

Prof. GAETANO BOSCHI

TERAPEUTICA MODERNA DEL SISTEMA NERVOSO

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 20, del 30 ottobre 1936-XV)

Ab

B

56

51

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

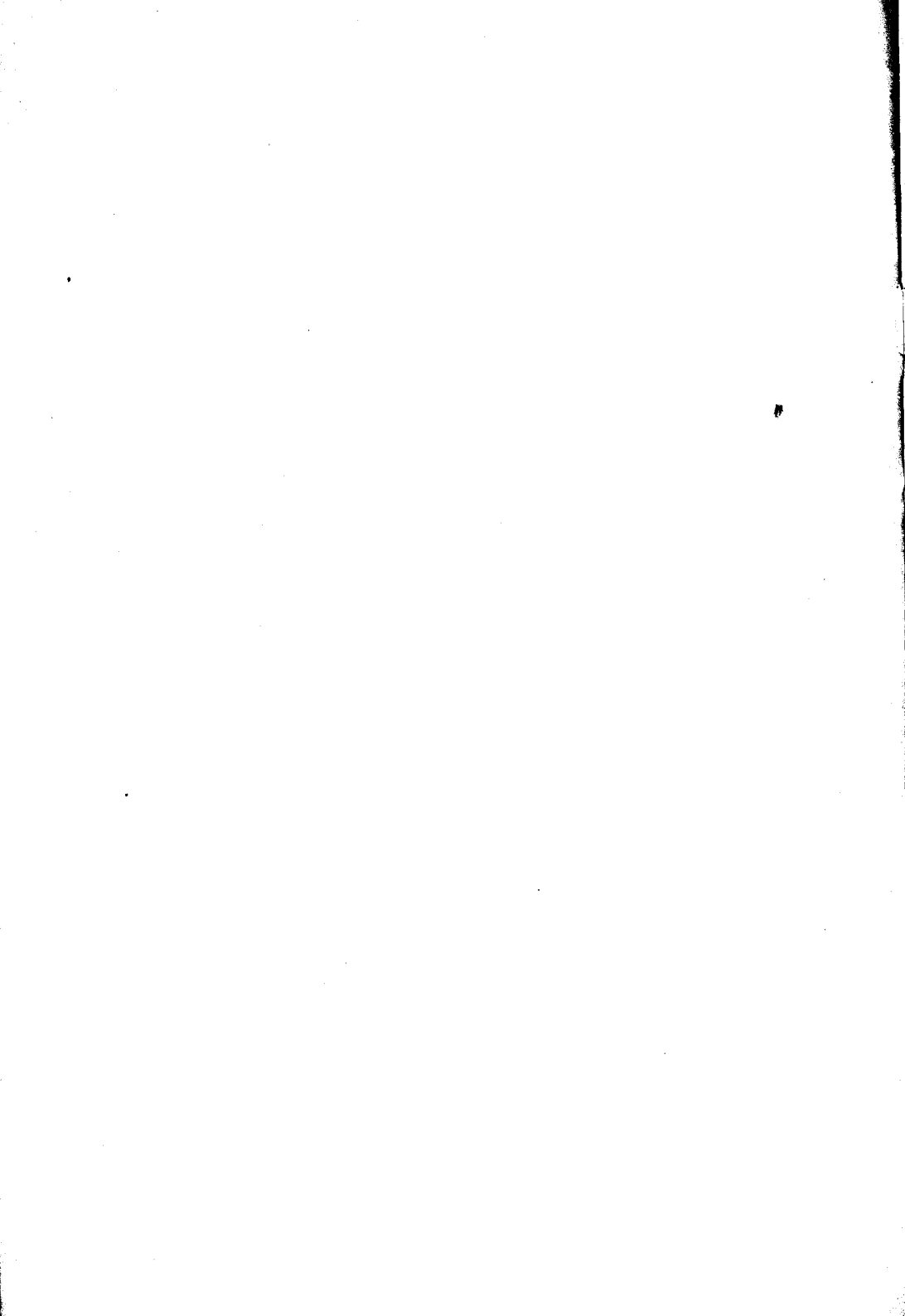


Prof. GAETANO BOSCHI

TERAPEUTICA MODERNA DEL SISTEMA NERVOSO

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 20, del 30 ottobre 1936-XV)

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



Leggevo tempo addietro sulla « Presse Médicale » un articolo sulla terapeutica in genere. Si riferiva specialmente alla terapeutica in medicina generale. Alla numerosità della elencazione non faceva riscontro consistenza dei mezzi: taluni dei mezzi elencati erano semplicemente sintomatici; altri erano più dottrinali che pratici; altri da porre *sub iudice*.

