



DOTT. PROF. UBERTO ARCANGELI

Osservazioni sulla terapia delle nefriti da infezione

Estratto dal POLICLINICO, Vol. XVII-M., 1910



mit.

OB

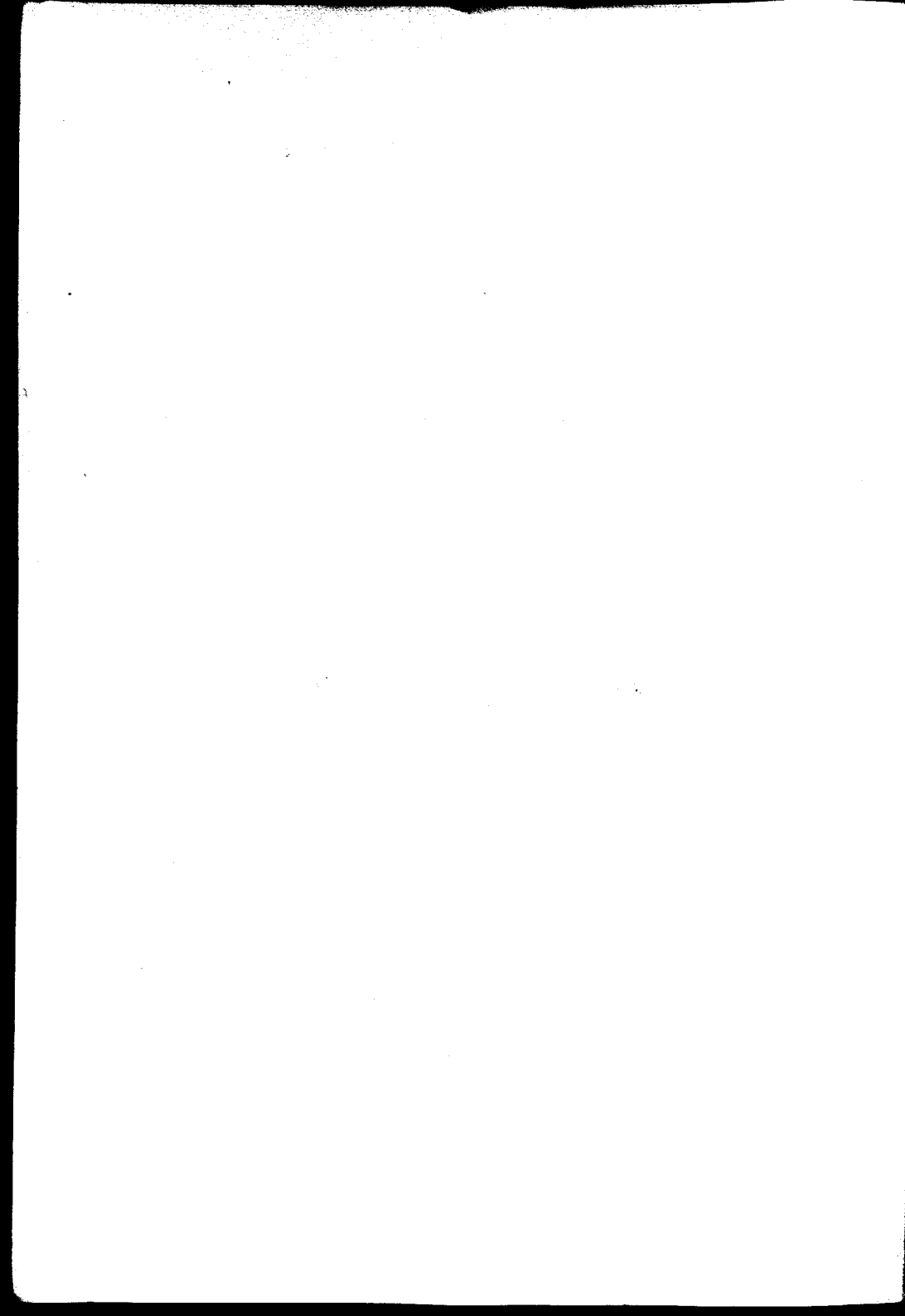
64

46

ROMA

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE "IL POLICLINICO",
N. 219 - Corso Umberto I - N. 219

1910



DOTT. PROF. UBERTO ARCANGELI

Osservazioni sulla terapia delle nefriti da infezione

Estratto dal POLICLINICO, Vol. XVII-M., 1910

ROMA

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE "IL POLICLINICO"
N. 219 - Corso Umberto I - N. 219

1910

PROPRIETÀ LETTERARIA

Roma, 1910 — Tipografia Nazionale di G. Bertero & C.

Osservazioni sulla terapia delle nefriti da infezione

Dott. prof. UBERTO ARCANGELI

libero docente di patologia speciale nella R. Università, medico primario
al Policlinico Umberto I (Padiglione VII) di Roma.

Nel riferire brevemente qualche mia osservazione nella cura delle nefriti da infezione, spero di far cosa utile ai medici pratici, che talora si trovano imbarazzati nella cura di dette nefriti, e non di rado sono vittime di pregiudizi inveterati.

Il principio che io seguo nella cura delle nefriti da infezione è di curare l'infezione con tutti i mezzi che ora sono a nostra disposizione, e non occuparmi della nefrite se non per le prescrizioni igieniche e dietetiche a tutti note.

Questo principio vale anche quando i rimedi specifici (pur troppo assai scarsi) contro le singole infezioni, possono sembrare non indifferenti per il rene. Ecco alcuni esempi.

Nelle nefriti acute che talora accompagnano il reumatismo articolare acuto, il salicilato di sodio, che anche recentemente è stato accusato di produrre albuminuria, non solo non è dannoso, ma è curativo. Ciò ho visto, ad esempio, tre volte in quest'anno: in due casi la nefrite era leggiera: albuminuria intorno all'1 per mille, con cilindruria; nell'altro più grave: albuminuria intorno al 2 per mille, urine scarse con emazie e cilindri sul sedimento, accenno di edemi. In tutti e tre il salicilato di sodio alla dose di 8-10 gr. al giorno non solo ha fatto scomparire la febbre ed i dolori, ma anche l'albumina dalle urine, che non era più dimostrabile con gli ordinari reagenti fin dal 2° giorno nei casi più leggeri, e nel più grave era ridotta a tracce.

