

Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 6 (1950)

Heft: [1]: Giornate mediche italo-svizzere = Journées médicales italo-suissees = Italienisch-schweizerische medizinische Tagung

Artikel: L'autovaccinoterapia della glomerulo-nefrite diffusa acuta e subacuta in primo e secondo stadio anche avanzato

Autor: Izar, Guido

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-309027>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 06.02.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Istituto di Clinica Medica Generale e Terapia Medica dell'Università di Siena
Direttore: Prof. *Guido Izar*

L'autovaccinoterapia della glomerulo-nefrite diffusa acuta e subacuta in primo e secondo stadio anche avanzato

Guido Izar

Che la glomerulo-nefrite acuta diffusa (g.n.a.d.) possa essere causata da infezioni focali è un fatto ormai acquisito. L'interdipendenza tra foci e g.n.a.d. è documentata, oltre che dalla esperienza clinica (ne fa fede il mio lavoro sulla nefrite di guerra), da numerosa messe di lavori sperimentali (*Gonin e Lafitte, Passler, Eppinger, Leymann, ecc.*). Particolarmente significative le ricerche di *Potopoff* e di *Ko-Shanlong* che con tecnica diversa hanno dimostrato la decisiva importanza della lesione tonsillare nel terminismo della g.n.a.d.

Queste acquisizioni hanno indotto, da diversi anni, al trattamento della g.n.a.d. con la tonsillotomia, trattamento più nocivo che utile ma in ogni caso inefficace, tosto sostituito dalla più radicale tonsillectomia.

Sulla importanza delle tonsille palatine per la difesa contro le malattie infettive furono scritti dei volumi in pro e in contro. Problema molto semplice invece a mio modo di vedere. Ammesso che le tonsille palatine siano organi di difesa dalle infezioni, così come sentinelle poste a guardia di un valico alpino, come ci comporteremo noi verso queste sentinelle se con dati inoppugnabili dimostriamo che sono dei traditori? Lasciemo al loro posto queste sentinelle o useremo verso di esse un trattamento un pò diverso? Così è delle tonsille, sentinelle avanzate che tradiscono, che sono sede di un processo purulento.

Non si obbietti che la mancanza di tonsille palatine, quali organi linfatici di primo ordine, possa portare nocimento al baluardo contro l'infezione. Il sistema linfatico dell'anello di Waldeyer è così potente e così ben organizzato nel suo complesso che l'asportazione delle tonsille palatine può rappresentare solo una modesta diminuzione della difesa linfatica, diminuzione che causerà, mettiamo, la perdita di un quarto dei poteri di difesa. Ma se, per non perdere questa quarta parte della difesa linfatica, noi lasciamo sussistere il focus infettivo, commettiamo un errore analogo a quello che commettono coloro che circondano la loro

casa di cancelli altissimi mentre non si curano di sorvegliare i ladri domestici.

Bisogna però precisare che non solo la tonsillite lacunare acuta è responsabile dell'istaurarsi di un processo a carico del rene ma che più spesso sono le tonsilliti croniche nelle loro varie forme (pseudo-ipertrofica, criptica, ipertrofica a predominanza fibrosa, cronica-atrofica) quelle che più facilmente provocano le lesioni renali. Anche in tonsille apparentemente normali per colore, volume, superficie si può spesso evidenziare con manovre di spremitura la presenza di pus o mettere in evidenza, dopo la asportazione, cavità interne piene di pus (*Robecchi*). In questi casi il test tonsillare dà una netta reazione positiva (leucocitosi). Si consideri poi che in generale, o almeno nel maggior numero dei casi, la lesione tonsillare, anche se grave all'inizio, si cronicizza e offre un modesto quadro infiammatorio quando la lesione renale richiama su di essa l'attenzione.

Naturalmente oltre le tonsille palatine altri numerosi organi possono dare dei foci. Tali i denti con gli ascessi, i granulomi apicali, le carie, le sacche gengivali paradentitiche, le pulpiti secche, ecc.: tali le abrasioni della mucosa orale, la piorrea alveolare, come dimostrano *Scharowel* e *Corelli*: tali i seni mascellari e frontali (*Lusena* e *Chini*, *Kolbert*): tali le prostatiti, le cervitici, le dermatiti impetiginizzate, le appendiciti, le affezioni dell'orecchio medio, ecc.

