



CLINICA OTORINOLARINGOLOGICA DELLA R. UNIVERSITA' DI BARI

Prof. GUALTIERO LUGLI
Direttore

L'OTORINOLARINGOLOGIA in rapporto alla medicina generale

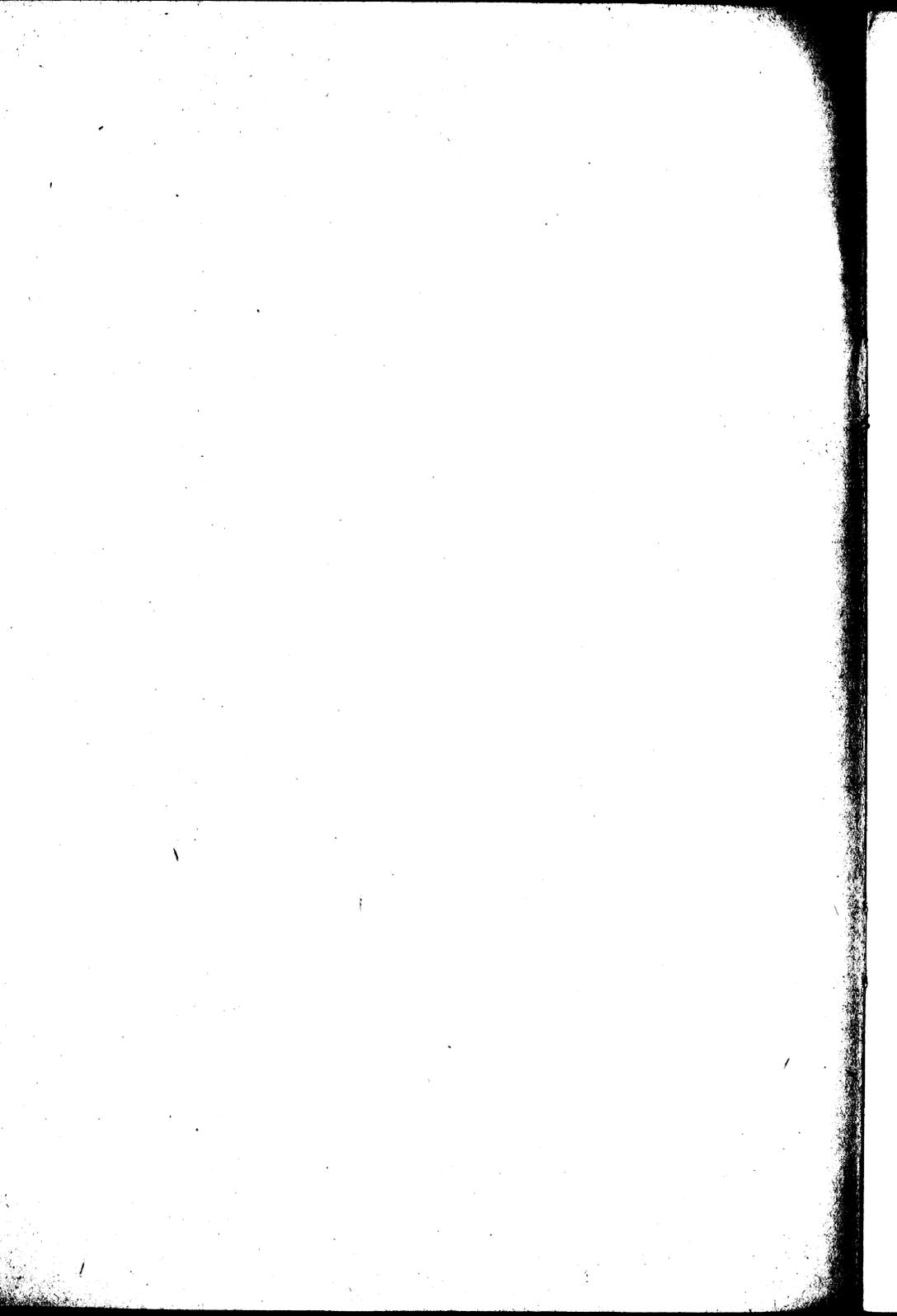
PROLUSIONE TENUTA L'11 DICEMBRE 1935-XIV

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 11, del 15 giugno 1936 - XIV)



Ms.
B 55 83

STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA",
ROMA - VIA DELL'ANIMA, 46



