

Prof. TOMMASO LUCHERINI

LO STATO ATTUALE DELLA TERAPIA
DELLE MALATTIE ARTRITICO-REUMA-
TICHE.

Estratto dal BOLLETTINO E ATTI
DELLA R. ACCADEMIA MEDICA DI ROMA
Anno LXVIII (1942-XXI) - Fasc. 12



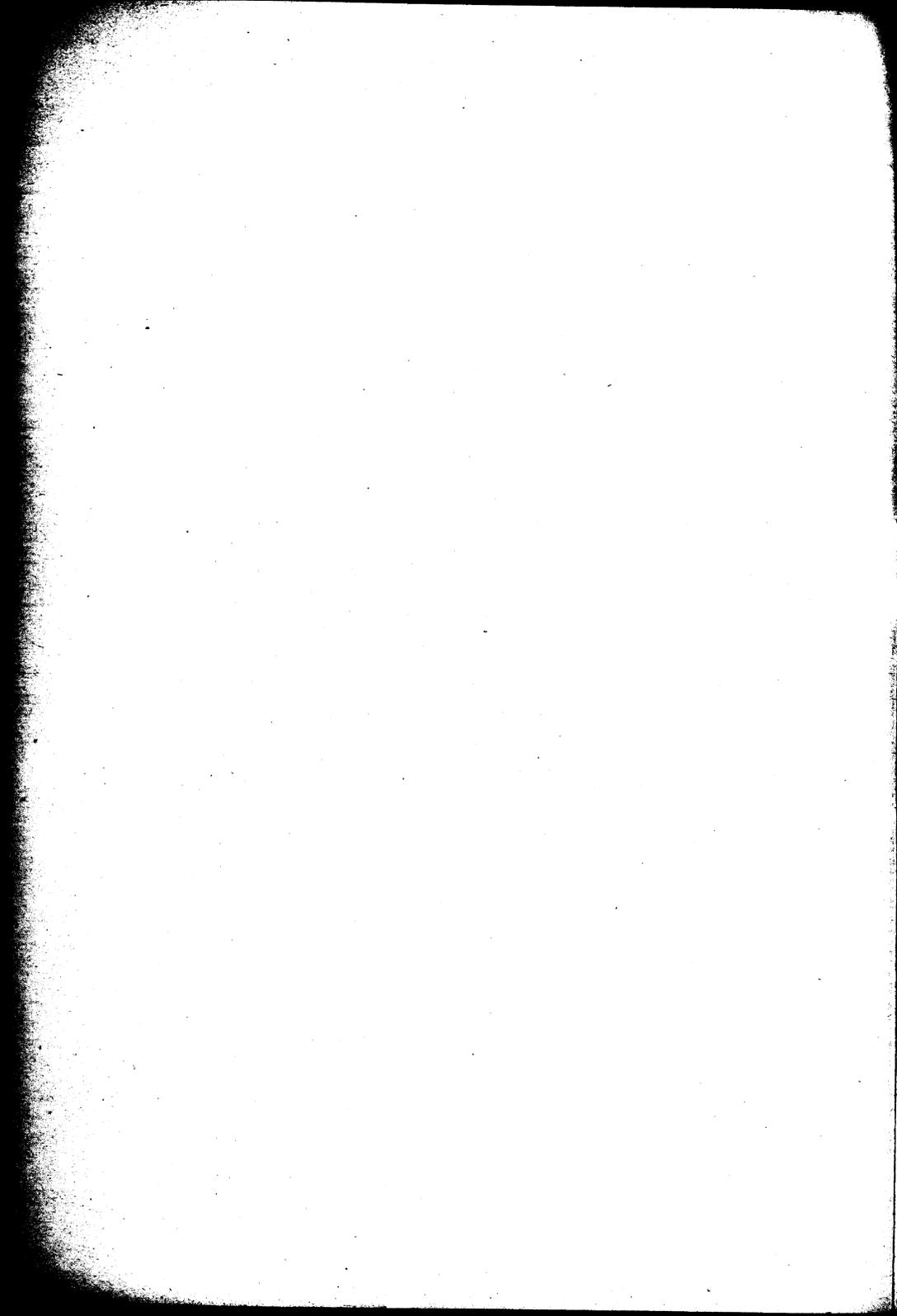
DITTA TIPOGRAFIA CUGGANI
ROMA - VIA DELLA PACE, 35
1943-XXI

POLICLINICO UMBERTO I — ROMA — V PADIGLIONE

PROF. TOMMASO LUCHERINI
PRIMARIO MEDICO ED AGGREGATO CLINICO

LO STATO ATTUALE DELLA TERAPIA DELLE MALATTIE ARTRITICO-REUMATICHE

*Relazione alla Seduta del 18 dicembre 1912-XXI
della Reale Accademia Medica di Roma*



