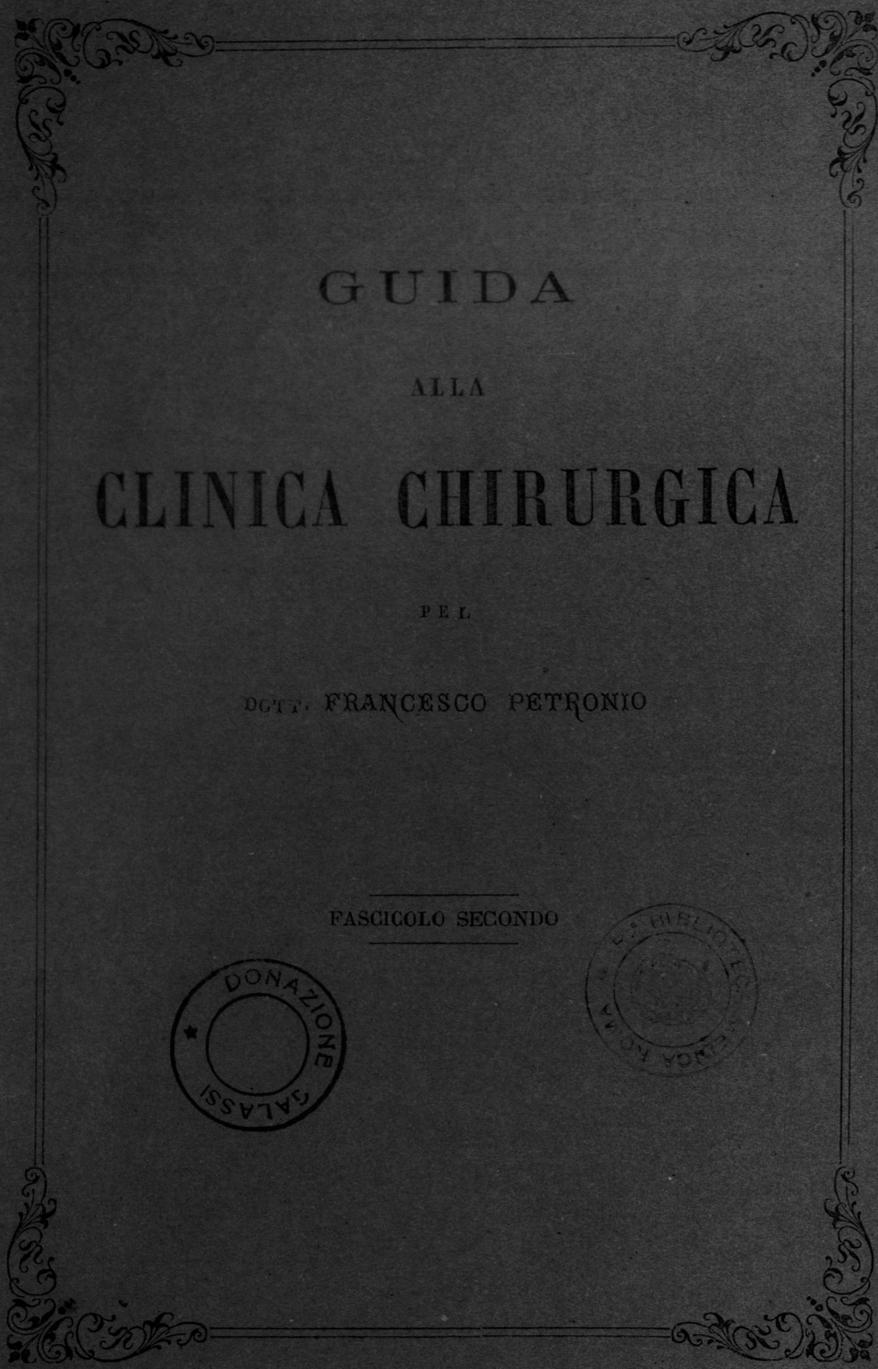




*Ad typographum Galassi  
In segno di gratitudine  
L. A.*



GUIDA

ALLA

CLINICA CHIRURGICA

PER

DOCT. FRANCESCO PETRONIO

FASCICOLO SECONDO





## PARTE SECONDA

### CAPITOLO I.

Elementi generali della diagnosi. Concetto di essi. Processi che possono trovarsi in tutte le sedi. Classifica dei medesimi in base anatomonografica. Prognosi. Studio pratico di questo processo.

