processi anatomici; scopriva sempre qualche dato, ch'era sfuggito dall'accurata osservazione altrui e che giovava direttamente alla diagnosi. Non meno importante era il *metodo* con cui analizzava e valutava i fatti: ad ogni fenomeno riconosceva l'esten-

sione del significato, quindi attribuiva il valore che poteva assumere nel caso presente per la concomitanza e la concorrenza degli altri dati (*oportet omnia signa contemplari*). Dalla concordante significazione dei dati anamnestici, fisici e funzionali, scaturiva la diagnosi con riferimento alla lesione organica e alle singolarità del caso concreto. Nelle sue lezioni, la diagnosi rifulgeva in affascinante semplicità.

A ragion veduta io intendo ad esaltare il *metodo* suo, che parte dalla minuta e precisa constatazione dei fatti, che si vale di critica severa ed acuta, ma guidata da larghi criteri e scevra di preconcetti, che mette a contributo larga dovizia di conoscenze biologiche e sicura esperienza personale per assurgere alla formola diagnostica. Lo voglio esaltare, perchè racchiude le norme che egli insistentemente, caldamente raccomandava ai suoi scolari. È stata la forza di questa scuola. L'avrò ora sicura dell'avvenire di essa.

L'intuito felice, la sicurezza di sé, la determinazione dei criteri, lo guidarono nei procedimenti che introdusse in terapia. Ardimentosi, e giudicati a volta a volta persino arrischiati (l'apertura degli empiemi, la cura meccanica degli aneurismi, le inalazioni di ossigeno, la introduzione dei rimedi eroici nelle vene), formano patrimonio della clinica di BACCELLI.

Un'alta nota sentimentale ispirava, dominava l'opera del nostro Maestro: il senso di umanità. Dalla miseria individuale risaliva alla collettiva come dalla casistica s'innalzava ai problemi biologici. Nel suo programma politico rifulgeva la ricerca fattiva del miglioramento e della felicità sociale. In BACCELLI la *medicina clinica* si fuse amorosamente con la *medicina politica*.

Se il Maestro, impersonando la Scuola romana, la sublimò col suo genio, le imprime nelle linee direttive e nel metodo logico e nelle applicazioni pratiche, caratteri singolari, che restano eredità preziosa ai suoi scolari e alla medicina nazionale.

IL PROGRESSO DELLE SCIENZE BIOLOGICHE IN RAPPORTO CON L'EVOLUZIONE DELLA MEDICINA.

In che rapporti con lo stato attuale degli studi clinici è l'indirizzo che BACCELLI ha segnato alla sua clinica? Si adatta all'odierno progresso delle disci-

pline fondamentali e collaterali della clinica medica? Segnano esse vie nuove per meglio comprendere e curare i malati? A questo complesso di domande devo cercar di rispondere, per esporvi, signore e signori, quale programma a me paia convenire oggi alla clinica medica.

Gli ultimi 50 anni, cioè l'epoca in cui BACCELLI illustrò questa cattedra, si suddividono in due periodi di tempo quasi eguali. Nel primo, che corrisponde all'età giovanile del Maestro, dominò l'indirizzo anatomico che dette alla clinica la semeiotica fisica. Il secondo periodo si distingue per la profonda trasformazione che l'esperimento ha portato nelle discipline biologiche. La sperimentazione le ha arricchite di fatti nuovi, verificati in condizioni ben precisabili, e ha insegnato per conseguenza a valutarne il significato con larghezza di criteri e con severità di giudizio. L'indirizzo sperimentale non solo ha rinnovato le nostre conoscenze, ma soprattutto ha diffuso largamente quello *spirito di investigazione positiva dei fenomeni* che caratterizzerà questo periodo nella storia della medicina.

L'anatomismo clinico, che ebbe in BACCELLI il più genuino e geniale rappresentante, fu la proficua reazione contro il dottrinarismo filosofico e contro l'ingombrante nosografismo. Pensare anatomicamente giova al clinico in molte maniere: lo abitua alla determinatezza della concezione, lo previene di un notevole numero di eventualità, lo consiglia sempre alla ricerca obbiettiva dei segni della lesione anatomica e quindi lo guida alla diagnosi provata, gli impedisce di facilmente inorgogliersi perchè dimostra le grandi probabilità di errare. Inoltre col reperto sul cadavere e cogli esami istologici la anatomia patologica dà con metodi assai semplici al clinico il controllo della diagnosi e la determinazione del processo evolutivo proprio della malattia.

Nei tempi più recenti la stessa anatomia patologica si è trasformata: giovandosi di un esame più minuto, più completo, del cadavere, e ricorrendo al controllo sperimentale sugli animali, si muove con sicurezza nell'ampia cerchia dei processi generali e si svolge con maggiore interesse ai problemi della clinica. Uno dei più illuminati anatomo-patologi ha proprio in questi giorni in tono di lamento affermato che, malgrado gli estesi altri mezzi di indagine, a lui mancasse il più importante modo di cercare il vero, cioè l'esame dell'uomo vivo, infermo.

Mentre l'anatomia patologica riconosce in modo così esplicito il significato massimo dei fatti clinici, gli studi morfologici, in base alle ricerche sperimentali dirette e comparate sulle modalità di sviluppo dell'organismo, hanno dato la florida branca di studi ch'è la *fisiologia delle forme organiche* e che s'occupa delle leggi dell'evoluzione degli organismi viventi.

E d'altronde la stessa morfologia, mentre, armandosi mirabilmente dei raggi X, porta l'occhio del medico così addentro nella forma, quasi nella struttura, dei visceri e nei rapporti tra essi, da dare la suggestione di una vera *anatomia viva*, in realtà ci offre i più luminosi insegnamenti circa le modalità della funzione meccanica.

Quasi fatalmente i dati morfologici trapassano di continuo nei risultati della *functio laesa*.

Alla semeiotica fisica, che ha trovato quel momentaneo assetto in cui si ferma una disciplina scientifica dopo un rimedio di grande sviluppo, sono subentrati numerosi metodi di laboratorio che ci pongono in rapporto con le modificazioni funzionali dell'organismo.

Ormai i reperti anatomici, nè come applicazione semeiologica, nè come cognizione processuale, bastano più alle esigenze del medico moderno.

A parte che esiste una grande quantità di disturbi ed anche un numero non piccolo di malattie la cui base anatomica tuttora sfugge ad ogni indagine, lo stesso fondamentale concetto che oggi noi abbiamo della *malattia* non ci consente di foggiarla sulle alterazioni organiche. Se in buona sostanza la *malattia* è un disturbo dei meccanismi regolatori della vita, un disordine nell'equilibrio vitale, la comprensione di essa non può risiedere nel riconoscere una lesione locale. La lesione costituisce un carattere, un segno più o meno decisivo della malattia, non altro: interpretare i rapporti tra la lesione e i disturbi è spesso più arduo e problematico che non si pensasse anche soltanto pochi anni fa. Se prendiamo ad esempio la patologia del cuore, col cui studio anatomico irradia tanta luce e fornì tante diagnosi precise il nostro clinico, ci avvediamo subito dei tempi mutati. Il diagnosticare la sede e forma d'una lesione d'un orifizio è nella gran parte dei casi facile e chiaro, ma è poca cosa, non basta nemmeno aggiungervi la conoscenza delle eventuali alterazioni consecutive in altri organi; abbiamo

bisogno di stabilire la capacità funzionale del cuore, l'irrorazione dei singoli distretti viscerali e l'alterazione dello stato generale per *comprendere* il cardiopaziente.

La degenerazione grassa del muscolo cardiaco constatata istologicamente si considerava come substrato anatomico della debolezza e della paralisi cardiaca: si considerava quindi la degenerazione grassa come causa di morte. Oggi sappiamo con tutta sicurezza che le cellule possono subire intensa degenerazione grassa senza perdere in capacità funzionale. Quando dunque degenerazione grassa e disturbi funzionali coesistono non è lecito concludere che questi siano conseguenza di quella; nulla toglie che la ragione della debolezza o della paralisi cardiaca sia anche la causa della degenerazione grassa. Si è tanto di raro in medicina autorizzati a stabilire connessione costante tra causa ed effetti!

E ancora: tutti i magnifici studi anatomici sul fascio di His e relativi nuclei sarebbero rimasti una preziosità dottrinale, se le ricerche grafiche e la patologia sperimentale non ci avessero illuminati su le conseguenze di lesioni di punti determinati della muscolatura cardiaca. Le ricerche fisiopatologiche e l'esperienza clinica ci permettono in molti casi di localizzare *intra vitam* la lesione del miocardio.

Similmente, è vero che al progresso delle malattie del sistema nervoso centrale hanno meravigliosamente contribuito gli studi sulla struttura e sullo sviluppo di quest'organo; ma essi non avrebbero dato gran frutto senza l'esame clinico minuto e preciso.

Dall'associazione delle nozioni anatomiche e delle precise e minute indagini sulla funzione muscolare e sui disordini di sensibilità è nata in questa guerra la clinica e anche la nuova fisiologia dei nervi periferici.

Lo studio morfologico e funzionale del rene cronicamente infermo aveva permesso di stabilire in vita quali parti erano, almeno prevalentemente, lese; di distinguere le nefriti glomerulare e tubulare e le sclerosi. Ora siamo a sceverare le forme cliniche in rapporto alle modificazioni della crasi del sangue e alla funzionalità cardio-vascolare. La considerazione della forma anatomica passa per il clinico quasi in seconda linea di fronte alle postume conseguenze funzionali: è la natura e la forma della

intossicazione che culmina. Basta avere visto un caso tipico di nefrite con ritenzione di cloruri ed avere assistito al prodigioso beneficio della decolorazione per proclamare non dirò la superiorità del metodo fisiologico in clinica, ma la necessità assoluta del suo largo impiego nello studio degli ammalati. Se la ritenzione di principi azotati nel sangue è meno sicuramente utilizzata in clinica, ciò dimostra non la fallacia del metodo, ma la necessità imprescindibile di adoperarlo con rigore e di indurre con circospezione. Ogni metodo fisiologico fallirà, si comprende, se si stacca dalla considerazione dell'organo e dei suoi rapporti, ma la clinica deve oggi volgersi all'evoluzione dei processi e ai connessi disturbi funzionali.

Se le malattie considerate più strettamente organiche hanno dimostrato che in gran parte consistono nel turbamento dello stato generale, possiamo dire che quasi il fenomeno inverso è avvenuto per parecchie malattie generali e cioè per quelle attribuite ad alterato ricambio organico e per alcune di quelle ascritte alle neurosi.

L'esame dei processi nutritivi, determinando con precisione matematica le entrate e le uscite, intendeva stabilire in modo rigoroso il fabbisogno individuale, e pretendeva ridurre in ultima analisi la nutrizione a un bilancio in pareggio, in *deficit*, in eccesso. Sotto le più minute ed esatte indagini è invece risultato che le singole sostanze non si equivalevano a seconda delle calorie di combustione come entro il calorimetro; che il consumo dei singoli gruppi di sostanze variava entro limiti vasti; che la loro sostituibilità era ristretta; che per la alimentazione era indispensabile una tal quale varietà di alimenti onde assicurare all'organismo sostanze di natura tutt'ora indeterminata (vitamine), ma in realtà indispensabili.

I risultati delle ricerche fisiche e chimiche si mostrarono insufficienti a renderci conto degli scambi di cui disponeva l'organismo per riparare le perdite di tessuti (o provvedere al loro accrescimento), per mantenere l'equilibrio termico e per produrre lavoro utile. Convenne cercare altrove le forze direttive del mutamento delle sostanze organiche e minerali, di cui le analisi chimiche esaminavano la prima e l'ultima tappa, cioè la forma in cui erano introdotti e la forma in cui erano eliminati.

L'energia delle forze nutritive, la loro stessa tendenza a ritenere sostanze determinate oppure a distruggerle ed eliminarle, l'attitudine a svolgere particolari lavori esterni, le sensazioni interne generali che diciamo stato di benessere o malessere, e financo quella tendenza subcosciente ad alcune azioni a preferenza di altre che rappresenta molte delle azioni istintive, insomma tutta quanta la nostra vita animale, dalla materia che scompone alla tendenza che assume, si sono dimostrati dipendere dalle ghiandole dette a secrezione interna. Ognuna lavora in modo correlativo (coordinato o antagonistico) con le altre e l'azione complessiva risultante esplica in gran parte per influenza sul sistema nervoso vegetativo. In tal guisa le analisi accurate e dirette dei processi vegetativi nutritivi condussero a studiare l'influenza di singoli sistemi endocrini, i quali regolano il ricambio sia quantitativamente sia qualitativamente, e determinano malattie che consistono in un alterato ricambio di un gruppo di sostanze, per esempio ternarie (pinguedine, glicosurie, diabete) o malattie che si estrinsecano per la modificata eliminazione di un altro gruppo (sostanze nucleiniche, nella gotta). In altri casi l'alterazione del sistema endocrino modifica lo sviluppo evolutivo di alcuni organi o crea particolari disturbi anatomici o funzionali (morbo di BASEDOW, di ADDISON, acromegalia, ecc.).

Anche più profondamente s'è trasformata la dottrina delle infezioni. La batteriologia fu un fertilissimo e robusto innesto sul ceppo anatomico o morfologico. Parve instaurare un'era nuova, quando riconobbe e specificò i germi di gran parte delle malattie infettive.

Di fatto l'epoca della batteriologia, completatasi poi con la protozoologia, è forse uno dei periodi più ricchi di sicuri e importanti risultati in tutta la storia della medicina. Noto il germe, note le lesioni dal germe prodotte, la clinica d'ogni malattia infettiva pareva scaturire evidente e semplice. Ma il semplicismo dei morfologi fu presto scosso, appena si assodò che non i germi in sé, ma i prodotti chimici, le sostanze tossiche, avevano parte preponderante nelle infezioni.

La fisiopatologia di esse raggiunse progressi sorprendenti, quando sperimentalmente provò che la influenza dei germi sull'organismo ha affinità di comportamento con quella delle sostanze proteiche

che non avessero subito le scissioni e le trasformazioni digestive.

Il meccanismo delle infezioni schiude il grande capitolo dei mezzi di difesa dell'individuo contro le sostanze eterogenee. Così la conoscenza dell'infezione non include soltanto l'influenza delle sostanze tossiche proprie del germe, ma comprende nell'insieme i meccanismi di difesa dell'organismo per cui le sue funzioni si modificano sensibilmente e portano in circolo sostanze nuove. L'organismo cambia le sue attitudini, le sue proprietà: diviene talora ipersensibile, più spesso si immunizza. La diversità di queste due reazioni, e anche il grado di ciascuna, dipendono dalle proprietà del germe, dalla dose, ecc.; ma anche, e soprattutto, dalle condizioni individuali. L'osservazione clinica, rinnovata sotto il controllo dell'azione specifica dei germi patogeni, dimostrò che nelle infezioni acute, gravi, l'effetto del germe prevale e determina quadri clinici quasi uniformi, calcati gli uni su gli altri; che nelle infezioni croniche, specialmente la tubercolare e la sifilitica, da una parte con la localizzazione nei singoli visceri e con i vari processi disintegrativi, e dall'altra parte con le differenti *disposizioni* individuali, originano quadri così numerosi da abbracciare forse metà di tutti i casi che offre la pratica.

La batteriologia ha dato al clinico il modo di approfondire lo studio delle malattie infettive. La ricerca dei germi, l'analisi delle modificazioni organiche avvenute per effetto dei germi specifici, le reazioni umorali, sono campi fruttiferi per le esplorazioni mediche. Il clinico viene in possesso di metodi che conducono a riconoscere le cause delle malattie e a penetrare nel corrispondente meccanismo onde esse operano; ottiene importanti contributi alla terapia specifica e perfino alla prevenzione di molte malattie infettive.

Pare strano anche ad enunciarlo, ma sta in fatto che anche il problema delle differenze individuali, cioè delle *costituzioni*, dei *temperamenti*, delle *diate*si, venne affrontato dalla medicina sperimentale. La potenza dei fatti sicuri è tale che le scienze, così dette positive, le quali altra volta avevano dilogiato la clinica in ciò vagante nel cielo nuvoloso delle astrazioni, hanno finito per convincersi della necessità di riconoscere le differenze individuali e dedicarvi l'opera loro. La *fisiologia delle forme organiche*, la serologia, l'endocrinologia e la stessa ana-

tomia patologica moderna, offrono argomenti per comprendere le ragioni dell'individualità.

Il clinico che, con lavoro poche volte interrotto lungo i secoli, ma finora coronato da modesto successo, ha indagato il perchè da cause identiche e similmente attive derivassero effetti vari secondo gli individui, troverà argomenti per interpretare le condizioni del soggetto, quali dall'anamnesi e dall'esame fisico risultano; ne trarrà metodi perfezionati per saggiare la capacità funzionale della persona. Attribuendo giusto significato all'evoluzione del soggetto in rapporto con dati ereditari e anamnestici; scrutando con precisione negli elementi patogenetici e nelle alterazioni funzionali ed organiche conseguenti, la clinica si avvierà preparata verso la risoluzione del problema più arduo e più sottile che l'abbia mai affaticata, cioè *la personalità umana*.

Non vi estimerei al giusto valore se estendessi agli altri capitoli questi sieno pur rapidi accenni al rinnovamento della medicina interna, per dimostrare che tutto lo scibile medico si è trasformato nel volgere degli ultimi venticinque anni.

LA CRISI DELLA CLINICA MEDICA.

A tale rinnovazione le cliniche mediche sono rimaste tutt'altro che indifferenti. I clinici più sagaci di qualche decina d'anni fa si attribuivano il compito d'investigare le leggi della natura, di studiare i processi per cui s'alterava il normale funzionamento del nostro organismo. La misura con cui gli scopi biologici si associavano allo scopo immediato della diagnosi e cura dell'infermità variarono secondo le scuole.

Le cliniche progressiste erano divenute addirittura un aggregato di laboratori intorno alla piccola sala dei malati. Specialmente i giovani volentieri dedicavano l'ingegno e l'attività ai problemi di carattere generale. Nel laboratorio veniva consumato gran parte del tempo che prima si spendeva nello esame coscienzioso, nell'osservazione continua e diligente del malato. Il miraggio del successo nelle ricerche sperimentali lasciava intravedere il nuovo, laddove la fretta del concludere si sostituiva al rigore della logica. Si attribuiva in clinica spesso importanza ai dati di laboratorio senza che una sicura esperienza ne avesse sanzionato il valore. In sostanza

le cliniche mediche parvero case, in cui la padrona dedicasse pensiero e lavoro alle questioni scientifiche, e un'ancella affettuosa e modesta dedicasse la sua opera all'esame e alla cura dell'infermo.

Così la preparazione del clinico moderno e lo stesso organamento degli istituti clinici risente i danni della *specializzazione* che era inevitabile nel periodo in cui i vasti capitoli della clinica profondamente si trasformavano. Non era possibile seguire con eguale interesse, con simultaneo controllo, con profondità di esame tutta la quantità di lavori che dai gabinetti puramente scientifici e dalle cliniche d'ogni parte del mondo affluivano abbondantemente.

Di solito avviene tuttora nelle cliniche che le ricerche conformate a così numerose e varie discipline non siano condotte con la precisione e la sicurezza di metodo di cui fruiscono nei laboratori delle scienze specializzate. Per conseguenza, nei lavori usciti dalle cliniche, la impostazione e anche l'apprezzamento critico, in quanto l'una e l'altro derivano da elementi tecnici, sono ottimi in singole branche, deficienti in altre.

I clinici che si sono venuti formando in questo periodo di predominio del laboratorio, mentre hanno esperienza e conoscenza specializzata in alcuni campi della biologia, sono forniti di pratica dello ammalato meno larga e meno fine; l'abitudine al raziocinio e al rigore logico è di tanto diminuita di quanto è divulgata la consuetudine di cercare nelle prove di laboratorio, anziché nella valutazione esatta e nella coordinazione dei fenomeni, la formula diagnostica. Il clinico ha tanto guadagnato specializzandosi in singole sezioni della medicina interna, quanto ha perduto in vastità d'idee e in acume diagnostico.

La clinica, avendo bisogno di controlli più numerosi e comparativi e non potendo creare a sua posta le occasioni per la verifica, avanza nella via del progresso con passo più lento che le scienze sperimentali. Mentre essa così si veniva spossando nel lavoro del suo intimo rinnovamento, fu insidiata dagli uomini di laboratorio. I biologi disponevano di buona cultura generale ed ognuno eccelleva per profondità di sapere e per precisione di tecnica nella branca che coltivava. Ne seguiva che un biologo, applicando i requisiti derivanti dalla sua specializzazione, poteva raggiungere in casi adatti risultati

brillanti nella diagnosi e nella cura. Sorpreso e inorgogliato dal successo, rassicurato dal facile dispregio che spesso si sente verso quanto si conosce meno, convinto che quella osservazione che si giova soltanto dei sensi sia di facile acquisto e di ovvio esercizio, inconscio della necessità della sintesi diagnostica, ignaro delle difficoltà della cura, entrava volentieri nella persuasione della sua validità clinica, della propria sufficienza clinica. Non si può negare che talvolta l'abitudine all'osservazione sviluppi e affini attitudini latenti in uomini di laboratorio, e possa condurre alla formazione di clinici autentici; ma è pure indubbio che l'abitudine a studiare problemi semplici e con soluzioni nette — quali sono i problemi che l'esperimento si pone e risolve — conferisca poco alle doti del clinico medico, conferisca meno che il tirocinio nell'esame dei sintomi, nell'apprezzamento diagnostico, nell'indicazione delle cure.

Allo stesso modo che spesso è poco solida e precisa la produzione scientifica delle cliniche, così è pure poco luminoso lo spettacolo di uomini di laboratorio (igienisti, zoologi, batteriologi, patologi generali, anatomo-patologi, fisiologi, ecc.) da un momento all'altro improvvisati a clinici.

Molti in Italia e fuori hanno gettato il grido d'allarme che i veri clinici sono scomparsi, che il *clinico* non esiste più.

La clinica, che riceve da varie parti torrenti di nuovi e larghi mezzi d'indagine sgorgati dalle pure fonti della scienza, e che dovrebbe fonderli con le preziose correnti della osservazione diretta del malato, non riesce ad arginare i copiosi confluenti in un fiume ampio, sicuro e maestoso. Le acque torrenziali straripano e dilagano in gran parte.

La clinica è in crisi. La crisi è avvertita in tutto il mondo civile. Noi non sapremmo sostituire ai nomi grandi dei clinici italiani e stranieri della generazione precedente nomi altrettanto famosi. La ragione non sta tutta nella migliorata cultura generale e quindi nella difficoltà di emergere: consiste soprattutto nel fatto che i clinici nuovi non hanno saputo abbracciare, condensare tutto lo scibile nuovo delle scienze biologiche, armonicamente e rigorosamente utilizzarlo per i loro scopi; i biologi non hanno contratto abbastanza esercizio alla sintesi da meritare il nome di clinici. La clinica per essere diventata donna di tutti non è più regina.

Il vostro istinto di conservazione, o signori, non diffidi perciò, non tema della clinica moderna. Se avete la disgrazia di vivere in un'epoca critica della medicina, avete la fortuna che i vostri malanni sieno più accuratamente esaminati e forse meglio curati. La contraddizione non è che apparente: se mancano uomini così eccelsi da dominare tutto il campo della clinica, voi trovate le singole porzioni del campo più utilmente e intensamente coltivate.

Ma di che natura e significato è tale crisi? È dessa una crisi pericolosa? Minaccia l'avvenire della medicina, come qualcuno mostra di paventare?

Nell'analizzare le condizioni odierne della medicina interna avevo quasi il dubbio di ripetere cose che ha pensato chiunque abbia riflettuto sul problema. Temo per converso di trovare dissenzienti molti nel giudizio intorno al significato della crisi. Non rinuncio perciò ad esporre le ragioni del mio giudizio.

La crisi, secondo me, riguarda piuttosto gli uomini che le cose. È l'esuberanza del materiale che sconvolge la clinica. Si tratta d'una crisi di crescita. La clinica sarà portata a più vasto, più fecondo avvenire, non appena le forze in germinazione troveranno l'equilibrio. Voi bene avete inteso che l'equilibrio della clinica s'è alterato per l'irruzione delle correnti scientifiche. Ma non vi attendete da me che io proclami debba la clinica alzare le dighe contro tale eventualità; nè oggi, nè mai, altrimenti essa rimarrebbe una morta gora. Al momento, è sconvolta non tanto perchè i progressi si sono avvertiti rapidi, profondi, simultanei in molte scienze, quanto forse perchè ha esorbitato dai suoi compiti, proponendosi troppe questioni di biologia generale.

E se il clinico invade il campo altrui, perchè lamenta che i biologi invadano il proprio? Dovrà pertanto il clinico di qui innanzi limitarsi a prendere notizia dei progressi delle scienze biologiche, applicarli nel limite possibile allo studio degli infermi, vagliarne il meccanismo, stabilirne il significato? Dee rinunziare ad ogni iniziativa scientifica, ad ogni ricerca sperimentale?

Il clinico ha l'obbligo di utilizzare i dati scientifici acquisiti, ma i fenomeni clinici possono di rimando fornire occasione a indagini sperimentali, mettere per conto loro problemi biologici alle scienze sorelle. Nel campo sterminato dei problemi biologici

a nessuno si vorrà mai imporre limitazione di lavoro, tanto meno a chi, dovendo affrontare le questioni più complesse, può scorgere fatti nuovi, può intravedere nuovi rapporti tra fatti noti, può financo indicare nuovi indirizzi. La mente del clinico può bene maturare i più ardui e poderosi problemi della vita umana. La preparazione anatomico-patologica o chimica o fisiologica è il viatico migliore per la clinica. La clinica non può vivere se non alimentandosi di continuo con i prodotti delle scienze biologiche; da esse riceve i mezzi per le verifiche che le danno sicurezza e libertà di giudizio. Ma conoscere le armi di combattimento non significa possedere l'arte della guerra.

I problemi della vita, che sono e saranno il sempre nuovo tormento dei pensatori, tanto più si rischiarano, si approfondiscono, quanto più intimo è il commercio di tutte le scienze, quanto più intenso e continuo è lo scambio di conoscenze fra esse. L'universalità della scienza domina oggi la nostra mente. Il metodo sperimentale, dopo avere con i perfezionamenti tecnici creato il particolarismo, ora con la sua magica potenza avvicina e abbraccia e collega le scienze perchè, insieme cooperando, innalzino la mente a concetti più ampi e meglio rispondenti alla realtà.

Questa complessa visione dell'insieme che viene a dominare sulla specializzazione della coltura, porta con sè, esige, che l'opera di ogni disciplina scientifica si svolga in conformità e nell'ambito della propria competenza tecnica e delle stesse abitudini mentali che crea.

IL MODERNO NOSOGRAFISMO.

In quale campo e con quali direttive deve dunque esercitare oggi l'opera sua la clinica medica?

Tutte le scienze – perfino la fisica e la chimica – hanno quasi abbandonato l'infido metodo deduttivo, il quale parte da principi generali per calcolare e prevedere leggi particolari: esse si servono quasi esclusivamente del *metodo induttivo* o *empirico*, il quale giunge a formulare leggi in base alla verifica ripetuta e controllata dei fatti. Le *leggi naturali empiriche* non hanno la pretesa dell'assoluto; sono *vere entro certi limiti*. Ogni scienza, si può dire, ha per scopo di fornire la risposta più chiara e precisa possibile al seguente problema: *dati i rapporti*

di un sistema, quali fenomeni si produrranno e quale sarà lo stato del sistema a un'epoca determinata?

Oggi l'uomo va studiato nella stessa guisa di qualsiasi altro fenomeno naturale: può considerarsi come un sistema esposto a variazioni continue per influenza delle condizioni in cui vive, normali o abnormi.

Il procedimento dei fisici e dei chimici serve pure allo studio dell'uomo sano e dell'uomo infermo. La differenza fra il fisico ed il medico sta essenzialmente in ciò che il fisico analizza sistemi relativamente semplici e giunge a leggi determinate, talvolta così nette che si esprimono con cifre; il medico investiga sistemi assai complessi e giunge a leggi meno fisse e che non si esprimono mai con cifre.

Più complesso è il sistema, più numerose e potenti le ragioni di variazione, più stretti sono i confini in cui la legge si verifica. Il carattere scientifico d'una disciplina consiste nel *metodo*; la semplicità maggiore o minore del sistema distingue le scienze secondo la maggiore o minore relatività delle leggi. La medicina è scienza come la matematica o la fisica; ma è governata da una grande relatività, maggiore di quella della fisica e della chimica, e anche di quella delle scienze biologiche, minore di quella delle discipline economiche e sociali. L'attributo scientifico della medicina non deve essere ormai nemmeno discusso.

Il compito primo del clinico è dunque di educare i giovani al metodo scientifico di esaminare gli infermi.

Il medico studia l'infermo, cioè il sistema ch'è sotto l'influenza della causa perturbatrice, per stabilire quale sarà la risultante in un'epoca determinata e anche per modificare la risultante probabile. Lo studio del sistema presuppone la conoscenza precisa delle condizioni *statiche* di esso, cioè l'*anatomia*, delle condizioni *dinamiche*, cioè delle funzioni sotto stimoli abituali e sotto abnormi, cioè la *fisiopatologia*, la conoscenza della causa morbigena e di tutti i suoi possibili effetti sull'organismo, cioè degli agenti fisici, chimici e dei germi patogeni. Con tali elementi il medico riuscirà fino a un certo punto a prevedere lo stato del sistema a un'epoca determinata. Per modificare il corso degli avvenimenti egli ha bisogno di calcolare le influenze che sul sistema in trasformazione sono in grado di esercitare

circostanze di ambiente, procedimenti fisici, corpi di varia natura, ecc., in una parola egli deve saper usufruire di tutti gli espedienti in uso nella cura degli ammalati.

Purtroppo lo stato di sviluppo di ogni singola disciplina non è tale da darci nozione esatta e completa di ogni elemento richiesto; purtroppo, come abbiamo visto poc'anzi, l'ingegno umano non basta a comprendere quel poco che è noto delle discipline preparatorie, e soprattutto con difficoltà discerne il poco che sa dal molto che ignora; purtroppo la determinazione dei fatti clinici è sempre imperfetta.

Chi abbia possesso più pieno di tutte quante le discipline biologiche avrà più elementi per rendersi conto delle condizioni di vita, sieno normali o morbose, del soggetto in esame, per comprenderne anche le attitudini; ma non sarà in grado di immaginare o prevedere l'ulteriore evoluzione e l'esito definitivo. Anche l'uomo meglio dotato si metterebbe in una impresa immane e superba, anzi sterile e vana, se pretendesse indagare il divenire dei fenomeni e pensare a modificarli, come se fenomeni simili non fossero mai stati osservati, descritti, valutati da nessuno. Per citare un esempio semplicissimo, l'anatomia e la fisiologia ci permettono di interpretare esattamente i sintomi di una paralisi del nervo facciale; ma nessun anatomico nè fisiologo avrebbe mai immaginato i quadri vari di questa paralisi e tanto meno supposte le accidentalità e gli esiti vari.

Il confronto dei fatti analoghi che le scienze più esatte si procurano con l'esperimento realizzato in circostanze determinate e costanti, la medicina lo trae dalla osservazione e verifica dei fenomeni, cioè dei sintomi della malattia e dalla nozione del corso abituale di essa, cioè dal *nosografismo*.

Ma perchè il nosografismo serva nel confronto dei fenomeni e conduca alle leggi, sia pur generiche, che governano l'andamento delle malattie, bisogna che dei fenomeni conosca con chiarezza non solo il carattere, la genesi, il fondamento, il significato, ma anche l'associazione e l'evoluzione. La semplice descrizione dei disturbi morbosì, senza determinazione della proprietà di essi e della loro colleganza, non si presterebbe in alcun modo ai paragoni, ai controlli, che il metodo induttivo esige. Le leggi empiriche in tanto acquistano valore, in quanto

basano su dati bene circostanziati e verificati con costanza.

I mezzi attuali di esame e di studio degli infermi consentono che si raggiunga il grado di determinazione sufficiente a dare carattere scientifico alle nostre osservazioni. *Lo sforzo nostro deve tendere a dare carattere scientifico al nosografismo.*

Per procedere dal semplice al complesso, il nosografismo comincerà con lo studio di fenomeni isolati, funzionali, cui si è poco dedicata la moderna medicina, ad es. le sensazioni subbiettive, il dolore, il malessere, il deperimento, ecc. La semeiologia estende così il suo dominio oltre la constatazione delle alterazioni organiche, oltre la verifica di dati di laboratorio e si spinge all'analisi dei fenomeni subbiettivi e dei sintomi più o meno indeterminati con cui le malattie sogliono iniziare. È bensì vero che di contro alla sicurezza di valutazione dei fatti sinora considerati, la nuova semeiotica assume compiti più delicati e difficili, dovendo riconoscere e interpretare fenomeni più fini e complessi. Ma la difficoltà e il pericolo di inciampare nell'errore non ci devono stornare dalla ricerca del vero. Il grande progresso degli studi fisiopatologici aiuterà la nuova semeiologia come l'anatomismo ha sovvenuto la semeiologia fisica. L'educazione al positivismo scientifico che le scienze sperimentali ci hanno impartito ci salverà dal cadere nel fatuo.

Ma la semeiologia, ch'è utile preparazione per i giovani, in quanto disciplina e metodizza l'esame del malato, non basta per il nosografismo. I sintomi — tutti i sintomi — sono dal nosografismo studiati nella loro coordinazione e nella loro evoluzione.

L'aggruppamento abituale, ordinario, di sintomi, che costituisce il *quadro morboso* di una malattia, preoccupazione assidua della vecchia medicina, è stato aborrito e vilipeso dai clinici del periodo così detto scientifico, i quali pretesero *procedere al lume della scienza* (TOMMASI). Noi oggi dobbiamo ripudiare il brutto nosografismo antico, puramente, e spesso non esattamente, descrittivo, così come abbiamo accertato che la conoscenza scientifica dei processi fisiopatologici non ci insegnerebbe abbastanza sulla sintomatologia e sul decorso delle malattie. La medicina moderna consente di considerare il quadro morboso in rapporto alla causa generatrice — e spesso anche alle cause cooperatrici —, in rapporto alle alterazioni organiche; consente di seguirne

con abbondanza e precisione di rilievi sintomatici il decorso. Quando i quattro elementi fondamentali (etiologia, lesioni, sintomi, evoluzione) sieno determinati e costanti si caratterizza una *entità morbosa*, una *malattia*. Questa può dirsi veramente autonoma, se oltre possedere attributi particolari propri per ciascuno dei quattro criteri discriminativi, può essere sperimentalmente riprodotta. Il clinico, confrontando i quadri morbosi osservati sui singoli individui con quelli bene noti, avrà luce per la sua condotta. Nello stesso tempo egli accrescerà il numero dei fatti conosciuti o perfezionerà con dati nuovi la nozione di quelli già descritti; scevererà particolari aggruppamenti o singolari modificazioni nel decorso in rapporto a concause; migliorerà cioè il nosografismo.

Accanto a tali quadri morbosi, il nosografismo ne descrive altri, in cui la insufficienza nostra non isola i quattro elementi necessari per costituire una *malattia*. Tali quadri morbosi sono oggi designati come *sindromi*.

Le sindromi rappresentano aggruppamenti provvisori di sintomi che attendono di venire sistemati. La distinzione chiara tra il noto e l'ignoto è sempre foriera di progresso. Poiché i *fatti*, sotto la verifica esatta delle condizioni in cui intervengono, sono il fondamento d'ogni legge naturale, il nosografismo deve tornare in onore, in omaggio all'indirizzo scientifico per cui fu condannato. Nessuna scienza, tanto meno la medicina, potrà rinunciare ai frutti dell'esperienza.

Il *nuovo nosografismo*, mentre risponde ad una esigenza scientifica, è della massima utilità per la pratica. La disamina delle sensazioni subbiettive, la conoscenza dei fenomeni che segnano l'inizio delle malattie, conducono il medico a riconoscere, almeno a *sospettare*, la malattia prima che sintomi conclamati e indiscutibili la dimostrino.

Se noi attendiamo per la diagnosi che siano riconoscibili lesioni di organi, ci esporremo, nella gran parte delle malattie croniche, al pericolo di lasciare trascorrere lo stadio della malattia in cui la cura poteva riuscire più proficua.

L'importanza che noi attribuiamo ai dati nosografici, si diparte bensì dall'*anatomismo clinico*, ma costituisce un più ampio svolgimento dei concetti Baccelliani sul predominio dell'*osservazione clinica* e sulla *fiducia nelle sintesi cliniche*. Nell'innegiare al

ritorno del nosografismo intendiamo fare dello studio del malato la parte precipua, sostanziale del nostro insegnamento. Il nosografismo, controllato dagli esami fisici, perfezionato dalle esplorazioni radiologiche, allargato dalle numerose ricerche di laboratorio, lungi dal ricondurre la medicina al confusio-nismo sintomatico, la salverà dal dottrinarismo biologico, tenendola nel terreno suo proprio, cioè di quella fondata esperienza clinica, che è la forza e la guida di ogni medico pratico.

Integrando il nosografismo con le scienze biologiche, la clinica coopera nel modo più poderoso alla determinazione delle singole entità morbose e delle forme speciali che ciascuna assume per effetto di circostanze individuali, di concause ordinarie, ecc.

La clinica porta in tal guisa ogni giorno nuove pietre all'edificio della patologia che racchiude tutta la parte dottrinale della medicina. Tra la patologia, che ha l'ufficio di spianare la via alla clinica, e la clinica, che accresce, modifica e precisa con nuovi acquisti il patrimonio della patologia, è uno scambio continuo di elementi che riesce al perfezionamento della medicina.

L'INDIRIZZO TERAPEUTICO

E LA FUNZIONE SOCIALE DELLA CLINICA MEDICA.

Ma la clinica com'è scienza in evoluzione è scienza di applicazione. La clinica medica è ben differente dalle altre cliniche. Nelle altre tutta la attenzione è concentrata nella lesione locale: riconoscerla, determinarne la natura e l'evoluzione, migliorarne il decorso, tale il loro scopo. Il clinico specializzato, più attento e progredito, tien conto dello stato generale tutt'al più nel prevedere l'andamento della malattia e nell'adattare la cura.

Considerando i numerosi apparecchi di cui la clinica medica si occupa, verrebbe fatto di pensare che rappresenti *la somma di otto o dieci specialità*. Ma un tal giudizio sarebbe assai remoto dal vero.

La funzione del *medico interno*, permesse che io dica del *medico*, è quella di *comprendere* l'intero individuo, dalla sua costituzione organica alle sue funzioni vegetative, alle sue tendenze psichiche. Questo suo ufficio, mai forse come nel presente momento storico, è stato complesso e difficile, a causa della somma di conoscenze ch'è necessario

sintetizzi e concreti per avere prossima la visione d'insieme.

Oltre le nozioni che offrono le molteplici branche delle discipline mediche, la clinica medica, per cogliere i caratteri individuali propri d'un soggetto, apprezza e utilizza i dati obbiettivi addotti dalle cliniche sorelle. Di continuo richiede ad esse elementi di giudizio sullo stato anatomico e funzionale di organi accessibili all'esame diretto; concede a tutte il giudizio sintetico sulle condizioni statiche e dinamiche dei visceri interni ed essenzialmente sulle attitudini funzionali dell'intero organismo.

Il medico deve essere fornito di fine senso della realtà, per attribuire ad ogni fenomeno il significato preciso per comprendere e sentire il patimento dell'organismo. L'immaginazione di tutte le possibili ipotesi, la critica sagace e severa gli faranno allora stabilire la diagnosi del morbo, mentre sentimento e fantasia gli daranno la commozione artistica che s'immadesima nella coscienza intima dell'individuo infermo.

Con la discriminazione di questo stato individuale, il clinico, in base alla conoscenza approfondita della nosografia, fornisce elementi per raggiungere nei limiti del probabile la previsione del futuro che con brama ansiosa l'uomo attende nelle traversie della vita. L'indovinare fruttò fama e ammirazione ai profeti e ai maghi dei tempi andati. La prognosi bene fondata è la reputazione e la salvaguardia del medico.

Un uomo che valuti il male e ne misuri i pericoli è istintivamente portato a cercare i ripari.

Nell'indirizzo curativo la trasformazione della medicina interna durante gli ultimi cinquant'anni si è svolta parallela a quella dell'indirizzo scientifico. Nel periodo dell'anatomismo, la medicina, studiosa di riconoscere il processo patologico e le modalità delle sue estrinsecazioni, avida di ricerche etiologiche, sfiduciata di poter cambiare la fatale evoluzione di processi morbosi, preoccupata del riscontro anatomico-patologico, parve dimenticare l'ufficio di *curare*, che costituisce, socialmente ed eticamente parlando, la sua ragion d'essere. Quanto più in alto era il clinico, tanto maggiore disprezzo o dileggio aveva od ostentava, per la cura. I professori dedicavano, se pure, brevi minuti in fine della lezione alle *indicazioni terapeutiche*; rare volte entravano in particolari relativi al caso. Dal nichilismo terapeutico li

salvavano i pochi farmaci veramente specifici: senza il mercurio, la chinina e un po' il salicilato di soda, secondo essi, la terapia avrebbe fatto bancarotta completa.

Non intendo approfittare dell'interesse simpatico che destano sempre le questioni intorno alla cura per prolungare di troppo il mio discorso. Voglio invece affermare che nel periodo attuale siamo in condizioni diametralmente opposte.

Il numero dei rimedi specifici s'è allargato: ai tre che l'esperienza secolare ci aveva tramandato i tempi moderni ne hanno aggiunti parecchi: gli arsenobenzoli, l'emetina e alcuni sieri specifici (antidifterico, antimeningococcico, ecc.), senza mettere in bilancio le virtù preventive del siero antitetanico e dei vaccini antiftico, anticolerico, ecc.

La pratica clinica più illuminata e gli esperimenti rigorosi hanno precisato le conoscenze farmacodinamiche sui vecchi rimedi, e la chimica ha introdotte moltissime - troppe - sostanze nuove, di cui alcune però realmente proficue.

La dietetica, nell'odierno sviluppo della dottrina dell'alimentazione, è divenuta il cardine della terapia.

I mirabili effetti della tiroidina, dell'adrenalina e della pituitrina basterebbero a glorificare gli studi endocrinologici, se non a giustificare la fiducia nella opoterapia.

Gli agenti fisici e cioè meccanici, termici, elettrici, furono usati in terapia con tanta varietà di forme e con tale precisione da avere costituito parecchie branche autonome di terapia.

L'intervento chirurgico che il medico stesso invoca, ed ottiene efficacissimo, è divenuto quella arma potente, la quale, mentre salva vite umane, contribuisce assai alla più esatta conoscenza dei processi morbosi e delle lesioni anatomiche proprie delle singole malattie.

Se tanta dovizia di mezzi contrasta con la prisa povertà, e mette in grado il medico di soddisfare molteplici indicazioni, è il *nuovo indirizzo* che rappresenta più simpaticamente e più effettivamente il progresso della terapia. Possedere il rimedio specifico contro una malattia, portare un attacco diretto contro una lesione organica, cambiare le condizioni evolutive d'un processo morboso, modificare le funzioni d'un apparecchio, ognuna di tali potenzialità è in sé grande e soddisfacente; sono acquisti indispensabili, ma preliminari e quasi grossolani per il me-

dico. S'egli non usa a tempo, in misura adatta, con rispetto alle condizioni individuali, gli espedienti terapeutici, fallisce allo scopo.

Mosso dalla pena per gli altrui mali e dalle sue conoscenze fisiopatologiche, il medico cerca con ogni mezzo, mediante la sua influenza psichica, mediante i rimedi causali o patogenetici o sintomatici, traendo partito da ognuna delle condizioni di ambiente e di vita, cerca di favorire i processi di guarigione e di mettere in grado l'individuo di evitare le complicazioni, di traversare nel modo migliore e vincere le difficoltà create dalla malattia. Il medico moderno conosce i processi morbosi non per l'egoistica soddisfazione di seguirne o prevederne le fasi, ma per il dovere di guidarli, avviarli al buon esito o almeno per risparmiare danni e sofferenze da essi indotte.

Tale programma terapeutico riesce tanto utile quanto più precocemente noi riconosciamo l'inizio e stabiliamo la natura precisa della malattia. Dobbiamo aggiungere che riuscirà più efficace quanto più le risorse della moderna terapia si moltiplicheranno nella loro esecuzione attraverso gli avvenimenti della pietà umana. La clinica moderna o sarà maestra ai medici di quest'arte nobile e fine di assistere gli infermi o fallirà ai fini che il sentimento e le leggi le hanno assegnato.

L'assistenza agli infermi così intesa è fusione di mezzi e fusione di sentimenti: è un saggio in piccolo della convivenza umana che i tempi moderni hanno reso più intima, più solidale.

La vita umana diviene ogni giorno più preziosa. Non è soltanto l'uomo infermo che richiede la sua riabilitazione o almeno la sua conservazione; non è soltanto la famiglia che con premura affettuosa reclama la salute del suo caro; interviene la società, mediante i vari ordegni creati per la sua difesa e protezione. La malattia colpisce l'individuo, ma concerne la Società.