In uno di questi casi si trattava di un giovane collega che per più giorni non aveva voluto prendere il salicilato di sodio per timore della nefrite!

(1) Comunicazione che doveva essere letta al XIX Congresso di medicina interna a Milano.

Lo stesso fatto si può vedere, come è già noto da tempo, con la chinina nelle nefriti acute che talora accompagnano le infezioni gravi da malaria.

Recentemente in un malato cinquantenne che si trovava al 4° attacco di una terzana maligna, non diagnosticata e non curata, e che presentava urine scarse con albumina all'1 1/2 per mille, cilindri ed emazie nel sedimento, l'albumina scomparve dalle urine dopo 2 giorni d'intensa cura con chinina (4-3 gm. *pro die*) sebbene avesse ancora, dopo iniziata la cura, due altri attacchi di terzana ed una febbre postaccessuale di 3 giorni.

Naturalmente nei casi di emoglobinuria da chinina nei malarici, la chinina non solo non curerà la nefrite, ma l'aggraverà.

È ugualmente noto che il mercurio guarisce le nefriti da sifilide. Ciò ho visto in questi giorni accadere in un mio malato che presentava una febbre intermittente sifilitica, un'epatite gommosa e sintomi di nefrite (albumina all'1.20 per mille, emazie e cilindri nel sedimento, urine scarse, lievi edemi): una cura d'iniezioni di sublimato corrosivo, 1 cgr. al giorno, portò rapido beneficio: fin dalla 3ª la febbre era scomparsa e l'albumina ridotta al 0.25 per mille, dopo pochi altri giorni a tracce.

Non tralascierò tuttavia di ricordare che nelle nefriti dei sifilitici talora è molto difficile giudicare se la nefrite è di natura sifilitica o no; nei sifilitici di vecchia data che hanno fatto già lunghe cure antisifilitiche, la cura specifica il più delle volte non porta alcun giovamento o nuoce. In tali malati forse sarebbe opportuno fare la prova di Wassermann prima d'iniziare la cura, e non farla se la prova è negativa: nel malato di cui sopra ho parlato, era stata positiva.

Ma anche nel caso di una reazione positiva, poichè questa sta ad indicare che l'ammalato è sifilitico, ma non dimostra la natura sifilitica dell'affezione renale, bisognerà sempre essere assai cauti e provare prudentemente la cura, ed arrestarsi a tempo se si vede esser dannosa.

Non insisterò, perchè è un fatto già noto, che il siero antidifterico è utile nella nefrite che accompagna la difterite.

Degli altri sieri, quali l'antistreptococcico, l'antimeningococcico, e l'antipneumococcico, non ho sufficiente esperienza per quel che riguarda la loro azione nelle nefriti dovute alle rispettive infezioni, dirò tuttavia che in qualche caso di erisipela con albuminuria mi sono giovato del siero antistreptococcico.

Disgraziatamente la lista dei rimedi specifici finisce qui: anzi l'efficacia di alcuni dei detti sieri non è molto grande. Che si farà nella maggior parte delle nefriti acute da infezione? Esse sono dovute, come si sa, allo streptococco, agli stafilococchi, al diplococco di Fraenkel, al bacillo dell'influenza, al bacillo di Eberth, ad infezioni cioè per le quali non esistono nè rimedi specifici, nè un'efficace sieroterapia specifica.

Anche in queste, io credo, si può far qualche cosa di meglio che la semplice aspettazione con cura dietetica, come si fa dalla maggior parte dei medici.

In alcune, io credo, si debba tentare la vaccinazione alla Wright che ha dato risultati notevoli nelle infezioni puerperali da streptococco, in infezioni da stafilococchi e da diplococco.

Disgraziatamente non ho potuto sperimentare questo metodo di cura che in due casi, ma il risultato ottenuto è stato così notevole che sono incoraggiato a continuare in questa direzione.

In un caso si è trattato di una giovane di 22 anni primipara, che dopo un parto laborioso, era stata presa da febbre che s'iniziò con brivido e continuò ad andamento intermittente. Insieme alla febbre si manifestò una nefrite acuta emorragica (urine scarse, nerastre, con molt'albumina, emazie e cilindri): pochi giorni dopo si formarono 2 ascessi, uno della parete addominale, ed uno della mammella sinistra, che furono incisi e drenati convenientemente. Vidi la malata 18 giorni dall'inizio della malattia perchè nella notte precedente era stata colpita da un attacco convulsivo.

Per ragioni che qui non riferisco, sebbene l'urina in quel giorno fosse stata assai scarsa (470 cmc.), giudicai che si fosse trattato d'un attacco isterico: consigliai di continuare il regime e le cure fino allora seguite e pregai mi fosse inviato del pus preso da uno degli ascessi. Da questo il dott. Artom di Sant'Agnesè isolò lo streptococco piogene ed uno stafilococco, e giudicando giustamente come più importante il 1°, preparò con esso il vaccino alla Wright, con le regole note. Quattro giorni dopo la malata riceveva l'iniezione di 1 cmc. di vaccino: nessuna reazione nè locale, nè generale: le urine che nei 4 giorni antecedenti avevano oscillato tra un minimo di 470 cmc. ed un massimo di 700 cmc., con albumina intorno al $\frac{1}{2}$ per mille, e modico sedimento di emazie e cilindri, nelle 24 ore dopo la 1ª iniezione crebbero a 1050 cmc., 2 giorni dopo a 1250 cmc. diventando limpide e chiare, il 3° crebbero a 1500 cmc., l'albumina era fortemente diminuita: nello stesso tempo la secrezione delle cavità ascessuali che era abbondante e di cattivo odore, malgrado le frequenti medicature, diminuì di quantità e divenne inodore: la medicatura non fu più rinnovata per 5 giorni: le superfici granulanti presero un bell'aspetto, la temperatura che prima dell'iniezione era leggermente febbrile la sera, scese alla norma. Il volume delle urine andò gradatamente crescendo e l'albumina diminuendo: 5 giorni dalla 1ª fu fatta una 2ª iniezione di 1 cmc. di vaccino: anche questa volta nessuna reazione nè locale, nè generale; le urine continuarono a crescere, ed il 3° giorno dalla 2ª iniezione erano 2150 cmc., il 6° giorno l'albumina era scomparsa quasi del tutto, il 10° giorno non era più dimostrabile con gli ordinari reattivi (acido acetico e ferrocianuro di potassio, prova di Heller, reattivo di Esbach); il 12° giorno esaminai io stesso l'urina e la trovai priva di albumina; nel sedimento centrifugato qualche raro cilindro ialino. La poliuria persistette circa una settimana, poi anch'essa scomparve e le urine divennero per tutti i caratteri normali; nello stesso tempo le piaghe andavano cicatrizzando rapidamente.

