

Dott. UGO DILIBERTO

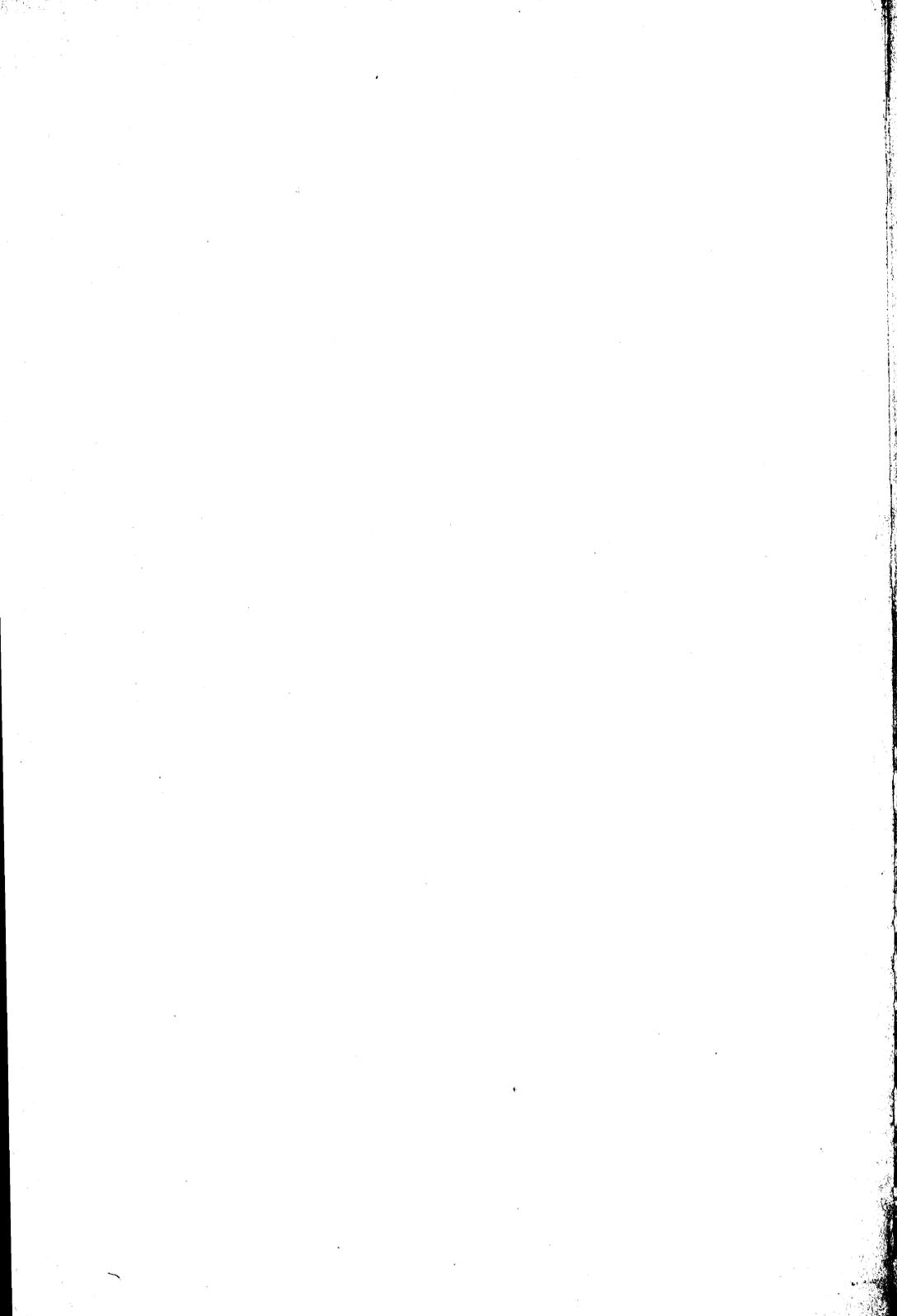
Norme per la cura di Maurizio Ascoli nella infezione malarica