#### § 1.<sup>o</sup>

Noi fino a questo punto abbiamo seguito un rigoroso lavoro d'analisi. Esaminando la diagnosi chirurgica, abbiamo posto sul tappeto un concetto eminentemente complessivo, e l'abbiamo diviso e suddiviso nei suoi elementi costitutivi, studiandoli partitamente, vedendone il loro numero, e dando a ciascuno il proprio posto, e il giusto valore. Con tal metodo, è chiaro, siamo giunti fino agli elementi i più semplici del giudizio diagnostico, in altri termini al concetto generale delle *alterazioni materiali e funzionali*, che costituiscono il comune sostrato della medicina e della chirurgia. Ora da tal punto movendoci, rifacciamo il cammino percorso sintetizzando via via, per raggiungere il punto da cui partimmo, concretizzando progressivamente, fino a tornare da capo al giudizio diagnostico, che è appunto la proposizione più complessa, che dovevamo esaminare. E però partendo dalla diagnosi alle alterazioni, noi abbiamo soddisfatto ad un bisogno della mente, e della scienza, avide di ricercare la ragione delle cose e del metodo, e il nesso logico dei concetti; abbiamo supposto esistente e reale la diagnosi, e da questa supposizione nota, siamo andati man mano con l'analisi, verso ciò che ci era sconosciuto. Ma noi nella clinica non ritroviamo il giudizio



diagnostico bello e formulato, esso non è che il risultato ultimo del nostro esame, e delle nostre indagini; invece non troviamo, che *alterazioni di struttura e di funzione*; ond'è che presentandoci al letto dell'infermo, cominciamo ad esaminare quest'ultime nel modo esposto, e sintetizzandole a misura che l'esaminiamo, s'arriva al punto di dare a tutte le alterazioni, o a tutt'i fatti, una significazione o valore complessivo, a fare come direbbesi la *diagnosi della malattia*. E adunque un processo logico inverso a quello esposto; è una composizione ordinata e continua degli svariati esami praticati sull'infermo. Dalle quali cose si rileva che abbiamo avuto in mente, nella prima parte di questo lavoro, di mostrare il concetto vero della diagnosi, il metodo per investigarla, i suoi elementi costitutivi, i possibili errori che possono farla sconoscere; mentre è compito, di questa seconda parte, di dimostrare quale è il valore reale delle alterazioni morbose e muovere da queste (che sono gli elementi più semplici e generali) per giungere alla conoscenza più complessa della malattia, che vogliamo studiare. Ora a far ciò, è d'uopo determinare il *numero*, il *valore* e le *comunanze* delle alterazioni morbose spettanti alla chirurgia, cominciando dal numerare quali sono le note comuni ai morbi chirurgici, che si possono svolgere in tutte le sedi anatomiche. È un lavoro in parte di semiotica, il quale oltre a farci conoscere il numero e il valore reale delle alterazioni, tiene in sè stesso il metodo, che dobbiamo seguire al letto dell'infermo, per afferrare il giudizio conoscitivo della malattia.

## § 2.º

Tutti i processi morbosi appartenenti alla chirurgia, guardati dal punto di vista più generale, presentano parecchie note comuni; ed essi possono assai bene distinguersi in due grandi categorie, tenendo ragione

del lor modo di stare negli organi o nei tessuti, o in altre parole, in ragione della loro sede. Infatti ci sono processi morbosi, che possono svilupparsi in tutte le sedi, modificando è vero alcun poco la loro fisionomia clinica; ma restando in fondo i medesimi, e ci sono altri, che appartengono proprio a qualche sede od organo particolare, o speciale apparecchio anatomico. I primi rappresentano il genere, i secondi la specie; e chirurgia generale può dirsi quella, che tratta dei primi, chirurgia speciale quella, che s'occupa dei secondi. Se non che, la specie contenendo tutto il genere, più i caratteri che la distinguono, avviene, che la chirurgia generale entra in tutte le speciali trattazioni chirurgiche, nè da essa possiamo sottrarci, senza cadere in un empirismo riprovevole. Allorchè parliamo di fistola vescico-perineale, supponiamo sempre lo studio generico della fistola; allorchè trattiamo della coxo-artrite, supponiamo la conoscenza del processo infiammatorio, più o meno modificato in quella sede; quando infine osserviamo un'ulcera faringea, una ferita addominale, un cancro mammario, la frattura della tibia, la lussazione dell'omero, dobbiamo anticipatamente sapere i concetti generali dell'ulcera, delle ferite, dei carcinomi, delle fratture e delle lussazioni. Ora a buon dritto e a rigore, lo studio della generale chirurgia deve precedere l'altro dei singoli processi in sedi speciali, e noi non facendo un lavoro di patologia chirurgica, ma sivero un indirizzo alla clinica chirurgica, dobbiamo attenerci alle note pratiche comuni, tanto per le malattie, che possono occupare tutte le sedi; quanto per le altre, che occupano speciali regioni. E perciò supponendo fondatamente lo studio completo e anticipato della patologia chirurgica, noi senz'altro, entriamo nel nostro campo clinico.