Nell'affrontare tale delicato argomento alla luce delle attuali vedute e sulla scorta della esperienza propria ed altrui, è necessario dir subito che non intendo parlare analiticamente degli innumeri e spesso ingombranti metodi terapeutici che con ritmo continuo sono stati escogitati facendo facile presa sul credulo ed ansioso animo dei malati. Io credo che pochissimi capitoli della patologia medica vantino tanti metodi di cura sia medicamentosa che fisioterapica, quanto il capitolo delle artropatie acute ed in particolar modo delle croniche, e tale vanto costituisce la documentazione più palese della insufficienza di tali metodi di cura. Purtroppo la molteplicità delle forme cliniche, la difficoltà della diagnosi precoce e ben differenziata, la precisa indicazione della cura adatta e soprattutto l'oscurità della etiologia delle artropatie primarie acute e croniche, sono fattori che rendono estremamente ardua la risoluzione del problema curativo di tali malattie.

Infatti pure in mezzo ad infiniti tentativi, dei quali alcuni degni di interesse, nel campo terapeutico delle forme articolari primarie siamo ancora in alto mare e se qualche progresso è stato fatto, non è servito caso mai che a migliorare soltanto il quadro sintomatologico, senza menomamente ottenere alcuna influenza favorevole sui fattori causali della malattia e senza impedire il più delle volte gli aggravanti ritorni del male. In verità la nebbia che avvolge i criteri etio-patogenetici delle artropatie acute e croniche primarie non ha impedito che da molti anni la mente degli studiosi, colpiti dallo spettacolo della pietà e della inesorabilità del male, non escogitasse qualche mezzo di cura, che, se pur permeato a volte anche di un po' di empirismo, riuscisse ad allievare le sofferenze dei pazienti. Ed ogni metodo di cura si può dire che ha avuto il suo quarto d'ora di celebrità e nessuno è in fondo del tutto naufragato, perchè di fronte ai recidivanti assalti del male, i medici dopo vari tentativi terapeutici vanno a frugare nei propri scaffali terapeutici allo scopo di « provare », molte volte senza troppa esperienza, metodi antichi e nuovi, per cercare di giovare all'infermo e per non dare a questi la desolante impressione della rinuncia terapeutica.

È inutile quindi che io mi accinga a fare l'analitica esposizione dei numerosissimi metodi di cura che in questi ultimi tempi hanno sconfinato senza alcun freno dai limiti di ogni sano e pratico realismo clinico-terapeutico senza la sicurezza di essere del tutto esenti da inconvenienti per il malato.

E così, tanto per citarne alcuni fra i più recenti e più strani, il metodo della inalazione per 2-5 minuti di una miscela gassosa costituita da ossigeno con 10-15 % di CO₂ fino a provocare una sensazione di calore ed arresto del respiro, allo scopo di avere una azione analgesica diminuendo la sensibilità per l'istamina (LOCKE e COHEN, « Proc. of the Soc. for Exp. Biol. and med. », vol. 40, 1940); il metodo delle iniezioni nelle articolazioni affette da artrosi solitarie deformanti di 2-5 centgrm. di una soluzione di bleu di metilene all'1 % (JUDET, « Soc. de med. de Paris », 24 aprile 1942); il metodo della provocazione dell'ittero a mezzo della lattofenina (veleno della cellula epatica) nell'artrite cronica, partendo dal presupposto dell'influenza vantaggiosa dell'ittero in genere nella poliartrite (HANSSEN, « Acta Med. Scandin. », 494, 1942); il metodo dell'anestesia dei gangli simpatici che innervano l'arto malato mediante una soluzione di pantocaina all'1 ‰ nella quantità di 40-70 cc. ripetendo l'anestesia ogni 3-6 gg. per 4-7 volte (MEZÖ, « Wien. Clin. Wschr. », 14, 1941).

Potrei continuare la citazione, a dimostrazione della molteplicità la più disparata dei metodi di cura escogitati, ma non intendo fare, come ho detto, una analisi e tanto meno una critica a tali metodi e mi limito soltanto a prospettare sinteticamente i concetti generali di cura delle artropatie acute e croniche, fissando l'attenzione su quei fondamentali mezzi di cura che l'esperienza personale ed altrui riconosce allo stato attuale fra i più accreditati, anche se non decisamente risolutivi.