Prof. GUALTIERO LUGLI
Direttore

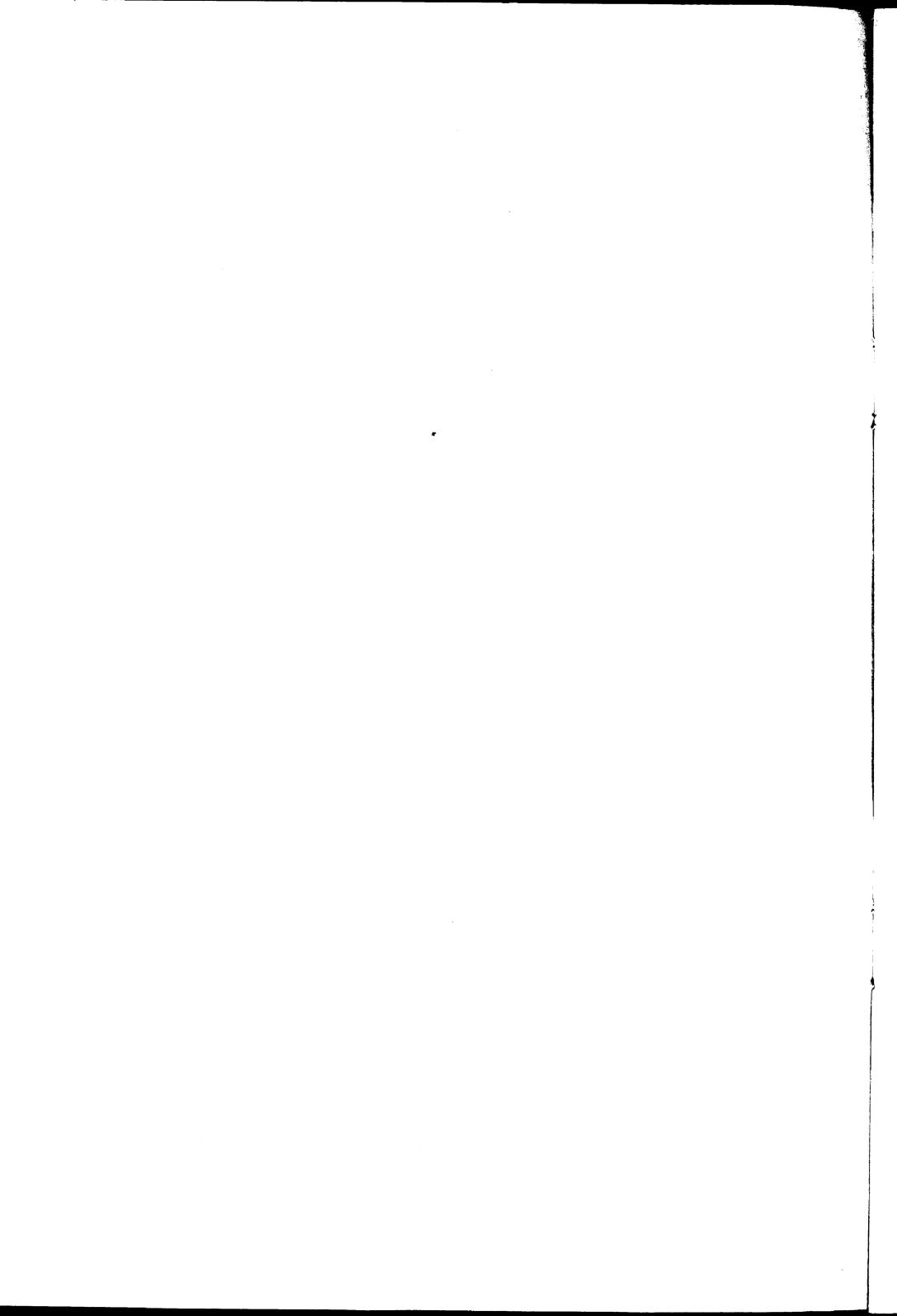
L'OTORINOLARINGOLOGIA in rapporto alla medicina generale

PROLUSIONE TENUTA L'11 DICEMBRE 1935-XIV

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 11, del 15 giugno 1936 - XIV)



STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA",
ROMA - VIA DELL'ANIMA, 46



L'O. inizia la sua prolusione rivolgendo parole di omaggio e di ringraziamento a S. E. il Ministro dell'Educazione Nazionale, al Magnifico Rettore, al Preside ed ai colleghi della Facoltà. Rievoca con commosse parole la memoria del suo Maestro, ed invia un saluto al Direttore ed ai colleghi della Clinica di Napoli, della quale ricorda le gloriose tradizioni. Invita gli studenti a rivolgere il loro pensiero ai camerati combattenti nell'A. O., l'esempio dei quali deve servire di incitamento ad accrescere col lavoro la potenza della Patria.

Poi seguita:

Si può dire che il concetto dell'importanza scientifica e sociale della nostra specialità abbia avuto una rapida evoluzione, se si pensa che meno di cinquanta anni or sono appena in due o tre Università ne era impartito l'insegnamento con mezzi quanto mai inadeguati.

Ma la specialità ha avuto in Italia la fortuna di avere tra i suoi primi cultori dei grandi medici, che con la loro scienza e la loro passione l'hanno avvalorata ed imposta più che con ogni argomentazione. Essi hanno costituito la base sulla quale è stato innalzato l'edificio ulteriore. Oggi in tutte le Università d'Italia esiste una cattedra della specialità, tutti i maggiori ospedali possiedono un reparto della specialità o stanno provvedendo alla sua istituzione. Infine in questo stesso anno l'Otorinolaringologia, per illuminata decisione di S. E. il Ministro della Educazione Nazionale, dichiarata materia fondamentale di insegnamento, ha ricevuto il più alto ed ambito riconoscimento della sua importanza. E' vero che, eccetto in due Università, non sono oggi assegnati alle cattedre di Otorinolaringologia dei posti di ruolo. Ma questa ulteriore e definitiva affermazione non potrà mancare in futuro, ed essa sarà affrettata dal valore del contributo scientifico e pratico che sapranno portare gli specialisti stessi.

Unitamente all'evolversi della specialità nella considerazione degli studiosi si svolgeva l'evol-

uzione quanto mai rapida del suo patrimonio scientifico e delle sue tecniche.

Sorta nella sua più rigida enunciazione, come avviene per ogni idea umana, nettamente limitata dagli stessi confini degli organi che studiava, la specialità è andata poi estendendosi, ha cominciato a considerare le connessioni e le armonie che sempre più numerose apparivano inevitabilmente tra essa e le regioni vicine e quindi con l'intero organismo.

Questo movimento acceleratosi negli ultimi anni sotto l'impulso della tendenza affermantesi in tutte le branche della medicina, sta portando la specialità oltre gli ultimi limiti del suo campo chiuso.

Oggi essa affronta gli stessi problemi, procede con le stesse leggi e gli stessi metodi, in una parola con lo stesso spirito della medicina e della chirurgia. Ed allo specialista che seguitasse a stare chiuso nei limiti convenzionali del suo campo, sfuggirebbe la conoscenza proprio dei problemi più importanti che sono connessi ad ognuno degli argomenti della specialità.