Nessuno meglio del medico poteva scorgere la grande influenza delle scienze biologiche sulla vita sociale; egli è stato il pioniere sollecito e convinto di ogni benefica innovazione. L'infermità dell'uomo può essere una infezione, un avvelenamento, l'effetto di un trauma: i poteri pubblici intendono evitare che l'infezione si propaghi, che l'avvelenamento si ripeta; vogliono che il trauma sia risarcito civilmente e, occorrendo, anche penalmente. Il medico esercita in tutti gli atti esecutivi per il raggiungimento di

questi alti fini sociali la parte più importante, in quanto non solo riconosce e determina sempre il fatto iniziale, ma suggerisce, consiglia e fissa le norme successive. Ogni atto basa essenzialmente sopra una constatazione clinica. Nella protezione della vita umana egli è sempre l'apostolo e l'attore o che si tratti di curare o che si tratti di prevenire i mali che minacciano l'uomo. Con il suo spirito umanitario egli stimola e dirige i pubblici poteri in tutte le questioni sociali siano d'interesse generale come, ad esempio, la tubercolosi, la sifilide, ecc., siano d'interesse circoscritto alla regione dove il clinico spiega più immediatamente l'opera sua, come, ad esempio, tra noi la malaria. La clinica diventa valida cooperatrice dell'igiene pubblica.

Alla clinica prestano nuovi campi d'azione i problemi sulle assicurazioni volontarie e sulle assicurazioni obbligatorie contro le malattie, l'invalidità e la vecchiaia: problemi delicatissimi, poichè trattasi o di rilevare con minuzia di analisi e rigore di deduzione condizioni morbose appena in sull'inizio o di valutare con approssimazione scrupolosa il probabile decorso di malattie definite.

Il clinico non deve oggimai chiudersi nel suo Istituto fra le sale degli infermi e i laboratori biologici: ma occuparsi con scrupolo, con zelo, con sentimento di tutte quante le questioni sociali: il pauperismo, l'alcoolismo, la degenerazione, ecc. Egli non usurpa il posto del sociologo. La clinica sociale come disciplina isolata, a me pare non abbia diritto ad esistere: si ridurrebbe una formale fraseologia, se si distaccasse dalla considerazione dell'uomo infermo, la medicina clinica d'altronde non avrebbe coscienza del nuovo ordine di cose che si viene instaurando; impiccolirebbe se stessa, se non vedesse attraverso l'individuo infermo i patimenti sociali di cui questi è l'esponente. Il clinico sarebbe impari al suo ufficio, se non educasse i giovani medici all'esercizio delle mansioni sociali che già il presente, ma più l'avvenire, ad essi imporranno. Nella scuola e nella vita il clinico che sia conscio della propria missione eserciterà la sua influenza per il progressivo miglioramento delle condizioni di vita umana e per la garanzia che ogni lavoratore possa provvedere all'incerto domani.

Il successo della nostra professione nella *nuova età sociale* consisterà nella nostra devozione all'ideale del benessere e del miglioramento della coltura, che farà l'uomo libero.

Dalla scienza alla vita, tutto influisce sull'indirizzo della clinica medica: le prolusioni dei clinici rappresentano quasi le tappe del progresso delle scienze mediche e dello spirito filosofico che le informa.

La clinica moderna, nata dal positivismo anatomico, volta necessariamente verso la fisiopatologia sperimentale nel suo progresso, allarga e compie l'esame dell'infermo con le ricerche di laboratorio, mediante le quali indaga anche l'entità dei processi morbosì e affina la conoscenza dei sintomi: confronta con i risultati della esperienza tutti i dati raccolti nell'esame del soggetto per giungere alla diagnosi della malattia e della forma speciale che la malattia ha assunto nel determinato individuo. In base alla diagnosi individualizzata la clinica indica e pone in pratica i metodi terapeutici tratti con criteri eclettici dall'arsenale moderno ormai ricco e provato: passa a verificare se e quali rapporti sociali la malattia abbia contratto e ne cava giudizi di responsabilità o argomenti per evitare il danno di altre persone in condizioni simili. La clinica moderna concentra sempre più l'opera sua nello studio dell'uomo infermo: si ingentilisce, si umanizza, nella più scrupolosa e fine assistenza ospitaliera e nella più intima compenetrazione nei problemi sociali.

Per l'esercizio di così ampie e ardue funzioni al medico si richiede capacità e disciplina d'osservatore nel campo organico e psichico; ricchezza di cognizioni scientifiche e potenza di ricordi; vivace immaginazione e critica severa; sentimento etico e sociale; rapida risolutezza e criterio pratico nel provvedere.

La logica che mantiene l'armonia tra le preziose qualità del clinico, deve esercitarsi sopra questioni complesse, sopra ipotesi innumeri; esige rigore e circospezione che confinano con la diffidenza.

Qualità così varie culminano forse spesso isolatamente, ma di rado si equilibrano: si rafforzano nella loro cooperazione soltanto con l'esercizio prolungato e rigoroso.

CONCLUSIONE.

Spero non vorrete inferire da ciò ch'io presuma tanto da ritenermi fornito delle esimie doti del clinico e della preparazione richiesta: presumo soltanto che nessuno tra voi trovi così ampia, com'io la trovo, la distanza che separa la mia persona dal clinico perfetto.

Io confido nella mia *fede operosa*, non in quanto ponga in attività le mie forze, ma in quanto susciti e svolga in cooperazione altre poderose energie. Non in un uomo, ma in una scuola, può oggi incarnarsi la clinica moderna.

Quando una scuola di clinica medica accolga nel personale assistente giovani forze, le quali siano rigorosamente istruite nelle discipline fondamentali (anatomia patologica, batteriologia, chimica e, soprattutto, fisiopatologia); quando detta scuola abbia studenti in cui, accanto all'ingegno lucido, acuto, penetrante, germogliano le virtù eroiche (eroismo tanto più ammirando quanto più contenuto nell'austerità del sacerdozio) dimostrate dai medici nella nostra guerra, affronterà con coraggio il suo dovere.

Se e per la natura stessa della materia e anche per la disposizione in corso triennale all'ultimo periodo degli studi, il clinico medico ha influenza preponderante nel creare la coscienza del futuro medico, io sento alleviata la mia responsabilità dal sapere come i giovani, per l'opera dotta e premurosa degli insigni colleghi di Facoltà, giungano alla clinica allenati per affrontare qualunque problema biologico l'esame del malato presenti e com'essi trovino sapienza ed arte negli insegnamenti paralleli alla clinica. Gli abitatori che la terra d'Italia produce simili a lei, fertili d'ogni virtù, sono bisognosi soltanto di severa disciplina e di quella concordia che lunghi secoli di sofferenze non valsero — sembra — a rafforzare abbastanza.

Il lavoro coordinato, coscienzioso, diuturno, di seguire nei giovani lo sviluppo delle attitudini scientifiche e il perfezionamento etico-sociale che della scienza medica sono propri, ci riempie l'animo, o colleghi, di quell'intima soddisfazione di cui gode l'artista nel creare l'opera d'arte. Plasmiamo qualcosa di vivo anche noi. Come il poeta anima le

parole e lo scultore dà vita alla creta, noi diamo una *coscienza clinica ai medici*: la stessa onda di compiacimento ci pervade, lo stesso fulgore d'ideale ci guida.

La cooperazione vostra io invoco; la sollecito validissima. Noi formeremo così dei medici con giusta coscienza della loro missione, atti a muoversi liberamente nelle ampie volute dall'odierno esercizio pratico.

Un Istituto di clinica medica, cioè uno stabilimento i cui vari laboratori scientificamente organizzati e armonicamente diretti cooperino per la salute e per il benessere umano, trova facile il successo presso il pubblico che lo sorregge con la sua fiducia, presso gli enti pubblici che lo forniscono dei mezzi necessari.

È sulla forza animatrice di tante energie che io fido, per superare le difficoltà che mi attendono.

Se le speciali condizioni in cui s'è svolto il progresso delle discipline mediche ai tempi nostri, hanno impedito che qui sedesse in quest'ora un clinico eminente, io mi farò forte della tradizione della Scuola romana che BACCELLI ha fondato e che non morrà nel tempo.

Lo studio scientifico dell'infermo e la simpatia sociale: ecco i germi che, *secondati* con passionato amore della verità e con intenso fervore di bene, assicureranno l'avvenire della clinica di BACCELLI.

Del genio di lui, che irradiò luce fulgida e potente sui vasti campi d'Italia antica e moderna, la medicina clinica fu la fiamma prima, la più cara all'anima sua. La sorte ha voluto che tal face fosse commessa alle mie mani devote di discepolo. Con la presente rituale cerimonia, davanti a voi che rappresentate le scienze mediche e la politica, davanti a voi che rappresentate l'esercizio gentile della bontà, davanti a voi che rappresentate le speranze della medicina italiana, prometto e giuro di conservare la face alta e pura in questo Policlinico ch'egli ideò e volle degno di Roma e simbolo della medicina nazionale.

Nel nostro tempio avranno culto la scienza e la pietà; ma ogni opera sarà dedicata alla solidarietà sociale. Nella clinica nuova, la scienza palpita di umanità.

L'ORDINAMENTO E L'OPERA DELLA CLINICA
MEDICA DI ROMA NEL DECENNIO 1917-1927

Nella seduta del 6 giugno 1917 la Facoltà di medicina di Roma chiamava ad occupare la vacante cattedra di Clinica medica il Prof. VITTORIO ASCOLI, ordinario di Patologia speciale nella Regia Università di Pavia, votando il seguente ordine del giorno:

« La Facoltà medica della R. Università di Roma, richiamandosi alla precedente deliberazione del 3 maggio u. s., circa la necessità di provvedere in modo definitivo all'insegnamento della Clinica medica:

ricosciuto, nel supremo interesse degli studi, la convenienza di affidare le sorti della Clinica medica a un insegnante, il quale, oltre agli altri indispensabili requisiti, sia in grado di offrire anche le più sicure garanzie di potere dedicare quella necessaria somma di attività e quella non interrotta continuità di lavoro, che saranno indubbiamente richieste dalla non lieve e non facile opera di riorganizzazione e di avviamento dell'Istituto di Clinica medica di Roma;

rilevando come la Commissione giudicatrice dell'ultimo concorso per la Cattedra di Patologia e di Clinica medica, abbia accertato nella persona del Prof. VITTORIO ASCOLI, ora ordinario di Patologia medica nella R. Università di Pavia, il pieno possesso di una indiscutibile e larga maturità, per l'insegnamento della Clinica medica;

constatato come, effettivamente, il Prof. VITTORIO ASCOLI, nell'organizzare e dirigere l'Istituto di Patologia medica di Pavia abbia fatto emergere degnamente, per il savio e razionale ordinamento, nonché per la pregevole e attiva produzione scientifica, quell'Istituto, dove, da ben sette anni, svolge la feconda opera propria di insegnante e di studioso;

tenuto presente che lo stesso Prof. VITTORIO ASCOLI, designato dal voto unanime di quella Facoltà, vi ha già impartito, con lode, anche l'insegnamento della Clinica medica, durante questo medesimo anno scolastico;

apprezzando al loro giusto valore le indubbe prove di attività scientifica, di capacità didattica e di attitudini organizzatrici, già fornite dal Prof. VITTORIO ASCOLI, nella sua operosa carriera, come anche in occasione di molteplici manifestazioni della vita sanitaria nazionale, ravvisa nel Prof. VITTORIO ASCOLI tutti i requisiti richiesti per poter dare all'Istituto di Clinica medica di Roma quel definitivo assetto che è urgentemente reclamato dalle odierne esigenze didattiche e quell'impulso scientifico che è nei voti di tutti;

e propone a S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione che dalla Cattedra di Patologia medica della R. Università di Pavia, il Prof. VITTORIO ASCOLI venga trasferito alla Cattedra di Clinica medica della R. Università di Roma ».

Il 15 ottobre 1917 il Prof. ASCOLI prendeva regolare possesso dell'Istituto.

Quali fossero i suoi proponimenti e le sue direttive, quale la visione generale dell'insegnamento clinico e della medicina moderna risulta dalla prolusione che il Prof. ASCOLI lesse nel giorno della sua prima lezione di Clinica medica a Roma e che è riportata in questo volume.

Esporremo in sintesi, l'opera compiuta da quel giorno ad oggi.

LA CLINICA MEDICA DI ROMA NELLA CREAZIONE DI GUIDO BACCELLI

GUIDO BACCELLI, la cui completa figura di clinico geniale ed ardito, di umanista, di precursore, ideatore e realizzatore non è ancora esaltata pienamente da questa nostra nuova Italia, che oggi sente la sua romanità come la sentiva e difendeva nei difficili anni dal 1870 in poi Egli, che pari alla gloria del clinico sentiva quella del *civis Romanus*,

GUIDO BACCELLI, clinico medico di Roma, veniva a morte, nel gennaio 1916, all'età di 85 anni.

Se la natura benevola aveva concesso all'uomo una lunga vecchiezza col pieno possesso delle facoltà fisiche e intellettuali, le forze dell'età non avevano consentito al direttore di clinica di essere

essere grandi ed attive — per organizzarvi di fatto l'Istituto: senza dire che la vita politica, le funzioni rappresentative, l'opera generica a favore della Nazione intera gareggiavano per sottrarre alla Clinica quelle energie, che il glorioso vegliardo ancora poteva dare.



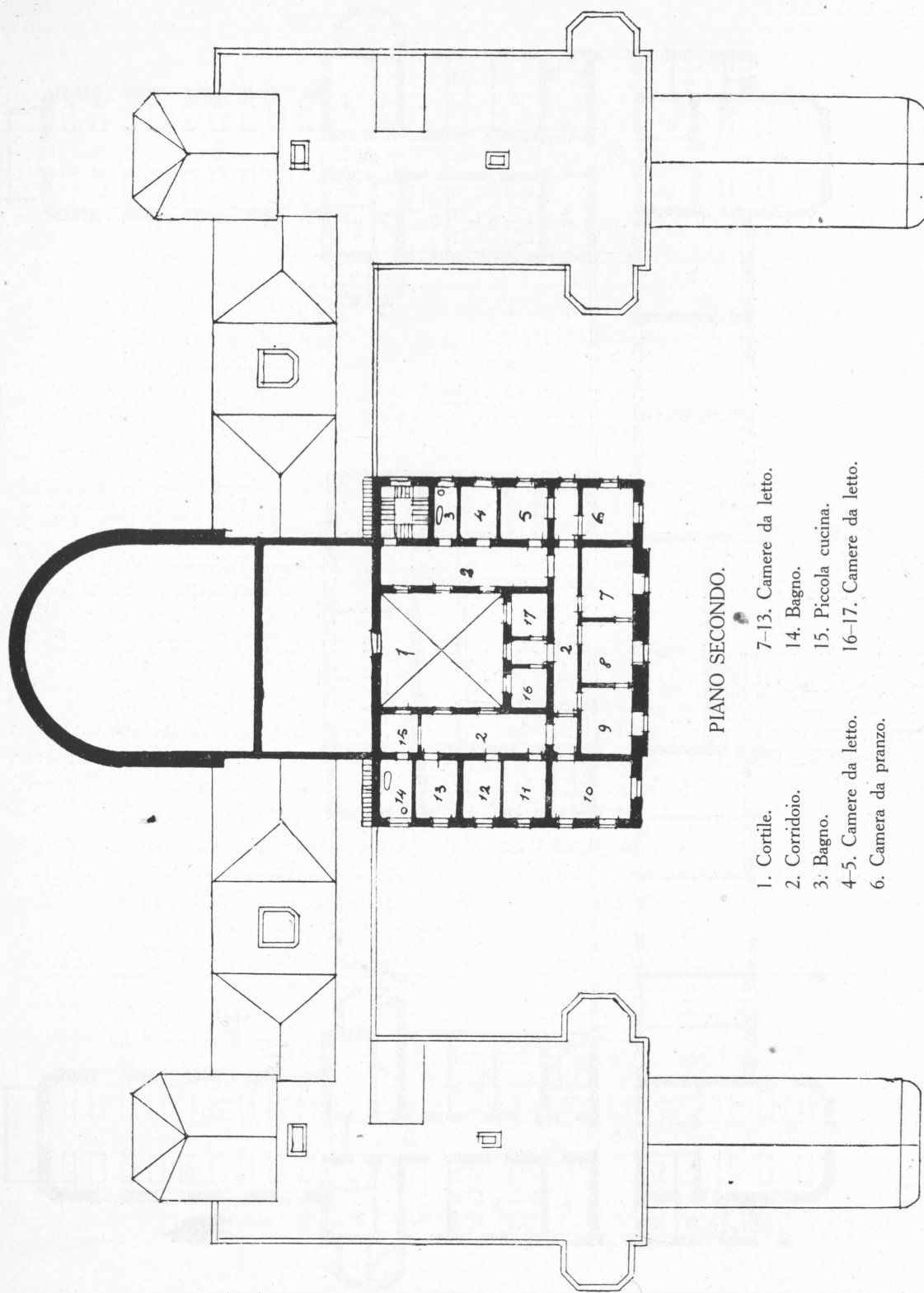
FIG. 1. — FACCIA TA ESTERNA DELL' ISTITUTO.

in grado di compiere il suo pesante compito fino all'ultimo; ond'era accaduto che GUIDO BACCELLI aveva potuto ideare, volere e costruire quel titanico monumento alla medicina, che è sua gloria, il Policlinico, ma non era giunto in tempo per potere creare, nello stesso Policlinico, il suo sognato Istituto moderno e completo. Il Policlinico, infatti, si aprì quando Egli compiva il 75° anno di età.

L'edificio dimostra ancora oggi quale fosse stata la precisa visione del Maestro per la sua Clinica; ma le leggi della vita non gli concessero le forze — ed è agevole calcolare quanto dovessero

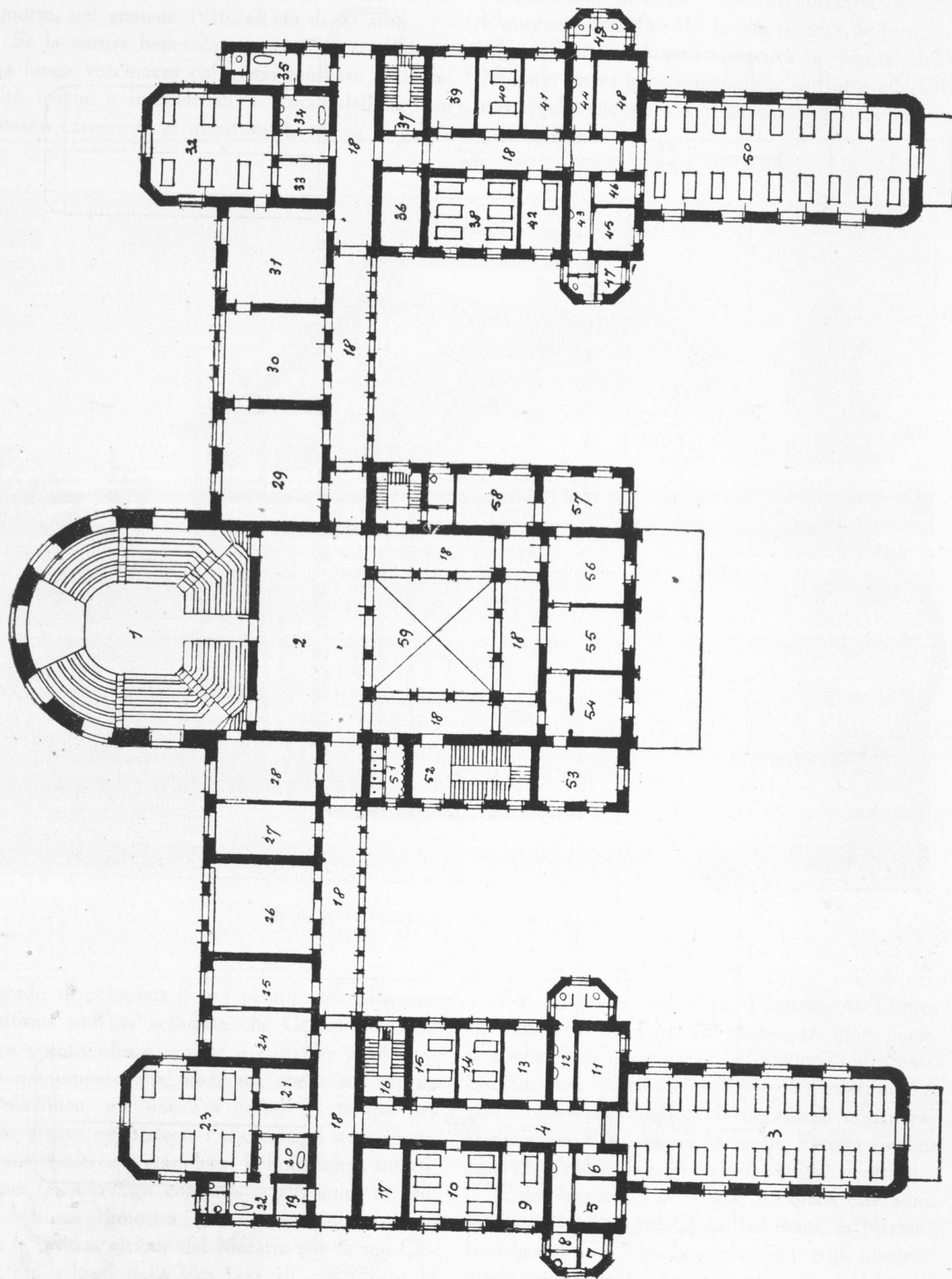
Per tal guisa, nel 1916, l'Istituto di Clinica Medica al Policlinico era ancora, in gran parte, la tradizionale e gloriosa Clinica medica di Santo Spirito, dove eccelleva lo studio dell'infermo, ma non vi era stata compiuta la necessaria organizzazione scientifica odierna, come la Facoltà medica osservava nell'ordine del giorno sopra riportato.

E nel frattempo la guerra, da quasi due anni, ardeva sulle Alpi, sul Carso, sul mare; la Nazione era tutta in armi e gli uomini assenti e gli insegnamenti anche residui sospesi e le sale cliniche e i laboratori e i corridoi stessi ingombri dei valorosi



PIANO SECONDO.

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. Cortile. | 7-13. Camere da letto. |
| 2. Corridoio. | 14. Bagno. |
| 3. Bagno. | 15. Piccola cucina. |
| 4-5. Camere da letto. | 16-17. Camere da letto. |
| 6. Camera da pranzo. | |



PIANO PRIMO

1. Aula delle lezioni.
2. Antiaula.
3. Padiglione grande uomini.
4. Corridoio.
5. Deposito biancheria pulita.
6. Spogliatoio studenti.
7. Ghiacciaia.
8. W. C. personale assistente.
9. Camera esami obiettivi.
10. Corsia uomini.
11. Camera della suora.
12. W. C. ammalati.
13. Laboratorio di analisi cliniche annesso al reparto uomini.
- 14-15. Camerette per infermi uomini.
16. Scala.
17. Cucina.
18. Corridoio.
19. Camera per conservazione urine, espettorati.
20. Bagno.
21. Stanzino caposala.
22. Camera di lavaggi.
23. Padiglione piccolo uomini.
24. Sala di soggiorno reparto uomini.
25. Laboratorio per esami generali e studio della costituzione e della personalità.
26. Piccola aula per dimostrazioni.
27. Laboratorio delle grafiche.
28. Camera operatoria.
29. Radiodiagnostica.
30. Radioterapia.
31. Sala di soggiorno reparto donne.
32. Padiglione piccolo donne.
33. Stanzino caposala.
34. Bagno.
35. Camera di lavaggi.
36. Cucina.
37. Scala.
38. Corsia donne.
39. Laboratorio di analisi cliniche annesso al reparto donne.
- 40-41. Camerette inferme donne.
42. Camera esami obiettivi.
43. W. C. personale assistente.
44. W. C. ammalati.
45. Deposito biancheria pulita.
46. Spogliatoio studenti.
47. Ghiacciaia.
48. Camera della suora.
49. W. C. ammalati.
50. Padiglione grande donne.
51. W. C. studenti.
52. Scala.
53. Alloggio suore.
54. Laboratorio per lo studio del metabolismo basale e della cronassia.
55. Segreteria.
56. Sala di ricevimento.
57. Studio del Direttore.
58. Gabinetto del Direttore.
59. Cortile.

figli d'Italia rimandati malati dalle trincee. E poichè il posto era sempre insufficiente ed i ricoveri urgevano e le cure dovevano essere rapide e sicure per ridare alla guerra i soldati, la Clinica medica aveva preso intieramente fisionomia bellica; e l'organizzazione scientifica era stata ancora più ridotta.

L'OPERA DI VITTORIO ASCOLI E L'ISTITUTO ATTUALE DI CLINICA MEDICA

VITTORIO ASCOLI si mise subito all'opera; e cominciò quel lavoro, di cui sono ora esposti i risultati. Sono intuitive le difficoltà incontrate, in ogni momento: quelle iniziali dovute allo stato bellico e alla smobilitazione postbellica, con la mancanza

capaci di generare interminabili battute di arresto; e poi, compiuta l'organizzazione, lo sforzo per metterla in moto, per farla rendere a dovere, per correggerne i difetti emergenti con la pratica o per evolverla in conformità degli incessanti progressi scientifici, da inserire adeguatamente.

È proprio questa legge del continuo divenire, che informa tutta l'opera del Prof. ASCOLI, convinto che fermarsi significa regredire. La sua attività non ha così mai conosciuto il quietismo dei punti di arrivo, e la sua Clinica è ancor oggi sempre in evoluzione. Ciò rende, fra l'altro, arduo fissarne la fisionomia, mutevole per adattarsi al continuo avanzare della scienza medica e per perfezionarsi secondo le dimostrazioni dell'esperienza acquisita.



FIG. 2. — STUDIO DEL DIRETTORE.

degli uomini e l'impossibilità di procurare le cose necessarie; quelle successive, economiche e burocratiche; quelle dovute alle lungaggini delle esecuzioni, ai mille imprevisti e alle insospettate inezie

Una descrizione della Clinica riesce molto difficile anche perchè se si fa con un criterio, che potrebbe dirsi statico, non ne risulta la visione del suo funzionamento; se invece si segue il criterio descrittivo

tivo del suo funzionamento, il lettore che non conosce l'Istituto non si rende conto della sua struttura.

Precederà quindi una descrizione sistematica della Clinica, così come il Prof. ASCOLI la ha stabilita, e seguirà la dimostrazione del suo modo di funzionare.

LA DISTRIBUZIONE DEGLI AMBIENTI E LA STRUTTURA DELL'ISTITUTO. — La Clinica è distribuita come appresso, scendendo nei piani dell'edificio dall'alto in basso:

I. Terrazze. — Tutto il fabbricato è sormontato da terrazze, le quali oggi sono rudimentalmente adoperate per la elioterapia e la fototerapia: non

II. Secondo piano. — Il secondo piano fu appositamente costruito, ed è regolarmente adoperato, per alloggio dei medici della Clinica.

È un concetto sancito dall'esperienza ed adottato dal Prof. ASCOLI quello di far restare il più possibile gli aiuti ed assistenti nell'Istituto; il rendimento del loro lavoro si moltiplica per effetto della eliminata perdita di tempo nel superare più volte al giorno le distanze (che oggi a Roma sono notevoli); coloro che vivono nell'Istituto lavorano meglio, perchè hanno tutto a loro disposizione, utilizzano i ritagli di tempo, non hanno fretta di lasciare i servizi, scambiano facilmente idee e osservazioni, si affiatano e collaborano, tutti fattori questi di rendimento lavorativo. Perciò il Prof. ASCOLI ha tenuto a rendere il più confortevole possibile il



FIG. 3. — ANTIAULA.

appena sarà possibile (la possibilità è economica!) attuare i progetti preparati, speciali installazioni moderne di elioterapia e fototerapia occuperanno le terrazze dell'Istituto.

soggiorno degli assistenti nell'Istituto; la lettura della pianta di questo piano renderà conto delle installazioni meglio di ogni descrizione particolareggiata.

III. *Primo piano.* — Questo piano è destinato per la massima parte all'*attività clinica*, mentre, come vedremo, il piano sottostante (pianterreno) è destinato all'*attività scientifica* dell'Istituto.

Al primo piano si trovano:

a) l'*Ufficio del Direttore*, con annessi una *Sala di ricevimento* per il pubblico e un *Gabinetto di*

tutte le attrezzature necessarie alle dimostrazioni didattiche sussidiarie (apparecchi di proiezione, grafiche per temperatura, diafanoscopi, schemi su vetro, lavagne, cinematografo, ecc.);

e) i *Reparti clinici*, in numero di due: per uomini e per donne. Tanto il Reparto uomini quanto il Reparto donne sono costituiti in ma-



FIG. 4. — AULA.

osservazione, ove il Direttore può personalmente e tranquillamente esaminare e studiare gli infermi della Clinica, ed in ispecie quelli che egli deve illustrare a scuola;

b) la *Segreteria*, l'*Ufficio di amministrazione della Clinica* e la *Segreteria particolare del Direttore*;

c) l'*antiaula* che precede l'aula delle lezioni e nella quale gli studenti si vanno raggruppando prima di entrare in aula;

d) l'*Aula* per le lezioni di Clinica, disposta ad anfiteatro, capace di circa 400 uditori, fornita di

niera perfettamente identica, e disposti simmetricamente nell'ala destra e nell'ala sinistra dell'Istituto.

Ciascuno dei Reparti è a sua volta costituito:

dalle *corsie*, e precisamente da una gran corsia, capace di 20 letti, una piccola corsia capace di 10 letti, una terza corsia di 6 letti, due camere di isolamento, per malati speciali e soprattutto per aggravati, di due letti ciascuna;

da una *camera* per esami obbiettivi, posta in centro fra le sale, destinate per la redazione delle storie cliniche, per eseguire gli esami obbiettivi

e per fare tutti quegli altri studi sugli infermi, che richiedono un silenzioso raccoglimento;

da un *piccolo laboratorio*, fornito di tutto il necessario, che serve, in ciascun reparto, per le ricerche cliniche più semplici e correnti (esame delle urine, dell'espettorato, ecc.) senza per questo ingombrare i grandi laboratori e intralciarne il lavoro;

sare, leggere e lavorare. Con questa originale istituzione del Professore ASCOLI, gli infermi della Clinica vengono ad avere un trattamento molto più decoroso dell'abituale, e sentono meno il disagio e la tristezza «dell'Ospedale»; non sono costretti a mangiare nella corsia stessa, subendo la vista degli aggravati e dei morenti; possono passare il



FIG. 5. — CORSIA GRANDE, UOMINI.

da una camera destinata alla *preparazione* e alla *distribuzione del vitto* (il quale viene già confezionato dalla cucina centrale del Policlinico);

da una camera destinata a *guardaroba* e a *deposito di stoviglie*, ecc.;

da una camera destinata alla Suora;

da una camera destinata alla Caposala e alle infermiere del reparto con gli armadi di medicinali, di strumenti, di stampati, ecc.;

da una *sala di soggiorno*, ove gli infermi del reparto, che non sono costretti a stare in letto, possono prendere i loro pasti, rimanere a conver-

loro tempo facilmente; non mettono in disordine inutilmente la corsia; lasciano più quieti gli infermi che sono più gravi. Oltre a ciò, ciascun reparto è fornito di *camere da bagno*, *latrine*, *camere per la conservazione di materiale da studio* (urine, feci, ecc.), *camere di lavaggio*, *camera per la biancheria sporca*, *ghiacciaia* e *frigorifero*, *ripostigli vari*.

Al primo piano hanno inoltre sede le seguenti installazioni, che è particolarmente utile avere il più possibile presso le sale cliniche:

1°) *laboratorio per radioscopia e radiologia*, fornito di tutti gli apparecchi più moderni e

con annessa camera oscura per lo sviluppo delle pellicole;

2°) grande camera per le applicazioni radio-terapiche, con cabina isolata a parete di piombo per gli operatori;

3°) laboratorio per gli studi grafici ove, oltre tutti gli apparecchi per prendere le grafiche si trova

oggetti e degli operatori, la quale camera operatoria è stata istituita per potervi eseguire piccoli interventi chirurgici sui malati di medicina (quali toracentesi, paracentesi, punture esplorative, escissioni biopsiche) nonchè per praticarvi le medicature di quegli ammalati di medicina, che essendo stati sottoposti ad interventi chirurgici, si riprendono poi in reparto



FIG. 6. — CORSIA GRANDE, DONNE.

anche la derivazione dell'elettrocardiografo posto nel piano terreno ed isolato;

4°) laboratorio per lo studio del ricambio gassoso e della cronassia;

5°) laboratorio per gli esami generali. Intendendosi con questa espressione tutte le ricerche generiche che possono essere fatte sull'ammalato (misure dell'altezza, misure antropometriche, determinazioni sistematiche del peso, esame dell'andatura, ecc.);

6°) una camera operatoria completamente attrezzata, con un'anticamera per la disinfezione degli

per completarne lo studio clinico e meglio seguirne l'andamento clinico.

IV. Piano terreno. — È destinato fondamentalmente ai laboratori, nei quali si compiono le indagini scientifiche e i lavori sperimentali, e alla biblioteca. Ogni laboratorio è fornito di tutta la migliore attrezzatura possibile ed è al massimo grado autonomo.

In questo piano dunque hanno sede:

α) Nel corpo centrale:

1°) la biblioteca con la annessa sala di lettura.



FIG. 7. — CORRIDOIO.

2°) l'*archivio delle storie cliniche*, le quali rappresentano la gelosa documentazione di tutta l'attività dell'Istituto; vengono perciò raccolte in buste speciali, doppiamente catalogate, per nome e per gruppi di malattie, e conservate con speciale cura;

3°) la *camera a vetri per esercitazioni pratiche di chimica clinica e di fisico-chimica*: è una lunga stanza con ampie vetrate, in comunicazione diretta coi relativi laboratori, nella quale tutto è disposto, affinché gli studenti possano farvi le esercitazioni,



FIG. 8. — SALA DI SOGGIORNO.

3°) l'installazione dell'*apparecchio elettrocardiografico*;

4°) la *sala di fotografia e di pittura e il museo iconografico*;

5°) il *gabinetto di microfotografia*.

β) Nell'ala sinistra:

1°) il *laboratorio di chimica*, costituito da una serie di grandi ambienti (per analisi, per distillazione, per ricerche varie, per micrometodi, ecc.);

2°) il *laboratorio di fisico-chimica*, con la camera delle bilancie di precisione, la camera degli apparecchi per ioni-idrogeno e colloidochimica, la camera di polarimetria e spettroscopia;

senza che per questo venga ad essere intralciato il lavoro normale di ricerca e di studio nei laboratori, per effetto della presenza in essi di numerosi studenti.

γ) Nell'ala destra:

1°) il *laboratorio di batteriologia e serologia*, con annessa *camera termostatica isolata*;

2°) il *laboratorio di istologia ed anatomia patologica e museo dei pezzi anatomici appartenenti alla Clinica*;

3°) il *laboratorio di ematologia*;

4°) le camere destinate alla *preparazione dei terreni di cultura ed alla sterilizzazione di tutto*

il materiale necessario ad altri laboratori e alle corsie;

5°) una camera a vetri analoga a quella descritta per la chimica e naturalmente fornita dei differenti dispositivi adatti allo scopo, permettente di fare le

ζ) Con ingresso a sè, a destra di chi guarda l'istituto, si trova l'*Ambulatorio per malati esterni*, costituito oltre che da camere di visita per uomini e donne, da un piccolo laboratorio per le ricerche chimiche immediate, dirette ai fini della diagnosi

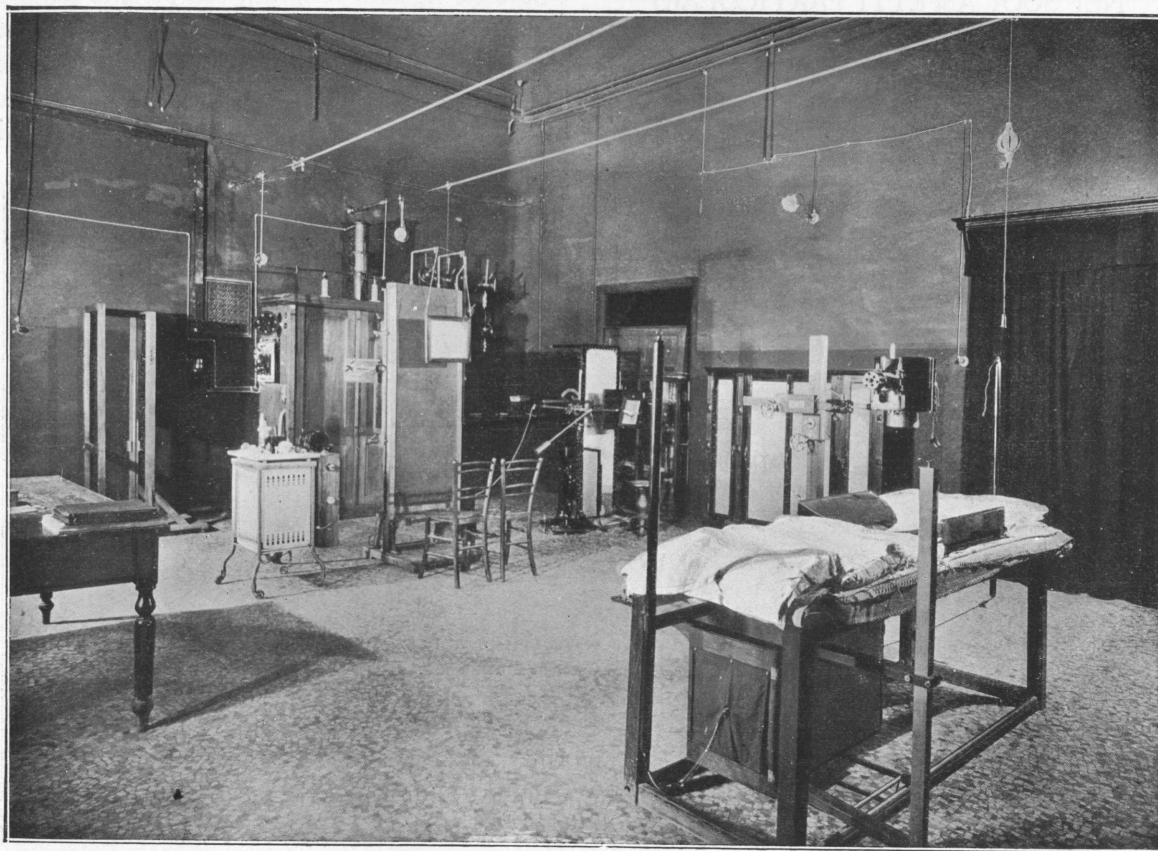


FIG. 9. — LABORATORIO DI RADIOLOGIA.

dimostrazione pratiche e le esercitazioni agli studenti per quanto riguarda le ricerche cliniche di batteriologia ed ematologia.

ζ) In un'ala completamente isolata dal resto della Clinica, e sempre al piano terreno, si trova un piccolo *reparto per le malattie contagiose* (morbillo, scarlattina, difterite, ecc.) con tutte le necessarie installazioni e con tutte le protezioni richieste per i medici, gli studenti, il personale di assistenza, e per la disinfezione di tutto quanto il materiale che ha avuto rapporto con la suddetta sezione.

ε) Hanno sede inoltre nel piano terreno, le sale di *terapia fisica, elettroterapia ed elettrodiagnostica*.

rapida, e da una installazione radiologica per i più elementari controlli semeiologici e diagnostici; mercè questi due piccoli laboratori gl'infermi esterni dell'ambulatorio possono essere studiati completamente, senza che in nessun modo venga intralciato il restante normale lavoro dell'Istituto, colle ricerche ad essi attinenti.

All'Ambulatorio vengono visitati gl'infermi che si presentano perchè affetti da malattie mediche: per questo ha luogo la visita al mattino. In media essi ascendono a 1000 al mese e una volta la settimana, nel pomeriggio, hanno luogo gli ambulatori specializzati.

V. — *Piano seminterrato.* — Nel piano seminterrato hanno luogo i principali servizi generali: trasporto del vitto, della biancheria, rimozione dei rifiuti, trasporto dei cadaveri, ecc.

COME FUNZIONA L'ISTITUTO NEI SUOI ASPETTI PARTICOLARI

I. — LE CORSIE.

a) *Gl'infermi.* — L'Istituto dispone di circa 100 letti. Essi sono distribuiti in tre reparti: Re-

evidenza è che esse sono organizzate in modo da avere facile applicazione pratica. Mercè lo spirito che informa tutta la vita dell'Istituto, anche il delicato problema della scelta degli ammalati nelle Sale di accettazione non ha mai dato luogo ai comuni incidenti fra Clinica ed Ospedale; vivendo con tutti i doverosi riguardi reciproci, con perfetto senso di lealtà e collegialità, tenendo sempre ben presente da parte di tutti i supremi interessi dell'insegnamento, si è riusciti a stabilire e mantenere cordiali e limpidi rapporti coi colleghi ospedalieri, anche in materia



FIG. 10. — LABORATORIO DI RADIOTERAPIA.

parto uomini - Reparto donne - Reparto infettivi contagiosi.

Gli infermi accolti in Clinica medica provengono o dalle Sale di accettazione dell'Ospedale al Policlinico, o dagli Ambulatori della Clinica, o dal Reparto Isolamento degli Ospedali Riuniti.

Le modalità di ammissione non hanno nulla di peculiare; quello che merita invece di esser messo in

così suscettibile a generare malintesi o difficoltà, quale è quella della scelta e del rinvio degli ammalati.

La scelta eseguita nel ricco materiale degli infermi accolti negli Ospedali Riuniti della città di Roma fornisce una preziosa e spesso rara casistica, quale non è facile trovare in cliniche di grandi città, le quali non diano questi vantaggi.

Quando l'infermo giunge in Clinica viene immediatamente preso in esame dai medici della Sala, ove esso è destinato; l'aiuto o l'assistente redigono subito un sommario *status praesens* e prendono, se del caso, le decisioni terapeutiche più urgenti. Nelle 24 ore successive, alla presenza e col concorso degli alunni interni e degli studenti di turno, viene raccolta la storia, eseguito l'esame obiettivo completo, e stabilito il piano delle eventuali ricerche di laboratorio.