Quanto alle norme profilattiche vi è poco da dire. Nel reumatismo articolare acuto primario di Bouillaud, i cui momenti etiologici sono tuttora oscuri ed il cui virus attacca in genere senza cause apparenti e senza particolari disposizioni costituzionali prevalentemente l'infanzia e l'adolescenza e si evolve attraverso tappe recidivanti con la progressiva e sempre più minacciosa compromissione mio-endocardica, non esistono misure profilattiche, insorgendo tale malattia in genere con esplosione brusca ed imprevedibile. In seguito soltanto onde evitare le dannose recidive sempre più aggravanti le condizioni anatomiche del cuore si potrà provvedere mercè l'applicazione di quelle ben note norme tutelatrici che consistono nella rimozione, anche se più o meno discutibile, dei foci tonsillari e soprattutto nel seguire una vita di riposo e di attenzioni fisiche in

ambienti di abitazione e di lavori adeguati ed in clima mite e possibilmente costante.

Nel reumatismo cronico poi i presidi profilattici non sono anche essi di facile applicabilità, in quanto, per quel che riguarda la poliartrite cronica primaria anchilosante, che, come è noto, è a carattere infettivo-infiammatorio, si sa che l'insorgenza di essa è insidiosa ed imprevedibile e non è caratterizzata da alcun fattore ereditario e familiare. Tutto al più norme preventive anche in questa malattia artricolare cronica, come nell'acuta, potranno applicarsi onde evitare i periodici esacerbanti sviluppi del male il più possibile mediante tempestive distruzioni di foci, miglioramenti di vita, di clima e di lavoro e rapidità di cure adeguate e corrette. Quanto all'osteo-artrosi cronica primaria degenerativa le norme profilattiche consistono nel correggere quando è possibile ogni difetto metabolico, nel modificare l'impronta angiospastica-ipertensiva e nell'evitare quelle cause favorenti il fatale processo involutivo generale (calcinosi involutiva universale).

Per i reumatismi o pseudo-reumatismi subcronici e cronici infettivi secondari, come per quelli discrasici, ecc., valgono quelle stesse regole preventive atte naturalmente ad evitare il contagio e l'insediarsi della malattia infettiva o discrasica fondamentale, responsabile poi della sintomatica stessa manifestazione secondaria articolare.

Passare ora a parlare dei concetti terapeutici generali delle artropatie acute e croniche non è un problema agevole per la ragione soprattutto che in entrambi i gruppi di malattie la terapia è purtroppo, in mezzo alla ridda dei metodi medicamentosi e fisici, incerta, indefinita e, per quel che è noto e quando è corretta, soltanto sintomatica. Amaro è quindi tale bilancio curativo per non potere offrire ai malati la sicurezza di una guarigione definitiva o di un miglioramento durevole e per lo spettacolo rattristante, confessiamolo, della nostra impotenza. Per tali motivi, come ho già detto, sono molteplici nel campo terapeutico del reumatismo acuto e cronico i metodi di cura e sempre più ne sorgono per l'affanno di provvedere quanto meglio è possibile al soccorso di tali pietose infermità.

E le numerosissime cure prendono rapidamente piede in tali malati, specie nei cronici, come pure ha facile presa sull'animo di essi la rete dell'empirismo. In mezzo all'ampia attrezzatura della terapia del reumatismo acuto e cronico è intanto necessario tener presenti anzitutto i due termini fondamentali: 1) tempestività dell'applicazione curativa; 2) opportunità della indicazione e della scelta dei rimedi. Quanto al primo è ovvio che più precoce è la terapia e più probabili se non sicuri sono i vantaggi sia nel ritardare l'evoluzione del male che nel migliorarlo il quadro

morboso e nell'abbreviare le tappe di esacerbazione. È inutile poi insistere con ogni più astruso rimedio quando ad esempio nella forma di poliartrite cronica anchilosante il paziente sia giunto nella fase dell'anchilosi ossea più o meno totale; nel qual caso tutto al più, con risultati non sempre sicuri, potranno essere fatti degli interventi ortopedici.

