



PROF. C. FRUGONI  
*Direttore della Clinica medica di Roma*

# LA CLINICA DELLE INFEZIONI FOCALI

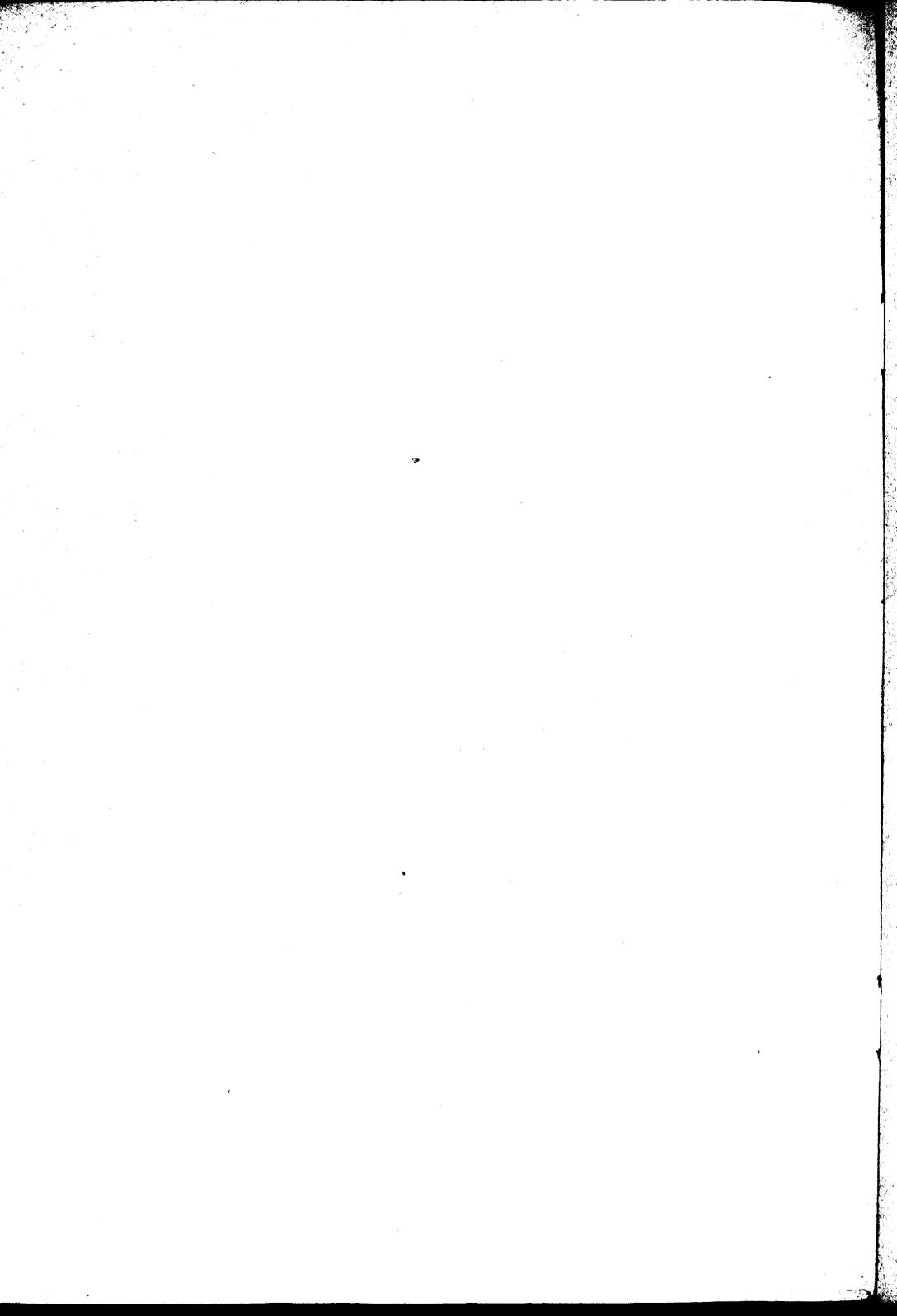
CONFERENZA TENUTA IN MILANO ALLA SOCIETA' LOMBARDA DI MEDICINA  
E PUBBLICATA IN «ATTUALITA' DI TERAPIA MEDICA»,  
VOL. I. ED. ISTITUTO SIEROTERAPICO MILANESE, 1937

(Estratto da "*Le Forze Sanitarie*", N. 4 del 28 febbraio 1937-XV)

*Be*  
*B*  
*56*  
*99*



ROMA - STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA»







PROF. C. FRUGONI  
*Direttore della Clinica medica di Roma*

---

# LA CLINICA DELLE INFEZIONI FOCALI

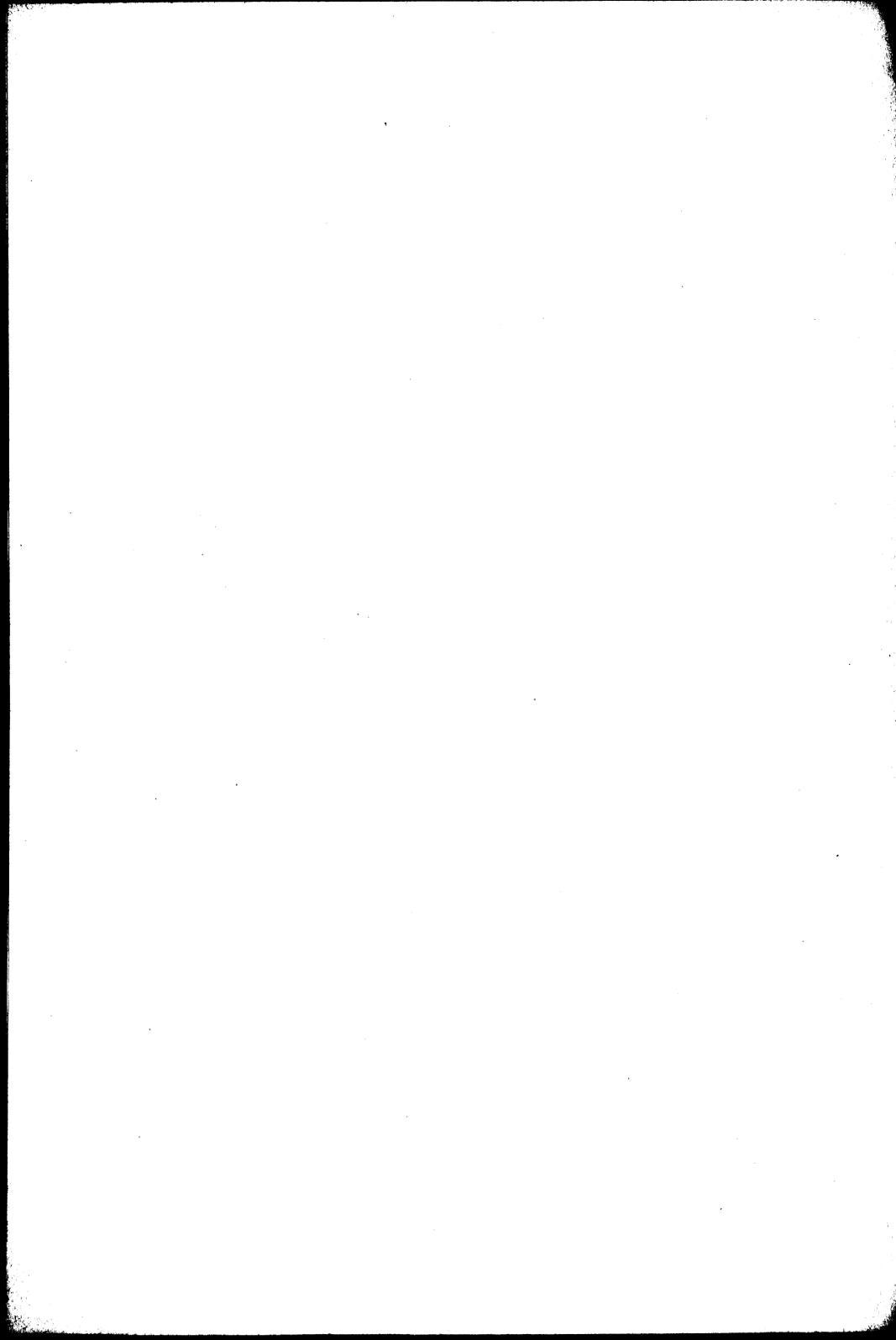
CONFERENZA TENUTA IN MILANO ALLA SOCIETA' LOMBARDA DI MEDICINA  
E PUBBLICATA IN «ATTUALITA' DI TERAPIA MEDICA»,  
VOL. I. ED. ISTITUTO SIEROTERAPICO MILANESE. 1937

---

*(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 4 del 28 febbraio 1937-XV)*

---

ROMA - STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA»



Invitato a parlare da medico pratico a medici pratici, ho volutamente scelto un argomento eminentemente clinico e tutt'ora grandemente controverso, a proposito del quale una sintesi conclusiva ed equilibratrice sulla scorta di una discreta esperienza sembra ormai poter esser detta. E questo è tanto più opportuno perchè in tema di infezioni focali i più disparati apprezzamenti vengono fatti, nella maggioranza dei casi aprioristici e di impressione e per lo più non tratti dall'essenza clinica della dottrina in sé e per sé, ma da una astratta teorizzazione o da una non giustificata applicazione.