Provai una certa impressione nell'istituire un rapido confronto fra le risorse terapeutiche della Medicina generale e quelle della Specialità che altra volta era considerata la cenerentola della terapeutica, voglio dire la Neuropatologia. A tutti è noto che, fino a pochissimi decenni or sono, la neuropatologia si riduceva ad uno studio anatomo-isto-patologico e ad una palestra di esercitazioni diagnostiche ove il maggior premio soleva essere costituito da una conferma all'autopsia. La terapeutica quasi si esauriva nella speranza che il singolo caso clinico fosse più o meno immaginario; ovvero fosse di natura sifilitica. Dove tuttavia è d'uopo soggiungere che già si sapeva come una grandissima parte fra i casi di patologia nervosa di natura luetica erano poi anch'essi refrattari al trattamento specifico.

Quanti progressi si sono andati realizzando! Credo di non andar errato asserendo che la clinica neurologica è oggi tra le meglio corredate di risorse terapeutiche. In questa mia breve esposizione mi limiterò a richiamarne qualcuna fra le più salienti, ovvero fra le meno note, ovvero tra quelle che sono a me più famigliari, naturalmente prendendo in considerazione soltanto le cure che abbiano mira e carattere di radicalità, e tralasciando quelle sintomatiche o palliative.

Argomenti esposti per la massima parte in una conferenza tenuta ad invito della Società Medico-Chirurgica Bassini (Veneto) nel 1934-XII.

* * *

Per quale meccanismo precisamente agiscano molti farmaci antiluetici, in gran parte ignora-mo. L'azione spirillicida dei composti mercuriali ed anche arsenicali non si manifesta *in vitro* che a delle concentrazioni tali che non è possibile raggiungerle negli organismi viventi, ove nelle condizioni più favorevoli non si riesce a sorpassare un contenuto di pochi milligrammi di mercurio per litro di sangue (TIFFENAU).

Di qui il fatto che si possa tentare di impiegare preparati antiluetici anche contro malattie diverse che non quelle luetiche; e che in molte di quelle luetiche sia opportuno, o necessario, giovarsi di altri espedienti terapeutici in sostituzione o in aggiunta ai farmaci antisifilitici.

L'impiego delle sostanze antisifilitiche in malattie diverse da quelle sifilitiche appare tanto più razionale se si pensa che a molte di queste malattie (encefaliti, sclerosi a placche, tumori, manifestazioni artritiche, tubercolosi per esempio) la sifilide ereditaria costituisce terreno pre-disponente.

E quanto alla inefficacia dei farmaci antiluetici, va pensato che in molti casi, specialmente di eredoluc, non si tratta già più di vera e propria malattia sifilitica in atto e in decorso, ma di conseguenze della sofferta tossinfezione la quale abbia lasciato ipobiotrofie di singole parti, una ipofunzionalità delle medesime e disturbi di altre per ripercussione; nonchè una cedevolezza morbosa di fronte alle cause di logorio della semplice esistenza ordinaria, o di fronte a tossinfezioni più o meno banali (influenzali, colibacillari per es.). Comunque, appare la razionalità di adottare, o tentare, anche sostanze antiluetiche anche in casi in cui non figuri schietta natura di malattia luetica.

Così possono spiegarsi in parte indicazione ed efficacia di tre « mosaici terapeutici » da me escogitati e che furono in sedi diverse già comunicati. Uno di questi, la mia cura delle *paralisi reumatiche del facciale*, grazie alla quale io potrei dire scomparire dalla casistica così trattata le *forme gravi*, quelle che costumano essere seguite spesso da gravi contratture indelebili; mentre tutte io le veggo risolversi più o meno completamente in non molte settimane. Verbalmente mi confermava l'efficacia della sistematica associazione del mercurio da me preconizzata il prof. BRUNETTI che vi accennò anche in un suo pregevole scritto.