§ 3.<sup>o</sup>

E difficile senza dubbio enumerare tutt'i processi generali, imperciocchè parecchi di essi non sono, che conseguenze o esiti di altri, e non cominciano sempre tali, quali si mostrano. La solidarietà degli organi e delle funzioni fa sì, che esista la solidarietà degli organi ammalati, o con linguaggio più astratto dei morbi fra essi.

Nullameno parecchi di tali morbi generali, che sono esiti di certi altri, acquistano una certa esistenza autonoma, una speciale fisionomia clinica, e danno luogo a particolari indicazioni curative; dal che risulta la necessità per noi di distinguerli, numerarli, non per farne tipi diversi, ma per facilitarne lo studio ai giovani clinici.

L'ulcera, ad esempio, ripete le sue cause, e i suoi fattori anatomici nelle flogosi croniche dei tessuti, non pertanto essa si mostra con caratteri affatto speciali; merita particolare indicazioni curative; lo stesso è a dirsi delle fistole dei tumori etc.

Enumerando ora i processi morbosi generali tenendo conto delle osservazioni fatte, abbiamo:

1.<sup>o</sup> Flogosi, sue varietà, suoi esiti: riduttivi e neoplastici.

2.<sup>o</sup> Tumori e loro varietà, ipertrofici, iperplastici, ectopici, aneurismatici etc.

3.<sup>o</sup> Soluzioni di continuità e di contiguità dei tessuti.

4.<sup>o</sup> Morbi virulenti e tossici.

Ciascuno di questi gruppi così formulati, contiene parecchi processi secondarii, e qualcuno di questi può, a seconda del punto di vista da cui si studia, appartenere a più d'uno dei gruppi stabiliti. Se non che un certo posto possiamo darlo basando la classifica sopra un criterio stabilito; questo criterio è la forma, o la alterazione anatomica; come quella che è fondamentale nella clinica chirurgica, avvegnachè rilevata di-

rettamente dai sensi. Così l'ulcera ad esempio, può moverarsi è vero, tra le soluzioni di continuità dei tessuti, e tra gli esiti della flogosi, a seconda del modo di considerarla; ma pare a noi, per quel che abbian detto, che il carattere più saliente di essa, essendo la scontinuità del tessuto, in tale categoria la colloghiamo. Dilucidato tal punto, andiamo innanzi.

E cominciando dalla flogosi acuta o cronica e degli esiti suoi, diciamo, che tale processo morboso deve studiarci in clinica chirurgica in un campo assai ristretto. La sede più frequente della infiammazione è per noi chirurghi il tessuto cellulo-adiposo sottocutaneo e profondo, poscia il derma, la vescica, l'uretra, l'utero, la vagina, la bocca, l'esofago, il retto, l'osso, il perostio e le articolazioni. Negli altri organi, diventa patrimonio della patologia interna esclusivamente. Ora il campo anatomico della flogosi, appartenente al dominio chirurgico risulta, (se ne toglie le cartilagini e la cornea) da tessuti più o meno vascolari; e le alterazioni materiali e funzionali dei vasi, costituiscono le note più cospicue appariscenti e primordiali, se non le più importanti del processo flogistico. Tale processo non ci presenta le stesse note sintomatiche, in tutte le sedi enumerate più sopra; nè eguali, nei diversi momenti del decorso della malattia; ma però molte di esse sono comuni, ond'è che riservando le prime allo studio particolare delle malattie in ispecie, che faremo nella terza parte del nostro lavoro; è questa seconda parte, il luogo proprio per esaminare le note comuni spettanti ai morbi infiammatorii appartenenti al dominio chirurgico.