Prima che la storia clinica e l'esame obiettivo siano trascritti sulla scheda definitiva, vengono

ottenuti; quando queste ricerche non possono venire eseguite nei piccoli laboratori annessi ai singoli reparti, ma richiedono i mezzi dei grandi laboratori, allora il medico del reparto redige una speciale richiesta di esame e la invia, insieme col materiale di studio o collo stesso infermo, al Capo del laboratorio che deve eseguire la ricerca. Il risultato di questa giunge poi in corsia su speciale modulo, e ognuno di questi differenti moduli viene allegato alla storia clinica: onde risulta, alla fine, che l'infermo è stato completamente studiato e nella scheda si trovano

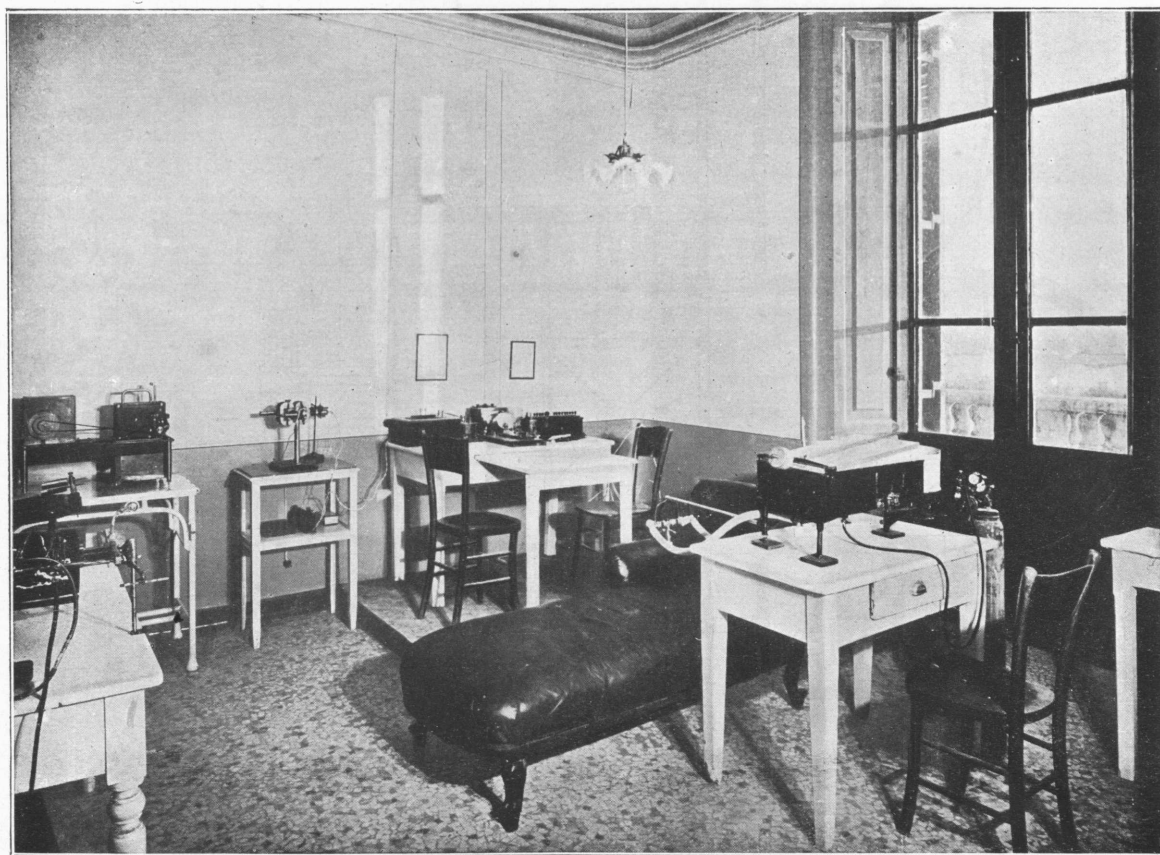


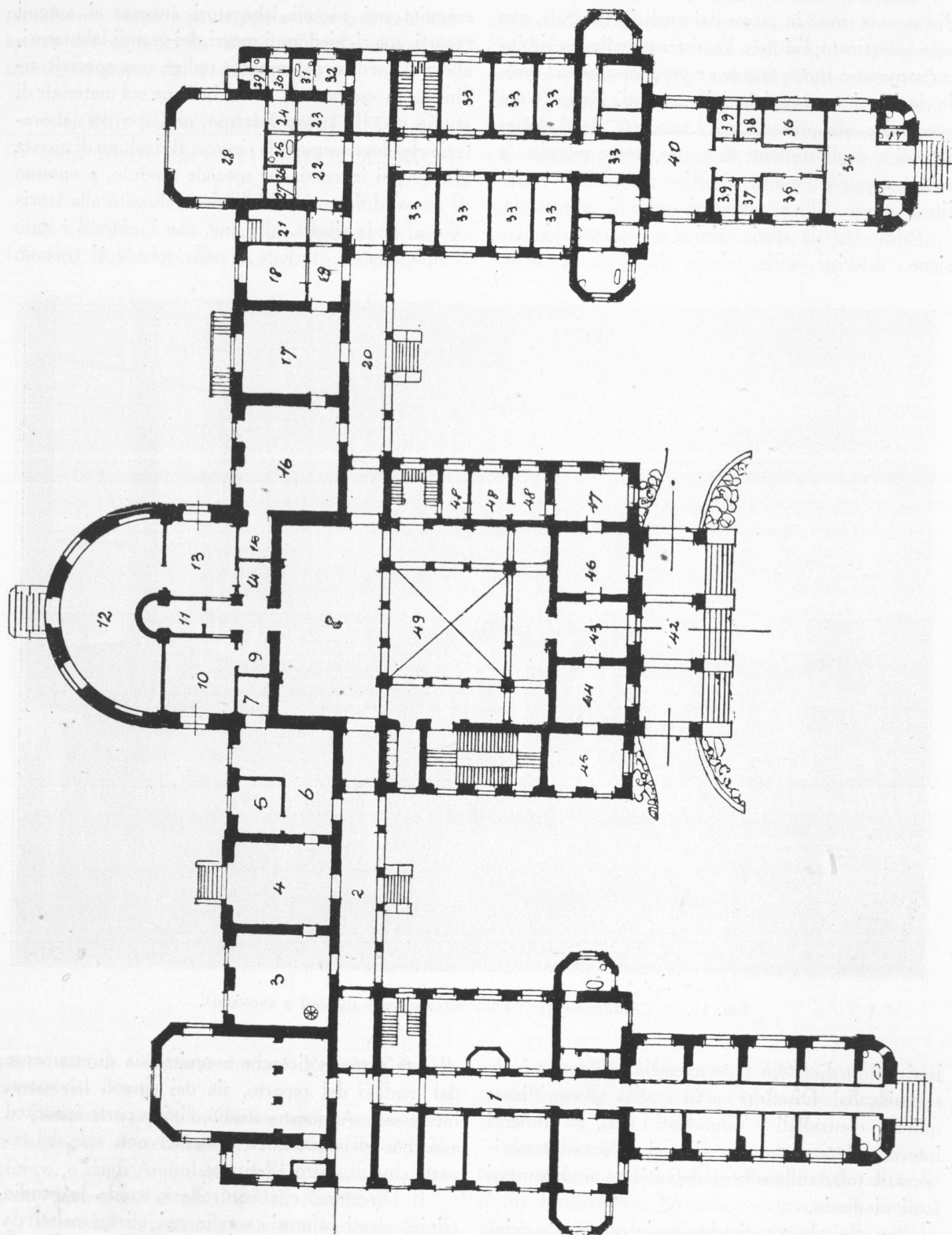
FIG. 11. — CAMERA PER LO STUDIO DEL RICAMBIO GASSOSO E CRONASSIA*

letti dal medico del reparto nella visita mattinata eseguita dal Direttore o in quella pomeridiana: quindi, controllati e dimostrati i dati, gli studenti interni e di turno o gli assistenti volontari trascrivono il tutto sulla scheda definitiva e sugli annessi fogli di diario.

Per ogni ricerca di laboratorio esistono speciali moduli, sui quali devono essere riportati i risultati

allegate tutte le ricerche eseguite, sia direttamente dal medico del reparto, sia dai singoli laboratori interessati. A questo studio clinico partecipano ed assistono gli studenti ed i medici non solo del reparto, ma di tutto l'Istituto.

Il Direttore, che controlla e guida lo studio clinico degli infermi, sceglie poi gli ammalati da illustrare a scuola.



PIANO TERRENO

1. Ala del fabbricato occupata dal R. Istituto di Radiologia.
2. Installazioni per gli esercizi di chimica e fisico-chimica per gli studenti.
- 3-4. Laboratorio di Chimica.
5. Camera della bilancia di precisione.
6. Laboratorio di Fisico-chimica.
7. Camera oscura per spettroscopia, polarimetria.
8. Hall.
9. Camera per fotografia ed iconografia.
10. Camera oscura per sviluppo fotografico.
11. Elettrocardiografo.
12. Biblioteca.
13. Sala di lettura.
14. Ultramicroscopio.
15. Camera termostatica.
16. Laboratorio di Batteriologia.
17. Laboratorio di Anatomia Patologica.
18. Laboratorio di Ematologia.
19. Corridoio.
20. Installazioni per gli esercizi di batteriologia e sierologia agli studenti.
21. Camera di sterilizzazione di materiali.
22. Anticamera reparto malattie infettive per disinfezione dei visitatori e degli studenti.
- 23-32. Reparto isolamento malattie infettive.
33. Ex-convitto infermiere.
34. Sala di attesa dell'ambulatorio.
35. Sala visita donne.
36. Sala visita uomini.
37. Spogliatoio donne.
38. Spogliatoio uomini.
39. Piccoli laboratori annessi all'ambulatorio.
40. Raggi X ambulatorio.
41. W. C. ambulatorio.
- 42-43. Ingresso alla Clinica.
44. Portineria.
45. Sala d'aspetto.
- 46-47. Installazioni per Terapia Fisica.
48. Alloggio portiere.
49. Cortile.

Ora tutto ciò non è che vita normale di un Istituto clinico bene organizzato e moderno. Quello che rappresenta invece impronta personale data dal Prof. ASCOLI nell'organizzazione, è anzitutto la rigorosa applicazione di tutte le norme di studio a tutti indistintamente gli infermi, che vengono accolti in

riale raccolto e selezionato, risultante dai singoli registri, che può essere utilizzato per fini scientifici generali e per pubblicazioni.

Ma poichè in cima a tutto deve stare lo studio dell'ammalato, e secondo la scuola clinica di VITTORIO ASCOLI, l'ammalato è la base dell'attività



FIG. 12. — BIBLIOTECA.

Clinica; la successione ordinata prima dello studio clinico e poi delle ricerche di laboratorio; il fatto che queste ultime vengono eseguite non tutte dal medico del reparto singolo, che non potrebbe avere l'universale competenza per farle, ma dai vari colleghi, che sono a capo dei diversi laboratori (batteriologicalo, sierologico, ematologico, grafico, radiologico) e con metodi standardizzati, in modo da dare risultati assolutamente certi, per la specifica competenza dei ricercatori, e cifre sempre confrontabili per la standardizzazione della tecnica. Senza dire che ogni singolo laboratorio viene così ad avere, nel campo della sua attività, a fine di anno, un mate-

dell'Istituto e da esso bisogna partire e ad esso bisogna ritornare, il Prof. ASCOLI ha stabilito che nessun medico, che rivesta cariche o che frequenti la Clinica medica, possa limitare la propria attività solo a ricerche di laboratorio, a problemi biologici astratti, a indagini scientifiche sugli animali, ecc.

Così che gli stessi Capi dei laboratori devono, in prima linea, fare il servizio clinico di corsia.

Oltre a ciò il Prof. ASCOLI vuole che *tutti* gli aiuti ed assistenti, effettivi e volontari, conoscano e seguano oltre che gli infermi della corsia loro affidati, anche quelli degli altri reparti.

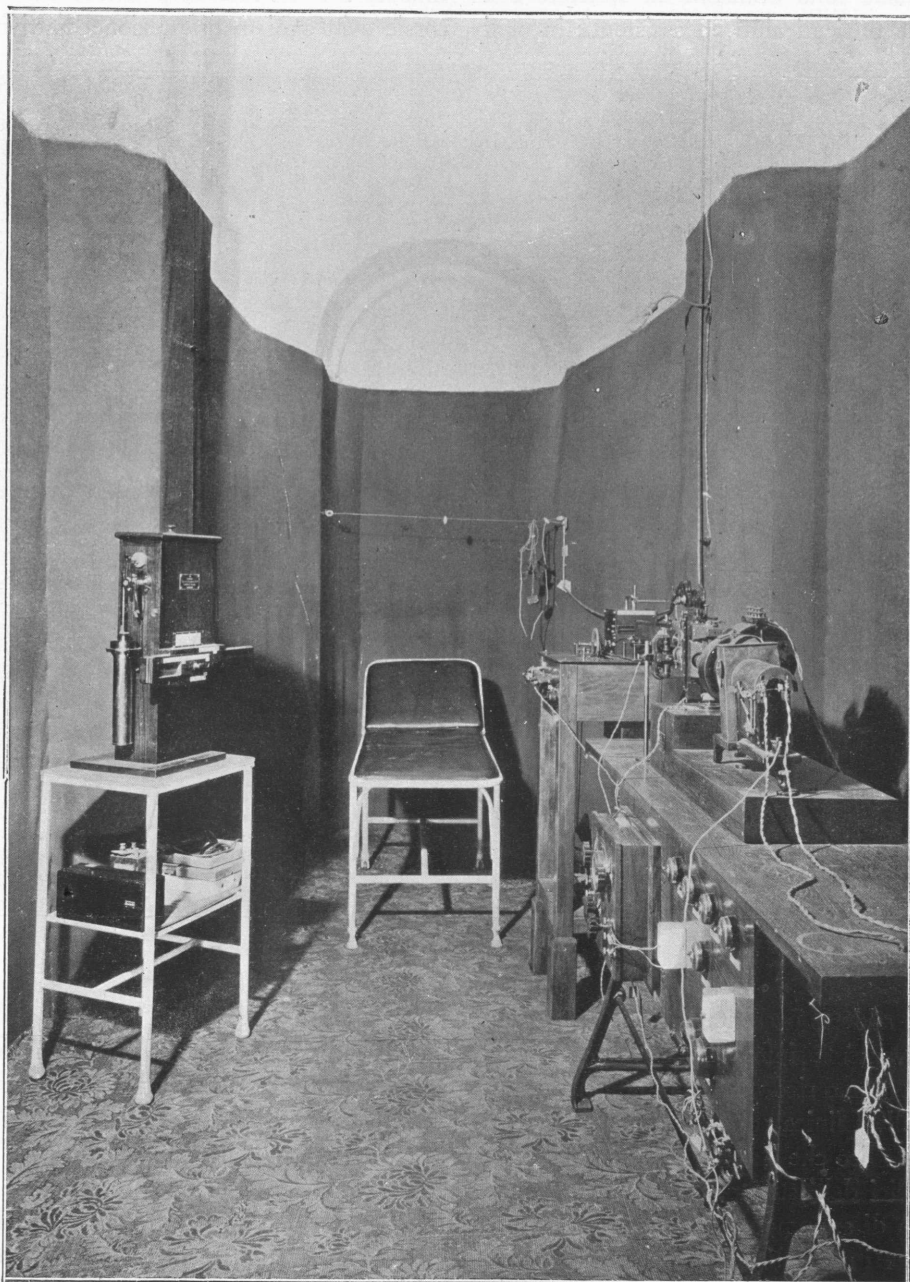


FIG. 13. — ELETTROCARDIOGRAFO.

A tale scopo è istituita una visita serale, che chiude la giornata di lavoro di Clinica e viene passata alternativamente nel Reparto uomini o in quello donne, alla quale sono obbligati ad assistere e a prendere parte tutti gli aiuti ed assistenti; in ogni

Nella vita dell'Istituto la disciplina individuale e l'organizzazione collettiva devono così per necessità automatica essere mantenute. Ed un altro sentimento il Prof. ASCOLI pretende che domini nelle corsie e in ogni manifestazione d'attività dell'Isti-

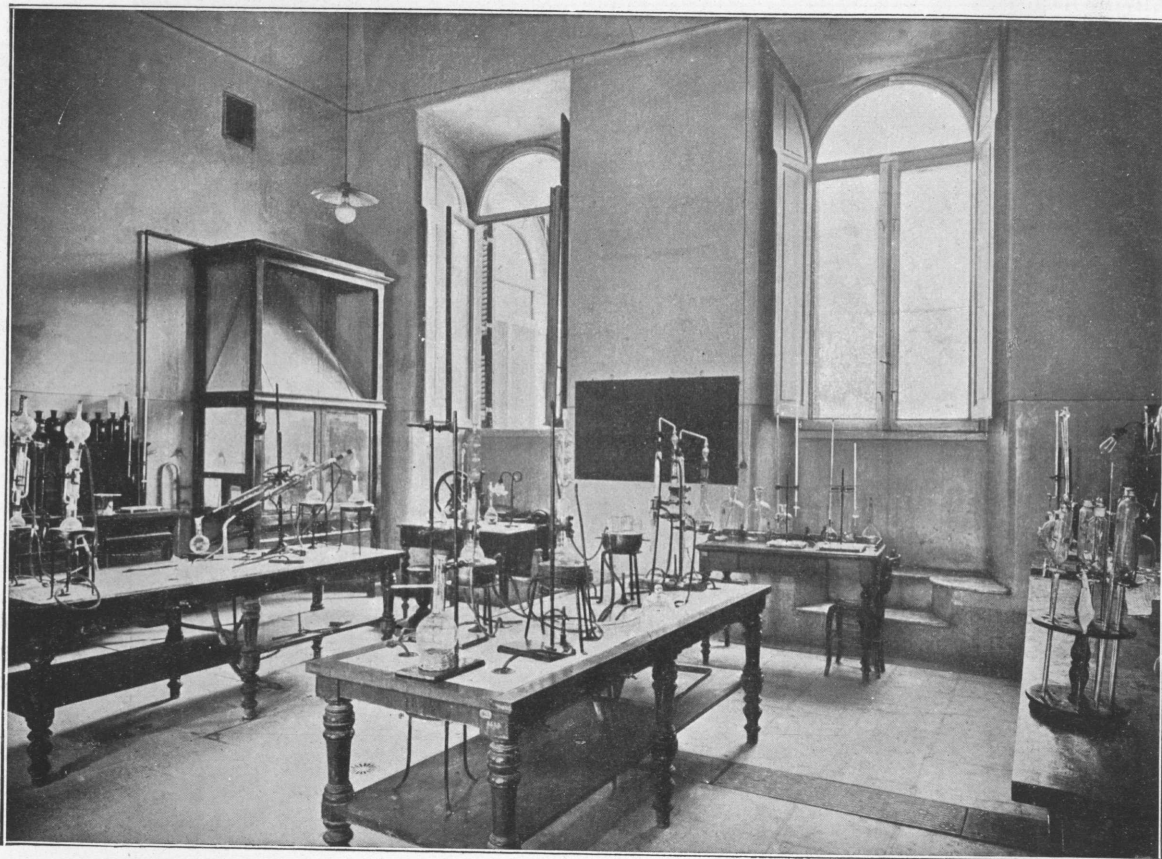


FIG. 14. — LABORATORIO DI CHIMICA.

sala il medico addetto presenta ed illustra i malati nuovi, o brevemente informa sul decorso degli infermi già da tempo ricoverati; e in tale guisa tutti gli infermi della Clinica sono conosciuti e seguiti non dal solo medico che li ha in cura in corsia, ma da tutti i medici dell'Istituto; le ragioni di studio e la possibilità di apprendere e l'esperienza clinica vengono per tutti moltiplicate, e mentre si affina il senso di collaborazione, si stimola il senso di responsabilità e di amor proprio di ogni singolo medico della Clinica.

Gli studenti interni e di turno partecipano a queste visite generali, con quale ampliamento della loro cultura e della loro esperienza è facile comprendere.

tuto: il senso della bontà umana, della fraternità e della comprensione verso chi soffre, del risparmio di ogni inutile aumento di dolore fisico e morale. Questo senso di bontà umana deve intimamente penetrare tutti nell'Istituto, e servire di esempio agli studenti per l'esercizio professionale del domani. Il Prof. ASCOLI ha organizzato la vita clinica in modo che questo rispetto della personalità fisica e spirituale dell'infermo sia estrinsecata anche nelle attività assistenziali quotidiane; così speciali indicazioni sui letti additano gli infermi, che non devono essere esaminati che dai medici del Reparto e con tutti i riguardi per il loro stato grave; per evitare poi ogni possibile tormento superfluo, le ricerche speciali che richiedono punture esplorative, estra-

zioni di sangue, sondaggi, ecc. devono ogni volta essere giustificate dalla necessità della terapia o della diagnosi.

Perchè non si abbia da parte degli infermi meno gravi lo spettacolo continuo, nelle corsie, dei

zione rappresenti, soprattutto nella cura di malati di medicina, una parte quasi non inferiore a quella della terapia medicamentosa. Attualmente il cibo viene preparato nelle cucine centrali del Policlinico e viene fornito già pronto all'Istituto.

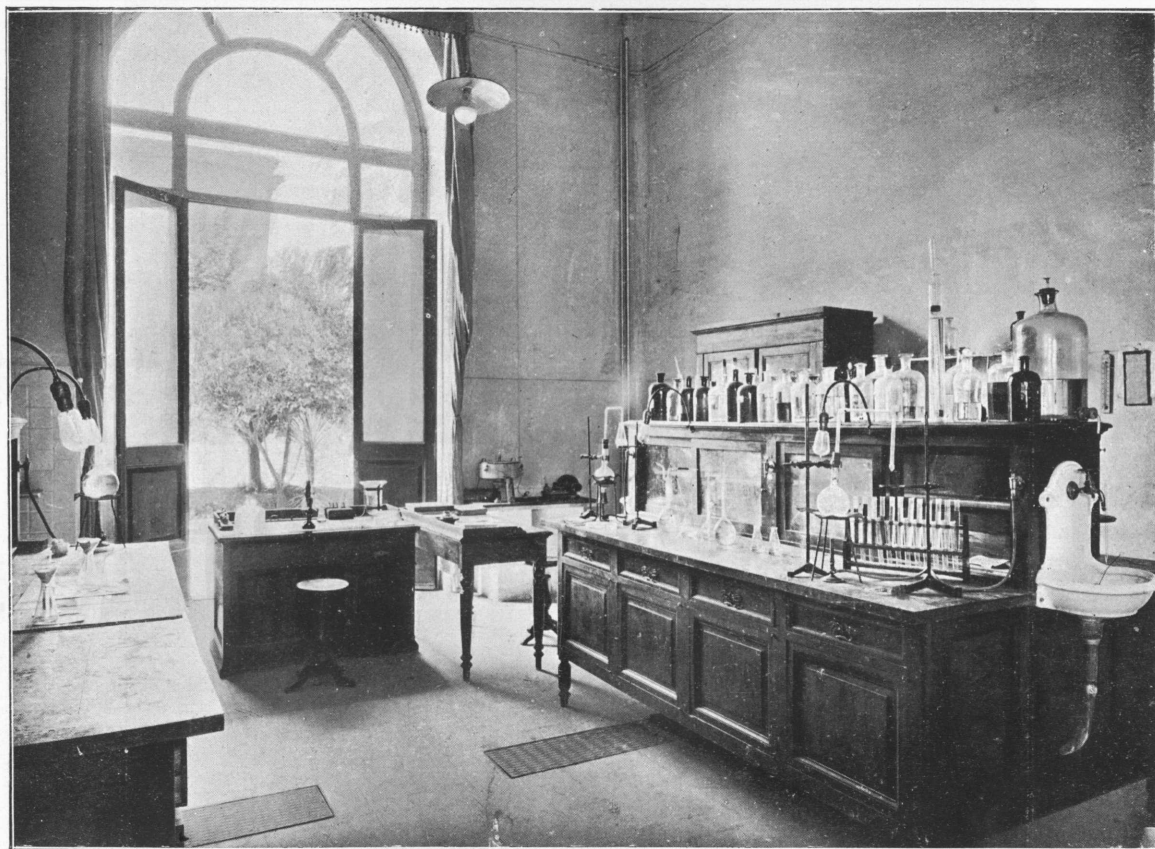


FIG. 15. — LABORATORIO DI CHIMICA.

vicini aggravati o morenti (i quali, a loro volta, hanno diritto alla maggiore calma), sono state istituite in ogni Reparto, sale di soggiorno gaie e confortevoli, ove gli infermi che non sono obbligati a letto, prendono i pasti, hanno a disposizione libri di lettura, mezzi per piccoli lavori, scrittoi, ecc.

La Clinica medica di Roma resta aperta tutto l'anno, e così nel periodo delle vacanze estive essa rappresenta un continuo focolaio di lavoro e una palestra per gli assistenti ed i medici.

b) *La cucina e la dietetica.* — Sono vari anni da che il Prof. ASCOLI si preoccupa di dare alla Clinica una organizzazione, definitiva e moderna, che permetta di elevare al loro vero valore le prescrizioni dietetiche, convinto che la alimenta-

Evidentemente questo sistema, per quanto sorvegliato e corretto, non può, nelle sue deficienze imprescindibili, corrispondere ai bisogni dell'Istituto. Occorre che gli infermi della Clinica abbiano trattamento dietetico perfettamente studiato e rigorosamente adattato alle loro condizioni, e ciò senza contare l'importanza addirittura decisiva che riveste la dietetica per la cura e lo studio dei malati di ricambio.

Secondo il progetto del Prof. ASCOLI sarà impiantata in Clinica una cucina scientifica, la quale servirà a molteplici scopi: anzitutto a fornire alla Clinica gli opportuni e bene studiati regimi alimentari; in secondo luogo ad educare praticamente medici e studenti a risolvere i problemi

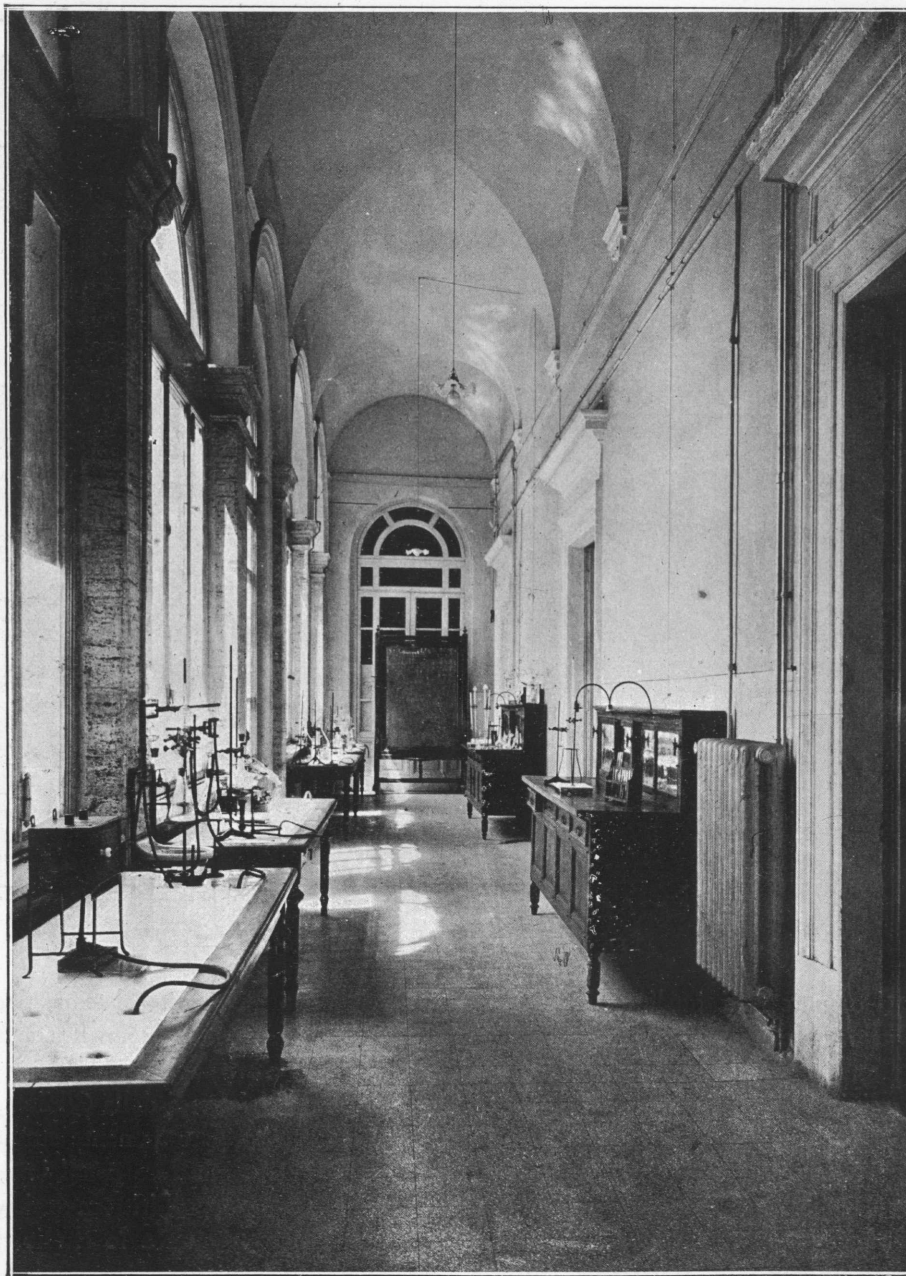


FIG. 16. — INSTALLAZIONE PER GLI ESERCIZI DI CHIMICA AGLI STUDENTI.

importanti della terapia dietetica; in terzo luogo a istruire e formare un personale specializzato d'infermiere e di cuochi, che conoscano il significato, il valore e la attuazione della dietetica scientifica, e possano, all'occorrenza, lavorare in

ogni titolo, che non aveva compiuto studi preparatori di nessun genere, reclutato nella maniera più indifferente, fra persone che fino al giorno precedente avevano eseguito i più vari mestieri, o erano rimaste tranquillamente a casa loro. Con doloroso

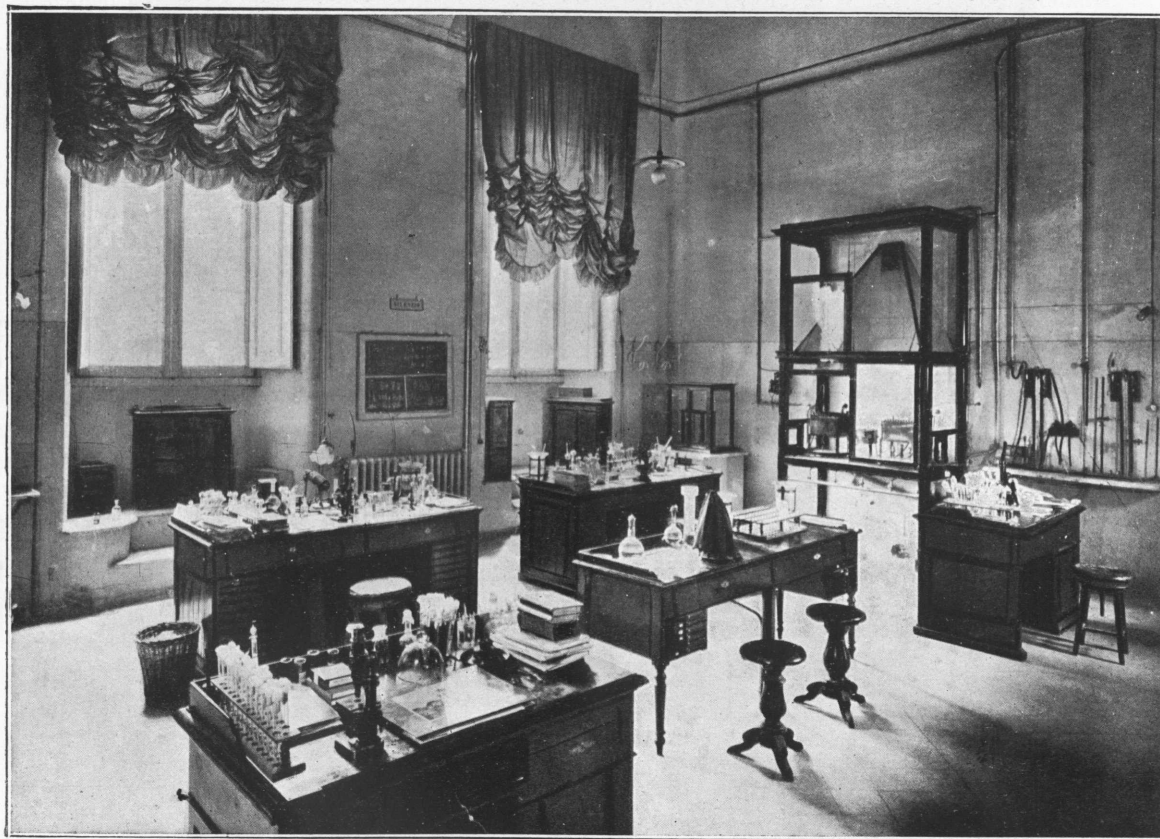


FIG. 17. — LABORATORIO DI BATTERIOLOGIA.

Case di salute private, in Istituti o presso famiglie. Non appena saranno ottenuti i fondi opportuni, il progetto per gli impianti di dietetica, già pronto e studiato in tutti i suoi particolari, avrà la sua pratica attuazione in locali già appositamente designati.

c) *L'assistenza infermiera.* — Un altro problema importante, per la cui risoluzione sono state necessarie una lunga preparazione e una notevole attività, è quello della assistenza infermiera.

Quando il Prof. ASCOLI giunse in Clinica medica, si trovavano quivi ancora le infermiere di vecchio stile: personale, cioè, completamente sfornito di

ma necessario atto di energia questo personale fu senz'altro messo in quiescenza.

Da quel giorno comincia lo sforzo del Prof. ASCOLI per costituire un gruppo di infermiere diplomate, che facessero servizio in Clinica.

Egli costituì subito in Clinica un corpo di infermiere diplomate, che avevano alloggio e vitto nella Clinica, e costituivano un embrionale tipo di scuola convitto. Ma questa istituzione non ha dato i risultati attesi per molteplici ragioni e soprattutto perchè la istituzione era troppo piccola ed il personale di sorveglianza e direzione, se assunto nelle proporzioni necessarie, sarebbe stato sproporzionato

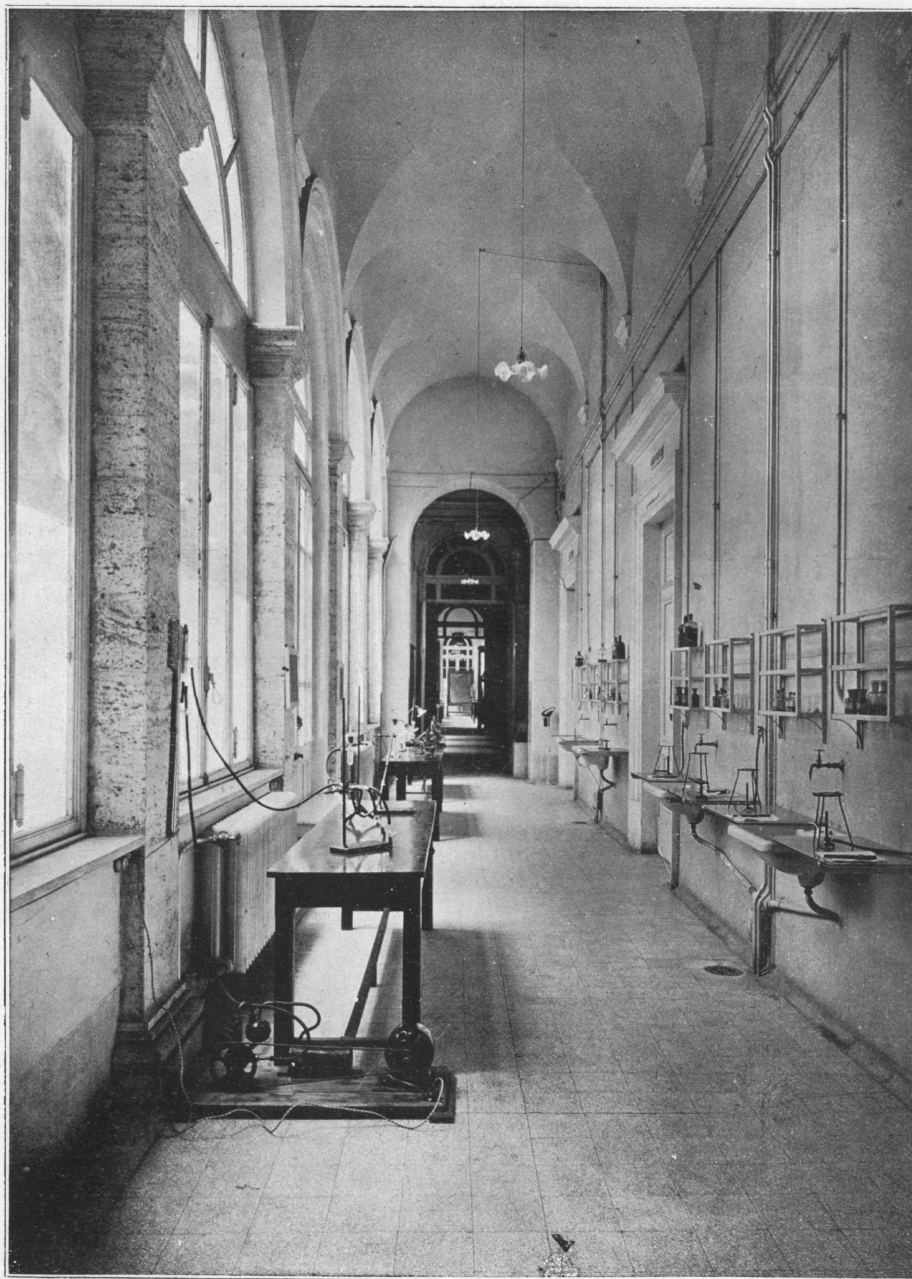


FIG. 18. — INSTALLAZIONI PER GLI ESERCIZI DI BATTERIOLOGIA AGLI STUDENTI.

alla piccolezza del gruppo. Senza dire che l'ideale del Prof. ASCOLI era ancora più vasto. Egli voleva che le Cliniche servissero non solo alla preparazione dei medici, ma anche alla preparazione delle infermiere e che anche in Italia il servizio dell'assistenza infermiera fosse esercitato con tutte le garanzie professionali e morali richieste dalla sua funzione,

la rese possibile accordando ogni facilitazione e incaricando il suo personale per l'insegnamento della medicina per le infermiere.

In tal senso per lunghi anni il Prof. ASCOLI ha lavorato: e finalmente ha visto tradotta in atto la sua tesi, coll'istituzione delle Scuole Convitto per infermiere, affidate alla Croce Rossa Italiana.



FIG. 19. — LABORATORIO DI EMATOLOGIA.

nonchè affidando alla Scuola Convitto tutti i servizi di assistenza della Clinica. Finora i risultati sono del tutto soddisfacenti: nel mentre il servizio di assistenza dei malati della Clinica viene eseguito in modo perfetto dalle diplomate, le allieve fanno la loro pratica, e tutto procede in maniera perfettamente rispondente agli scopi, con criteri moderni, e con persone, che hanno non solo la necessaria preparazione tecnica, ma la fondamentale coscienza morale del delicato e importante compito, che è affidato all'infermiera, sempre più elevata e importante.

La prima di queste scuole, il Prof. ASCOLI desiderò sorgesse nella sua Clinica, e praticamente

d) *Il reparto di Isolamento.* — Un'altra caratteristica organizzativa è quella dell'istituzione di uno speciale Reparto isolato per infermi affetti da malattie infettive contagiose.

Il Prof. ASCOLI, aprendo questo Reparto, ha voluto eliminare le lamentate lacune, per cui gli studenti escono dall'insegnamento clinico senza conoscere le malattie contagiose degli adulti, le quali non sono dimostrabili nelle comuni corsie e che invece hanno così preponderante importanza pratica e sociale nell'esercizio pratico.

Questo Reparto d'isolamento è organizzato in modo che non abbia alcun rapporto col resto dello

Istituto, non possa in alcun modo essere pericoloso, protegga gli studenti durante la loro permanenza presso i contagiosi e li restituisca all'esterno sicuramente disinfettati sì da non essere essi stessi vettori di possibili infezioni.

nibilità economiche bisognerebbe avere per comprare gli strumenti sempre nuovi e più perfezionati, il materiale di consumo occorrente e le cento piccole cose che servono per il lavoro quotidiano e per la produzione scientifica; quindi si comprende quale



FIG. 20. — CAMERA DI TERAPIA FISICA.

L'organizzazione, durata ormai sei anni, si è dimostrata perfettamente rispondente allo scopo.

II. — I LABORATORI.

Passiamo ora ai laboratori.

Essi sono stati invero creati *ex novo* dal Professor ASCOLI, tanto per la distinzione e distribuzione, quanto per l'attrezzatura, quanto infine per il funzionamento; costituiscono un lavoro continuo onde mantenerli nel massimo dell'efficienza e dotati di apparecchi e mezzi, che permettano tutte le ricerche più moderne. Ognuno, che abbia vissuto in una grande clinica, comprende quali enormi dispo-

somma di energie abbia richiesto, in primo tempo, la installazione dei laboratori e quanta attenzione continuamente richieda il loro buon rendimento.

Una descrizione minuta dei laboratori, delle loro attrezzature, del loro funzionamento comporterebbe troppo spazio e sarebbe inutile.

Un'idea generale dei laboratori principali è fornita dalle fotografie.

La Clinica dispone dei seguenti laboratori, sistemati ciascuno in proprio ambiente, e a volte in più camere, anche grandi:

1º) Laboratorio di chimica, distinto in varie sezioni: della chimica clinica, dei micrometodi, della distillazione, ecc.;

2^o) Laboratorio di chimico-fisica con annessa camera oscura per polarimetrio, spettroscopio, ecc.;

3^o) Laboratorio di batteriologia con camere dei termostati, dei terreni di coltura, delle sterilizzazioni, ecc.;

4^o) Laboratorio di sierologia;

5^o) Laboratorio di istopatologia;

6^o) Laboratorio di ematologia;

7^o) Laboratorio per ricerche grafiche;

8^o) Laboratorio per lo studio del ricambio gassoso.

9^o) Laboratorio per ricerche elettrocardiografiche e cronassimetriche;

10^o) Laboratorio per lo studio della personalità e della costituzione;

11^o) Laboratorio di radioscopia e radiografia;

12^o) Sezione di radioterapia;

13^o) Sezione per applicazione e studi di terapia fisica;

14^o) Laboratorio di fotografia, microfotografia e iconografia.

A ciascuno di questi laboratori è preposto, con piena responsabilità e con funzioni direttive, un aiuto od un assistente effettivo, coadiuvato da assistenti volontari; e ciò a seconda della speciale tecnica, che ciascun medico della Clinica, come dicevasi, deve possedere.

La funzione dei laboratori è duplice; prima di tutto ogni laboratorio deve eseguire le ricerche, che, nel suo campo, sono richieste dalle corsie per la diagnosi e la cura degli infermi.

A tale scopo ogni mattina il capo del laboratorio riceve i materiali da esaminare inviati dai singoli reparti, con le precise richieste delle indagini da fare; eseguite le ricerche egli risponde, su speciale modulo, al reparto richiedente, fornendo il risultato ottenuto; e conserva nei propri registri nota delle ricerche fatte.

In secondo luogo i laboratori sono adoperati per i lavori scientifici, che rappresentano la produzione dell'Istituto, nonchè per le tesi di laurea.

Tutti i laboratori sono collegati fra loro e, naturalmente, aperti a tutti i medici della Clinica: bene inteso che chiunque lavori in un determinato laboratorio, deve essere autorizzato dal Direttore e disciplinatamente sottoposto al medico responsabile dell'andamento del laboratorio medesimo e del materiale avuto in consegna.

Oltre questi che sono i grandi laboratori, e che, come si vede dalla pianta, occupano quasi tutto il pianterreno della Clinica, vi sono due piccoli laboratori, ciascuno annesso ad un Reparto (Reparto uomini e Reparto donne), i quali sono attrezzati per eseguire tutte le più elementari e correnti ricerche a scopo clinico (conta dei globuli, formula ematologica, esame generale delle urine, esame dell'espettorato e via dicendo). Questi piccoli laboratori hanno il triplice scopo: di permettere di eseguire rapidamente le numerosissime ricerche comuni e di orientamento, che richiedono piccoli mezzi e sono di tecnica a tutti nota; di dare modo a tutti gli studenti, che passano nella Clinica durante i turni, di vedere ed apprendere ad eseguire queste ricerche comuni; ed infine di risparmiare ai grandi laboratori l'arrivo di un numero eccessivo di materiale da esaminare per ricerche troppo semplici e banali.

III. — GLI AMBULATORI.

Gli ambulatori della Clinica sono stati fatti costruire dal Prof. ASCOLI non appena giunto. Essi prendono ogni anno maggiore sviluppo, in rapporto alle loro funzioni di costituire, per i medici, un prezioso campo di esperienza in tutto quel gruppo di malattie che non sogliono trovarsi nelle Sale cliniche; un allenamento alla diagnostica rapida ed alla terapia corrente; un'abitudine a quei contatti col pubblico, che sono poi il fondamento dell'esercizio pratico. Essi rappresentano inoltre per l'Istituto una miniera feconda di casistica spicciola e di tipi morbosi da ricoverare e studiare.

Il concetto, che informò il Prof. ASCOLI nella organizzazione degli ambulatori, è che questi non debbano, con la loro vita e con la loro funzione, interferire o disturbare la vita scientifica e clinica dell'Istituto. A tale scopo gli ambulatori sono stati costituiti in modo da funzionare quasi totalmente autonomi, e non ricorrere all'Istituto che per le ricerche più delicate e i bisogni eccezionali.

Quindi negli ambulatori, oltre la sala di attesa, (in cemento monoblocco, tale da potere essere lavata anche più volte al giorno) ed oltre alle sale di visita e ad ampi spogliatoi, sono installati, per servizio esclusivo dei malati esterni, un gabinetto per analisi correnti (sangue, urine, sputi, ecc.), un gabinetto

di radioscopia, un gabinetto per piccoli interventi (prelevamento di sangue, punture, iniezioni, ecc.).

L'ambulatorio viene fatto a turno dai medici della Clinica, coadiuvati dagli assistenti volontari e dagli interni ed alla presenza degli studenti, che fanno il turno mensile di pratica.

Oltre l'ambulatorio di Clinica medica generale per malattie interne, che ha luogo tutte le mattine, e che accoglie circa 4500 malati ogni anno, il Prof. ASCOLI ha istituito ambulatori specializzati, ciascuno dei quali si tiene una volta alla settimana, nel pomeriggio.

Essi finora sono:

Ambulatorio specializzato per le malattie delle vie digerenti (lunedì).

Ambulatorio specializzato per le malattie del sangue (martedì).

Ambulatorio specializzato per le malattie del fegato (mercoledì).

Ambulatorio specializzato per le malattie della nutrizione (giovedì).

Ambulatorio specializzato per le malattie del cuore (venerdì).

Gli scopi, i vantaggi, la modernità di questi ambulatori specializzati sono intuitivi: la pratica ne ha dimostrato il rendimento e l'importanza.

Un rigoroso servizio di archivio permette di raccogliere tutto l'utile materiale di osservazione e di studio fornito dagli ambulatori.

IV. — LO STABULARIUM.

In una piccola zona del giardino che circonda la Clinica, il Prof. ASCOLI ha fatto costruire un edificio, studiato in tutti i suoi particolari, destinato al ricovero e all'allevamento degli animali necessari per le esperienze. Lo costituiscono, nel piano terreno, camere speciali per cavie, conigli, cani, piccioni, cavalli, scimmie, pecore, ecc.; riserva dei foraggi, vasche di lavaggio, ecc. Nel piano superiore hanno invece sede le camere per l'anestesia e narcosi degli animali, le camere di preparazione e disinfezione, le camere per gli animali operati con i relativi apparecchi di contenzione, le camere per la raccolta, conservazione e alcune analisi dei prodotti ottenuti.