Torna così difficile stabilire la vera sede extra-tonsillare di questi foci, specie quando, come generalmente accade, mancano sintomi subiettivi. Ciò viene a spiegare gli insuccessi della tonsillectomia come tale anche quando le tonsille sono in preda ad evidenti processi flogistici. In questi casi, con tutta verosimiglianza, accanto al focolaio tonsillare esistono uno o più focolai situati in altri organi che mantengono attivo il torrente tossiemico-bacillare che si riversa nel rene.

Kolbert e *Suchanek* profetano, partendo appunto da queste premesse, la necessità di eseguire il più diligente esame del nefritico, consigliando di esplorare il più accuratamente possibile tutti gli organi, in quanto ognuno di essi può essere affetto da un processo infiammatorio ed assumere il ruolo di focus.

Anche il rene infatti può essere sede di focus. Una tale possibilità è documentata dagli otto casi di *Battistini* e da quelli di *Corelli*: gli AA. poterono avere urinocolture rigogliose in nefropazienti già da tempo tonsillectomizzati, senza alcun beneficio sulla evoluzione della lesione renale, esenti (in base ad accuratissimo esame clinico) da altri foci concomitanti o secondari a quello tonsillare.

Anche le linfoghiandole cui fanno capo i linfatici tonsillari possono

costituire dei foci, come è in parte documentato dalla tumefazione delle linfoghiandole cervicali che precede la comparsa di una nefrite post-scarlattinosa. Nessuno si può così nascondere le difficoltà dell'esame indicato da *Kolbert e Suchanek*, esame che se può esser fino ad un certo punto completo per gli organi facilmente accessibili diventa arduo od anche impossibile per gli organi racchiusi nelle grandi cavità.

In base a queste considerazioni ho da tempo impostato il problema della g.n.a.d. in questi termini: «*Dato che non è sempre possibile individuare i focolai settici latenti e presenti nei diversi organi e che d'altra parte anche avendoli identificati non è sempre possibile procedere alla loro rimozione a causa della loro sede, l'unica terapia che appare razionale è la vaccinica, come quella che riesce a distruggere i germi allogati in qualsiasi punto dell'organismo, che non è traumatizzante e che è attuabile anche quando i pazienti siano in condizioni scadenti.*»

La difficoltà principale sta però nel somministrare un vaccino che contenga quei germi ai quali si deve imputare la lesione renale, dato che dal diplococco di Fraenkel (*Kolbert e Suchanek*) al micrococco tetrageo (*Battistini*) al bacterium coli (*Helmoz*) allo stafilococco aureo e albo (*Battistini*) allo streptococco anemolitico e emolitico quasi tutti i germi possono essere chiamati in causa. E dato ancora, come dimostrano le belle ricerche di *Rosenow*, largamente confermate (*Weil, Bernhardt, Lusena, ecc.*), che esiste un organotropismo di stipiti non di germi. Così ad esempio germi prelevati da un soggetto affetto da nefrite «iniettati negli animali da esperimento riproducono in una certa percentuale questa malattia o meglio tendono a localizzarsi negli organi corrispondenti a quelli affetti del soggetto malato» (*Lusena e Chini*).

Dal che si deduce che solo una autovaccinoterapia può riuscire efficace.

Nella letteratura pochi accenni al riguardo. *Micheli* ricorda una «vaccinoterapia con vaccino streptococcico usata di recente talora con buoni risultati», e aggiunge che ha visto un certo vantaggio in alcuni casi dimostrativi. *Messini*, nel trattato di terapia clinica, dice che «è stata tentata la vaccinoterapia della g.n.a.d. mediante germi isolati dalle tonsille e dalle urine con risultati interessanti». *Battistini* in 8 casi di glomerulonefrite embolica, nei quali la tonsillectomia non aveva dato alcun beneficio, trova risultati rapidi e soddisfacenti con vaccino preparato con germi prelevati dalle tonsille in situ per spremitura o per punzione o dalle tonsille asportate. *Tiberi e Magrini* trattano nefritici in diverso stadio con iniezioni di sedimento urinario opportunamente diluito e sterilizzato per tindalizzazione: riferiscono di avere ottenuto con questo metodo, che definiscono auto-uro-vaccino-terapia, ottimi risultati.