Quanto alla opportunità della indicazione dei rimedi è prima di ogni altra cosa indispensabile sapere esattamente riconoscere, approfittando anche dei numerosi sussidi diagnostici, ogni determinata forma clinica sia acuta che cronica, onde potere affrettare l'applicazione dei mezzi curativi adatti ad evitare o ritardare l'insediarsi del male con tutto il quadro delle sue minacciose conseguenze. Quante volte si osservano casi (per citare l'eventualità più comune) di artropatie acute apparentemente primarie di Bouillaud, nelle quali la salicizzazione più massiva e più caparbia è sufficiente appena a sedare il dolore e a non fugare lo stato di male articolare, mentre esse sono invece la espressione sintomatica articolare di un processo infettivo acuto e nel qual caso altre cure adeguate sarebbero in particolar modo feconde di immenso immediato bene? Purtroppo la scelta dei rimedi, con tanta larghezza e tanto clamore raccomandati in tali malattie, pone il medico nel più assillante imbarazzo. E non soltanto per la molteplicità dei preparati, ma anche per i dissensi che intorno a questi si sono creati. Ho già detto che le artropatie acute e specie le croniche tengono il primato della ricchezza delle applicazioni terapeutiche, purtroppo non elettive e specifiche, nei confronti di ogni altro processo morboso. Se si salva dall'ondata dei mezzi curativi il reumatismo articolare acuto, pur attraverso i contrasti sulla utilità ed elettività della salicizzazione, però non si salvano certamente le artropatie croniche. Basterebbe accennare, a parte il grosso bagaglio delle cure sintomatiche, agli intramontabili rimedi, ormai di valore direi quasi storico, a base specie di iodio, ovvero di arsenico o di zolfo o calcio o fosforo, abitualmente ed indifferentemente applicati per ogni via e nelle più svariate combinazioni; alla chemioterapia mediante i sali d'oro; alla tubercolinoterapia; alla proteinoterapia (vaccini, soluzione di peptone al 5 %, latte e derivati [caseina], autoemoterapia, stomosine, estratti di cartilagini articolari di artrolisati, ecc.); al veleno delle api e dei serpenti; alle associazioni stimolo-terapiche (tubercolina-vaccini, tubercolina-crisoterapia; tubercolina-apiterapia, ecc.); alla vitaminoterapia B_1 e D ; alla istaminoterapia attraverso la via cutanea, sottocutanea, intradermica, profonda; alla terapia acetilcolinica; alla solfamidoterapia; all'opoterapia; alla glicerofosfatoterapia massiva; alle infiltrazioni loco dolenti di novocaina ed altre sostanze analgesiche; alla riflessoterapia; alla psicoterapia; ai trattamenti fisioterapici (balneo-fangoterapia, massaggi, bagni di luce,

meccanoterapia, onde corte, raggi infrarossi, ionizzazione, roentgenterapia, radiumterapia, mesotorium, ecc.) alla crenoterapia; alla climatoterapia; alla dietoterapia; alle cure chirurgiche (rimozione di eventuali foci infettivi, paratiroidectomia, anestesia dei gangli simpatici innerranti l'arto malato); agli interventi ortopedici i più svariati a seconda della sede e dello stadio del processo morboso articolare.

Ed a tale elencazione schematica potrebbe ancora seguire la esposizione dei numerosi multiformi tentativi di cura per le artropatie acute e croniche fatti da vari AA. recentemente, ma ai quali manca ancora il suffragio di giudizi favorevoli e sicuri. E coloro che si occupano di artropatie non riescono a sfuggire alla legittima ed infrenabile tentazione di studiare nuove vie curative di fronte alla insufficienza delle terapie già note. E debbo confessare che neppure io sono riuscito a liberarmi dalla tentazione di escogitare e di applicare in alcune artropatie qualche particolare trattamento curativo. Ma ora omettendo di fare una esposizione critica dei sopraesposti vari metodi di cura, intendo invece prospettare con assoluta obbiettività quei pochi mezzi curativi che attraverso la mia lunga esperienza e quella anche di altri AA. superano, nello studio comparativo dei risultati, ogni altro rimedio e mi sembrano allo stato attuale i più utili e più rispondenti allo scopo.

Cominciando dalla poliartrite primaria acuta di Bouillaud, è a tutti noto come la terapia salicilica a dosi medie (grm. 6-8 *pro die*) o massive (salicilato di sodio in 10-15 gr. *pro die*) tenga ancora il campo con dominante larghezza ed autorità ed è in genere dai medici considerata terapia d'elezione, capace secondo molti di prevenire o arrestare le complicazioni mio-endocardiche. Ma la febbre di entusiasmo per la terapia salicilica si è alquanto attenuata e già le voci di autorevoli studiosi nostri e stranieri denunciano con incontrovertibili documentazioni che tale terapia, in questi ultimi tempi spesso associata anche ai preparati sulfamidici, non ha alcuna elettività e specificità sul processo morboso e sulle sue complicazioni viscerali e che rimane, anche se usata massivamente, una cura ad esclusiva benefica azione sintomatica. Di fronte a tale incrinatura dei fondamenti curativi del trattamento salicilico, su cui del resto in miei precedenti lavori ho avuto occasione di trattenermi, era spontaneo pensare a sostituire i derivati salicilici (salicilato di sodio, aspirina) con altri prodotti che, pur avendo la medesima azione sintomatica, evitassero quei fenomeni di intossicazione che la salicizzazione più o meno massiva, come è noto, spesso determina (anche con tutte le modifiche apportate al suo impiego e alle vie di somministrazione) a carico di organi e apparati (intollerabilità gastrica, intestinale, cutanea, nervosa, respiratoria, sensoriale ecc.).