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", - n. 14, del 31 luglio 1937-XV)

Mac
B
56

115

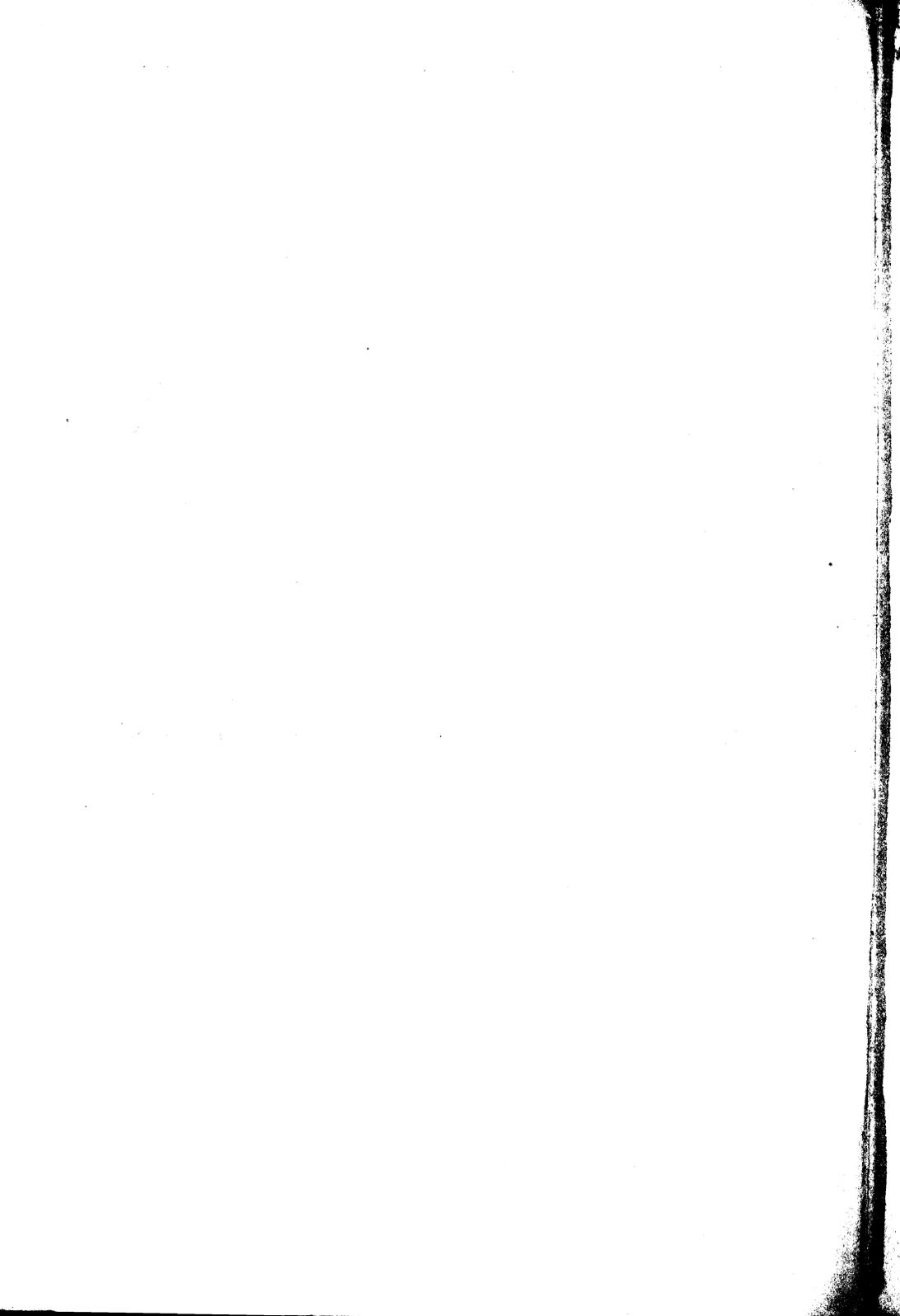




Dott. UGO DILIBERTO

Norme per la cura di Maurizio Ascoli nella infezione malarica

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", - n. 14, del 31 luglio 1937-XV)



In che consiste la cura. — La cura consiste in iniezioni venose progressive di dosi minime di adrenalina.