#### § 4.º

La classica chirurgia ci dà notizie della nosografia più saliente della flogosi, e Celso lasciò scritto, che quattro erano i sintomi culminanti del processo infiammatorio: l'arrossimento dei tessuti, l'accresciuto vo-

lume dei medesimi, insieme all'aumentato calore degli stessi, ed il dolore locale *Notae vero inflammationis sunt quatuor: rubor, et tumor cum calore et dolore.* Non v'è dubbio, che tali fatti non sieno i più appariscenti e i più costanti delle infiammazioni dei tessuti esterni, ma quali i loro fattori, e le alterazioni anatomo patologiche, e fisio-patologiche? La chirurgia antica si arrestava a tal punto, e la ignoranza dell'anatomia, e soprattutto della fisiologia della circolazione del sangue, impediva di andar oltre e studiare le cause prossime di tali alterazioni. Attualmente gli studii sul processo infiammatorio sono molto innanzi, dappoichè si è voluto non pure esaminare sperimentalmente tale processo su gli animali; ma eziandio applicare le cognizioni immense di anatomia e fisiologia umana e comparata a fine di dilucidarlo e illustrarlo. Noi usciremmo dal nostro campo clinico, se volessimo riportare gli esperimenti tutti e le opinioni sul proposito, avvegnachè non vi è stato anatomista patologo, che non abbia inteso a questo studio, e però basti dire che: Wilson-Philips, Hastings, Kocq, Dubois, Warton-Jones, Gruithuisen, Gluge, Lebert, Ranzi tra gli italiani, e più a noi vicino Virchow, Recklinghausen, His, Conheix, e il nostro Bizzozzero, anno arricchito l'anatomia patologica, e la fisio-patologia della flogosi di utilissime ed importanti ricerche. Noi traendo però nel nostro lavoro, dei fatti più accertati, che possono essere utili alla clinica, saltiamo a piè pari i punti controversi, sia perchè tali, sia perchè prendono il loro posto nello studio della patologia. Basti solo a noi stabilire il concetto scientifico della infiammazione in base delle nuove ricerche, e tale concetto può formularsi così: *L'infiammazione essere un processo di aumentata nutrizione dei tessuti a preferenza connettivali, con neoformazione rapida e poco durata di marcia e di tessuto connettivo, unito a dilatazione dei vasi, per cui trasudati più o meno abbondanti, e ad essudati cellulari. Tale processo*

*offre come caratteri principali il rossore, il turgore, il calore, il dolore, e un aumento di pulsatilità nei vasi.*—Come è chiaro, tale concetto riguarda la flogosi sviluppata nei tessuti forniti di vasi; ma potendosi essa svolgere in tessuti, come la cornea o le cartilagini, in cui i vasi non esistono, che per sola opposizione nelle superficie loro, e non penetrano nella spessezza del tessuto; abbiamo a notar solo, i primi concetti generali stabiliti: come l'accresciuta nutrizione e neoformazione connettivale e purulenta, unita all'esaltata funzionalità cellulare (essudazione), senza pensare alla turgescenza dei vasi, e alla trasudazione di questi.

Ma tranne forse la cartilagine e la cornea, il campo chirurgico della flogosi è un campo di tessuti vascolari; laonde posta l'azione di uno stimolo in questi tessuti, sia meccanico, sia fisico, sia chimico; abbiamo a notar sempre, in primo tempo: 1° restringimento spasmodico dei vasi con convergenza di circolo sanguigno verso il punto irritato; 2° dilatazione dei vasi medesimi, per sfiancamento loro, per riposo, o per una speciale paralisi transitoria, come aveva notato il nostro Vaccà Berlingieri: 3° aumento quantitativo del sangue nell'aria irritata; 4° intorbidamento degli elementi cellulari, e moltiplicazione nucleare del connettivo, con neoformazione di vere cellule di questo tessuto. Il Virchow à studiato tali fatti facendo esperimenti sul connettivo sottocutaneo del dorso dei conigli, e il nostro Bizzozzero producendo ferite nelle rane, e mettendo in relazione con queste, porzioni di sostanza muscolare ossea etc, presa ad altre rane, è riuscito a darci conoscenze, assai importanti scientificamente, sulla infiammazione del tessuto congiuntivo, sulla semovenza dei corpuscoli di questo tessuto, e sulla loro moltiplicazione. Anche sulle membrane si è studiata sperimentalmente l'infiammazione, e nei due strati che compongono questi organi, l'uno superiore costituito da epitelio, l'altro inferiore, di con-