Alla sua inesatta valutazione infatti, hanno concorso soprattutto tre fatti: primo: la scarsità e le modalità con le quali sono stati condotti i controlli clinici e sperimentali; secondo: la inconsulta aggressività operatoria da parte di una categoria di medici (nord americani particolarmente) che, accolta senza la più elementare critica la dottrina, subito, largamente e senza alcun discernimento l'applicarono, pericolosamente imperversando sulle cavità oro-nasali e sugli organi profondi dei loro ammalati; terzo: l'arbitrario procedimento per il quale si volle giudicare la dottrina clinica delle infezioni focali in base a criteri desunti dai reperti di laboratorio in genere e da quelli in ROSENOW in ispecie, sicchè senz'altro si giudicò errata la dottrina e ciò che è peggio inesistenti i fatti clinici, perchè non sembrarono *a priori* persuasivi i dati sperimentali. Va invece chiaramente detto che il problema è eminentemente clinico, intendendosi per infezioni focali, condizioni morbide abitualmente croniche sostenute e provocate (con molteplice meccanismo tossi-infettivo esercitato a distanza) da processi patologici e infiammatori spesso latenti e lontani o di poco rilievo, sì da non essere sempre in rapporto apparente con i fatti morbosi che ne dipendono.

Sarà qui trattato solo il problema clinico, d'animo deliberato tralasciando tutto il dottrinale e le indagini del laboratorio per le quali tuttavia devo pure almeno preventivamente informarvi del mio personale convincimento e punto di vista.

Va intanto ricordato che i lavori di ROSENOW e della sua scuola vennero molto dopo che la dottrina delle infezioni focali era stata chiara-

mente stabilita sulla sua base naturale: la casistica clinica. Lavorando con tecniche particolari, in base alle quali credette di poter affermare che per studiare le vere proprietà dei germi occorre coltivarli in determinati mezzi colturali, inoculandoli subito e non oltre il primo sviluppo e cioè prima che le nuove attività e condizioni artificiali di sviluppo abbiano a modificarle, ROSENOW venne a questa conclusione generica: che spesso germi tratti da particolari focolai morbosi, direttamente inoculati in serie in animali da esperimento mostrano peculiare tendenza a localizzarsi e a compromettere parti od organi similari a quelli più particolarmente affetti e compromessi nell'ammalato dal focus del quale i germi sono stati coltivati: per esempio, nelle articolazioni se provenienti da tonsille di ammalati reumatici in atto, nell'occhio se provenienti da foci di oculopazienti *per forme che non abbiano naturalmente altra riconoscibile eziologia*, d'onde il termine generico di organo-tropismo e l'affermazione più specifica di germi per esempio rispettivamente artrotropi o oculotropi. D'onde il concetto che determinate localizzazioni morbide talora non già sono il frutto del caso o di determinati e più o meno noti richiami o predisposizione di organi, ma anche dipendono da peculiari proprietà biologiche di germi che per così dire possono sistematicamente prediligere determinati organi e tessuti per loro particolari attività, per dimostrabili e riconosciute proprietà organotrope. Per organotropismo di germi pertanto, sia ben chiaro, che non già s'intende la capacità di un germe, se in debito modo coltivato e inoculato, a riprodurre la malattia di partenza, ma la proprietà di elettivamente selezionare nelle sue localizzazioni determinati organi e tessuti. Così, per esemplificare, con gli streptococchi tratti da tonsille di reumatici non già si riproduce il reumatismo ma si avrebbero localizzazioni articolari (in questo caso artriti suppurative) in maggior numero e con maggiore evidenza che non con streptococchi isolati da tonsille di non reumatici: artrotropismo.

Ma ogni affermazione o fatto nuovo in genere incontra tanto più di ostilità quanto più abbatte o modifica fatti o convinzioni precedenti. E qui abbiamo tecniche e procedimenti sperimentali

assolutamente nuovi sui quali sorvolo e affermazioni in contrasto con una ormai comodamente contratta abitudine mentale, per cui di fronte a speciali localizzazioni di particolari processi, subito se ne dava ragione affermando, senza la più piccola capacità di dimostrazione, una costituzionale predisposizione creante un *locus minoris resistentiae*, frase fatta, spesso assolutamente incontrollabile e in molti casi affatto significativa.

Come se già in natura noi non avessimo infiniti esempi di tropismi, anche particolarissimi, o *tosfici* (curare per esempio per la placca motrice dei muscoli o il piombo per il nervo radiale), o *tosinici* (le banali paralisi post-difteriche con le loro speciali localizzazioni e la peculiare elettività di sede e di azione della tossina tetanica informino) o di *germi* (da virus neurotropi strettamente obbligati, rabbia ad esempio, o neurotropi facoltativi, spirocheta pallida ad esempio), per non fare che delle citazioni ultra banali e perciò più convincenti.

Le esperienze e le deduzioni di ROSENOW ebbero le più diverse accoglienze e in parte furono vivacemente contestate e in parte confermate. Né le conferme stesse sempre vanno considerate tali perché talora conseguite con tecniche inattendibili che nocquero più che giovare alla consistenza della dottrina. Qui infatti è anzitutto questione di tecnica e di tempo; noi che lavorammo con tecnica rigorosamente uguale e assolutamente ineccepibile, appresa lavorando con FASTING, l'aiuto e collaboratore di ROSENOW che io ebbi per alcun tempo ospite nella mia clinica di Padova, non mancammo mai di affermarlo e di insistere su questa assoluta necessità. Vivaci furono le polemiche e in notevole contrasto i fatti messi a raffronto. Quale lo stato attuale? Alle primitive denegazioni sono col tempo venute conferme, resistenti essendo rimasti coloro che vogliono dall'esperienza dedurre più di quello che l'esperienza stesso consenta o coloro che irriducibilmente ancora non si sono adattati a lavorare con tecniche integralmente originali, ma che adottano modificazioni personali che potranno sì consentire altre affermazioni di altro ordine, ma non possono servire da controllo a quelle indagini che appunto controllare si vogliono (1).

(1) Per dimostrare l'importanza e la necessità di seguire una tecnica rigorosa in questo genere di ricerche, ricordo un fatto il cui significato non può sfuggire a quanti seguono da vicino il contrastato problema. I miei allievi (LUSENA, CHINI, ecc.) nelle loro esperienze sul tropismo degli streptococchi hanno in ogni dettaglio seguita la tecnica indicata da ROSENOW; essi iniettavano ad animali culture intere (germi + liquido di cultura) sviluppati di fresco nel terreno di Rosenow. Altri invece usarono il centrifugato delle culture raccolto in soluzione fisiologica e i risultati ottenuti furono in buona parte diversi, su di che si svolse anche una discus-

E le conferme sono venute anche da campi prima vivacemente avversi, e poiché proprio in Milano parlo, mi sia consentito ricordare che mentre dall'amico CESA BIANCHI venne a Pavia al Congresso di Medicina Interna in tema della relazione sulle infezioni focali, un vivace attacco alla dottrina focale, più tardi, proprio poco fa, con rara e lodevole obbiettività scientifica, proprio dal suo istituto, ricerche sono venute a piena conferma di riconoscibili proprietà organotrope a carico di taluni germi in determinate circostanze, nel caso speciale orchitropismo di streptococchi coltivati ripetutamente sopra testicoli (CELLINA).