Mediante le metodiche splenocontrazioni dovute alle iniezioni, essa ha ragione del tutto o in parte delle splenomegalie, migliora la crasi sanguigna, lo stato generale, potenzia l'azione del chinino, impedisce le recidive e la cronicizzazione.

Condotta della cura. — L'adrenalina va iniettata nelle vene. Solo in casi eccezionali nei quali la via venosa non è accessibile, si può ricorrere alla via intramuscolare che rappresenta però un succedaneo imperfetto della via venosa. Le iniezioni sono quotidiane. La cura va condotta facendo uso di dosi progressive a partire da 1/100 di mg. fino a 1/20-1/10 e ripetendo l'ultima dose 20 volte.

Questo schema di massima non va però applicato e non può applicarsi rigidamente, ma va modellato sulle peculiarità del singolo caso; ciò per l'appunto ha ispirato il criterio di somministrare il farmaco a concentrazioni progressive cominciando con dosi minime.

Secondo l'entità del tumore di milza, secondo il grado della risposta contrattile, secondo la rapidità della riduzione, secondo che si tratta di infezioni recenti od antiche, secondo la sensibilità del soggetto all'adrenalina il trattamento deve variare. Nei casi ordinari di splenomegalie non eccessive si raggiunge la riduzione totale già con le concentrazioni (si intende ripetute) di 1/30-1/20, mentre nelle ipersplenomegalie di indici 3 o 4 a consistenza assai aumentata, è necessario raggiungere le concentrazioni massime ed anche superarle (v. avanti); questo per regola, perchè si danno casi alquanto meno frequenti di milze ipersplenomegaliche riducibili già con concentrazioni minori, e viceversa di milze di proporzioni modeste, ma cedenti solo alle dosi intere.

Disturbi che seguono l'iniezione. — All'iniezione di adrenalina fanno seguito quasi immediatamente fenomeni che vanno intensificandosi con l'aumento delle dosi e che il nostro SERIO ha chiamato « *crisetta adrenalina* », per *sè transitoria ed innocua*: essa non costituisce un pericolo per l'infermo, come ho potuto accertare anche con apposite recenti ricerche elettrocardiografiche, e dura pochi minuti; consiste solitamente in pallore, tremore, tachicardia, bradicardia o aritmia, cefalea, ecc.

È importante ed indispensabile essere bene familiarizzato con la sua sintomatologia perchè la sua imperfetta conoscenza rappresenta la più comune causa di insuccesso della cura in questione.

Può accadere, ed è accaduto infatti, che a un certo punto chi è ancora nuovo al trattamento si preoccupi del complesso dei disturbi — ripetiamo: *transitori ed innocui* — ed interpretandoli come intolleranza al farmaco, esiti a salire regolarmente nelle dosi e si induca a rallentare il ritmo, col risultato di compromettere l'esito del trattamento e di registrare un insuccesso. Più di una volta ci è occorso di vedere corretti simili apparenti insuccessi appena il trattamento è stato assunto da mani già pratiche e ferme. Si può ben dire che fino ad acquisto della padronanza completa del metodo, la bontà dei risultati è in ragione diretta della pratica che uno va acquistando.

Perciò è utile, anzi dirci necessario, che chi si accinge a fare uso corrente del trattamento possa prima seguirlo in centri o stazioni dove esso si pratica usualmente. A quest'uopo il nostro Maestro ha istituito nella Clinica di Palermo un reparto malarici dove per turno gruppi di medici prendono confidenza con tutti i dettagli di prassi della cura; e il risultato è stato di piena soddisfazione.