E fra i prodotti medicamentosi quelli che maggiormente hanno attratto l'attenzione dei terapisti sono i derivati del pirazolone (piramidone ed antipirina). Il piramidone somministrato per via orale ad alte dosi nel reumatismo articolare acuto (grm. 1,50-2 *pro die*) è già entrato nella pratica curativa e, per quanto intorno a tale medicamento esistano ancora da parte di molti medici elementi ingiustificati ed ingiustificabili di incertezza e di diffidenza, pur tuttavia si è dimostrato di azione pronta, benefica sul dolore, sulle tumefazioni articolari e sulla febbre. L'attività di tale prodotto, pur essendo anche essa sintomatica, non risulta in modo assoluto inferiore a quella del salicilato di sodio, ma quel che è importante, è che a differenza del salicilato stesso è esente da ogni inconveniente ed è perfettamente tollerato anche se usato a lungo. Per quanto anche l'altro derivato del pirazolone, ossia l'antipirina, sia stata applicata da BOUCHUT e LEVRAT a dosi altre (grm. 6 per uso orale), io avendo rilevato che molte volte i pazienti rifiutano durante l'attacco acuto la somministrazione orale, ho proposto ed attuato l'uso dell'antipirina per via endovenosa nella soluzione al 10 % (fiale da 10 cc. ognuna, 1-2 volte al giorno) ed ho notato che l'uso endovenoso di essa ha azione più pronta di ogni altro prodotto usato per via orale e riesce, pure essa senza alcuna specificità sul processo morboso, a giustiziare con sicurezza le manifestazioni acute della malattia (T. LUCHERINI, *Il trattamento del dolore nelle artropatie acute e croniche mediante l'impiego endovenoso dell'antipirina*, « Le Forze Sanitarie », n. 5, marzo 1939).

Tali iniezioni endovenose sono innocue, ben tollerate e scevre da ogni pericolo.

È necessario confessare apertamente che la terapia salicilica a dosi medie o massive, non avendo alcun carattere di specificità, come si credeva in passato, può essere a parità di azione sintomatica, sostituita con eguale vantaggio, ma con maggiore tollerabilità, dal piramidone nell'uso comune pratico, o dall'antipirina endovenosa quando l'uso orale è rifiutato e soprattutto quando occorra immediatezza di azione antialgica. Io in genere da tempo uso associare i due derivati pirazolici, facendo cioè nei primi giorni dell'attacco una iniezione endovenosa di 10 cc. di soluzione di antipirina e contemporaneamente somministrando durante la giornata gr. 1-1,50 di piramidone in cartine o compresse da 0,30 ognuna. Dopo una settimana di tale terapia associata faccio sospendere la antipirina-terapia endovenosa e continuo la somministrazione orale di piramidone per varie settimane decrescendo lentamente e gradualmente e facendo rispettare al malato per lungo tempo il più assoluto riposo in letto. Ritengo inutile riportare i dibattiti intorno alla cura salicilica nei confronti di quella del piramidone ed antipirina. Le opinioni sono an-

cora discordi, le discussioni più o meno le stesse; ma un fatto è certo: cioè che nessuno può dimostrare inconfutabilmente che il salicilato, anche se associato ai sulfamidici come si tende a fare attualmente, riesce a prevenire ed a guarire il processo mioendocarditico e che per quanto si cerchi di somministrarlo con speciali modalità attraverso varie vie di introduzione (orale con pillole cheratinizzate, endovenoso, rettale, a mezzo del metodo della perfusione endovenosa lenta e continua protratta da 5-10 ore consecutive), pur tuttavia i fenomeni di intossicazione (malattia salicilica) spesso insorgono e si aggiungono sovrapponendosi intollerabilmente al quadro morboso stesso della malattia reumatica.

