



2060

Prof. ARTURO CAMPANI

Modena

# La terapia antidolorifica e anestetizzante contro gli stati infiammatori

---

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", - Anno VIII - N. 13, del 15 luglio 1939-XVII)

---





Prof. ARTURO CAMPANI

*Modena*

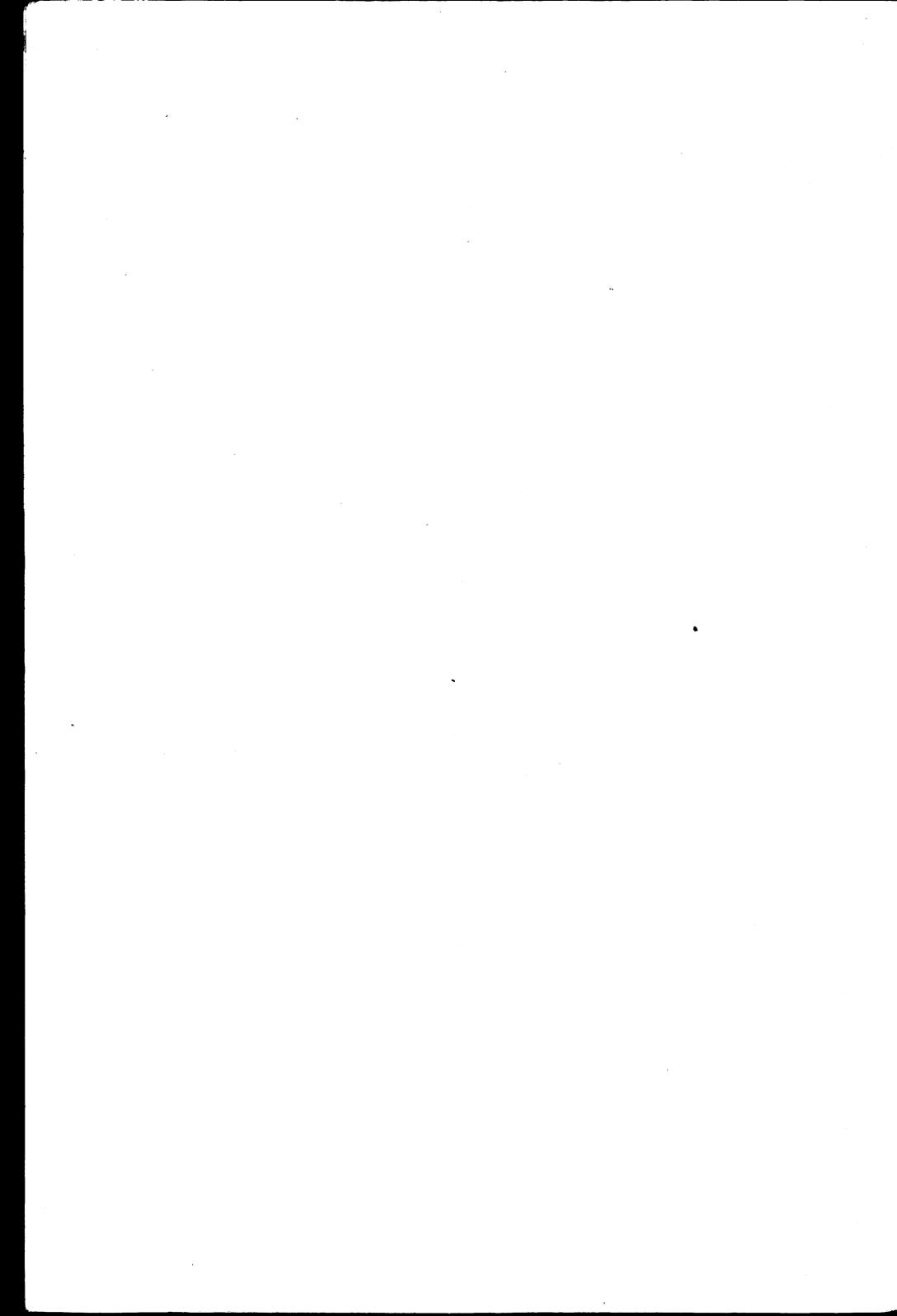
# La terapia antidolorifica e anestetizzante contro gli stati infiammatori

---

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", - Anno VIII - N. 13, del 15 luglio 1939-XVII)

---





L'interessantissima nota che il prof. LUCHE-  
RINI ha pubblicato nel n. 5, 1939, di questo giorna-  
le circa gli utili effetti terapeutici dell'antipi-  
rina al 10% per via endovenosa nelle poliari-  
triti reumatiche mette sul tappeto, secondo me,  
una questione generale che è stata talora sfiorata  
ma non mai approfondita, e cioè l'azione  
terapeutica, in senso eziologico, dei medicamenti  
antidolorifici nelle malattie infiammatorie —  
argomento del quale già ebbi occasione di occu-  
parmi in precedenti articoli.