Nella mia clinica, in questo campo, per opera particolarmente di LUSENA di CHINI, di MACRASSI e di vari altri, si è largamente lavorato e la conclusione globale è che se si segue integralmente la tecnica di ROSENOW è possibile riconoscere determinati organotropismi, benché non tanti quanti ROSENOW ha creduto di affermare poiché mentre noi abbiamo potuto ottenere chiare dimostrazioni, p. es. di tropismi articolari, oculari, ecc., non abbiamo invece potuto confermare il fatto per altri organi o tessuti.

Streptococchi isolati da tonsille di individui sani o affetti semplicemente da tonsillite acuta o cronica o da malattie presumibilmente non focali, iniettati endovena ad animali, provocano la comparsa di lesioni macroscopiche apprezzabili all'autopsia più frequentemente a carico di alcuni organi e tessuti che non di altri: si possono così osservare facilmente artriti purulente, nefriti, endocarditi e miocarditi; assai più raramente lesioni oculari, muscolari, nervose; dal punto di vista istologico si tratta di lesioni banali, purulente.

Il numero degli animali che presentano tali localizzazioni è però scarso. Ma se si iniettano streptococchi provenienti da tonsille di reumatici, specie acuti, con malattia in atto e che non hanno fatto cura salicilica, gli animali che presentano artriti sono in numero assai maggiore, non solo in confronto con i controlli iniettati con materiale tratto da soggetti sani o con semplici tonsilliti, ma anche in confronto con gli animali iniettati con germi provenienti da altri malati di sospette forme focali ma non reumatici. E' ugual fatto si osserva, rispetto ad altre localizzazioni, per altre categorie di malati come affezioni oculari, ad es.

Noi non abbiamo potuto però, confermare in pieno

sione polemica. Orbene: un accurato recentissimo lavoro di DEOTTO e BORI, della scuola di RONDONI, dà almeno in parte spiegazione della disparità di reperti ottenuti nella mia clinica e in altre autorevoli scuole; DEOTTO e BORI hanno infatti osservato che il medesimo ceppo di streptococchi (quello stesso che era servito a CELLINA per le sue ricerche sull'orchitropismo sperimentale) dà o no localizzazioni testicolari a seconda che viene iniettata nei conigli la cultura intera o semplicemente il centrifugato della cultura ripetutamente lavata. La modificazione tecnica cioè annulla o maschera l'organotropismo.

le osservazioni di ROSENOW, sia perchè per alcune categorie non abbiamo ottenuto corrispondenti localizzazioni (malati di eritema nodoso, endocarditici, forme nervose), sia perchè la localizzazione morbosa non ci è risultata « elettiva » nello stretto senso della parola per la contemporanea presenza anche di altre lesioni in altre sedi, sicchè il concetto di organotropismo, anche in quei casi in cui è stato dimostrato, va secondo noi accettato in senso relativo e non assoluto. E ancora va detto che con il termine di « tropismo » noi intendiamo semplicemente indicare l'esistenza di un fatto: presenza di lesioni anatomopatologiche in una determinata sede, indipendentemente dai motivi per cui la primitiva localizzazione dei germi si è determinata e che noi non conosciamo, e che solo recenti ricerche di ROSENOW, tuttora non controllate, lasciano pensare possa essere anche determinata da particolari proprietà chimico-fisiche dei germi stessi (peculiare velocità catafretica).

Altro fatto su cui la mia scuola ha insistito, è che le lesioni così provocate, non corrispondono affatto nella loro struttura istologica a quelle della patologia umana: con l'iniezione endovenosa di streptococchi non si determina affatto il quadro della corrispondente malattia umana, ma si mettono soltanto in evidenza alcune singolari proprietà di questi germi.

Ricorrendo a modalità sperimentali diverse dalla iniezione endovenosa e provocando una specie di infezione circoscritta sino ad un certo punto avvicinabile ad un focus, i risultati sono stati assai diversi e si è talvolta provocata (MACRASSI) la comparsa di una compromissione anche a tipo sistemico dell'apparato vascolo-connettivale paragonabile ad una sistemica granulomatosi tale da essere assai vicina, per unanime giudizio, anche se non del tutto sovrapponibile, alla granulomatosi reumatica. Il meccanismo patogenetico di questa granulomatosi, che potrebbe corrispondere al quadro dello pseudoreumatismo streptococcico umano, non ci è noto; nè può essere escluso, anzi è probabile, che si tratti dell'azione di piccole quantità di germi, in quanto quadri simili furono ottenuti, sia pur raramente, anche con l'iniezione endovenosa di piccolissime quantità di streptococchi (CHINI, ANDREI e RAVENNA); così come è anche probabile l'intervento di particolari modificazioni della reattività dell'organismo indotte o da uno stato di sensibilizzazione allergica o anche da trattamenti aspecifici quale una attivazione aspecifica del sistema reticolo-istiocitario (CHINI). Donde la valorizzazione, anche nell'esperimento, di particolari condizioni organismiche, la cui importanza nello svolgimento dei processi di flogosi è stata recentemente sostenuta e messa in evidenza da due grandi patologi: RONDONI e RÜSSLE, e che possono giocare una parte preminente, per quanto difficilmente precisabile, nella patologia umana. Da qui la necessità di essere assai prudenti nell'interpretazione di questi risultati sperimentali e di evitare eccessivi semplicismi sia nell'affermare che nel negare il valore di queste stesse ricerche, che — per l'affacciarsi di fattori complessi quali noi per primi abbiamo anche dimostrato — at-

tendono di essere proseguite ed allargate e non solo tanto facilmente negate.

LUSENA, CORELLI ed altri dimostrarono talora con speciali tecniche, identità sierologica di streptococchi tratti dal focus e dalle manifestazioni morbose che ne dipendono (per esempio, tonsille e urine) e riconobbero capacità di funzionare da focus oltre che alle tonsille, foci dentarie, appendicee, ecc., anche alla prostata e all'apparato genitale femminile.

Questa somma di notazioni sperimentali ha certo contribuito a dare una base al problema « infezioni focali » e ha fatto conoscere fatti comunque nuovi e interessanti come problema biologico. Sarebbe tuttavia erroneo inferire dallo esperimento alla clinica, e sarebbe ingiustificato giudicare il quadro clinico o il quesito clinico attraverso i contributi del laboratorio, poichè il problema sta integralmente a sè, ha base, forma e vita indipendentemente dalle indagini sperimentali, è — ripeto ancora una volta — *problema clinico e come tale parte dal malato, si svolge nel malato, si conclude sul malato.*

L'essenza delle infezioni focali prima di costituirsi a dottrina è stata, come sempre in clinica, una serie isolata di fatti morbosi e obbiettivamente e slegatamente osservati, che più tardi il filo conduttore del pensiero doveva assieme unire e legare.

Contrariamente a quanto si crede, le prime osservazioni furono fatte in Europa e più da chirurghi che da medici, da prima isolatamente per frammentaria casistica clinica e poi organicamente specie per opera di HUNTER in Inghilterra e di PÄSSLER in Germania. Al primo si deve la nota e non felice espressione di « Oral sepsis » e la subordinazione causale a questa di molte forme morbose e specie di artriti, miositi, neuriti, endocarditi, colecistiti, appendiciti, febbri-cole, ecc.; ed egli per primo mise in guardia contro gli eccessi di pratiche odontoiatriche ultra conservatrici nel senso che potrebbero esporre a lesioni latenti capaci di agire da focus.

Le osservazioni di PÄSSLER portarono al riconoscimento di un fatto di estremo interesse: studiando un materiale umano selezionato e cioè i militari della Reichswehr, egli distinse due grandi categorie: da un lato, quelli a bocca sana e dall'altro a bocca malata specie tonsillopatici cronici più o meno latenti. E con sorpresa vide che mentre i primi godevano in genere di una salute eccellente, i secondi presentavano nel corso degli anni notevole morbilità e facili assenze per malattie in gran parte della stessa categoria di quelle ora ricordate a proposito della « Oral sepsis » di HUNTER.

Così, da due osservatori diversi, indipendentemente uno dall'altro e senza preconcetto focale alcuno, si stabiliva nettamente il fatto fon-

damentale della esistenza di numerose sindromi morbose ad eziologia spesso indeterminata e svolgentisi a carico dei più diversi organi e sistemi, da subordinarsi all'azione a distanza di un focus.