Comprendo che non è in genere facile sganciarsi del tutto da vecchi prodotti medicamentosi, ma su questo tema la forza della attuale esperienza, la irrefutabilità dei fatti e dei documenti, la consapevolezza dei vantaggiosi risultati del piramidone, se non altro pari a quelli del salicilato, dovrebbero rappresentare elementi di certezza. Quanto alla cura delle artriti infettive acute e subacute secondarie, ed alla cura delle artropatie croniche primarie, sia a carattere infettivo-infiammatorio (artriti primarie croniche anchilosanti), che degenerativo (osteo-artrosi cronica primaria cosiddetta deformante), non starò a fare l'inventario del fitto armamentario terapeutico esistente; ma fisserò in base alla mia esperienza quelle direttive terapeutiche fondamentali, oggi del resto anche seguite da molti altri AA. che si occupano dell'argomento.

Dopo avere applicato per vari anni i più svariati mezzi di terapia aspecifica ed averne lungamente studiati gli effetti (vaccini, soluzione di peptone 5 %; tubercolina ed associazione di questa con vaccini; latte e derivati [caseina]; auto-emoterapia; stomosine; sali d'oro, da soli o associati con altre terapie aspecifiche, veleno delle api e dei serpenti; metalli colloidali), ho dovuto, sulla scorta di numerose osservazioni, convincermi senz'altro che la vaccinoterapia endovenosa mediante iniezioni di etero-vaccini, ma più particolarmente del vaccino antitifico lisizzato Caronia, è quella che mi ha dato i risultati migliori. Naturalmente la sua applicazione deve essere fatta precocemente e nel periodo in cui non si sono ancora stabilite le anchilosi ossee, nel qual caso ogni cura fisica e medicamentosa è irrimediabilmente inutile. La vaccinoterapia ha il vantaggio pure di agire rapidamente, in quanto chè dopo le prime iniezioni (in tutto se ne fanno 6 o 7) si comincia in genere a notare il miglioramento. Dirò a tal proposito che con l'applicazione di tale terapia vaccino-terapica endovenosa ho ottenuto nelle forme acute e subacute infettive e secondarie la guarigione definitiva e rapida del processo articolare; mentre nelle forme croniche anchilosanti e preanchilosanti ed anche nelle forme degenerative ho potuto ottenere soltanto l'attenuazione o la

scomparsa dei dolori, la regressione dei fatti locali (infiammazione, edema, essudazione, ecc.) ed il miglioramento della sintomatologia articolare (LUCHERINI, *La vaccinoterapia aspecifica endovenosa delle artropatie acute e croniche*, « La Riforma medica », n. 5, 1942).

La vaccinoterapia endovenosa pur essendo considerata una proteino-terapia, secondo la mia esperienza risponde, anche se più brutalmente, meglio di ogni altro mezzo stimolo-proteino-terapico, in quanto ch  a mezzo di essa e della sua speciale via di introduzione viene a provocarsi uno *shock* ipertermizzante massivo come non si ha mai con alcun altro mezzo proteino-terapico. Io ritengo che nella febbre elevata e prolungata in particolar modo, debba ricercarsi uno dei fattori pi  importanti del complesso meccanismo d'azione di tale metodo di cura.   da molto tempo che la pireto-terapia   stata adoperata vantaggiosamente nel reumatismo cronico e con i pi  svariati mezzi, fra i quali, tanto per citare il pi  audace, la malarioterapia (RUSSEL, CECIL, FRIESS, NICHOLIS, WARREN, STRATMAN, « J. Am. Med. Ass. », 15, 1935). Nella terapia aspecifica la febbre costituisce uno degli elementi principali d'azione e non mi sembra esatto che essa per provocare l'effetto vantaggioso possa non essere indispensabile; anzi ritengo che la febbre   condizione essenziale (MICHELL, MÜLLER, ecc.), tanto che alcune volte si ricorre oggi, specie in America, con successo alla sola piretoterapia fisica (onde corte ed apparecchi ad aria condizionata). Ora infatti altri mezzi comuni proteino-terapici usati per via ipodermica (autoemoterapia, stomosine, sali d'oro, veleno delle api e dei serpenti ecc.), che non provocano febbre o la provocano scarsamente, non apportano alcuna benefica influenza, ovvero questa   talmente scarsa attraverso lungo periodo di tempo, da passare pi  o meno inosservata. Anche se non ho notato rapporto diretto fra ipertermie elevate e prolungate e rapidit  ed entit  dei risultati, nel senso che anche febbri non elevatissime sono state benefiche, pur tuttavia debbo affermare che la febbre nei numerosi casi da me studiati si   dimostrata fattore indispensabile di miglioramento. Nei casi in cui per le condizioni generali del paziente, per l'et , per la difficult  della ricerca della vena, per la riluttanza del malato non   possibile applicare la via endovenosa, allora   mia abitudine provocare la febbre con iniezioni intramuscolari di preparati di solfo colloidale a giorni alterni per la durata di 25-30 giorni, preparati che meglio di ogni altro per tale via di introduzione mi hanno discretamente risposto.