nettivo, possono vedersi a preferenza in quest'ultimo i fatti accennati di turgescenza e moltiplicazione cellulare; mentre i fatti di essudazione, quasi sempre fibrinosa, sono più contemplabili nello strato epiteliale, sebbene non manchino anche in questo strato le neoformazioni cellulari di epitelio per scissione dei nuclei, quale neoformazione è di vita assai precaria. Durante tali moltiplicazioni le giovani cellule si mostrano quasi sempre *semoventi*. Nei nervi, muscoli ossea etc., si osservano i medesimi fatti; e solo notiamo, che la neoformazione cellulare del connettivo interstiziale (stroma) può negli organi citati, comprimere tanto le fibre muscolari, e i tubolini nervosi, da farli atrofizzare, degenerare in grasso, e ridurli in liquido granuloso. Nell'osso, il connettivo periosteo, e quello che tappezza i vasi nei canali di Havers, non che quello che trovasi nel canale midollare, si osserva parimenti intorbidato, e i nuclei in via di scissione. Anche il tessuto osseo non resta estraneo, sebbene debolmente partecipi al processo neoformativo; da ciò deve più tardi ripetersi la rarefazione della sostanza intercellulare, e la produzione di lagune: sostanza intercellulare, che si distrugge progressivamente, mentre una sostanza molle (essudato plastico) risultante da giovani elementi cellulari si riunisce nei canali di Havers, e massime sotto il periostio. In quanto ai vasi sanguigni i fatti culminanti sono, le ectasie e la rottura, per cui effusione di sangue nei spazietti dei tessuti, e progressiva metamorfosi grassa dei globetti rossi e riassorbimento di essa (globuli infiammatori di Gluge) e attività proliferante dei globuli bianchi (leucociti) i quali alla loro volta, cangiansi in vero tessuto connettivo, secondo le ultime ricerche di Visconti, Ercolani etc. etc. Riapplicando ed ordinando i fatti discorsi, diciamo, che il processo flogistico svoltosi nei tessuti per l'azione irritante di uno stimolo, vuoi meccanico, fisico, o chimico, lascia osservare in tutt'i tessuti 1° un: *intorbi-*

damento eguale o chiazze nell'aria irritata, a preferenza nel tessuto connettivo, ed epiteliale: 2° una moltiplicazione cellulare più attiva di vita transitoria, il cui prodotto, parte liquido, fa vedere globuli di pus nuotanti in esso (siero): in parte solido, che si stratifica quale tessuto novello sui tessuti vicini: 3° trasudato sieroso dai vasi turgidi, che si unisce alla fibrina cresciuta quantitativamente nel sangue degl'infermi di flogosi: 4° nei tessuti molto vascolari, si osserva il colorito rosso a vario grado, l'accresciuto loro volume, l'arborescenza dei vasi; molte giovani cellule, le quali in parte son prodotte dalle preesistenti (Virchow) in parte pervengono per migrazione dai punti vicini, alla parte irritata, per movimento ameboidale: (corpusecoli semoventi, Recklinghausen) in parte dalla fuoriuscita dai vasi, dei globuli bianchi del sangue (leucociti) Conheim e Bizzozzero.

In verità se si volesse ammettere nel largo senso la teoria di Conheim, dovremmo concludere, che tutti i nuovi elementi cellulari, che rinveniamo nell'aria flogistica, inclusi anche i corpusecoli di pus, non sono che i leucociti, venuti fuori dai vasi; ma tale esclusivismo non abbracciamo, avvegnachè, se per prove evidenti si è dimostrato sperimentalmente, che i globuli bianchi del sangue allungandosi nell'interna parete dei vasi, possono venir fuori attraversando le pareti per incuneamento negli spazietti delle stesse, non è men vero ciò che molti anatomisti-patologi dicono, e massime il Virchow, che il connettivo preesistente si moltiplica rapidamente; e ciò che Recklinghausen dimostra, cioè che i corpusecoli connettivali *semoventi*, si recano dalle parti vicine al punto irritato.

Si è detto poi molto, *pro* e *contra*, sull'influenza spiegata dai nervi nelle genesi del processo flogistico; ciò che è ormai assodato si è, che le ultime ramificazioni nervose giungono fino agli epiteli cilindrico e pavimentoso (Pfleuger). Posto ciò, non pare esatto

ciò che dice il Virchow a proposito dell'indifferenza dei nervi nei fatti infiammatori, che secondo tale ultimo autore appartengono ai soli elementi cellulari. Una volta che tutti gli strati dei tessuti lasciano osservare terminazioni nervose e che Kühne à dimostrato, che ove si trovano nervi vaso-motori, questi camminano con gangli, e ovunque si trovano questi ultimi, ci son cellule nervose e quindi *eccitazioni riflesse*, quanto meno diffuse, altrettanto più energiche, senza la concorrenza del centro spinale, e dello stesso gangliare, avvegnachè avvengono anche dopo la recisione di tutt'i nervi sensitivi e motori di un membro; è logico ammettere, che i nervi non sieno assolutamente estranei al processo infiammatorio, sebbene la loro azione è alquanto oscura e difficile a valutarsi e misurarsi.