Come ho detto da tempo mi sono preoccupato di questo problema ed ho cercato, per risolverlo, di preparare un vaccino appropriato al caso.

Quando si parla di vaccinazione si intende generalmente la introduzione di un antigene che attivi la formazione di anticorpi contro un determinato germe o virus. Così è nella vaccinazione antidifterica, antitifica, antiparatifica, anticolerica, antivaaiolosa, antirabica, ecc. In questi casi noi esaltiamo le proprietà bacteriolitiche insite in ogni organismo contro determinati agenti patogeni.

Ma quando vogliamo vaccinare contro gli agenti o l'agente che hanno determinato il focus tonsillare, i foci collaterali minori, le lesioni a distanza e non conosciamo quale sia l'agente patogeno in causa come dobbiamo regolarci? Stando alle regole della bacteriologia si dovrebbe seminare il materiale infetto, isolare lo schizomicete o l'ifomicete o il virus filtrabile, preparare con questo il vaccino. Regola che può essere seguita quando il focolaio sia chiuso, quando cioè possiamo essere certi che a determinare il processo infiammatorio sia il germe da noi isolato, come nel caso di una osteomielite chiusa, di un ascesso epatico chiuso, ecc. Ma quando si tratta di processi purulenti che hanno sede in organi quali le tonsille palatine e i polmoni ad esempio, a largo contatto diretto con l'esterno attraverso le vie aeree: processi purulenti dai quali solo in un primissimo tempo, ed ancora eccezionalmente, si potrà isolare un solo germe, causa vera della lesione, perchè secondariamente si impianterranno certamente altri numerosi schizo e ifomiceti che nella esistenza stessa di una lesione anatomica trovano ragione favorevole al loro impianto, come si potrà pretendere di specificare quale fra i germi isolati in cultura è l'agente che ha dato il processo primitivo? Ed anche in questo caso come si può escludere che germi successivamente impiantati non siano stati alla lor volta causa di foci a distanza?

Per risolvere elegantemente questo problema ho da tempo istituito, sia nella cura delle lesioni purulente polmonari sia nel completamento della cura delle lesioni purulente tonsillari, soprattutto quando queste lesioni abbiano già dato una nefrite sia parcellare che diffusa, una vaccinazione con un vaccino in toto, contenente cioè tutti i germi presenti nel pus dell'ascesso polmonare o delle tonsille. Nel caso dell'ascesso polmonare mi servo dell'escreato purulento in toto per preparare il vaccino. Nel caso di una tonsillite purulenta il prelevare un zaffo di pus e preparare con questo il vaccino non risolverebbe il problema, perchè potrebbe darsi che in questo zaffo di pus non fossero presenti dei germi importanti dal punto di vista della etiopatogenesi della lesione e di conseguenza della terapia. In questo caso utilizzo tutte le tonsille asportate che mi vengono consegnate dal chirurgo avvolte in garza sterile.

La tecnica di preparazione del vaccino, il suo dosaggio, le vie di introduzione sono dettagliate in ultimo.

Di recente AA. americani, mossi forse da un giusto punto di vista e dai risultati di qualche esperienza, hanno creduto di vedere nella penicillina il mezzo terapeutico di elezione delle g.n.a.d., partendo naturalmente dal presupposto, o concetto che dir si voglia, che tutte le g.n.a.d. siano dovute a germi penicillo-sensibili.

Certamente in casi particolari, quando si possa intervenire con penicillo-terapia a dosi elevate nel corso di una infezione diffusa ad etiologia batterica penicillo-sensibile, nessuno nega che la sola penicillo-terapia od altre terapie antibiotiche dello stesso gruppo, possano avere ragione e della infezione primaria e della lesione renale conseguente. Nessuno nega che come guarisce una lesione endocardica data da germi penicillo-sensibili la penicillo-terapia possa guarire una lesione renale data da germi (strepto-stafilo-diplo-pneumo-gono-cocchi) penicillo-sensibili.

Ma se non si tratta di germi penicillo-sensibili? Se la lesione renale è data da uno schizomicete del gruppo attuale delle salmonelle, dal bacillo di Eberth, da un paratifo? Se, come può avvenire, pur essendo la lesione renale data da strepto-stafilo-diplo-pneumo-gono-cocchi, i germi sono per una ragione sconosciuta, insita nella razza, acquisita nel tempo, penicillo-resistenti, quale azione avrà una cura penicillinica?

