



2385

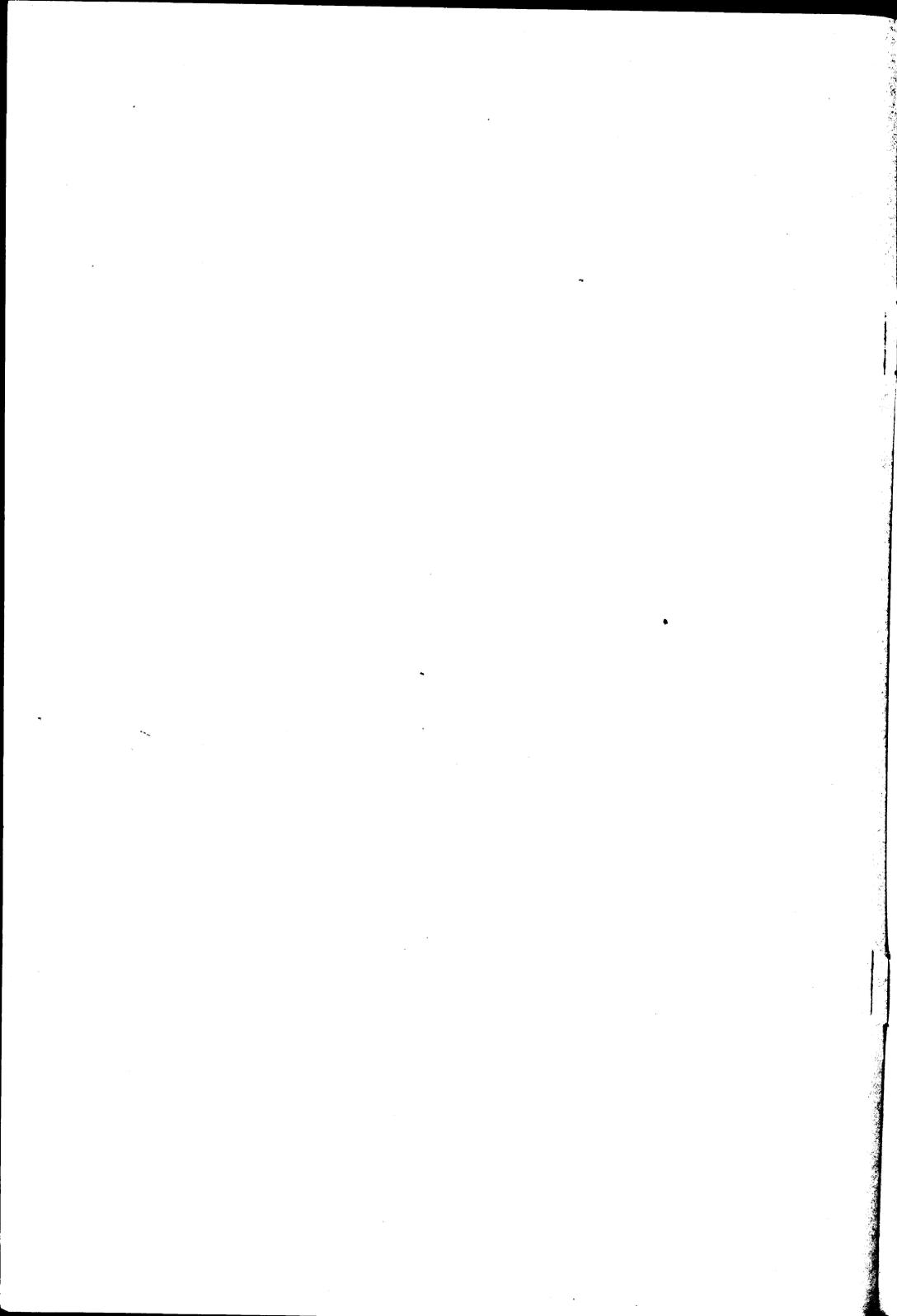
REPARTO DI PATOLOGIA DIGESTIVA DEGLI OSPEDALI DI ROMA
DIRETTORE: PROF. PAOLO ALESSANDRINI

PROF. PAOLO ALESSANDRINI
Primario

LA TERAPIA DELLE SINDROMI POSTDISSENTERICHE



Estratto da « Le Forze Sanitarie »,
n. 4 del 29 febbraio 1940-XVIII.