Comunque è da consigliare, per chi si inizia a questo trattamento, di non cimentarsi subito con i casi più difficili di milze di indice 3 o 4, di consistenza durissima, ma di addestrarsi prima con forme più lievi per passare, una volta raggiunta la pratica necessaria, alle forme più gravi e meno sensibili.

Soltanto quando la crisetta si protrae e la cefalea (che può accoppiarsi a vomito) assume intensità e durata eccessiva, è il caso di provvedere.

Ipersensibilità e sensibilizzazione. — Al riguardo bisogna distinguere ipersensibilità e sensibilizzazione. La prima compare in seguito alla prima iniezione di una data dose, la seconda per una dose già usata e ripetuta alcune volte, e fino a quel giorno ben tollerata.

Modo di correggerle. — Entrambe le forme si superano con opportuni accorgimenti e precisamente sospendendo la cura per 24-48 ore e ripigliando poi il trattamento con la dose terz'ultima. Per tal modo in alcuni casi si ristabilisce la

tolleranza ed è possibile raggiungere le dosi ultime e anche superarle in casi di milze resistenti; in altri è giuoco forza limitarsi a continuare con la massima dose tollerata.

A questo riguardo occorre avere l'avvertenza che, se è stata esaurita la scorta di fiale di una determinata dose, è necessario usare diluizioni delle dosi ulteriori: per es. esaurita la dose di 1/20, si userà quella di 1/10 prelevandone 1/2 cc. e allungandolo al volume di 1 cc., poichè oltre alla dose assoluta, sembra contare anche la concentrazione alla quale il farmaco viene iniettato.

Secondo recenti osservazioni dell'egregio dottor Ballero di Alghero sopra soggetti che si recavano all'ambulatorio in bicicletta superando distanze non indifferenti, tutta la sintomatologia si presenta alquanto attenuata quando all'iniezione preceda una fatica muscolare; utile è anche la deambulazione subito dopo l'iniezione.

Milze apparentemente irriducibili e milze a fisarmonica. — Vi sono poi casi di ipersplenomegalie apparentemente irriducibili perchè irtrattili, e milze a fisarmonica cioè retrattili bensì, ma rispandentisi sempre al volume primitivo; delle une e delle altre può avere ragione, più o meno completa, sia pure con ritardo (cioè con un maggior numero di iniezioni), il potenziamento delle dosi del farmaco oltre l'ordinario; al quale aumento della posologia proprio questa categoria di casi si presta perchè di solito scarsamente sensibili all'adrenalina.

Del resto anche quando la splenoriduzione è modesta con un residuale *caput mortuum* fibroso sono ugualmente apprezzabili i rimanenti benefici della cura già enumerati.

Riattivazione del processo febbrile. — Spesso in corso di trattamento si determina un risveglio del movimento febbrile che assume varia entità (da poche linee a, più raramente, veri accessi). Ordinariamente questa riattivazione si manifesta intorno alla 2^a settimana di cura: altre volte è *precoce* o *tardiva* o *postuma* verificandosi al principio, sul termine e financo alcuni giorni dopo l'esplesamento della cura. Ora l'adrenalina di per sè influisce sul processo febbrile (SORCE), lo altera e perturba, ma non lo spegne definitivamente. Conviene quindi nelle fasi febbrili, spontanee o da riattivazione, associare temporaneamente il chinino — che esso potenza spiccatamente — in piccole dosi fino a scomparsa della piresia.

Sulla opportunità della sua somministrazione anche nelle forme afebrili le indagini non permettono ancora conclusioni definitive: certo una azione netta è constatabile anche senza chinino.