Dopo la cura ritenuta specifica, e che richiederà alcun tempo, si passerà a cure sintomatiche, a terapie inefficienti dal punto di vista etiologico che, forse, potranno avere anche la loro efficacia quando l'individuo ammalato, il soggetto attore, possa, per condizioni particolari di tempo, di luogo, ecc., diminuire, dominare, avere anche ragione con poteri intrinseci antibatterici della infezione, distruggere l'agente etiologico attraverso un aumentato, esaltato potere bacteriolitico.

E perchè allora non risvegliare quando tace, non eccitare quando è torpido, non aumentare quando esiste questo potere bacteriolitico, il solo che può portare alla distruzione, alla scomparsa dei germi circolanti e in casi particolari, anche alla distruzione, alla scomparsa del focolaio infettivo primario, del focus come si suol dire?

Perchè non iniziare la terapia, terapia etiopatogenetica vera, con la iniezione di un autovaccino, con un vaccino costituito dagli stessi elementi causa della infezione e della conseguente g.n.a.d.?

Ad una terapia bacteriostatica, per la cui vittoria debbono in ultima analisi entrare in campo per vincere l'infezione i poteri bacteriolitici propri al soggetto malato, contrapponiamo una terapia etiopatogenetica che eccitando, esaltando questi poteri bacteriolitici insiti in ogni indivi-

duo avrà ragione della infezione e, quel che è ancor meglio, dei possibili foci secondari.

Ho così sperimentato per lunghi anni questa arma biologica in soggetti affetti di g.n.a.d. o da g.n.d. subacuta ai limiti del passaggio al secondo stadio con risultati che posso affermare molto felici, e dal confronto con quelli conseguiti con l'uso di vaccini polivalenti, preparati con opportune varie miscele di stafilo-strepto-gono-pneumo-diplo-cocchi, ho potuto constatare, e ripetutamente confermare, che non solo i germi a partenza tonsillare hanno un particolare tropismo per il rene, ma che ancora solo i germi isolati dalle tonsille palatine nei casi di nefrite tonsillologena spiegano azione specifica sulla lesione renale e sulle lesioni secondarie, quasi che al tropismo positivo patogeno segua un tropismo positivo anche per gli anticorpi che detti germi inducono con la loro presenza nell'organismo.

Di recente il Dott. *Sergio Lenzi*, già mio assistente, ora assistente nella Clinica Medica di Bologna diretta dall'amico Prof. *Gasbarrini*, ha esteso il problema del trattamento vaccinicò agli stadi più avanzati della malattia, questione che mi sembra di non piccola importanza in quanto, se la maggior parte degli AA. è più o meno di accordo sui benefici apportati dalla tonsillectomia sul decorso della g.n.a.d., moltissimi AA. sostengono che tale intervento è per lo meno inutile negli stadi successivi della malattia, allorché cioè la funzione renale è più o meno compromessa. Le ragioni riferite da questi AA. sono basate sulla constatata inefficacia della ablazione delle tonsille in casi di g.n.d. in secondo e terzo stadio. Altri AA. invece sono di opinione diversa in quanto hanno potuto osservare in alcuni pochi casi un reale vantaggio dalla tonsillectomia.

La verità, come sempre, è sulla linea di mezzo. L'esame della letteratura e l'esperienza clinica ci dicono che: «La tonsillectomia porta un indubbio vantaggio nel maggior numero dei casi di g.n.a.d.: riesce invece efficace solo in alcuni casi negli stadi successivi della malattia: la sua efficacia va decrescendo col progredire delle alterazioni anatomiche del rene»; risultati che si spiegano dai più in modo alquanto semplicistico: «Essendo le lesioni ormai da tempo stabilite, l'ablazione del focus non può avere alcuna influenza sulla successiva evoluzione del processo morboso.»

Ma si domanda: perchè il beneficio deve diminuire se realmente si toglie la causa morbigena? O, in altre parole: «Se le tonsille costituiscono in realtà il serbatoio del virus che determina la lesione renale, perchè togliendo le tonsille le alterazioni del rene non subiscono un definitivo arresto ma continuano invece a progredire?»