Nel 2° caso si trattava di un uomo robusto di 39 anni, affetto da setticopioemia da stafilococco bianco. Al suo ingresso nell'ospedale presentava una nefrite acuta con pielite (urine scarse, con molt'albumina, emazie, cilindri, epiteli e numerosi leucociti nel sedimento), febbre alta, intermittente; le elevazioni di temperatura erano precedute da forte brivido: nel decorso dell'affezione si formò un ascesso prostatico e periprostatico che si vuotò spontaneamente nella vescica: allo stesso

tempo si tumefecero e divennero calde e dolenti le articolazioni della spalla sinistra e del pugno destro.

Dall'urina fu coltivato lo stafilococco piogene albo e ne fu preparato il vaccino relativo, in modo che 1 cme. di vaccino contenesse circa 59 milioni di germi. Due giorni dopo una prima iniezione di 1 cme. l'infiammazione delle articolazioni, come per incanto, scomparve, le urine si fecero abbondanti e limpide, al 4° giorno non contenevano più albumina e nello stesso giorno cessava la febbre. Fu fatta 5 giorni dopo una seconda iniezione: lievissima reazione locale: la guarigione proseguì rapidissima e fu perfetta.

In questi due casi non fu studiato l'indice opsonico nè prima nè dopo le iniezioni, per la necessità di far presto e per il tempo richiesto dalla ricerca.

Questi risultati non possono meravigliarci, poichè già da molti sperimentatori sono stati segnalati i buoni effetti della vaccinazione alla Wright in infezioni streptococciche e stafilococciche, non solo in quelle ad andamento subacuto o cronico, ma anche in talune acute, come nei casi d'infezione puerperale curati dal dottor Artom di S. Agnese, in uno dei quali vi era anche nefrite (1).

Pur non volendo trarre delle conclusioni troppo affrettate da due sole osservazioni, a me sembra poter dire che il risultato ottenuto incoraggia a seguire questo metodo che sarà applicabile, secondo ogni probabilità, con successo nelle nefriti da erisipela, da diplococco, in specie in quelle che seguono od accompagnano le tonsilliti. Nei casi di quest'ultima specie che mi sono capitati, non ho mancato di far colture dalle urine e dal muco faringeo per isolare il germe infettivo, ma non ho avuto risultati attendibili, forse perchè i malati erano venuti da me a malattia troppo avanzata.

Per controllare l'identità del germe si potrà usare anche la prova dell'indice opsonico.

In quanto al vaccino, sarà bene, sino a che è possibile, usare il vaccino autogeno, cioè ricavato dallo stesso malato; ma per alcuni come ad es. per il b. coli e per lo stafilococco piogene aureo si possono usare vaccini preparati in precedenza (stock vaccine degli americani).

Anche nelle nefriti primitive cosiddette a frigore sarà bene tentare la coltura delle urine e del muco faringeo, perchè il più delle volte sono precedute od accompagnate da un'angina che può passare inosservata.

Ugualmente in parecchi casi di nefrite emorragica ad andamento subacuto o cronico ho potuto accertarmi che la malattia era stata preceduta da un'angina, e che le successive esacerbazioni così frequenti e caratteristiche nel corso di tale affezione, erano precedute di poco od accompagnate da un lieve mal di gola, talora da un semplice arrossimento delle fauci e da una lieve elevazione della temperatura. Non dubito che anche in questi casi, così gravi per l'ostinatezza e per la nessuna efficacia dei rimedi abituali, si tratti d'un'infezione il più delle volte di origine ton-

(1) V. ARTOM DI S. AGNESE. *Di alcuni casi d'infezione puerperale streptococcica trattati col metodo di Wright*. Boll. della R. Accad. med. di Roma, anno XXXIV, pag. 405. Roma, 1909.

sillare, e che il germe patogeno permanga nei reni e nel faringe, e che le esacerbazioni del processo nefritico siano legate a modificazioni della virulenza di questi germi o meglio dei poteri di difesa dell'organismo. In questi casi poter isolare il germe patogeno e praticare con esso la cura vaccinica è forse il mezzo di cura che ci potrà dare qualche successo. Disgraziatamente non ho potuto fino ad ora mettere in pratica questo mio proposito.

* * *

Di rimedi farmaceutici ho sperimentato in alcune nefriti emorragiche acute o subacute consecutive a tonsilliti, l'urotropina ma senza risultati notevoli, non ottenendo che un modico aumento della quantità delle urine ed una leggiera diminuzione del sangue; ero stato indotto ad usar l'urotropina perchè ha dato, a quel che pare, buoni risultati come mezzo preventivo della nefrite scarlattinosa.

Questo rimedio al contrario mi è riuscito utile in 2 casi di nefrite da influenza in nefritici cronici. In uno si trattava di una signora di età matura malata da più di un decennio di una leggiera nefrite cronica (urina abbondante, intorno ai 2 litri, p. s. 1010-12, albumina circa il $\frac{1}{2}$ per mille, leucociti e scarsi cilindri nel sedimento); in occasione di un attacco tipico d'influenza con febbre alta, l'albumina salì al 4 per mille e le urine si ridussero a meno di un litro: persistendo questo stato, malgrado l'abbassamento della temperatura, somministrai 2 gr. di urotropina al giorno ed ottenni una rapida diminuzione dell'albumina fino al 0.40 con aumento del volume delle urine: la diminuzione dell'albumina era non solo relativa, ma anche assoluta.

