



2862

Prof. ARTURO CAMPANI

LOMBAGGINE E COLITE CRONICA

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



X

STABILIMENTO TIP. «EUROPA» - ROMA, VIA S. MARIA DELL'ANIMA, 45

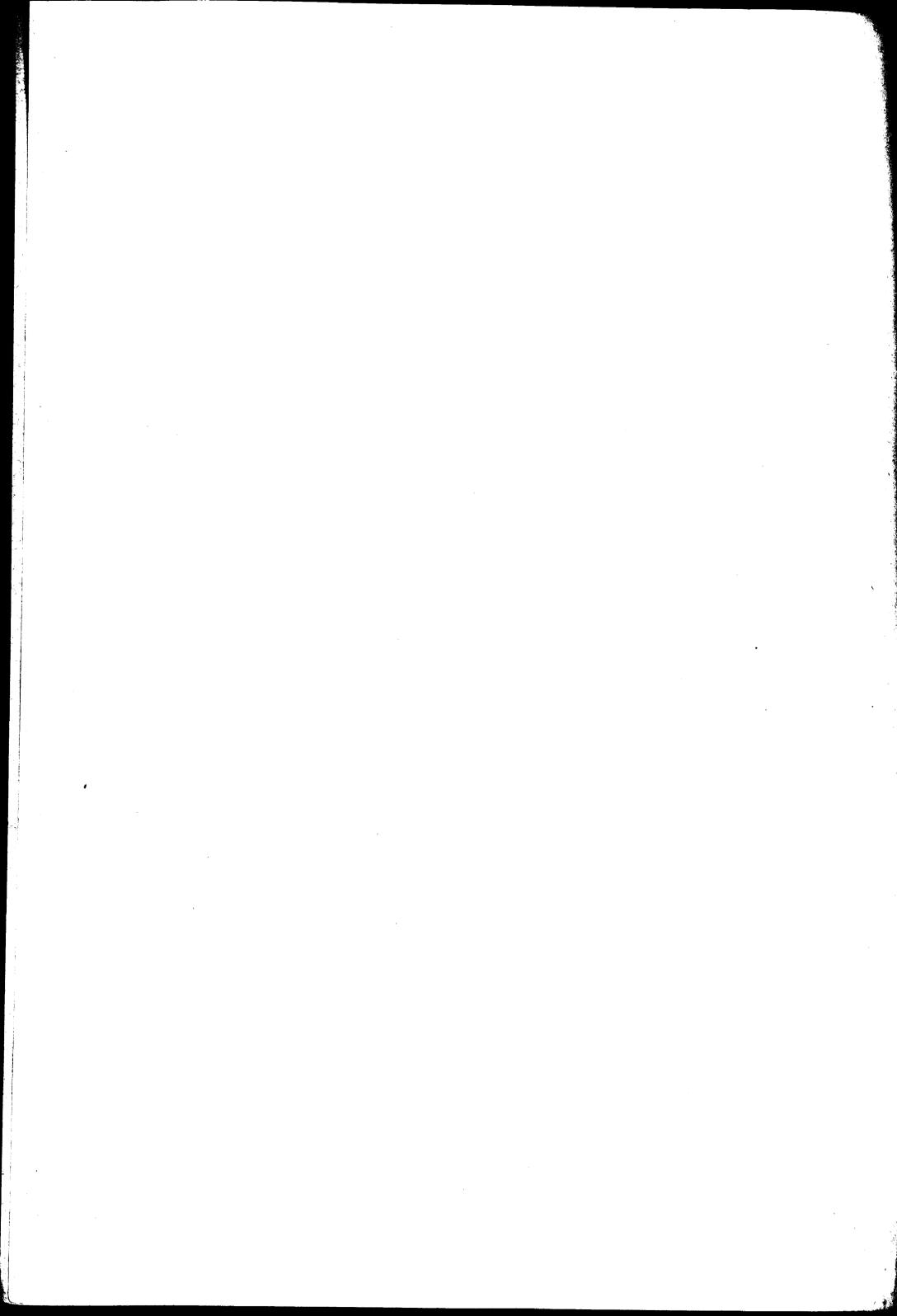


Prof. ARTURO CAMPANI

LOMBAGGINE E COLITE CRONICA

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





Recentemente BRULÉ e GARBAN hanno pubblicato in «Presse Médicale» (5 luglio 1939) un articolo di un notevole interesse pratico: *Le neuralgie lombo-crurali d'origine colica*.

L'interesse nasce dal fatto che molte di queste algie sono tutt'oggi erroneamente classificate come esponenti di fatti reumatici, artritici, traumatici, mentre la loro origine è sovente anche un'altra, pure se eventualmente, come sempre, un dato terreno può più o meno predisporre ai fenomeni dolorosi. E siccome io stesso per esperienza familiare e propria e di clienti ho avuto molte volte occasione di studiare questi episodi neuralgici credo opportuno riprendere l'argomento anche fra noi.

Inutile ripetere tutto quanto fu già detto sulla lombaggine, argomento che gli infortunati ed i medici legali e fiscali hanno all'ordine del giorno nel loro ambito professionale, dato che l'episodio, mal controllabile, si presta alla simulazione: comunque l'opinione in materia più accettata e diffusa si è che la lombaggine, specialmente quando è a ripetizione, sia l'espressione quasi periodica di una stasi lombo-sacrale con compressione più o meno forte delle radici lombari e relativi dolori di schiena saltuari con frequente coesistenza di emorroidi, più rara invece delle varici agli arti inferiori. L'episodio anche della lombaggine violenta che sopravviene di colpo, per uno sforzo muscolare, talora minimo, come il chinarsi, il sollevare pesi, pur non eccessivi, rappresenta per noi il punto che

merita maggior attenzione e che può costituire il bandolo della questione, non semplice.