Noi ci limitiamo a citarvi alcuni di questi problemi, riguardanti affezioni appartenenti a diversi campi della specialità.

Consideriamo le vegetazioni adenoidi: affezione di tanta attualità da richiamare l'attenzione non solo degli specialisti, ma anche dei medici in generale e perfino dell'Autorità, che ha emanato ed attuato una serie di provvedimenti per combatterla.

Il quadro delle vegetazioni adenoidi vi è noto. Molti di voi avranno avuto occasione di osservare uno di questi pazienti, generalmente dei bambini, che si presentano a voi pallidi per uno stato di anemia più o meno accentuato, con segni di infiammazioni catarrali cr. delle prime vie aeree e dell'orecchio, con le tonsille palatine ipertrofiche, le glandole cervicali ingrossate. Voi riscontrate alterazioni scheletriche la cui caratteristica è di essere sistematizzate a tutto lo scheletro respiratorio: specialmente di-

stintivi l'appiattimento laterale del torace e dello scheletro della faccia, che aumentano all'incontro i loro diametri antero-posteriori. Di più riscontrate in questi pazienti un ritardo della crescita, ripugnanza al lavoro fisico e mentale, difficoltà a concentrare la memoria e l'attenzione. In essi insorge facile stanchezza ogni volta che sono sottoposti ad un lavoro. Disturbi riferibili a disfunzione ipofisaria, disturbi riflessi di vario genere possono completare il quadro della malattia.

Si tratta dunque di alterazioni complesse, estese a un gran numero di organi e di apparati.

Or bene da quando MEYER emise l'opinione che questi disturbi dovevano essere riferiti ad un aumento di volume della tonsilla faringea, tutti hanno accettato questo concetto. Ed in effetto è indiscutibile che un aumento di volume della tonsilla faringea possa provocare i sintomi accennati.

La tonsilla faringea è infatti costituita da un accumulo di tessuto linfatico, che nella sua forma macroscopica e microscopica rassomiglia in tutto alle tonsille palatine. Essa è situata sulla volta del rinofaringe, immediatamente dietro alle coane. Si concepisce dunque facilmente come aumentando di volume e scendendo verso il basso occluda una parte sempre più estesa degli orifici coanali. Ne risulta una difficoltà crescente della respirazione nasale che può arrivare fino all'abolizione di essa.

Or bene l'esperimento e la clinica hanno dimostrato che l'esclusione della mucosa nasale dall'atto respiratorio non rimane senza notevoli danni.

A molti riesce difficile darsi ragione di questo fatto. I profani infatti ritengono che l'unico ufficio delle fosse nasali sia quello di lasciar passare l'aria di respirazione, che esse cioè siano come due condotti che passivamente si lasciano attraversare dalla colonna d'aria, e che siccome a naso chiuso e bocca aperta si può respirare largamente, sia del tutto indifferente che l'aria passi attraverso il naso o attraverso la bocca.

Se anche questo fosse vero non sarebbe indifferente ma di deciso svantaggio respirare dalla bocca piuttosto che dal naso.

L'esperimento infatti ha dimostrato, per quanto la cosa sembri a molti poco credibile, che il volume d'aria che nell'unità di tempo può passare attraverso la bocca è appena i 2/3 di quella che può passare attraverso il naso. Bisogna riflettere che si tratta della bocca semiaperta e non largamente aperta, quale un individuo può, con azione volontaria, mantenere solo per poco tempo.

Di più la colonna d'aria passando dal naso nella laringe descrive una curva dolce, passando dalla bocca una curva assai marcata, vicina ad un angolo retto: perciò l'atto inspiratorio costa all'organismo più energia nel secondo caso che nel primo.

Il valore della respirazione boccale sarebbe dunque nettamente inferiore a quello della respirazione nasale anche considerando le cose da un punto di vista puramente meccanico.

Ma questa concezione limitata è lontana dalla verità. Le cavità nasali prendono all'atto respiratorio una parte attiva di importanza fondamentale.

All'atto della nascita l'essere umano si immerge in un bagno d'aria nel quale è disciolto l'ossigeno necessario alla vita; e per tutta la vita la macchina respiratoria lavorerà di continuo ad estrarre l'ossigeno dall'aria, come gli animali acquatici l'estraggono dall'acqua. Con la prima inspirazione una colonna d'aria si precipita nelle prime vie aeree, empie il torace e viene di nuovo emessa con l'espiazione: e da allora nuove masse d'aria sono senza sosta immesse ed emesse: solo una piccola parte è trattenuta ogni volta nel torace: una piccola parte preziosa d'aria, un poco di ossigeno, è estratto dalla massa e penetra nei capillari. L'ossigeno costituisce 1/5 circa della massa d'aria, e di questo ossigeno appena il 20% è estratto e fissato dall'emoglobina. Perciò l'organismo deve introdurre grandi quantità di aria per estrarre da esse la quantità di ossigeno che gli occorre. Per questo circa 12.000 litri di aria passano ogni giorno per le vie aeree ed è facile immaginare l'enorme quantità di impurità di ogni genere, di microrganismi, di *destritus* organico ed inorganico, essa trasporti nell'organismo. Per di più l'aria non si presenta in condizioni fisiche costanti, ma varia di continuo secondo le variazioni dell'ambiente.

Tutte queste condizioni sfavorevoli al lavoro della macchina respiratoria porterebbero in breve a disturbi del suo funzionamento, se la natura non avesse provveduto a collocare al principio dei canali dell'aria un mirabile filtro, che non solo depura l'aria, ma la prepara in modo che giunga al torace in condizioni fisiche pressochè costanti, cioè nelle condizioni più adatte per la sua utilizzazione.

Questa funzione di difesa si esplica lungo tutto il decorso delle vie aeree, ma prevalentemente nel primo tratto di esse, cioè nel naso e nel faringe nasale e orale.

