



2066

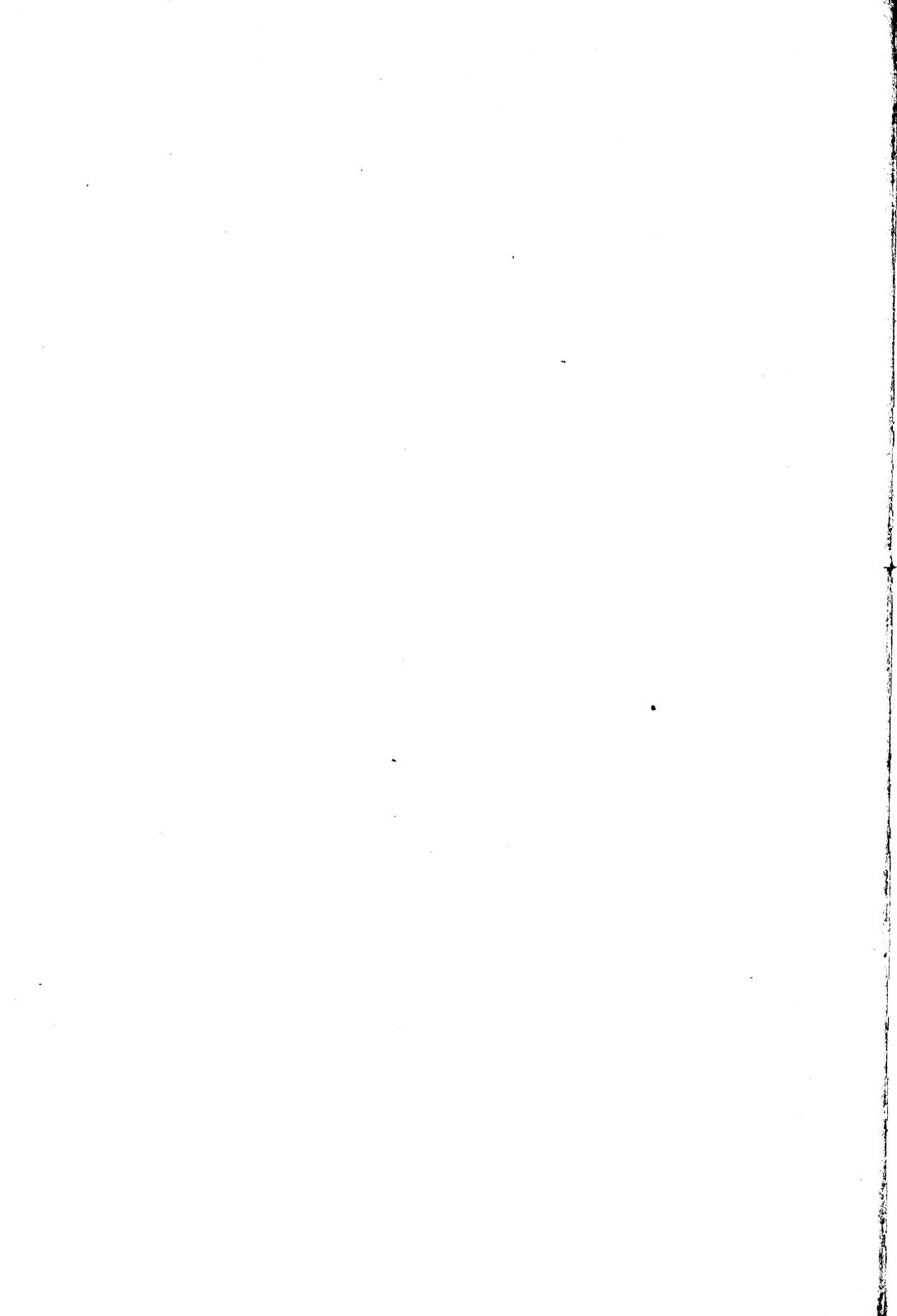
Prof. ENRICO MORETTI

Primario Medico dell'Ospedale del Circolo di Busto Arsizio

La terapia del reumatismo articolare acuto col salicilato di sodio

Estratto da "Le Forze Sanitarie", - Anno VIII n. 13, del 15 luglio 1939-XVII



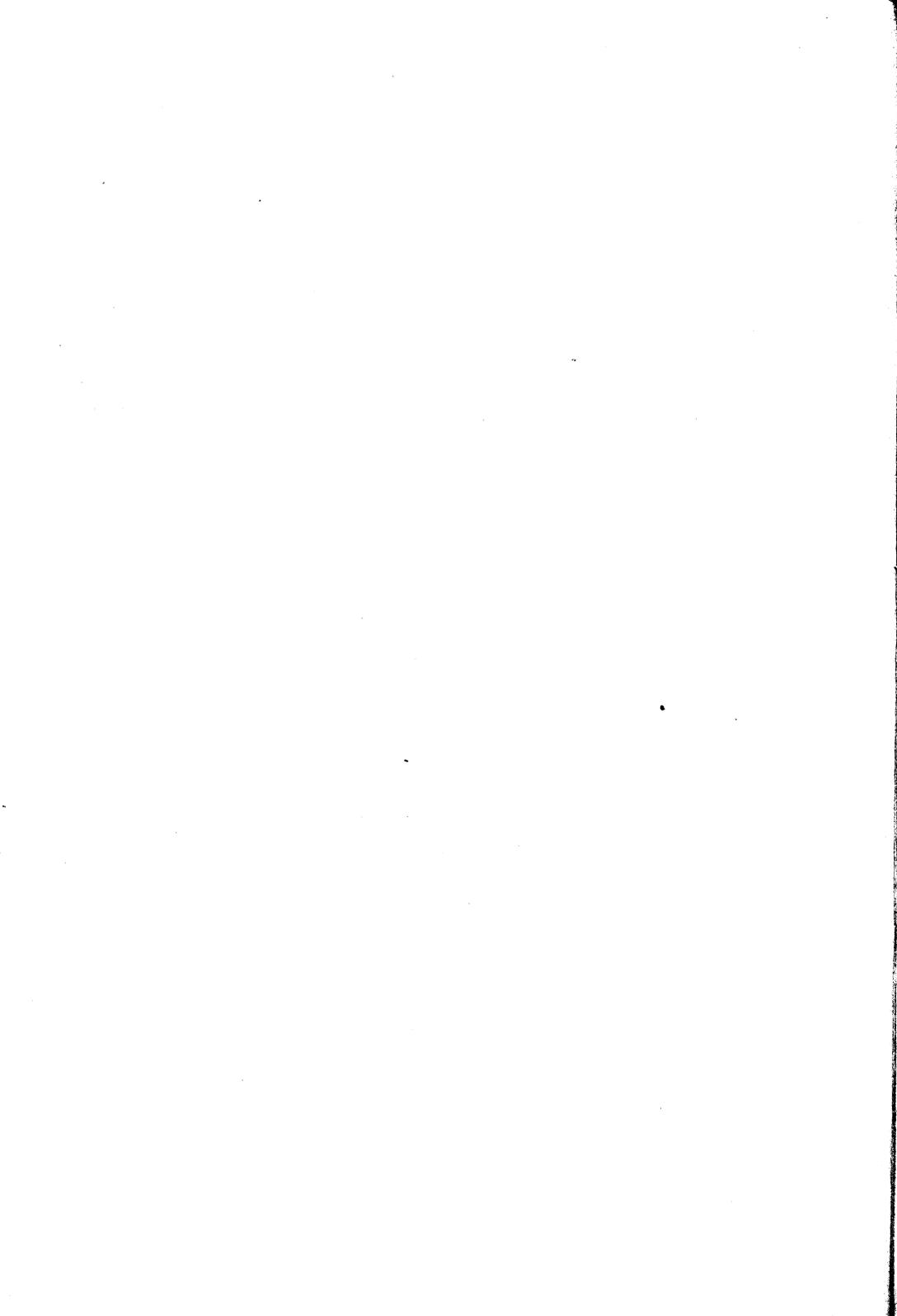


Prof. ENRICO MORETTI

Primario Medico dell'Ospedale del Circolo di Busto Arsizio

La terapia del reumatismo articolare acuto col salicilato di sodio

Estratto da "Le Forze Sanitarie", - Anno VIII n. 13, del 15 luglio 1939-XVII



L'invito molto opportuno del prof. LUCHERINI ad un « referendum » sull'argomento, sarà certo largamente raccolto dai medici pratici, che quotidianamente si trovano di fronte alle difficoltà non lievi che presenta loro la terapia del reumatismo articolare acuto e che conoscono le tragedie di tante giovinette stroncate nella loro integrità dagli esiti della malattia reumatica.

E' certo che esistono casi nei quali la cura salicilica non dà l'impressione di essere una cura veramente specifica, dall'effetto pronto, deciso, inequivocabile, come lo è il chinino per la malaria e l'arsenobenzolo per la sifilide; in questi casi esso si limita ad una azione analgesica ed antitermica più o meno evidente, ma dal significato puramente sintomatico.