Ma prima di entrare direttamente nel tema,  
ritengo utile aggiungere alle larghe ed esaurienti  
osservazioni del collega di Roma — che  
noi pure della Clinica medica di Modena, quan-  
do nel 1902-1907 io vi era collaboratore del  
prof. ERCOLE GALVAGNI, si usava in modo lar-  
go, secondo le incontrastate idee di allora, il  
salicilato di soda ad alte dosi per via orale,  
unito al cognac, con risultati invero abbastanza  
buoni sul processo articolare, ma nulli sulle  
sequele cardiache — senza contare — al pas-  
sivo — gli effetti talora disastrosi sull'apparato  
digerente e mediocri sul sintoma *dolore* — però  
— questi — proporzionali all'azione antiflogi-  
stica articolare — donde fin da allora l'idea  
che il salicilato agisse soprattutto se e in quanto  
poteva ridurre, se non abolire il dolore.

Ciò premesso, ricordo come in campo più ge-  
nerale abbia preso sopravvento in questi pe-  
riodi l'aspirina (acido acetilsalicilico) nella pro-  
filassi e cura di quei molteplici stati così detti  
reumatici tanto frequenti nella stagione fredda

e che vanno dai dolori muscolari alle nevral-  
gie — dalla corizza alla influenza ed alla spa-  
gnola. E in questo tema giova aggiungere come  
per un lungo periodo fin di secolo ebbe voga,  
non immeritata e forse più degna, la così detta  
formula di BACCELLI e cioè: salicilato di chinina,  
fenacetina, kermes minerale e canfora rasa —  
ove entrava quindi un analgesico vero e pro-  
prio, la fenacetina, ora quasi dimenticato, come  
lo è in parte l'antipirina.

Possiamo domandarci, in tema di revisione, se  
sia proprio giusta la preferenza assoluta a que-  
sto salicilico che ha soppiantato il salicilato di  
soda. Riguardo al salicilato nessun dubbio, se  
non altro pei minori disturbi sull'apparato gas-  
tro enterico (1) e per la maggior azione anal-  
gesica a dose pari, ma che l'aspirina rappresenti  
con ciò l'ideale e non possa venir sostituita in  
molti casi da altre sostanze è il momento di stu-  
diare e veder bene, anche in tema profilattico.

Ma prima di entrare direttamente in questo  
campo pratico è utile richiamare qualche dato  
storico e qualche concezione teorica, specie ora  
che il tema viene coraggiosamente ripreso, in  
abbandono delle vecchie idee degli antinevral-  
gici utili solo quale cura sintomatica.

Ed è giusto all'uopo ricordare — come quelli  
di un pioniere in materia — i lavori dello SPIESS

(1) Minori, ma tutt'altro che trascurabili — ad esempio, an-  
che l'anno scorso in *The Lancet* (novembre 1938) DOUTHWAR-  
TE e LINTOTT affermavano che nell'80 % dei casi l'aspirina  
determina reazione infiammatoria della mucosa gastrica fino a  
vere emorragie sottomucose — non meno dell'acido salicilico  
che l'acido cloridrico libera dal salicilato di sodio.

di 20 anni fa, il quale emise l'ipotesi che l'infiammazione dipendesse soprattutto dall'attività dei nervi sensibili — donde la conseguenza che l'anestesia, comunque ottenuta, agisse contro la infiammazione, anche in senso preventivo. Egli aveva notato che dopo interventi sulle tonsille la guarigione si aveva rapidissima cospargendo di ortoformio la ferita e con continuità tale da togliere per un certo periodo la sensazione molesta. Dagli studi dello SPIESS e successivamente di FELD si concludeva che un'infiammazione non si manifesta se si riesce per mezzo dell'anestesia ad eliminare i riflessi che decorrono nel nervo sensibile centripeto, e guarisce rapidamente anestetizzando il focolaio flogistico, senza turbare il giuoco normale dei nervi simpatici. Tale ultima condizione, come vedremo, sembra contraddittoria a ciò che sarebbe stato osservato successivamente.