Essa consiste anzitutto in una filtrazione dell'aria. L'aria viene liberata dalle particelle di ogni natura che porta in sospensione e che formano il pulviscolo: le impurità più grossolane sono trattenute dai numerosi peli che contor-

nano l'entrata delle cavità nasali; le impurità più fini riescono a pervenire nei passaggi più o meno ristretti delle cavità nasali e del rinofaringe; probabilmente si impigliano nel liquido sieroso-mucoso che spalma le pareti e vengono in seguito assorbite od espulse.

Insieme alla filtrazione avviene anche, in condizioni normali, una vera sterilizzazione dell'aria. Tutti i ricercatori sono d'accordo nell'ammettere che il numero dei germi, abbondanti nel vestibolo nasale, si fa più scarso quanto più ci portiamo verso il rinofaringe e che nell'interno del naso avviene di continuo una distruzione di microrganismi, attribuita dai diversi AA. all'azione battericida del muco, del siero, o degli epiteli, o dei leucociti.

In secondo luogo l'aria di inspirazione viene riscaldata: tale funzione si compie per il contatto dell'aria con la mucosa: il corion possiede una ricca rete vasale e spazi venosi di grandi dimensioni interposti tra i capillari e le vene: questa abbondante vascolarizzazione provvede ad una forte irradiazione di calore. La funzione di contatto è favorita dalla ristrettezza dei passaggi e dalle numerose pieghe delle pareti esterne, in modo da sviluppare il massimo di superficie riscaldata: principio adottato da tutti gli apparecchi di riscaldamento.

Un'altra importante modificazione che subisce l'aria di inspirazione è l'umidificazione. Chi prova a respirare attraverso la bocca dopo pochi minuti avverte una sensazione molesta dovuta alla secchezza delle labbra e delle fauci. Eppure la mucosa orale è continuamente bagnata dalla saliva. Questo dà un'idea dell'importanza della funzione nasale: quando si consideri la quantità d'aria che passa nelle cavità nasali nelle 24 ore si comprende quanta umidità sia capace di cedere la mucosa nasale.

Se si pensa che queste modificazioni della massa aerea si compiono nella frazione di secondo impiegata ad attraversare le fosse nasali non si può fare a meno di ammirare la perfezione dei meccanismi che regolano tale lavoro.

Inoltre l'aria attraverso le fosse nasali passa sotto il controllo dell'olfatto: è così possibile per l'individuo di sfuggire all'evenienza di respirare aria impura per la mescolanza di gas dannosi all'organismo.

Ma non si esaurisce con questo il lavoro della prima parte delle vie aeree, ed anzi si può dire che tutte le funzioni esposte fin ora non costituiscono che la parte più grossolana e forse meno importante del suo compito.

Non è molto che si è imparato a conoscere che la mucosa nasale è punto di partenza di riflessi, suscitati dall'aria di inspirazione, capaci di esercitare un'azione modificatrice su quasi tutte le funzioni dell'organismo.

Si è visto che eccitazioni di varia natura (stimoli chimici e fisici: meccanici, elettrici, termici: aria calda e fredda, ecc.) esercitano una influenza sulla circolazione modificando la frequenza ed il ritmo del cuore fino all'irregolarità, sulla pressione sanguigna, sulla frequenza e la profondità dei movimenti respiratori, sulla muscolatura dei bronchi e sul diaframma, sulla secrezione della saliva e del succo gastrico, sulla motilità dei vasi della congiuntiva, dell'orecchio, delle guance, ecc. Si è visto che la corrente d'aria di inspirazione rappresenta uno stimolo ininterrotto che agisce in via riflessa sul tono dei muscoli inspiratori, e particolarmente sul tono dei muscoli che elevano la mandibola (temporale, massetere, pterigoideo int.) e che opponendosi alla forza di gravità mantengono la bocca chiusa.

Tutte queste azioni, alle quali altre si aggiungeranno in seguito ad ulteriori ricerche, hanno evidentemente una importanza regolatrice sullo sviluppo e le funzioni dell'organismo in rapporto alle variazioni dell'ambiente, e non è azzardato pensare che esercitino un'influenza anche sull'evoluzione della specie.

La mucosa delle fosse nasali non è dunque un semplice strato di rivestimento che indifferente ed inerte serve a tappezzarne le pareti, ma è un tessuto quanto mai sensibile e ricco di reazioni. Situata al primo punto di contatto fra l'aria che deve essere consumata dall'organismo e l'organismo stesso, è costruita e funziona come un vero « organo di senso dell'aria ». Esso si trova in condizioni ideali per informare l'organismo intorno alle condizioni dell'elemento in cui è immerso: il più imperiosamente necessario alla sua vita, ed uno dei fattori decisivi della sua forma. Non solo controlla l'aria di inspirazione dal punto di vista fisico chimico e biologico e la modifica nei suoi caratteri in modo che giunga al torace nelle condizioni più adatte agli scambi respiratori, ma è punto di partenza di continui eccitamenti, determinati dal contatto della colonna d'aria e diversi secondo la sua qualità, che si riflettono sui più diversi organi e servono a regolarne lo sviluppo e le funzioni perchè si svolgano in armonia con le condizioni dell'ambiente.

Vedete dunque come un esempio più minuto dei momenti meccanici e biologici della respirazione danno piena ragione dei disturbi che può provocare una abolizione della respirazione nasale, specialmente se questa, come nel caso delle vegetazioni adenoidi, si protrae a lungo nel periodo dello sviluppo.

Oltre poi all'azione meccanica esercitata dall'aumento di volume della tonsilla faringea, bisogna anche tener conto, nel determinismo dei fenomeni morbosi, della facilità con la quale

la tonsilla stessa va incontro a processi infiammatori, favoriti dalla stasi circolatoria e dal ristagno dell'aria e delle secrezioni, prodotti dalla tonsilla ingrandita. Queste infiammazioni si propagano facilmente in alto, verso i seni paranasali e gli orecchi, ed in basso verso le prime vie aeree e digestive.