E' appunto nel vagliare le cause di questa mancata azione terapeutica che stanno le difficoltà non sempre facilmente superabili.

La prima e fondamentale di queste risiede nella sicurezza della diagnosi; al quale proposito vorrei ribattere l'argomentazione del professor LUCHERINI che propende a dubitare della diagnosi di vero r. a. a. ogni qualvolta non è residuo un vizio cardiaco, pensando che in quei casi si sia trattato di espressioni sintomatiche articolari di processi infettivi acuti o di inizi acuti di processi artrosici o artrici primari cronici.

Lasciando per ora impregiudicata la questione dell'azione del salicilato nel prevenire le localizzazioni cardiache, è certo che la risposta della malattia reumatica alla tempestiva, sufficiente e corretta somministrazione di salicilato sodico o preparati similari, è di tale rapidità e costanza, sia sullo stato generale settico del malato, sia sulle condizioni locali articolari e visce-

rali, sia sul decorso febbrile, che non è per nulla confrontabile coi piccoli e passeggeri vantaggi analgesici e antitermici che il medicamento mostra di possedere nei confronti di altri reumatismi. Tale risposta costituisce, secondo la mia esperienza, frutto di una lunga pratica in una zona dove le malattie reumatiche sono di una particolare frequenza, un vero criterio « ex juvantibus » che può illuminare sull'eziologia della forma morbosa, nella persistente lacuna delle nostre conoscenze al riguardo. Io affermerei volentieri che un reumatismo articolare acuto, insensibile ai salicilici, non è sostenuto dal virus reumatico e non fa parte dei casi in discussione.

La questione più importante messa in discussione dal prof. LUCHERINI è però un'altra; è quella cioè di stabilire se il salicilato abbia la virtù di prevenire o di evitare o di attenuare le localizzazioni endomiocardiche che accompagnano il r. a. a.

Il prof. LUCHERINI colla sua indiscussa autorità in materia ritiene di no. Purtroppo neppure l'antipirina, terapia puramente sintomatica, è presentata al giudizio del pubblico medico con tale pretesa e l'introduzione nella pratica di questa nuova terapia non segna alcun progresso da questo punto di vista.

Senonchè ritengo che il giudizio definitivo non possa essere ancora pronunciato, circondato come deve essere dal vaglio di una sana critica. La quale non deve perdere di vista un fatto fondamentale: che cioè è ben raro che la cura salicilica venga praticata e proseguita con la tempestività, regolarità, intensità sufficiente e ciò per numerose ragioni inerenti al curante, al malato, ai parenti di questo, al prodotto adoperato.