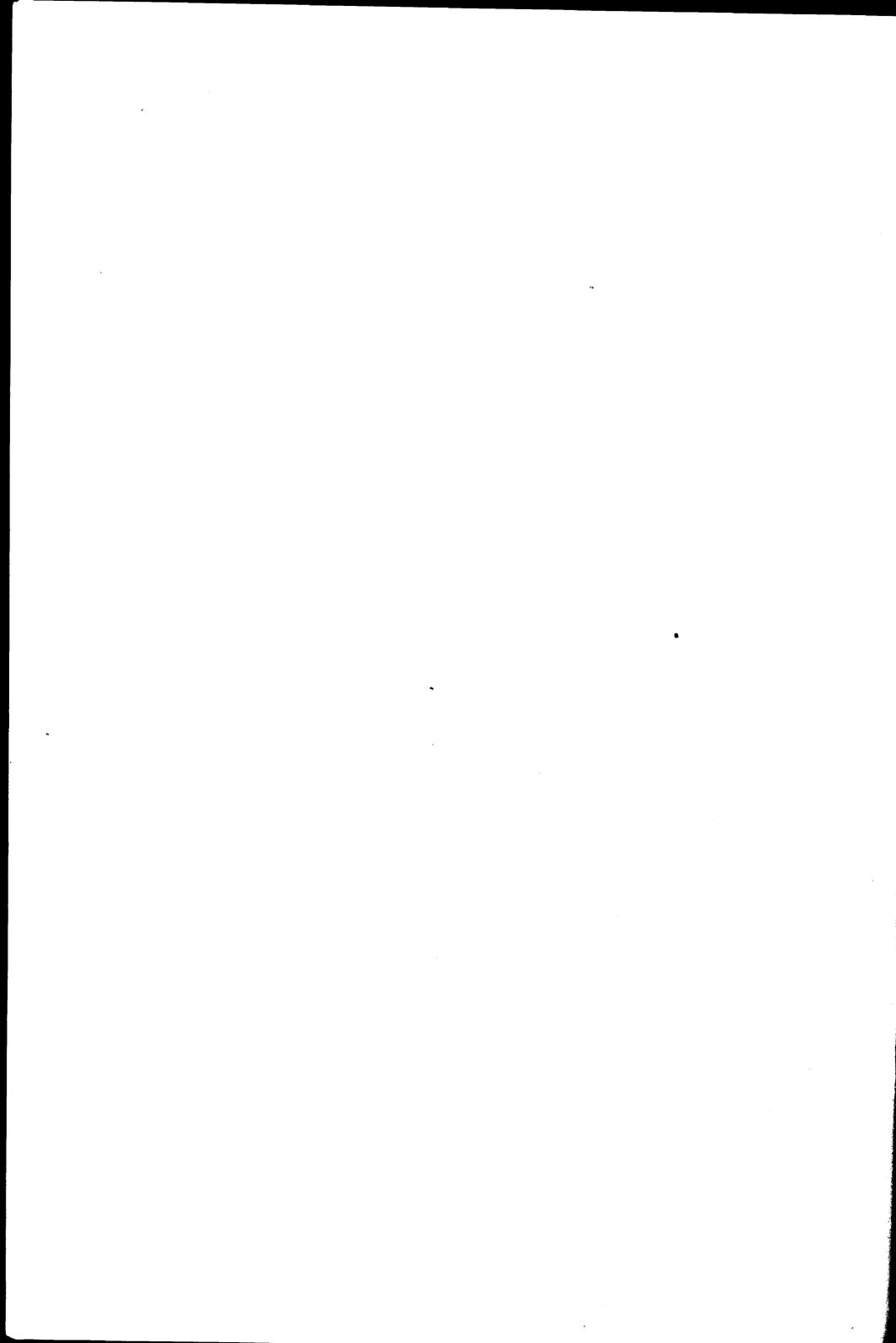
REPARTO DI PATOLOGIA DIGESTIVA DEGLI OSPEDALI DI ROMA
DIRETTORE: PROF. PAOLO ALESSANDRINI