Il BAYER («Zentralblatt für innere Medizin», 2. V. 37), riprendendo dopo tanti anni le idee dello SPIESS, si sforza di conciliarle anche colla teoria di BIER, che fa dell'infiammazione un processo naturale di guarigione — vecchio assioma di patologia generale —, ma pensa che il dolore è una funzione dell'insieme neurovegetativo costituito da tutte le cellule di esso — supporto lui stesso della troficità. Secondo il BAYER non vi sarebbe poi contraddizione fra la anestesia medicamento e l'iperemia medicamento, lasciando all'avvenire il compito di precisare le indicazioni dei due metodi terapeutici. In ogni caso — aggiunge — l'anestesia usata come cura non ha lo scopo di sopprimere il dolore, ma di paralizzare l'insieme della funzione neurovegetativa, realizzando così l'invulnerabilità dei tessuti.

A parte queste spiegazioni teoriche, un po' oscure, l'A., in base ad esperimenti fatti anche su se medesimo, è riuscito a stabilire che l'anestesia protratta impedisce la formazione di infiammazioni (ha usato vari anestetici, compresa la novocaina). Egli allarga poi le indicazioni a forme patologiche di infiammazione cronica, anche specifiche, arrivando fino alle ulcere gastriche.

E qui viene a taglio di citare il lavoro recentissimo di R. LERICHE: *De l'action v. dilatatrice de la novocaine - Nature physiologique et effets thérapeutiques de l'infiltration novocainique* («Presse Médicale», 5 novembre 1938). Lo scopo delle ricerche dell'A. francese riguarda soprattutto l'azione del medicamento — privo di adrenalina — sui gangli del simpatico, con effetto di vasodilatazione. Egli — sugli accertamenti fisiologici — estende l'indicazione a molti stati morbosì: traumatismi, arteriti, mali di Raynaud, ecc., ma specialmente a stati infettivi delle membra al loro inizio ed anche viscerali, linfangiti tronculari, infezioni iniziali da puntura infetta delle dita, ecc.

Probabilmente — egli nota — l'importanza notevolissima della cura corrisponde a quella della sensibilità interstiziale dei nostri tessuti che equilibra il sistema circolatorio relativo e quindi la nutrizione generale (è la troficità di Bayer?), mettendo in movimento i riflessi circolatori, arrestando un'infiammazione iniziale e bloccando così la malattia. Ciò apre, secondo l'A., un nuovo grande campo alla terapia; ma l'interpretazione dell'azione è fondata sull'intervento del simpatico come funzione vasodilatatrice, trascurando l'elemento sensibilità dolorifica.

Nello stesso ordine di idee, ma in campo molto diverso, sono gli esperimenti di MICHON, CHAIZE, e MOLLARD («Presse Méd.», n. 44, 1938), poi quelli di BINDA e MOLLARD («Presse Méd.», n. 37, 1938) in tema di tubercolosi polmonare.

Il presupposto teoretico — fondato secondo me su giusti rilievi clinici — è questo: che anche nella tubercolosi l'infiammazione in linea generale debba ritenersi un elemento di danno anziché di vantaggio: di ciò io stesso trattai nel lavoro: *I pericoli della congestione attiva nella tbc. polmonare* («Giornale di Tisiologia», n. 3, 1925) e la successiva ed antecedente esperienza mi hanno sempre più confermato in tale concetto che vale come principio fondamentale in terapia — donde, del resto, l'istinto curativo empirico che da mil-

lenni cerca di combattere sempre l'infiammazione come causa di estensione di malattia coi vari medicamenti antiflogistici fisici-chimici come nelle polmoniti il salasso, il sanguisugio, gli empiastri, ecc., come nel tifo il bagno raffreddato, il ghiaccio e tutto l'altro arsenale escogitato all'uopo. Ma in tema di tubercolosi polmonare se ne era sempre parlato con circospezione. Ora i detti autori affrontano con coraggio l'argomento e sul criterio che ogni infiammazione così detta epitubercolare o forse, meglio, peritubercolare — leggi essudazione infiammatoria intorno a un focolaio — può anche creare ed anzi crea facilmente terreno a sviluppo di nuovi infiltrati, trova l'indicazione ad opporvisi con ogni mezzo (1). Così nel lavoro: *L'instabilità del sistema vago-simpatico e gli interventi sul sistema simpatico nel corso della tubercolosi polmonare*, gli AA. francesi citati, sulla base delle premesse cliniche indicate dal titolo, preconizzano, come cura profilattica ed anche diretta, l'infiltrazione con novocaina del ganglio stellare e dei primi gangli toracici.

A parte i risultati concreti che possono ritrarsi in questo campo dal nuovo metodo, richiamante quello dell'alcoolizzazione dei nervi ed altri analoghi, noi notiamo che tutti hanno sostanzialmente un'azione immediata o mediata antidolorifica o *comunque alterante la sensibilità*, anche se i vari AA. interpretino diversamente, specie nel campo circolatorio, il meccanismo intimo di azione, la qual cosa riflette più la teoria che la pratica.