  necessario accennare che nei riguardi dell'oscuro meccanismo di azione della proteino-terapia sono state invocate varie teorie: quella del « mutamento dell'organismo » (VON DEN VELDEN), nel senso di profonde modificazioni funzionali a seguito della proteino-terapia; quella dello

squilibrio colloidale nel plasma del senso di WIDAL, quella della « attivazione protoplasmatica » (WEICHARDT), nel senso che i prodotti della disintegrazione proteica ecciterebbero le attività cellulari esaltando le difese organiche specifiche; ancora quella dello squilibrio simpatico-parasimpatico (MÜLLER e PETERSEN); la teoria ipertermizzante; la teoria fermentativa, nel senso che la proteinoterapia provoca nel plasma la comparsa di fermenti specifici per la determinata proteina (ABDERHALDEN); infine la cosiddetta teoria della terza immunità di CENTANNI (o immunità stomogena distinta quindi dalla immunità istogena ed umorale). Però ritengo che fra tante teorie quella ipertermizzante, anche se non da sola, deve con ogni verosimiglianza assumere un ruolo di grande importanza forse perchè accelera fra l'altro la formazione di anticorpi ed intensifica la liberazione di istamina. Oggi insomma la terapia piretogenica in artrologia, come in altri campi della patologia, si pone, secondo la concezione ippocratica, fra i metodi di cura fecondi di grande utilità. Nell'artrosi deformante che non appartiene ai processi articolari a carattere infettivo-infiammatorio, ma che è, come è noto, malattia a fondo degenerativo, la vaccinoterapia endovenosa è pur essa benefica, specie quando a tale metodo di cura vengano associati trattamenti terapeutici per correggere ogni errore metabolico, che deriva da difettose regolazioni vascolari (stati angiospastici-ipertensivi, arteriosclerosi), nervose, endocrine. In entrambi i due gruppi di artropatie croniche, sia l'anchilosante che la degenerativa, quando la vaccinoterapia endovenosa non riesce che minimamente o scarsamente ad influenzare il processo morboso (il che è possibile verificarsi), è consigliabile ricorrere all'altro trattamento che è in primo piano, ossia, alle applicazioni di roentgenterapia locale con tecnica particolare, specie quando le lesioni sono mono od oligo-articolari. La roentgenterapia comincia ora ad affermarsi nella pratica terapeutica comune ed è oramai applicata nelle artropatie croniche da vari AA. con successo; ed io posso confermare che gli effetti a mezzo di tale cura sono anche oltremodo benefici. Del resto è noto che fra terapia di *schock* e radioterapia vi è identità di effetti biologici e terapeutici, come ho avuto occasione in un mio lavoro di far rilevare (LUCHERINI, « La Medicina Internazionale », ottobre 1941). Infatti anche nel campo delle teorie sul meccanismo di azione sia della radioterapia che della proteinoterapia molte analogie dottrinali vi sono e, pur in mezzo a tanta oscurità, molti punti di contatto legano i principi teorici delle due terapie. I due metodi di cura suddetti, del resto possono anche essere eventualmente, specie nei casi gravi anche associati o consecutivamente applicati. Dall'uso di questi due suddetti metodi di cura non ho avuto, anche se applicati in ogni età, alcun dannoso inconveniente.

Non voglio però creare pericolose illusioni, affermando che la shock e la roentgenterapia riescano a guarire o a miglicrare in via stabile e definitiva ogni tipo di artropatia cronica. Purtroppo tali malattie legate a cause oscure, sono inesorabilmente ad evoluzione progressiva, quando non subiscono spontaneamente soste più o meno lunghe. Ora la roentgen e la schock-terapia, come ogni altra cura, non possono che temporaneamente avere benefica influenza sul processo articolare. A tal proposito è necessario aggiungere che le applicazioni frequenti e ripetute delle due terapie, creando nell'organismo una specie di adattamento, provocano, come io stesso ho avuto anche occasione di rilevare, reazioni progressivamente minori ed hanno influenze terapeutiche sempre meno vantaggiose. Ciò nonostante la vaccinoterapia endovenosa e la radioterapia sono sempre consigliabili, quando le condizioni generali degli infermi lo permettano, di far ripetere in cicli periodici (due o tre volte all'anno), cercando nel contempo, per potenziare gli effetti curativi, di sottoporre l'artropatico nei lunghi periodi intervallari, quando i fenomeni flogistici acuti delle articolazioni sono cessati o attenuati, alle applicazioni fisioterapiche (massaggio, balneo-fangoterapia, marconiterapia, raggi infrarossi, ecc.). La terapia fisica risponde più o meno adeguatamente allo scopo non solo determinando uno stato di iperemia nelle articolazioni colpite e migliorando le condizioni di motilità, ma soprattutto, secondo i moderni concetti, scatenando, con meccanismo d'azione antialgico che è analogo per tutte le terapie fisiche, cutanee ed intradermiche, la liberazione di istamina e di sostanze istaminosimili in seno ai tegumenti (HULDEBRANDT, ecc.).