Il mio « mosaico terapeutico » contro le paralisi reumatiche del facciale consta di parecchi elementi. Non si può parlare logicamente di terapeutica senza toccare eziopatogenesi e fisiopatologia. La paralisi del facciale va dunque concepita come la reazione di un nervo individualmente labile ad una condizione irritante che, almeno in molti casi, si palesa otogena e più o meno banale.

Un lavoro del mio allievo dott. VISALLI dimostra come le alterazioni corneali da lagofalmo nelle paralisi del facciale reumatiche siano tutt'al più trascurabili. Per cui la cura consiste: 1) in una rachicentesi; 2) in un sanguisugio mastoideo allo scopo di combattere la congestione auricolare; 3) nell'evitare ogni cerotto alle palpebre per lasciarle esposte a risentire liberamente gli stimoli automatici alla ripresa del movimento; 4) nella somministrazione di preparati antiluetici; 5) nell'intercalare un ondulatore di corrente nel circuito galvanico con cui si facciano le stimolazioni ritmate di chiusura.

La puntura lombare si pratica allo scopo di attivare il drenaggio neuromeningeo; di attuare cioè un lavaggio del nervo dai prodotti tossici o tossinici infinitesimali che lo inquinano. Si sente ripetere ancora la corbelleria di praticare una puntura lombare « allo scopo di diminuire la pressione endocranica ». Poco dopo la puntura lombare, in conformità alla legge di Pflüger, del liquido se ne è formato da essercene più di prima; e i miglioramenti o guarigioni che si ottengono dalla puntura lombare dipendono invece dall'altro meccanismo sopra accennato. In base al quale ho applicato la puntura lombare nella cura di paralisi oculari di svariata sede e natura, anche del terzo paio, ottenendone guarigioni di cui un primo elenco ebbi a comunicare al Congresso di Neurologia di Modena. Ma la puntura lombare in certi casi la si attiva oggi assai vantaggiosamente, come si dirà in appresso.

Alla speciale labilità del nervo talvolta non si pensa abbastanza di fronte ad affezioni che

sembrano avere o hanno in realtà punto di partenza fuori della sede nervosa. Prendiamo ad esempio la sciatica. Credo di essere stato fra i primi a pensare che della sciatica, in molti casi almeno, fosse imputabile una certa lesione artrtica della colonna desumibile da reperti radiografici. Ma certamente fui per lo meno dei primissimi a ravvedermi dall'addebitare il processo sciatico esclusivamente ad una *lombartria* facendone una espressione sintomatica di questa ultima. Tutta una gamma di reciprocanze diverse è possibile nei componenti patogenetici di una malattia, come succede nel contributo reciproco dei vari componenti etiologici. Vi sono etiologie estrinseche quasi inesorabili come quella del vaiolo o della peste; e ve ne sono di quelle, come la tubercolare, tanto miti da costituire appena un reattivo di speciale labilità costituzionale nell'individuo; questa ultima a sua volta non sempre assoluta nell'efficienza patogena; ma subordinata spesso alla coesistenza di fattori debilitanti. Vi sono sciatiche per dir così « spontanee », ove non è dato rilevare apprezzabile alterazione della colonna; ed altre ove l'affezione di quest'ultima è in prima linea. Ma una cura integrale della sciatica, in generale, non deve limitarsi a cure ortopediche e affini della condizione lombartritica, ma deve avvistare la concomitante labilità del nervo e la natura tossica o tossinfettiva di essa. Terapia fisica, fangature, chemioterapia arrivano in generale a debellare, e bene, i processi sciatico-lombartritici. Ma qui pure, come del resto in molte radicoliti o affezioni diverse ad interessenza nervosa, può portare sussidio prezioso la rachicentesi, da attribuirsi al meccanismo dianzi invocato. Come nelle congetture etiologiche e in quelle patogenetiche, come nella diagnostica, come nella indagine, vuoi di anatomo-fisiologia, vuoi di fisiopatologia, così nella terapeutica, è d'uopo avere a disposizione *molteplicità* di mezzi. E questi mezzi talvolta hanno ad essere associati come in un « mosaico » o « convergere poliedricamente »; oppure talvolta si hanno ad impiegare « in successione, a complemento o in *vicarietà* », essendo aprioristicamente ignota la reattività individuale onde occorra nel singolo caso integrare con altri mezzi di cura ciò che si era mostrato bastevole in altro caso, o sostituirgli altri mezzi di cui si disponga.