Ed è per questo che noi abbiamo ricordato anche studi in apparenza poco attinenti coll'argomento fondamentale del nostro lavoro, originato da quello del prof. LUCHERINI.

Ritornando quindi ai punti fondamentali dovrò ora rifarmi un po' alle mie osservazioni personali, che avendo il crisma di molti anni di esperienza possono portare, credo, un contributo utile.

(1) La stessa tubercolina può essere utile solo se non risvegli fenomeni di focolaio.

Dirò subito che durante la guerra mondiale in ospedali di guerra per malattie contagiose (1916-17), dopo mille e uno esperimenti vaccinali e sieroterapici, dovetti, assieme al collega di lavoro dott. F. BERGOLLI, comunicare che uno dei metodi ancora migliori per ridurre — al loro inizio — la gravità delle forme infettive, specie il tifo, era il dare gli antipiretici in saggia continuità, uniti ai neurocardionici come il piramidone colla caffeina. Altri AA. dopo fecero le stesse constatazioni usando il piramidone anzichè l'aspirina nella grippe, poi nel morbillo specie nella pratica pediatrica, poi nelle tonsilliti, ecc. E il dott. LUIGI FERRANNINI in un suo lavoro sulla cura della melitense (« Gazz. San. », IV, 5, 1938) ha messo in luce gli ottimi risultati — migliori che con la chinina — della maretina e della criogenina, analogamente al MELLI (« Policl. », Sez. Prat., 1937). Anche il FERRANNINI finisce col dire che sopprimendo la febbre, spesso, anche nelle infezioni, si sopprime la malattia.

Ma un vero *experimentum crucis*, che già segnalai in altri lavori, lo ebbi nel 1918 durante la spagnola. Dirigevo allora il Sanatorio militare C. R. di Cuasso al Monte con 150 malati: eravamo circondati dall'infezione — che nella vicina borgata di Cavagnano non aveva risparmiato quasi nessuno dei 500 abitanti — e per di più da Milano mi erano giunti due infermieri già in istato di pneumonite influenzale, decessi poco dopo — e quindi veicolo imminente di chissà qual diffusione. Come profilassi ordinai gargarismi antisettici tutte le sere e poi a tutti i malati e personale tutti i giorni piccole dosi di piramidone e caffeina. Sta di fatto che nessuno degli infermi nè del personale si ammalò, malgrado che spesso noi ci recassimo per ragioni doverose di cura nei centri infetti di Cuasso e di Cavagnano.

Da allora non ho più abbandonato il criterio di usare, quando appena inizia uno stato infettivo — specie dell'apparato respiratorio (corizza, tracheite, ecc.) — gli antineuralgici antipiretici più che i salicilici, i quali nella sudorazione non sempre hanno un vantaggio, mentre è relativa-

mente scarso e talora nullo il potere analgesico. E l'evitare tali così dette influenze, alle quali le corizze abitualmente aprono la strada, è fare dell'alta profilassi a forme più gravi come in primo luogo la tubercolosi, i cui rapporti concausali con dette forme comuni sono evidenti e noi abbiamo più volte avuto occasione di occuparcene in diversi lavori.

Ma non solo nelle malattie a carattere generale, bensì anche in quelle locali, l'uso del piramidone o equivalenti (gardan, optalidon, nealgyl, ecc. ecc.) in modo sistematico mi è riuscito utilissimo se applicato in tempo: così nei foruncoli, nelle amigdaliti; così nei traumatismi con pericolo d'infezione, talchè nel *pneumotorace stesso, con questo metodo, usando il medicamento nel giorno del rifornimento e nel successivo, si sogliono evitare i versamenti infiammatori.*

Potrà obbiettersi che in molti casi manca lo stimolo dolorifico: ma se pur manchi il dolore vero e proprio, l'eccitazione sensitiva si ha quasi

sempre, sia col raffreddamento di una mucosa o di un muscolo nel caso di forme reumatiche, sia collo stimolo che il germe patologico provoca nel suo primo sviluppo nei tessuti che invade.

Ecco perchè, in relazione al bel lavoro di LUCHERINI, noi abbiamo creduto opportuno portare in discussione tutto l'interessante argomento patologico-terapeutico che ha come basi fondamentali i seguenti punti che meritano un particolare studio, anche da parte dei pratici, cui sono rivolte queste note di richiamo:

1) se medicamenti locali o generali, ad azione antidolorifica, possano ritenersi veramente utili come terapia;

2) ciò ammesso, per quale meccanismo, se cioè attraverso un'azione vasomotoria o altra;

3) quando la terapia antiflogistica debba ritenersi utile e necessaria, sia in senso profilattico, sia in quello curativo nei vari stati morbosi.

59001

19187