L'istologia patologica insegna che anche negli stadi avanzati della g.n.d. esistono sempre dei nefroni che sono assolutamente indenni da qualsiasi

alterazione: che quindi il rene conserva, fino ad un certo punto, una attività funzionale. Il progredire delle alterazioni istologiche fino a colpire i residui ancora indenni del rene sta a significare che la ablazione della causa morbigena non influenza l'evoluzione fatale della malattia, in aperto contrasto con quanto insegna la patologia generale, e la Clinica conferma, per quanto riguarda i processi a carattere infiammatorio come la g.n.a.d.

Secondo le nostre vedute la causa di questo progressivo aggravamento della lesione renale dopo ablazione delle tonsille sta nella coesistenza di foci minori a lato del focus principale tonsillare, foci che determinano la continuazione della noxa renale, foci che con grande probabilità saranno tanto più frequenti e numerosi quanto più è avanzata la malattia renale, e quindi l'affezione tonsillare che le ha dato origine, pel riversarsi in circolo di germi, sia direttamente nel torrente circolatorio sia attraverso la via linfatica. Si capisce quindi come negli stadi più avanzati della tonsillite esistano maggiori probabilità che tale eventualità si possa verificare, esista un maggior numero di possibilità che si siano formati nuovi focolai settici in altre parti dell'organismo, cioè dei nuovi serbatoi di virus.

Ed è proprio in questi casi che la tonsillectomia riesce inefficace, perchè non fa che togliere il focolaio primario, forse anche il più cospicuo, ma che rispetto alla importanza patogenetica della lesione renale deve essere considerato alla pari di uno dei tanti foci sparsi nell'organismo.

A nostro giudizio la tonsillectomia non costituisce che eccezionalmente la terapia della g.n.a.d. in quanto ci siamo convinti che almeno negli stadi avanzati della malattia coesistono numerosi foci responsabili del progredire della malattia stessa. E poichè, come abbiamo visto, torna difficile trovare, ma ancora più difficile curare direttamente questi singoli foci, riteniamo che solo la vaccinoterapia con autovaccino costituisca l'intervento di elezione, quale unico mezzo per combattere i foci sparsi in tutto l'organismo, per distruggere i germi presenti nelle più diverse localizzazioni.

I casi illustrati dal Dott. *Sergio Lenzi* dimostrano chiaramente quale vantaggio possiamo trarre da questo mezzo terapeutico anche in g.n.d. in secondo e terzo stadio. Il decorso della malattia ci dice che nei soggetti trattati non solo vi è stato un netto miglioramento delle condizioni generali con la scomparsa di qualsiasi sofferenza imputabile ad alterazioni renali, ma anche il ripristino parziale della funzionalità renale accertato attraverso le più precise prove di laboratorio.

Dopo queste constatazioni, frutto di lunghi anni di osservazioni cliniche, ci sentiamo autorizzati a concludere:

dato che l'esperienza clinica dimostra e le ricerche sperimentali confermano essere la g.n.a.d. dovuta esclusivamente a germi presenti in focolai settici, l'unica terapia che appare razionale è la vaccinica, come quella che riesce a distruggere i germi allogati in qualsiasi punto dell'organismo, che non è traumatizzante e che è attuabile anche in condizioni scadenti del soggetto:

dato che l'esperienza clinica informa e le ricerche sperimentali confermano essere le tonsille palatine gli organi più frequentemente interessati nella etiopatogenesi della malattia quali sede di foci primari:

in tutti i casi di g.n.a.d., nei quali sia evidenziabile una lesione tonsillare acuta o cronica, si deve sempre eseguire, dopo asportazione delle tonsille, una cura vaccinica con autovaccino preparato con appropriata tecnica da tutti i germi presenti nelle tonsille asportate:

la stessa terapia deve essere estesa a tutti i casi di g.n.d. tonsillogena anche in secondo e terzo stadio, con la sola limitazione di quei casi di rene grinzoso con cospicua ritenzione azotata e segni clinici di grave insufficienza renale nei quali, verosimilmente, il processo è ormai così avanzato da non permettere il sopravvivere dell'ammalato:

in casi particolari, quando il processo batterico assume il quadro di una sepsi vera, può essere istituita una preliminare terapia antibiotica a base di penicillina per dar tempo al vaccino di aumentare i poteri naturali di difesa, i soli che possono avere l'ultima parola nella lotta contro l'elemento batterico in causa. Azione antibiotica complementare, preparante, che può certo riuscire di qualche utilità, specialmente nei casi gravi.