Ma spesso è veramente d'uopo l'azione concomitante dei mezzi molteplici. Questo programma su cui ebbi ad attirare l'attenzione in un mio scritto sulla « Medicina Italiana » una quindicina di anni or sono ricorre sempre più largamente; e le molte associazioni medicamentose sinergiche lo provano; ed anche lo provano deduzioni terapeutiche varie, come l'attenzione

portata alle condizioni nervose e alla dietetica allo scopo preciso di agevolare una azione medicamentosa, conforme recentemente approfondito da LEVEN.

L'altro «mosaico terapeutico» da me escogitato con qualche successo riguarda le *distrofia muscolari progressive*. Un diligente dettagliato lavoro scrisse in proposito l'OGGIANI.

Non molto tempo fa, come è noto, furono proposte contro questo ordine di affezioni due cure. Una darebbe buoni risultati soltanto in qualche caso; fu consigliata da KEN KURÉ e SHIGEO OKINAKE, e consiste in iniezioni ripetute di adrenalina al millesimo e di piocarpina al centesimo. L'altra fu proposta da THOMAS, MILHORAT e TECHNER. È una cura sintomatica. Consiste nel somministrare la glicocolla ad alte dosi, una quindicina di grammi al giorno, allo scopo di favorire la sintesi e l'assimilazione della creatina da parte del tessuto muscolare. Sospesa la cura, l'atrofia riappare indi a poche settimane; e la somministrazione della glicocolla costa parecchie lire al giorno. I risultati della cura mia appaiono invece durevoli. Un malato di Crema, congedato dal mio Istituto neurologico di Padova sei anni or sono, guida l'automobile, ha preso moglie, e mi ha notificato di non aver più avvertito segni di ripresa del male.

Due malate di distrofia muscolare progressiva ebbi in cura nel Riparto di Neuropatologia dell'Arcispedale di Sant'Anna negli ultimi due anni ed entrambe mi sentii di dimetterle colla qualifica di «guarite».

Si profilava il programma che, inserita nel mio «mosaico», la cura colla glicocolla valesse ad ottenere la dissipazione di un postumo. Per questo vi accenno in questa esposizione. Ma devo dire che fin qui non ho veduto dall'uso della glicocolla, associata ad altri mezzi, oppure isolata, vantaggio alcuno.

Un terzo mosaico — quest'ultimo di minore importanza, perchè inteso soltanto ad abbreviare la durata di un male già altrimenti guaribile — riguarda la Chorea di Sydenham. Grazie alla associazione delle cure dietologiche in senso lato, della buona situazione psicoterapica, della rachicentesi (da parecchi anni da me introdotta nella mia pratica in questa malattia, quando si mostri relativamente insistente), di un «antiluetic» di un preparato arsenicale inorganico (Apert) e della piroterapia, si raggiunge d'ordinario la guarigione completa della chorea nel lasso di poche settimane, quattro o cinque. Ma un vero *record* fu raggiunto in un caso pure trattato nel mio istituto e pubblicato dal mio aiuto dott. CAMPALLA, che ebbe l'idea di impiegare come pirogenico un cataliz-

zatore biologico in istudio presso di noi, recentemente formulato dal prof. CENTANNI.

Ho detto «come pirogenico». Ma trattasi di piroterapia essenzialmente? Ovvero, nella complessa crisi suscitata dal fattore pirogenico, la febbre costituisce soltanto uno degli elementi suscitati, direttamente o indirettamente, elemento coadiuvante, e non fondamentale della cura? Nel mio istituto sono in corso ricerche, da parte dello stesso dott. CAMPALLA e del dott. TELATIN, dalle quali pare già risulterci che il catalizzatore biologico pirogenico particolarmente studiato provochi nell'organismo alterazioni (crisi emolistiche e susseguenti leucocitosi, variazioni del tasso glicemico e del metabolismo basale) ben più vaste e profonde che non la febbre, e dalla febbre fino ad un certo punto indipendenti.