Nell'altro caso si trattava di una signora ancor giovane, polisarcica, affetta da nefrite cronica con pielite, probabilmente da calcolosi: le urine contenevano abitualmente una piccola quantità di albumina; nel sedimento scarsi cilindri ed abbondanti leucociti: l'albuminuria scompariva col riposo. In occasione di un attacco acuto d'influenza l'albuminuria crebbe fino al 4 per mille con abbondanti cilindri, emazie e leucociti nel sedimento, malgrado il riposo assoluto e la dieta latteata. Due grammi di urotropina ridussero nel 1° giorno l'albumina all'1 per mille, nel 2° giorno a tracce debolissime, nel 3° l'albuminuria era scomparsa.

Anche in questo caso la rapidità del miglioramento fa credere che si dovesse all'urotropina: è dunque da tentarsi nelle nefriti da influenza.

In questi giorni ho usato l'urotropina in un malato di malattia di Weill; l'infermo che aveva febbre, ittero, dolori muscolari, urine con più del mezzo per mille di albumina e cilindri, migliorò molto dopo soli 2 giorni di cura con 4 gr. *pro die* di urotropina, l'albumina scomparve fin dal 2° giorno di cura, i cilindri scomparvero più tardi, e così la febbre ed i dolori muscolari.

È dunque questo rimedio da tentarsi in alcune infezioni con nefrite, in specie in quelle date da bacilli del gruppo del b. coli, il quale, come si sa, è ucciso facilmente dall'urotropina.

* * *

Dirò infine poche parole su di una questione pratica, a parer mio, di molto interesse.

La maggior parte dei medici, almeno per quel che io vedo, nella cura delle nefriti acute da infezioni con febbre, ha un sacro orrore per il freddo, caricano gli ammalati febbricitanti di coperte, li avvolgono di lana, danno loro bevande calde con la convinzione di facilitare così la funzione renale e con lo scopo di promuovere un benefico sudore.

Quanto sia errato questo modo di fare, contrario ai dati della fisiologia e condannato dall'esperienza clinica, è assai facile dimostrare.

Nelle nefriti acute da infezione con febbre si deve usare il freddo e l'idroterapia fredda e le bevande fredde.

Io non ho la pretesa di dire cosa nuova, perchè tutto questo è stato detto già bene da altri, ma credo utile ripeterlo.

Il Senator, ad es., parlando della cura della nefrite acuta da infezione consiglia i bagni tiepidi, freschi, ed anche freddi per il benefico influsso da essi esercitato sulla circolazione generale ed in specie del rene, ed aggiunge che quando i bagni sono indicati nelle malattie d'infezione non bisogna astenersene per paura del raffreddamento e della minacciate nefrite, ma solo evitare i raffreddamenti estremi.

Io mi associo completamente a questo modo di vedere per la convinzione acquistata in seguito ad una larga esperienza.

L'idroterapia fredda non solo non è controindicata nelle nefriti da infezione con febbre, ma trova una formale indicazione, e porta benefici rapidi e sicuri quali fino ad ora non si osservano che per le cure specifiche (rimedi specifici, vaccini) nei pochi casi nei quali questo è possibile, come in quelli ricordati da me.

Che debba essere così si può asserire *a priori* per ragioni teoriche.

La temperatura elevata nuoce alla nutrizione degli organi, dei reni in specie (si parla di un'albuminuria febbrile): l'alta temperatura febbrile porta aumento dei battiti cardiaci, indebolimento delle contrazioni cardiache, abbassamento della pressione arteriosa, diminuzione della velocità della corrente sanguigna nei reni, diminuzione dell'urina, concentrazione dei materiali tossici nei reni, e perciò maggiori danni ai reni stessi. Il riscaldamento della pelle favorisce la congestione dei reni, perchè i reni si comportano per la loro innervazione vasomotoria come la pelle: lo scarso sudore provocato diminuisce ancora la quantità delle urine, e non è beneficio sufficiente, perchè la quantità di principi tossici con esso eliminati, è, come si sa, assai piccola.

Tralascio di parlare del malessere, dell'agitazione, dei sintomi nervosi gravi che accompagnano le alte temperature, del vomito, della repugnanza per le bevande e per il cibo che aggravano lo stato del malato.

In queste condizioni l'uso degli antitermici chimici è formalmente controindicato: con essi si aggiunge nuova cagione d'intossicazione, si accresce il lavoro

del rene, si deprime l'attività cardiaca, si abbassa la pressione arteriosa, si diminuisce ancor più la secrezione urinaria già scarsa per le ragioni sopra dette, e per il sudore che si provoca.

In tutti i casi nei quali ho visto usare gli antitermici chimici, ho sempre visto aggravarsi le condizioni renali.

Ben diversa è l'azione del freddo ed in ispecie dell'idroterapia fredda; se l'azione di questa sulla pelle non è eccessiva, essa provoca contrazione vasale, aumento della pressione arteriosa, rallentamento del polso; nei reni stessi, come fin dal 1873 ha dimostrato il Müller, contrazione delle arterie, che insieme all'aumento generale della pressione arteriosa ha per effetto una maggiore celerità della corrente sanguigna nei reni ed un aumento della secrezione urinaria. In altre parole, il raffreddamento della pelle diminuisce la congestione dei reni, aumenta la quantità dell'urina. Per l'abbassamento della temperatura febbrile migliorano le funzioni del sistema nervoso, e lo stato subiettivo del paziente; il malato diviene capace di tollerare le bevande ed il cibo; diminuisce lo stato d'intossicazione e, secondo mio avviso, crescono i suoi poteri di difesa contro l'infezione.

È vero che questo ultimo fatto, per quel che so, non è stato ancora dimostrato, tanto meno si può dire per qual meccanismo avvenga, tuttavia a me sembra non poterne dubitare. Credo varrebbe la pena di tentarne una dimostrazione, e a tale scopo mi propongo d'indagare le modificazioni che l'idroterapia fredda potrà portare sull'indice opsonico, sul potere battericida, antitossico, agglutinante del siero dei malati trattati. Intanto posso dire che in malati di febbre tifoide venuti in cura a malattia inoltrata ed in gravissimo stato, nei quali il potere agglutinante del siero era nullo o debolissimo, più volte dopo 2-3 giorni di cura col bagno freddo, insieme al miglioramento dello stato generale, ho visto comparire o crescere il potere agglutinante del siero.

So che il fenomeno dell'agglutinazione non procede sempre di pari passo con gli altri fenomeni di difesa, ma non di meno credo possa esserne di solito un indice.