Tecnica di preparazione del vaccino

Le tonsille asportate dal chirurgo, e consegnate al laboratorio in garza sterile, vengono immerse in alcool a 95° per 10 minuti allo scopo di allontanare quei germi che provengono da inquinamento secondario.

Tolte le tonsille dall'alcool, vengono ripetutamente lavate con acqua sterile, tagliuzzate, pestate in mortaio: con la poltiglia ottenuta si insemzano abbondantemente 2 palloni da 500 cm³ di brodo glicerinato-glucosato: ad uno dei palloni si aggiunge sangue umano fresco nella proporzione di 10 cm³ ogni 90 cm³ di brodo.

Si lasciano i palloni per 72 ore a 37°; poi si semina o su 3 grossi tubi di agar o meglio su tre piastre; ad uno dei tubi o delle piastre (sempre di agar glicerinato-glucosato) si aggiunge sangue umano fresco prima della semina nella proporzione del 5%.

Dopo altre 72 ore di permanenza in termostato a 37° si stacca tutta la patina culturale formatasi sulla superficie dell'agar versando in ciascun tubo o in ciascuna piastra 15 cm³ di soluzione fenica al 0,5%; si favorisce il distacco della patina strisciando sulla superficie dell'agar un bastoncino di vetro ricurvo a guisa di falce.

Raccolti i liquidi di lavaggio in matraccio sterile vi si aggiunge tintura di iodio (al 10%) sino a colorazione rossa persistente, poi si rimette il matraccio in termostato a 37° e vi si lascia per 72 ore, in modo da lisare i corpi batterici e mettere in libertà eventuali endotossine. Se durante questo periodo la sospensione si scolora si aggiunge della nuova tintura di iodio.

Si elimina allora l'eccesso di iodio mediante aggiunta di cloroformio e sbattitura:

il cloroformio si raccoglie sul fondo colorandosi più o meno intensamente in rosso. Dopo riposo si decanta il liquido opalescente in altro matraccio sterile: si tindalizza per 3 giorni consecutivi per 2 ore a 56°.

Si aggiunge allora il 0,5% di cloretone, che ha potere bactericida senza spiegare azione alcuna sui tessuti, e si infiala in fialoidi chiusi con membrana di gomma simili a quelli che servono per la penicillina.

Dosi e via di introduzione. Trattandosi di vaccino autolisato, e per di più risultante dalla somma di numerosi germi a vario potere piretogeno, torna impossibile stabilire a priori un dosaggio.

Si inizia pertanto la terapia con dosi minime, 0.1 cm³, salendo progressivamente nella dose, con iniezioni intramuscolari a giorni alterni, sino alla dose piretogeno o in ogni caso sino alla dose di 1 cm³. Se la dose piretogeno è inferiore a 1 cm³ si continua nella stessa dose con iniezioni a giorni alterni finchè non si sono ottenuti i risultati sperati; altrimenti si continua con la dose massima di 1 cm³. Poichè in generale da 45 cm³ di liquido usato per la sospensione della patina dei tre tubi o delle tre piastre si ottengono 30 cm³ di vaccino la cura viene continuata per 2 mesi all'incirca.

Riassunto

Lunghi anni di osservazione clinica, confortati da numerose ricerche sperimentali, che confermano la frequenza di associazioni patologiche delle tonsille palatine con i reni e la frequente relativa esiguità delle lesioni tonsillari di fronte alla imponenza delle lesioni renali, permettono di affermare una particolare responsività fra tonsille e reni e, in base ai numerosi risultati positivi conseguiti, di ritenere che unica cura etiopatogenetica della glomerulonefrite acuta diffusa in primo e secondo stadio anche avanzato sia la cura vaccinica con autovaccino preparato con opportuna tecnica da tutti i germi presenti nelle tonsille asportate, quale complemento della tonsillectomia e cura definitiva di tutti i possibili foci secondari alla primaria localizzazione tonsillare; risultati di vaccinoterapia non conseguibili con la vaccinazione con germi non isolati dalle tonsille palatine perchè, probabilmente, legati ad un particolare tropismo pel rene e per gli altri foci secondari dei germi tonsillari.