Gli esperimenti di cure pirogeniche è naturale che si siano andati moltiplicando in seguito ai felici risultati avutisi mediante la cura di Wagner-Jauregg, la malarico-terapia, nella paralisi progressiva. Grazie a questa cura possiamo oggi dire di non essere più disarmati contro quel morbo gravissimo, frequente, e altra volta inesorabile, che è la paralisi progressiva.

Certo, va detto anche per questa cura che vi sono i casi refrattari. Di fronte a quale cura, del resto, non si trovano casi refrattari? Poco più di un anno fa, WYLER descriveva parecchi casi di sifilidi acquisite e recenti resistenti alle cure specifiche con arsenobenzoli o con sali di mercurio o di bismuto.

Ma ci sembra arduo addivenire, circa la malarico-terapia nella paralisi progressiva, alle conclusioni del WILBERMUTH, secondo cui prima della malarico-terapia ci sarebbero state tante remissioni spontanee della paralisi progressiva con miglioramenti e guarigioni quali la nostra memoria non ha registrato, e tali da svalutare questa acquisizione veramente meravigliosa della terapeutica che è stata la malarico-terapia.

La statistica si arroga la forza di conclusioni sillogistiche; ma appunto per questo in biologia rischia il sofisma: perchè deve assommare in identità di condizioni casi dove la variabilità è la regola. Per giudicare l'efficacia di un espediente terapeutico talvolta val meglio la buona critica rapportata ad un caso solo che non un computo statistico che ha il pericolo di essere superficiale. Quando VERAGUTH mi dice che ha veduto tre casi di sclerosi a placche guariti in seguito a somministrazione di calomelano, ma che egli non crede che la guarigione sia dipesa dal calomelano perchè nella sclerosi a placche le cure anti-tuetiche si sono mostrate inefficaci, io gli rispondo che la *consecutio* fra il calomelano e la remissione della sclerosi a placche,

specialmente se verificatasi più di una volta, ha maggior probabilità di corrispondere a rapporto di causa ad effetto che non a rapporto cronologico fortuito. L'abuso ha sabotato il *post hoc*, argomento logico di grande probabilità.

Si è debellata, o quasi, la pellagra; si guariscono molte paralisi progressive (demenze paralitiche); e tuttavia, di queste grandi conquiste, una netta ripercussione sulla statistica della pazzia in generale non ci è dato di leggerla. I fatti della clinica sono troppo ricchi di complessità e di interferenze così che la statistica, per sua natura piuttosto scheletrica, ce li fa apparire in modo difforme.

In terapeutica dobbiamo guardarci assai dal teoricismo, che può imbrigliarci e sviarci.

Non dobbiamo prescindere da un « saggio empirismo » il quale, poi, approfondito, può divenire prezioso fondamento di scienza, corredo di fenomeni per eccellenza. Soltanto, è particolarmente difficile sceverare nel rilievo empirico in fatto di terapeutica l'elemento sentimentale del nostro animo, proclive all'ottimismo o al pessimismo secondo che chi sperimenta sia l'autore o un controllore rivale, o un tale che si presume di poterlo essere; con che si verrebbe a turbare la necessaria serenità della visione.

* * *

Non si deve però tralasciar di accennare agli aggravamenti, fino al pericolo, che dalla malario-terapia possono essere suscitati. In fondo, ogni cura razionale è intesa ad aizzare le difese dell'organismo contro la causa morbosa. E' problematica e rara invece l'azione terapeutica esogena diretta contro l'agente morboso. Orbene, nello sferzare le difese organiche è già implicita la possibilità di un aggravamento sintomatologico, però temporaneo; ma è anche possibile che delle risorse difensive organiche dopo essere esaltate si esauriscano, e si abbia proprio come conseguenza di una terapeutica razionale un aggravamento definitivo della malattia. Ciò corrisponde al fenomeno che MONNEROT-DUMAINE ha denominato « ipofilassi ». Per ciò l'aggravamento di una malattia consecutiva ad un trattamento che in altri casi sia apparso giovevole può essere una conferma della razionalità terapeutica di quel trattamento.