Foci che possono essere ovunque ubicati (abbiamo ora ricordato appendice prostatica e genitali femminili interni) ma che soprattutto si trovano a livello del cavo oro-faringeo e cioè prevalentemente dati da tonsilliti croniche, piorea, granulomi dentari, sinusiti croniche, ecc., e altri processi infettivi locali talora così silenti che in genere non attraggono di per sé l'attenzione del malato e del medico, ma devono essere sistematicamente indagati, determinati e studiati.

La base era così costituita e quanto mai larga fu da allora la trattazione del problema sperimentale da un lato (e già ne abbiamo fatto menzione) e clinico dall'altro; clinico e tuttavia pure sperimentale, perchè nessun esperimento è più dimostrativo che la casistica clinica chirurgicamente trattata e niente più suggestivo dell'osservazione per esempio di un malato affetto da tonsillite cronica e da sindrome dolorosa articolare focale la quale si esacerba ad ogni accentuazione spontanea del focus, che talora è anche volutamente esacerbabile con un maltrattamento sperimentale portato sul focus e che infine, radicalmente intervenendo, mostra l'ultimo peggioramento da intervento come reazione focale a distanza e dopo ciò la definitiva guarigione. Questo nello schema è nei casi più favorevolmente dimostrativi: questo però quanto proprio in natura frequentemente avviene di osservare o, scusatemi, l'espressione, di saper osservare.

Così dico, perchè in questo campo, come del resto in tutto, non basta guardare per vedere; occorre conoscere e sulla base delle conoscenze indagare: e chi, animato da preconcetti, non studierà sistematicamente i propri ammalati secondo speciale indirizzo e diretta coordinazione con gli specialisti e particolarmente coll'otorinolaringoiatra, con l'odontoiatra e col radiologo, non vedrà ciò che potrebbe vedere e non potrà esprimere giustificati giudizi.

Solo nelle nefropatie da tonsillite e in certi reumatismi articolari ricorrenti da tonsillite, la cosa è così grossolanamente patente che neppure merita di essere ricordata, ognuno avendo visto glomerulonefriti riaccendersi ad ogni accentuarsi della tonsillite cronica ricorrente, con peggioramento brusco (ematuria, albuminuria), da intervento e infine la fine degli attacchi dopo tonsillectomia, alla sola condizione che si trattasse di nefrite acuitizzata ricorrente non di una nefrite ormai cronicizzata, e a condizione che la tonsillectomia sia una vera e ben riuscita ablazione radicale e completa e che nuovo tessuto tonsillare non si riformi o che altre flogosi nelle profondità del cavo oro-faringeo non permangano, nei quali

casi anche l'intervento non varrà a impedire quelle ricadute che noi ci proponevamo di evitare e non varrà contro le dottrine focali di queste nefropatie, per le quali noi intervenendo non già facciamo la terapia della nefrite ma bensì la profilassi del nefritico.

In genere infatti, nella pratica, i risultati degli interventi sulle tonsille nelle nefropatie sono registrati come negativi o quasi, perchè non si interviene in tempo ma si aspetta o che attraverso ripetuti attacchi il rene si sia sensibilizzato o che si sia già avviato a cronicizzazione o che le ripetute tonsilliti inducano in compartecipazione morbosa e in istato infettivo tutto il sistema linfatico regionale e i tessuti profondi faringei: e allora la tonsillectomia più non riesce ad allontanare tutti i foci e non ne evita quindi gli inconvenienti.

Per conto mio, a protezione e soprattutto a profilassi renale, quando si sia avuto anche un solo attacco ma di grave, decisa glomerulonefrite in sicura dipendenza tonsillare (così come quando si sia avuto una manifesta poliartrite acuta reumatica di sicura origine tonsillare) consiglio di enucleare le tonsille, poichè quando noi medici possiamo, abbiamo l'obbligo di esercitare una medicina preventiva.

Vero è che taluni di questi ammalati potrebbero anche, lasciati a sé, non aver più recidiva di sorta come certi appendicitici possono, anche se non operati, non più ricadere: ma di fronte a questi decorso favorevoli, ma che noi non abbiamo il mezzo di poter prevedere, stanno (come per gli appendicitici i casi di perforazione o di ascessi, ecc) i casi nei quali una nuova tonsillite o determina una nefrite poi volgente a cronicità o attraverso un nuovo reumatismo sarà causa di una cardiopatia valvolare, nei quali casi la salute per quei pazienti sarà definitivamente perduta.

Quali le forme focali nella pratica? Come riconoscerle e quindi come curarle? Ecco il problema pratico, che particolarmente interessa. Va subito detto che *non vi è una malattia focale* e cioè una determinata forma morbosa che abbia esclusiva genesi locale o focale per cui ad un determinato focus debba corrispondere una determinata sintomatologia. Vi sono invece numerose manifestazioni o sindromi cliniche da cause ritenute molteplici ma tuttavia talora a non determinabile eziologia e che, debitamente studiate possono rapportarsi ad azioni patogeniche svolte a distanza col meccanismo che vedremo e che possiamo subito dire potenzialmente triplice: tossico, infettivo e allergico, svolte a distanza, ripetute, da focolai cronici di infezione abitualmente di per sé poco evidenti. Tutto l'interesse del problema sta appunto in questo e cioè nella aspecificità e molteplicità dei quadri clinici, nella necessità della sistematica indagine condotta caso

per caso, secondo un determinato ordine mentale e secondo prestabilite direzioni, onde poter riconoscere l'origine e quindi potere, intervenendo, guarire.

La casistica dell'apparato locomotore e renale è fra le più comuni; quella oculistica tra le più interessanti, quella delle forme circolatorie e digestive fra le più difficili a definirsi e così via. Specificherò più avanti i foci. Intanto non ho bisogno di ricordare a voi, medici pratici, quante incertezze e perplessità ci colgono, ogni volta che dobbiamo interpretare la natura di sindromi artritiche, specie croniche ricorrenti e non di rado febbrili, di sindromi pseudo-reumatiche o di altre forme dolorose dell'apparato locomotore (neuromialgie, neuriti, ecc.), quando non sia direttamente riconoscibile un'infezione reumatica o un altro deciso processo infettivo generale o il quadro tipico di un'artrite infettiva cronica primaria o un deciso terreno e quadro artritico-gottoso.

Se dobbiamo fare con noi stessi atto di sincerità dobbiamo riconoscere che ripetute volte di fronte a quei casi, si parla in senso vago di artrismo, di forme artritico-reumatiche, ma senza convincimento, senza capacità di dimostrazione, così tanto per dare un nome alla nostra ignoranza; eppure si tratta spesso di artriti croniche tormentosamente dolorose, a lungo decorso, con numerose perturbatrici e non prevedibili ricadute nelle quali a poco a poco si ordiscono lesioni anatomiche, che — quando stabilite — potranno anche non esser più modificabili; forme soprattutto nelle quali i comuni trattamenti sono assolutamente inefficaci e alle quali solo si potrà giovare curando, come è naturale, la causa del male, e la causa, in una certa percentuale di queste forme, è dimostrata focale.

Eppure, nella quasi totalità dei casi, quasi nessuno agisce secondo questo indirizzo per una specie di inconsapevole scotoma cerebrale. Così dico perchè non poche volte di fronte ad ammalati ricorrentemente o cronicamente artropatici ad eziologie indeterminate (e sono i più) con piorrea, gengivite cronica e ascessi dentari, mi sono sentito dire, a dimostrazione della natura artritica, che avevano una decisa « bocca artritica » come se questa frase fosse il crisma della verità. Orbene, in questi casi non di rado la realtà è proprio l'inverso; e cioè la cronica infezione boccale è essa il *primum movens* responsabile e causale della forma. Con quale criterio procedere onde addivenire alla diagnosi, dirò più avanti trattando del problema diagnostico in generale. Ora basti dire che un certo numero di queste forme è stato da noi riconosciuto di natura focale e che non ristretta è la nostra esperienza di guarigioni di sindromi artralgie e artritiche specie a lungo decorso, di sciatiche

inveterate e a ricadute, di neuromialgie, ecc., nelle quali riconosciuto il focus o i foci, con un trattamento in conformità (ablazione e vaccinoterapia e sterilizzazione del focus) si è potuto conseguire quella guarigione che in tanti altri modi, in tanto tempo e per tante altre vie si era inutilmente cercata. Dico in tanti altri modi e per tante altre vie, volutamente, poichè si tratta in genere di forme a lungo decorso, e cronicissime anche, ed è a queste che io più particolarmente mi circoscrivo poichè da quanto più tempo la forma dura e quante più cure sono state inutilmente attuate tanto più dimostrativo è il risultato: la guarigione.