PROF. PAOLO ALESSANDRINI

Primario

LA TERAPIA DELLE SINDROMI POSTDISSENTERICHE

Estratto da «Le Forze Sanitarie»,
n. 4 del 29 febbraio 1940-XVIII.



In un precedente articolo ho messo in evidenza l'importanza dei fattori che favoriscono la tendenza alla cronicità di molte forme di coliti secondarie a stati dissenterici acuti, ad un'infezione tifoidea o a qualunque altro processo che sia in grado di alterare la permeabilità intestinale. Tra essi assume una particolare importanza nella massima parte dei casi il *coefficiente allergico*; ciò si comprende facilmente quando si consideri che sperimentalmente si è dimostrato che la parete intestinale infiammata rappresenta una condizione atta a favorire una invasione dell'organismo da parte di allergeni batterici o alimentari. Se la barriera epatica è sufficiente ad arrestare la loro penetrazione nel grande circolo, possono mancare manifestazioni di carattere generale o a carico di altri apparati (eczemi, orticaria, emicrania, asma, ecc.), giacchè la sensibilizzazione rimane circoscritta alla parete intestinale, risultandone una tendenza a perpetuarsi del processo morboso con manifestazioni diarroiche o spastiche-dolorose, che assumono per lo più, come tutte le forme allergiche, un andamento ciclico spesso a carattere stagionale.

Si comprende così che una costituzione allergica possa favorire lo stabilirsi di queste forme secondarie; difatti le infezioni tifoidee o paratifoidee o gli stati dissenterici acuti solo in un certo gruppo d'individui tendono a perpetuarsi in una forma di diarrea cronica; e dalla mia esperienza risulta nettamente che ciò si verifica specialmente in quei casi in cui esistono nella famiglia o negli ascendenti manifestazioni morbose del tipo allergico.

Si comprende perciò come la terapia antiallergica rappresenti un sussidio di gran valore nelle forme in parola.

La terapia antiallergica è agevole quando l'allergene è costituito da sostanze alimentari, e quando esso sia, come si verifica nelle manifestazioni episodiche, facilmente identificabile: la sua soppressione porta rapidamente alla scomparsa dei disturbi morbose. Ciò però spesso non è possibile per varie circostanze che analizzeremo in seguito e allora bisogna ricorrere al sussidio di tutti i procedimenti di terapia antiallergica, il cui risultato però è meno sicuro. Per quel che si riferisce agli allergeni alimentari, un dato che risulta dalla osservazione quotidiana è che nella massima parte

degli stati dissenterici cronici la dieta latteca è mal tollerata; ciò si verifica, secondo la mia esperienza, specialmente in quei casi in cui nella fase acuta il paziente era stato sottoposto a dieta latteca assoluta o in quei casi in cui già esisteva una idiosincrasia per il latte, che, in seguito al processo intestinale, risulta esaltata.

Nella massima parte dei casi di pura allergia alimentare postdissenterica la sensibilizzazione è a carico di molte sostanze alimentari o dei loro prodotti di scomposizione; ciò rende difficile l'attuazione pratica delle diete di esclusione, soprattutto in quei casi in cui il grado di sensibilizzazione è così spiccato, che esso interviene, non solo a favorire il carattere drammatico del disturbo, ma perchè sono sufficienti quantità minime di allergene per poter mantenere le manifestazioni morbose. Cito ad esempio le manifestazioni morbose nei casi di allergia al latte, in cui per averne la scomparsa, non basta sopprimere il latte, ma è necessario anche abolire le minime quantità di burro e di formaggio. Difficoltà notevoli nell'attuazione della cura si presentano soprattutto in quei casi in cui si ha una spiccata sensibilizzazione verso sostanze praticamente insostituibili, quali la farina di grano e quindi il pane o le paste alimentari.