Infine è necessario che io ricordi, non perchè sia legata a mie ricerche personali, la glicerosolfato-terapia intensiva (fiale da 10 cc.; soluzione al 25 % per via endovenosa, una fiala al giorno), la quale se ha una minima azione antialgica è però feconda di utilità per la sua azione eutrofica, tonica e modificatrice dell'equilibrio acido-basico verso l'alcalosi. È mia abitudine infatti fare in tutti gli artropatici periodicamente anche quando sono sottoposti ad altre cure, cicli di glicerosolfatoterapia intensiva per 20-25 gg. la quale è assolutamente scevra da ogni inconveniente. (LUCHERINI, *Nuovo trattamento delle artropatie croniche mediante l'uso di alte dosi di glicerosolfato di sodio*, Pozzi, Ed. Roma, 1937; LUCHERINI, « Policlinico - Sez. Prat. », 1937).

Io non nego che anche gli altri mezzi di cura escogitati nelle artropatie croniche (tubercolinoterapia, crisoterapia, apiterapia, ecc.), se correttamente applicati, non possano provocare qualche beneficio, specie quando questi riescono ad avere azione stimolo-terapica nell'organismo più o meno reagibile e sensibile dell'artropatico attraverso la provoca-

zione di più o meno spiccate elevazioni termiche (shock-terapia attenuata). Certamente in malati così doloranti e ad evoluzione cronica è lecito, quando si sa di non recare alcun danno, applicare in casi di insuccesso ogni altra cura allo scopo di tentare di alleviare le loro sofferenze. Vuol dire che se le cure escogitate anche quando non riescono a modificare in modo sensibile lo stato di male articolare, gioveranno se non altro sull'animo del paziente dal punto di vista psichico (è questo in fondo un mezzo di cura psico-terapico).

Impiegabili poi sono sempre negli artropatici sia acuti che cronici le terapie accessorie per migliorare le condizioni generali di nutrizione e sanguificazione, in qualsiasi periodo di malattia, a base di preparati marziali, di olio di fegato di merluzzo, di vitamino-terapia *D* e *C*. Quanto alla dietetica nelle artropatie acute e croniche, per quanto non si possa parlare, a parte le artrosi metaboliche (uriche), di una dieta antireumatica propriamente detta, pur tuttavia nel programma di cura di tali malattie è sempre bene consigliare una dieta calorica, ricca di vitamine e soprattutto di valenze basiche (frutta, verdure, latte, ecc.). Nell'artrosi deformante, anche per l'impronta angiospastica-ipertensiva che in essa si rileva (LUCHERINI, « Policl. - Sez. prat. », 1942), è consigliabile dare inoltre una dieta povera di sale.

Negli artropatici poi nei quali si sia instaurata qualche alterazione articolare irreversibile (anchilosi, deformità ecc.), alle cure medicamentose e fisiche, quando ce ne fosse ancora bisogno per tentare di arrestare o ritardare il danno anatomico di altre articolazioni, non rimane che sottoporre i pazienti ad eventuali cure chirurgiche od ortopediche.

Infine ritengo che allo stato attuale della cura delle artropatie croniche debba anche come misura di ordine sociale essere assolutamente invocato il criterio della raccolta degli artropatici in Istituti od Ospedali specializzati, ove tali malati potrebbero trovare con l'ambiente più adatto e più accogliente quelle cure adeguate e quel complesso di mezzi rispondenti alle esigenze della loro vita tormentosa.

RIASSUNTO. — L'A. prospetta in forma sintetica lo stato attuale della terapia delle malattie artritico-reumatiche sia acute che croniche, ed espone i metodi di cura che in mezzo al fitto armamentario terapeutico di tali malattie sono secondo l'esperienza sua ed altrui più rispondenti allo scopo, anche se non decisamente risolutivi.