Ma tralasciando per un momento tale questione generale, e tornando alla cura delle nefriti da infezione con febbre, dirò che l'esperienza clinica è in perfetto accordo con le ragioni teoriche sopra esposte.

Nei malati di febbre tifoide, ad esempio, che molto spesso presentano albuminuria, si vede di regola questa scomparire dopo 2-3 giorni di cura col bagno freddo; ho fatto questa osservazione centinaia di volte; e l'hanno fatta al pari di me quelli che hanno esperienza della cura del tifo col bagno freddo.

Nei casi poi di nefrotifo, cioè in quelli nei quali la febbre tifoide s'inizia con una nefrite acuta, l'azione del bagno freddo è ugualmente benefica sui sintomi generali dell'infezione e su quelli della nefrite; questo io posso assicurare in seguito ad una larga esperienza.

Non riferirò tutti i casi occorsimi, ma soltanto di alcuni. Nel 1907 ebbi in cura nel mio padiglione al « Policlinico » cinque casi di nefrotifo; in tutti, al loro ingresso nell'ospedale, le urine erano scarse, emorragiche, contenevano notevole quantità di albumina, cilindri, emazie, epiteli nel sedimento; in tutti fu istituito il

solito trattamento, cioè bagno a 24° ogni 3 ore, se la temperatura rettale era di 39° o più, durata del bagno 15-20 minuti; se le temperature erano particolarmente alte e persistenti il bagno era fatto a 20°. In tutti con questa cura si vide migliorare lo stato generale, aumentare le urine, diminuire il sangue e l'albumina, in tutti la nefrite andò a guarigione, e tutti guarirono del tifo meno uno che morì di enterorragia sul finire della febbre, quando già da qualche giorno era cessata l'albuminuria; si trattava di un individuo alcoolico, polisarcico e sifilitico.

Altri casi, ed interessanti, sono stati da me visti nell'esercizio privato; tra questi ricorderò quello che riguarda un collega, il prof. Pende che, ammalatosi di nefrotifo nell'ospedale di San Giovanni, con urine scarse, fortemente emorragiche ed albuminose, e con cilindri, dalle quali fu coltivato in coltura pura il bacillo di Eberth, guarì rapidamente del tifo e della nefrite che duravano da parecchi giorni, quando iniziò la cura con i bagni freddi. Un altro caso particolarmente istruttivo fu da me osservato insieme al prof. Piero Chiarini, ora primario nell'ospedale di Santo Spirito. Si trattava di una giovane signora, sgravatasi da poco, che io vidi nel 2° settenario di una febbre tifoide accompagnata da nefrite gravissima; le urine delle 24 ore erano poco più di $\frac{1}{2}$ litro, con albumina all'11‰, ed abbondante sedimento di cilindri; di più v'era ritenzione di urina; le temperature oscillavano tra 39° 5 e 40°. Il solito trattamento col bagno freddo al di fuori di ogni altra cura portò un miglioramento meraviglioso; fin dal primo giorno di cura cessò l'iscuria, crebbe la quantità delle urine, diminuì l'albumina; il quarto giorno la malata emetteva 4 litri di urina con tracce di albumina. La guarigione fu regolare.

In un caso veduto recentemente da me col dott. Cenci si trattava di una giovanetta in 10ª giornata di una grave febbre tifoide: stato generale pessimo, temperatura elevata, adinamia, polso frequente e piccolo, vomito incessante, albuminuria all'1 $\frac{1}{2}$ per mille, urine scarse con cilindri nel sedimento. Dopo 2 giorni di cura con il bagno freddo, l'albumina era ridotta a tracce, il volume dell'urina normale; lo stato generale notevolmente migliorato, il vomito cessato, cessato il delirio.

Disgraziatamente un'enterorragia più tardi costrinse ad interrompere la cura idroterapica, l'albumina ed i cilindri tornarono nelle urine: più tardi una perforazione intestinale uccise la malata, malgrado un rapido intervento chirurgico.

Questi risultati nel nefrotifo s'accordano con quanto dicono, nel loro bel trattato sulla cura della febbre tifoide col bagno freddo, Tripier e Bouveret, e non si accordano con i consigli di prudenza eccessiva del Klemperer.

Anche un'albuminuria preesistente alla febbre tifoide non controindica la cura: valgano alcuni esempi. Una ragazza malata da due anni di una nefrite postscarlattinosa con albuminuria intorno al 2 per mille ed urine poco più di 1 litro nelle 24 ore, fu colpita da febbre tifoide di media gravità, ma di notevole durata: nell'ospedale fu sottoposta al trattamento dei bagni generali a 26°-24° ogni 3 ore se la temperatura rettale raggiungeva il 39°: la malata guarì, e la nefrite, che durante i primi giorni della febbre tifoide era peggiorata, al suo egresso dall'ospedale era migliorata in confronto allo stato precedente la febbre tifoide.

Una signorina affetta da nefrite cronicissima consecutiva a scarlattina sofferta nell'infanzia, con urine abbondanti ed albumina circa il $\frac{1}{2}$ per mille, ammalatasi

di febbre tifoide, quando fu da me vista col dott. Angeloni presentava temperature elevate e sintomi nervosi imponenti: curata col bagno freddo guarì regolarmente, e guarita, non presentava che tracce minime di albumina nelle urine: ora sta bene ed è madre di due figli.

L'azione benefica dell'idroterapia fredda non è speciale per la febbre tifoide (né si comprenderebbe perchè dovesse essere così), ma l'ho osservata in qualsiasi genere di nefrite acuta da infezione con febbre io l'abbia usata.

Così l'ho vista utile nelle nefriti acute da diplococco. Valgano alcuni esempi. Una donna di 23 anni viene all'ospedale al 3° giorno di una polmonite lobare con nefrite acuta emorragica (urine scarse col 3 per mille di albumina, emazie e cilindri): un giorno dopo la cura con bagni a 26° ogni 6 ore l'albuminuria era all'1 per mille, la quantità dell'urina in 24 ore circa 1 litro; in altri 5-6 giorni la nefrite e la polmonite guarirono.