Possiamo dunque concludere che il concetto dell'importanza della ipertrofia della tonsilla faringea nel determinare i disturbi elencati in principio si fonda su validi argomenti.

Eppure lo specialista che si attenesse strettamente a questa interpretazione localistica, perderebbe la possibilità di valutare alcuni fatti che hanno grande importanza.

Questa interpretazione, che prende uno dei segni presentati dal paziente, l'ipertrofia della tonsilla faringea, e lo assume al ruolo di causa di tutti gli altri, è, con grande probabilità, corretta ma è nel contempo incompleta. Infatti essa cerca di stabilire il meccanismo dei diversi sintomi, ma trascura di mettere in luce un punto importante, e cioè le cause della ipertrofia stessa della tonsilla faringea. Perché si ipertrofizza la tonsilla faringea?

Nessuno infatti è disposto a credere che se, per es., su cento soggetti dieci presentano una ipertrofia della tonsilla, questa percentuale sia stata distribuita a caso fra i cento soggetti e non risponda invece all'esistenza di determinate condizioni nei dieci individui.

Or bene è questa l'indagine che viene talora trascurata e che invece si impone assolutamente se si vuole che l'indicazione curativa e l'intervento chirurgico siano posti in maniera razionale. E' questa indagine che vi fa sorpassare le pareti del rinofaringe, vi fa uscire da una concezione limitata e vi permette di svelare nell'organismo del paziente, nella sua anamnesi, in quella dei familiari, cause di ordine generale, più lontane, più difficili a determinare che non sia l'ipertrofia della tonsilla faringea e delle quali essa stessa è un effetto.

Queste cause sono le più varie, poichè nell'anamnesi personale e familiare di questi pazienti non si riesce mai ad identificare uno stesso principio al quale sia possibile risalire in tutti i casi, come ad una origine unica. Ma è sempre possibile rilevare l'esistenza di qualche fattore nel quale tale origine può essere ragionevolmente identificata. Costante è il riscontro di affezioni specifiche dei genitori, specialmente la lues e l'eredità, o di loro diatesi o tare organiche trasmissibili, o di affezioni sofferte dal paziente, o di sfavorevoli condizioni di vita.

Tutti questi momenti differenti tra loro, hanno tuttavia un punto in comune: ed è che tutti sono suscettibili di produrre una debilità orga-

nica del soggetto nei primi anni di vita, ed è questa debilità congenita o acquisita, che sembra costituire la condizione comune per lo sviluppo delle vegetazioni adenoidi.

L'aumento di volume della tonsilla faringea che si produce in questi individui ha probabilmente un significato di utilità per l'organismo, e tende a compensare un difetto. Infatti abbiamo accennato in principio che la funzione di depurazione e di controllo dell'aria di inspirazione si compie prevalentemente a livello delle prime vie aeree: sono queste che sostengono il massimo sforzo funzionale e vanno soggette ad una azione lesiva intensa e continua. Ne consegue che negli individui meno resistenti queste parti risentiranno facilmente delle azioni lesive dell'ambiente esterno, e presenteranno segni di insufficienza funzionale.

In primo tempo la mucosa aumenta di volume, specialmente per una moltiplicazione degli elementi linfatici. L'organismo cerca di supplire con la quantità alla cattiva qualità e fa un tentativo per riportarsi in equilibrio. Ma questa iperplasia di rado rimane pura. Quasi sempre, appunto per la debilità dei tessuti, ad essa si accompagnano processi infiammatori con tendenza a cronicità e che portano a loro volta ad ipertrofia.

Ma importa fare subito qualche rilievo.

In primo luogo queste alterazioni non possono presentarsi circoscritte alla tonsilla faringea, ma estese, con varia intensità, a tutta la mucosa rinofaringea e alle tonsille palatine, poichè le condizioni patogenetiche sono identiche per tutte le prime vie aeree. Ed infatti la rinite cr., la tonsillite cr. con ipertrofia delle tonsille palatine e dei follicoli linfatici della mucosa faringea, stanno fra i segni più costanti delle vegetazioni adenoidi. Ma possiamo dire adesso, procedendo sulla base delle considerazioni fatte ad una revisione parziale del meccanismo dei sintomi, che queste alterazioni si debbono considerare concomitanti più che conseguenti alle vegetazioni adenoidi, e come esse in diretta connessione con le cause costituzionali.

In secondo luogo nei diversi pazienti le alterazioni stesse non si presentano egualmente accentuate: ora sono predominanti l'ipertrofia e lo stato infiammatorio cr. della tonsilla faringea, come è appunto il caso delle vegetazioni adenoidi, ma altre volte predominano i fenomeni nasali o le alterazioni delle tonsille palatine. In un certo numero di casi pur riscontrandosi un quadro sintomatologico simile a quello delle vegetazioni adenoidi, l'aumento di volume della tonsilla faringea manca o è moderato, e non tale in ogni modo da essere responsabile dei disturbi i quali sono invece prevalentemente legati ad una stenosi nasale pro-

dotta dalla rinite cr. e dalla ipertrofia dei turbinati.

In questa categoria di pazienti, in confronto a quelli con vegetazioni adenoidi, identiche sono le cause generali, eguali i sintomi, ma diverso è l'intermediario fra le prime ed i secondi.

Se non si tiene conto di questi fatti si va incontro ad un duplice errore.