Tutto lo *stabularium* è riscaldato a termosifone, disinfettabile, riccamente dotato di acqua.

V. — LA BIBLIOTECA.

Possiede la Clinica una biblioteca propria. Per la sua costituzione attuale il Prof. ASCOLI ha potuto ottenere la ispirazione dell'architetto Marcello Piacentini che ne ha disegnato il piano.

Essa è disposta in maniera molto originale, in modo da permettere le consultazioni dei libri e lo studio a più persone senza che si distraggano vicendevolmente.

La Biblioteca è specialmente dotata di pubblicazioni periodiche provenienti da tutte le Nazioni e raccolte, per la maggior parte, in collezioni complete. La scelta delle riviste e dei giornali è fatta in modo da permettere di seguire agevolmente la letteratura clinica mondiale.

Una annessa sala di lettura è a disposizione dei frequentatori estranei alla Clinica e serve anche agli studenti, ai quali la Biblioteca della Clinica è largamente aperta.

Accanto alla Biblioteca trovasi l'Archivio delle storie cliniche, con gli schedari già ricordati.

LA VITA DIDATTICA DELL'ISTITUTO

Dopo questa esposizione delle parti più caratteristiche di struttura e di funzionamento dell'Istituto di Clinica medica di Roma, dell'anatomia cioè e della fisiologia di questo ampio organismo, resta da illustrare come vi si svolgano le due fondamentali funzioni, che l'Istituto è chiamato a compiere: quella dell'insegnamento e quella della produzione scientifica.

Parlando della vita didattica dell'Istituto, è ovvio che noi non esponiamo che il pratico svolgimento quotidiano di essa, ben lungi, naturalmente, dal parlare della « Scuola » del Maestro.

Non solo tutta la struttura della Clinica, ma la massima parte dell'attività del direttore, del personale medico e di tutto l'Istituto, sono destinate ai fini dell'insegnamento. In Clinica tutte le forze devono essere dedicate quasi totalmente a questo scopo: la istruzione dello studente e la formazione, da questo, del medico pratico.

La vita didattica si svolge nelle seguenti manifestazioni:

a) Lezioni di Clinica medica e propedeutica (6 ore settimanali): sono dettate per gli studenti di 4°, 5° e 6° anno.

b) Esercitazioni pratiche. Gli studenti divisi per gruppi a rotazione continua fanno, durante il triennio di clinica, le seguenti esercitazioni pratiche:

4° anno: esercitazioni di semeiotica medica fisica;

5° anno: esercitazioni di tecniche di laboratorio;

a) di batteriologia e di sierologia applicate alla clinica;

b) di chimica clinica applicata;

c) di ematologia;

d) di diagnostica delle malattie infettive contagiose;

6° anno: esercitazioni di semeiotica funzionale (ogni aiuto o assistente ripete, durante l'anno, ai singoli gruppi rotanti le esercitazioni di semeiotica funzionale degli apparati circolatorio, digerente, respiratorio renale, sistema nervoso vegetativo);

esercitazioni di diagnostica radiologica applicata alle malattie mediche;

esercitazioni di tecnica medica.

Inoltre gli studenti di 6° anno devono fare i turni di internato e di ambulatorio, della durata ciascuno di almeno un mese. Durante l'internato ogni studente frequenta assiduamente la corsia, cui è destinato, e sotto la diretta sorveglianza del medico del reparto, redige le anamnesi degli ammalati che entrano, segue il decorso del gruppo di infermi ad esso assegnato, e al mattino segna su appositi schedini provvisori tutte le osservazioni, che egli direttamente riesce a raccogliere, le legge al capo reparto e quando questi le ha controllate e corrette, le trascrive sul diario definitivo dell'infermo stesso.

Analogo servizio gli studenti fanno durante il turno di ambulatorio.

Durante il periodo di internato, gli studenti assistono alla visita mattinale che il Direttore fa, alternativamente, nelle varie Sale, e prendono parte attiva alla visita generale pomeridiana, che viene eseguita in gruppo da tutto il personale della Clinica.

Durante questo periodo di internato gli studenti si affiatano assai col personale medico e ap-

prendono gran parte di quella pratica, che è necessaria per il primo inizio dell'esercizio professionale.

Per ogni studente esiste uno speciale cartellino, sul quale viene segnato tutto quanto egli fa durante la sua frequenza in Clinica, la diligenza, il profitto.

Ciò offre anche il vantaggio che quando lo studente si presenta all'esame di Clinica, esso è stato già perfettamente conosciuto e vagliato durante un triennio, e può essere con sicurezza giudicato, senza che intervenga in questo giudizio il fattore « fortuna » in modo troppo preponderante.

Oltre a ciò la Clinica accoglie ogni anno un certo numero di allievi interni, i quali vivono tutta la vita dell'Istituto a fianco degli assistenti e spesso, dopo laureati, diventano assistenti volontari ed anche effettivi.

Una delle precise disposizioni impartite dal Prof. ASCOLI, è che l'Istituto di Clinica medica ed il suo personale medico, siano sempre a disposizione della studentesca, beninteso con le necessarie norme di disciplina generale e di rispetto per gli infermi ricoverati.

In genere gli alunni interni sono autorizzati a compiere in Clinica la tesi di laurea; ma possono lavorare nell'Istituto anche alunni non interni.

Vengono poi tenuti, modificandoli ogni anno, corsi preparatori e corsi di perfezionamento, di durata variabile, per medici e studenti.

Una volta alla settimana, nel pomeriggio, tutto il personale medico effettivo e volontario della Clinica tiene, sotto la presidenza del Direttore, una riunione nella quale ciascuno espone brevemente quanto ha letto di più importante in giornali, libri e riviste italiani e stranieri: così la cultura singola si moltiplica per quella di tutti, e dalla discussione, che alcune volte segue alle esposizioni, si vagliano le idee degli Autori, i metodi, i risultati o si prende lo spunto per ricerche e controlli nella Clinica.

LA PRODUZIONE SCIENTIFICA

Nelle ore in cui l'attività dell'Istituto non è rivolta ai fini dell'insegnamento, che vanno dallo studio dell'ammalato all'assistenza e preparazione singola dello studente, si compie il lavoro scientifico individuale di ricerca e di studio, donde ven-

gono le pubblicazioni, *che sono elencate a parte*, come documentazione della produzione ottenuta nel decennio di direzione del Prof. ASCOLI.

Gli argomenti di studio sono scelti dal Direttore e affidati secondo le varie competenze. Egli sprona continuamente tutti coloro che sono in clinica a studiare problemi nuovi, a sottoporre al controllo idee e fatti, e consiglia il metodo di lavoro e l'indagine più giusta.

L'Istituto cerca poi, colla maggiore liberalità consentitagli dalle sue non vaste risorse econo-

miche, di dare mezzi e possibilità a chiunque voglia lavorare.

Così si presenta l'Istituto di Clinica medica dell'Università di Roma oggi, al chiudersi dei primi dieci anni di direzione del Prof. VITTORIO ASCOLI. Superato il periodo di organizzazione, ed entrata in completa efficienza, la Clinica medica compie e compirà, col sigillo di Roma, il lavoro assegnatole nella vita della Nazione.

GIUSEPPE SABATINI

LAVORI E MEMORIE PUBBLICATI NELLA REGIA
CLINICA MEDICA DI ROMA DAL 1917 AL 1927

(PER ORDINE ALFABETICO)



ASCOLI prof. VITTORIO.

- 1) I COMPITI ATTUALI DELLA CLINICA MEDICA - Prolusione per l'inaugurazione del primo corso di Clinica medica nella R. Università di Roma. (*Policlinico, Sez. Pratica*, Roma, 1918).

Definisce i compiti della Clinica e il modo con cui un Istituto può corrispondervi.

- 2) SULLA EMOGLOBINURIA CON SPECIALE RIGUARDO ALLA CURA CON LA CINCONINA. (*R. Accademia Medica di Roma*, 1919).

Sono riferiti casi di emoglobinuria da chinina curati con successo mediante la cinconina.

- 3) SULLA ENCEFALITE EPIDEMICA. (*Ibid.*, 1920).

Sono riferite le prime osservazioni fatte in Roma di questa infezione.

- 4) DI ALCUNE FORME CLINICHE DI GLICOSURIA. (*Ibid.*, 1922).

Si rapportano casi di glicosuria in rapporto con affezioni epatiche, ipofisarie, nervose, con ipertensione, e si illustra la opportunità di tenere distinte queste forme dal diabete.

- 5) SULL'ENDOCARDITE GONOCOCCICA. (*Ibid.*, 1922).

Viene descritto un caso di infezione gonococcica con decorso acutamente (2 mesi) letale in una sposa prima sana e robusta. L'endocardite si accompagnò a grave miocardite con perforazione del setto.

- 6) L'ULCERA DUODENALE. (*Relazione al XXVIII Congresso di Medicina interna*).

È una relazione sintetica con vedute personali circa la genesi e la terapia.

- 7) STATO ATTUALE DEGLI STUDI SULL'INSULINA - Osservazioni e ricerche cliniche. (*Atti al XXIX Congresso Società Italiana di Medicina interna*, 1923).

Appena furono descritti i primi saggi clinici con l'insulina, il nuovo prodotto fu fabbricato nella Clinica di Roma col metodo americano e fu applicato con successo. È la relazione d'insieme del nostro primo periodo di osservazione.

- 8) CANCRO PRIMITIVO DEL FEGATO A DECORSO ACUTO E FEBBRILE. (*Policlinico, Sez. Pratica*, Roma, 1924).

Descrizione d'un caso clinico; sono messi in rilievo i criteri diagnostici e il controllo anatomico-istologico.

- 9) MALARIA CRONICA - Conferenza. (*Atti della Riunione Internazionale di Karlsbad 1924*, Karlsbad, 1924).

In questa Conferenza tenuta a Karlsbad è dimostrata la genesi della malaria cronica (cura insufficiente e reinfezione), la cura e soprattutto l'importanza sociale.

- 10) L'INSULINA NELLA TERAPIA DEL DIABETE MELLITO. (*Lavori del XXX Congresso di Medicina interna*, 1924, Roma, 1924).

Relazione casistica della terapia insulinica.

- 11) L'AZIONE DELL'INSULINA SUL RICAMBIO DEL DIABETE MELLITO. (*Ibid.*, Roma, 1924).

Viene provato come l'insulina oltre che agire sul ricambio degli idrati di C, modifichi essenzialmente il ricambio dei grassi.

- 12) SULLA PATOGENESI E CURA DELLA CALCULOSI BILIARE - Conferenza tenuta alla Riunione internazionale dei medici a Chianciano. (*Vol. degli Atti*, pubblicati a cura dell'Ente).

In questa conferenza sono descritte le condizioni patogenetiche della calcolosi epatica e l'influenza benefica delle acque di Chianciano.

- 13) OSSERVAZIONI SULL'USO DEL CHINETO NELLA PRATICA. (Cav. Luigi Pozzi, Roma, 1924-25).

In queste brevi pagine si dimostra la poca opportunità di tornare all'uso del chineto grezzo e i pericoli di contraffazioni.

- 14) RISULTATI DI TALUNI RECENTI METODI DI CURA DELLA MALARIA. (*Ibid.*, 1924-25).

Sono analizzate le buone qualità dei principali alcaloidi della china e cioè, oltre la chinina, la chinidina e la cinconina, è valutata la scarsa efficacia nei raggi X, la nessuna attendibilità della smalarina.

- 15) RELAZIONE SULL'ANDAMENTO DELLA R. ACCADEMIA MEDICA DI ROMA NEL QUADRIENNIO 1921-24. (Stabilimento Lito-Tipografico Ditta E. Armani di Mario Courier, Roma, 1925).

Riferisce l'opera di riorganizzazione completa della R. Accademia medica, durante la propria Presidenza.

- 16) LA FUNZIONE DELLA BIBLIOTECA NELLA FORMAZIONE DEL MEDICO PRATICO E NELLO SVILUPPO DELLE SCIENZE MEDICHE. (*Ibid.*, 1925).

Spiega l'importanza d'una biblioteca medica e la necessità di istituirla in Roma: descrive com'è stato costituito il primo nucleo.

- 17) LA TERAPIA SPECIFICA DELLA MALARIA - Relazione al I Congresso Internazionale per la malaria. (*Il Policlinico*, Roma, 1925).

Dimostra come la chinina abbia essenzialmente virtù antiparassitaria e come debba essere somministrata per riuscire utile.

- 18) PERMANENZA DECENNALE DI PALLOTTOLA DI « SHRAPNEL » EMBOLICAMENTE PERVENUTA NEL CUORE DESTRO. (*Bollettino e Atti della R. Accademia Medica di Roma*, Anno 52°).

Caso unico nella letteratura mondiale: una pallottola di « shrapnel » è stata seguita per 10 anni nel cuore destro d'un giovane soldato. Considerazioni patogenetiche e cliniche.

- 19) IL POLSO GIUGULARE COME SEGNO DI ANEURISMA DELL'ARCO DELL'AORTA. (*Ibid.*, Roma).

Illustra l'importanza di questo nuovo sintoma per la diagnosi di aneurisma aortico.

- 20) LA MALARIA CRONICA. (*Rivista di Malariologia*, Anno 5°, 1926).

È la edizione italiana della Conferenza di Karlsbad.

- 21) LA CHINA E I SUOI ALCALOIDI - Relación al III Congr. Nacional de Medicina de Buenos Aires. (*Revista Sud-Americana de Endocrinologia, Inmunologia y Quimioterapia*. Anno X, 1927).

È la storia della terapia specifica della malaria, suddivisa in cinque periodi: empirico, clinico, naturalistico, chimico-biologico, per concludere sull'opportunità che nelle regioni subequatoriali di America sia ripresa la coltivazione della china e con l'augurio che si riesca a preparazioni sintetiche utilizzabili.

- 22) EL PROBLEMA DEL PALUDISMO Y EL TERCER CONGRESO MÉDICO ARGENTINO. (*Revista Médica Latino-Americana*, Anno XI, 1926).

Breve esposizione dei punti di vista risultati nel Congresso.

- 23) LA FUNZIONE DELLA SCUOLA DI MALARIOLOGIA.

È il programma della Scuola fondata in Roma nel 1927 per volere di S. E. Mussolini.

- 24) IL PRIMO ANNO DI CORSO DELLA SCUOLA DI MALARIOLOGIA. Analisi il funzionamento e i risultati della Scuola.

- 25) SUL VALORE DELLE REAZIONI BIOLOGICHE PER LA DIAGNOSI DELLE CISTI D'ECHINOCOCCO - Nota di semeiotica. (*Archivio italiano di Chirurgia*, vol. XVIII).

Si dichiara il valore delle singole reazioni biologiche e il significato clinico della loro presenza od assenza.

ALESSANDRINI prof. PAOLO (già aiuto).

- 1) L'ANALISI DEL DOLORE GASTRICO IN RAPPORTO ALL'ESAME RADIOLOGICO. (*Policlinico, Sez. Medica*, 1917).

Considerazioni su duemila osservazioni radioscopiche dello stomaco, da cui risulta che l'esame radiologico da solo, senza il sussidio clinico, raramente è in condizioni d'illuminarci completamente nel campo della patologia gastrica.

- 2) LA DIAGNOSI RADIOLOGICA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE INCIPIENTE. (*Giornale di Medicina militare*, fasc. X, 1917).

Studio critico sul valore del metodo nelle forme iniziali di tubercolosi in base all'esperienza fatta nel Reparto di accertamento per tubercolosi (dodicimila casi osservati).

- 3) LE FORME CLINICO-RADIOLOGICHE DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE CRONICA. (*Rivista Ospedaliera*, N. 20-21, 1917).

Basi di una classificazione radiologica delle forme di tubercolosi polmonare. Superiorità del metodo radiologico rispetto a quello clinico. Rapporti tra reperto radiologico e stato anatomo-patologico.

- 4) CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLE MISURAZIONI RADIOSCOPIE DEL CUORE. (*Policlinico, Sez. Pratica*, 1919).

Critica dei metodi radiologici finora usati per le misurazioni del cuore ed illustrazione di un nuovo metodo.

- 5) IL PNEUMOPERITONEO ARTIFICIALE NELLA DIAGNOSTICA RADIOLOGICA. (*Policlinico, Sez. Pratica*, 1919).

Tecnica e primi risultati del metodo semplice di praticare il pneumoperitoneo artificiale per la diagnosi delle affezioni addominali.

- 6) SAGGI DI RADIOTERAPIA DEI TUMORI CEREBRALI. (*Bollettino R. Accademia Medica*, 1920).

Primi tentativi fatti in Clinica di radioterapia profonda nei tumori cerebrali e critica dei risultati.

- 7) LA VAGOTONIA E LA SIMPATICOTONIA. (*Policlinico, Sez. Pratica*, 1920).

Esposizione critica in base all'esperienza fatta in Clinica medica della teoria di EPPINGER ed HESS sulla vagotonia e simpaticotonia.

- 8) IL QUADRO RADIOLOGICO DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. (*Relazione al II Congresso Italiano di Radiologia Medica*, 1919-1920).

Basi della diagnostica radiologica della tubercolosi polmonare. Criteri elementari nella interpretazione delle radiografie del torace dedotte da circa quindicimila radiografie.

- 9) CONTRIBUTI DIAGNOSTICI AL PNEUMOPERITONEO ARTIFICIALE. (*Atti del II Congresso di Radiologia Medica*, 1920).

Esposizione dei primi risultati diagnostici ottenuti in Clinica dopo l'applicazione del pneumoperitoneo artificiale.

- 10) RICERCHE RADIOLOGICHE E CLINICHE SUL CUORE DEI TUBERCOLOSI. (*Le malattie di cuore*, 1920).

Studio radiologico e clinico delle condizioni anatomiche e funzionali del cuore su 342 casi di tubercolosi polmonare, per stabilire se esiste un rapporto tra lo stato del cuore e il tipo della lesione polmonare.

- 11) L'IMMAGINE RADIOLOGICA DELLA SIFILIDE POLMONARE. (*Atti del III Congresso di Radiologia Medica*, 1920-21).

Considerazioni radiologiche su di un caso di sifilide polmonare.

- 12) LA SPOSTABILITÀ DIAFRAMMATICA DEI CARDIACI. (*Atti del III Congresso di Radiologia Medica*, 1920-21).

Studio radiologico sulle condizioni della funzione diaframmatica dei cardiaci, soprattutto nel periodo di scompenso, per stabilire le cause della prevalenza a destra dei versamenti pleurici delle cardiopatie scompensate.

- 13) L'ASPETTO RADIOLOGICO DELL'ESOFAGOSFASMO. (*Atti del III Congresso di Radiologia Medica*, 1920-21).
Studio radiologico su numerosi casi di spasmi esofagei essenziali osservati in Clinica. Classificazione delle varie forme.
- 14) RICERCHE FISIO-PATOLOGICHE SUL PNEUMOPERITONEO ARTIFICIALE. (*Atti del III Congresso di Radiologia Medica*, 1920-21).
Ricerche sul complesso problema della pressione endoadominale basandosi sul metodo del pneumoperitoneo.
- 15) LA RADIOTERAPIA DEI TUMORI CEREBRALI. (*Atti del III Congresso di Radiologia Medica*, 1920-21).
Svolgimento ulteriore del tema già trattato all'Accademia medica. Risultati tardivi.
- 16) LA RADIOTERAPIA DEL LINFOGRANULOMA MALIGNO. (*Atti del III Congresso di Radiologia Medica*, 1920-21).
Valore della radioterapia nella cura del Morbo di HODGKIN. Sua importanza diagnostica.
- 17) RAPPORTI TRA TUBERCOLOSI POLMONARE INFANTILE E TUBERCOLOSI DEGLI ADULTI. (*Policlinico, Sez. Medica*, 1921).
Studio delle leggi di diffusione della tubercolosi polmonare in base ai reperti radiologici. Contributo allo studio della tisiogenesi.
- 18) INVESTIGACIONES SOBRE EL NEUMOPERITONEO ARTIFICIAL. (*Prensa Médica Argentina*, 1922).
Conferenza tenuta alla Clinica medica di Buenos Aires sui risultati pratici ottenuti mediante il pneumoperitoneo artificiale nella diagnostica addominale.
- 19) NUOVI CONTRIBUTI ALLO STUDIO DEL PROBLEMA DELLA TISIOGENESI. (*Prensa Médica Argentina*, 1922).
Ulteriori studi sui rapporti tra tubercolosi infantile e tubercolosi degli adulti. Contributi anatomici.
- 20) RICERCHE FISIORADIOLOGICHE IN CASI DI ULCERA GASTRICA O DUODENALE. (*Atti del IV Congresso di Radiologia Medica*, 1922).
Osservazioni sul comportamento della motilità e del tono gastrico in vari casi di ulcera gastrica e duodenale in stato di attività o di latenza.
- 21) LO STATO ATTUALE DELLA QUESTIONE DELLE NEVROSI GASTRICHE. (*Revista Sud-Americana de Endocrinologia, etc.*, 1922).
Conferenza tenuta all'Ospedale Italiano di Buenos Aires, in cui vengono lumeggiate i nuovi aspetti del problema delle nevrosi gastriche.
- 22) CONTRIBUTO ALLO STUDIO RADIOLOGICO DELLA TUBERCOLOSI MILIARE ACUTA. (*Atti del IV Congresso di Radiologia Medica*, 1922).
Osservazioni radiologiche che dimostrano l'importanza del metodo radiologico nella diagnosi di tubercolosi miliare quando gli altri metodi fanno difetto.
- 23) IL PNEUMOTORACE DIAGNOSTICO. (*Atti del IV Congresso di Radiologia Medica*, 1922).
Proposta di un nuovo metodo con illustrazione di qualche caso allo scopo d'illuminare la diagnosi di forme oscure endotoraciche.
- 24) ERRORI E PRECONCETTI NELL'INTERPRETAZIONE DEL QUADRO RADIOLOGICO DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. (*Revista de la Asociación de Tisiologia*, 1922).
Rivista critica sui criteri finora adottati per la diagnosi radiologica della tubercolosi polmonare e nuove vedute risultanti dall'esperienza fatta in Clinica medica.
- 25) CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA PATOGENESIS DE LOS DERRAMES A LA DERECHA EN LOS CARDIACOS. (*Prensa Médica Argentina*, 1923).
Ulteriore svolgimento del problema della patogenesi dei versamenti pleurici dei cardiaci in stato di scompenso. Critica delle teorie e risultati delle osservazioni personali.
- 26) LO STATO ATTUALE DELLA DIAGNOSTICA E DELLA TERAPIA DELLE MALATTIE GASTRO-INTESTINALI. (*Policlinico, Sez. Pratica*, 1923).
Prolusione al corso di patologia dell'apparecchio digerente.
- 27) CONSIDERACIONES SOBRE LA ULCERA DUODENAL. (*Prensa Médica Argentina*, 1923).
Rapporto tra clinica e radiologia nella diagnosi dell'ulcera duodenale in base alle osservazioni dei casi osservati in Clinica.
- 28) CONTRIBUTO ALLA CONOSCENZA DELLA DISSENTERIA DA «BALANTIDIUM COLI». (*Atti della R. Accademia Medica di Roma*, 1924-25).
Osservazione di un caso di dissenteria da *Balantidium coli*. Vantaggi terapeutici della cura emetina.
- 29) LO STATO ATTUALE DELLA TERAPIA MEDICA DELL'ULCERA GASTRICA E DUODENALE. (*I problemi della nutrizione*, 1924).
Studio critico dei vari sistemi di cura medica dell'ulcera gastrica e duodenale e nuovi orientamenti risultati dalle recenti ricerche. Esposizione dei risultati ottenuti in Clinica.
- 30) CRITERI ELEMENTARI PER LA DIAGNOSI DELLA DISSENTERIA AMEBICA. (*Policlinico, Sez. Pratica*, 1925).
Lavoro critico sulla dissenteria amebica e sugli errori diagnostici a cui danno origine le amebe non patogeniche che vivono abitualmente nell'intestino.
- 31) L'OSALURIA CRITICA NEI SUOI RAPPORTI COLLA PATOLOGIA DIGESTIVA. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1925-26).
Lavoro clinico, da cui risulta che molte forme morbose caratterizzate da crisi dolorose addominali che simulano l'appendicite o la colecistite si accompagnano a scariche urinarie e intestinali di ossalati. Saggi d'interpretazione della sindrome dolorosa.

- 32) LO IODIO NELLA RICERCA DEGLI SPIROCHETTI. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1925-26).
Ricerche sugli spirocheti fecali e boccali adoperando una soluzione iodo-iodurata concentrata.
- 33) LE INIEZIONI DI OSSIGENO NELLA CURA DELLA TUBERCOLOSI DELLE SIEROSE. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1925-26).
Risultati ottenuti mediante un nuovo metodo di terapia della tubercolosi delle sierose mediante il gorgogliamento di ossigeno. Ricerche sperimentali per determinarne il meccanismo di guarigione.
- 34) LE INIEZIONI ENDORACHIDEE DI SOLFATO DI MAGNESIO NEL PARKINSONISMO ENCEFALITICO. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1925-26).
Presentazione di due malati affetti da rigidità parkinsoniana che avevano ottenuto ottimi risultati mercè l'introduzione endorachidea di solfato di magnesio.
- 35) RICERCHE SUL COMPORTAMENTO DEL CALCIO SANGUIGNO IN RAPPORTO ALLA DIAGNOSI E ALLA TERAPIA DEGLI SPASMI DOLOROSI ADDOMINALI. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1925-26).
Lavoro sperimentale fatto in collaborazione col Dott. POLETTI e RE, da cui è risultato che in molte forme essenziali di dolori addominali si ha un forte abbassamento del calcio ionico sanguigno in coincidenza dell'accesso.
- 36) IL VALORE DEL SONDAGGIO DUODENALE PER LA DIAGNOSI DI COLICA EPATICA. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1925-26).
Nuovo metodo di diagnosi nelle crisi dolorose addominali per distinguere una colica epatica: provocazione dell'attacco mediante l'instillazione nel duodeno di determinate sostanze.
- 37) LA SINDROME SOTTOSTELLATA. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1925-26).
Nuova concezione clinica e terapeutica di alcune tachicardie dei tubercolosi; presentazione di due casi operati.
- 38) ULTERIORI OSSERVAZIONI SUL GORGOGLIAMENTO DI OSSIGENO NELLA TUBERCOLOSI DELLE SIEROSE. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1925-26).
Osservazioni di ulteriori applicazioni terapeutiche del metodo già descritto. Nuovi dati sperimentali sul meccanismo di azione.
- 39) LA SIMPATECTOMIA CERVICO-TORACICA BILATERALE IN UN CASO DI SINDROME ANGINOSA RIBELLE. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1925-26).
Contributo alla terapia chirurgica dell'angina di petto; lavoro fatto insieme al Prof. ANTONUCCI. Esposizione della chirurgia del simpatico cervico-toracico.
- 40) CONTRIBUTO ALLA CONOSCENZA DELLA DISSENTERIA DA «BALANTIDIUM COLI». (*Polichinico, Sez. Pratica*, 1926).
Lavoro d'insieme sulla dissenteria da *Balantidium coli* con illustrazione di un caso clinico.
- 41) GLI SPASMI DOLOROSI ADDOMINALI IN RAPPORTO CON ALTE RAZIONI DEL RICAMBIO. (*Polichinico, Sez. Pratica*, 1926).
Considerazioni cliniche sui casi osservati in Clinica medica di crisi dolorose addominali determinate da modificazioni fisiche o fisico-chimiche del sangue.
- 42) RICERCHE CLINICHE E SPERIMENTALI SULLE CRISI DOLOROSE ADDOMINALI DI NATURA ANAFILATTICA. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1926-27).
Studio sperimentale sulla produzione di crisi dolorose addominali provocando determinate crisi anafilattiche. Importanza dell'anafilassi in patologia digestiva.
- 43) OSSERVAZIONI CLINICHE E RADIOLOGICHE SULL'ULCERA GASTRO-DUODENALE NEL PERIODO DI LATENZA. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1926-27).
Studio clinico e radiologico delle ulcere gastro-duodenali in periodo di latenza per stabilire che l'assenza del dolore non dimostra la persistenza dell'attività nonostante la mancanza del dolore.
- 44) RICERCHE RADIOLOGICHE SUL MECCANISMO D'AZIONE DEI VARI PURGANTI. (*I problemi della nutrizione*, 1925).
Studio sperimentale allo scopo di determinare il meccanismo di azione dei vari purganti ed esposizione dei risultati.
- 45) LA SINDROME SOTTOSTELLATA. (*Archivio di Chirurgia - Volume in onore del Prof. Bastianelli*, 1927).
Svolgimento sul tema già trattato con esposizione dell'anatomia, della fisiologia del simpatico cervicale e delle considerazioni terapeutiche in varie forme morbose.
- 46) LA COLITE ULCEROSA CRONICA - PROBLEMI ATTUALI ETIOLOGICI E PATOGENETICI. (*Polichinico, Sez. Pratica*, 1927).
Impostazione dei nuovi problemi che risultano dalle recenti ricerche nella patogenesi delle diarree croniche: programma di lavoro.
- 47) MANIFESTAZIONI PSEUDOAPPENDICOLARI COME SINTOMA INIZIALE NEI PROCESSI DEL COLON DISTALE. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1926-27).
Dimostrazione del valore che ha un'anamnesi accurata nel determinare la diagnosi di tumori del colon. Frequenza delle forme latenti.
Illustrazione dei casi osservati in Clinica.
- 48) LEZIONI DI PATOLOGIA DIGESTIVA. (In corso di stampa - Viterbo, Tipografia Agnesotti).

CARUSI dott. RENZO (assistente volontario).

- 1) L'ANISOCORIA PROVOCATA NELLA TUBERCOLOSI INIZIALE. (*Polichinico, Sez. Pratica*, 1924).

Un metodo ausiliario per la diagnosi d'una lesione specifica apicale, oltre il reperto semiologico, è dato dall'anisocoria provocata mercè una soluzione di cocaina al 4 " „, la quale permette di poter sospettare una localizzazione, talora iniziale.

La sua alta percentuale di positività dà un certo valore a questo metodo d'indagine, il quale deve essere valutato sempre alla stregua della sindrome clinica.

2) SU DUE CASI D'IPERNEFROMA CON METASTASI. (*Policlinico, Sez. Pratica*, 1926).

Sono considerati due casi d'ipernefroma con metastasi multiple, i quali per la sindrome clinica simularono affezioni di altri organi.

L'esame istologico dei preparati conferma il concetto di GRAWITZ, che gli ipernefroidi sono tumori delle capsule surrenali.

I sintomi presentati dagli infermi, comuni a tutti i tumori maligni, non facevano sospettare in vita una neoplasia delle capsule surrenali, per l'assenza di ogni sintomo proprio dell'ipernefroma.

3) IL $CaCl_2$ NEI VERSAMENTI MECCANICI E FLOGISTICI DELLE SIEROSE. (*XXXI Congr. Med. interna*, 1925).

La somministrazione di $CaCl_2$ per uso endovenoso, non provoca una spiccata ed evidente diuresi; l'eliminazione del cloruro di sodio non aumenta in modo da giustificare uno spostamento del jone sodio mercè l'jone Ca .

Non s'è riscontrato mai aumento di Ca nel siero di sangue e nei liquidi sierosi.

Sulla forma morbosa, il $CaCl_2$ ha avuto scarsa efficacia.

4) CONTRIBUTO AL RICAMBIO DELLA CREATININA. (*XXXII Congr. Med. Interna*, 1926).

Nelle malattie epatiche, in generale la creatininuria resta normale, eccetto nel fegato da stasi, in cui è aumentata.

Nelle malattie infettive v'è lieve aumento durante la temperatura; nelle lesioni renali v'è aumento; nelle affezioni muscolari a tipo atrofico s'è riscontrata diminuzione. Nelle diatesi emorragiche è normale.

5) LA CREATININA NELLA MALARIA. (*Problemi di nutrizione*).

La creatinina è nettamente aumentata nella malaria. Tale aumento è in rapporto alla forma malarica (terzana maligna o benigna), alla qualità (primitiva o recidiva), alla cura (chininizzati o non).

L'aumento non è in rapporto all'accesso febbrile, perchè talora lo precede, talora è contemporaneo, talora lo segue.

Nella terzana benigna non si nota un netto aumento, come nella maligna.

L'emolisi presumibilmente non ha influenza sul ricambio creatinico, come appare da due casi di malaria con emoglobinuria.

CORRADI dott. ALBA (*assistente volontario*).

1) LA PRESSIONE VENOSA. (*Policlinico, Sez. Medica*, 1923).

È una rivista sintetica, che riferisce dettagliatamente tutti gli studi compiuti, fino al 1923, sulla pressione venosa, da fisiologi e da clinici; sulla tecnica di misurazione negli animali e nell'uomo; sui suoi valori normali e in varie condizioni fisiologiche; sul suo comportamento in condizioni patologiche e dietro stimoli sperimentali.

2) STUDIO CLINICO DELLA PRESSIONE VENOSA. (*Le malattie del cuore*, 1923).

L'A. descrive un apparecchio, da lui usato per le misurazioni della pressione venosa; riferisce i valori ottenuti in soggetti normali, iposistolici, endocarditici, nefritici; nel corso di versamenti sierosi, compressioni di grossi vasi, malattie infettive (malaria, tifo, carbonchio, scarlattina, morbillo), e in malati vari, in confronto con la pressione arteriosa.

GHIRON prof. MARIO (*aiuto*).

1) LE NEFRITI TOSSICHE. (Roma, 1922).

Studio sperimentale sulle nefriti tossiche e tossiniche con speciale riguardo alle variazioni della velocità circolatoria nei capillari renali e alle modificazioni del lume capillare.

2) RICERCHE SPERIMENTALI DI FISIOPATOLOGIA RENALE. (*Policlinico, Sez. Medica*, 1923).

Studio sperimentale della secrezione delle sostanze colorate nel rene e della modificazione della circolazione capillare renale.

3) OSSERVAZIONI SU UN CASO DI ERITROLEUCEMIA. (*Haematologica*, 1923).

Vengono dimostrate le affinità fra forme leucemiche mieloidi ed eritemia e l'unicità di origine delle cellule della serie rossa e bianca.

4) PATOGENESI E TERAPIA DI ALCUNE FORME DI DIATESI EMORRAGICA. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1924).

Studio della coagulazione del sangue in alcune forme di porpora e di diatesi emorragica di origine endocrina; effetti benefici delle iniezioni di peptone.

5) SULLA TERAPIA DELLA LEUCEMIA COI RAGGI X. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1924).

Le variazioni morfologiche del sangue del leucemico trattato possono essere di guida al radiologo per la graduazione della cura.

6) ENDOTELIOSI DI ALTO GRADO IN UN CASO DI ENDOCARDITE MALIGNA E VARIAZIONI REGIONALI DELLA PRESSIONE ARTERIOSA. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1924).

Importanza del sistema reticolo endoteliale nelle malattie infettive. Origine dei monociti degli endoteli vasali. Rapporti del lume capillare sulla pressione regionale.

7) VARIETÀ CLINICHE DELLA LEUCEMIA ACUTA. (*Policlinico, Sez. Medica*, 1923).

Lo studio morfologico ed istologico del sistema emopoietico in questa forma morbosa può servire di guida nella classificazione delle varie forme di leucemie ed anemie.

- 8) STUDIO ISTOLOGICO DI ALCUNE ERUZIONI CUTANEE NELLA MALARIA. (*Bollettino della R. Accademia Medica*, 1924).

Si studiano le modificazioni dei tessuti perivasali in dette eruzioni.

- 9) SOPRA ALCUNI CASI DI ANEMIA PERNICIOSA DI BIERMER E SINDROMI PERNICIOSE. (*Bollettino della R. Accademia Medica*, 1925).

Lo studio morfologico del sangue periferico e del tessuto midollare permette una netta differenziazione delle due forme di anemia.

- 10) IL BACILLO TUBERCOLARE DELLE GHIAIOLE DEL COLLO INOCULATO NELLE CAVIE PUÒ MANTENERE LA SUA ATTENUAZIONE MEDIANTE IRRADIAZIONE DELLE CAVIE. (*Comunicazione al Congresso nazionale di tubercolosi in Napoli*, 1925).

- 11) LE PROPRIETÀ DELLA TUBERCOLINA ESTRATTA DA CULTURA ATTENUATA. (*Congresso nazionale per la tubercolosi*, Napoli, 1925).

Essa non determina una reazione anafilattica come la comune tubercolosi.

- 12) OSSERVAZIONI MICROSCOPICHE SULLA CIRCOLAZIONE CAPILLARE DEL FEGATO. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1926).

Vengono messe in luce le variazioni della velocità circolatoria e le proprietà fagocitarie degli endoteli capillari.

- 13) SULLA EMOGLOBINURIA NEI MALARICI. (*Policlinico, Sez. Medica*, 1926).

Viene messa in evidenza una emolisina speciale che si trova nel siero di sangue degli emoglobinurici.

- 14) DETERMINAZIONE DELLA MASSA DEL SANGUE IN CLINICA.

Vengono saggiati i vari metodi colorimetrici e per quanto relativi sieno i valori essi hanno importanza in rapporto colla enumerazione dei globuli rossi.

- 15) LA CULTURA «IN VITRO» DEI TESSUTI EMOPOIETICI.

Vengono osservate le modificazioni di sviluppo quando tali tessuti si pongono in contatto con sieri di ammalati (tifo, leucemia, ecc.).

- 16) OSSERVAZIONI SOPRA UN CASO DI LEUCOSI ACUTA. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1926).

Osservazione di granuli mobili nei linfociti del sangue e delle ghiandole linfatiche in un caso di leucosi acuta.

- 17) ALTERAZIONI DEL SANGUE E DEL TESSUTO EPATICO NEI CONIGLI NEONATI SPLENECTOMIZZATI. (*Bollettino della R. Accademia Medica*, 1926).

Si osserva il ritorno alla funzione emopoietica del tessuto reticolo endoteliale epatico.

- 18) ALTERAZIONI DI CRESCENZA NEI CONIGLI SPLENECTOMIZZATI. (*Bollettino della R. Accademia Medica*, 1926).

Gli individui sviluppano circa $\frac{1}{3}$ meno dei controlli.

GIORGI dott. GIORGIO, Capitano medico
(già assistente militare).

- 1) IL COMPORTAMENTO DELLA LEUCOCITOSI MIOGENA NEL CORSO DELL'ALLENAMENTO MUSCOLARE. Nota I (*Cuore e circolazione*, 1925).

- 2) IL COMPORTAMENTO DELLA FORMULA LEUCOCITARIA, DELLO SCHEMA DI ARNETH, DEL NUMERO DEI GLOBULI ROSSI E DEL TASSO EMOGLOBINICO NELL'ALLENAMENTO MUSCOLARE. (*Giornale di Medicina militare*, 1926).

L'A. in base alle sue ricerche eseguite nei ginnasti italiani durante tutto il periodo di allenamento ai giochi olimpici internazionali (1924) è giunto alle seguenti conclusioni:

a) che il lavoro muscolare determina costantemente, in soggetti normali, un aumento temporaneo dei leucociti, che dapprima accentuato, in seguito va gradatamente diminuendo, a misura che l'organismo si abitua a quel determinato lavoro muscolare;

b) la leucocitosi miogena in un allenamento condotto razionalmente, è principalmente dovuta all'aumento dei linfociti, per cui si ha una linfocitosi miogena che permane per tutto il periodo dell'allenamento;

c) gli errori di allenamento per eccesso di lavoro, mentre determinano una leucocitosi miogena più accentuata, questa non è prodotta dall'aumento dei linfociti, ma dai polinucleati neutrofili, per cui si determina una leucocitosi polinucleare neutrofila al posto di una linfocitosi, che è indice di stato di stanchezza e di affaticamento;

d) lo schema di ARNETH, dopo la ginnastica, ha mostrato sempre uno spostamento verso destra più o meno notevole a seconda dei soggetti e del periodo di allenamento.

e) il numero degli eritrociti e il tasso emoglobinico aumentano man mano che si progredisce nell'allenamento.

- 3) IL BISMUTO NELLA TERAPIA DELLA SIFILIDE. Rivista sintetica e critica (*Policlinico, Sez. Pratica*, 1925).

- 4) SULLE VARIAZIONI QUANTITATIVE DEI CORPI ALLOSURICI NELL'URINA DEI DIABETICI SOTTOPOSTI A CURA INSULINICA. (*Problemi della nutrizione*, 1925).

Osservando le urine dei diabetici L'A. ha trovato una diminuzione marcata nella eliminazione dei corpi allosurici (acido urico e basi puriniche), eliminazione facilmente ripristinabile al normale con la somministrazione dell'insulina. L'alterazione del metabolismo purinico è massima nel coma diabetico, ma anche qui cede facilmente con l'insulina. L'A. quindi conclude che la cura insulinica è capace di riportare al normale l'alterato metabolismo purinico, parallelamente al miglioramento di tutto il quadro morboso.

LAPENNA dott. MARINO (già assistente).

- 1) IL PASTO UNICO IN RADIOLOGIA E IN CLINICA. (*Atti del V Congresso di Radiologia*, 1923).

L'A. propone un pasto integrale tale che esso possa costituire un mezzo non solo per le ricerche che comunemente si praticano in Clinica sul succo gastrico, ma anche un pasto opaco o gradevole e pratico per gli esami radiologici necessari.

- 2) IL PNEUMOTORACE DIAGNOSTICO. (*Atti del XXIX Congresso di Medicina interna*, 1923).

Osservazioni di alcuni casi clinici in cui la lesione polmonare fu messa in evidenza con questo sistema.

- 3) L'ESAME VESCICALE NEGLI OPERATI DELLA PROSTATA. (In collaborazione col Prof. MILANI). (*Atti del V Congresso di Radiologia*, 1923).

Ricerche serigrafiche nella minzione di prostatici specialmente sul significato della così detta vescica anteriore.

- 4) CURE FISICHE E MALATTIE DEL RICAMBIO: L'ADIPOSI. (*I problemi della nutrizione*, 1924).

Rivista sintetica con ricerche originali sulla radioterapia surrenale negli obesi.

- 5) LA PERISTALSI DELL'ILEO STUDIATA CON LA SERIOGRAFIA. (*Radiologia medica*, 1924).

Ricerche originali le quali dimostrano come l'ansa dell'ileo apparentemente in riposo presenta invece interessanti movimenti pendolari di cui l'A. ricerca il meccanismo e lo scopo: la serigrafia permette ricerche interessanti sul meccanismo e sul modo di progressione della peristalsi.

- 6) CONTRIBUTO ALLO STUDIO DEI TUMORI DEL COLON. (*Riunione del Gruppo centro-meridionale radiologico*, 1924).

- 7) SU UN CASO DI ACROMEGALIA E DIABETE TRATTATO CON LA RADIOTERAPIA. (*Riunione del Gruppo centro-meridionale radiologico*, 1924).

- 8) TUMORE MEDIASTINICO TRATTATO CON LA RADIOTERAPIA. (*Riunione del Gruppo centro-meridionale radiologico*, 1924).

LEGA dott. GIULIO (*assistente volontario*).

- 1) AZIONE DELLA STROFANTINA IN DUE CASI DI GRAVE SCOMPENSO CARDIACO. (*Cuore e circolazione*, 1926).

Studio clinico sul potere della strofantina per via endovenosa. Nei casi descritti dall'A. ove gli altri cardiocinetici erano stati impiegati invano, si dimostrò pronta ed efficace già alla dose di $\frac{1}{4}$ di milligrammo.

- 2) CONTRIBUTO CLINICO ALLO STUDIO DELLA GANGRENA POLMONARE. (*Policlinico, Sez. Pratica*, 1927).

È il frutto dell'osservazione di 16 casi clinici di gangrena polmonare, quattro dei quali con reperto spirochettico positivo. L'A. tratta dell'eziologia, della sintomatologia, della diagnosi, della prognosi, della cura.

- 3) RICERCHE SULLA GENESI MEGACARIOCITICA DELLE PIASTRINE IN BASE ALLE ALTERAZIONI PRODOTTE DALL'ASPISSIA NELLA CRASI SANGUIGNA E NEGLI ORGANI EMATOPOIETICI DI GATTINI NORMALI E SPLENECTOMIZZATI.

È un lavoro sperimentale che mette in evidenza non solo le alterazioni alle quali vanno incontro sotto l'asfissia il sangue e gli organi ematopoietici (milza, fegato, midollo) dei gattini neonati, ma anche viene a conferma del precedente lavoro di CESARIS-DEMELE sulla genesi delle piastrine, aggiungendo

inoltre che nei soggetti splenectomizzati, specialmente il fegato supplisce nelle formazioni dei megacariociti e presumibilmente delle stesse piastrine.

- 4) LA TERAPIA SPECIFICA DELLE FEBBRI PERNICIOSE INTERMITTENTI.

Traduzione dell'opera di F. TORTI di circa 400 pagine, edita nel 1712 a Venezia.

MARCORA prof. FERRUCCIO (*già aiuto*).

- 1) ANEMIA PERNICIOSA E INFEZIONE TIFICA - Studio clinico. (*Il Policlinico, Sez. Medica*, 1919).