Un uomo cinquantenne, alcoolico, polisarcico, fu da me visto in consulto: era malato da 4-5 giorni con febbre alta, nefrite acuta, sintomi incerti di congestione polmonare a sinistra: il suo stato era grave, la temperatura intorno i 40°, il polso 120-130, ambascia, agitazione, delirio; le urine scarsissime. Lo trovai tenuto al caldo sotto coperte di lana! Una cura con borse di ghiaccio ed impacchi freddi portò un rapido miglioramento: le urine divennero più abbondanti, meno albuminose, il delirio cessò, il polso si fece migliore: più tardi si svolse una polmonite a destra, che guarì regolarmente.

Anche una nefrite precedente la polmonite non controindica il trattamento. Un bambino di 10 anni, gracile, convalescente di orecchioni e malato di nefrite da orecchioni, con urine scarse, albumina dal 2-3 per mille, lievi edemi, è preso da una polmonite lobare con febbre alta (40°-41°), agitazione, delirio: l'albuminuria peggiora (circa al 4 per mille). S'istituisce il solito trattamento: bagno generale a 26°-24° ogni 6 ore (nella polmonite uso generalmente un numero di bagni minore che nella tifoide): la polmonite decorre grave, ma regolare: lo stato generale migliora, le urine si fanno più abbondanti e l'albumina scende progressivamente al 3, 2½, 2, 1 per mille: la polmonite dura 7 giorni; in una quindicina guarisce anche la nefrite.

Lo stesso buon risultato si può osservare nelle nefriti acute da tonsillite: in queste è più raro di dover fare molti bagni, atteso che la febbre dura poco, ma lo stesso beneficio sull'andamento della nefrite si osserva dal bagno freddo o fresco. Valga quest'esempio. Una sera è portato all'ospedale un ragazzo di 17 anni malato di tonsillite con febbre e nefrite acuta emorragica: il ragazzo nella giornata aveva avuto due attacchi di convulsioni, durante i quali si era morsicata la lingua: dopo gli attacchi era rimasto in uno stato soporoso. Le urine erano scarse, emorragiche, fortemente albuminose, la temperatura rettale era di 39.6. Fu fatto un salasso al braccio di 350 c.c. poi fu messo per 20 minuti in un bagno generale a 26°: la temperatura si abbassò e non si rialzò più, il sopore scomparve, le urine il giorno dopo erano poco meno di 1 litro, meno sanguigne e meno albuminose; la guarigione si fece regolarmente in circa 20 giorni.

Perfino in un caso disgraziato di setticoemia di origine sconosciuta in una bambina di 4 anni, terminatasi con endocardite mortale, e nel quale all'inizio

si era manifestata una nefrite acuta, dei bagni freschi portarono una notevole miglioramento nella funzione renale.

Non ho avuto ancora occasione di curare coi bagni freddi le nefriti acute da morbillo e da scarlattina con febbre, ma sono certo che saranno in questi casi ugualmente utili, come li ho visti utili in queste malattie non accompagnate da nefrite.

Pur troppo ho veduto dei malati di morbillo con nefrite acuta e febbre alta, curati con il caldo e le coperte, e li ho veduti ridotti ad un punto che non v'era più speranza per alcun trattamento!

Non ho esperienza dell'idroterapia fredda sulle nefriti acute afebrili: qui la cosa è differente: altro è raffreddare un febbricitante, altro raffreddare un individuo la cui temperatura è normale: nel primo caso l'idroterapia fredda tende a riportare il malato alle condizioni normali (almeno per quel che riguarda la temperatura del corpo, e gli effetti dell'elevata temperatura sull'organismo); nel secondo lo pone in condizioni anormali. Questa profonda differenza non è compresa da coloro che hanno paura dell'acqua fredda nei nefritici febbricitanti!

Tuttavia io credo che delle applicazioni locali di freddo, ad es. delle borse di ghiaccio sulle regioni renali, debbono essere utili nelle nefriti acute, anche afebrili, con grave congestione dei reni: non ho però esperienza in proposito.

Per quel che riguarda la tecnica della cura dirò poche parole.

L'alimentazione dovrà essere, come è noto, assai scarsa, limitata a poco latte e ad acqua zuccherata: si daranno abbondanti bevande indifferenti, fredde, dei pezzi di ghiaccio.

Si applicherà una borsa di ghiaccio sul capo, se il polso è frequente anche sulla regione cardiaca. In quanto alle pratiche idroterapiche io dò la preferenza al bagno generale; solo in casi speciali ad es. in individui estremamente grassi, od in casi di grave debolezza del cuore, uso il lenzuolo freddo: anche l'età avanzata non è una controindicazione assoluta: è questione di misura. Per la temperatura del bagno mi regolo secondo la temperatura del malato: più questa è elevata, più resistente è al raffreddamento, più bassa deve essere in genere la temperatura del bagno. Nei casi ordinari da 24° a 20° nella febbre tifoide; da 26° a 24° nella polmonite: quasi mai sotto i 20°, quasi mai sopra i 28°. Per il numero dei bagni fino ad 8 nelle 24 ore nella febbre tifoide, nella polmonite di rado più di 4.

Bisogna non aver paura della bassa temperatura del bagno e ricordarsi che spesso è meglio tollerato e quasi sempre più utile, un bagno più freddo e più breve, che più caldo e più lungo. Così in una ragazza malata di nefrotifo era meglio tollerato e più utile un bagno a 18° per 12-15 minuti che uno a 24° per 20.

In qualche caso la temperatura del bagno può essere anche più bassa, senza danno, anzi con vantaggio del malato. Ricorderò un caso.

Fui chiamato di notte a vedere un malato di 53 anni, bevitore, del peso di più che 1 quintale, il quale era malato di reumatismo articolare acuto da 15 giorni. In quel giorno la temperatura era salita, malgrado forti dosi di salicilato di sodio e di antipirina, in 10 ore da 40° a 42° 6 (rettale): il malato da 5 ore era in coma, le urine, scarse, contenevano più del $\frac{1}{2}$ per mille di albumina. Nel mentre si pre-

parava un bagno, feci avvolgere in lenzuoli bagnati d'acqua gelata il malato che trovai avvolto nella lana, poi l'immersi in un bagno generale a 15° (tale presso a poco è la temperatura dell'acqua Marcia a presa diretta) e ve lo tenni per 30 minuti: la temperatura rettale, che all'uscita del bagno era di 39°.6 (3 gradi di meno dell'iniziale) continuò a scendere, e 2 ore dopo il bagno era di 36°.9: 7 ore dopo era di 37°.4 e non crebbe più: il malato poco dopo uscito dal bagno aprì gli occhi, parlò, poi cadde in un sonno ristoratore, dal quale si risvegliò guarito.