Anzitutto fissati sull'importanza della tonsilla faringea nel determinismo dei sintomi, facendo centro invariabilmente su essa, si finisce per ricorrere sistematicamente, quasi meccanicamente, all'intervento anche in quei casi nei quali si ha solo l'aspetto delle vegetazioni adenoidi, nei quali cioè le alterazioni a carico della tonsilla faringea mancano o sono moderate, ed i disturbi sono invece dovuti ad una stenosi nasale, o anche sono in diretta dipendenza con le tare ereditarie o acquisite del paziente, come l'anemia, i disturbi della crescita e dell'ossificazione, l'ipertrofia delle ghiandole linfatiche, ecc.

Intervento chirurgico inutile e quindi dannoso. Ed infatti in questi casi l'intervento non è seguito da benefici apprezzabili: il bambino seguita a respirare a bocca aperta ed i disturbi generali o locali che avevano spinto a praticare l'intervento permangono.

Eppure la fede nell'importanza del fattore locale è tale che essa non viene scossa neanche quando questi bambini sono ricondotti dopo mesi od anni dall'operazione in condizioni immutate. Si pensa che il fatto è dovuto ad una ablazione incompleta o ad una riproduzione delle vegetazioni adenoidi, ed un secondo intervento viene eseguito.

Ma consideriamo anche il caso che l'intervento chirurgico sia eseguito su indicazione precisa, ossia perchè effettivamente esiste una notevole ipertrofia della tonsilla faringea che ostacola il respiro nasale o mantiene uno stato infiammatorio. Ebbene l'interpretazione localistica anche in questo caso darebbe luogo ad un grave inconveniente: a quello cioè di fissare l'attenzione sulla causa locale distogliendola dal considerare quelle cause di ordine generale che stanno effettivamente all'origine dell'affezione.

Essa produce la persuasione che un colpo di anello tagliante nel rinofaringe sia la condizione necessaria e sufficiente attraverso la quale, come per un colpo di bacchetta magica, si deve raggiungere invariabilmente la guarigione. Per questo il medico non fa che inviare il paziente dallo specialista, lo specialista lo opera e se ne lava le mani.

Il paziente ricava indubbiamente un notevole vantaggio dall'intervento, ma è tutt'altro che guarito. Le sue tare originarie rimangono invariate. Esso respira meglio per il naso, e per-

tanto scompaiono o si attenuano i disturbi legati alla respirazione boccale. Ma questo miglioramento è pagato a caro prezzo. Mentre infatti esso era prima per i familiari un malato, un oggetto di indagini e di cure e pertanto suscettibile di guarigione, adesso è diventato un soggetto curato, che è stato esaminato dal medico ed operato dallo specialista, e per il quale anche i familiari più diligenti pensano, ed a ragione, di aver fatto tutto quanto era in loro potere.

L'intervento chirurgico ha circondato il paziente di un alone di indifferenza che gli riuscirà ormai assai difficile sorpassare. Egli ha perduto quasi definitivamente ogni possibilità di un esatto riconoscimento delle cause originarie della malattia e di un adeguato trattamento di esse.

Un altro esempio in un altro campo della specialità ci viene offerto nel modo migliore da quel gruppo di malattie dell'orecchio che si rivelano con sordità e con disturbi dell'equilibrio.

Queste malattie sembrano infatti costituire quant'altre mai l'esempio di affezioni a carattere locale, tanto è vero che esse sono considerate da tutti come il campo chiuso e privilegiato dello specialista.

Eppure, proprio in questo campo, lo specialista che limitasse la sua indagine all'organo dell'udito avrebbe ben poche probabilità di giovare al suo paziente e molte invece di danneggiarlo.

Bisogna infatti stabilire una netta distinzione fra le alterazioni dell'udito che sono dovute a malattie della parte più esterna dell'orecchio, organo di conduzione e di accomodazione all'onda sonora, ed i difetti di udito legati a lesioni dell'orecchio interno, organo di ricezione dell'onda sonora, delicato apparecchio di cellule sensoriali intorno alle quali si sfoccano le ultime terminazioni del nervo acustico.

Le prime sono effettivamente il più spesso limitate al campo della specialità, perchè legate ad affezioni locali, ed hanno un significato ed un valore locale, ma le seconde partecipano a tutta la patologia dell'organismo ed hanno un grande valore diagnostico per la medicina generale.

Si verifica cioè nell'orecchio quanto accade nell'altro grande organo telerecettore: l'occhio, al quale è legato da tante minute analogie. Un difetto di vista dovuto a una lesione locale dei mezzi anteriori dell'occhio ha un valore ed un significato ben differenti da un difetto dovuto ad una affezione degli elementi sensoriali della retina o del nervo ottico. Il secondo è tanto spesso espressione, ed espressione così caratte-

ristica, di una affezione delle regioni vicine o di una malattia generale, che a tutti è nota la grande importanza diagnostica dell'es. del fondo dell'occhio.

Ebbene noi potremmo parlare con altrettanto fondamento, mi si permetta l'espressione, di un esame del fondo dell'orecchio. E' vero che noi non possiamo cogliere direttamente, come fa l'oculista, l'immagine delle alterazioni, poichè l'orecchio interno ci è totalmente nascosto, ma abbiamo nell'esame funzionale un rivelatore fedele di esse.

Per l'estrema delicatezza degli elementi sensoriali e per le caratteristiche anatomico-fisiologiche dell'organo di ricezione, la minima offesa alla loro trama e la più circoscritta si rivela con alterazioni definite dello schema acustico, talchè il rilievo di una alterazione funzionale ha un valore che sorpassa forse quello stesso del rilievo di una alterazione anatomica.

Quanto abbiamo detto per i disturbi dell'udito può essere ripetuto nell'identico modo per i disturbi dell'equilibrio, il quale, come sapete, rappresenta la seconda funzione fondamentale dell'orecchio interno.