L'A. riferisce un caso di anemia perniciosa a decorso febbrile nel quale venne isolato dal midollo osseo e dalla milza un bacillo del tifo in cultura pura. Accurate ricerche batteriologiche e serologiche sul germe isolato non hanno messo in evidenza alcuna particolarità biologica del germe stesso.

- 2) LA REAZIONE DI WASSERMANN E LA REAZIONE DI SACHS GEORGI. (*Il Policlinico, Sez. Medica*, 1919).

L'A. riferisce il risultato ottenuto applicando parallelamente la reazione di WASSERMANN e quella di SACHS GEORGI in circa 300 casi di diverse malattie. Conclude affermando che le due reazioni hanno una sensibilità ed una specificità pressoché uguali.

- 3) REPERTI ISTOPATOLOGICI NELLA ENCEFALOMIELE EPIDEMICA. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1920-1921).

Ricerche istopatologiche eseguite in 6 casi di encefalite venuti a morte nella Clinica medica. Particolarmente interessanti sono le alterazioni dell'apparato fibrillare delle cellule nervose e le lesioni dei nervi periferici che hanno, al pari di quelle degli elementi nervosi, carattere parcellare. Esse contribuiscono a darci ragione del quadro clinico della encefalite.

- 4) SULL'ORIGINE DELLE INFILTRAZIONI PERIVASALI NELLA ENCEFALOMIELE EPIDEMICA. (*Haematologica*, VI, II, fasc. XI).

In base a numerose ricerche eseguite sul sistema nervoso d'individui morti per encefalite l'A. giunge alla seguente conclusione:

1°) Gli elementi cellulari che costituiscono le infiltrazioni perivasali a forma di manicotto, descritte nella encefalite, debbono ritenersi in prevalenza di origine istogena.

2°) Nei fenomeni che accompagnano nel corso della encefalite l'evoluzione della flogosi perivasale trovano, anche nel campo della patologia umana, valido appoggio le dottrine secondo le quali al tessuto connettivo perivasale è riservata una parte predominante nella genesi dei processi d'infiltrazione che caratterizzano l'infiammazione produttiva.

- 5) SOPRA UN REPERTO DEL SANGUE NELLA LEUCEMIA MIELOIDE. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, fasc. I, Anno XLVI, 1920).

Riassunto di una comunicazione fatta all'Accademia Medica di Roma, nella quale l'A. ha dimostrato, col sussidio di preparati microscopici, la presenza, nel sangue degli affetti

da leucemia mieloide, di particolari elementi di aspetto lamellare e di spiccato polimorfismo descritti da FERRATA col nome di emoistioblasti, e ha discusso il significato morfologico degli elementi stessi.

6) INTORNO AI SIERI COSÌ DETTI CITOTOSSICI. (*Il Policlinico, Sez. Medica*, 1921).

L'A. espone lunghe e minuziose ricerche eseguite *in vivo* e *in vitro* allo scopo di spiegare il meccanismo d'azione dei sieri così detti citotossici, in modo particolare del siero neurotossico. Con queste ricerche viene dimostrato che i sieri in questione non sono specifici né per l'organo né per la specie animale, e che la loro tossicità non è in rapporto né con la presenza in essi di emolisine, né con la presenza di anticorpi specifici dimostrabili con la precipitazione o con la deviazione del complemento, né con la presenza di una anafilatossina nel senso di FRIEDBERGER.

7) L'ENCEFALITE EPIDEMICA. (*Relazione al XXVII Congresso di Medicina interna*, Napoli, ottobre 1921).

CONCLUSIONI. 1^a) L'encefalite epidemica è caratterizzata da un processo flogistico a tipo produttivo e a decorso generalmente acuto, talora cronico, che colpisce elettivamente il sistema nervoso centrale, e che, pur mostrando una spiccata predilezione per talune regioni di esso, può localizzarsi in ogni parte dell'asse cerebro-spinale, e nelle meningi.

2^a) Le ricerche epidemiologiche hanno messo in luce dati di fatto che valgono a differenziare l'encefalite epidemica da altre affezioni che colpiscono elettivamente il sistema nervoso e si manifestano in forma epidemica.

3^a) Tanto il *diploptreptococcus pleomorphus* isolato ai WIESNER come diversi altri germi descritti da vari autori, debbono riguardarsi come espressione di infezioni concomitanti o secondarie. Le interessanti esperienze compiute da molti autorevoli ricercatori portano concordemente ad ammettere l'esistenza di un virus filtrabile encefalitico.

4^a) Le alterazioni caratteristiche della encefalite epidemica sono rappresentate da processi infiltrativi propri della infiammazione produttiva che si svolgono prevalentemente nel tessuto connettivo perivasale e sono rilevabili solo microscopicamente. Ad essi si accompagnano di regola iperemia, edema interstiziale, talora scarsi fatti emorragici e infine alterazioni regressive delle cellule e delle fibre nervose che possono portare alla totale distruzione degli elementi cellulari.

Tanto gli infiltrati perivasali quanto le alterazioni degli elementi nervosi non sono strettamente specifici della encefalite epidemica. Per contro la costante caratteristica distribuzione delle lesioni, la particolare intensità che esse assumono di regola in alcune regioni (mesencefalo), la netta tendenza del processo infiammatorio a localizzarsi nella sostanza grigia, il carattere parcellare delle alterazioni nervose, e infine l'assenza di alterazioni costanti e caratteristiche degli organi non in diretto rapporto col sistema nervoso, conferiscono al quadro anatomopatologico della encefalite letargica, limiti ben definiti e netti caratteri distintivi.

5^a) I dati forniti dalla epidemiologia, dall'esperimento e dalla anatomia patologica, non meno di quei desunti dall'os-

servazione clinica, autorizzano a considerare la encefalite epidemica, anche in mancanza di sicure conoscenze eziologiche, una forma morbosa a sé.

MARINO prof. SALVATORE (*assistente*).

1) IL DIABETE ZUCCHERINO ED IL SUO TRATTAMENTO CON L'INSULINA. (*Policlinico, Sez. Pratica*, 1923).

L'A. riassume lo stato attuale delle conoscenze sul diabete con particolare riguardo alla scoperta dell'insulina. Fa cenno dell'insulina da lui stesso preparata seguendo il procedimento degli Aa. americani, impiegata con successo nella cura del diabete.

2) LA PREPARAZIONE DELL'INSULINA E LA SUA AZIONE. (In collaborazione coi Proff. V. ASCOLI e S. SILVESTRI). (*I problemi della nutrizione*, 1924).

Sulla guida delle prime e manchevoli indicazioni date dagli Aa. americani, l'A. è riuscito a preparare l'insulina, che ha dato buoni risultati sia sull'animale che sull'uomo diabetico.

Di particolare interesse si rileva il suo impiego nella cura del coma diabetico e del diabete complicato a infezioni settiche, in cui l'insulina resta senza effetto solo quando il processo infettivo locale è grave e dà luogo a setticemia.

3) L'INSULINA NELLA TERAPIA DEL DIABETE MELLITO. (In collaborazione coi Proff. V. ASCOLI ed S. SILVESTRI). (*I problemi della nutrizione*, 1924).

L'A. fissa le modalità dell'uso dell'insulina insistendo sulla opportunità di somministrarla al momento del pasto per ottenere il migliore effetto. Inoltre ritiene che l'uso dell'insulina debba ritenersi oltre che una terapia di sostituzione anche di stimolazione sulla funzione del pancreas. Solo quando la funzione del pancreas è gravemente lesa, essa non risente dallo stimolo dell'insulina, la quale viene pertanto ad agire limitatamente al tempo in cui viene somministrata.

4) L'AZIONE DELL'INSULINA SUL RICAMBIO NEL DIABETE MELLITO. (In collaborazione coi Proff. V. ASCOLI ed S. SILVESTRI). (*I problemi della nutrizione*, 1924).

Ricerche eseguite su dieci diabetici, dalle quali risulta che l'influenza dell'insulina si esplica tanto sul metabolismo degli idrati di carbonio, quanto su quello degli albuminoidi e dei grassi riportando alle condizioni normali le eventuali perturbazioni di ricambio, qualunque siano il grado e l'estensione, dovuti alla insufficienza pancreatica.

5) I METODI DI DETERMINAZIONE QUANTITATIVA DELLA COLESTERINA NEL SANGUE. (*I problemi della nutrizione*, 1924).

Si tratta di una esposizione dettagliata dei vari metodi di determinazione quantitativa della colesterina libera e combinata del sangue con particolare riguardo ai metodi più in uso sia per le ricerche cliniche che per quelle di laboratorio.

6) AZIONI DELLE APPLICAZIONI PROFONDE DI RAGGI X SUGLI ORGANI ENDOCRINI E SPECIALMENTE SUL PANCREAS DEI DIABETICI. (In collaborazione col Prof. E. MILANI). (*I problemi della nutrizione*, 1925).

L'A. ha irradiato, a tipo eccitante, nel pancreas, a tipo intensivo nelle altre ghiandole a secrezione interna dei diabetici,

I risultati ottenuti sono variabili e non permettono di attribuire all'azione dei raggi un valore terapeutico, anzi occorre tenere conto, specie nei casi gravi di diabete, che il pancreas, successivamente stimolato, sembra stancarsi in la sua funzione dando luogo ad un aumento forte del tasso glicemico.

7) INFLUENZA DELLA MILZA SUL RICAMBIO AZOTATO. (*Policlinico, Sez. Medica*, 1926).

I risultati ottenuti sono degni di interesse e concludono per un'influenza regolatrice della milza sui processi ossidativi, che influiscono sul ricambio tra i diversi elementi azotati, eliminati con le urine e per un'azione abbastanza marcata nell'utilizzazione delle sostanze azotate.

8) INFLUENZA DELLA MILZA SUL RICAMBIO DEGLI IDRATI DI CARBONIO. (*I problemi della nutrizione*, 1926).

Somministrando per bocca ai cani smilzati varie specie di zucchero e determinando le variazioni della curva glicemica alimentare in confronto agli stessi animali sani si ottengono risultati, che se pure fanno pensare all'intervento sicuro della milza sul ricambio degli idrati di carbonio, non si deve ritenere di grande importanza, perchè mai è stato osservato dopo lo smilzamento che il disturbato ricambio idrocarbonato sia così profondo da produrre glicosuria spontanea.

9) ALTERAZIONI DI CRESCENZA NEI CONIGLI SPLENECTOMIZZATI. (In collaborazione col Prof. M. GHIRON). (*Bollettino e Atti della R. Accademia Medica di Roma*, anno LII).

La splenectomia, praticata nelle prime 24-28 ore dopo la nascita, produce costantemente negli animali notevole deficienza di sviluppo del corpo e dello stato di nutrizione. Queste alterazioni sono da attribuirsi alla mancanza della milza, che, come l'A. ha dimostrato in precedenti lavori, prende parte attiva all'assimilazione ed all'utilizzazione degli alimenti.

10) ALTERAZIONI DEL SANGUE E DEL TESSUTO EPATICO NEI CONIGLI NEONATI SPLENECTOMIZZATI. (In collaborazione col Prof. M. GHIRON). (*Bollettino e Atti della R. Accademia Medica di Roma*, anno LII).

La splenectomia praticata nei primi giorni dopo la nascita produce notevole anemia, leucocitosi mieloide e comparsa di forme giovanili, immature, della serie bianca e rossa.

Si producono inoltre alterazioni del fegato, che sono tanto più evidenti e marcate quanto più presto si pratica l'asportazione della milza.

11) MODIFICAZIONI BIOCHIMICHE DEL SANGUE NELLA RADIOTERAPIA SURRENALE. (In collaborazione col Prof. E. MILANI). (*Archivio di Radiologia*, 1926).

A seguito dell'irradiazione delle capsule surrenali consegue nel sangue un aumento notevole e persistente della colesterina, degli acidi grassi, più scarso dell'adrenalina.

L'esame comparativo di queste sostanze permette di dedurre che l'influenza dei raggi X, applicati sulle capsule surrenali, si esercita prevalentemente sulla sostanza corticale, la quale si dimostra così chiaramente sede di un attivo metabolismo della colesterina e dei grassi.

12) CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELL'ACIDOSI DIABETICA CON PARTICOLARE RIGUARDO ALLA INFLUENZA DELLA DIETA. (In collaborazione col Dott. L. CANNVÒ). (*I problemi della nutrizione*, 1926).

Sottoponendo diabetici alla dieta, calcolata secondo MAC CAMS ed HANNON, in cui si tiene conto di tutte le sorgenti di glucosio e di acido diacetico, l'A. ha potuto dimostrare in modo chiaro che il meccanismo di produzione e di eliminazione dei corpi acetici, non si può ridurre ad una semplice questione di regime alimentare, ma piuttosto le sue cause sono da ricercare nel disturbo più o meno profondo del metabolismo generale del diabetico.

La glicerina aggiunta alla dieta esercita un'azione più o meno evidente nell'acidosi, ma è sempre l'insulina che rappresenta il mezzo più sicuro e più potente per arrestare la formazione dei corpi acetici e ciò perchè essa riordinando il metabolismo generale del diabetico permette l'utilizzazione degli alimenti secondo il metabolismo normale, evitando così oltre che la glicosuria, anche l'acidosi.

13) CONTRIBUTO ALLO STUDIO DEL METABOLISMO DELLA COLESTERINA - LA COLESTERINA DOPO L'IRRADIAZIONE DELLA MILZA. (*Policlinico, Sez. Medica*, 1926).

L'A. si è proposto di seguire le variazioni quantitative della colesterina del sangue, consecutive alla irradiazione della milza e ciò allo scopo di indagare quale importanza spetti alla milza nel ricambio colesterinico.

I risultati ottenuti dimostrano che l'aumento della colesterina del sangue segue immediatamente l'irradiazione e scompare dopo poche ore senza più ricomparsa.

Queste osservazioni, pur riconoscendo l'importanza della milza nel ricambio della colesterina, non depongono per una funzione colesterinogena e ciò anche in considerazione che, se la milza fosse un organo produttore di colesterina, aumentando sotto lo stimolo dei raggi X l'attività delle sue funzioni, aumenterebbe la produzione di colesterina, dando luogo ad aumento di essa nel sangue per tutto quel tempo in cui si presume la maggiore attività.

14) SULLA SENSIBILITÀ DEGLI ANIMALI ALL'INSULINA DOPO L'ASPORTAZIONE DEI TESTICOLI. (*Policlinico, Sez. Medica*, 1927).

L'A. ha messo in evidenza che negli animali l'asportazione dei testicoli non influisce o quasi sulla concentrazione dello zucchero nel sangue; tuttavia aumenta in modo costante la resistenza degli animali all'insulina ed alla sua azione ipoglicemizzante.

15) TESTICOLI E RICAMBIO DEGLI IDRATI DI CARBONIO - INFLUENZA DEI TESTICOLI SULLA REAZIONE GLICEMICA ALIMENTARE ED ALL'ADRENALINA. (*Policlinico, Sez. Medica*, 1927).

Allo scopo di indagare l'aumentata resistenza degli animali castrati all'insulina, messa in evidenza in precedenti lavori, l'A. ha istituito una serie di ricerche sui rapporti tra testicoli e ricambio degli idrati di carbonio, concludendo che nell'animale castrato si produce una tendenza più o meno spiccata all'iperglicemia, la quale si rende manifesta dopo somministrazione di idrati di carbonio e di adrenalina.

Ciò permette di poter dedurre che il meccanismo glicoregolatore nell'animale castrato diventa alterato, sebbene in limiti abbastanza ristretti.

MASELLI prof. DOMENICO (assistente).

- 1) VALORE DELLA RICERCA DEL SANGUE NELLE FECI. (*Polislinico, Sez. Pratica*, 1919).

- 2) SOPRA UN CASO DI SIFILOMA INIZIALE DELLA TONSILLA PALATINA. (*Polislinico, Sez. Pratica*, 1920).

Il caso oltre che nella sua relativa rarità ha interesse per il fatto della presenza nell'ulcerazione tonsillare di un'associazione fuso-spirillare così abbondante da mentire una semplice angina di VINCENT.

- 3) VALORE DEL REPERTO BATTERIOSCOPICO PER LA DIAGNOSI DI ANGINA DI PLANT-VINCENT. (*Atti del Congresso di Medicina interna*, 1921).

Si dimostra la frequente presenza nella patina tonsillare dell'associazione fuso-spirillare in altre malattie del faringe ad etiologia ben nota (difterite, sifilide, ecc.) o diversa dalla pura angina di VINCENT (cancro, leucemia, ecc.).

- 4) FREMITO IDATIDEO IN MALATTIA NON IDATIDEA. (*Polislinico, Sez. Pratica*, 1921).

Si rileva la scarsa importanza di questo segno per la diagnosi di cisti di echinococco con il riferire un caso di cisti ematica del mesentero ed uno di raccolta sanguigna intraventricolare presentanti un netto fremito idatideo.

- 5) LA RICERCA DEL SANGUE NELLE FECI. (*Problemi della nutrizione*, 1922).

- 6) INFLUENZA DELLA IRRADIAZIONE DELLA TIROIDE SUL RICAMBIO IDROCARBONATO. (*Problemi della nutrizione*, 1922).

L'irradiazione della tiroide con piccole dosi di RX determina costantemente nei cani, ed unitamente a segni di ipertiroidismo, una iperglicemia che dura circa 2 ore. L'irradiazione con eguali dosi di RX di altri organi e tessuti, non partecipanti notoriamente al ricambio degli idrati di C, non determina iperglicemia.

- 7) INSULINA E SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO. (*Polislinico, Sez. Medica*, 1923).

Con uno studio sistematico, il primo intrapreso in proposito, si cerca di determinare l'azione dell'insulina sul S. N. V. Si giunge alla conclusione che in seguito all'uso dell'insulina si determina costantemente un abbassamento della Mx, però senza altri segni di modificazioni nel tono e nello stato di eccitabilità del S. N. V.

- 8) I CILINDRI DEL COMA DIABETICO. (*Problemi della nutrizione*, 1924).

I cilindri del coma diabetico costituiscono un segno importante e costante del coma conclamato e spesso anche del minaccioso coma. Non si rinvenivano nel coma determinato da altre cause. Con l'uso di alte dosi di insulina i cilindri scompaiono

rapidamente dal sedimento urinario; tale scomparsa rappresenta frequentemente il primo segno del dileguarsi del coma stesso.

- 9) L'USO DELLO IODIO NELLA MALATTIA DI FLAJANI-BASEDOW. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1925).

- 10) L'USO DELLO IODIO NELLA MALATTIA DI FLAJANI-BASEDOW. (*Polislinico, Sez. Medica*, 1926).

Si dà in questo lavoro un completo aggiornamento della questione, da tutti i punti di vista, e si riferiscono i risultati della propria esperienza. In molti casi di vero m. di BASEDOW lo iodio, anche se dato in piccole dosi e per un breve periodo, determina un peggioramento della malattia; in qualche caso soltanto lo iodio riesce utile.

L'uso dello iodio nel BASEDOW è un mezzo terapeutico di difficile maneggio, di incerta indicazione e costituisce sempre un esperimento che riesce assai più spesso dannoso che benefico.

- 11) LA TIROIDE NELLA INFEZIONE MALARICA. (*Polislinico, Sez. Medica*, 1927).

Con ricerche cliniche, statistiche ed anatomo-patologiche si stabilisce che la tiroide non è alterata fisicamente e funzionalmente nella infezione malarica né durante il periodo acuto, né nella malaria cronica.

Inoltre non si hanno nella malaria alterazioni collaterali, postumi e successioni morbose riferibili chiaramente ad alterazioni tiroidee. Solo in uno dei casi studiati si è avuto durante attacchi di febbre malarica ingrossamento della tiroide con fenomeni di ipertiroidismo. L'evoluzione della infezione non subì in questo caso ed in nessun periodo alcunché di particolare.

- 12) IL S. N. V. NELLA INFEZIONE MALARICA. (*Polislinico, Sez. Medica*, 1927).

Con numerose ricerche, in cui si usufruiva oltre che dei dati dell'osservazione clinica di tutti i mezzi moderni di esplorazione funzionale del S. N. V., si stabilisce che nella infezione da *Pl. vivax* si hanno generalmente alterazioni funzionali del S. N. V. legate al solo periodo degli accessi febbrili, con prevalenza di sintomi di ipereccitabilità simpatica all'inizio della febbre e di ipereccitabilità vagale al suo cadere. Nella infezione da *Pl. praecox*, specie nelle forme gravi ed in particolare di pernicioza algida, si nota quasi costantemente la mancanza di elevazione della Mx in seguito all'introduzione di adrenalina, pur comparando altri sintomi che denotano una ipersensibilità adrenergica.

- 13) L'IPERSENSIBILITÀ ADRENALINICA NELLA MALATTIA DI FLAJANI-BASEDOW. (*Polislinico, Sez. Medica*, 1927).

Si dimostra che l'ipersensibilità adrenergica è frequente ma non costante nel m. di BASEDOW. Si discutono le ragioni di questa incostanza e si conclude che l'ipersensibilità adrenergica deve esser considerata alla stregua di un sintoma della malattia di BASEDOW e non come un sicuro mezzo per affermare o escludere un ipertiroidismo.

- 14) I METODI DI ESPLORAZIONE DELLA FUNZIONE TIROIDEA ED IL LORO VALORE IN CLINICA. (*Problemi della nutrizione*, 1927).

Numero monografico in cui accanto ad una completa esposizione dell'argomento viene discusso in base ai risultati ottenuti in numerose ricerche cliniche il valore dei vari metodi proposti per determinare lo stato della funzione tiroidea.

Si conclude che nessun metodo esprime direttamente ed univocamente lo stato funzionale della tiroide. Per quanto la determinazione del m. B. sia il mezzo più sicuro e di gran lunga superiore a tutti gli altri, esistono casi di genuino m. di Basedow e di ipertiroidismo con m. B. normale.

- 15) LA REAZIONE DI KOTTMANN PER LA DIMOSTRAZIONE DELLO STATO FUNZIONALE DELLA TIROIDE. (*Atti del Congresso di Medicina interna*, 1923).

La reazione di KOTTMANN risulta ritardata in una grande maggioranza di casi di m. di Basedow e di ipertiroidismo, nel mentre è accelerata nell'ipotiroidismo. Ma in altre malattie in cui un'alterazione funzionale della tiroide non è presente possono aversi reazioni identiche a quelle ottenute nell'ipertiroidismo e nell'ipotiroidismo. La reazione di KOTTMANN può essere un mezzo ausiliario per la dimostrazione dello stato funzionale della tiroide, qualora i suoi risultati siano vagliati in unione allo studio clinico del caso e delle altre prove d'indagine funzionale della ghiandola.

- 16) L'APPARATO CARDIO-VASCOLARE NELLA M. DI FLAIANI-BASEDOW (*Atti del Congresso di Medicina interna*, 1927).

Studiato sistematicamente lo stato dell'apparato cardio-vascolare nella m. di Basedow si dimostrano come caratteristiche della sindrome cardio-vascolare di questa malattia: 1°) la tachicardia sinusale; 2°) la diminuzione del tono del miocardio; 3°) l'aumento della pressione arteriosa differenziale con *Mn.* abbassata.

- 17) CASO RARO DI SIFILIDE DELL'ESOFAGO (*Atti del Congresso di Medicina interna*, 1927).

Si riporta un caso di stenosi del terzo inferiore dell'esofago decorrente clinicamente con i segni di una stenosi progressiva dell'esofago a perfetta simiglianza di una stenosi di natura neoplastica. L'esame radiologico depono anch'esso per una stenosi neoplastica di alto grado dell'esofago. Una W. R. positiva fa intraprendere una cura antiluetica e si ottiene la scomparsa della sintomatologia clinica, aumento considerevole del peso, una netta modificazione dell'immagine radiologica. Tale miglioramento persiste da oltre un anno e mezzo.

- 18) CONTRIBUTO ALLO STUDIO DEI TUMORI DEL PERITONEO. (*Atti del Congresso di Medicina interna*, 1927).

Si riportano due casi di tumori del peritoneo e della pleura in cui la sintomatologia clinica era quella di una polisierosite. Nè dall'anamnesi, nè dall'osservazione clinica e dai vari esami praticati fu possibile trovare a carico dei singoli organi manifestazioni che deponessero per la presenza in essa di neoplasmi. L'esame dei liquidi pleurici e peritoneali in uno dei casi mostrava i caratteri abituali d'un essudato di natura tubercolare; nell'altro invece esistevano in numero considerevole grosse cellule neo-

plastiche. Sia l'uno che l'altro caso perdurarono a lungo (3-4 anni) e non fu mai constatata elevazione febbrile di sorta. All'autopsia non si rinvennero tumori in nessun organo così che il peritoneo e la pleura apparivano la sede primitiva del neoplasma. Istologicamente fu posta dall'anatomo-patologo diagnosi di cancro endoteliale del peritoneo.

MELDOLESI prof. GINO (*aiuto*).

- 1) LA CIRCOLAZIONE CAPILLARE CUTANEA E IL SUO SIGNIFICATO CLINICO. - Rivista sintetica (*Le malattie del cuore*, 1920).

- 2) LA TERAPIA CHININICA DELLE MALATTIE DI CUORE - Rivista sintetica (*Policlinico, Sez. Pratica*, 1921).

- 3) SULL'IMPORTANZA E SUL VERO VALORE CLINICO DELL'ESAME FUNZIONALE DEL SISTEMA ACCELERATORE CARDIACO NEI VIZI DI CONDUZIONE. (*Cuore e vasi*, 1922).

Considerazioni su di un caso di blocco cardiaco completo con possibilità di ritorno transitorio alla normale conduzione mediante la stimolazione riflessa e farmacologica dell'acceleratore cardiaco.

- 4) SULLE FORME CLINICHE CHE SI ACCOMPAGNANO AD AUMENTO PERMANENTE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA. - Rivista critica (*Cuore e vasi*, 1923).

- 5) CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLE PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE E CLINICHE DELL'UADININA. (*Cuore e vasi*, 1922).

Viene messa in evidenza l'azione inotropica positiva del medicamento, studiata l'efficacia nelle diverse affezioni della funzione circolatoria, ribadita la sua controindicazione negli stati di esaurimento del miocardio e nelle insufficienze del fegato.

- 6) ESPERIENZE FARMACOLOGICHE IN CASI DI ASSOCIAZIONE AURICOLO-VENTRICOLARE COMPLETA PERMANENTE. (*Congresso di Medicina interna*, 1922).

Viene studiata soprattutto l'azione della digitale e della chinina sul ritmo idio-ventricolare.

- 7) SULLA ADATTABILITÀ DEL SISTEMA CIRCOLATORIO AGLI AUMENTI SPERIMENTALI DI LAVORO - SULLA ATTIVITÀ CIRCOLATORIA NORMALE. (*Cuore e vasi*, 1923).

- 8) SULLA ADATTABILITÀ DEL SISTEMA CIRCOLATORIO AGLI AUMENTI SPERIMENTALI DI LAVORO - SULLA ATTIVITÀ CIRCOLATORIA DEI GINNASTI IN RAPPORTO ALL'ALLENAMENTO. (*Cuore e circolazione*, 1927).

- 9) SULLA ADATTABILITÀ DEL SISTEMA CIRCOLATORIO AGLI AUMENTI SPERIMENTALI DI LAVORO - ESPERIENZE SULL'ALLENAMENTO GINNASTICO. (*Cuore e circolazione*, 1924).

- 10) SU ALCUNI METODI DI ESAME FUNZIONALE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO. (*Accademia Medica*, 1925).

Nella serie di lavori dal 7 al 10 vengono studiate le diverse modalità di reazione del circolo durante la legatura di CARDARELLI-KATZENSTEIN, stabilendo nella 1ª nota le modalità di reazione dell'individuo normale, nella 2ª e 3ª nota le modifica-

zioni apportate dall'allenamento ginnastico, considerando infine nella 4ª nota le modalità diverse di reazione in presenza di disturbato compenso di circolo e soprattutto di alterazioni di contrattilità e di tono del miocardio.

- 11) SUI METODI RADIOLOGICI PER LA MISURA DELL'AORTA. (*Cuore e vasi*, 1922).

Viene proposta come misura dell'aorta in posizione dorso-ventrale, la distanza fra bordo tracheale e sporgenza massima dell'aorta.

- 12) I SEGNI RADIOLOGICI DELLA DISSENTERIA AMEBICA. (*Archivio di Radiologia*, 1923).

Viene descritta una particolare sintomatologia radiologica propria della colite amebica cronica.

- 13) MALARIA GRAVE CON ERUZIONE CUTANEA PAPULO-ERITEMATOSA. (*Accademia Medica*, 1924).

Vengono descritti 4 casi, studiati con esami capillarescopici e anatomo-patologici delle alterazioni cutanee.

- 14) SUL MENINGISMO MALARICO. (*Rivista otoneurooftalmologica*, 1926).

Vengono descritti 35 casi di meningismo malarico, appartenenti tutti alla terzana maligna od alla malaria mista. Si mette in evidenza la importanza dell'ipertensione endorachidiana per la patogenesi, dell'esame oftalmoscopico per la diagnosi, della puntura lombare per la terapia. Di un caso vien riportato l'esame anatomo-patologico.

- 15) LE ALTERAZIONI DELLA FUNZIONE RESPIRATORIA NELLA MALARIA. (*I Congresso Internazionale della Malaria*).

Si descrivono particolari alterazioni di respiro, soprattutto nella terzana maligna: si riporta un caso di respiro alternante.

- 16) LO STATO FUNZIONALE DEL CIRCOLO NELLA MALARIA. (*Cuore e circolazione*, 1926).

Le alterazioni di circolo nella malaria benigna sono comuni alle alterazioni generiche della febbre. Nella terzana maligna si hanno costantemente alterazioni del tono sia vascolare che miocardico.

- 17) L'AZIONE DELLA CHININA E DELLA CINCONINA SUL CUORE NORMALE. (*Cuore e circolazione*, 1924).

- 18) L'AZIONE DELLA CHININA E DELLA CINCONINA SULL'APPARATO CIRCOLATORIO DEI MALARICI. (*Bollettino della R. Accademia Medica*, 1926).

- 19) ALTERAZIONI CIRCOLATORIE NEGLI AVELENATI DA CHININO. (*Bollettino della R. Accademia Medica*, 1926).

- 20) AZIONE DELLA CHININA E DELLA CHINIDINA SULLE EXTRASISTOLI E SULLA TACHICARDIA PAROSSISTICA. (*Bollettino della R. Accademia Medica*, 1926).

- 21) SUL MECCANISMO DI AZIONE DELLA CHININA E DELLA CHINIDINA NELLA FIBRILLAZIONE E NELLA VIBRAZIONE AURICOLARE. (*Bollettino della R. Accademia Medica*, 1925).

Nei lavori dal 17 in poi viene dimostrata, per le piccole dosi di chinidina e di chinino, una spiccata azione stimolatrice

della tenacità miocardica, alla quale sono da ascrivere le azioni favorevoli esercitate nei casi di fibrillazione e di vibrazione auricolare, di extrasistolia e di tachicardia parossistica dove sono presenti disturbi del tono miocardico. Analogamente si spiega l'azione favorevole della chinina nei casi di malaria, in rapporto alla funzione circolatoria. Le grosse dosi di chinina (venefiche) hanno azione depressiva della tonicità.

- 22) STUDIO CLINICO DELLA PRESSIONE CAPILLARE NEI SUOI RAPPORTI CON LA PRESSIONE VENOSA E CAPILLARE. (*Cuore e circolazione*, 1924).

La pressione capillare è dipendente dalla pressione venosa, molto spesso indipendente dalla pressione arteriosa.

- 23) SUI METODI CLINICI PER LO STUDIO DELL'ECITABILITÀ NEURO-MUSCOLARE. - Rivista sintetica, soprattutto sui risultati della cronassia. (*Policlinico, Sez. Medica*, 1925).

- 24) SUI METODI CLINICI DI ESAME DELLA TONICITÀ MIOCARDICA. (*Cuore e circolazione*, 1926).

Si tratta di una serie di ricerche sistematiche eseguite con metodi vari. Disturbi di tono vengono rilevati in molte malattie infettive, nel m. di BASEDOW, nel cuore da mioma, nelle aritmie di cuore, negli stati di sopralavoro fisico.

- 25) LA PLETISMOGRAFIA APPLICATA ALLO STUDIO DELLA FUNZIONE VASOMOTORIA. (*Bollettino della R. Accademia Medica*, 1925).

Usata accoppiata all'esame oscillografico, dà risultati soddisfacenti la reazione pletismografica al freddo per lo studio della reattività vascolare.

- 26) SUL MECCANISMO DI AZIONE DEI NERVI CARDIACI. - Rivista sintetica sui nuovi studi di Loewi. (*Cuore e circolazione*).

- 27) ESPERIENZE DI DETERMINAZIONE DEL TEMPO DI CIRCOLAZIONE NELL'UOMO. (*Accademia Medica*, 1925).

Tentativo di applicazione all'uomo del metodo elettrografico di STEWART: riuscito in 9 casi: tempo di circolazione, nel normale, 7".

- 28) SU ALCUNI CASI DI ALTERATA CONDUZIONE SENO-AURICOLARE. (*Bollettino della R. Accademia Medica*, 1925).

Due casi di cui uno con reperto autoptico (miocardite diffusa).

- 29) SULL'ATTIVITÀ PULSATORIA DEL CUORE STUDIATA RADIOLOGICAMENTE NELLA FISILOGIA E NELLA PATOLOGIA DEL CIRCOLO. (*Radiologia Medica*, 1926).

In condizioni diverse, soprattutto di funzione del miocardio, le modalità di contrazione della punta appaiono, all'indagine radiologica, diverse.

- 30) SULLE ALTERAZIONI DELLA MUSCOLATURA STRIATA NELLA FEBBRE TIFOIDE. (*Bollettino della R. Accademia Medica*, 1927).

Nel tifo le alterazioni della muscolatura striata sono costanti e piuttosto persistenti, prendendo sistematicamente specialmente i gruppi estensori, iniziando dalla radice degli arti.

- 31) L'IMPORTANZA DELLA CRONASSIMETRIA NELLO STUDIO DELLE MIOPATIE. (*Boletino della R. Accademia Medica*, 1927).

Si descrive una particolare reazione miopatica rilevabile all'esame cronassimetrico.

MILANI prof. EUGENIO (già aiuto).

- 1) LA FUNZIONE DEL TENUE (DIGIUNO) STUDIATA CON LA SERIOGRAFIA. (*La Radiologia Medica*, 1923).

Per la prima volta la seriografia è stata applicata allo studio della peristalsi del tenue specie nei riguardi del digiuno: non solo è stata data la dimostrazione che la peristalsi digiunale avviene a scaglioni (peristalsi di trasporto) ma che esistono veri movimenti pendolari dell'ansa e piccoli movimenti superficiali di rimescolio.

- 2) SULLA ADATTABILITÀ DEL SISTEMA CIRCOLATORIO AGLI AUMENTI SPERIMENTALI DI LAVORO. (In collaborazione col Dott. G. MELDOLESI). (*Malattie del cuore*, 1923).

Modificazioni radiologiche, morfologiche e funzionali che si verificano nell'ombra cardiaca nella esclusione temporanea della femorale: le modificazioni che si riscontrano nel periodo di chiusura propriamente detto (diminuzione dell'area cardiaca), nel periodo di accelerazione iniziale di apertura (ulteriore diminuzione dei diametri), nel periodo di ritorno alla attività normale, possono essere bene interpretate sulla scorta delle modificazioni elettrocardiografiche, ecc. (MELDOLESI).

- 3) STUDIO RADIOLOGICO SULLA PERISTALSI E SUI COSÌ DETTI MOVIMENTI PROPRI DELLA MUCOSA NEL TRATTO DIGIUNALE. (*La Radiologia medica*, 1924).

Con ricerche seriografiche è stata studiata per la prima volta la peristalsi digiunale p. d. cioè la peristalsi di impastamento e di rimescolio. Lo studio delle pieghe della mucosa mostrano sui seriogrammi una estrema variabilità, ma la interpretazione delle figure è estremamente difficile.

Alcune delle figure vanno certamente interpretate come la progressiva e mutevole distensione delle varie camere digestive sotto la peristalsi mentre le pieghe della mucosa sono più sottili e invisibili quando l'ansa è in distensione; questa variabilità delle pieghe della mucosa costituisce la piccola peristalsi della camera digestiva fra piega e piega di KERKRING.

- 4) ATTIVITÀ CIRCOLATORIA DEI GINNASTI IN RAPPORTO ALL'ALLENAMENTO MUSCOLARE. (In collaborazione col Dott. G. MELDOLESI). (*Cuore e circolazione*, 1924).

In questo secondo lavoro sono state prese in considerazione le modificazioni che si riscontrano nella morfologia e nella funzionalità dell'ombra cardiaca (parallelamente alle modificazioni elettrocardiografiche, ecc.) che si riscontrano per esclusione temporanea del circolo della femorale nei ginnasti di varia specie, per cui si può distinguere una reazione del cuore del ginnasta allenato, del soprallenato, del ginnasta in stanchezza.

- 5) CURE FISICHE E MALATTIE DEL RICAMBIO: IL DIABETE. (*I problemi della nutrizione*, 1924).

Rivista sintetica di tutti i mezzi di cura fisica impiegati nel diabete con ricerche originali sulla possibilità dell'impiego della radioterapia come mezzo di cura.

- 6) ALTERAZIONI RADIOGRAFICHE E ISTOLOGICHE DELLO SCHELETRO OSSEO PER IRRADIAZIONE SPERIMENTALE DEL TIMO. (*Archivio di Radiologia*, 1925).

Ricerche sperimentali su conigli e canini irradiando il timo come non era stato fatto in precedenza: si sono riscontrate alterazioni somatiche di sviluppo e alterazioni ossee con seriazione irregolare cartilaginea e con iperproduzione cartilaginea verso lo strato di coniugazione.

- 7) LA RADIOTERAPIA DELLE GHIANDOLE ENDOCRINE. (*Relazione al VI Congresso italiano di Radiologia Medica*, 1925).

- 8) SEMEIOLOGIA RADIOLOGICA DEL TORACE E DELL'ADDOME. (In collaborazione col dott. LAPENNA). (*Relazione al VI Congresso italiano di Radiologia Medica*, 1925).

- 9) I SEGNI RADIOLOGICI DELLA DISSENTERIA AMEBICA. (In collaborazione con G. MELDOLESI). (*Archivio di Radiologia*, 1925).

Nelle norme amebiche appare caratteristico se non patognomico il fatto della bollosità del colon ascendente specie parietalmente.

- 10) L'INDAGINE RADIOLOGICA DELLO STOMACO NELLA ANEMIA PERNICIOSA. (*Archivio di Radiologia*, 1925).

Contributo radiologico su 10 casi di anemia perniciosa in cui alcune volte il reperto è stato tale da far sospettare un neoplasma. Infatti in un caso si aveva il reperto di uno stomaco piccolo alto col polo caudale rigido e insufficienza pilorica e in un altro caso stomaco ectasico vascolare con insufficienza pilorica. La possibilità quindi di trovare un gastrosplismo con insufficienza del piloro o una ectasia atonica con spasmo o insufficienza pilorica va tenuta presente come diagnosi differenziale.

- 11) SOMMINISTRAZIONE ORALE DI BROMURI E VISIBILITÀ RADIOLOGICA DELLA CISTIFELLEA. (In collaborazione col Prof. SABATINI). (*Policlinico Sez. Pratica*, 1925 - *Presse Méd.*, 1925 - *Accademia Medica di Roma*, 1925).

Le ricerche degli Aa. costituiscono il primo tentativo orale di somministrazione di sostanze capaci di rendere visibile la cistifellea. L'iniezione endovenosa oggi pressoché innocua costituiva allora un mezzo pericoloso. La visibilità della cistifellea è visibile in un certo numero di casi ma come tutti i metodi orali essa è in dipendenza delle condizioni di assorbimento e di peristalsi intestinali. In ogni modo il bromuro anche ad alta dose (sommministrato in modo non massivo ma meglio frazionato) non è che innocuo.

- 12) AZIONI DELLE APPLICAZIONI PROFONDE DEI RAGGI X SUGLI ORGANI ENDOCRINI E SPECIALMENTE SUL PANCREAS DEI DIABETICI. (In collaborazione col Prof. S. MARINO). (*I problemi della nutrizione*, 1925).

Le ricerche degli Aa. mostrano che la radioterapia pancreaticata auspicata da altri nella cura del diabete non può rappresentare un metodo terapeutico perchè occorre studiare non la sola glicosuria ma anche la glicemia.

- 13) LA RADIOTERAPIA NEL MORBO DI BASEDOW. (*Relazione al XXXI Congresso di Medicina interna*, 1926).

- 14) MODIFICAZIONI BIOCHIMICHE DEL SANGUE NELLA RADIOTERAPIA SURRENALE. (In collaborazione col Prof. S. MARINO). (*Archivio di Radiologia*, 1926).

Alla irradiazione surrenale sia nell'uomo sia negli animali, qualunque sia la dose somministrata segue sempre aumento della adrenalina, della colesterina e degli acidi grassi: la quantità di adrenalina nelle capsule non può essere presa come criterio di una azione eccitante dei raggi X come era stato ritenuto in precedenza perchè può riscontrarsi anche dopo applicazioni ad alta dose che danneggiano le capsule stesse.

- 15) NUOVI PROBLEMI NELLA DIAGNOSI RADIOLOGICA DELLA CALCOSI BILIARE: LA COLECISTOGRAFIA. (*Rassegna internazionale Clinica e Terapia*, 1925 - *Archivio di Radiologia*, 1926).

Messa a punto della questione della somministrazione orale dei bromuri, della tetraiodoiodo rispetto ai metodi endovenosi, la somministrazione orale (per quanto in dipendenza delle condizioni di assorbimento) rimane il metodo più semplice e i primi tentativi di somministrazione orale risalgono a MILANI e SABATINI.

- 16) LA RADIOLOGIA NORMALE DEL TENUE. (*Archivio di Radiologia*, 1926).

Rivista sintetica sulle conoscenze della radiologia del tenue con aggiunta di osservazioni e ricerche personali.

- 17) PUÒ LA ROENTGENCINEMATOGRAFIA DIVENIRE MEZZO DI RICERCA CORRENTE? (*Radiologia Medica*, 1926).

L'A. passati in rassegna i vari tentativi per ottenere la roentgencinematografia, tentativi rimasti allo stato di curiosità, crede che, perchè la roentgencinematografia possa divenire mezzo di ricerca corrente, occorra battere altre vie. L'utilizzazione di cellule di selenio, l'amplificazione delle correnti raccolte a mezzo di valvole termoioniche (mezzo proposto successivamente anche da altri) rappresentano un mezzo per cui la presa cinematografica delle immagini non diviene che un problema puramente tecnico per l'attuazione.

MONTELEONE prof. REMO (assistente).

- 1) IL NOVARSENOBOZOLLO NELLE ANEMIE SPERIMENTALI. - Tesi di laurea (Off. Polig. Ital., Roma, 1918).

Osservazioni cliniche di utile intervento del neosalvarsan in anemie gravi perniciose o secondarie, dimostrazioni

sperimentali in animali da laboratorio (conigli) la cui crasi era metodicamente seguita, della inutilità del salvarsan nelle anemie acute e della sua utilità in anemie croniche provocate per l'acceleramento del processo emoriparatore.

- 2) RICERCHE SUL LIQUIDO CEFALO-RACHIDIANO NELLA FEBBRE PETECCHIALE. (*Il Policlinico, Sez. Pratica*, Roma, 1919).

Tentativi di ritrovare nell'esame chimico-fisico microscopico-sierologico del liquor di malati del genere, nei quali il sistema nervoso è gravemente compromesso, sintomi che potessero aiutare nella diagnosi. I dati positivi deducibili sono stati: l'esistenza di ipertensione del liquido, di iperalbuminosi, di dissociazione fra questa iperalbuminosi e la pleiocitosi con la reazione di NONNE. A tali reperti originali, è aggiunto un tentativo di applicazione della reazione di WEIL-FELIX nel liquor, tentativo senza positivo risultato.

- 3) L'ESAME DELLA FUNZIONALITÀ EPATICA E L'EMOCLASIA DIGESTIVA. (*Il Policlinico, Sez. Pratica*, Roma, 1922).

Ricerche sperimentali-cliniche sul valore delle varie prove di diagnostica funzionale epatica contemporaneamente seguite in molti malati: dimostrazione dell'utilità dell'emoclasia digestiva nell'esplorazione epatica ed indicazione degli elementi più costanti e fedeli di tale ricerca (ipoglobulia ed ipotensione). Da notare il rilievo messo in evidenza con tale gruppo di ricerche del « ritorno alla formula normale » ematologica nelle malattie nelle quali la formula mononucleare è la regola nel decorso dell'emoclasia digestiva.

- 4) LE INIEZIONI DI CLORURO DI CALCIO CONTRO IL VOMITO E LA DIARREA DEI TUBERCOLOSI. (*Il Policlinico, Sez. Pratica*, Roma, 1923).

Per la prima volta in Italia viene introdotto nella terapia della diarrea e del vomito incoercibile dei tubercolosi l'uso del cloruro di calcio per via intravenosa, con buoni risultati, modificando la concentrazione dettata dai Francesi. Indicazione del probabile meccanismo di azione.