Notevoli difficoltà esistono anche nella identificazione dell'allergene per la mancanza del sussidio della cutireazione diagnostica, giacchè nella massima parte dei casi si tratta di un processo circoscritto alla parete intestinale; d'altra parte, anche coll'uso quotidiano di un determinato allergene, spesso le manifestazioni intestinali sono periodiche e quindi dalla semplice anamnesi non risulta l'alimento dannoso.

Ciò è dovuto al fatto che periodi di anergia possono alternarsi a periodi d'iperergia; in altri casi bisogna invocare la somministrazione degli allergeni o l'intervento del fattore nervoso, stagionale, ecc. Fenomeni ben noti in clinica.

La diagnosi può essere agevolata dalla istituzione delle diete diagnostiche, che si praticano nel modo seguente: si sopprimono successivamente per una settimana gli alimenti che si suppone siano responsabili delle manifestazioni morbose. Dalla mia esperienza risulta che nella genesi delle sindromi postdissenteriche

e postifose gli alimenti più frequentemente responsabili dei disturbi sono il latte ed i suoi derivati, la farina di grano (e quindi il pane e la pasta); molto più raramente le uova: quindi nella massima parte dei casi bastano tre settimane di osservazione per poter individuare la *materia peccans* da eliminare e quindi istituire diete razionali.

Accertato che una manifestazione morbosa è in rapporto con una intolleranza per un determinato alimento, bisogna, in base ad una lunga osservazione, stabilire se l'intolleranza è relativa od assoluta: nel primo caso basta la limitazione quantitativa della sostanza incriminata, nel secondo è necessaria la soppressione completa per settimane o mesi: si può anche in questo caso tentare una rieducazione progressiva, però è quasi sempre necessario ricorrere a cure desensibilizzanti o alla somministrazione di fermenti digestivi, che contribuiscono ad evitare la formazione di prodotti di scomposizione anormale delle proteine, verso cui ha avuto luogo spesso la sensibilizzazione. In altri casi i disturbi possono scomparire modificando il modo di preparazione o della somministrazione dei cibi, gli orari dei pasti o la combinazione delle varie sostanze alimentari.

Dal punto di vista medicamentoso i risultati migliori si hanno con i preparati di *calcio* e di *sodio*: meno efficace risulta l'azione dell'*iposolfito di sodio* e delle altre sostanze medicamentose abitualmente consigliate nelle forme allergiche. Anche dalla somministrazione parenterale delle varie *vitamine*, la cui carenza può essere invocata come causa della cronicità del processo (giacchè le alterazioni della parete intestinale ne impediscono l'assorbimento), non si hanno all'atto pratico risultati apprezzabili.

Coll'uso dei *sali di calcio*, specie per iniezioni endovenose, si hanno spesso miglioramenti notevoli; la loro efficacia si esplica specialmente nelle forme di coliti croniche a tendenza emorragica, dove possono trovare la loro indicazione anche i preparati di *vitamina C*. Nelle cure endovenose di calcio, oltre all'azione dello ione calcio, intervengono modificazioni fisico-chimiche che probabilmente esercitano un'azione benefica sulla capacità alle reazioni a stimoli anormali.

Buoni risultati terapeutici si ottengono spesso colla somministrazione dello *iodio in dosi sub-omeopatiche*: ho osservato spessissimo vantaggi notevoli con dosi anche inferiori a quelle consigliate dal PLUMMER nell'ipertiroidismo. In genere non bisogna superare la dose di cinque o dieci gocce della soluzione iodo-iodurata (iodio gr. 1, ioduro di potassio gr. 2, acqua gr. 20) che si somministrano al mattino. Se nel meccanismo di azione intervenga una inibizione della funzione tiroidea, che regola la reattività della muscolatura intestinale a stimoli allergici, o siano in giuoco altri fattori è difficile dirlo. I tentativi diretti a modificare il terreno allergico mediante l'*opoterapia* non danno invece all'atto pratico risultati apprezzabili.