Poichè se si deve ammettere la necessità della preesistenza in questi quadri di uno stato costituzionale speciale, spesso ereditario, da non confondere colla vera gotta (anzi spesso si tratta di individui clinicamente al polo opposto) sta di fatto che nella maggioranza dei casi esiste una irregolarità nel funzionamento dell'intestino colon nei suoi vari tratti, più spesso del sigma o del trasverso, irregolarità dimostrata dalla precedenza o coesistenza di catarrhi cronici, in genere secchi, senza diarree o con rare crisi diarrhoiche interrotte da lunghi periodi di stitichezza e ogni tanto da crisi anche dolorose durante le quali è percepibile il tratto spastico dell'intestino. Frequenti in dati periodi le extrasistoli riflesse, che danno ai malati il timore di malattie cardiache, frequenti pure le così dette *aerocolie*, cioè la formazione di bolle gassose, per lo più di acido carbonico.

In queste condizioni generalmente dopo strapazzi o raffreddamenti può verificarsi l'episodio acuto lombalgico, attribuito come si disse a sforzo.

I colleghi francesi hanno cercato di chiarire in qual maniera possa esservi rapporto fra i processi interni del colon e gli adiacenti tronchi nervosi: il colon destro e sinistro s'inseriscono nella parte addominale posteriore ove incrociano obliquamente le branche collaterali dei plessi nervosi lombari e in particolare il femore cu-

taneo e il genito-crutale, con rapporti meno immediati colle branche terminali del plesso crurale.

Tali branche sono incluse nella stessa porzione del tessuto cellulare sottoperitoneale dove stanno anche i linfatici relativi della mucosa colica. Ciò rende possibili, anzi probabili, ripercussioni dirette di un qualsiasi processo infettivo e neoplastico della mucosa del colon, attraverso tali vie linfatiche, al tessuto cellulare e al vicino plesso lombare. Un'infezione del colon cronica o acuta che sia, può così ripercuotersi in senso doloroso e ciò tanto più quando il terreno venga preparato, come di solito, da lunghe stasi intestinali. Noi abbiamo pure rilevato come queste forme dolorose mentre non avvengono mai durante il corso della febbre a tipo tifoide ne sono talora l'esito a distanza per le alterazioni cicatriziali conseguenti della mucosa, anche dell'ultimo tratto dell'intestino.

Ma come può spiegarsi in questa maniera il fenomeno, diremo così, traumatico? Che lo stato del colon si ripercuota anche in modo diretto sul dolore lombalgico non vi ha dubbio, perchè talora basta lo spostamento di gas intestinale per ridurre il dolore e così pure avviene per uno spontaneo svuotamento dell'intestino. Ma questo può spiegarsi col fatto della diminuita pressione sui punti dolorosi, cioè sulle diramazioni radicalari interessate, mentre resterebbero senza spiegazione, colla sola tesi dell'infezione colica propagata ai tessuti retroperitoneali, il fatto in apparenza traumatico, cioè *subitaneo*, che costituisce uno dei caratteri della lombaggine tipica.

Noi quindi pensiamo che pur dovendosi accettare come molto probabili i rapporti fra le infiammazioni e le lesioni del colon cogli stati dolorosi lombo-sacrali, debba esistere anche una preparazione patologica nei muscoli stessi, donde la possibilità che avvenga realmente, per la loro minor resistenza da stasi, uno strappamento fibrillare che fu in genere sempre considerato

la ragione anatomica della lombaggine e delle sue conseguenze nevralgiche alla gamba, al piede, ecc., donde la serie dei punti dolorosi elencati dai clinici e medico-legali poichè tale strappamento non può essere senza conseguenze di piccoli ematomi compressivi radicalari.

Cosicchè la sindrome colitica lombare si può venire ricostruendo nelle sue varie fasi eziologiche: predisposizione costituzionale, catarro intestinale cronico, generalmente secco, a tipo spastico, infezioni coliche intercorrenti, ripercussione di esse sulle radici lombo-sacrali attraverso le vie linfatiche nel cellulare comune, fragilità muscolare, sia da stasi, sia per l'azione diretta dei tossici intestinali, che pervengono nella zona, celluliti o rottura di fibrille muscolari, donde la sindrome lombalgica acuta pseudo-traumatica.

Che i linfatici vengano interessati in tali casi è qualche volta possibile accertare colla palpazione sui punti dolorosi, poichè talora lungo la stessa cresta iliaca corrispondente ho apprezzato l'esistenza di gangli dolenti alla pressione.

Va da sè che in tali casi la cura deve essere diretta contro la stasi, ma purtroppo qui si incontrano le difficoltà maggiori, perchè i purganti, irritando la mucosa, peggiorano la situazione e così pure i clisteri purgativi. Forse giovano un po' le supposte antispasmodiche o i blandi lavaggi con sostanza sedativa, ma certo il vantaggio maggiore si ha nell'evitare congestioni croniche per vita sedentaria, tanto peggio se interpolate da intempestivi strapazzi fisici, come passeggiate violente una volta tanto, esposizioni a correnti d'aria, ecc.

Le cure anticolitiche batteriche hanno dubbia efficacia, poichè probabilmente è la stasi che in ultima analisi crea la colite e le sue sequele. Tuttavia non si esclude che l'azione vaccinale possa riuscire utile, specie contro la formazione dei gas, causa frequente di spasmi dolorosi e di intossicazioni lente.

332691

57757