- 5) GLICEMIA, GLICOSURIA E POLIURIA NEL DIABETE MELLITO DOPO LA PUNTURA LOMBAR. (*I problemi della nutrizione*, Roma, 1924).

La glicemia specialmente, in grado minore la poliuria, e la glicosuria proporzionalmente alla glicemia, subiscono dopo la puntura lombare variazioni importanti che portano ad una iperglicemia sebbene transitoria e in casi rari ad una diminuzione della poliuria (al contrario della diminuzione costante affermata da Aa. francesi). In alcuni casi dopo la puntura si sono verificati accidenti indicanti peggiorata tolleranza degli idrati di carbonio se non vero e proprio coma. La puntura lombare deve quindi essere evitata nei diabetici.

- 6) CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLA FUNZIONALITÀ EPATICA NELLA MALARIA ACUTA E CRONICA. (*I problemi della nutrizione*, Roma, 1925).

Nella malaria acuta e cronica si ha con frequenza una lesione della cellula epatica, talora monosintomatica (glicosuria, urobilinuria, ecc.), talora poi sintomatica. Si potrebbe in ordine decrescente della labilità, considerare più facilmente alterabile nella malaria la funzione proteopessica, indi la biligenesi,

la glicogenesi, l'ureogenesi, il potere antitossico del fegato. La biligenesi è colpita sì, ma non frequentemente.

- 7) INSULINA E SECREZIONE ESTERNA PANCREATICA - AZIONE DELL'INSULINA SULLA SECREZIONE ESTERNA DEL PANCREAS NEL DIABETE MELLITO. (*I problemi della nutrizione*, Roma, 1925).

Precedono cenni critici sul valore dell'apprezzamento della funzionalità pancreatica basato su indagini compiute nel sangue, nelle feci, nelle urine ovvero nel succo duodenale. Esperimenti condotti in quattro serie di individui con l'apprezzamento quantitativo approssimativo dell'attività dei fermenti pancreatici nelle feci, accertanti la loro diminuzione od assenza nei casi di distruzione pancreatica, la loro diminuzione nei casi di diabete mellito, ed il notevole accrescimento che ne viene allorché venga usata l'insulina.

- 8) FREQUENZA DEL POLSO COME EQUIVALENTE DI ACCESSO MALARICO. (*Il Policlinico, Sez. Pratica*, Roma, 1925).

Segnalazione di un nuovo equivalente dell'accesso malarico, rappresentato nel caso venuto alla osservazione, da alternati ed in un secondo periodo irregolari accessi quotidiani di tachicardia talora preceduti da senso di freddo, talora seguiti da sudorazione, accessi poi definitivamente troncati dal chinino.

L'esame del sangue parallelamente mostrava nel periodo degli accessi quotidiani, parassiti della specie *vivax* e nel secondo periodo parassiti del genere *praecox*: non vi era assolutamente accenno a febbre.

- 9) IL LIQUIDO CEFALO-RACHIDIANO NELLA MALARIA. (*Il Policlinico, Sez. Medica*, Roma, 1925).

La sindrome umorale del liquido c. r. negativa nella malaria cronica, e nella malaria acuta rappresentata da una sindrome tipica di congestione dei vasi meningei per lo più in rapporto con l'iperpiressia: ipertensione, iperglicorachia elementare.

- 10) LE SINDROMI CLINICHE DELL'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA. (*Il Policlinico, Sez. Pratica*, Roma, 1926).

Aggiornamento della questione della sindrome clinica dell'insufficienza respiratoria obiettata dal HUTCHINSON-ROSENTHAL-SERGENT. Classificazione completata da una particolare sindrome scerverata nelle adenopatie infantili, ilari e denominata «sindrome di insufficienza respiratoria a punto di partenza ilare».

- 11) INSULINA E SECREZIONE ESTERNA PANCREATICA - AZIONE DELLA TRIPSINA E DELL'AMILOPSINA SULL'INSULINA. (*I problemi della nutrizione*, Roma, 1926).

In metodiche e minute ricerche su conigli seguite clinicamente e chimicamente, si confermano i risultati ottenuti dall'EPSTEIN, ROSENTHAL ed altri, sull'inattivazione *in vitro* ottenibile mettendo a contatto soluzione di tripsina ed insulina. Ma altresì con ricerche originali si mostra che la stessa inattivazione si può ottenere con soluzioni dell'altro fermento esterno pancreatico cioè con l'amilopsina. Insulina e tripsina, insulina ed amilopsina iniettate separatamente e contemporaneamente nello stesso animale non si influenzano e l'animale muore.

- 12) LA SINDROME UMOREALE DEL LIQUIDO CEFALO-RACHIDIANO NEL DIABETE MELLITO. (*Estratto dagli Atti del XXX Congresso di Medicina interna*, Milano, 1925).

Non si hanno mai alterazioni della limpidezza e del colore, la pressione oscilla al CLAUDE fra i 45-30; la glicorachia è sempre elevata direttamente proporzionale alla glicemia, in nessun rapporto con la glicosuria; negativa la reazione del triptofano e della tirosina, albuminorachia normale e così la citorachia, lieve aumento del tasso dei cloruri.

- 13) IL DOSAGGIO DEI FERMENTI PANCREATICI NELLE FECI QUALE METODO DISCRIMINATIVO NELLE GLICOSURIE PANCREATICHE E NON PANCREATICHE. (*Estratto dagli Atti del XXX Congresso di Medicina interna*, Milano, 1925).

Nelle glicosurie pancreatiche è costante e traducibile in cifre la diminuzione dell'attività della tripsina, amilopsina, lipasi nelle feci, quale ad es. è constatabile nel diabete mellito. Viceversa essi si trovano inalterati nei casi di glicosuria ad es. da *tumor cerebri* o da alterata funzione epatica come è minutamente dimostrato nei casi dell'oggetto di osservazione.

- 14) OSSERVAZIONI CLINICHE E RICERCHE EMATOLOGICHE IN UNA FAMIGLIA DI EMOFILICI. (*Policlinico, Sez. Pratica*, Roma, 1926).

Indagini minute e ricostruzione di un ceppo di emofilici seguito dal 1850 al 1925, appartenente alla provincia di Roma. Nelle ultime generazioni è stato possibile indagare anche sulla crasi sanguigna la quale ha mostrato le alterazioni proprie delle emofilie. Il grafico annesso mostra la caratteristica discendenza lungo la linea femminile, e la percentuale del 55% di maschi colpiti con morti nell'adolescenza o sugli albori dell'età media.

- 15) LE SINDROMI DEI GANGLI DELLA BASE. (*Il Policlinico, Sez. Pratica*, Roma, 1926).

Rivista e riordinamento schematico delle sindromi dei nuclei della base in relazione al movimento di revisione delle nozioni neurologiche determinato dagli studi sulle vie extra-piramidali.

- 16) STUDI SULL'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA NELLE STENOSI LARINGO-TRACHEALI. (*Estratto dagli Atti del XXXI Congresso di Medicina interna*, Roma, 1926).

Misurazioni spirometriche, cirtometriche ecc., mostrano la gravità dell'insufficienza respiratoria conseguente ad interventi sulla trachea, gravità che tende, se la malattia è lasciata a sé, lentamente ad accentuarsi con gli anni.

Insufficienza respiratoria ci è mostrata dagli indici spirometrici, dal *débit* respiratorio, ecc., nei casi di stenosi laringea da affezione guarita senza intervento chirurgico.

- 17) AZIONE DELLA SECREZIONE ESTERNA DEL PANCREAS SULLA INSULINA - SULLA TERAPIA ORALE INSULINICA NEL DIABETE MELLITO. (*I problemi della nutrizione*, Roma, 1927).

L'inattivazione dell'insulina per parte dell'amilopsina e della tripsina dà luogo ad un composto dal quale in adatte condizioni di esperimento può essere dissociata, sebbene non nella totalità: si tratta quindi non di proteolisi ma di un sem-

plice fenomeno di assorbimento. In ogni modo la combinazione è regolata da norme quantitative proporzionali per le quali sembra occorrono quantità maggiori di amilopsina che non di tripsina per inattivare la stessa quantità di insulina.

Trasportando questi dati chimico-biologici nel campo clinico ci si può rendere ragione dello scacco cui sono andati incontro numerosi osservatori che hanno creduto poter trovare nella sonda duodenale un nuovo mezzo di somministrazione dell'insulina, così come fallirono i tentativi di somministrazione per via orale o gastrica: all'azione inibitrice degli altri elementi oro-gastrici debbono essere aggiunti e portati in prima linea gli enzimi pancreatici esterni.

- 18) L'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA NEL DECORSO DELLA MALARIA ACUTA E CRONICA. (II Policlinico, Sez. Medica, Roma, 1927).

Nella malaria acuta, s'intende escludendo qualsiasi manifestazione infiammatoria laringo-bronco-polmonare, è presso che costante un'ipocapacità respiratoria in rapporto con lo scoppio della malattia e col ripetersi del ritmo febbrile: in particolare è da notare la brusca caduta della capacità spirometrica all'inizio dell'accesso febbrile ed in rapporto diretto col brivido, caduta forse analoga a quella constatata da Aa. inglesi all'inizio della polmonite e da essi creduta di questa caratteristica.

Nei malarici cronici senza febbre ma con alterata crasi sanguigna ed alterata nutrizione generale la diminuzione della sufficienza respiratoria è lieve e non costante.

- 19) STUDIO CLINICO SPERIMENTALE SULLA ISTAMINO-REAZIONE NELLA DIAGNOSTICA DELLE AFFEZIONI GASTRICHE. (I problemi della nutrizione, Roma, 1927).

Analisi minuta dell'azione della istamina nelle varie manifestazioni morbose interessanti la funzione gastrica, basata sui risultati ottenuti in un cospicuo numero di casi.

L'istamina è utile per definire il tipo secretorio del soggetto esaltando le esistenti condizioni della mucosa gastrica: è a preferirsi l'istamina al pasto di EWAL in quanto ci dà succo puro senza detriti ed in quantità più che sufficiente per i bisogni clinici. L'utilità della istamino-reaione risulta superiore agli altri metodi di esplorazione nella differenziazione delle vere dalle false achilie.

I disturbi cui la istamina può dare luogo non sono di grave entità: deve rimarcarsi il frequente presentarsi di una cefalea per lo più lieve, in casi rari insistente.

PARLAVECCHIO dott. ALFREDO (assistente volontario).

- 1) OSSERVAZIONI CLINICHE ED EMATOLOGICHE SU ALCUNI CASI DI LEUCEMIA MIELOIDE TRATTATA CON LA RADIODIETERAPIA.

L'A. (nel 1921), avendo seguito lungamente sette casi di leucemia mieloide cronica trattati con la radioterapia, ha osservato:

Miglioramento dello stato generale, progressiva riduzione di volume del fegato e della milza, diminuzione del numero dei leucociti con costante aumento degli elementi maturi rispetto agli elementi immaturi, aumento del numero delle emazie e del tasso emoglobinico. Tali modificazioni si sono mantenute per periodi di tempo variabili da caso a caso.

PONTANO prof. TOMMASO (già primo aiuto).

- 1) NUOVE VEDUTE SULLA TERAPIA SPECIFICA DELLE MALATTIE PROTOZOARIE (NOTA PREVENTIVA A PROPOSITO DELLA CHININO-RESISTENZA DEI PARASSITI MALARICI). (Policlinico, Sez. Pratica, 1918).

È il frutto dello studio del problema della recidività della malaria nei soggetti curati. L'A. pensa che la resistenza dei parassiti malarici sia una resistenza sempre acquisita e specifica alla forma di medicamento; basta o innalzare le dosi oppure mutare via di somministrazione per vincere la resistenza. Estende il concetto della resistenza acquisita e dell'importanza della via di somministrazione a tutte le malattie protozoarie.

- 2) ESAME DELLE PIÙ IMPORTANTI ACQUISIZIONI FATTE DURANTE LA GUERRA NEL CAMPO DELLA MALARIA. (Policlinico, Sez. Medica, 1920).

La relazione è una raccolta di idee e di fatti, di personale osservazione e di critica dei problemi più vitali nel campo della malaria. Basterà ricordare i capitoli: *Unicità e pluralità dei parassiti - Incubazione e latenza primitiva - Unità clinica della malaria* e più specialmente il problema della « recidività » e poi il capitolo della « diagnosi di malaria latente », quelli della « cura » e della « profilassi chimica ».

- 3) SULLA RIPRODUZIONE DEI MACROGAMETI DA « PLASMODIUM VIVAX » NEL CIRCOLO SANGUIGNO. (Policlinico, Sez. Medica, 1920 e Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene, Band 24, 1920).

È il frutto di pazienti ricerche su migliaia di preparati, rivolte alla risoluzione del problema della recidività. Con i suoi reperti l'A. raggiunge la prova che il macrogamete può riprodursi nel circolo sanguigno; il gamete cioè non può più essere considerato come corpo sterile nell'uomo e destinato solo alla fecondazione nel corpo dell'anofele. Tale reperto è una delle poche dimostrative conferme all'affermazione di SCHAUDINI, la prima in Italia.

- 4) SULLA RIPRODUZIONE SPERIMENTALE DELLA MALARIA PER MEZZO DEI GAMETI. (Policlinico, Sez. Medica, 1923).

L'A. si circonda di ogni precauzione e dei più scrupolosi controlli, perché le sue esperienze sull'uomo non possano suscitare dubbi; i risultati ottenuti, la riproduzione cioè della malaria con l'inoculazione di sangue gametico, sono una prova ancora della esattezza delle vedute, già dall'A. sostenute in contraddittorio con molti malarologi.

- 5) LA CHININA NELLA MALARIA COSÌ DETTA RESISTENTE E NELLA PROFILASSI DELLE RECIDIVE. (Bollettino e Atti della R. Accademia Medica di Roma, 1925).

- 6) IL SALE SODICO DELL'ACIDO ACETILOSSIAMINOFENILARSENICO (STOVARSOL SODICO) NELLA MALARIA (I Nota). (Congresso Internazionale di Malariologia, Roma, ottobre 1925).

Id. (II Nota).

Sono ancora tre lavori dedicati alla cura della malaria. L'A., sostenitore convinto della cura chinica nella malaria resistente e nella profilassi delle recidive, trova occasione, in una seduta memorabile dell'Accademia medica di Roma, dedi-

cata alla chinina, di sostenere le sue vedute sulla chininosistenza e sull'origine delle recidive.

Riconoscendo però i lati deboli della cura chininica nella pratica della lotta contro la malaria, malattia sociale, riprende lo studio dei prodotti sintetici che mostrano azione antiprotozoaria. Sceglie l'acido acetilossiaminofenilarsenico, tentato con buon risultato da TOMASELLI e VALENTI e da MARCHOUX. I primi risultati sono comunicati al Congresso antimalarico, lo studio più largo e circostanziato riconosce l'azione antiprotozoaria del rimedio nei riguardi di tutti i parassiti della malaria, ma mette in evidenza le deficienze e i pericoli nell'uso del rimedio nelle terzane maligne e, fatto importante, mette in rilievo la costanza della recidiva a breve scadenza e la rapida assuefazione dei parassiti al rimedio, elementi che sono un grave ostacolo all'introduzione del preparato nella pratica.

- 7) IL PARASSITA MALARICO. — NOTE DI TECNICA PARASSITOLOGICA DELLA MALARIA. (*Scuola superiore di Malariologia*, 1927).

Sono cinque conferenze nelle quali l'A. tratta del parassita malarico nell'uomo e delle difese organiche nella malaria.

- 8) LA DISSENTERIA AMEBICA E LE SUE COMPLICANZE: LA CURA. (*Policlinico, Sez. Pratica*, 1918).

L'A. passa in rivista le sindromi cliniche, che, secondo l'esperienza personale, deviano l'orientamento del medico; dimostra la frequenza della malattia in Italia, riassume le norme curative quali risultano dalla lunga pratica di tali malati.

- 9) LA CURA MEDICA DELL'ASCESSO EPATICO DISSENTERICO. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1918 e *Policlinico, Sez. Medica*, 1918, vol. XXIV).

È il primo contributo in ordine di tempo; in esso è data la dimostrazione clinica della guarigione di tre casi di ascesso epatico costituito, per mezzo dell'emetina. Tale affermazione contraddiceva alla comune esperienza e in Italia e all'estero e dello stesso ROGERS. Il lavoro suscitò un senso di incredulità che si tradusse in polemiche e provocò scettiche recensioni. Ma oltre alla dimostrazione della curabilità con mezzi puramente medici dell'ascesso epatico, l'A. svolge i suoi concetti sulle ragioni del fatto nuovo, e le trova nella natura del prodotto morbo, necrotico e non purulento, protozoario e non batterico e nelle qualità del prodotto morbo stesso. Queste nozioni, che furono sul principio qualificate per « tutte nuove e personali », sono state confermate e più largamente confermate in ulteriori contributi.

- 10) ALCUNI CRITERI DI DIAGNOSI DELL'ASCESSO EPATICO AMEBICO E LE INDICAZIONI ALLA CURA MEDICA. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1919 e *Policlinico, Sez. Medica*, 1919).

L'A. usufruisce dell'esame del prodotto morbo ricavato con la puntura esplorativa (dettro e non pus) per la diagnosi di natura dell'ascesso epatico. Ma una nozione di grande valore teorico e pratico, la cui portata è stata riconosciuta in Francia da CHAUFFARD e da FRANCON è quella che l'ascesso epatico amebico può guarire con la pura cura emetina anche se germi patogeni si rinvergono nel prodotto morbo, purché le qualità di esso non subiscano mutamento morfologico per la presenza del germe stesso.

- 11) ULTERIORE CONTRIBUTO ALLA DIAGNOSI E ALLA CURA MEDICA DELL'ASCESSO EPATICO DISSENTERICO. (*Policlinico, Sez. Pratica*, 1920).

È la raccolta di 10 casi di ascesso epatico curati nella maggior parte dall'A. nella Clinica medica di Roma, tutti con esito infallibilmente in guarigione. L'A. se ne serve come controllo e come riprova delle idee esposte nei suoi primi contributi, per ribattere critiche e per combattere scetticismi aprioristici, per stabilire infine le norme diagnostiche e curative in una malattia che i suoi studi hanno, sopra e prima di ogni altro, contribuito a trasformare da affezione chirurgica in malattia di pertinenza puramente medica.

Notevole anche in questo ultimo contributo la critica al concetto di ROGERS sullo stadio presuppurativo dell'ascesso. Secondo l'A., esso è costituito dai vari ascessi in via di formazione o difficilmente diagnosticabili con la puntura e perfino con l'operazione. L'importanza di queste ricerche ha dato già fecondi risultati e da ogni parte giungono lavori e notizie di casi di ascesso epatico guariti secondo le nuove direttive.

- 12) FORME CLINICHE, DIAGNOSI, PROGNOSI, CURA, DELL'AMEBIASI INTESTINALE IN ITALIA. (*Atti della R. Accademia Medica di Roma*, 1923-24).

- 13) LE FORME CLINICHE DELL'AMEBIASI IN ITALIA. (*Il Medico Pratico*, 1924).

- 14) L'AMEBIASI INTESTINALE IN ITALIA. (*Policlinico, Sez. Medica*, 1924).

In questi lavori l'A. studia l'amebiasi in Italia. Il problema clinico è sviscerato nel suo dettaglio, nella patogenesi, nella terapia. Lo studio di 5 anni nella clinica medica di Roma ha permesso all'A. di poter classificare le forme più frequenti di amebiasi in Italia, con denominazioni che riassumono l'anomala figura e il decorso ingannatore; non solo, ma di stabilire gli elementi più importanti di diagnosi differenziale. Nell'analisi della patogenesi l'A. si ferma sugli elementi utili a spiegare il fatto paradossale che una stessa causa morbosa sia capace di determinare dissenteria e stipsi, sindromi coliche, sindromi dispettiche, ecc. Il concetto clinico di amebiasi viene ad essere allargato e non più ristretto nell'angusto campo delle forme dissenteriche.

- 15) L'ASCESSO EPATICO AMEBICO (*Policlinico, Sez. Medica*, 1926).

L'A. ribadisce, sulla scorta di 26 casi, i concetti anatomicopatologici e curativi esposti nei precedenti lavori; ne prende occasione per passare in rivista le conoscenze moderne sullo ascesso epatico dissenterico.

- 16) TIPI DI PNEUMOCOCCI IN ITALIA. (*Annali d'Igiene*, 1922).

È lo studio delle infezioni pneumococciche in Italia al lume delle moderne ricerche americane sui vari stiptipi di pneumococco: l'A. si vale del metodo dell'emocultura e della puntura del polmone; i suoi risultati, che di poco si differenziano da quelli americani, ma che sono in contraddizione con quelli pubblicati in Francia, sono stati successivamente concordemente confermati in Italia.

- 17) I VARI TIPI DI MENINGOCOCCO NELLA PROGNOSI E NELLA CURA DELLA MENINGITE CEREBROSPINALE EPIDEMICA. (*Bollettino Accademia Medica*, 1927).

- 18) METODO RAPIDO DI IDENTIFICAZIONE DEL TIPO DI UN MENINGOCOCCO. (*Policlinico, Sez. Pratica, 1927*).

In questi due contributi l'A. mette in evidenza la diversità dei tipi di meningococco che si incontrano nel reperto del liquor di malati sporadici di meningite cerebrospinale epidemica, e riferisce i risultati infidi e sconcertanti della sieroterapia polivalente intrarachidea.

Stima necessaria la sieroterapia specifica per il tipo di meningococco, e propone una nuova tecnica che permette di riconoscere in poche ore il tipo di meningococco e di rendere possibile la sieroterapia strettamente specifica.

- 19) SETTICOEMIA MENINGOCOCCICA. (Lavoro compiuto in collaborazione col Dott. TRENTI, assistente della Clinica). (*Policlinico, Sez. Medica, 1922*).

L'A. prende occasione da un caso clinico per entrare nel problema della patogenesi dell'infezione meningococcica, delle varietà dei meningococchi, delle forme di terapia strettamente specifica. Il caso clinico è largamente illustrato, per il suo grande valore nel chiarire il capitolo del liquido cerebrospinale purulento asettico; su di esso si trovano notizie non sempre esatte anche nei moderni lavori e trattati.

- 20) PER L'ATTUALE EPIDEMIA DI INFLUENZA. (*Policlinico, Sez. Pratica, 1918*).

- 21) NOTE CLINICHE, EPIDEMIOLOGICHE ED ETIOLOGICHE SULLA ATTUALE EPIDEMIA DI INFLUENZA. (*Policlinico, Sez. Pratica, 1918*).

L'A. ha studiato l'epidemia di influenza scoppiata in Italia nel 1918. Oltre che nella breve descrizione clinica, che tende ad identificare l'epidemia osservata con le epidemie di influenza del passato, l'interesse maggiore del lavoro trovasi nella valutazione del reperto batteriologico; l'A. è stato il primo in Italia che ha negato risolutamente il valore etiologico specifico fino allora attribuito al bacillo di PFEIFFER. Le sue ricerche batteriologiche negative e la critica serrata all'edificio caduco della specificità del bacillo di PFEIFFER, sono state pubblicate nell'ottobre 1918 e sono la chiara prova della priorità in queste affermazioni, che furono successivamente confermate da quasi tutti i ricercatori.

- 22) SUL SINGHIOZZO EPIDEMICO - Ricerche sperimentali e note critiche. (*Policlinico, Sez. Pratica, 1921*).

Altra epidemia, studiata in collaborazione col Dott. TRENTI, è stata quella di singhiozzo epidemico. Lo studio è clinico e sperimentale, poichè con mezzi opportuni si tenta di riprodurre la malattia nell'uomo. Sebbene tali tentativi siano riusciti negativi, in base all'osservazione epidemiologica e clinica, gli Aa. assumono una netta posizione, in contrasto coi più, nell'affermare che il singhiozzo epidemico è malattia a sè, non è forma di encefalite epidemica, non è manifestazione di influenza.

- 23) CONTRIBUTO ALLA CONOSCENZA CLINICA E RADIOLOGICA DELLA SIFILIDE POLMONARE. (*Policlinico, Sez. Pratica, 1920*).

È illustrazione di un caso clinico di sifilide polmonare che si prestava a diagnosi differenziali assai difficili.

- 24) IL VALORE DELLE RECENTI CONQUISTE NELLO STUDIO DI ALCUNE MALATTIE INTERNE SIFILITICHE. (*Policlinico, Sez. Pratica, 1921*).

L'A. trova modo, oltre alla sintesi delle conoscenze più moderne, di esporre alcune sue vedute di una certa originalità sulla sifilide congenita e sulla importanza quasi esclusiva della via placentare nella trasmissione della sifilide ereditaria.

- 25) LA CLINICA E L'ESPERIMENTO NELLE INFEZIONI ERPETICHE. (*Rivista Ospedaliera, fasc. IV, 1925*).

L'A. riunisce i concetti moderni intorno all'herpes e alla sua etiopatogenesi: discute i rapporti rispettivamente tra herpes febbrile ed encefalite, tra zoster e varicella. Fa una critica minuta e serrata delle esperienze recenti (LEVADITI, ecc.) rilevando tutte le incongruenze e le deficienze della ricerca di laboratorio sul virus erpetico, considerato come agente dell'encefalite epidemica. Conclude per la indipendenza non solo clinica ma etiologica: il virus erpetico è causa di encefalite erpetica e non epidemica; per questa ultima malattia, nessuno degli agenti scoperti può essere accettato come l'agente etiologico.

- 26) LA SINDROME CLINICA DI TIFOBACILLI PER TUBERCOLOSI DELL'ILO NELL'ADOLESCENTE. (*Policlinico, Sez. Medica, 1927*).

L'A. sulla scorta di casi clinici, descrive un quadro di malattia tuberculare che si svolge nell'adolescente, con grave adenopatia dell'ilo e sindrome tifica, che nel decorso presenta costantemente una localizzazione pleurica (pleurite essudativa); egli trova l'origine della forma morbosa nel comportamento del tessuto linfatico, che può mantenere le proprietà caratteristiche della prima età (*infantilismo linfatico*).

- 27) INTRADERMO- E SOTTOCUTANEO-REAZIONE CON LIQUIDO CISTICO NELLE ECHINOCOCCOSI UMANE. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma, 1920, anno XLVI, fasc. I, e Policlinico, Sez. Medica, 1920*).

L'A. non ha fatto solo opera di controllo della reazione di CASONI, ma ha determinato le dosi utili per evitare reazioni aspecifiche. Ha aggiunto notizie di grande interesse biologico sul potere antigenico del liquido cistico ed ha portato il contributo di due nuovi fatti utilizzabili per la diagnosi: la sottocutanea-reazione e la reazione d'innesto; ha offerto inoltre alla considerazione del clinico l'intradermoreazione precoce. Le esperienze sono state condotte col controllo della reazione di GHEDINI-WEIMBERG e con la ricerca della eosinofilia, sicchè dal lavoro risulta anche il valore comparato dei vari mezzi diagnostici dell'echinococcosi umana.

- 28) REAZIONE DI WASSERMANN E DI SACHS-GEORGI NELLA SCARlattINA. (*Policlinico, Sez. Medica, 1923 e R. Accademia medica, 1923-24*).

Non è il lavoro un semplice controllo alla dibattuta questione, se la reazione di WASSERMANN sia specificamente positiva o negativa; l'A. col suo contributo trova l'origine dei risultati contraddittori, e dà una nuova spiegazione sulle differenti capacità antigeniche degli estratti usati per la fissazione del complemento.

29) SIERO DI CONVALESCENTE E TERAPIA ASPECIFICA NELLA SCARLATINA. (*Policlinico, Sez. Medica*, 1925).

Dalle constatazioni degli effetti ottenuti col siero di convalescente, col siero normale, col siero di cavallo, nella scarlattina, l'A. risale al meccanismo d'azione, che egli dimostra non specifico. Facendo rientrare la sieroterapia con sangue di convalescente nella terapia aspecifica, l'A. espone vedute personali sulla parte di specificità che esiste nella proteinoterapia, e che riunisce in gruppi le malattie più differenti. Egli ritiene che la terapia così detta aspecifica potrà raggruppare malattie differenti in categorie, reagenti beneficamente a stimoli proteici differenti.

30) SIERO DI CONVALESCENTE E SIERO DI CAVALLO NELLA PROFILASSI DEL MORBILLLO. (*Annali d'igiene*, 1927).

Il siero di cavallo semplice mostra proprietà profilattiche nel morbilllo come il siero di convalescente. La profilassi proteica aspecifica - a simiglianza della sieroterapia aspecifica - costituisce un nuovo capitolo di grande importanza, degno dell'attenzione degli studiosi.

31) ZONE CUTANEE EPILETTICHE ED EPILESSIA RIFLESSA. (*Policlinico, Sez. Medica*, 1923).

È il primo contributo casistico col quale si viene a confortare l'esperienza in animale, studiata specialmente in questi ultimi anni dall'AMANTEA, sulla possibilità di zone riflesse cutanee nel determinismo dell'accesso epilettico; sono fissate con chiarezza le condizioni necessarie per le quali il fenomeno può prodursi.

32) LA CURA DELL'ANGINA DI PETTO. (*Relazione al XXXII Congresso di Medicina interna*, 1926).

Nelle due parti, nelle quali è divisa la relazione, esamina il problema della terapia medica e chirurgica, e, mettendone in evidenza l'importanza, fissa i limiti che spettano all'una e all'altra nella moderna medicina curativa.

POZZI dott. ARNALDO (*assistente volontario*).

1) MODIFICAZIONI DELLA PRESSIONE SANGUIGNA E DEL CONTENUTO DEL CALCIO NEL SANGUE IN SEGUITO ALL'IRRADIAZIONE DELLE CAPSULE SURRENALI (*Policlinico, Sez. Medica*, 1925).

Irradiando le capsule surrenali nei cani, l'A. ha potuto osservare modificazioni costanti della pressione. In seguito ad una terapia a dose modifica la curva della pressione, dopo un temporaneo aumento, torna rapidamente al normale; se invece le dosi sono a tipo distruggente, la curva della pressione, dopo l'irradiazione, prende un aspetto irregolare, in genere con due aumenti spiccati caratteristici (6^a e 20^a giornata) seguiti da una caduta brusca che coincide o con la morte dell'animale o con un ritorno verso la norma se la dose non fu eccessiva. In individui normali invece ed in soggetti obesi ed ipertesi, l'irradiazione delle capsule surrenali porta a scarse modificazioni della pressione arteriosa, ma più che l'aumento della massima, tende a prevalere la diminuzione della pressione minima. Contemporaneamente alla misurazione della pressione, l'A. ha cercato di vedere quali modificazioni subisse il calcio sotto

l'influenza delle irradiazioni, ciò allo scopo di accertare l'esistenza di eventuali rapporti tra capsula surrenale e calcio nel sangue e se all'aumento della pressione non possa concorrere anche il calcio. I risultati ottenuti dimostrano che il valore del quantitativo del calcio nel sangue non subisce modificazioni degne di nota.

2) IL PROBLEMA DEL CANCRO - Traduzione in riassunto eseguita in collaborazione col dott. PERILLI (Ed. L. Pozzi, Roma, 1927).

3) CONTRIBUTO CLINICO E RADIOLOGICO DELLA SIFILIDE GASTRICA E DUODENALE (*Policlinico, Sez. Medica*).

L'A. riporta 4 casi di sifilide gastrica diagnosticati dal punto di vista clinico e radiologico, nei quali ha ottenuto la guarigione, mediante la cura specifica, controllata radiologicamente. Dei 4 casi due sono a sindrome ulcerosa e due tumorale. Soprattutto interessante appare il contributo per una sindrome poco nota che l'A. può riportare, e cioè quella di ulcera sottocardica.

4) STUDI SUL MIDOLLO OSSEO NEI MALARICI (*Atti XXXIII Congresso di Medicina interna*, 1927).

In seguito a biopsie del midollo osseo tibiale e costale, l'A. ha cercato di studiare la causa delle speciali forme di anemie, ribelli alle cure arsenicali e ferruginose, che si osservano nei malarici.

Eseguito tali ricerche in forme acute e gravi di malaria, in forme acute e gravi di malaria cronica recidivante, in forme croniche con spiccata splenomegalia e notevole grado di anemia, l'A. può concludere:

1^o) che il sangue periferico non dà alcuna notizia delle condizioni del tessuto midollare;

2^o) che la trasformazione di questo tessuto invece da ragione dello stato di anemizzazione e della leucopenia di sangue;

3^o) che per l'abbondanza del pigmento malarico ed in alcuni preparati di parassiti malarici, si ha un esempio chiaro di metaplasia midollare, quale conseguenza della permanenza del protozoo malarico nel midollo.

Infine appare spiegata nettamente l'osservazione terapeutica che solamente la cura protratta del chinino può guarire siffatte anemie.

5) LA FUNZIONE RENALE NEI MALARICI. (*Lavoro in corso di pubblicazione*).

SABATINI prof. GIUSEPPE (*primo aiuto*).

1) MODERNE VEDUTE SULL'ETIO-PATOGENESI E SULLA TERAPIA DELL'ASMA BRONCHIALE. (*Policlinico, Sez. Pratica*, nn. 22, 23, 1919).

Lavoro di esposizione e di critica delle idee che venivano affermandosi sull'asma bronchiale.

È, cronologicamente, la prima pubblicazione d'insieme sul concetto anafilattico dell'asma comparso in Europa, dopo i lavori degli americani: vengono diffusamente esposti i metodi d'indagine seguiti dagli Aa. americani, vagliati i recentissimi risultati ottenuti, ecc.

2) SULL'ENCEFALITE EPIDEMICA. (SINTOMATOLOGIA E FORME CLINICHE). (*Policlino, Sez. Pratica*, n. 4, 1920).

È il primo lavoro clinico comparso, in Italia e fuori, su questo argomento.

In questo lavoro, per la prima volta, viene adoperato il nome di encefalite epidemica, invece di letargia, espressione accettata poscia universalmente. Si dà la prima classificazione in « forme cliniche », di cui alcune assai diverse dalla letargia: questa fondamentale divisione è accettata dalla maggior parte dei monografisti, specie tedeschi.

Molti dei sintomi clinici dell'encefalite epidemica vengono in questo lavoro per la prima volta segnalati.

3) SULLA RICERCA DELL'ACIDO GLICURONICO URINARIO. (*Policlino, Sez. Medica*, n. 5, 1920).

In questo lavoro vengono descritti i fondamenti chimici di questa ricerca, i metodi migliori, e viene segnato un metodo proprio di semplificazione tecnica.

Affermati i problemi clinici che a questa indagine si ricollegano, alcuni di essi vengono risolti, di altri se ne prospetta lo stato attuale.

4) SAGGI DI CUTIREAZIONE CON PROTEINE SPECIFICHE ASMOGENE. (*Policlino, Sez. Pratica*, n. 16, 1921).

L'A., avendo avuto dal WALKER alcune delle primissime proteine specifiche da esso preparate a proposito dei suoi concetti sull'asma bronchiale ed avendone altre preparate egli stesso, con questi campioni esegue le cutireazioni su individui asmatici e non asmatici: esse sono, in ordine di tempo, le prime esperienze di tal genere eseguite in Italia.

Le prudenti conclusioni dedotte dall'A., pure in mezzo all'entusiasmo della prima ora, sono state largamente confermate dall'esperienza successiva.

5) ITTERI STATICI E DINAMICI. (*Policlino, Sez. Medica*, 1922).

È uno dei primi lavori di applicazione a largo materiale clinico della reazione di HIJMANS v. DEN BERGH.

I risultati ottenuti nelle varie forme di ittero vengono discussi ed interpretati volta a volta. Viene precisata la posizione di questo metodo, che tanta diffusione ha avuta ed ha nei riguardi della diagnostica clinica. Si espongono idee originali sull'interpretazione del meccanismo di questa reazione.

6) UN NUOVO METODO CHIMICO PER LA RICERCA DELLA BILIRUBINA CON SPECIALE APPLICAZIONE ALLO STUDIO DELLA BILIRUBINEMIA. (*Policlino, Sez. Pratica*, n. 26, 1922).

È una nuova reazione, sensibilissima e pratica, per la ricerca della bilirubina, specie nel sangue. Permette di svelare tracce minime di bilirubina anche in presenza di sangue, e permette esatte valutazioni colorimetriche. Controllata dagli Aa. americani, la reazione è stata trovata giusta ed accettata; e in Italia è stata accettata da ZOIA, RONDONI, ecc.

7) FENOMENI ANAFILATTICI NELL'ECHINOCOCCO CEREBRALE. (*Policlino, Sez. Pratica*, n. 40, 1922).

Prendendo lo spunto da un caso, con sintomatologia oscura di *tumor cerebri* improvvisamente deceduto con una crisi di

orticaria (che indusse l'A. a designare, come causa di morte, la rottura di una cisti d'echinococco cerebrale, confermata alla autopsia) vengono trattati i problemi riguardanti la patogenesi dei fenomeni di anafilassi cerebrale e dedotti sintomi clinici per la conoscenza dell'echinococco nel cervello.

8) SUI FENOMENI D'INVERSIONE NELL'ENCEFALITE EPIDEMICA. (*Policlino, Sez. Pratica*, n. 1, 1923).

Dopo segnalata da più parti l'inversione del sonno come postuma di encefalite epidemica, l'A. mette in evidenza uno strano tipo di inversione dell'attività psichica e muscolare: si tratta di encefaliti che possono scrivere e lavorare di notte e non possono farlo di giorno.

Si cerca di interpretare questi fenomeni, e se ne individualizza la posizione nosografica.

9) LA DETERMINAZIONE QUANTITATIVA DEI PIGMENTI BILIARI NELLE URINE. (*Policlino, Sez. Pratica*, n. 22, 1923).

L'A. basandosi sulla sua reazione per la ricerca della bilirubina descrive un metodo, che permette di dosare quantitativamente i pigmenti biliari presenti nelle urine. Viene così colmata una lacuna, nello studio degli itteri, lamentata da tutti gli autori.

10) LA FORMULA CLINICA PER LO STUDIO DELLA CAPACITÀ FUNZIONALE DEL FEGATO. (*Policlino, Sez. Pratica*, n. 2, 1924).

L'indagine funzionale del fegato ha dato risultati contraddittori ed inusabili per la clinica perché non si è mai riflettuto al semplice fatto che saggiare una funzione epatica non vuol dire saggiare la funzionalità epatica. La insufficienza di una sola attività può essere presente solo in alcune malattie; in altre malattie manca un'altra attività: saggiando gruppi di ammalati vari con una o con un'altra prova bisogna necessariamente giungere alle più sconcertanti contraddizioni.

Affermato questo assioma clinico, l'A. propone una « formula » standardizzata per saggiare le funzioni del fegato rispetto a tutte le sue principali attività.

11) DIE QUANTITATIVE BESTIMMUNG DES GALLENFARBSTOFFES IM HARN. (*Klinische Wochenschrift*, n. 44, 19, 23).

È una ripresa dello studio, già apparso in Italia e che viene pubblicato sulla *Klinische Wochenschrift*.

12) LA PROVA DI HAY E LA SUA INTERPRETAZIONE CLINICA. (In collaborazione col Dr. BRUNI). (*Policlino, Sez. Medica*, n. 3, 1924).

Un grande movimento è partito in questi ultimi anni dalle scuole francesi per dimostrare la esistenza dei cosiddetti « itteri dissociati ». Ora, un così grande concetto di patologia e di clinica si dimostra, a chi vada a leggere attentamente i lavori nel loro testo originale e per esteso, basato su una fragile reazione: la reazione di HAY.

L'A. ha voluto indagare l'effettivo valore di questa reazione e ha potuto dimostrare con quanta riserva essa debba essere accettata. Questa dimostrazione sorpassa i confini del valore della reazione stessa, poiché obbliga ad estendere la riserva a tutto il campo degli itteri dissociati per evitare conclusioni che si dimostrerebbero ben presto fondate su basi cedevoli.

- 13) DIAGNOSI DIFFERENZIALE FRA LINFOANGIOENDOTELIOMA POLMONARE MILIARICO E TUBERCOLOSI POLMONARE MILIARICA. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1919).

Questa difficile diagnosi differenziale fu resa possibile all'A. in due casi, *intra vitam*, applicando dei validi segni clinici, che vengono illustrati e specialmente uno, l'ischiolgia, che viene riesumato e messo nella dovuta evidenza.

- 14) BESCHREIBUNG DER THERMINOMINERALEN QUELLEN VON CHIANCIANO. (1919).

Sunto di una Conferenza tenuta ai medici idrologi stranieri. Sono trattati anche punti originali di fisico-chimica, ed esposte delle idee sulla interpretazione del meccanismo d'azione terapeutico delle acque minerali in genere e di quelle di Chianciano in ispecie.

- 15) IL SIGNIFICATO PROGNOSTICO DELLA VELOCITÀ DI SEDIMENTAZIONE DEI CORPUSCOLI ROSSI DEL SANGUE. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1919).

L'A. espone la sua concezione originale, che cioè questo fenomeno, privo di ogni specificità, assuma invece un valore decisivo per la prognosi di molte malattie. E dimostra come la aumentata velocità di sedimentazione preceda, e permetta di prevedere l'esito infausto: un aggravamento non preceduto da questo fenomeno non prelude in genere alla morte.

- 16) I DANNI DELL'USO DELLA CANFORA NELLE MALATTIE DEL FEGATO E NEGLI INTERVENTI CHIRURGICI SULLE VIE BILIARI. (*Policlinico, Sez. Pratica*, n. 1, 1925).

Un dato clinico non mai segnalato è quello dell'intossicazione canforica che gli ammalati di fegato possono presentare per mancata eliminazione o inattivazione del farmaco. Siccome l'intossicazione si manifesta con collasso, e questo si cerca di curare con nuova canfora, ne derivano stati gravissimi ed anche mortali.

L'A. illustra alcuni di questi casi, non mai messi in evidenza: dimostra il meccanismo col quale si producono e mette in guardia da questi pericolosi circoli viziosi.

- 17) IL PUNTO DOLOROSO EPATICO POSTERIORE. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, fasc. III-IV, Anno II).

Si descrive un punto doloroso posteriore, che rappresenta la più costante delle manifestazioni dolorose nelle affezioni del fegato, che decorrono con aumento di volume e distensione dell'organo.

Il punto doloroso segnalato dall'A. permette soprattutto la diagnosi differenziale fra affezioni epatiche ed altre malattie, che danno dolorabilità nelle zone comunemente attribuite al fegato.

- 18) LA TOPOGRAFIA DELLE LOCALIZZAZIONI DOLOROSE DEL FEGATO. (*Policlinico, Sez. Pratica*, n. 16, 1925).

È uno studio clinico e semeiogenetico delle localizzazioni dolorose del fegato, con affermazioni originali, fondate su una estesa documentazione di esperienza personale.

- 19) LA VISIBILITÀ RADIOLOGICA DELLA CISTIFELLEA DOPO SOMMINISTRAZIONE ORALE DI BROMURI ALCALINI. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, fasc. V, Anno LI).

- 20) SOMMINISTRAZIONE ORALE DI BROMURI E VISIBILITÀ RADIOLOGICA DELLA CISTIFELLEA. (*Policlinico, Sez. Pratica*, n. 18, 1925).

- 21) VISIBILITÀ RADIOLOGIQUE DE LA VÉSICULE BILIAIRE. (*Presse Médicale*, n. 69, 1925).

Sono memorie (pubblicate in collaborazione col Prof. E. MILANI per la parte di tecnica radiologica) nelle quali si parte da un concetto originale di SABATINI, dell'eliminazione del bromo attraverso il fegato e delle produzioni di bile bromica, opaca ai Raggi X. È la prima applicazione orale di medicamenti per la colecistografia.

- 22) LA CURA IDROMINERALE NELLA COLELITIASI. (*Relazione al VII Congresso di Idrologia*).

È il risultato di una esperienza personale di oltre un decennio, poggiato su alcune migliaia di casi osservati. Vengono, da un punto di vista originale, trattate tutte le questioni della terapia medica, chirurgica e idrominerali della calcolosi biliare, e dopo avere esposto il concetto che si deve avere sulla patogenesi della litiasi biliare, vengono esposte le idee dell'A. circa l'azione delle acque minerali sul complesso colloide biliare, al lume delle moderne acquisizioni della fisico-chimica.

- 23) LE CIRROSI EPATICHE. (*Relazione al XXXI Congresso della Società italiana di Medicina interna di Roma*, 1925).

Non è possibile riassumere questo lavoro, il quale rivede e ricostruisce tutto il concetto di cirrosi epatica.

- 24) SULLA ETIOLOGIA DELL'INSUFFICIENZA AORTICA. (*Comunicazione alla R. Accademia Medica di Roma*, fasc. VII-VIII, Anno LII, 1926).

L'A. studia circa 100 casi di insufficienza delle valvole aortiche, soprattutto in rapporto all'influenza dell'infezione sifilitica, che oggi si ritiene fattore predominante. Mette in evidenza le insufficienze di origine reumatica, che hanno frequenza e valore clinico troppo e ingiustamente trascurato.

- 25) STUDIO SUI DIVERTICOLI DEL DUODENO E SU PARTICOLARI SINDROMI AD ESSI COLLEGATE. (*Policlinico, Sez. Pratica*, n. 7, 1927).