I vasi partecipano al processo infiammatorio per la forma classica dell'*Iperemia*. Infatti i capillari, come abbiám detto, si restringono in primo tempo e poscia si dilargano, e la circolazione cresciuta in primo tempo, nello stato di sfiancamento degli stessi vasellini, si rallenta.

Il restringimento, come è risaputo, non avviene per *contrattilità vascolare*, avvegnachè i capillari, non anno, come le piccole arterie, fibro-cellule muscolari, ma solo per proprietà *elastica* delle pareti, le quali per cresciuta pressione del sangue si dilargano, e ci mostrano quel tale sfiancamento, e quel ritardo di circolo. Per tali fatti è innegabile la influenza grandissima dei nervi sui vasi, massime per riflessioni periferiche, e sapendo come i filetti nervosi accompagnano i primi elementi dei tessuti, ci è giuocoforza ammettere, senza negare il potere dei succhi nutritivi sulle cellule epiteliali, e del connettivo, che l'*iperemia*, quale *momento* d'infiammazione, non si sottrae dall'influenza nervosa. Ampie dilucidazioni su ciò, le troviamo nei bei lavori del nostro Oehl.

Posti questi fatti più accertati a proposito dello stu-

dio sperimentale del processo flogistico, noi possiamo dire con lo Striker, che i fenomeni principali della infiammazione prodotta artificialmente, sono, oltre l'azione dello stimolo: *disturbo circolatorio: essudazioni di parti costituenti liquide e morfologiche: disturbo nutritivo e neoplasma*. L'alterata nutrizione riguarda gli elementi cellulari, i vasi ed i nervi, e però a rigor di termine, le alterazioni complesse di tali tessuti costituiscono il processo infiammatorio. Non dovendo fare uno studio completo della patologia dell'infiammazione, in questo luogo, ma fissarne solo i concetti fondamentali e generali, affine di diagnosticarla in tutte le sedi, esaminiamo ora la nosografia classica di tale processo; e per ordine cronologico, le note principali possono ordinarsi col metodo da noi stabilito, nella prima parte del nostro lavoro.

§ 5.°

*Esame sintomatologico-crotopatico.*

1.° *Dolore*. Immediatamente dopo l'azione dello stimolo, o scorso un certo tempo, l'infermo avverte dolore nel luogo stimolato. L'intensità di tale sintoma è in rapporto col grado della flogosi, con la ricchezza dei filetti nervosi, che si trovano nella sede morbosa, colla compressione e tensione, che l'infiltrazione di giovani cellule, (infiltrato plastico) esercita sui tessuti, in ultimo con la suscettività nervosa generale degl'infermi. Nelle infiammazioni superficiali si accresce con la pressione, ma nei flemmoni profondi qualche volta sotto la pressione s'allevia momentaneamente. Riveste varia forma: *lancinante* nelle sierose, *terebrante* nelle ossa, *pruriginoso* e *ustivo* nella pelle, *gravativo* negli organi interni, *tensivo* nelle aponevrosi. Rimette o intermette qualche volta, e quando la flogosi verge alla gangrena, fa sosta ordinariamente.

2.° *Rossore*. Tale carattere è in relazione col nu-

mero dei vasi sanguigni della località infiammata: quando la flogosi è profonda può mancare; del resto a seconda della ricchezza dei vasi, e della superficialità o profondità della sede, si mostra variamente modificato: dal roseo, al rosso vivo, al rosso vinoso, e violaceo. È più accentuato nel punto stimolato, e va digradando e rendendosi più chiaro, fino a sfumarsi a misura, che si allontana dal centro stimolato. Può mostrarsi pure ineguale sull'ala infiammata, come a chiazze e a raggi, e sparisce sotto la pressione del dito per ritornare, quando questa si toglie — Nella flogosi cronica il rossore si può cangiare in colore grigio e brunoastro. La novella vascolarizzazione e l'effusione dell'ematina possono contribuire a darci il rossore; ma il principale fattore si deve trovare nella isperemia dei tessuti, ricchi di vasi.