Vi è un'incognita nell'organismo per cui abbiamo a suscitare a seconda dei casi l'una o l'altra delle due facce della allergia, l'immunità o Panafilassi.

* * *

Questa solidarietà del farmaco coll'organismo reagente contro la causa morbosa risale ad Ippo-

CRATE ed ebbe geniale applicazione e singolare sviluppo da parte dell'HAHNEMANN già nel secolo XVIII. Gli storici della medicina claustrarono le direttive dell'HAHNEMANN nella categoria del « sistema »; senza avvedersi che diventavano sistematici a loro volta escludendo dalla pratica terapeutica le direttive che fossero contrarie al sistema corrente. I principi di HAHNEMANN erano fino a tempo fa ostacolati dal fatto che la teoria scientifica era loro contraria. La teoria dava come fondamento della materia l'atomo; ed HAHNEMANN frazionava il materiale terapeutico molto e molto al di là della sua capienza numerica in atomi. Una volta scortosi poi che l'atomo consta a sua volta di elementi dissociabili e particolarmente dinamici, sarebbe stato razionale di accorreatare in lungo e in largo la terapeutica alla nuova acquisizione e ritornare sulla portata delle concezioni di HAHNEMANN. Quanta virtù pratica dovevano queste possedere, se han potuto resistere e diffondersi per circa un secolo contro il rinnegamento da parte della teoria!

Io ho veduto l'enuresi notturna di un ragazzo, antica, ribelle, gravissima, con oltre una ventina di pisciate nelle 24 ore donde la rinunzia alla scuola, guarire completamente in una settimana con poche somministrazioni infinitesimali di belladonna; stati vertiginosi gravissimi anche a tipo Menière da angosciar l'esistenza, dissiparsi completamente nel lasso da uno a tre giorni con doserelle infinitesimali di salicilato di soda. Non sono che esempi. Soltanto, non riesco a capire come mai tanti colleghi siano rimasti scontenti della pratica terapeutica conforme HAHNEMANN. E dico « pratica terapeutica » poichè io non posso credere che degli studiosi seri possano esprimere opposizione o trascuranza verso un metodo, in realtà prezioso, senza averlo seriamente sperimentato.

Quanto alla teoria, se si pensi alle « malattie salutari » e alla adozione moderna di agenti morbigeni a scopo terapeutico, vien fatto di persuadersi che un « tema di malattia senza spiegamento della medesima » rientri nel filone centrale della odierna corrente terapeutica. Quanto sopra risponde precisamente ai caratteri di similarità e di infinitesimalità conforme ai principi dell'HAHNEMANN. Tutta la terapeutica moderna del sistema nervoso (chè di questa in particolare io mi occupo qui) gravita su tali principi.

Ebbe probabilmente ispirazione a tali principi l'attenzione mia nello scorgere come possa, e non di rado, dissiparsi un accesso emicranico in via di svolgimento sotto un'applicazione radiologica stimolante a dosi minime, alla dose occorrente per una semplice radiografia della sel-

la turcica. Ne parlai alcuni anni or sono in una conferenza alla Scuola d'Applicazione di Sanità Militare.

E probabilmente risponde agli stessi principi l'azione terapeutica della psicoanalisi, intesa a risolvere la nevrosi attraverso la riproduzione, in entità ridotta, della emozione patogena.

La psicoterapia consta di modalità o forme differenti; ed ha nella terapeutica del sistema nervoso, e non di questo soltanto, certo, importanza grandissima. Ma per coloro i quali non vi abbiano una certa confidenza, essa assume un che di mistico per cui è sospettata anche dove non c'entra, a quel modo che sono temuti dovunque scalogna od insidia dal superstizioso rispettivamente o dal delirante. Io nego che nella cura da me escogitata del singhiozzo epidemico mediante il *décrochage* manchi di azione diretta la faradizzazione sull'ambito diaframmatico; come pure credo sia, tutt'al più, contingente e accessoria l'azione psicoterapica nella mia cura della impotenza sessuale. La percentuale e la qualità dei risultati descritti dal TANFANI al XIX Congresso della Società Freniatria Italiana non li avevamo ottenuti usando mezzi diversi da quelli fisici e biochimici facenti parte del metodo mio.