Io non mi soffermo qui sull'importanza dello studio di un difetto dell'udito e dell'equilibrio per la diagnosi di affezioni delle regioni vicine all'orecchio, perchè essa è ben conosciuta; molto spesso ci vengono inviati i pazienti in tali casi, e ci viene richiesto il criterio fornito dagli esami acustico e vestibolare. Sono invece meno noti i rapporti fra difetti dell'udito e dell'equilibrio ed affezioni generali o lontane.

Le affezioni dell'apparato circolatorio occupano il primo posto, sia come fenomeni di congestione labirintica, specialmente frequenti nelle donne all'epoca della menopausa, che di diminuito afflusso di sangue, accessionale, come nelle crisi vasocostrittive dell'ipertensione, o ad andamento progressivo, come nell'arteriosclerosi, sia, più raramente, come vere emorragie endolabirintiche.

Citiamo poi le intossicazioni endogene, legate alla disfunzione di diversi organi ed apparati, alle malattie renali, all'insufficienza epatica, e soprattutto al diabete, nel quale la localizzazione acustica non rappresenta che una delle forme di neurite, così frequenti in questa malattia.

Vengono in seguito le azioni tossiche esogene, fra le quali sono particolarmente note quelle dovute al chinino, all'alcool, al piombo, agli arsenobenzoli, alla nicotina, ecc.

Infine le infezioni ac. e cr. e fra esse massima è l'importanza della sifilide, sia nella forma ereditaria che acquisita.

Tutti questi ordini di cause si esprimono con disturbi di varia forma ma della stessa qualità: essi vanno dall'accesso vertiginoso violento che

costringe il paziente a letto ed al quale segue o no una sordità totale, ad una sensazione di vertigine appena avvertita con lievi ronzii, da una diminuzione transitoria di udito con o senza vertigini ad una ipoacusia che progredisce lentamente per mesi ed anni fino ad arrivare all'abolizione completa della funzione. Ed è importante, dal punto di vista diagnostico, il fatto che questi fenomeni rappresentano spesso dei sintomi precoci, talora il primo segno, della malattia generale.

Ebbene, contro queste neurolabirintiti sintomatiche vi appare subito l'assurdità ed il danno di ogni terapia locale, quale invece può essere di vantaggio alle forme localizzate dell'orecchio medio.

Eppure fino a non molti anni or sono, per la conoscenza ancora incompleta di queste forme, era ben difficile che un specialista, fondendo in una stessa considerazione tutti i disturbi acusticovestibolari, non si lasciasse andare per la loro cura a quelle stesse manovre tanto in voga per i difetti di udito legati a malattie locali delle parti più esterne dell'orecchio, e specialmente a quella che costituiva un principio imperativo di terapia auricolare, la doccia d'aria: manovra brutale che ha al suo attivo assai più danni che benefici.

Immaginate voi, a parte le considerazioni dovute alle condizioni anatomiche differenti, gli effetti di una violenta insufflazione d'aria nell'occhio in un caso di retinite o di neurite ottica? Certo i vantaggi sul labirinto e sul nervo acustico non dovevano essere molto più grandi, eppure la mania per questa manovra era tale che un insigne specialista scriveva in uno dei suoi trattati: «L'alba del secolo XX spuntò su una folla di specialisti intenti ad insufflare tutte le orecchie sorde con una ostinazione uguale alla loro convinzione». Doccie di Politzer, catterismi, passaggio di sonde, massaggi vibratori, azioni meccaniche elettriche e termiche, che cosa non è stato messo in opera contro questo delicato apparecchio, colpevole solo di essere il portavoce di una affezione più lontana?

L'adeguata terapia di queste forme è dunque legata all'esatta diagnosi causale, diagnosi che supposta sui dati dell'esame funzionale deve essere confermata dall'esame obiettivo dell'infermo e dalle ricerche di laboratorio necessarie. E se lo specialista non è in grado di fare da sè questo esame, di indirizzare le ricerche nella giusta direzione, deve inviare il suo paziente al medico generale. Perchè altrimenti il danno al quale si può andare incontro considerando e trattando erroneamente come una affezione locale una diminuzione transitoria di udito, un'accesso di ronzii o di vertigini, può essere grande. Esso non consiste tanto nel fatto

che la lesione labirintica, non trattata o maltrattata, si accentuerà inevitabilmente, poichè molti sembrano darsene poco pensiero, quanto nel fatto che il paziente se ne tornerà a casa tranquillo, con la sua orecchia insufflata, e con la sua affezione renale o circolatoria che hanno gettato un grido d'allarme che non è stato raccolto.

Una caratteristica affezione delle cavità nasali ci offre l'opportunità di un'ulteriore citazione.

Vi è noto come particolarmente dopo la scoperta del fenomeno sperimentale di anafilassi con molto interesse sia stata studiata un'affezione nasale a carattere accessionale, ad andamento stagionale, consistente in crisi di starnuti violenti e ripetuti, accompagnati da abbondantissima secrezione sieromucosa e da occlusione nasale.

Or bene, questa affezione a manifestazioni locali ha, forse come nessun'altra, rapporti così intimi e fondamentali con condizioni generali dell'individuo, che tentare, non dico di ignorarli, ma di sottovalutarli, porrebbe nella completa impossibilità di interpretare e trattare adeguatamente la forma morbosa.

Infatti il succedersi o l'intercalarsi nello stesso individuo di questa affezione con l'asma bronchiale ed altri criteri di ordine clinico e sperimentale, hanno dimostrato l'identità patogenetica di essa con l'asma, della quale può essere considerata come una forma superiore, e vi sono noti gli appassionanti problemi che ha suscitato il tentativo di ravvicinare la patogenesi dell'asma bronchiale, e quindi della rinite vasomotoria, al meccanismo dell'anafilassi sperimentale.