Allo scopo di modificare il terreno e in vista soprattutto del carattere elettro-negativo degli allergeni am-

nato dalla massima parte degli autori, sarebbe anche da prospettarsi la scelta di un'alimentazione che orientasse in senso acidotico la reazione di liquidi organici; si è visto però che all'atto pratico è difficile ottenere una modificazione del pH in base a direttive dietetiche speciali, a meno che non si ricorra a diete di eccezione (come per esempio la dieta ceto-genica dell'epilessia) che non possono essere continuate a lungo. Gli ottimi risultati che spesso praticamente si ottengono colla somministrazione di *acido cloridrico* in forti dosi possono essere messi in rapporto, oltre che con una acidificazione dell'organismo, con un miglioramento della digestione e con una maggiore denaturazione delle proteine alimentari.

Quando coi mezzi suesposti (*calcio, iodio, acido cloridrico*) non si ottengono risultati apprezzabili, è opportuno ricorrere alla *proteino-terapia*.

La *proteino-terapia aspecifica* delle coliti croniche è spesso coronata da brillanti successi, soprattutto perchè è in grado di evitare le recidive.

La *proteino-terapia* sorse dopo che il KRAUS osservò che, nella terapia del tifo, si hanno ugualmente buoni risultati sia adoperando vaccini di *bacterium coli* che di bacillo di Eberth. Si pensò allora che l'azione terapeutica fosse dovuta più alle sostanze proteiche, che entrano nella costituzione del corpo dei bacilli, che a proprietà specifiche. Così LUDKE decantò ottimi effetti colle iniezioni endovenose di albumosa e SCHMIDT ottenne buoni risultati colle iniezioni endomuscolari di latte bollito; e, siccome con tale mezzo spesso si provocano forti febbri, sorse discussioni se anche la sola febbre potesse intervenire come fattore che favorisse la guarigione e si crearono vari procedimenti atti a determinare forti temperature; sorse così la *pireto-terapia*.

Le discussioni sul meccanismo di azione dei due processi durarono molti anni e sono tutt'altro che sopite e si sono riaccese recentemente a proposito della malarioterapia. Nello stesso tempo tale metodo di cura si estese dalle malattie infettive a tutte le forme morbose.

Una teoria conciliativa tra le varie teorie che spiegano il meccanismo di azione di tali terapie si trova nella ipotesi che nella terapia della febbre e nella cura dei vaccini e delle proteine eterogenee l'efficacia terapeutica sia dovuta a sostanze derivate da processi di distruzione della molecola proteica: si parla perciò di *proteino-terapia aspecifica* o di *terapia da shock*, in vista appunto del profondo turbamento umorale e fisico-chimico che tali mezzi inducono nell'organismo. Sono state escogitate e decantate infinite sostanze, il cui meccanismo di azione però sarebbe più o meno identico. Tra le più importanti citerò le albumine animali (albumina d'uovo, latte totale, laattoalbumina e la caseina), le albumine vegetali, il siero umano o di cavallo (pel siero umano auto ed eteroterapia, per quello di cavallo, il semplice o l'immunizzante), i prodotti di scomposizione dell'albumina (peptone, albu-

mosa, aminoacidi, istamina), enzimi (pepsina, pancreatina), estratti di tessuti, vaccini batterici (tifoideo, coli, antistreptococcico, ecc.), zolfo, diatermia, febbre malarica, punture di api, ecc.