3.° Il *Turgore*. Si mostra in modo assai variabile, e può essere minimo allorquando, i tessuti infiammati sono poco estensibili, (aponevrosi, tendini, ossa, ligamenti etc.) E poi rilevante nei tessuti cedevoli, come il connettivo sottocutaneo, le palpebre, le mammelle, il testicolo etc. I suoi fattori sono: l'*iperemia*, il *trasudato dei vasi*, l'*infiltramento plastico e sieroso*, l'*essudato cellulare*. Nelle flogosi profonde, ci ha l'edema (infiltramento sieroso) che è l'espressione di funzionalità abolita in certi vasi per compressioni collaterali, prodotte da trombi venosi, da disturbo d'innervazione etc.

4.° *Calore*. È avvertito principalmente dall'infermo; ma apprezzabile col dermo-tatto e col termometro Hunter l'ha trovato cresciuto di tre o quattro gradi R<sup>r</sup>. nella vaginale del testicolo infiammato: Breschet e Becquerel, l'han trovato aumentato di uno a due gradi nelle infiammazioni del tessuto cellulare: in generale Weber ha trovato, che il tessuto infiammato, è più caldo del sangue arterioso, e questo è meno caldo del venoso che viene dai siti flogosati. Riveste varia forma: in clinica lo chiamiamo *alituoso*, *mordicante*, *sec-*

co, a seconda le sensazioni che ci desta. I suoi fattori sono: l'accresciuta attività nutritiva e formativa degli elementi dei tessuti infiammati, che induce maggiore attività di scambio dei materiali nutritivi e riduttivi; l'iperemia, l'influenza nervosa, la superficialità della flogosi. Veggasi Bernard, nell'articolo calore animale, e gli esperimenti suoi sull'influenza dei nervi alla produzione della termogenesi animale.

5.° *Pulsatilità*. La funzione dei vasi è evidentemente esagerata, si mostra tale più spiccatamente nelle parti superficiali in vicinanza del centro stimolato, ed è avvertibile dall'infermo e dal chirurgo: lo aumento della contrazione arteriosa, e l'impedita circolazione, spiegano questo sintoma.

Tutti questi sintomi sono locali, e comuni; ma anche nel campo chirurgico assegnato, la flogosi ne può presentare altri, come l'aumento di secrezione nelle mucose, le raccolte sicrose e purulente nei diversi periodi del processo, la formazione di essudati crupali e difterici, l'edema collaterale etc.

6.° Riserbandoci di parlare dei particolari disturbi funzionali, quando diremo particolarmente di ciascun organo infiammato, notiamo ora in generale, che dove è processo flogistico, ivi è turbata la funzione del tessuto ammalato; un'organo glandulare infiammato non secrega, ovvero non compie fisiologicamente la sua funzione: un muscolo, non si contrarrà, o si contrarrà limitatamente e con dolore. Tale disturbo è in relazione meno con la intensità del processo infiammatorio, che con l'importanza anatomo-fisiologica della sede ammalata, con l'estensione della tumescenza, infine col temperamento dell'infermo.

7.° I sintomi consensuali pur detti diffusivi o meccanici, sono dovuti ai cambiamenti di rapporti anatomici e funzionali, che la flogosi impartisce ai tessuti vicini. L'edema in sito più o meno vicino al punto infiammato, ed il turgore infiammatorio possono recare certe paralisi transitorie, può avverarsi dispnea,

per infiammazione delle pleure, o per glossite; può turbarsi la circolazione capitale per infiammazione del collo o delle parotidi. Nelle uro-cistiti si ha come sintoma di consenso il dolore all'estremo dell'asta, e il dolore al tallone allorché vi è flogosi cronica nei calici renali, il dolore alla spalla nell'epatite, il dolore al ginocchio nella coxartrite etc.

8.<sup>o</sup> Abbiamo *sintomi generali* nell'infiammazione, e tra questi la febbre è uno dei più cospicui; nullameno qualche volta può mancare, o aversi leggera in casi gravi d'infiammazione, e altissima in flogosi limitate. In quanto a patogenesi diciamo, che molto si è discusso da Traube e da Virchow; ma pare più assodata l'opinione, che essa è in ragion diretta della quantità di prodotti flogogeni e riduttivi, che dall'aria infiammata passano nella generale circolazione.

Tra i fatti generali della infiammazione, notiamo l'aumento di fibrine nella massa generale del sangue, e l'accrescimento numerico dei leucociti. La cifra normale della fibrina nel sangue, rappresentata da  $\frac{1}{1,000}$  può vedersi arrivare al  $\frac{1}{1,000}$  e fino al  $\frac{19}{1,000}$ , come in certe flogosi articolari, o pleurali, avviene.