Malaria perniciosa. — Nelle forme perniciose e comitate occorre iniziare subito la cura adre-

nalinica con dosi più forti (1/50) ripetendole anche in giornata e somministrare il chinino per via venosa: CICHITTO ha sottoposto a questo trattamento 314 casi di comitate con una mortalità del 5,4 per cento!

Indicazioni e contro-indicazioni. — Queste ultime sono rappresentate da vizi cardiaci, disturbi circolatori in genere (ipertensione, m. di Flajani Basedow, insufficienza del miocardio, ecc.). Per contro la cura è ottimamente tollerata dai bambini che da essa ritraggono benefici anche più rapidi e completi degli adulti (IERACE, DE MARCIALIS e PINNAS).

I vantaggi che la cura può offrire in gravidanza sono stati illustrati da POMILIA, il quale consiglia di arrestarsi alle dosi di 1/50, salvo ad esplesare la cura dopo il parto.

BIBLIOGRAFIA

- ASCOLI MAURIZIO: «Forze Sanitarie», 1936, 1.
 — «Riforma Medica», 1936, n. 11.
 — «Policlinico» - Sez. prat., 1936, 45.
 — «La Ricerca Scientifica», 1936, nn. 7 e 8.
 — «Münch. Med. Woch.», marzo 1937.
 — «Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche», n. 16, 1937.
 MAURIZIO ASCOLI, A. MISSIBOLI, A. BONFÈGLI, A. CASU, U. DILIBERTO, N. MUSUMECI, P. RIOLO, ROCCA, TERENZIO: «Policlinico» - Sez. prat., 1937.
 MAURIZIO ASCOLI, U. DILIBERTO: «The South. med. Journ.», 1931, Birmingham Alabama.
 ALESSANDRO A.: «Rivista Sanitaria Siciliana», 1932, 5.
 BROUSSARD: «Rassegna di Clinica e Terapia», 1937.
 COSSAR: «Gazzetta Sanitaria», 1937, 3.
 CICHITTO A.: «Rivista di Malariaologia» 1935, 5.
 — Idem, *Ibidem*, 1936.
 — «Policlinico» - Sez. prat., 1937.
 CANOVA: «Policlinico» - Sez. prat., 1937, 14.
 DILIBERTO: «Riv. Sanit. Sic.», 1931.
 — «Policlinico» - Sez. prat., 1933.
 DE LUCA B.: «Rinascenza Medica», 1933.
 DE NEGRI: «Policlinico» - Sez. prat., 1936.
 DE MARCIALIS e PINNAS: «La Pediatria», 1937.
 S. FORTUNA: «Riforma Medica», 1937, 23.
 GOSIO: «Policlinico» - Sez. prat., 1937.
 GREPPI E.: «La Medicina Internazionale», 1936.
 — «Policlinico» - Sez. prat., 1936.
 IERACE: «Policlinico» - Sez. prat., 1936 e 1937.
 — «Rassegna di Terapia e Scienze affini», 1936.
 POMILIA: «Riv. San. Sic.», 1936.
 — «Rinascenza Medica», 1937.
 RIOLO P.: «Rivista di malariaologia», 1935, sez. I.
 — Idem, 1936, II nota.
 — «Riforma Medica», 1936, 18.
 — «Rivista di Malariaologia», 1936, III nota.
 — Idem, 1937, V nota.
 — «Klin. Woch.», 1936, 47.
 — «Policlinico» - Sez. prat., 1937.
 RENDA I.: «Rass. Internaz. di Clin. e Ter.», 1937.
 SERIO F.: «Riforma Medica», 1936, 23.
 — «Rivista di malariaologia», 1936, nota IV.
 SERRA: «Riv. San. Sic.», 1937.
 SORCE G.: «Riforma Medica», 1936, 42.
 — «Rivista di Malariaologia», 1937, 1.
 TIMPANO: «Policlinico» - Sez. prat., 1936, 45.
 — Idem, *ibidem*, 1937.
 TRAPANI R.: «Riv. San. Sic.», 1937.