Tali concetti hanno creato una inondazione del mercato con un'infinità di prodotti, di cui si decanta la specificità del rimedio o per una determinata malattia o per più malattie, specialmente a carattere cronico, di tutti gli altri organi o sistemi. Ad ogni modo bisogna pensare alla possibilità che i vaccini specifici proposti nelle coliti croniche possano agire col meccanismo di una proteinoterapia specifica: un meccanismo analogo si può anche invocare nell'azione dei preparati arsenicali (stovarsolo, spirocid, ecc.) somministrati per presunte forme parassitarie: è noto infatti come tali preparati possano talora dare manifestazioni a tipo di shock colloidoclastico.

Secondo le opinioni correnti le proteine introdotte nell'organismo per via parenterale verrebbero disintegrate e i loro prodotti di scissione esalterebbero la attività e i meccanismi di difesa cellulare. Mediante tale procedimento si assuefa l'organismo agli shock che le sostanze morbose provocano.

La reazione che si ha in seguito alle iniezioni delle varie sostanze enumerate varia da uno shock quasi impercettibile a uno shock intenso, febbrile, con profondi disturbi vasomotori sia in rapporto al preparato adoperato che alla via d'introduzione preferita e alla speciale reattività del paziente. Le iniezioni endomuscolari per lo più danno scarse reazioni: più intense e talora gravi, mortali, le eridovenose, specialmente se provocano uno shock anafilattico.

È stata anche consigliata la via intradermica, preferibile perché l'assorbimento è più lento e quindi il processo d'immunizzazione più efficace. Per lo più dopo l'iniezione si ha una leucopenia polinucleare, a cui segue, specialmente dopo il brivido febbrile, una leucocitosi, che nelle malattie febbrili può raggiungere cifre di 30-40 mila. Durante la fase del brivido si ha anche un transitorio aumento di pressione.

Esistono ricerche accuratissime sulle modificazioni che seguono alla proteinoterapia e che riguardano il metabolismo basale, i disturbi vasomotori periferici o viscerali, le modificazioni del calibro delle arteriole e dei capillari per rilasciamento della muscolatura liscia, le alterazioni urinarie (modificazioni dell'acidità, del tasso ureico, dei fosfati, dell'acido urico, presenza o no di albumina, alterazioni varie della funzionalità renale). Sono state descritte alterazioni dei fermenti e antifermenti del siero, aumento delle precipitine, agglutinine, modificazioni della reazione di Wassermann, della secrezione biliare, salivare, latte, modificazioni mestruali e modificazioni della funzionalità epatica del tono, della peristalsi, e della secrezione gastro-intestinale, modificazioni del volume della milza, alterazioni varie del sangue (viscosità, velocità di sedimentazione delle emazie, modificazioni del numero delle piastrine e del tempo di coagulazione); alterazioni dei costituenti chimici del sangue (riserva alcalina, pH, dell'azoto,

del rapporto albumine-globuline, e dei valori della glicemia, dell'acido urico, dei grassi e dei cloruri).

Da questo profondo turbamento che segue in maniera più o meno spiccata alla introduzione di una proteina o di una frazione di essa è difficile dire in ogni singolo caso a quale fattore si debba attribuire il risultato terapeutico. Si tratta senza dubbio di una messa in giuoco di vari fattori che tendono a ristabilire un equilibrio, il cui turbamento era a base della malattia.

Un campo di grande applicazione della proteinoterapia è quello delle malattie allergiche e sull'azione antiallergica di esse esiste tutta una letteratura.

Data la frequenza con cui nelle sindromi post-dissenteriche interviene un fattore allergico, è perciò giustificato il tentativo di cura con proteinoterapia specifica.

Non bisogna però esagerare negli entusiasmi. Per lo più i vantaggi sono temporanei, giacché bisogna ricordare che si tratta di una malattia recidivante.

La proteinoterapia può però considerarsi sempre un piccolo aiuto a superare una crisi.

È opportuno non provocare reazioni febbrili o gravi stati di shock specie in individui indeboliti da lunghi periodi di diarree, giacché le gravi reazioni non sono immuni da pericoli.