Le urine esaminate il giorno dopo non contenevano che tracce debolissime di albumina! la guarigione fu rapida e completa.

Tali risultati non hanno nulla di straordinario e possono essere ottenuti da tutti quelli che sappiano spogliarsi del pregiudizio che il freddo faccia male ai reni, anche quando c'è la febbre.

E così molte sofferenze potranno essere alleviate, alcune vite salvate con l'acqua fresca, in attesa che i progressi della medicina trovino per ogni infezione il trattamento specifico.

Conclusioni:

1° Nelle nefriti da infezione si deve curare l'infezione con la cura specifica (se c'è), senza curarsi troppo dell'influenza ch'essa cura per sè può esercitare sui reni.

2° Nelle nefriti da streptococchi e da stafilococchi è da tentarsi la vaccinazione alla Wright.

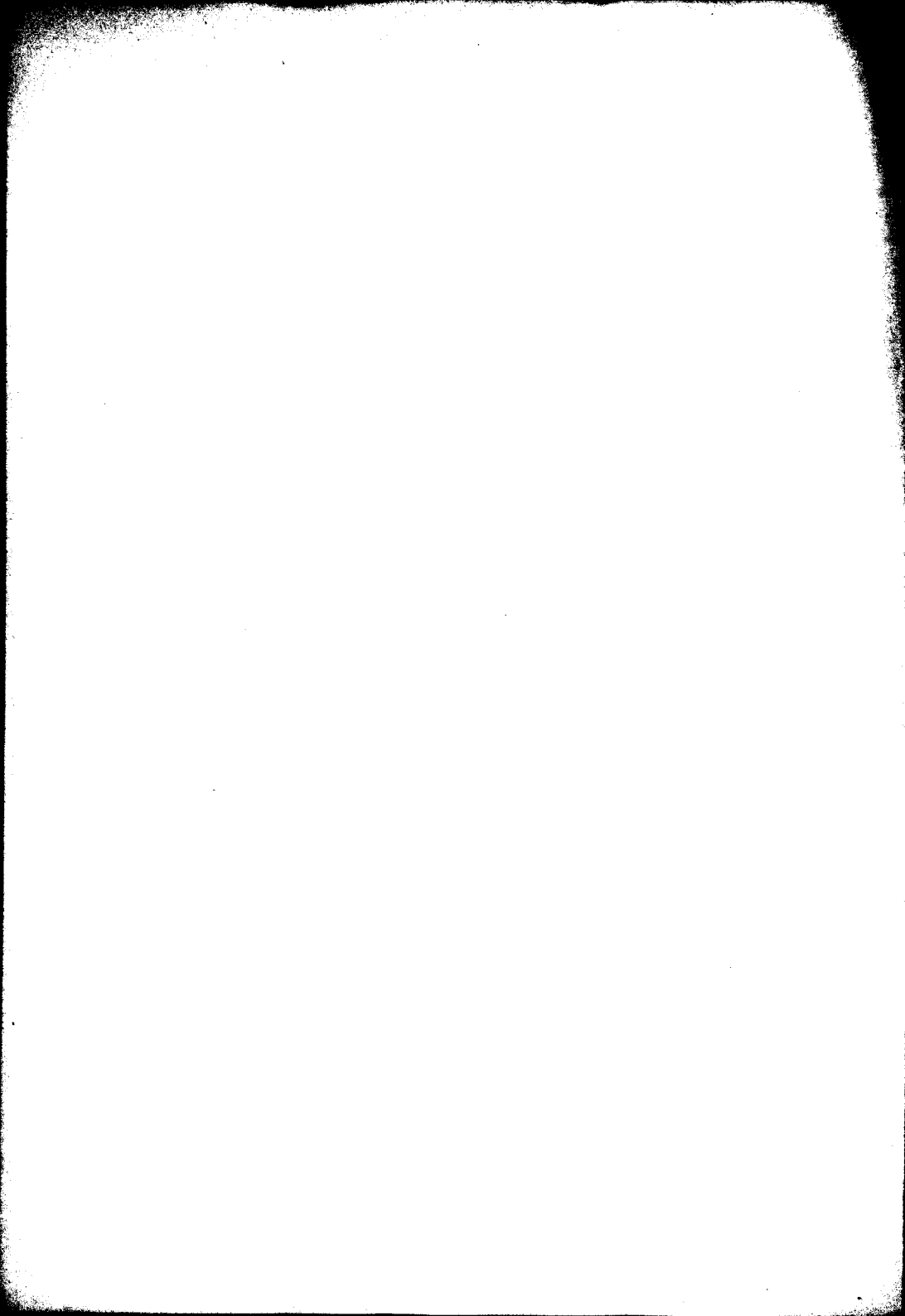
3° La stessa cura potrà forse essere utile nelle nefriti da diplococco ed in altre nefriti batteriche.

4° Nelle nefriti acute con febbre non si devono usare gli antitermici chimici, nè si deve lasciar il malato con la sua febbre, e tanto meno si deve riscaldarlo, con l'intenzione di promuovere il sudore; ma si deve usare risolutamente l'idroterapia fredda, graduandone l'azione secondo l'altezza della temperatura febbrile.