È uno studio monografico completo sui diverticoli duodenali. L'A. mette in evidenza alcuni aggruppamenti di sintomi, abbastanza fissi e determinati; e anche sulla scorta clinica dei casi personali, indaga la patogenesi di queste speciali sindromi.

- 26) L'USO DELLA BERBERINA PER SVELARE LA MALARIA LATENTE. (*Comunicazione al XXXIII Congresso di Medicina interna*, 1927).

L'A. ha avuto l'idea di cercare di mettere in evidenza la malaria latente od asintomatica con la somministrazione di berberina.

I risultati, ai primi casi studiati, hanno dimostrato la reale attività del metodo.

SFORZA dott. LODOVICO (assistente).

- 1) RICALCIFICAZIONE DEL PAVIMENTO SELLARE, IN SEGUITO A RADIOTERAPIA, IN ACROMEGALICO SEGUITO PER 11 ANNI. (*Archivio di Radiologia*, 1915-1926).

Acromegalia con distruzione del pavimento sellare e decalcificazione della lamina quadrilatera, iniziò la radioterapia nel 1915. Seguitò poi, ad intervalli, altre applicazioni. Si notò notevole miglioramento dei disturbi generali e ricalcificazione del pavimento sellare e della lamina tornati pressoché normali.

- 2) SU DI UN CASO DI ENORME CALCOLSI RENALE D. A SINTOMATOLOGIA MUTA, SVELATA RADIOLOGICAMENTE. (*Archivio di Radiologia*, 1926).

Uomo inviato per esame dell'apparato digerente con sospetto di ulcera pilorica. All'esame radiologico oltre ad un'ulcera iuxtapilorica, si osservò un'enorme calcolosi del rene D. (calcolo di 9×15 cm.).

- 3) EVOLUZIONE E RISOLUZIONE DI FORME PNEUMONICHE FRANGHE ED INFLUENZALI. (In corso di pubblicazione).

Studio su alcuni casi seguiti radiologicamente con speciale riguardo all'origine ilare o corticale dell'ombra del blocco pneumonico ed alla sua risoluzione nei due sensi.

- 4) SU DI UN SECONDO CASO DI ENORME CALCOLSI RENALE SVELATA RADIOLOGICAMENTE. (In corso di pubblicazione).

Alcuni cenni anamnestici sul rene. Calcolosi, ste forme e varietà. Sintomatologia. Diagnosi radiologica differenziale, alcuni casi della letteratura tipici. Presentazione del caso osservato.

- 5) LA DIAGNOSI RADIOLOGICA DELLE CISTI DA ECHINOCOCCO DEL POLMONE.

Storia della echinococcosi polmonare. Qualche cenno statistico. Varie forme. Diagnosi radiologica differenziale. Illustrazione di alcuni casi.

SILVESTRI prof. SILVESTRO (aiuto).

- 1) LO ZUCCHERO NEL SANGUE. (*Polichinico, Sez. Pratica*, 1920).

- 2) NOTA SULLA DETERMINAZIONE DELLO ZUCCHERO NEL SANGUE. (In collaborazione con G. AIELLO). (*Polichinico, Sez. Pratica*, 1920).

- 3) STUDI SULLA GLICEMIA. (*Polichinico, Sez. Medica*, 1922).

In questo gruppo di lavori viene studiato, sia dal punto di vista della metodica, sia dal punto di vista fisiopatologico e clinico, il comportamento dello zucchero nel sangue.

- 4) LA CINCONINA NELLA CURA DELLA MALARIA. (*Polichinico, Sez. Medica*, 1921).

- 5) ASSORBIMENTO, ELIMINAZIONE, TOSSICITÀ DELLA CINCONINA. (*Polichinico, Sez. Medica*, 1922).

In questi lavori viene studiata la cinconina dal punto di vista farmacologico e terapeutico.

- 6) LE NEFROPATIE SECONDO LE MODERNE VEDUTE. (Casa Editrice Luigi Pozzi, 1923).

In questa monografia sono riassunte le moderne conoscenze sulle nefropatie, sono studiati i vari metodi d'indagine, ed essa rappresenta il risultato della ricca casistica osservata dal 1918 nella Clinica medica di Roma.

- 7) LA PREPARAZIONE DELL'INSULINA E LA SUA AZIONE. (In collaborazione di V. ASCOLI, S. MARINO). (*Problemi della nutrizione*, 1924).

- 8) L'AZIONE DELL'INSULINA SUL RICAMBIO NEL DIABETE MELLITO. (In collaborazione di V. ASCOLI, S. MARINO). (*Problemi della nutrizione*, 1924).

- 9) IL REGIME LATTEO - NOTE DI DIETETICA E DI TERAPIA. (*Problemi della nutrizione*, 1924).

- 10) LA SINTALINA NELLA TERAPIA DEL DIABETE MELLITO. (*Atti della R. Accademia Medica*, 1926-27).

TONIETTI dott. FRANCESCO (assistente volontario).

- 1) SULLA NATURA DELLE ALTERAZIONI CHIMICHE DEL SANGUE CHE DETERMINANO LA REAZIONE DI WASSERMANN. (*Polichinico, Sez. Pratica*, 1927).

L'A. riscontra un aumento di N amminico nel sangue di soggetti con R. W. positiva. Avendo poi messo in evidenza come in tre malarici nei quali durante il periodo febbrile si osservava una iperamino-acidemia ed una R. W. positiva, che al cessare della febbre diveniva negativa, mentre l' N amminico tornava al valore normale, si domanda se esista una relazione tra il contenuto diammino-acido del sangue e la genesi della R. W.

- 2) SUL VALORE CLINICO DI ALCUNI METODI D'INDAGINE DELLA FUNZIONALITÀ DEL FEGATO. (*Polichinico, Sez. Medica*, 1927).

L'A. su numerosi epatopazienti studia sistematicamente le seguenti funzioni del fegato:

1°) il potere di eliminazione per mezzo della cromocoloscopia con carminio d'indaco;

2°) la funzione del ricambio idrocarbonato colla leucosuria e galattosuria alimentare;

3°) la funzione del ricambio albuminoideo, del dosaggio dell'azoto totale, dell'azoto amminico e dell'ammoniaca nelle urine;

4°) la funzione proteopessica colla crisi emoclasica di WIDAL;

5°) la funzione del ricambio biliare colla provocazione di urobilogenuria alimentare (prova del FALTA)

E ne trae le seguenti conclusioni:

che la prova della leucopenia alimentare non è atta a saggiare alcuna delle funzioni epatiche;

che il dosaggio dell'azoto totale, dell' N amminico e dell'ammoniaca nelle urine non ha che un valore diagnostico esiguo;

che la cromocoloscopia, la galattosuria alimentare e la urobilogenuria alimentare sono metodi che rispondono bene allo scopo e possono essere di vera utilità pratica anche per la semplicità di tecnica che presentano.

TOSCANO dott. CARMELO (*assistente volontario*).

- 1) LE DIATESI EMORRAGICHE - Rivista sintetica. (*Polislinico, Sez. Medica*, 1924).

- 2) SULLA CONSERVAZIONE DEL SANGUE PER LA DETERMINAZIONE DEL GLUCOSIO CON IL METODO DI BANG. (*Polislinico, Sez. Medica*, 1926).

L'A. ha osservato che l'aggiunta al sangue, prelevato dalla vena o dal dito, di una piccola quantità di fluoruro di sodio impedisce la glicolisi per un periodo di tempo che va da 4 a 6 giorni. È dunque possibile, conservando il sangue fluorurato in fiale, eseguire la determinazione del glucosio con il metodo di BANG a distanza di tempo e di luogo. Versando cc. 0.10 di sangue in soluzione dealuminizzante del BANG si riesce ugualmente ad impedire la glicolisi.

- 3) SUL SIGNIFICATO BIOLOGICO DELLO ZUCCHERO COMBINATO - RICERCHE SU CANI DIGIUNANTI. (*Polislinico, Sez. Medica*, 1927).

L'A., dall'analisi delle variazioni dello zucchero libero e dello zucchero combinato nel sangue, sotto l'influenza dell'insulina e dell'adrenalina, trae, in opposizione agli Aa. che lo hanno preceduto, la conclusione che lo zucchero combinato abbia molto verosimilmente il significato di un composto di riserva che, come avviene per il glicogeno, provvede a mantenere l'equilibrio glicemico. A giudizio dell'A. lo zucchero combinato concorre con il glicogeno allo stabilirsi della iperglicemia adrenalinica.

TRENTI prof. ENRICO (*aiuto*).

- 1) FUNZIONALITÀ RENALE NELLA GRAVIDANZA NORMALE E PATOLOGICA. (*Folia Gynaecologica*, vol. XIII, fasc. IV, 1920).

L'A. si è proposto di vedere se con alcuni mezzi moderni di indagine è possibile differenziare le albuminurie tossiche della gravidanza dalle nefriti complicate dalla gravidanza. Egli ha studiato la prova dell'azoturia sperimentale ed ha potuto concludere che esiste una particolare risposta del rene della gravida normale alla suddetta prova, e che nettamente diverso è il comportamento della prova nelle albuminurie tossiche e nelle nefriti.

- 2) LA SETTICEMIA MENINGOCOCCICA. (In collaborazione col Prof. PONTANO - v. riassunto Prof. PONTANO). (*Polislinico, Sez. Medica*, 1921).

- 3) SUL SINGHIOZZO EPIDEMICO - Ricerche sperimentali e note critiche. (In collaborazione col Prof. PONTANO - v. riassunto Prof. PONTANO). (*Polislinico, Sez. Pratica*, 1921).

- 4) SOPRA UN CASO DI MIXEDEMA CON DIATROFIE PLURIGLANDOLARI. (*Polislinico, Sez. Medica*, 1922).

È lo studio clinico d'un caso di mixedema nel quale si rilevavano sintomi che depongono per una insufficienza ipofisaria e surrenale.

Dalle valutazioni di tutto il complesso sintomatico e dalla osservazione degli effetti della terapia con sola tiroidina, l'A. conclude che si tratti di insufficienze funzionali ipofisarie e surrenali dipendenti dalla alterazione primitiva della tiroide.

- 5) IL VALORE CLINICO DELLE REAZIONI DI MEINICKE E DI SACHS-GEORGI IN CONFRONTO CON LE REAZIONI DI WASSERMANN NELLE SIERODIAGNOSI DELLA SIFILIDE. (*Polislinico, Sez. Pratica*, 1922).

Eseguendo comparativamente le reazioni di WASSERMANN, di MEINICKE e di SACHS-GEORGI, secondo le tecniche originali e con estratti personalmente preparati, ha ottenuto una spiccata concordanza fra le varie reazioni, osservando però che le reazioni di florculazione si dimostrano meno sensibili della R. W., ma che presentano una minore percentuale di reazioni aspecifiche.

- 6) ANAFILASSI ED ANTIANAFILASSI. (*Polislinico, Sez. Medica*, 1923).

È una rivista sintetica che raccoglie le varie osservazioni e le varie teorie pubblicate sull'argomento. Alla esposizione della materia è congiunta una critica delle varie teorie.

- 7) I TIPI DI STREPTOCOCCO NELL'ENDOCARDITE MALIGNA. (*Polislinico, Sez. Medica*, 1923).

Riferisce lo studio clinico e batteriologico di vari casi di endocardite maligna sia acuta che lenta. Mentre nei primi ha sempre isolato lo streptococco emolitico, negli altri ha coltivato dal sangue o lo streptococco *viridans* od uno streptococco anemolitico. Da ciò l'A. pensa che lo streptococco *viridans* non sia il solo agente dell'endocardite maligna lenta, ma che questa possa essere data anche da altri tipi di streptococco.

- 8) REAZIONI CUTANEE NELL'INFEZIONE DA MICROCOCCO MELITENSE. (*Polislinico, Sez. Pratica*, 1923).

Ha applicato la intradermoreazione di BURNET alla melitina sia in ammalati di febbre di Malta, quanto in altre forme morbose, specie nei tubercolosi, e nei vani, ottenendo risultati positivi solo nei casi di infezione melitense in accordo con i risultati di BURNET.

- 9) IL VALORE CLINICO DELLA REAZIONE DI BESREDKA NELLA DIAGNOSI DELLA TUBERCOLOSI. (*Polislinico, Sez. Medica*, 1924).

Sperimentando detta reazione, e concordemente con i risultati riferiti dai vari Aa., ha potuto notare che la deviazione del complemento con l'antigene di BESREDKA, nei malati di tubercolosi, è positiva soltanto nelle forme in evoluzione, mentre non dà risultati di qualche utilità nelle forme iniziali. Non fornisce alcun criterio nei riguardi della prognosi.

- 10) I METODI BIOLOGICI NELLA DIAGNOSI DELL'ECHINOCOCCOSI UMANA. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1924).

Dalla osservazione dei risultati ottenuti applicando i vari metodi biologici nei casi certi di echinococcosi, rileva come la intradermoreazione sia il metodo più sensibile specie se viene impiegato liquido cistico umano.

- 11) SOPRA UN CASO DI TUMORE PRIMITIVO DEL FEGATO A LENTISSIMO DECORSO (LINFANGENDOTELIOMA). - (*Polislinico, Sez. Medica*, 1924).

È l'esposizione di un raro caso clinico osservato per lungo tempo (quasi due anni) nella Clinica medica di Roma, con-

trollato all'esame anatomico-patologico e studiato istologicamente.

- 12) SOPRA UN CASO DI ENDOCARDITE GONOCOCCICA. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1924).

Riporta un caso clinico di endocardite gonococcica nel quale la diagnosi fu potuta fare in base alla emocoltura. Il reperto anatomico-patologico era eccezionale dimostrando l'esistenza di una endocardite delle valvole aortiche a tipo verrucoso. Nelle sezioni delle valvole vennero riscontrati i gonococchi.

- 13) I METODI BIOLOGICI NELLA DIAGNOSI DELLA ECHINOCOCCOSI UMANA - L'INTRADERMOREAZIONE PRECOCE. (*Polisclinico, Sez. Medica*, 1924).

È uno studio particolareggiato della intradermoreazione con liquido cistico. La maggiore sensibilità della reazione intradermica di fronte alle altre prove biologiche, può essere di grande aiuto nella diagnosi: però esistono reazioni aspecifiche, così come reazioni aspecifiche sono state riscontrate nella reazione di deviazione del complemento.

- 14) IL GRANULOMA MALIGNO. (L. Pozzi, Roma 1925).

È uno studio monografico sul granuloma maligno, con il contributo di varie osservazioni personali (13) concernenti lo studio di malati, non soltanto dal punto di vista clinico, ma anche da quello anatomico-patologico ed istologico, e corredato da una serie di ricerche dirette alla ricerca dell'agente eziologico del granuloma maligno.

- 15) IL VALORE DELLA INTRADERMOREAZIONE NELL'INFEZIONE MELITENSE. (*Polisclinico, Sez. Pratica*, 1925).

Di fronte a risultati discordi comunicati da vari Aa. circa l'intradermoreazione alla melitina, ha studiato la diversa azione di melitine preparate da stipti diversi di micrococco, dimostrando come non tutti gli estratti siano ugualmente utilizzabili nella esecuzione della intradermoreazione. Conferma però la specificità della reazione.

- 16) REAZIONI BIOLOGICHE DEI SIERI FILTRATI ATTRAVERSO MEMBRANE DI COLLODIO. (*Polisclinico, Sez. Medica*, 1925).

È uno studio sulla ultrafiltrazione di sieri per sacchetti di collodio, diretto allo scopo di studiare il comportamento delle sostanze contenute nei sieri e considerate quali anticorpi. Ha osservato come nessuno degli anticorpi attraversi dette membrane.

- 17) LA REAZIONE DI WASSERMANN NEI SIERI FILTRATI PER SACCHETTI DI COLLODIO. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1925).

Sottoponendo all'ultrafiltrazione per membrana di collodio i sieri a W. R. positiva e negativa, ha dimostrato come le sostanze derivanti non attraversino la membrana filtrante, e come esse siano strettamente legate alle globuline del siero. Con l'aiuto della ultrafiltrazione ha potuto isolare e studiare il comportamento delle globuline dei sieri a W. R. positiva e di quelli a W. R. negativa.

- 18) INTERVENTI CHIRURGICI NELLA CURA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. (*Polisclinico, Sez. Medica*, 1925).

È una rivista sintetica e critica di tutti i metodi proposti per la cura chirurgica della tubercolosi polmonare.

- 19) RESOCONTO CLINICO SU ALCUNI CASI DI TUBERCOLOSI TRATTATI CON LA SANOCRISINA. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1926).

Riporta i risultati ottenuti applicando la sanocrisina nella cura di 10 casi di tubercolosi polmonare.

Riferisce le conclusioni dell'osservazione clinica di malati, e i dati dell'osservazione dell'andamento della lesione polmonare sotto il controllo dell'esame radiografico, osservando come i risultati ottenuti siano meno favorevoli di quelli pubblicati dagli Aa. danesi.

- 20) L'ULTRAFILTRAZIONE COME MEZZO DI ISOLAMENTO E STUDIO DELLE GLOBULINE SPECIFICHE PER LA REAZIONE DI WASSERMANN. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Roma*, 1926).

Estendendo i metodi di indagine applicati ai sieri per lo studio della W. R., anche al liquido cefalo-rachidiano, ha osservato come soltanto le globuline di liquido provenienti da individui affetti da lesioni nervose luetiche abbiano la proprietà di dare la W. R. positiva, a differenza della globuline dei liquidi cefalo-rachidiani nelle meningiti d'altra natura. Ha usato l'ultrafiltrazione per l'isolamento delle globuline.

- 21) LA SANOCRISINA NELLA CURA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. (L. Pozzi, Roma 1926).

È la prima monografia uscita in Italia sul valore della sanocrisina nella cura della tubercolosi polmonare. Espone le osservazioni compiute in 22 casi, dei quali riporta il decorso clinico e i documenti radiografici delle lesioni polmonari. Alla esposizione dei risultati ottenuti seguono considerazioni critiche sulle osservazioni pubblicate quasi contemporaneamente nelle altre scuole all'estero.

VALENTINI Dott. AGENORE (già assistente volontario).

- 1) IL RIFLESSO DI DIFESA DAL PUNTO DI VISTA CLINICO.

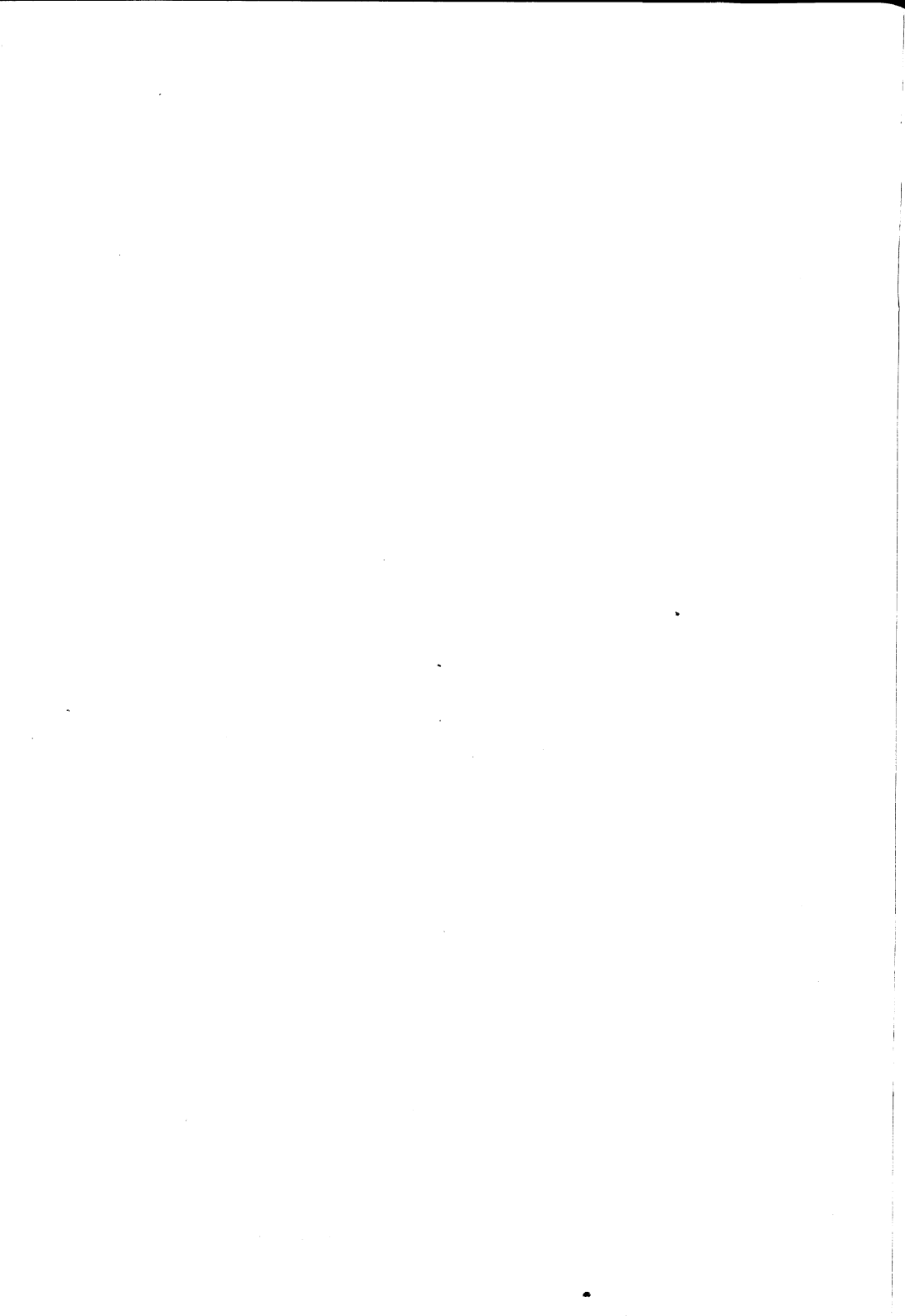
Stimolazioni meccaniche ed elettriche della pianta e del dorso del piede e dei tessuti profondi provocano in un arto paralizzato una triplice flessione associata o no al segno di Babinski.

Tale riflesso variamente studiato e interpretato dal punto di vista fisiopatologico dai più eminenti neurologi è di grande utilità nella diagnosi di molti processi patologici del midollo spinale.

Esso ha un particolare valore in tutte le alterazioni che provocano una compressione del midollo, specie tumori, nel senso che un riflesso di difesa assente parla più per un processo intrinseco mielitico o degenerativo, mentre un vivace riflesso di difesa depone più per un tumore, per una alterazione meningitica o estrapeningea.

Pur non avendo un valore diagnostico topografico tale riflesso resta in ogni modo un prezioso mezzo di sussidio diagnostico.

TESI DI LAUREA FATTE IN CLINICA MEDICA
DAL 1918 AL 1927



COGNOME E NOME	DATA		ARGOMENTO	VOTI
MORUCCI GIUSEPPE	7 maggio	1918	Ascenso epatico.....	82/110
MORUCCI ARTURO	7 maggio	1918	Ricerche sperimentali ed istologiche sui trapianti del timo.	95/110
MONTELEONE REMO	12 luglio	1918	Il novarsenobenzolo nelle anemie sperimentali.	90/90
PASQUALI ORSOLA	12 luglio	1918	La Widal negli immunizzati	90/90
SCEFTEL MARCO	18 luglio	1918	Sindrome emorragica	82/90
CINIERI GIUSEPPE	21 dicembre	1918	Cisti da echinococco del polmone: diagnosi, prognosi e cura.	72/90
RUMMO FRANCESCO.....	21 dicembre	1918	Il cuore dei tbc.: ricerche cliniche e radiologiche.	81/90
ADDOBBATI FRANCESCO.....	21 dicembre	1918	Le albuminurie non nefritiche.....	81/90
PARISI ENNIO.....	22 luglio	1919	La sifilide nella etiologia dell'ulcera gastroduodenale.	75/90
CENSI MANCIA LUCIO.....	22 luglio	1919	Edemi da fame	72/90
RIPANDELLI RENATO.....	22 luglio	1919	La chinina nella profilassi e nella cura della influenza.	64/90
ROSA ENRICO.....	22 luglio	1919	Sui metodi per la ricerca clinica dell'acido glicuronico nelle urine.	94/100
GALLO UGO.....	22 luglio	1919	Sull'ematologia del morbo di Basedow.....	77/100
GIULIANI ALFREDO	22 luglio	1919	Ricerche sul tifo esantematico	76/100
DAMIÈ MARIA	25 luglio	1919	Contributo allo studio clinico e radiologico degli spasmi esofagei.	97/110
BUCCI CELESTE	25 luglio	1919	Sul valore clinico delle intradermoreazioni nelle cisti da echinococco.	100/100 lode
GAGLIARDI ELVIRA	25 luglio	1919	La emoglobinuria da chinino	90/100
PETRUCCI ACHILLE	27 luglio	1919	Cirrosi biliare di Hanot e da stasi.....	76/110
ARMENACK ALICHANNAM.....	27 luglio	1919	Diagnosi del tifo esantematico	85/110
SCARDAZZA AURELIO.....	20 dicembre	1919	Studi recenti sulla encefalite letargica epidemica acuta.	80/110
PERTICONE FRANCESCO.....	20 dicembre	1919	La patogenesi e la etiologia dell'asma bronchiale.	81/110
CARUSO SALVATORE	21 dicembre	1919	Ascessi subfrenici.....	65/100
GIURLEO MICHELE	21 dicembre	1919	L'emoglobinuria da chinino in soggetti malarici.	87/100
ARMENTANO LUIGI	21 dicembre	1919	L'ascenso epatico dissenterico e la cura medica coll'emetina.	85/100
CIPOLLONI GUIDO	22 dicembre	1919	Ascenso epatico acuto da dissenteria amebica..	77/90
DE-CAPITE ANTONIO	22 dicembre	1919	Tachicardia parossistica	69/90
RANUCCI BERNARDINO	22 dicembre	1919	Moderne vedute sulla etiopatogenesi e sulla terapia dell'asma bronchiale.	78/90
MONTERÒ ALESSANDRO	29 aprile	1920	Sulle alterazioni anatomo-patologiche nel morbo di Addison.	70/100
COSTANTINI DOMENICO	29 aprile	1920	Patogenesi dell'ulcera gastrica	84/100
FABRIS ANGIOLO	29 aprile	1920	La cura della dissenteria col siero antidisenterico.	96/100

COGNOME e NOME	DATA		ARGOMENTO	VOTI
ANNESSA GIOVANNI.....	12 luglio	1920	Studio clinico di 32 casi di encefalite letargica.	72/80
GAGLIARDI GAETANO	14 luglio	1920	Glicosurie non diabetiche.....	105/110
AIELLO GIUSEPPE.....	14 luglio	1920	La glicemia	110/110 lode
GALLUZZO MICHELE	15 luglio	1920	La terapia aspecifica delle malattie infettive.	100/100
MAGALOTTI EUGENIO	15 luglio	1920	Sulla natura e patogenesi dei versamenti pleurici a destra, nei cardiopazienti.	99/110
MAUGERI CARMELO	20 luglio	1920	Sul valore clinico di alcuni metodi per la funzionalità renale.	84/90
BENEDETTELLI ERNESTO	21 luglio	1920	I vaccini di Walcker	90/100
PISANI ADELE.....	21 luglio	1920	Intradermo- e sottocutaneo-reazione col liquido cistico nelle echinococchi umane.	100/100
FRONGIA MARIO	21 luglio	1920	Il pneumoperitoneo artificiale	90/90 lode
BUSACCA GIUSEPPE	9 dicembre	1920	La diagnosi degli aneurismi dell'aorta.....	77/90
SCHEMITZ RENATO	9 dicembre	1920	Influenza delle malattie dello stomaco sugli organi della circolazione e sul sangue.	65/90
MESSINA VINCENZO.....	14 dicembre	1920	Forme fruste del morbo di Basedow.....	77/90
SCIVITTARO VALENTINO	15 dicembre	1920	Determinazione dei gruppi sanguigni	76/100
DI-PASQUA FILIPPO.....	12 febbraio	1921	Intradermoreazione con liquido cistico nelle cisti da echinococco.	78/110
UNNES ARTURO SAMUELE	14 luglio	1921	Sulla echinococchi peritoneale.....	77/110
TILCHE NADINE.....	14 luglio	1921	Patogenesi del diabete insipido	100/100
RAZZA AGOSTINO	14 luglio	1921	L'elioterapia nelle affezioni tubercolari.....	80/100
DE-RUVO FRANCESCO	15 luglio	1921	Ricerche sulla glicemia.....	110/110
NAGAR GIUSEPPE.....	15 luglio	1921	Motilità e succo gastrico in varie affezioni gastriche ed extragastriche.	99/110
D'ARIANO GAETANO.....	15 luglio	1921	I vari tipi di pneumococchi in Italia	90/90
ACCORINTI AMILCARE	16 luglio	1921	Encefalite epidemica	80/100
VANNI VITTORIO	16 luglio	1921	Saggi di misura biologica delle radiazioni.....	108/110
BRUNO GIROLAMO	16 luglio	1921	Diagnosi radiologica della tbc. miliare	83/110
BARTOLI CATERINA	16 luglio	1921	Ricerche sulla colemia e sulla coluria salina...	110/110
PARLAVECCHIO ALFREDO	16 luglio	1921	Sulla cura della leucemia mieloide	110/110
BRUNI ENRICO	16 luglio	1921	L'anchilostomiasi nell'Abruzzo citeriore	96/100
CANCOARI CLAUDIO	12 dicembre	1921	L'azione dell'ouabaina sulla funzione cardiaca normale e patologica.	85/100
SFORZA BENIAMINO.....	14 dicembre	1921	Alcune considerazioni sulla sifilide dell'aorta.	66/110
GRASSI ANGELO-RAFFAELE	14 dicembre	1921	Metodi biologici nella diagnosi della sifilide...	99/110
TOSCANO CARMELO	15 febbraio	1922	Le moderne vedute sull'anemia perniciosa ..	102/110
MARIANI MARIO	15 febbraio	1922	Emoglobinuria parossistica a frigore	95/110

COGNOME E NOME	DATA	ARGOMENTO	VOTI
MARINOVA MARINA	10 luglio 1922	Le reazioni farmacodinamiche nell'ulcera gastrica e duodenale.	87/90
CASELLA GIOVANNI.....	19 luglio 1922	La presenza dei cristalli di Charcot-Leyden nelle feci.	97/110
TONELLI LANFRANCO	20 luglio 1922	Contributo allo studio radiologico dell'ulcera duodenale con radiografie in serie.	110/110 lode
MASSA MARIO	20 luglio 1922	Assorbimento, eliminazione e tossicità della cinchonina.	106/110
FASELLA FELICE	20 luglio 1922	Contributo alla conoscenza dei cosidetti itteri statici e dinamici.	90/90 lode
FORTI CLARA	21 luglio 1922	Ricerche sulle glicemie	110/110 lode
SMERCHINICH GIOVANNI.....	22 luglio 1922	La cura delle pleuriti col pneumotorace	96/100
NERVI CAMILLA	24 luglio 1922	Ricerche sull'ulcera duodenale	110/110 lode
PENSUTI PAOLO	24 luglio 1922	A proposito di un caso di dermatomiosite	96/110
GHIRON EVA.....	10 luglio 1923	La Bilharziosi in Egitto.....	100/100 lode
POZZI ARNALDO	11 luglio 1923	Per la conoscenza della sifilide gastrica.....	99/110
TESTARMATA GIOVANNI	11 luglio 1923	Fenomeni di sensibilità cutanea nell'infezione da micrococco melitense.	110/110
SCALZITTI GIULIO	13 luglio 1923	La cura della sifilide viscerale.....	88/110
NICO ANTONIO	17 luglio 1923	Sul valore della deviazione del complemento nella diagnosi di tbc.	100/100
PAPA GENNARO	17 luglio 1923	Contributo all'azione della florizina sullo zucchero del sangue dei nefritici.	96/110
LAPENNA MARINO	18 luglio 1923	Il pasto unico in clinica ed in radiologia	100/100
FRANCESCHELLI NICOLA	18 luglio 1923	Esplorazione del simpatico in clinica.....	110/110 lode
MANCA SERAFINO	18 luglio 1923	Studi sull'uricemia	100/100
LUBIN LUIGI	19 luglio 1923	La vaccino e sieroterapia nelle complicazioni e nelle metastasi gonococciche.	87/100
GIUDICE ANTONIO	19 luglio 1923	Trattamento della scarlattina col siero dei convalescenti.	97/110
TOLA ANTONIETTA	19 luglio 1923	Studi sull'insufficienza funzionale del fegato...	110/110 lode
TOMMASINO ORESTE	19 luglio 1923	La reazione di Wassermann e di Sachs-Georgi nella scarlattina.	88/100
TRIPODI MARIO	19 luglio 1923	Le sindromi anginose nella scarlattina.	100/100
BEVILACQUA RENATO	21 luglio 1923	La reazione di Schick nelle malattie esantematiche.	89/100
CACE MANLIO	21 luglio 1923	Ricerche farmacologiche e cliniche sul polso raro permanente da dissociazione atrio-ventricolare completa.	90/100
SPINELLI GAETANO	23 luglio 1923	Ulcerazioni esofagotracheali	80/100

TESI DI LAUREA FATTE IN CLINICA

COGNOME E NOME	DATA		ARGOMENTO	VOTI
RAGNI-BASSO NICOLA.....	23 luglio	1923	Sui problemi etiologici in rapporto alle forme di Addison Biermer.	70/110
COSTANTINO TOMMASO.....	23 luglio	1923	Anemie perniciose criptogenetiche con speciale riguardo alla patogenesi.	105/110
MEGALE RENATO.....	23 luglio	1923	Diatasi emorragiche.....	90/100
PRESICH GREGORIO.....	24 luglio	1923	Sul valore diagnostico del liquido cefalo-spinale.	88/110
MATTEI MARCELLO.....	26 novembre	1923	Complicazioni osteo-articolari tifiche.....	90/100
PAOLA GIOVANNI.....	13 dicembre	1923	Contributo alla conoscenza della patogenesi dell'atrofia gialla acuta del fegato.	70/100
TORTA GIUSEPPE.....	13 dicembre	1923	La leucemia acuta.....	92/100
TRIMARCHI LORENZO.....	15 dicembre	1923	La cura medica dell'ascenso epatico dissenterico.	94/100
ALFRAZZI VITTORIO.....	15 dicembre	1923	Sopra di un caso di tumore primitivo del fegato.	94/110
OGNIBENE GIUSEPPE.....	18 dicembre	1923	Diatasi emorragiche.....	90/100
MONTAGNESE GIUSEPPE.....	8 luglio	1924	Sulla sifilide del polmone.....	60/100
SISCI ANTONIO.....	8 luglio	1924	Sulla sacralizzazione dell'ultima lombare.....	74/90
BISCEGLIE VINCENZO.....	10 luglio	1924	Lo zucchero combinato nel diabete mellito e nel suo trattamento insulinico.	88/90
GOSIO RENATO.....	10 luglio	1924	Le splenomegalie con speciale riguardo alle emopatie ed alle malattie del fegato.	90/90
CHERSICH NESTORE.....	10 luglio	1924	La reazione di sedimentazione dei corpuscoli rossi.	105/110
NOVACH GIOACCHINO.....	12 luglio	1924	Morbo di Addison con sindrome lombare.....	74/100
VACCA GAETANO.....	12 luglio	1924	Azione dell'insulina sulla glicemia e lipemia diabetica	97/100
GIAQUINTO MARIO.....	14 luglio	1924	Le conseguenze della splenectomia dal punto di vista degli organi emopoietici.	90/90
VIDULICH MARINO.....	14 luglio	1924	Sul comportamento del sistema circolatorio degli atleti in allenamento.	93/100
GALLI MARIO.....	15 luglio	1924	Contributo clinico-radioscopico ed elettro-cardiografico alla conoscenza della tachicardia parossistica.	80/80
CERMINARA ADELCHI.....	15 luglio	1924	Sistema nervoso, dispepsie, disturbi gastrici.	65/90
SFORZA LUDOVICO.....	18 luglio	1924	Le modificazioni del sangue nella radioterapia delle ghiandole endocrine.	99/110
INGRASSIA GIACOMO.....	18 luglio	1924	Sugli endoteli e i monociti e la loro importanza nelle malattie infettive.	105/110
BASTIANELLO DESIDERIO.....	19 luglio	1924	Sul valore clinico della reazione glicemica.....	90/90 lode
CASSANO CATALDO.....	19 luglio	1924	Endocardite maligna.....	110/110
GATTA VIRGILIO.....	21 luglio	1924	Sull'azione del chinino sul cuore.....	110/110 lode
AITA AMEDEO.....	21 luglio	1924	Asma bronchiale.....	85/110

COGNOME e NOME	DATA	ARGOMENTO	VOTI
PASTINA SILVIO	21 novembre 1924	Un caso di stenosi pilorica da ulcera gastrica con anemia secondaria.	77/110
MICELI DOMENICO	25 novembre 1924	La provocazione della malaria latente.....	78/100
FABIANI CLEMENTE	1 dicembre 1924	Sifilide polmonare	88/110
ALLAZETTA AMEDEO	1 dicembre 1924	Tbc. e costituzione.....	99/110
PLACIDA FRANCESCO	3 dicembre 1924	Su di un caso di febbre leutica terziaria	64/100
JANOVESCU EUGENIA	3 dicembre 1924	Malaria grave con manifestazioni papulo-eritematose.	60/100
DOMINIS PAOLO	4 dicembre 1924	Un caso di tumore del mediastino anteriore trattato con la radioterapia.	68/90
SELVAGGI GIOVANNI	11 maggio 1925	Influenza della milza sul ricambio degli idrati di carbonio.	88/110
BLEFARI MELAZZI TEOFILO	13 luglio 1925	Sifilide e diabete.....	101/110
AMATO SALVATORE	13 luglio 1925	L'insufficienza respiratoria nelle stenosi laringee e nei tracheotomizzati.	110/110
MAZZARELLA MARCELLO	14 luglio 1925	Influenza delle ripetute gravidanze sulla patogenesi dell'arteriosclerosi.	90/100
PETZ EGIDIO	14 luglio 1925	Azione dell'insulina sulla secrezione esterna del pancreas nel diabete mellito	90/90
LAPENNA MARGHERITA	15 luglio 1925	Ricerche sui rapporti fra glicemia e secrezione interna con speciale riguardo all'azione dell'insulina.	110/110 lode
THEMER REGINALDO	15 luglio 1925	I caratteri del polso nelle diverse forme di malaria.	87/100
RUGGERI GIUSEPPE	16 luglio 1925	Studio clinico della pressione capillare	99/110
CASTANA VINCENZO	17 luglio 1925	Valore dell'intradermoreazione nell'infezione melitense.	80/100
CARUSO ROSALBINO LUIGI	18 luglio 1925	Siero di convalescenti e terapia aspecifica della scarlattina.	72/110
CANNAVÒ LETTERIO	18 luglio 1925	Il bilancio chetoni, antichetoni nell'organismo diabetico.	110/110
FAZZINI DINO	20 luglio 1925	L'infezione erisipelatosa - Studio clinico sulle predisposizioni allo attecchimento.	100/100
CIVICO ELENA	12 luglio 1926	I lipoidi del sangue nelle anemie	110/110 lode
CELLETTI LUIGI	12 luglio 1926	Le cutireazioni nella sierodiagnostica dei tumori maligni.	110/110
SINI PIETRO	12 luglio 1926	I preparati di oro nella cura della tbc. polmonare.	106/110
COCCO GASPARE	12 luglio 1926	Sui disturbi della conduzione intraventricolare.	110/110
BOCCONI ELVIRA	15 luglio 1926	Azione della tripsina sulla insulina.....	110/110
COMBERIATI LUIGI	15 luglio 1926	L'importanza delle cellule di Kupfer e del reticolo-endotelio nelle anemie perniciose e nelle anemie gravi.	110/110 lode

COGNOME e NOME	DATA	ARGOMENTO	VOTI
DELLA-TORRE GIACOMO	15 luglio 1926	L'ultrafiltrazione e la digestione triptica nello studio del meccanismo della R. W. sui sierici e sui liquidi cefalo-rachidiani.	110/110 lode
FABRIZI MARIA	15 luglio 1926	Azione dell'emetina sul sistema cardiovascolare e sulla temperatura.	100/100
PALAZZO MARIA	15 luglio 1926	Rapporti fra resistenza globulare e lipoidi nel sangue.	100/100 lode
PERUZZI BERNARDINO	15 luglio 1926	La curva comparativa della bilirubinemia e della bilirubinuria nel decorso degli itteri.	90/100
RICCI UMBERTO	19 luglio 1926	La terapia insulinica nel diabete mellito.....	75/100
SALZMANN SOFIA	24 luglio 1926	I metodi di esplorazioni della funzione tiroidea nella malattia di Flaiani-Basedow ed il loro valore in clinica.	110/110 lode
MESITI SALVATORE	25 novembre 1926	La gangrena polmonare	77/110
KÖRÖSI PAOLA	9 luglio 1927	L'azione della chinina sull'attività vascolare...	99/110
FERRO-LUZZI GIOVANNI	9 luglio 1927	L'apparato cardiovascolare nella malattia di Flaiani-Basedow.	100/100
SABBATUCCI MARIO	9 luglio 1927	Contributo allo studio di alcune reazioni di fissazione del complemento.	110/110 lode
TORRIOLI MARIO	9 luglio 1927	Esperienze di fisiopatologia del midollo osseo.	110/110 lode
DE-BONIS GIUSEPPE	9 luglio 1927	Azione emolitica <i>in vitro</i> degli estratti splenici variamente preparati.	109/110
SERRA VITTORIO	9 luglio 1927	Esame della cronassia nella febbre tifoidea	110/110 lode
DE-MURO PAOLO	9 luglio 1927	L'insufficienza respiratoria nella malaria acuta e cronica.	107/110
GRASSO ROSARIO	11 luglio 1927	Diagnosi radiologica delle cisti da echinococco del polmone.	100/100
RUSCIANI FRANCESCO	11 luglio 1927	La istamino-reazione nella diagnostica gastrica.	100/100
MARONGIU SALVATORE	11 luglio 1927	Valore clinico della determinazione della massa del sangue col rosso-congo.	100/100
PIGNOCCO CESARE	11 luglio 1927	L'esame fisico del muscolo in riposo	100/100
SEVERI PAOLO	11 luglio 1927	La sintalina nella cura del diabete	76/100
GRISLEY GUGLIELMO	11 luglio 1927	L'emoglobinuria nei malarici	85/100
NUNZIATI TORQUATO	18 luglio 1927	Sieroprofilassi antimorbillosa.....	90/110
ORLANDO LUIGI	18 luglio 1927	Cutireazione di Von Pirquet, Reazione di Schick. Vaccinazione Jenneriana nelle malattie esantematiche.	102/110
ZANNELLI CARLO	19 luglio 1927	La riattivazione della malaria latente per mezzo dell'idroclorato di berberina.	95/110
POLACCO ADRIANO	19 luglio 1927	Contributo allo studio della istologia dei versamenti pleurici.	110/110
SOVENA ENRICO	19 luglio 1927	Ricambio intermedio dei diabetici prima e dopo il trattamento insulinico.	110/110
COLETTA NUNZIO	20 luglio 1927	Calcoli gigante del rene con due casi svelati radiologicamente.	72/110

IL NOSOGRAFISMO SCIENTIFICO
NEL FUNZIONAMENTO
DELLA CLINICA MEDICA DI ROMA

RESOCONTO LETTO
DAL PROF. VITTORIO ASCOLI
IL XVII DICEMBRE MCMXXVII



Si compie in questi giorni il decimo anno da che ho iniziato l'insegnamento della clinica medica nell'Università di Roma. Parmi giunta l'ora ch'io dimostri alla Facoltà come ho ottemperato all'ordine che da essa ebbi quando fui chiamato a questa cattedra. L'ordine fu: *dare all'Istituto di Clinica medica di Roma quel definitivo assetto che è urgentemente reclamato dalle odierne esigenze didattiche e quell'impulso scientifico ch'è nei voti di tutti.*

Poichè della clinica medica, cioè di quanto riguarda la comprensione e la cura delle malattie, hanno pure diritto ad essere informati i pubblici poteri e la cittadinanza, questo resoconto vuol essere pubblico ed ufficiale.

Nella prolusione al primo corso, il 19 dicembre 1917, definii i compiti della clinica medica, accennai ai metodi che avrei seguito nell'ordinamento dell'Istituto e nell'insegnamento, e presi solenne impegno di *conservare alta e pura la face della medicina* che la sorte voleva passasse dal mio grande e indimenticabile maestro BACCELLI alle mani devote del suo discepolo.

Corre sempre un gran divario fra il dire e il fare, tra l'entusiasmo dei propositi e la loro realizzazione pratica. Persona a parte, il divario poteva essere enorme, sia per la estensione, molteplicità e complessità dei compiti della Clinica, sia per le traversie politiche ed universitarie dell'epoca storica corsa dal 1917 ad oggi. Ho atteso un decennio, per non limitarmi ad ostendere ai vostri occhi una organizzazione materiale, ma per presentare a voi una *scuola in funzione*, vale a dire un Istituto in cui gli impianti scientifici funzionassero nella piena efficienza, in cui il personale fosse allenato per il proprio ufficio, in cui il lavoro fosse fusione di energie con direttive proprie, in cui insomma spirasse *un'anima*.