Già il mio aiuto LUSENA ha ricordato un malato entrato in clinica con gravissima sindrome muscolo-articolare che durava da tre anni che aveva portato a varie anchilosi e da sei mesi era febbricitante e tormentato, nel quale la cura boccale e la cura con vaccino della grave piorrea di cui soffriva, fece sparire febbre, sofferenze e dolori e dopo tre anni di malattia diede finalmente tregua al malato, anchilosi costituite a parte.

Quest'anno in clinica avemmo un ammalato, a precedenti e attualità in tutto e per tutto assolutamente normali (non infezioni, non intossicazioni) ma tonsillopatico, che quindici giorni dopo una grave odontalgia molare inferiore di destra, vide insorgere una grave sindrome motoria e parestesica che rapidamente portò al quadro completo di un'intensa polineurite da noi riscontrata in clinica quando dopo quattro mesi di malattia si fece ricoverare: e pure in clinica notammo una netta accentuazione dei disturbi soggettivi polineuritici coincidenti con una nuova sofferenza dentaria. Onde, avendo notato un granuloma dentario si procedette all'estrazione del dente e a tonsillectomia, con il che, dopo uno strascico di corrispondente riacutizzazione dei dolori, si ebbe rapida cessazione della sindrome e deciso progressivo miglioramento.

E proprio quest'anno il dott. GIANNONE mi accompagnava un suo parente che da tre anni era sofferente di gravissima forma articolare con artrite cronica, periartriti, tenosinoviti ai polsi, gomiti, ecc., ecc., forma talmente tormentosa che il malato non poteva calzare scarpe, doveva essere messo nel bagno e che era stata ribelle ad ogni trattamento terapeutico. Orientatomi diagnosticamente nel senso che non erano riconoscibili altri convincenti eziologie e che esisteva una « bocca infetta » che avrebbe potuto costituirsi a focus, e trattata a fondo la bocca, si ebbe un rapido e straordinario miglioramento tanto che il malato, a distanza di tre mesi, ritornava completamente trasformato e con le sofferenze enormemente ridotte in confronto a prima.

E così numerosissimi altri esempi e casi.

La *casistica oculare* è quanto mai interessante sperimentalmente e clinicamente. Anche sperimentalmente perchè è questo uno dei campi nei quali inoculando germi tratti da focolai di individui affetti da determinate affezioni oculari si può dimostrare oculofilia o oculotropismo, e cioè la facilità non già di riprodurre nell'animale da esperimento la lesione di partenza, ma di provocare fenomeni congestizi e infiammatori (LUSENA, ZANETTIN, Lo CASCIO) e che sotto la nostra diretta osservazione, proprio sotto i nostri occhi, mostrano fatti quanto mai dimostrativi e cioè una compromissione oculare sperimentale in proporzione numericamente alta, in confronto alle cifre minime con cui il fenomeno si avvera con uguale tecnica, ma con materiale tratto da malati non oculo-pazienti. Anche qui mi riferisco a forme oculari a non netta eziologia, a quelle iriditi, uveiti, iridocoroiditi essudative ad andamento cronico, che tanto spesso i colleghi oculisti definiscono per luetiche o per tubercolari, o artritico-reumatiche, senza che a noi internisti sia consentito di riconoscere nè lues, nè tubercolosi, nè il terreno reumatico-gottoso. Orbene, un certo numero di queste forme è focale come talora lo sono certe neuriti ottiche retrobulbari.

E' secondo questo indirizzo che io non di rado ho potuto risolvere situazioni altrimenti oscure e indecifrabili e soprattutto altrimenti terapeuticamente negative. Tra i molti ricordo un malato (un certo sig. OL...) a me mandato dal professor ANCONA di Firenze che dopo essere stato in precedenza ammalato di iriditi, presentava episclelerite profonda quanto mai penosa e a ricorrenti esacerbazioni, vista e curata dai migliori specialisti di Europa e che a giudizio di un eminentissimo oculista doveva essere di natura luetica o tubercolare. Ritenuta invece, per varie ragioni, di natura focale dentaria gli feci fare estrarre il dente ammalato con il che il professor RAMORINO cadde nel seno risultato infetto. Si aveva così nei primi due giorni dall'estrazione vivace reazione flogistica e dolorosa all'occhio e quindi miglioramento ma non guarigione, persistendo il seno ad essere infetto.

E si notava reazione oculare ad ogni iniezione di vaccino e ad ogni medicazione del seno, sino a che il Prof. PUCCINELLI levava un sequestro e sbrecciava, con il che, attraverso la solita caratteristica reazione oculare, si conseguiva la definitiva guarigione.

Del resto basti citare l'autorità del Prof. Lo CASCIO che lavorò e fece lavorare in questo campo, quando era alla direzione della clinica oculistica di Padova e che testualmente scrive: « Ho acquistata la piena convinzione che talune forme di affezione oculare sono sicuramente di eziologia focale » e che più tardi ancora scrive: « a me sembra che soprattutto nei casi di affezione

dell'uvea e del nervo ottico sia oramai *doverosa la completa ricerca di eventuali foci* » (Lo CASCIO: *Infezioni focali e affezioni oculari*. « *Rassegna Clinico Scientifica* », 1936, n. 2).

Per le forme dell'apparato digerente, io sto tuttora radunando casistica e non posso ancora dire un'opinione concreta se non per l'evento di appendiciti da tonsilliti, che si costituiscono col costituirsi della tonsillite e se subiscono infussi di decorso e cioè peggioramenti da ripercussioni per ricorrenti flogosi tonsillari, nozione questa però classica ed ammessa e che non è il caso di sviluppare, ma tanto più importante per le ricorrenti eventuali cariche toso-infettive anche locali; anche dalle forme di appendicite cronica possono derivare lente flogosi sub-peritoneali e colecistiti, a distanza e la cosiddetta sindrome dell'addome destro, o quella che PÄSSLER chiamava « gastroenteropatia cronica parainfettosa » o ripercussioni renali, forme nelle quali la cronica infezione renale trova talora causa diretta nella esistenza di una appendicite.

Il mio aiuto CHINI, a parte le altre sue interessanti ricerche sperimentali, ha potuto in qualche caso mettere in evidenza rapporti apparentemente chiari tra infezioni focali tonsillari e alcune affezioni addominali altrimenti male eziologizzate. Quanto al problema foci e ulcus, io non posso ancora esprimere un parere; segnalo soltanto l'interessante casistica raccolta dal mio aiuto prof. LUSENA, attualmente primario nell'ospedale di Brescia, il quale cita fatti di notevole importanza per la serie di malati e di interventi fatti eseguire, che meritano quindi considerazione dal punto di vista pratico e dottrinale per il contributo *eventualmente anche focale* della patogenesi dell'ulcus.

Sottolineo « eventuale contributo anche focale » perchè i miei due aiuti LUSENA e CHINI sono stati quanto mai misurati e cauti, in quanto a pagina 82 della loro relazione « *Infezioni focali* » al Congresso di Medicina Interna tenutosi a Pavia (1933), hanno chiaramente detto che « le conferme sperimentali delle teorie meccanica, nervosa, chimica, anafilattica, infettiva e focale dell'ulcera non sono affatto in contrasto fra di loro », e specificano poi di condannare « il semplicismo critico per cui ogni nuova dottrina deve sopprimere le precedenti » e che « anzi nel complesso problema della patogenesi dell'ulcera gastro-duodenale la concomitanza dei vari fattori appare al patologo come la concezione più sana ed equilibrata ».

L'esistenza di *miocarditi* croniche di origine focale è per me fuori di discussione, non solo naturalmente nel senso di affezioni del miocardio da tonsilliti, tramite l'infezione reumatica, ma talora senza che questo fattore sia dimostrabile o ricostruibile, ma anche nel senso di ri-

correnti sofferenze miocardiche che in loro estrinsecazione seguono regolarmente le vicissitudini della corrispondente patologia tonsillare.