Solo in particolari casi, in presenza di una vera sepsi, può essere utile una preliminare terapia antibiotica a base di penicillina, come terapia preparante, complementare, per dar tempo al vaccino di esaltare i poteri bacteriolitici naturali di difesa, i soli che, in ultima analisi, possono avere ragione dell'elemento bacterico in causa.

Zusammenfassung

Eine klinische Beobachtung, die sich auf mehrere Jahre erstreckt und die durch zahlreiche experimentelle Untersuchungen gestützt wird, bestätigt die Häufigkeit der Verbindungen von pathologischen Prozessen der Niere und der Tonsillen und zeigt die Geringfügigkeit der tonsillären Affektionen im Vergleich zum Ausmaß der Nierenschädigung. Man kann behaupten, daß eine besondere Beziehung zwischen diesen

Organen besteht. Auf Grund der zahlreichen positiven Resultate darf man annehmen, daß die Behandlung mit Autovaccinen, die aus den in den Tonsillen gefundenen Keimen hergestellt wurden, die einzige kausale Therapie der akuten diffusen Glomerulonephritis im ersten und zweiten, selbst fortgeschrittenen Stadium, darstellt. Diese Maßnahme vervollständigt die Tonsillektomie und begründet eine definitive Behandlung der sekundär aus der tonsillären Lokalisation entstandenen Herde. Man gelangt jedoch nicht zu diesen guten Resultaten, wenn man Keime verwendet, die nicht aus den Tonsillen stammen, da ihnen vermutlich ein bestimmter, auf die Niere und die anderen sekundären Herde gerichteter Tropismus abgeht.

In vereinzelt Fällen, wenn eine echte Septicämie vorliegt, kann eine einleitende Behandlung mit Antibiotica (Penicillin) eine nützliche Ergänzung der Therapie darstellen, denn sie gibt den Vaccinen Zeit, die natürlichen bakteriolytischen Abwehrkräfte zu stimulieren. Sie allein haben letzten Endes auf die in Frage stehenden Bakterien einen Einfluß.

Résumé

Une observation clinique s'étendant sur plusieurs années, appuyée par de nombreuses recherches expérimentales, confirme la fréquence d'associations pathologiques réno-amygdales, et, souvent, la discrétion relative de l'atteinte amygdalienne par rapport à l'importance des lésions rénales. On peut affirmer qu'il existe une relation particulière entre ces organes. Au vu des nombreux résultats positifs obtenus, on peut admettre que le seul traitement causal de la glomérulonephrite diffuse aiguë au premier et au second stade, même avancé, est constitué par l'autovaccin, préparé selon une technique adéquate à partir de tous les germes trouvés dans les amygdales. Cette mesure complète l'amygdalectomie et constitue un traitement définitif de tous les foyers secondaires à la localisation amygdalienne primitive; on ne peut obtenir ces résultats par vaccination avec des germes non isolés des amygdales, parce que ces derniers manquent probablement d'un tropisme particulier pour le rein et pour les autres foyers secondaires des germes amygdaliens.

Dans certains cas particuliers, en présence d'une vraie septicémie, un traitement préliminaire par les antibiotiques (Pénicilline) peut être un complément utile pour donner au vaccin le temps de stimuler la défense bactériolytique naturelle, qui seule, en dernière analyse, peut avoir raison de l'élément bactérien en cause.

Summary

Clinical observation extending over several years, supported by numerous experimental investigations, confirms the frequency of a patho-

logical connection between renal and tonsillar disease, and often the relative mildness of the tonsillar attack in comparison with the importance of the renal lesions. It is possible to confirm that there is a special relationship between these organs. In view of the numerous positive results obtained, it must be admitted that the only causal treatment of acute diffuse glomerulonephritis in the first and second stages, and even in advanced cases, is provided by the use of an autovaccine prepared by an adequate technique from all the germs found in the tonsils. This procedure completes the operation of tonsillectomy and constitutes a final treatment of all the foci secondary to the original local tonsillar infection. These results cannot be obtained by vaccination with germs not isolated from the tonsils, because they probably lack a particular tropism for the kidney and for the other secondary foci of the tonsillar germs.

In certain particular cases, in the presence of a true septicæmia, a preliminary treatment by antibiotics (penicillin) may be useful in order to give the vaccine time to stimulate the natural antibacterial defence mechanism, which alone, in the last analysis, can defeat the causative bacteria.