La psicoterapia è molto spesso niente più che un prezioso coadiuvante: è un ambocettore del rimedio. Si ritorna così al concetto di « mosaico terapeutico », grazie al quale sono valorizzati anche tanti e tanti farmaci, tonici, ricostituenti, ecc. ecc., i quali riuscirebbero ingombranti o inefficaci senza l'associazione di una terapia essenzialistica che rimovesse una tabe fondamentale inattuabile da rimedi più o meno sintomatici, o senza associarvi coefficienti diversi; non trascurabili i mezzi naturalistici e di terapia fisica.

L'attitudine alla psicoterapia vale molto a costituire il « quoziente personale del medico ».

E che dire del contributo portato alla terapeutica neurologica dalla diagnostica, la quale, sceverando la diversa patogenesi nei vari componenti di una sindrome, come l'elemento isterico in una sindrome encefalitica, ha consentito la rimozione talvolta dei principali disturbi?

Avere io scorto che in un caso tipico di comune diabete mellito doveva esserci una patogenesi ipofisaria mi ha consentito di ottenere un successo radicale indicando una semplice radioterapia depressiva sulla regione tubero-ipofisaria. Ha torto chi nega alla terapeutica carattere di scienza o la esige incasellata in schemi. Il medico deve essere un uomo di scienza, e in singoli casi può anche esser d'uopo che le nozioni di fisiopatologia suggeriscano per il singolo caso di una data affezione una terapeutica ideata estemporaneamente. Ciò che rende necessaria intorno

al medico una estrema fiducia, dalla umana società sanzionata.

Troppo dovrei dilungarmi se volessi accennare alle conquiste della radio-neurochirurgia.

* * *

Ma l'esperienza c'insegna che una acquisizione veramente considerevole ci è data dalle cure che chiamerò « *dia-cefalo-rachidiane* »; ossia da quelle cure che si basano sul meccanismo fisiopatologico del liquido cefalo-rachidiano e lo valorizzano ai fini terapeutici. Spunti di concezioni affini sono sorti qua e colà; ma la concezione fondamentale nella sua intrezza e nella sua vastità possiamo sicuramente affermare che è schiettamente italiana.

Occorrerà qui essere straordinariamente riassuntivi e schematici. Il liquido cefalo rachidiano risulta alle vedute moderne — italiane la concezione d'insieme e una gran parte dei contributi dimostrativi — come proveniente per una grandissima parte dai plessi coroidei, e per una parte importantissima dalla compagine del nevrasso. Decorrendo dalla compagine del nevrasso verso gli spazi cefalo rachidiani, ventricolari o aracnoidei, il liquido cefalo rachidiano otempera alla funzione di drenaggio neuro-meningeo dei prodotti tossici o tossinici infinitesimali che inquinano il nevrasso. Le vedute terapeutiche nuove e il nuovo indirizzamento terapeutico sorsero da quando si intuì che la puntura lombare, quando giova, giova perchè provoca una riproduzione riparatrice di liquido e con ciò attiva il drenaggio neuro-meningeo (BOSCHI).

Di qui derivava facilmente l'idea di ulteriormente attivare il detto drenaggio; e questo doveva farsi colla immissione nel rachide di una sostanza la quale accentuasse il « dislivello biochimico » (BOSCHI) fra centri nervosi e spazi cefalo-rachidiani. Tale l'acqua bidistillata, la cui iniezione endorachidea io pensai di impiegare a scopo terapeutico. Avevo già paragonato l'azione della puntura lombare a quella di un rivulsivo; più evidente appare tale azione revulsiva da parte della iniezione endorachidea di acqua bidistillata, che provoca manifesti segni di meningite asettica, più o meno fugace. Si sostituisce alla antica revulsione cutanea una revulsione in profondità portata addirittura a ridosso dei centri nervosi.