Ricorderò il caso di una mia malata Contessa V. B. a struttura adenoidica e fondo linfatico e ipertiroidico, che mostrava notevoli crisi di grande tachicardia con impressionante ipotensione e sintomi di molto rimarcabile fiacchezza miocardica ad ogni ripresa di tonsillite. I fatti cardiaci ogni volta si protraevano assai tempo vivamente disturbatori e talora anche preoccupanti, finché il curante il dott. CAVAZZONI, mio allievo, fattosi con me persuaso dell'origine focale faceva tonsillectomizzare l'ammalata dal prof. TORRIGIANI, con il che rapidamente la forma dopo così ripetute e vivaci sofferenze passava a definitiva guarigione. E il mio aiuto CHINI in una recente monografia (« Note cliniche di Patologia tonsillare », Policlinico S. M., 1936), ha portato altri contributi statistico-clinici ed elettrocardiografici, soprattutto insistendo — con altra mia allieva dott.ssa DE ORCHI — sulle reazioni a focolaio a carico del cuore da tonsilliti e da tonsillectomia, con nette riacutizzazioni morbose e talora con dolori precordiali più o meno penosi fino ad assumere carattere anginoide e tal'altra con brusche tachicardie fino a veri e propri accessi di tachicardia parossistica, notandosi infine in una certa percentuale di casi alterazioni elettrocardiografiche il che è stato confermato pienamente in recentissime ricerche (1).

Si tratta in genere, quando presenti, di patimenti del miocardio e particolarmente dei tessuti specifici del cuore e di anomalie elettrocardiografiche corrispondenti a quelle del reumatismo articolare acuto e specie alterazioni dell'onda atriale e del tratto P-R., il che non consente di per sé ravvicinamento o deduzione di rapporti con le forme reumatiche data la più elevata sensibilità dei tessuti specifici del cuore rispetto al rimanente miocardio, di fronte a svariate condizioni patogene.

Ho ora fatto menzione di reazioni tiroidee: considero questo un campo nel quale l'importanza dell'infezione focale può essere meno rara di quanto a priori si crede, a proposito di che forse è opportuno — dato il rapporto tonsille e reumatismo — anche richiamare la frequenza specie segnalata dalla scuola francese (che parla allora di segno di Vincent) di reazioni tiroidee o tiroiditiche nella fase iniziale del reumatismo articolare acuto. Non già forse che l'infezione focale di per sé basti a creare lo speciale consenso, poichè in tema di patologia tiroidea ben sappiamo quanta parte si debba dare al terreno costituzionale, ma talora il focus crea o concor-

re a creare in modo diretto o indiretto reazioni tiroidee a distanza che in loro vicissitudini chiaramente seguono le varianti della tonsillopatia. Casi del genere e talora anche con vivace reazione tiroidea da tonsillite o da test tonsillare o da intervento, io ne ho vari in diretta osservazione in guisa da avere in merito un concreto convincimento nel senso di fattore talora determinante o per lo meno tal'altra concorrente a dare il via ad uno stato latente di ipertiroidismo. Ricorderò, fra i molti, un certo Alfredo Sab. a me indirizzato dal dott. DEL SOLE, nel quale un Basedow grave (durava da oltre un anno con diminuzione di 24 chili di peso) e tonsillopatia si svolsero in così intimo intreccio, che io stimai opportuno passare all'intervento che praticato dal prof. FERRERI migliorava il quadro clinico rapidamente, dopo oltre un anno di notevoli sofferenze.

E CHINI dalla casistica della mia clinica, ha riportato sei casi nei quali in coincidenza o a pochi giorni di distanza da una tonsillite acuta si ebbero spiccati segni di ipertiroidismo (con tumefazione della tiroide, dimagrimento, irrequietezza psichica, insonnia, tachicardia, tremore, fatti oculari a tipo Basedowiano, diarrea, manifestazioni vasomotorie e esaltazione del metabolismo basale tra 25 e + 49). Solo tre su questi ammalati accettarono la tonsillectomia e in tutti e tre dopo fugace riaccensione della sintomatologia da intervento si aveva un più o meno rapido e un più o meno completo ritorno alla norma.

Io non voglio fare altre esemplificazioni nel vasto campo della patologia focale, perchè desidero rimanere per ora sul terreno concreto e soprattutto perchè ancora ci manca di specificare i foci, come riconoscere e diagnosticare la sindrome, come interpretarne l'essenza e curarla.

Per i foci mi limito a dire che anzitutto essi non sono sempre e solo orofaringei ma talora anche lontani, ovunque cioè un focolaio batterico cronico possa costituirsi, essendo in questo senso notevolmente importanti, secondo i rilievi di CORELLI della mia scuola, certe forme di prostatiche croniche a riacutizzazione, altre a carico dell'apparato genitale femminile, specie le cerviciti croniche o ascessi profondi, appendicite cronica, ecc. E va ripetuto che talora è solo con sistematica ricerca che si riescono a identificare sinusiti croniche, granuloni dentari, paradentosi, ecc., mentre la piorrea, la gengivite cronica e gli ascessi dentari sono naturalmente della maggiore evidenza. Per i denti particolarmente interessano i cosiddetti denti morti, nei quali il processo carioso ha già raggiunto la camera pulpare e quelli i canali radicolari dei quali si sono infettati e lasciano sfuggire germi con la costituzione di quel tubo di cultura che è il granuloma apicale, che è ben visibile e facilmente diagnosticabile con indagine radiografica.

(1) WEICHER e NEHRKORN: « Ztschr. f. Kreislauforschung », settembre 1936.

Tuttavia non va taciuto che sul significato di questo si fanno molte riserve e che per esempio, l'odontoiatra prof. ALBANESE nella relazione sulla sepsi orale al Congresso Internazionale di Stomatologia nel 1935 a Bologna concludeva « essere il granuloma radicolare non il prodotto di un agente parassitario specifico ma un tessuto di granulazione simile a qualunque altro che possa svilupparsi nell'organismo come meccanismo di difesa contro ogni causa patogena che tende all'offesa o alla mortificazione dei tessuti ». Coesiste spesso periodontite e dolorabilità del dente alla percussione, semplice, utile pratica questa che dovrebbe sempre essere fatta.

Quanto alla tonsillite cronica, che apparentemente sembrerebbe essere del più facile apprezzamento in quanto sotto diretta osservazione, invece non lo è. E stabilire se una tonsilla è malata o no, è meno facile di quanto si crede, e difficile poi, caso per caso, stabilire se e quando la riconosciuta tonsillopatia abbia influenza causale sui fenomeni morbosi a distanza e cioè se o meno si sia in tema di tonsillite focale o di tonsillite causale (WORMS e LE MÉE). Infatti la percentuale delle tonsille non normali è certamente notevolmente alta, come innumeri sono i portatori di piorrea, di gengivite, di granuloni dentari. Ma l'esistenza anatomica e batterica di un focus è ben lontana dal significare forma focale in senso clinico per il costituirsi della quale occorrono speciali circostanze, concorrenze e determinismi. Il che riporta al problema generale della larga importanza della patologia tonsillare in genere e della tonsillite acuta e cronica in ispecie. Il mio aiuto prof. CHINI ha fatto una larga analisi di questi fatti e di fronte alla tonsillite acuta e cronica ha strettamente considerato le ripercussioni generali come per qualunque flogosi e quelle particolari.

Ricorderò le eventuali reazioni leucocitarie talora con presenza in circolo di elementi istioidi e di risentimento del sistema reticolo endoteliale, le modificazioni della velocità di sedimentazione studiate nella mia clinica dalla dott.ssa MUSSAFIA e le fugaci batteriemie che sono in proporzione variabile e in genere scarsa, ma meno però di quanto si creda se si usano come noi facciamo terreni al brodo-glucosio-cervello di Rosenow con aggiunta di liquor. Il possibile episodio batterioemico tuttavia costituisce un fatto, cui fa riscontro talora constatazione di batteriuria (PRETI, MASSA, BATTISTINI, VILLA), talora con dimostrata affinità sierologica degli streptococchi da urine e da tonsille dello stesso malato. Per le quali più o meno fugaci batterioemie da tonsillite è troppo logico ammettere che esse tonsille siano la porta d'entrata dei germi e non la via d'uscita come qualcuno ammette.

Comunque acquisito che lo streptococco può

varcare la barriera e passare nel sangue, anche va tenuta presente per le reazioni generali a tonsillite l'eventuale possibilità del costituirsi di reazioni allergiche e quindi di particolare reattività specifica o aspecifica che sia.