Se pur costituisce arduo e duro lavoro organizzare materialmente un istituto, ben altra difficoltà è infondergli la vita. Selezionare il personale

dall'alto al basso, educarlo alla tecnica e alla convivenza, coordinarne l'opera per fondere in armonia le molteplici attività che nella funzione di un moderno istituto di clinica medica entrano in giuoco, richiede una assidua, penetrante, lunga fatica. I risultati si vedono soltanto a distanza. Per dare prove tangibili della attività e del carattere della scuola che ho fondato, attendere un decennio è stato necessario.

Mezzo preliminare all'organizzazione di qualsiasi istituto si è quello di fornirsi di personale adeguato. La scelta del personale medico è stata per me agevole. Penoso m'è riuscito rinunziare a buoni elementi che si offrivano, e respingere le raccomandazioni che affluivano d'ogni parte. Due qualità ho preferito: il valore tecnico personale e la presumibile amalgamazione, in guisa che io potessi per ognuna delle branche, di cui la Clinica medica si compone, disporre di persone competenti, e che potessi ridurre al minimo gli attriti e i contrasti che dai diversi temperamenti derivano e fra i medici sono leggendari; potessi insomma far convergere le operanti energie a beneficio dei malati e dell'insegnamento. Nel progressivo sviluppo dell'Istituto tutto è andato liscio fino a quattro anni fa, quando tutti i miei aiuti vinsero pubblici concorsi per titoli ed esami, e dovettero abbandonare la Clinica. La pena di perdere preziosi collaboratori fu addolcita dal piacere di vederli avviati al successo, e dalla soddisfazione di corrispondere ad una delle funzioni più importanti d'una Clinica, formare medici di coltura e di esperienza superiori.

Dovetti rifarmi il personale. Le nuove forze acquisite hanno prontamente corrisposto ai miei intenti: la prima sistemazione aveva preparato l'ambiente. I nuovi assistenti hanno già dato prove felici della loro preparazione negli esami di Libera Docenza.

Io in vero ho sempre preteso dal personale un lavoro faticoso. Con la minuta redazione delle storie

cliniche sistematicamente corredata dagli esami funzionali più importanti e con le esercitazioni fatte a gruppi di studenti, con le ricerche di laboratorio, tutta la loro giornata è stata occupata in doveri d'ufficio. Il personale ha fatto dono del suo tempo, accordando un'alacre, consapevole e fedele collaborazione. La fatica è stata lieta nell'intimità cordiale dei rapporti, come in una famiglia che abbia un punto d'onore da sostenere.

Sono essi, i miei aiuti ed assistenti che mi hanno spinto a fare il resoconto decennale. Li ho seguiti, perchè nel loro desiderio vedevo realizzato uno dei cardini del mio programma del 1917: *non in un uomo, avevo detto allora, ma in una scuola può incarnarsi la clinica moderna.*

La volontà di valorizzare il lavoro collettivo nel nome del maestro, il sentimento di solidarietà con lui sono la prova evidente che qui le energie sono fuse e le anime raccolte, che la scuola è formata.

A questa mia scuola potevo io negare la soddisfazione di rendere pubblici i suoi sforzi, i suoi risultati? Mentre però io preparavo un resoconto severamente contenuto nella realtà, essi predisposero una esaltazione del loro Direttore che trova scusa soltanto nell'affetto ond'era ispirata. Sono venuto a conoscenza dei loro progetti, quando erano per metà eseguiti e oppormi equivaleva ferire un sentimento che so essere profondo e che con cuore commosso vivamente ricambio.

Diversamente sono andate le cose, per quanto si riferisce all'ordinamento del personale di assistenza dei malati, che pure in una clinica ha importanza essenziale. Traverso a quanti contrasti, a quante pene, io sia riuscito a sistemare il servizio di assistenza, sarebbe lungo riferire; eppure avrei episodi gustosi da ricordare, osservazioni istruttive sulla mentalità delle donne, degli uomini, dei governanti. In primo tempo sostenni una lotta accanita contro la Camera del lavoro la quale era appoggiata dalle autorità politiche e perfino da un ottimo Sottosegretario di Stato all'Interno, e con la forza cacciai via un gruppo di gente inetta e raccolta dalla strada, che usurpava titolo e funzioni d'infermiere.

Per l'assistenza ai malati ingaggiai invece un manipolo di infermiere diplomate libere, cui allestii un alloggio più che decente e feci buone condizioni economiche. Sarò stato ingenuo a pretendere una

ordinata convivenza da dodici donne in una casa, quando ne bastano tre di solito per crearvi l'inferno. Per scusarmi, confesso che contavo sopra il senso di responsabilità in donne evolute e sopra una gerarchia, il cui regolamento restò sulla carta. Da esse ottenni un ottimo servizio in corsia; ma ebbi anche tante beghe che dopo sei anni di paziente esperienza liquidai il personale, e cambiai strada.

Felice periodo è quello degli ultimi tre anni, nei quali, grazie alla collaborazione della marchesa Targiani, che con spirito illuminato e con passione amorosa soprintende all'organizzazione delle infermiere della Croce Rossa, sono riescito a costituire nella Clinica una sezione della Scuola per infermiere.

La Clinica, mediante questa scuola, dispone di personale tecnico selezionato e disciplinato dalla Croce Rossa, e mentre provvede alla buona assistenza dei suoi infermi, coopera ad una funzione sociale, educando infermiere provette. Ringrazio di cuore la marchesa Targiani, e ne addito l'opera alla riconoscenza del Paese. Non amo le iperboli, nè mi lascio suggestionare dal sentimento: affermo l'importanza nazionale della Scuola per infermiere nelle Cliniche, di cui Roma ha dato il primo esempio. Io sono da anni convinto che lo Stato come provvede alla formazione delle maestre elementari, dovrebbe provvedere alla formazione delle infermiere: come ha scuole sue per le maestre, dovrebbe avere scuole sue per le infermiere. Ha riconosciuto l'obbligo del diploma per le infermiere: riconosca il suo dovere di preparar le giovani donne ad ottenerlo.

Lo Stato dispone di istituti clinici suoi in cui l'educazione del personale di assistenza si può compiere, sia come preparazione culturale (non dirò scientifica), sia come allenamento tecnico: introdurre le scuole di infermiere dentro le cliniche equivale a rialzare il tono dell'assistenza medica. Senza molto dispendio di moneta, è questo l'inciampo più grosso d'ogni iniziativa, lo Stato potrebbe istituire questo tipo di scuola professionale, che apre la strada ai molteplici uffici nei quali la donna gioverebbe alla società: dalle infermiere private, alle assistenti sanitarie, alle levatrici da trasformarsi in infermiere condotte, per citare solo gli uffici già bene delineati nella esperienza quotidiana.

Lo Stato, compiuto lo sforzo di fare la legge che rende obbligatorio il diploma per infermiere, s'è

tratto d'impaccio dando il consenso, sia pure la spinta, a che si costituissero scuole libere. La libertà ha lasciato sussistere, malgrado la legge, la scarsa consistenza delle scuole, la quale non è atta a destare fiducia nelle ragazze e nelle famiglie ed ostacola lo sviluppo della professione di infermiere, necessario per estendere nel nostro Paese la buona cura dei malati e l'assistenza sociale. Con tale proposta non intendo già che le cliniche governative esclusivamente dovrebbero essere scuole d'infermiere: insisto soltanto nell'invitare il Governo a istituire le scuole governative di infermiere presso le cliniche. Come accanto alle scuole secondarie governative vi sono le scuole private, potrebbero gli ospedali e anche altre istituzioni avere la libertà di istituire quante scuole vogliono, qualora ne abbiano i mezzi e diano le necessarie garanzie.

Chiedo perdono per questo sfogo personale. Ho avuto la soddisfazione di realizzare una scuola per infermiere nella Clinica, e l'esperienza di parecchi anni mi conforta nei miei vecchi propositi, anzi mi persuade e mi sprona ad insistervi per il bene generale. È una non sospettata, ma pure effettiva, funzione, che la Clinica ha esercitato.

Dopo le persone, le cose.

Già dal primo anno avevo ideato un piano completo d'organizzazione: mi sono proposto di svolgerlo gradualmente. Nei primi due anni ho provveduto alle corsie cliniche e ai mezzi didattici necessari, affinché la Clinica immediatamente rispondesse ai fini più elementari, la cura degli infermi e l'educazione dei medici. Quindi, mentre si perfezionavano e si regolavano con precise disposizioni questi servizi, ho provveduto ai laboratori scientifici, alla biblioteca e al reparto contagiosi. Gli ultimi quattro anni sono stati di vera crisi per il nostro Istituto: mancò ogni sussidio straordinario che permettesse di completare i laboratori con mezzi di indagine quali i tempi nuovi richiedevano: in qualche periodo le condizioni economiche sono state così stremate ed oscillanti da mettere in forse persino la vita ordinaria dell'Istituto. Non mi sono perso d'animo, e ho provveduto ad una revisione dei servizi, rendendo più precisa, più sicura, più intima la collaborazione tra i singoli laboratori e le corsie; ho accresciuto l'attività dell'ambulatorio e ho aggiunto ambulatori specializzati; ho procurato con le prestazioni autorizzate qualche nuovo in-

troito. Con tali mezzi ho assicurato quanto era indispensabile ai nostri bisogni. Le avversità affannano lo spirito.

Alcuni fatti recenti aprono un barlume di speranza che il duro periodo sia trascorso, e che sia consentito per l'avvenire ai nostri istituti clinici un bilancio almeno senza scosse; stabile, se non florido.

Ho creduto levar la voce, perchè continuare a celare pudicamente tali miserie non è virtù politica; tacere sarebbe colpa, perchè equivarrebbe a rassegnarsi a restare nell'attuale grado di inferiorità rispetto alle altre nazioni civili, anzi a cadere più in basso. Il che è l'antitesi del programma che il Duce ha indicato con lucida visione, esaltando il contributo di prestigio, d'onore, di forza, che le scienze portano all'avvenire della nazione.

La scarsità dei mezzi finanziari mi farà perdonare la deficienza di materiale scientifico della clinica.

Come sia costituita la Clinica risulta dalla sobria descrizione che il mio aiuto, SABATINI, ne ha fatto nell'opuscolo pubblicato per questa circostanza: risulta evidente dalle planimetrie e dalle riproduzioni fotografiche che vi sono annesse. Chi tra voi potrà, e vorrà, fare una visita all'Istituto con la guida dei miei assistenti preciserà anche meglio le sue impressioni.

Basterà ch'io qui dia un prospetto dell'Istituto.

Al primo piano, oltre quest'aula adibita per le lezioni agli studenti dei tre ultimi anni di corso, ho preparato un'auletta per lezioni dimostrative e per dare la dovuta ospitalità ai liberi docenti. Alle ali estreme sono i due reparti clinici, per donne e uomini. Ogni reparto, costituito da corsie, camere e relativi servizi d'assistenza, è sussidiato da una cameretta, ove gli assistenti e gli studenti raccolgono le storie degli infermi e praticano il più minuto esame obiettivo al di fuori della curiosità e dello sguardo degli altri degenti, e da un laboratorio, in cui assistenti e studenti di servizio eseguono le analisi più semplici e più necessarie per l'immediato bisogno della diagnosi. Per ogni reparto ho istituito una camera di soggiorno, distante dalle corsie, nella quale i malati non gravi e i convalescenti passano buona parte del giorno, mangiano, chiacchierano in libertà, leggono, sottraendosi allo spettacolo delle pene altrui e rendendo più tranquilla la vita dei

sofferenti. Nello stesso piano v'è una camera per esami antropometrici, due per esami elettrici e radiologici, una per ricerche grafiche, una per l'esame dei muscoli e per il ricambio basale, una per le piccole operazioni.

Al pian terreno ho collocato i laboratori scientifici. Un'ampia sala, mette a destra nel reparto di microscopia suddiviso in sezione batteriologica e serologica, in sezione di istologia patologica ed ematologia; mette a sinistra nel reparto chimico, suddiviso in sezione di chimica-biologica e in sezione fisico-chimica. I locali del reparto microscopico e quelli del reparto chimico sono fiancheggiati ognuno da un corridoio in cui gli studenti fanno i rispettivi esercizi di analisi, senza entrare nei laboratori, riservati alle ricerche scientifiche.

L'ampia sala del pianterreno, la quale immette lateralmente nei laboratori scientifici, ha di fronte la camera per l'elettrocardiografo, il reparto fotografico e le sale della biblioteca, abbastanza fornita di libri, ma soprattutto di periodici italiani e stranieri.

Ai singoli riparti di laboratori distribuiti nei due piani e alla biblioteca stessa è preposto un aiuto od assistente che ne ha la responsabilità diretta. Il capo di ciascun laboratorio, ove si compiono le analisi richieste dai reparti clinici e dove si svolgono ricerche scientifiche, ha una competenza tecnica specializzata, che garantisce la precisione di qualsiasi indagine. Le analisi per scopi clinici sono praticate nei singoli laboratori secondo moduli a stampa, affinché siano sempre metodicamente complete e facilmente comparabili; redatte in doppio per modo che una copia passa nella storia dell'infermo e l'altra resta nel registro del laboratorio per garanzia e per qualsiasi studio statistico avvenire. In un piccolo fabbricato che è fuori, ma accanto alla Clinica, possediamo uno *Stabularium* con ambienti adattati per le singole specie di animali usati per esperienze e relative camere di operazione e di osservazione o ricerca.

I laboratori, oltre che alle analisi per la Clinica, hanno la piena disposizione per qualsiasi ricerca scientifica: la biblioteca, aperta agli studiosi, è arma non meno indispensabile per il progresso.

Parecchi di voi avranno la benevolenza di riconoscere che il piano di ordinamento così realizzato nella nostra Clinica si adatta per lo studio scrupoloso

degli infermi e per le ricerche scientifiche. Io converrei con costoro, se i laboratori fossero provvisti almeno di apparecchi bastevoli per quelle ricerche che nelle cliniche modernamente attrezzate si compiono. In attesa del meglio, i benevoli tra voi e me, ci appaghiamo per ora dell'inquadratura generale dell'Istituto, la quale offre la possibilità di sviluppi ulteriori.

Ma da taluni competenti... di materie affini, proprio all'ordinamento generale si muovono critiche: questa, principalmente che nell'Istituto vengano incluse le varie branche della medicina a scapito della specializzazione che da anni s'è venuta creando tra i vari insegnamenti. I laboratori di ricerche che fanno corona alle corsie della Clinica appaiono un duplicato di altri insegnamenti; la concentrazione appare una sopraffazione, che, secondo le tendenze del moderno linguaggio, è stata definita *imperialismo*.

Io rispondo alla critica che un ordinamento simile era - ed è - necessario, indispensabile. La necessità fa legge. Anche là necessità dev'essere giustificata, spiegata. I laboratori clinici non costituiscono duplicati in quanto essi ne servono a insegnamenti sistematici, nè si occupano dei problemi fondamentali delle materie corrispondenti; ma semplicemente applicano all'esame di singoli individui i metodi di ricerca e i postulati delle scienze biologiche. Questi metodi di ricerca, ad esempio, dimostrano quelle alterazioni di forma e di funzione degli organi interni, le quali non sono accessibili direttamente ai nostri sensi; determinano nel sangue la proporzione di singoli componenti normali, l'accumulo di prodotti abnormi del ricambio, le modificazioni dello stato fisico-chimico; fissano l'entità delle interne combustioni; precisano il comportamento della circolazione del sangue, nelle arterie, nelle vene, nei capillari; mettono in evidenza se e quali germi di malattia si trovino nel sangue, negli organi o nei prodotti patologici; svelano quali reazioni specifiche si siano verificate dopo intervenuta l'azione patogena di sostanze abnormi organizzate o no; provano l'attività funzionale di singoli organi (muscoli, cuore, fegato, reni); saggiavano le modalità di reazione nervosa di fronte a stimoli adatti.

Anche i profani della medicina sono in grado di capire che quando il medico, dopo avere atten-

tamente esaminato un soggetto con tutti i metodi che i suoi organi di senso gli permettono e di cui una lunga esperienza ha sanzionato il valore, possederà tal genere di informazioni concrete sulla statica e dinamica degli organi del soggetto, sulle condizioni del sangue e degli umori, sarà in grado di meglio penetrare le alterazioni morbose dell'individuo. Quanta maggior copia di elementi avrà il medico a disposizione tanto più avrà modo di comprendere le funzioni, tanto più facilmente potrà formarsi un'idea complessiva, sintetica dell'individuo.

Dalla Clinica non si potrebbe andare in prestito di tutti questi elementi da laboratori di altri istituti, già perchè ci si dovrebbe rivolgere a troppi laboratori, e poi perchè essi non farebbero volentieri ricerche che loro non interessano, poi perchè si perderebbe troppo tempo, infine, e soprattutto, perchè mancherebbe il collegamento e il reciproco controllo delle analisi. La molteplicità dei laboratori non è quindi una usurpazione, un'invasione di territorio altrui: è indispensabile. Aggiungo che è insufficiente. Infatti per parecchi altri dati che ci servono dobbiamo ricorrere alle cliniche specializzate e anche alla sorella clinica chirurgica. Da tutte le scienze ogni giorno più il clinico medico ha la bisogno di trarre elementi nuovi per perfezionare la sua diagnosi.

Nella prelezione del dicembre 1917 ho descritto la crisi che le cliniche mediche attraversavano, a causa dell'eccessivo sviluppo delle scienze biologiche sperimentali. Le cliniche erano divenute fucine di esperimenti biologici e trascuravano la diagnosi e la cura del malato; d'altra parte i biologi, ch'erano maestri di ricerche sperimentali, credevano facile preda la clinica. La crisi è superata. Le cliniche sono ritornate allo studio degli ammalati: i biologi non hanno fuorviato dai laboratori. Ogni superamento di crisi porta nuovi indirizzi. La clinica medica ha imparato ad applicare i numerosi mezzi di indagine che le scienze biologiche le avevano apprestato: è divenuta più ricca di dati positivi, più complessa, più viva, e d'altra parte, poi, reagendo contro le pretese dello sperimentalismo, s'è dedicata allo studio dell'*individualità umana*, della *personalità*. Tale la duplice tendenza della clinica moderna: alle ricerche di laboratorio abbiamo ora accennato; veniamo alla personalità.

Sul modo come la personalità vada intesa, e soprattutto su i metodi con cui i singoli individui si contraddistinguono, non tutti sono d'accordo. Non è il caso di discutere qui il problema della *costituzione*, nel quale sboccano le varie tendenze degli studiosi della *personalità* in patologia.

È innegabile che nella genesi e nell'evoluzione dei processi morbosi e nelle manifestazioni sintomatiche una parte spetta all'individuo, con le tendenze ereditarie, con la sua particolare morfologia e con le proprie attitudini che si palesano nelle reazioni muscolari o vasomotorie o biochimiche di fronte alle cause patogene. La parte che spetta all'individuo sarà preponderante, se la malattia è legata ad alterazioni organiche insite nel soggetto o a ereditarie disposizioni evolutive; sarà più o meno scarsa se le cause patogene sono estrinseche e potenti, ma specialmente se esse, come avviene per lo più nelle malattie infettive acute, intaccano profondamente l'organismo e danno lesioni di organi importanti, o addirittura invadono il sangue.

La variabile importanza dell'organismo viene ammessa forse da tutti. Ma i *costituzionalisti* hanno la tendenza a dare prevalente importanza alla forma del soggetto e alle disposizioni individuali, considerandole come il fatto primo ed essenziale in tutte le malattie.

Per dimostrare come noi ci differenziamo, riferirò un esempio significativo. In parecchie occasioni, il caposcuola dei nostri costituzionalisti, il VIOLA, ribadisce il concetto che la malattia infettiva non può considerarsi l'effetto dell'attività del germe variabile secondo la condizione del terreno: afferma egli che piuttosto il germe è la scintilla che accende il processo morboso. Il classico paragone del germe e del terreno è ripudiato dal VIOLA, perchè, secondo lui, il prodotto patologico (il tubercolo ad es.) appartiene all'organismo e non al germe: a me sembra invece calzante, perchè l'organismo non l'avrebbe mai dato quel prodotto senza il germe. Io ritengo che il processo morboso risulti dalla cooperazione dei due fattori, variabili il germe nella virulenza, l'individuo nella ricettività. Ammetto anzi che maggiore importanza spetti al germe anzichè all'individuo colpito, perchè il germe in tutti gli uomini in cui attecchisce provoca analoghi processi (e talvolta ne provoca di analoghi anche negli animali) e perchè le alterazioni che il germe suole

produrre (poniamo il tubercolo) non si verificano in nessun organismo vivo se il germe non ha attecchito.

L'analogia tra l'azione della scintilla che accende la polvere e il germe che accende la malattia non mi pare giusta, perchè ogni specie di germe provoca un suo incendio cioè dire i suoi propri effetti; resiste in posto provocando effetti locali e generali o si diffonde nell'organismo; provoca con la sua presenza reazioni particolari nel soggetto. Diversa è l'azione della scintilla che produce la combustione più o meno immediata e più o meno completa, ma che alla combustione rimane estranea.

Comunque, non è con immagini o paragoni, ma con constatazioni di fatti che si affrontano e risolvono problemi biologici. E se la primitiva, ingenua batteriologia ha troppo ravvicinato i termini *germe* e *morbo*, essa ha determinato l'agente causale di molte malattie infettive; ha lumeggiato i meravigliosi e misteriosi processi della immunizzazione specifica; ha insegnato la cura diretta e la profilassi efficace di molte malattie prima mortali (difterite, tetano, meningite cerebro-spinale, ecc.); ogni giorno ci porta nuova luce di verità. Il costituzionalismo per quanto glorioso non può offuscare i meriti della batteriologia.

Un altro punto fondamentale ci divide dai costituzionalisti. Essi partono dal concetto dell'*unità* dell'organismo, così nello stato normale come nello stato patologico.

I costituzionalisti pertanto definiscono la malattia come una deviazione della vita normale, come una alterazione dell'intero organismo, cioè di un tutto inscindibile. È antichissimo concetto questo dell'*unità* dell'organismo. Ha acquistato importanza in biologia dopo che gli studi moderni hanno messo in chiaro i meccanismi che integrano e governano la vita dell'insieme. I meccanismi che in ordine filogenetico ed ontogenetico entrano successivamente in azione sono: le correlazioni micellari e le intercellulari; poi le correlazioni chimiche interorganiche, determinate dal metabolismo specifico dei vari tessuti e delle quali è parte essenziale la correlazione ormonica; infine le correlazioni nervose completate dall'influsso psichico. Tali mezzi d'integrazione, pur essendo differenziati, rimangono fra loro intimamente connessi per legami genetici e funzionali. Fin qui tutti d'accordo.

Le differenze cominciano quando si vuol stabilire quale dei meccanismi prevalga, quale abbia la funzione direttiva o almeno coordinatrice. Se nell'odierna esaltazione dell'endocrinologia alcuni ammettono che elemento fondamentale e dominante dell'*unità* sia il complesso delle attività ormoniche; per altri l'*unità* risiede essenzialmente nei centri nervosi, per le influenze della psiche sulla vita organica, per l'azione di alcuni centri sopra singoli funzioni della vita vegetativa, per la multiforme coordinazione dei movimenti riflessi, i quali dalle semplici contrazioni muscolari vanno ai fenomeni, alle manifestazioni degli istinti. La risultante dei fattori ormonici può far variare l'entità, dirò meglio la tonalità, della direzione nervosa; non può riassumerla, nè comprenderla. Io accetto nettamente questo secondo modo d'intendere l'*unità* dell'organismo.

Similmente riconosco come concetto fondamentale per la clinica che le alterazioni d'un organo danno la malattia, quando rendono abnorme la vita dell'intero soggetto; ma non ritengo perciò nè logico nè conforme ai fatti negare significato alle lesioni anatomico-patologiche. Infatti non manca quasi mai nella malattia un processo anatomico localizzato, anche quando si tratti di malattie generali infettive o di profondi disturbi nutritivi. I disturbi funzionali propri della malattia sono l'esponente delle lesioni organiche, così come la sede e la qualità delle lesioni anatomiche sono per lo più espressione diretta e specifica della causa patogenica. Se si deve riconoscere che l'anatomia patologica ci fa constatare soltanto le lesioni organiche definitive, è giuoco forza eziandio ammettere che insegna le fasi che il processo percorre per raggiungerle. La determinazione clinica del processo anatomico, vale a dire l'esame semeiologico fisico ci mantiene legati alla realtà e ci devia dalle fantasticherie ideologiche, è anzi, secondo me, la base e l'orientamento d'ogni diagnosi.

Ho indugiato alquanto su questioni generali non per amore di polemica, ma per dichiarare nettamente le nostre direttive: l'importanza grandissima che l'*individualità* e l'*unità* hanno in clinica non ci autorizzano a prescindere dalla valutazione nè degli agenti causali nè delle lesioni locali nè degli altri elementi che entrano a costituire un quadro morboso.

Quali vie adunque le odierne tendenze tracciano alla clinica per riconoscere e curare la malattia individualizzata in un soggetto?

Io sono convinto della necessità di prendere punto di partenza dall'*individualità*. Ogni soggetto trae dalle forze ereditarie la forma esterna e le tendenze evolutive, ivi comprese anche le disposizioni alla malattia. La personalità si viene costituendo fino dalla vita intrauterina, ed evolve secondo le leggi dello sviluppo organico: la costituzione ereditaria è il fondamento essenziale del destino dell'individuo. D'altronde le condizioni di ambiente intrauterino e della vita esterna entrano in molte guise nel regolarne le modalità evolutive; le cause patogene agendo o su tutto l'organismo (alimentazione incongrua, infezioni generali) o su singoli organi, soprattutto sugli organi a secrezione interna, modificano momentaneamente o permanentemente lo sviluppo.

L'anamnesi scoperà i fatti e le cause che hanno influenzato la vita del soggetto, ne ricorderà i patimenti; l'esame morfologico con le sue misure fisserà i risultati complessivi che l'evoluzione dell'individuo ha raggiunto in quel momento. L'anamnesi e la morfologia sono la sintesi del passato: forniscono dati preliminari, che orientano il pensiero e il lavoro del medico, per scrutare le alterazioni attuali.

L'esame morfologico del soggetto si completa con l'esame dei singoli visceri. La precisa constatazione delle condizioni statiche e dinamiche dei singoli organi, che per i medici d'un ventennio fa era tutto; oggi, coadiuvata, illuminata, dalla radiologia, è soltanto la cosa preliminare. È per noi il ceppo su cui s'innestano le indagini successive. Le quali, come abbiamo visto, mediante esami strumentali e analisi di laboratorio, danno preziosi documenti e misure su alcune modificazioni funzionali dei singoli organi, sopra qualcuna delle alterazioni umorali, sulle principali prevalenze ormoniche, su determinate reazioni biologiche e nervose.

Tutti questi dati finiscono per essere elementi atti a stabilire come la *personalità* venga integrandosi mediante la correlazione delle singole funzioni. Le ricerche biologiche d'altra parte trovano e fissano le cause morbigene o le conseguenze specifiche di esse.

La raccolta completa di tutti questi elementi, cioè lo studio clinico d'un infermo, è divenuto oggi faccenda parecchio complessa. Il clinico medico deve avere presenti tutti i dati anamnestici e obiettivi, dare a ognuno il significato che merita, stabilire la gerarchia tra essi; utilizzare quelli che risultano utili e convergenti verso un giudizio: ecco la traccia del lavoro che porta alla *diagnosi*.

In questo lavoro diagnostico entrano come elementi fondamentali il tecnicismo dell'esame del malato; la coltura che ha insegnato il valore dei sintomi e ha raccolto nella memoria un certo numero di quadri morbosi; l'immaginativa che rievoca dalla memoria i quadri affini; la logica che sovrasta a ognuna delle suddette operazioni mentali: il sentimento di umanità dà vita al giudizio finale.

Tutte queste operazioni non si compiono isolate nello spirito del clinico medico; si fondono nella sua mente in una visione d'insieme, in cui l'*unità* dell'individuo sofferente si ricompone e balza viva dalla coscienza del clinico. La formulazione della diagnosi rispecchia l'impressione che il soggetto infermo ha destato nell'animo del clinico. Tale la funzione della clinica medica: fondere tutti i dati della vita d'un uomo, scrutarli nell'insieme in un giudizio che rappresenti il presente, preveda il domani e indichi come modificarne il decorso.

Da ciò appare oltrepassata la rancida discussione se la nostra sia arte o scienza. Senza dubbio è scientifico il metodo che il medico adopera per raggiungere il suo scopo, e non solo nel procedere all'esame fisico del soggetto e alle analisi di laboratorio, ma anche nel confrontare tali risultati con i fatti riuniti e ratificati dall'esperienza clinica nella patologia: sono in sostanza tutti dati di fatti controllati e utilizzabili per l'induzione scientifica.

Nella cernita dei fatti osservati e delle ricerche ordinate così come nella entità della coltura, entrano già fattori *personali*. Ma la personalità del medico assume a funzione più elevata, veramente artistica, quando dalla valutazione dei dati obiettivi s'innalza alla diagnosi, alla prognosi e alla cura.

Tutte le arti applicano postulati scientifici. Si differenziano per la proporzione varia con cui fondamenti scientifici e attitudini personali (geniali) entrano nel fare una creazione, cioè nel produrre cosa nuova.

Rispetto alle arti belle, la nostra arte ha un patrimonio scientifico assai ricco, ha fondamenti saldi nell'esperienza. Il progresso della medicina consiste nell'accrescere il patrimonio del sapere e i fondamenti delle analisi: allora da un lato lo sforzo personale per la diagnosi è minore, e il giudizio più sicuro perchè suffragato da prove, dimostrato.

Il coefficiente personale, artistico, è - e sarà - sempre però indispensabile, perchè quanto più crescono gli elementi di fatto che il medico raccoglie, tanto più complesse divengono le situazioni morbose che il medico può considerare, cioè tanto più fini e più delineate sono le diagnosi che a lui s'impongono.

L'arte del medico si insinua nei meandri di tutte le scienze biologiche; nella commozione artistica per cui giunge alla diagnosi e alla cura, salda la larghezza del sapere con la delicatezza della pietà.

La semplice analisi degli atti di cui si compone l'abituale opera del medico, lascia intendere quale somma di sapere, di tecnicismo, di immaginazione, di logica, di sentimento, essa richieda.

Nè basta la somma di tanta virtù, poichè il clinico deve unirvi la capacità artistica di raccoglierle tutte armonicamente nel suo spirito.

Qual mai uomo possederà al grado voluto, cioè al sommo grado, tanta perfezione? Ma oltre che nella fatale incompletezza della psiche umana le deficienze sono nella essenza stessa degli elementi che prendiamo a considerare e nei limitati criteri di giudizio scientifico.

Rispetto all'anamnesi, le notizie famigliari sono sempre incomplete e incerte se il medico non può assumere informazioni dirette e controllate; i precedenti del soggetto sono esposti alle omissioni volontarie e involontarie e sono spesso falsati dalle impressioni che l'infermo ha delle sue sofferenze. La determinazione dei caratteri personali può basare su dati diversi, secondo gli autori. Chi si vale delle misurazioni dispone per certo di dati più precisi e comparabili. È il valore dei dati relativi alla personalità così sicuro e generale da prestarsi a deduzioni o serve semplicemente quale criterio induttivo? Un soggetto marcatamente longilineo sarà perciò tubercolotico o non piuttosto dovremo an-

cora considerare tale configurazione morfologica come argomento in favore della diagnosi di tubercolosi quand'essa risulti da altri argomenti?

Non ci possiamo qui dilungare nella minuta disamina dei singoli elementi, derivati o dall'esame fisico diretto o dalle ricerche strumentali o da analisi di laboratorio. Pochissimi dati hanno valore patognomonico per la diagnosi. Ognuno di solito è l'espressione non di una, ma di parecchie condizioni genetiche: considerato come sintomo, si presta ad interpretazioni varie. Il clinico deve dunque non solo classificare l'importanza che ciascun dato assume nel caso presente, ma deve riconoscere per ogni dato il valore che acquista come sintomo in armonia con gli altri sintomi. Il medico deve eliminare dal calcolo quel dato che non è in rapporto con il processo morboso, ma è frutto d'un'accidentalità estranea.

L'esame fisico d'un soggetto e dei suoi organi non è mai del tutto completo, ma è più o meno orientato verso le eventualità diagnostiche. Di ricerche strumentali e di analisi di laboratorio si sogliono praticare quelle che sono indispensabili ed utili al caso: sarebbe impossibile fare in ogni caso tutte le analisi note, e neanche tutte le abituali. V'è di più: gran parte dei metodi di laboratorio riposano ognuno su conoscenze scientifiche molto fini e di speciale indole tecnica e quindi sono da pochi posseduti tutti in modo preciso: non riposano talvolta neanche su fondamenti saldi.

La logica ha delle leggi indefettibili, ma nell'uso scientifico assume atteggiamenti un po' diversi secondo le materie. Noi abbiamo un bell'insegnare o pretendere che la logica deve essere severa, impassibile. Ma quando, come in medicina accade non di raro, uno dei fatti su cui imperniamo il ragionamento o non ha il posto principale che gli assegniamo, o non è preciso come a noi è parso, la conclusione sarà errata. Le conclusioni della logica, anche apparentemente rigorosa, sono pertanto incerte: basta che un fatto nuovo venga a spostare le basi del ragionamento perchè la conclusione cambi.

Si pretende che la logica sia impassibile, ma saremo impassibili noi nello stabilire la prevalente importanza dell'uno o dell'altro fenomeno, per cui si dolera e lamenta il soggetto che ci sta innanzi?

Quando, superate tante insidie dell'errore, il clinico ha fatto una diagnosi, non ha terminato la sua opera.

Il quadro morboso contingente racchiuso nella diagnosi dev'essere confrontato con i quadri clinici che costituiscono il frutto dell'esperienza clinica. L'insieme dei fatti constatati nel soggetto, e armonizzati in una diagnosi collimano di raro con la descrizione nosografica, perchè le disposizioni individuali o le malattie pregresse o la concorrenza di cause patologiche o la insorgenza di lesioni locali modificano il quadro della malattia e imprimono al caso concreto un aspetto alquanto particolare.

Riportare una diagnosi ad una delle forme cliniche descritte e riconosciute può riuscire difficile.

Nessuna mente umana può abbracciare e ricordare tutto il materiale nosografico raccolto lungo i secoli per ogni malattia; e lo stesso nosografismo è in continua revisione e perfezionamento.

Da quanto abbiamo ora esposto risulta che la complessità della casistica, il vario significato dei sintomi, il fragile fondamento scientifico di molti di essi, la inevitabile incompletezza della nostra esperienza, i facili inganni del ragionamento, le suggestioni sentimentali, rendono difficile e dubitosa l'opera nostra, e provano all'evidenza quanta parte di *personale* sia in ogni atto del clinico.

L'*equazione personale* ch'è altissima nell'opera di lui spiega perchè vi siano tante scuole, diverse nell'indirizzo e negli stessi procedimenti. Ed io ho il dovere di indicare quale *fisionomia* ha assunto la nostra scuola nel movimento attuale. Ciò importa non tanto come professione di fede mia, quanto come indicazione del modo come sono istruiti ed educati i medici nella nostra Università. Infatti è nella Clinica medica, con questo vasto e complesso movimento di esami, di analisi, di valutazioni di fatti, di sintesi logica, di commozione di sentimento, di comprensione artistica, nella consuetudine di tre anni di corso, che si forma la coscienza e la mente del futuro medico.

Il campo della nostra attività è lo studio del malato. La individualità del malato sorge da un'accurata anamnesi, si afferma nelle misure antropologiche, si svolge per la valutazione delle condizioni fisiche e dinamiche degli organi ed apparecchi, e, nell'emozione artistica che nasce dal sentimento, si

concreta in una diagnosi. La nostra diagnosi è documentata, *illustrata* da tutti gli elementi raccolti nel lavoro preparatorio: non è l'etichetta posta sopra un processo morboso, ma la determinazione della forma e delle tendenze che il processo morboso ha assunto nell'individuo.

A questa sintesi diagnostica, alla cura, al decorso delle malattie e al controllo che viene dagli atti operativi e dalle autopsie, dedichiamo assiduamente, serenamente, intensamente le nostre lunghe giornate.

La riunione dei molteplici mezzi di indagine nel nostro Istituto ci consente le minute indagini che i progressi della specializzazione e delle scienze biologiche hanno arrecato alla clinica medica; ma i progressi dell'analisi noi facciamo servire al perfezionamento e alla documentazione della sintesi. La nostra clinica costituisce nella sua organizzazione un complesso unitario nel quale i processi morbosi individuati vengono seguiti con precisione di indagine in tutte le fasi che percorrono e negli effetti che producono.

La nostra scuola dedica così la somma delle sue forze a quel nosografismo che oserei definire *scientifico*, che ho abbozzato nel 1917 e che ho tenuto quest'oggi a mostrarvi nella sua realizzazione. Nella sua essenza esso si collega alla tradizione di MORGAGNI, vagheggiata, ma non realizzata da BACCELLI, alla grande obbiettiva tradizione italiana.

Con tale metodo d'insegnamento il medico si abitua a comprendere il malato, a sentirne le pene, e in sé allora sviluppa ed educa quelle doti di tatto e di devozione, di dignità e di sentimento, senza le quali non acquisterebbe mai la simpatia e quindi la fiducia del malato. In nessuna, quanto nella medica, professione le qualità morali sono tanto indispensabili.

L'insegnamento di clinica medica così complesso nei suoi mezzi e nei suoi fini, così vasto e così personale pensereste voi forse mai che possa farsi con teorie, dottrine, regole? Non può svolgersi efficacemente se non mediante l'esempio che viene dal Maestro; egli dev'essere ogni giorno il modello delle migliori qualità del medico, nell'esercizio dell'arte e nella dignità della vita. Tutta la responsabilità di tale ufficio io ho sentito ogni giorno più profondamente; e ho sempre raddoppiato gli sforzi per corrispondere meglio che potevo agli impegni. La coscienza e la volontà non hanno fatto difetto.

Avrei finito, se non dovessi ancora dichiarare come abbia tenuto fede ad altri impegni. Sono conseguenti all'indirizzo clinico finora esposto, e mi permettono quindi di sbrigarmi in breve termine di tempo.

L'indirizzo clinico or ora definito influenza e determina le nostre tendenze terapeutiche. Guidata dal severo nosografismo, la cura dei malati non può assumere pretese esagerate: non consente l'odierno atteggiamento dei *guérisseurs*; sottopone al severo esame clinico ogni metodo di cura.

Non dei farmaci e anche meno delle *specialità* voglio occuparmi. Permettete che ricordi due fattori preliminari della cura: l'illuminata assistenza delle infermiere, della quale vi ho parlato, e la dietetica, di cui vo' dire una parola. Da tre anni io ho presentato un piano concreto per dare ai miei infermi una alimentazione preparata appositamente e con criteri assodati dalle preziose nozioni della dietetica moderna. Quantunque la richiesta pecuniaria non fosse alta, tuttavia ogni insistenza è stata vana.

Riferisco per obbiettività, e non lamento. Anche i profani comprendono il valore della dieta nella cura delle infermità, ed io mi lusingo che non mi si negherà ulteriormente di dotare la clinica medica della capitale di un ordinamento dietetico che, mentre sarà presidio per i malati, gioverà ad istruire medici e infermiere nel più fondamentale dei mezzi di cura.

Ho accennato ancora nella prolusione del 1917 che il clinico medico non può disinteressarsi dei grandi problemi sociali. Non sono venuto meno alla promessa, poichè da 4-5 anni ci veniamo occupando dell'allenamento (soprattutto dell'allenamento

cardiaco) negli esercizi sportivi, della lotta contro la tubercolosi, del problema sociale della malaria. La scuola superiore di malarologia che l'iniziativa del Duce ha voluto, è stata filiazione diretta della nostra Clinica.

Il mio resoconto termina qui: sintesi della vita vissuta ogni giorno passionatamente per un decennio.

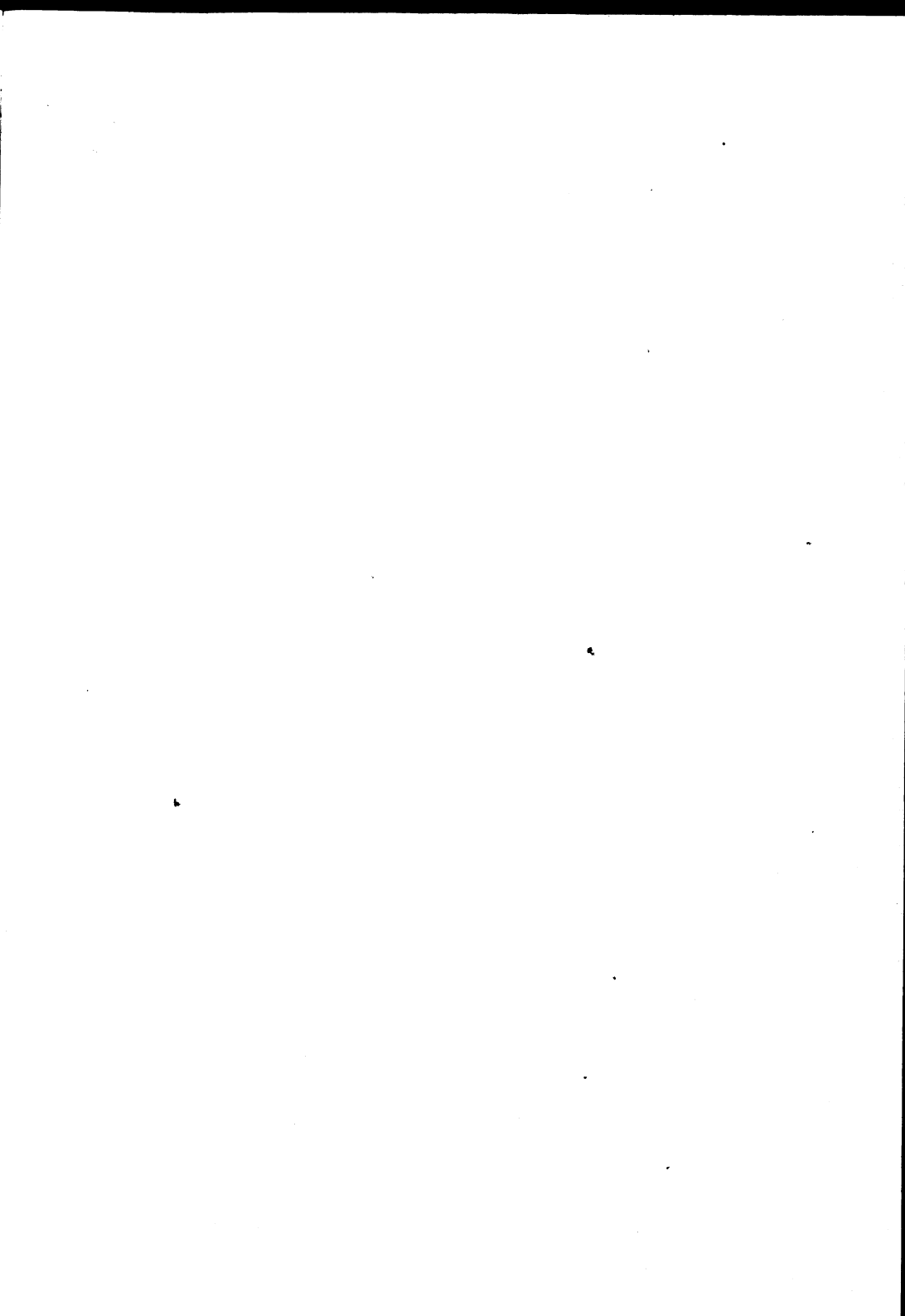
Per fortuna tutto è cambiato dall'epoca della mia prolusione ad oggi. Nel dicembre 1917, da due mesi il nostro esercito era assediato al di qua del Piave, l'esistenza stessa dello Stato Italiano era minacciata. Non fui scorato; ebbi fede ed innegai al rinnovamento nazionale della medicina italiana. Oggi l'Italia, in virtù della strategia dei condottieri e dell'eroismo dei soldati, ma poi soprattutto per la miracolosa energia di Benito Mussolini e per la vasta e sapiente opera politica di Lui, ha preso posto tra le grandi nazioni e con lena accelerata segue il Duce, rinnovandosi nel suo intimo, e mirando con fede ai suoi maggiori destini. La medicina, come scienza e come arte, sarà sempre arma potente di prestigio e di difesa nazionale. Non solo i medici, ma anche i governi, devono cooperare al progresso della medicina.

Vi ho esposto candidamente la mia opera e le mie intenzioni; voi siete in grado di giudicarle.

Ho ereditato un grande nome; ho l'ambizione di avere creato un'organizzazione, adeguata alla cura degli infermi e alla ricerca scientifica, una scuola.

Vi prometto di non *sostare*, finchè avrò la grave responsabilità di formare ogni anno una coorte di *custodi del miglior tesoro della patria*, cioè della vita dei cittadini.







STABILIMENTO TIPOGRAFICO
DITTA CARLO COLOMBO
ROMA - MCMXXVII - A. VI