Molti sono ancora i medici, almeno nella zona di mia competenza, che usano le piccole dosi (2-4 grammi al giorno e non più) di salicilato; molti coloro che abbandonano la cura appena ottenuto lo sfebbramento o l'attenuazione dei sintomi locali. Troppo spesso si trascurano i piccoli particolari della somministrazione (frazionata, ai pasti, con sufficiente diluizione, in ambiente fortemente alcalino, alternando le *tre* vie di introduzione ad intervalli il più possibile equidistanti nelle 24 ore, e così via); particolari che spesso sono decisivi agli effetti della cura.

Molti sono anche i casi nei quali la cura, pur condotta con tutte le norme, non viene tollerata e il medicamento espulso col vomito se introdotto *per os* o non trattenuto, se per via rettale; molti i casi nei quali i parenti del malato, stretti tra la riluttanza di questo e la insistenza del curante, sono indotti a mentire con quest'ultimo fingendo di proseguire una cura già abbandonata più o meno totalmente. Purtroppo non tutti i salicilati del commercio sono puri e ugualmente efficaci.

Tutti questi casi, nei quali la somministrazione di salicilato è stata, per una ragione o per l'altra, incompleta, non contano ai fini della dimostrazione della mancata efficacia della terapia salicilica sulle complicanze cardiache, che richiedono la presenza in circolo, costante e per un tempo sufficientemente lungo, di dosi sufficienti di medicamento.

Purtroppo i casi veramente dimostrativi sono rari, perchè al ricovero ospitaliero non ricorrono di solito se non i casi già in parte compromessi da un periodo più o meno lungo di cure incomplete, casi già portatori di localizzazioni endomiocarditiche o pancarditiche già manifeste; nella pratica privata, poi, è piuttosto raro trovare ambiente sufficientemente intelligente e competente, da garantire la perfetta e non reticente esecuzione delle norme terapeutiche dettate e non sempre bene accettate.

Tuttavia, quando ci si imbatte in casi di *vero* r. a. a. di *prima infezione e precocemente* si

inizia un trattamento salicilico intenso e ben condotto e questo viene ben sopportato per un tempo sufficientemente lungo, non è poi rarissimo osservare che non è residua alcuna localizzazione cardiaca.

Parecchi sono i casi di questo genere, capitati alla mia osservazione, nei quali, contemporaneamente alle manifestazioni articolari, si manifestarono chiari segni di iniziale compromissione endomiocarditica (molestie precordiali, abnorme tachicardia, cambiamento di timbro del primo tono divenuto impuro, sforzato, parafonico o altro) e nei quali, con opportuna cura, tali segni seguirono l'evoluzione delle localizzazioni articolari, dileguandosi completamente in seguito all'avvenuta guarigione di queste. Questo fatto naturalmente non sarebbe sufficiente al giudizio di assenza di localizzazioni cardiache, se non fosse confortato dall'ulteriore osservazione degli stessi casi a distanza di mesi o anche di anni, spesso con controllo ecgrafico, come ebbi occasione di fare personalmente. Non escludo che poi, nel decorso del tempo, alcuni di essi siano andati incontro a recidive con una componente articolare più o meno clinicamente manifesta, in occasione delle quali abbiano potuto anche ammalare veramente di endocardite, specialmente se non più curati a fondo, come lo furono la prima volta.

Per questa ragione e per tutte le precedenti che ho esposto, perde, a mio modo di vedere, alquanto di valore l'argomento di valore professor LUCHERINI, essere, nonostante la cura salicilica, ancora numerosi i portatori di vizi cardiaci.

Sebbene siano lodevolissimi i tentativi di allargare l'orizzonte terapeutico del r. a. a. e di liberarci dall'obbligo, spesso ingrato, di insistere con la cura salicilica, riterrei tuttora prematura una parola di completa sfiducia verso il vecchio rimedio, che rappresenta ancora l'unica speranza, e secondo me giustificata, di evitare o di attenuare gli irreparabili danni della localizzazione cardiaca da parte dell'infezione reumatica.