Sinteticamente i criteri in base ai quali si può diagnosticare una tonsillite cronica causale e cioè eventualmente responsabile di azioni morbose a distanza sono i seguenti (WORMS e LE MÉE):

1° fuoriuscita di pus o di mucopus alla spremitura eseguita sui pilastri anteriori, con presenza di germi (generalmente streptococchi) nel materiale così raccolto;

2° ipertrofia dei gangli linfatici latero-cervicali, escluse naturalmente altre cause (tubercolosi, ecc.). Particolare significato avrebbe la presenza del cosiddetto « ganglio tonsillare » situato dietro l'angolo della mandibola fra la vena giugulare interna e le vene facciali comuni; secondo alcuni autori questo segno avrebbe importanza minore nell'adulto;

3° recidive frequenti di tonsillite acuta;

4° comparsa, in coincidenza con una recrudescenza tonsillare acuta, di una riesacerbazione dei fatti morbosi a distanza;

5° arrossamento ed edema del pilastro anteriore;

6° ipertrofia e arrossamento della tonsilla;

7° presenza di tonsille piccole, incapsulate, intraveliche, dure e aderenti ai pilastri; tonsille di questo tipo presenterebbero una minima possibilità di drenaggio (« il valore patogeno di una tonsillite è proporzionale al suo modo di drenaggio » GODDART) e ad esse da molti viene assegnato il massimo di potere patogeno (« Quanto più la tonsilla si nasconde, tanto maggiori sono le possibilità che essa sia dannosa » WORMS e LE MÉE);

8° presenza di zaffi caseosi nelle cripte;

9° presenza di cicatrici sulla superficie tonsillare, espressione di pregressi processi infiammatori;

10° presenza di febbricole non altrimenti spiegate, accompagnate da stato generale compromesso e particolarmente da astenia, faticabilità, inappetenza, dolori vaghi;

11° presenza (nel bambino) di contemporanei fatti auricolari;

12° dimostrazione alla transilluminazione diafanoscopica, di strie scure, espressione di cicatrici o di raccolte purulente entro il parenchima dell'organo.

Nessuno di questi segni è di per sé sufficiente ad una affermazione precisa, ma il loro complesso, e tanto più quanto più numerosi fattori concorrono e figurano, ha importanza grande. Ciò per il riconoscimento di tonsillite, il che non è

che un primo passo, a noi clinici interessando la diagnosi di tonsillite causale e cioè con importanza patogena diretta. Ciò si deduce e quindi si afferma specie in base all'osservazione di recrudescenze e risentimenti degli organi e parti malate in diretta e ripetuta coincidente subordinazione con riaccensioni della tonsillite; in base ai risultati del cosiddetto test tonsillare, e specie a seguito e a seconda degli effetti della tonsillectomia sia immediati (recrudescenza) che successivi (guarigione o meno) che vanno però interpretati secondo cautela clinica e rigoroso esame.

Criterio, quest'ultimo, a posteriori, ma che in definitiva, quando positivo, è l'unico e il più sicuramente dimostrativo, mentre l'opposto non è quando il risultato sia negativo. Il test tonsillare in fondo, sia esso eseguito per massaggio o per aspirazione con ventosazione graduale e soprattutto se è fatto con manovre ripetute e successive come nella mia clinica è stato stabilito esser preferibile, altro non provoca e non corrisponde se non ad una sperimentale riaccensione provocata, del tutto corrispondente ad una spontanea flogosi ricorrente. Tanto è vero (ROBECCHI e LUPO) che talora un test tonsillare da positivo si fa negativo quando le tonsille opportunamente irradiate mostrino la scomparsa dei segni della flogosi. Ma è appunto per questo che le reazioni generali (febbre, variazioni leucocitarie, della velocità di sedimentazione, ecc.), hanno solo un significato generico di tonsillite non di forma causale. Per questa invece sono significative soltanto, o per lo meno soprattutto, le reazioni a focolaio e a distanza e tanto più in quanto queste si verificano soltanto a carico e a livello di quegli organi e tessuti che danno nel singolo individuo segno di sofferenza, anzi che in sé stessi direttamente rappresentano tutta la malattia. Il che se chiaramente interviene, ha un non dubbio significato pratico e diagnostico anche se l'interpretazione scientifica e dottrinale del fatto invece si presenta quanto mai difficile, riservata e complessa, e lo vedremo.

Considerato che, come ho detto, non vi è una malattia focale, è necessario stabilire come si potranno sceverare tra le molteplici sindromi, quelle a genesi focale e quelle a diversa eziologia che può anche in molti di questi casi essere molteplice. Nel procedimento diagnostico vi è una parte negativa ed una positiva.

Per la prima negativa occorre che, esperite tutte le indagini, nessuna sicura spiegazione possa eziologicamente essere data. Occorre cioè non accontentarsi caso per caso di frasi generiche e ba-

nali, per esempio di forma dolorosa a tipo reumatico, o di manifestazioni articolari su fondo artritico, ecc., e non ammettere con troppa facilità, per esempio per talune uveiti o iridociclitidi, eziologia luetica o tubercolare, quando lues e tubercolosi non figurano. Occorre cioè cercare alle proprie affermazioni diagnostiche un fondo positivo, analizzare le documentazioni, sottoporre a critica obbiettiva le nostre deduzioni che per avere valore, devono essere delle argomentazioni fondate e logiche, tali da permettere dimostrazione o da eventualmente poter persuadere un contraddittore. Se così procedendo, non troveremo diagnosi precise da avanzare, avremo in ciò la parte negativa del diagnostico.

La parte positiva invece è basata anzi tutto sulla dimostrazione dell'esistenza di foci: e dimostrazione vuol dire sistematica indagine e ricerca. Questo perchè non sempre i foci di per sé si palesano, ma talora occorre per identificarli sottoporre il malato a metodico esame clinico e specialistico: per il che non entro in dettagli ma solo riaffermo la assoluta necessità di stretta intelligente collaborazione coll'otorinolaringoiatra, l'odontoiatra e il radiologo nonché, per alcuni casi, con il ginecologo e l'urologo. Ma riconosciuta l'esistenza di uno dei tanti foci soprannominati in un ammalato con manifestazioni non altrimenti ben eziologizzabili, non per questo si sarà ancora giunti ad una decisione conclusiva e positiva per la diagnosi di forma « focale ».

Questa sarà affermabile solo e soprattutto se ricorrerà un certo rapporto fra sofferenze locali focali e reazioni a distanza e se vedremo la sindrome sospetta focale, qualunque ne sia la sede, subire ondate di peggioramento ad ogni ravvivamento flogistico del focus, sia questo spontaneo o da irritazione volutamente sperimentale (nel caso delle tonsille massaggi o ventosazioni) e tanto più se questo interdependente rapporto sarà dimostrato frequente e costante. E finalmente il crisma verrà o potrà venire dal risultato della cura vaccinica e strumentale poichè solo l'effetto curativo darà, se conseguito, sicurezza e definitiva conferma che sarà tanto più chiaramente dimostrativa se conseguita — come spesso accade — attraverso l'ultimo sprazzo di peggioramento o reazione focale all'intervento e se si tratti di forme croniche che erano state a lungo e protratto decorso e ribelli a tutte le cure. Ho detto che solo se positivo il risultato sarà dimostrativo; non lo sarà invece per denegare se negativo perchè talora il focus non è totalmente asportato (in questi casi la tonsillectomia non serve e senza ec-

cezione andrà fatta l'enucleazione (il che non molti fanno o non tutti fanno bene) o non può essere totalmente asportabile (è noto ad esempio che in molte tonsilliti croniche si hanno focolai infettivi anche nei tessuti profondi orali e faringei e peritonsillari e cioè foci non asportabili) o perchè talora nel caso di tonsillectomia, l'ablazione non è riuscita completa e un nuovo tessuto si è riformato ed è ricaduto in preda a stato infettivo o perchè i foci, per esempio dentari, non possono essere completamente e radicalmente eliminati, o perchè altri ve ne sono in altre sedi ubicati e non raggiungibili, o per quella infinita complessità di cause che in natura decostruiscono e complicano i nostri schemi mentali. Così procedendo caso per caso singolarmente, con criterio di impossibilità di altre diagnosi in primo tempo, con sistematica ricerca di eventuali foci poi e infine con lo studio obbiettivo dei rapporti fra attività morbosa dei foci e manifestazioni a distanza sarà non eccezionale formulare in un certo numero di casi l'affermazione di essere di fronte a sindrome focale, e conseguire quel minimo di convincimento che è necessario per proporre la terapia corrispondente. E ciò è tanto più facile in quanto interviene abitualmente quando già tutti gli altri trattamenti terapeutici sono stati inutilmente applicati, ma è tanto più difficile in quanto che mai per le già elencate ragioni e complicazioni e cause di errore si potrà a priori promettere e garantire al malato un risultato. Ma il malato di presunta forma focale quando il nostro consiglio sia non già largamente demolitivo, ma criticamente ben specificato, precisato e limitato alle parti malate, il paziente ripeto riconosciuto affetto da foci infettivi avrà tutto da guadagnare non foss'altro profilatticamente per il suo organismo ad esserne guarito e ad allontanarli.