Oggi numerosi dati di fatto, ai quali hanno contribuito specialmente gli studiosi italiani, sembrano dimostrare in maniera inconfutabile la natura anafilattica almeno di un certo numero di questa forma. Il ravvicinamento dell'episodio clinico al fenomeno sperimentale sembra dunque del tutto giustificato. I punti nei quali le due forme, clinica e sperimentale, diversificano maggiormente, e cioè la costanza con la quale si sensibilizzano gli animali da esperimento in confronto alla rarità con la quale ciò si verifica negli individui, e la sintomatologia generata dalla forma sperimentale in confronto alle manifestazioni locali delle forme cliniche, sono spiegabili con le differenti modalità di introduzione della sostanza antigene. Nell'esperimento essa viene portata attivamente nell'interno dell'organismo, nel quale si diffonde rapidamente e provoca invariabilmente una sensibilizzazione poichè viene in contatto con elementi tessurali che mai prima d'allora erano stati a confronto con essa. Nell'uomo in-

vece essa agisce su determinati tessuti di rivestimento delle vie aeree o digerenti normalmente insensibili all'azione delle sostanze a potere antigene che giungono su di essi per inalazione o per ingestione poichè da un numero infinito di generazioni sono abituati al contatto di esse, e che pertanto non si lasciano sensibilizzare se non interviene un fattore generale o locale a determinare un'alterazione delle loro proprietà biologiche. La sensibilizzazione è perciò difficile, ed in primo tempo, e talora anche in seguito, rimane localizzata esclusivamente o prevalentemente al tessuto di superficie che ha ricevuto la prima carica di antigene. Anafilassi locale, manifestazioni cliniche locali. Nel caso della rinite vasomotoria e dell'asma, a livello della pituitaria e, rispettivamente, della mucosa bronchiale.

Ma noi accenniamo a queste questioni solo perchè esse ci danno l'occasione di dire che sono stati proprio alcuni specialisti che in questi ultimi tempi hanno dato un'interpretazione nuova ed assegnato una precisa finalità alle manifestazioni cliniche della rinite vasomotoria e dell'asma bronchiale, che eravamo abituati a considerare come fenomeni morbosi nel senso più stretto di questa parola, cioè dannosi all'organismo. Fondandosi su osservazioni sperimentali e cliniche, fra le quali particolarmente interessanti alcune che mostrano che i sintomi della rinite vasomotoria possono rientrare nella categoria dei riflessi condizionali di PAWLOW, essi hanno emesso l'ipotesi che i sintomi stessi non sono l'espressione diretta di reazioni fra la sostanza antigene e le cellule sensibilizzate, ma sono provocati da queste reazioni in via riflessa, con il fine di sbarazzare la superficie della mucosa dalle sostanze stesse, e di impedirne l'ulteriore penetrazione nell'organismo. Gli starnuti, la secrezione sierosa, la congestione nasale sarebbero diretti ad espellere violentemente le particelle della sostanza antigene, a diuiria in modo da indebolirne l'azione o facilitarne l'arrestamento, e ad ostacolarne l'assorbimento. Le stesse cose potrebbero dirsi per i fenomeni dell'asma bronchiale, dell'enterite mucomembranosa, ed in genere di tutte le forme cliniche di natura anafilattica.

Siamo noi di fronte ad un nuovo meccanismo di difesa degli organismi, più rapido e più energico di quelli che già ci sono noti, legati alle proprietà del siero e dei globuli bianchi? Ardita ipotesi che mostra in una nuova luce l'importanza del sistema nervoso nella difesa degli organismi, capace di esercitare una grande influenza sulla terapia di queste forme e suscettibile dei più importanti sviluppi.

Questi tre esempi che mostrano la necessità di uno spirito largo nell'interpretazione della specialità, non sono certo i più significativi che si potevano assumere. Si può dire che non esistono malattie, in ogni campo della specialità, che non forniscano altrettanti e più validi argomenti.

Basta pensare all'importanza delle anomalie costituzionali e dei disturbi endocrini e neurovegetativi nella determinazione di importanti affezioni del naso e dell'orecchio. Basta pensare alle malattie che si producono col meccanismo delle infezioni focali, così connesse alla specialità dal punto di vista dottrinale e delle indicazioni chirurgiche, che sarebbe difficile dire se interessino di più il medico o lo specialista.

* * *

Vedete dunque come sarebbe lontana dalle esigenze pratiche e scientifiche la figura di uno specialista ristretto alla considerazione di alcuni organi ed all'esercizio di certe tecniche.

Non vi lasciate imporre da quegli specialisti che di fronte a problemi che sconfinano appena dal loro campo tradizionale dicono «io non faccio il medico generale». Certo non si pretende che lo specialista faccia il medico generale e, d'altronde, come lo potrebbe? Ma se egli

non sa situarsi sulle grandi linee di sutura che riuniscono i diversi campi della medicina con il suo, egli perderà il senso dell'armonia, senza il quale a nessuna cosa al mondo può essere assegnata la giusta proporzione.

Il clinico specialista lungi dunque dal poter far a meno di quelle doti che si richiedono al clinico medico ed al chirurgo, deve invece possedere ad un tempo le migliori qualità dell'uno e dell'altro, tra i quali costituisce come un tratto di unione: possedere la concezione ampia, lo spirito di sintesi che sono propri della medicina, e nel contempo l'indicazione limpida e l'esercizio di una tecnica impeccabile, che rimangono pur sempre i distintivi mirabili della chirurgia generale.

Il clinico specialista non si limita più a ricercare in fondo allo *speculum* i segni della diagnosi, ma oltrepassa largamente i limiti convenzionali della sua disciplina nella soluzione dei problemi che inevitabilmente sorgono connessi ai casi clinici. La sua mente si è liberata ormai dalla costrizione e dall'inerzia di manovre meccaniche divenute automatiche, e si distende nel ragionamento: questo miracoloso giuoco dello spirito che costituisce veramente la più alta e più nobile fatica dell'uomo.

~~312051~~



55247