Dalla mia esperienza risultano i vantaggi migliori dalla *proteinoterapia intradermica*. Il metodo intradermico di vaccinazione per lo più non provoca febbre; nella sua azione interviene, oltre alla lentezza dell'assorbimento, che dà tempo all'organismo di elaborare gli anticorpi corrispondenti, una funzione attiva della cute che ha lo scopo di degradare l'antigene, forse per un'azione iperergica locale. Il meccanismo della Roentgenoterapia sarebbe basato su di una disintegrazione proteica a livello della cute: si formerebbero sostanze istaminosimili, che avrebbero un'azione protettiva o immunizzante: in qualche caso infatti si hanno buoni risultati dalla Roentgenoterapia o dall'uso dei raggi ultravioletti, sebbene qui si possa invocare anche l'azione regolatrice del metabolismo del calcio.

Nello stesso gruppo di procedimenti terapeutici può rientrare anche la trasfusione del sangue, che trova un'indicazione assoluta nelle forme gravi a tendenza emorragica.

Tra le tecniche proteinoterapiche uno dei mezzi che mi ha dato buoni risultati è costituito dalle *iniezioni di latte* (10-20 cmc. di latte sterile endomuscolare a giorni alterni): però, per la forte elevazione febbrile che spesso determinano, non sono indicate negli individui indeboliti o nervosi.

Per alcuni la proteinoterapia esplica la sua azione immettendo un circolo istamina e provocando così la formazione di sostanze ad azione antiistaminica: si è tentato perciò di desensibilizzare l'organismo con dosi piccole progressive di istamina, attivandone l'azione mediante ionizzazione. PAL consiglia l'istamina per via orale (8 mgr. al giorno): è stata proposta anche una sostanza ad azione antiistaminica (Toranti): però sia l'una che l'altra non hanno dato nelle mie mani

risultati incoraggianti. Ottimi risultati io li ho osservati dopo *iniezioni di peptone* (soluzione al 50% in dosi $1/3$ di cmc.) per via intradermica ovvero soluzione all'1% in dose di cmc. 10 per via intramuscolare (sia l'una che l'altra da ripetersi ogni due o tre giorni fino a scomparsa dei disturbi); bisogna però tener presente che la seconda può provocare forti elevazioni febbrili.

Un mezzo consigliabile sempre nelle coliti ribelli è costituito dalla *autoemoterapia*, ed *autosieroterapia*.

Di tale mezzo non pericoloso e alla portata di tutti se n'è fatta una panacea che va dalle affezioni cutanee, alle malattie mentali, alle forme allergiche, alle malattie infettive (perfino nella tubercolosi e nella sifilide come cura coadiuvante). E' stato inoltre proposto nelle emorragie cerebrali, nell'ipertensione arteriosa, in ogni forma di emorragia (gastrica, uterina, polmonare), nell'ozena, nella corea, nel glaucoma, nel vomito dei lattanti e nell'enuresi notturna. Tutto ciò certamente rappresenta un giustificato motivo di sfiducia preventiva;

però all'atto pratico, trattandosi di un mezzo semplice e non pericoloso, va tentato, tanto più che in qualche caso mi ha dato risultati rapidi e definitivi. La tecnica è semplice: s'iniettano nelle masse glutee ogni due o tre giorni 10-20 cmc. di sangue prelevato dalla vena del braccio per 5-6 volte.

In realtà le modificazioni ematologiche da me riscontrate sono dello stesso tipo di quelle descritte nella *proteino-terapia*. Si può ammettere in via teorica che, oltre ai fattori di scomposizione proteica, intervenga nel meccanismo terapeutico dell'autoemoterapia anche la formazione di anticorpi di natura specifica nel sangue dell'individuo ammalato.

Riassumendo; le manifestazioni intestinali croniche possono essere favorite ed esaltate da fattori complicanti, tra cui quello allergico ha una particolare importanza; una cura quindi anti-allergica razionale potrà spesso darci vantaggi definitivi e superiori a quelli ottenuti con procedimenti atti a combattere l'agente parassitario o infettivo.

59039

~~335701~~