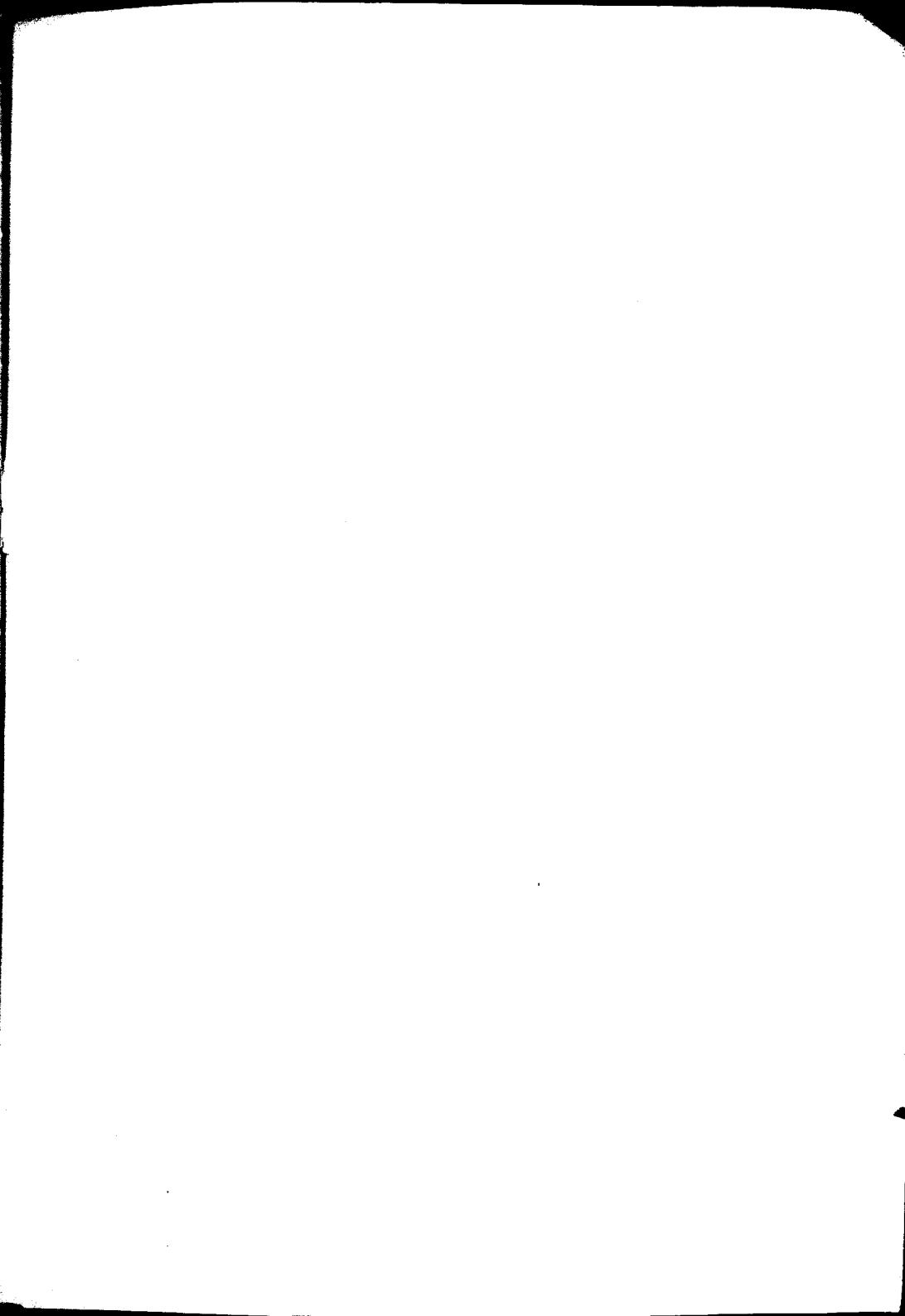
Roma, 25 settembre 1909.

57812









IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

DIRETTO DAL PROF. DR. ...

GUIDO BACCELLI | FRANCESCO DURANTE

DIRETTORE DI CLINICA MEDICA
DI ROMA

DIRETTORE DI CLINICA CHIRURGICA
DI ROMA

con la collaborazione di altri Clinici, Professori e Dottori italiani e stranieri

si pubblica in tre Sezioni distinte:

Medica — Chirurgica — Pratica

IL POLICLINICO
chirurgia e dell'igiene.

nella sua parte originale l'Archivio pubblica i lavori dei più distinti clinici e autori delle scienze mediche, ricammente illustrati, sicché i lettori vi troveranno il riflesso di tutta l'attività italiana nel campo della medicina, della

LA SEZIONE PRATICA

che per sé stessa costituisce un periodico completo, contiene lavori originali d'indole pratica, note di medicina scientifica, note preventive e tiene i lettori al corrente di tutto il movimento delle scienze mediche in Italia e all'estero. Pubblica perciò numerose e accurate riviste su ogni ramo delle scienze suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono fatte da valenti specialisti.

Pubblica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di Medicina, e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici, speciali corrispondenze.

Non trascura di tenere informati i lettori delle scoperte ed applicazioni nuove, dei rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, dei nuovi strumenti, ecc., ecc. Contiene anche un riepilogo con le migliori e più recenti forme.

Pubblica articoli e quadri statistici intorno alla mortalità e alle malattie contagiose nelle principali città d'Italia, e dà notizie esatte sulle condizioni e sull'andamento dei principali ospedali.

Pubblica le disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, potendo esserne informato immediatamente, e una scelta e accurata giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Pubblica in una parte speciale tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Condotte vacanti, ecc.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgeranno al *Policlinico* per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica una rubrica speciale e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli verranno richieste.

IL POLICLINICO contiene ogni volta accurate recensioni bibliografiche, e un indice di bibliografia medica, col titolo dei libri editi recentemente in Italia e fuori, e delle monografie contenute nei Bollettini delle Accademie e nei più accreditati periodici italiani ed esteri.

A questo proposito si invitano gli autori a mandare copia delle opere e delle monografie da loro pubblicate.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO adunque, per l'importanza dei lavori originali, per le esposizioni e svariate riviste, per le numerose rubriche d'interesse pratico e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia i più completi possibili e che meglio rispondono alle esigenze del tempo moderni.

ABBONAMENTI ANNUI:

	Italia	Unione postale
1. Alla sezione medica e alla sezione pratica . . .	L. 15	23
2. Alla sezione chirurgica e alla sezione pratica . . .	15	23
3. Alle tre sezioni insieme	20	30
4. Alla sola sezione pratica	10	15

Unico separato della **sezione medica o chirurgica** Lire 15 NA

Un **num. separato della sezione pratica** cent. 50.

Gli abbonamenti cominciano a decorrere dal primo di gennaio di ogni anno.

Il *Policlinico* si pubblica sei volte il mese.

La **sezione medica** e la **sezione chirurgica** si pubblicano ciascuna in fascicoli illustrati di 48 pagine, che in due di anno formeranno due distinti volumi.

La **sezione pratica** si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32 pagine.