Non è il caso di parlare della *famosa cotenna flogistica*, avvegnaché è ormai risaputo, che non è una nota del sangue d'individui presi da flogosi; ma un fatto fisiologico costante in certi animali: un fatto esistente nella gestazione della donna e verificabile sempre, quando ci è diminuzione della quantità assoluta del sangue: quando ci è diminuzione relativa di globuli rossi con aumento dei bianchi, e della fibrina: infine quando il sangue è riposto in certa specie di vasi etc.

Sono questi i sintomi più o meno costanti del processo flogistico, e noi li abbiamo registrati con quell'ordine, che nella prima parte del nostro lavoro abbiamo stabilito doverci tenere, per ogni esame o criterio diagnostico.

*Esame cronologico.*

In questo esame cronologico, diciamo, che nell'infiammazione generale, desso può comprendere due ordini di fatti; l'uno che abbraccia una serie di alterazioni rapidamente succedentisi e collegantisi tra loro: l'altro che risulta da una successione progressiva, se si vuole, ma lenta delle alterazioni; nel primo caso la flogosi è *acuta*, *cronica* nel secondo. Tra l'una e l'altra, i pratici collogano il processo *sub-acuto*, come quello che partecipa della rapidità della prima, in certi fatti, e della lentezza della seconda in certi altri. I sintomi enumerati più sopra, oltre al succedersi più rapidamente, si mostrano più rilevanti e spiccati nella flogosi *acuta*; mentre che nella cronica, in parte possono mancare, o mascherarsi almeno il più delle volte — In quanto alla durata è impossibile poterla determinare in tesi generale, avvegnachè è subordinata a circostanze diversissime e impossibili a calcolarsi; infatti l'intensità, la natura, la persistenza dello stimolo nei tessuti, la diversa struttura di questi, la tempra e la costituzione organica degli infermi, le cure acconce o disadatte, tutto ciò può impartire alla flogosi un andamento variabilissimo, e specialmente spiegare un influenza su gli esiti suoi. Oltre a ciò consistendo il processo infiammatorio, non in una determinata alterazione, ma in una serie assai complessa di fatti, e di fattori anatomo-patologici e fisiopatologici, avvien sempre, che mentre alcune alterazioni scompaiono, ne vengono fuori delle altre più o meno direttamente dipendenti dalle scomparse. Dal che risulta, che volendo noi seguire l'ordine naturale con cui si svolgono i fatti, non possiamo, a rigor di termine, fissare assolutamente i limiti del processo, o come direbbesi, assegnare un determinato valore al de-

corso suo. Se non ch'è, nel decorso, come dicevamo più sopra, si svolge una serie più o meno complessa di fatti dei quali è utile tenere ragione. Tali fatti riguardano l'*attività cellulare*, che si svolge in due modi, tenendo conto di ciò che produce; l'uno che riflette l'*essudato*, l'altro la *neoplasia*. L'*essudato*, che è un prodotto *liquido*, o *semiliquido* dell'*attività cellulare*, misto ai trasudati vasali, può essere *sieroso*, *albuminoso*, e *fibrinoso*. Il primo è caratterizzato dal predominio di acqua, e da pochi elementi del plasma sanguigno, come da quantità variabilissima di fibrinogene: avviene ordinariamente nelle sierose, e quando la flogosi è divenuta cronica; e se poi il processo flogistico invade tessuti poco compatti, allora all'essudato sieroso, si aggiunge un vero trasudato vasale, dando luogo all'edema.

L'*essudato albuminoso*, così detto, perchè contiene a preferenza *albumina*, à qualità analoghe alla sinovia, cioè opaco, e denso. Sospesi in esso si trovano globuli di pus, nuclei e globuli di grasso, granulazioni varie, che s'intorbidano. L'origine delle cellule purolente, deve ripetersi dalla migrazione dei leucociti dai vasellini sanguigni. Tali essudati si sono detti *albuminosi*, perchè la copia dell'albumina supera la fibrina, e *purolenti*, perchè vi si trovano più o meno abbondanti i globuli di *pus*.

L'*essudato fibrinoso*, si rinviene ordinariamente nelle infiammazioni a decorso acuto, e si presenta a forma di lacinie o di fiocchi, o di false membrane; la fibrina vi predomina quantitativamente.

Le proporzioni di acqua o di siero possono variare e sono minime, nell'essudato crupale. La forma fioccosa o a brandelli membranacei, dipende dalla gran copia di fibrinogene, che unito al fibrinoplastico, si condensa e si mostra in quell'aspetto. Tale essudato contiene una quantità di nuclei e di giovani cellule, la cui provenienza, se dal sangue o dal connettivo, non è ancora accertata.