Ho detto dianzi che facile e frequente è, non di rado, lo stabilire il rapporto fra oscillazioni di attività del focus e della sintomatologia. Ciò praticamente e direi empiricamente; chè se invece se ne vuole precisare meccanismo e natura e cioè la patogenesi di essa reazione a distanza, il che è un po' quanto dire in parte la patogenesi della infezione focale, allora le cose sono quanto mai delicate. Apparentemente non vi è dubbio che i fatti e cioè il reciproco rapporto e l'interdipendenza son così stretti e reali che sembra giustificato vedere in ciò la riprova, direi sperimentale, dell'importanza e valore del focus nel senso causale. Ma tale dimostrazione sarà o no da considerarsi raggiunta a seconda che si finirà per

concludere trattarsi di reazioni specifiche o aspecifiche: e permettetemi il bisticcio, è proprio questo uno dei punti focali del problema.

Possiamo ritenere non arbitrario, ma giustificato, l'ammettere che dal focus in sé o dai suoi eventuali ravvivamenti (spontanei o artificiali che siano) passino in circolo cause *noxæ* o batteriche o più probabilmente quali materiali di disgregazione batterica o proteica o di altra diversa natura formati in seno al focus. E sembrerebbe logico anche ammettere che esse siano della stessa natura di quelle abnormi sostanze che originatesi dal focus hanno creata la sindrome focale. Ma uguali reazioni e variazioni leucocitarie e a focolaio provocabili con il test tonsillare in questi ammalati focali, si possono anche avere in via del tutto aspecifica con iniezioni parenterali di sostanze colloidali o proteiche, Caseal calcico, ad esempio (ROBECCHI).

Ma questo d'altra parte mentre afferma la provocabilità di esse reazioni anche in via aspecifica e che quindi per ottenerle non è necessario un risveglio dell'attività specifica del focus, non autorizza certo ad affermare senz'altro l'aspecificità di esse reazioni. Così quando noi provochiamo in un tubercoloso reazioni generali o a focolaio oltre che con tubercolina anche con altri stimoli aspecifici, non ne induciamo senz'altro che tutto si svolge aspecificamente, ma diciamo che esse reazioni si possono raggiungere e conseguire e provocare sia in via specifica che aspecifica. E ciò tanto più per i foci in quanto sappiamo che, creatosi nell'organismo un punto in flogosi, questo elettivamente fissa ed attira i materiali colloidali a carica elettronegativa circolanti nel sangue. E quando una tonsilla entra in ricorrente flogosi o subisce massaggi, si provoca immissione in circolo non di materiale eterogeneo ma delle sue proprie sostanze orditesi nella profonda compagine del tessuto ammalato. Comunque saranno preminentemente in causa sostanze di origine streptococcica, perchè è allo streptococco che fa capo la maggior parte delle ricerche, il che è tanto più importante in quanto che l'entrata in circolo di sostanze di natura streptococcica può essere responsabile di iperreattività regionali e del costituirsi di fenomeni di allergia come anche nella mia clinica CHINI e MACRASSI hanno ben documentato.

Siamo di fronte cioè alla solita complicazione di fenomeni in natura quali a noi biologi e clinici si presentano, sì che MURRI scrive in clinica non essere valevole la legge di NEWTON secondo la quale in scienza non occorre cercare altra spie-

gazione dei fenomeni allorchè siamo in possesso di una causa o nozione che può completamente spiegarli, perchè non conosciamo mai se quella determinata causa può essere l'unica.

Così prospettata rapidamente l'esistenza, la realtà, l'importanza delle cosiddette infezioni focali, il modo come diagnosticarle o interpretarle, rimangono ancora due punti e cioè la loro frequenza e la loro cura. Sul primo problema nulla può dirsi. Vi è chi nega l'esistenza stessa di sindromi da infezioni focali, problema, ripeto ancora una volta, eminentemente clinico e non sperimentale: e chi non orientando mai la propria corrente di pensiero in quella direzione nemmeno mai compie le indagini o i controlli necessari per riconoscere e identificare.

Per questi, che in tal guisa non hanno casistica personale di sorta, il problema non è che dottrinale e non pratico e le forme inesistenti. Vi è invece chi di fronte a sindromi ad eziologia potenzialmente molteplice o nel caso in parola oscura o a contemporanea presenza di foci nell'organismo, subordina senz'altro con troppa facilità le une agli altri e giudica senza troppa critica di essere di fronte a forme focali e si comporta in conformità, d'onde, in questo caso si hanno statistiche anzichè negative, le più alte. Vi è infine chi di fronte alla complessa casistica che ogni giorno mette a così duro cimento la nostra attività diagnostica, esplora in stretto collegamento coi colleghi specialisti in questa direzione e assodati dei fatti li critica e li discute caso per caso, fra l'enorme complessità dei fenomeni in natura e concludere e deduce con cautela e riserva dopo lunga osservazione e prove: per questi, fra i quali io desidero includermi, la casistica focale nei diversi campi presenta percentuali non alte ma nemmeno trascurabili, comunque tali da giustificare l'interesse che il problema suscita e il pertinace sforzo per approfondirlo. Ma fare delle cifre, considerare il capitolo come prossimo alla conclusione pratica è quanto non sarebbe possibile dire. E' problema allo studio e di esso molti malati soffrono e spesso cronicamente e per lo più gravemente. Occorre non ignorare il problema e senza apriorismi sterilmente distruttivi e senza altrettanto pericolosi facilismi estensivi, occorre affrontarlo e approfondirlo. Ne-

cessita una buona volta finirla di considerare il problema delle infezioni focali attraverso il laboratorio, ma studiare anche da questo punto di vista caso per caso il malato con mentalità clinica e con obbiettivi pratici.

Stabilito che una sindrome è di genesi focale, identificati i foci o meglio quelli tra i foci che sono identificabili e riconosciuti nei limiti delle nostre possibilità di deduzione l'attività e la gerarchia nella provocazione della sindrome, occorre passare alla terapia e cioè alla ablazione e alla correzione medico-chirurgica con criterio anche conservatore là ove ciò sia possibile. Correzioni che per la parte strumentale esulano dalla nostra opera di internisti, pur dovendo noi per così dire guidare la mano del chirurgo generale o specialista e stabilire i limiti logici dell'intervento. E su di ciò io non ho da entrare in dettagli, se non per riaffermare la necessità di ponderato equilibrio nelle decisioni.

Accanto a che e a tutte quelle correzioni delle abnormi impostazioni organiche individuali che ogni programma terapeutico implica, si farà vaccinoterapia possibilmente con germi preventivamente isolati dai foci, poichè ognuno sa il criterio di non specificità dei ceppi dal punto di vista biologico o generale che domina in materia; ma anche molti sanno che l'osservazione empirica ci dimostra a parità di condizioni più efficaci e migliori nei loro risultati i vaccini autogeni che non gli stoks vaccini.

E quando il focolaio o i foci siano dominabili e dominati, quando altri non se ne riformino, e quando altri foci secondari non si siano nel frattempo istituiti o quando altri altrove ad effetto patogeno analogo non coesistano, noi non solo avremo con ciò realizzato una provvida medicina preventiva e profilattica di altre eventuali ricadute e di altre complicazioni, ma vedremo spesso l'effetto terapeutico intervenire e non di rado meravigliosamente rapido e pronto. Nel qual caso la sanzione di certezza sarà assoluta sia per il problema pratico che per il dottrinario.

In definitiva è sempre dal malato che deve venire la risposta conclusiva ai problemi clinici ed è sempre a scopi pratici che dobbiamo mirare per conseguire quella meravigliosa vittoria del bene sul male, che è la guarigione dei nostri ammalati.

~~317571~~