Tutt'al più, all'acqua bidistillata si può sostituire lo stesso liquido cefalo rachidiano del malato da reiniettarsi immediatamente appena estratto; ed anche può tornare opportuno, in certi casi, iniettare una sostanza medicamentosa, ma in tale concentrazione da consentire un certo fa-

vorevole squilibrio osmotico. Così io suggerii la applicazione della fenolsulfonfaleina purissima in soluzione adatta. E pare che tanto più energica riesca l'azione quanto più alta sia la dose della sostanza e più ipotonica la soluzione.

Ma il meccanismo produttivo e circolatorio del liquido cefalo rachidiano va esplorato fin dalle scaturigini. E qui si presenta alla nostra considerazione il concetto di « barriera emato-nevrassica ». Risultando attendibile in base a nostre esperienze (BARISON e TELATIN) che l'iniezione endorachidea di acqua bidistillata sommuova il meccanismo cefalo-rachidiano fino ad aprire la barriera dianzi menzionata, pensai di approfittare di questa condizione per somministrare ai malati di malattie presumibilmente tossinfettive quali la sclerosi a placche in evoluzione o la sclerosi laterale amiotrofica il loro stesso sangue o — talvolta — il loro liquido cefalo-rachidiano, o l'uno e l'altro, grezzi oppure preparati in modo speciale, in senso autoemo o autoliquorterapico. Istruzioni dettagliate furono già da me pubblicate (*Revue neurolog.*, 1935).

Frammentari tentativi di terapia di questo genere, fondati su punti di vista isolati e diversi, ce n'erano stati. Analogamente è accaduto del resto pressochè per tutte le nuove direttive terapeutiche: e basti ricordare che IPPOCRATE mandava certi pazzi a prendersi la terzana a scopo terapeutico.

Ma nel caso nostro, o si era iniettata nel rachide una sostanza terapeutica col proposito semplicistico che, portata ben vicina ai centri nervosi, avesse maggior facilità di interessarli; ovvero si provocava la meningite asettica con grossi mezzi biochimici che rischiavano di inibire il drenaggio neuro-meningeo anzichè favorirlo; ovvero si era anche pensato di associare alla provocazione della meningite asettica la

somministrazione di farmaci a dosi massive, che evidentemente avrebbero rischiato di nuocere se l'emunzione o drenaggio cefalo-rachidiano fosse stato nel contempo attivato fino a comportare apertura della barriera emato-nevrassica.

Le direttive terapeutiche enunciate più sopra possono invece vantare ormai una serie di risultati che può dirsi non abbian precedenti. Bisogna guardarsi dal « miracolismo » onde si possa credere che malattie rimaste pressochè refrattarie alla terapeutica per dei secoli possano oggi esser dominate in totalità; e bisogna far i conti con i postumi conseguenti a distruzioni dei centri nervosi, naturalmente indelebili.

Ma si son viste guarire affezioni quali sclerosi a placche o spasmi clonici palpebrali post-encefalitici; arrestarsi, con regressione di sintomi, sclerosi laterali amiotrofiche (BOSCHT, O. AYRES e CORTES DE BARROS); in 24 ore guarire una antica e ostinata nevralgia del trigemino; rimediarsi del tutto in una settimana un ampio lagoftalmo da paralisi del facciale recente; in 24 ore ricomporsi la psiche di un giovanetto con sintomatologia schizofrenica (in molti schizofrenici il CABITTO ha registrato risultati favorevoli); in 24 ore o giù di lì si son viste risolversi delle poliartriti endogene, di vecchia data, ribelli.

E anche dove un vero e proprio risanamento non sia dato ottenere, i fatti ci prospettano la possibilità di prezioso sussidio. Nelle alterazioni, probabilmente malattia e postumo ad un tempo, a tipo parkinsoniano, pare che l'associazione di uno di questi mezzi di cura valga in singoli casi ad attenuare il disturbo ed a consentire maggiore efficacia ai rimedi sintomatici; ed altrettanto, o meglio ancora, può dirsi per la epilessia. MONTEMEZZO e TELATIN descrivono la guarigione pressochè completa di una emiparesi grave post-encefalitica che datava da anni.

~~314734~~

54032

