

# STORIA della MEDICINA



A cura di  
Dott. Vella

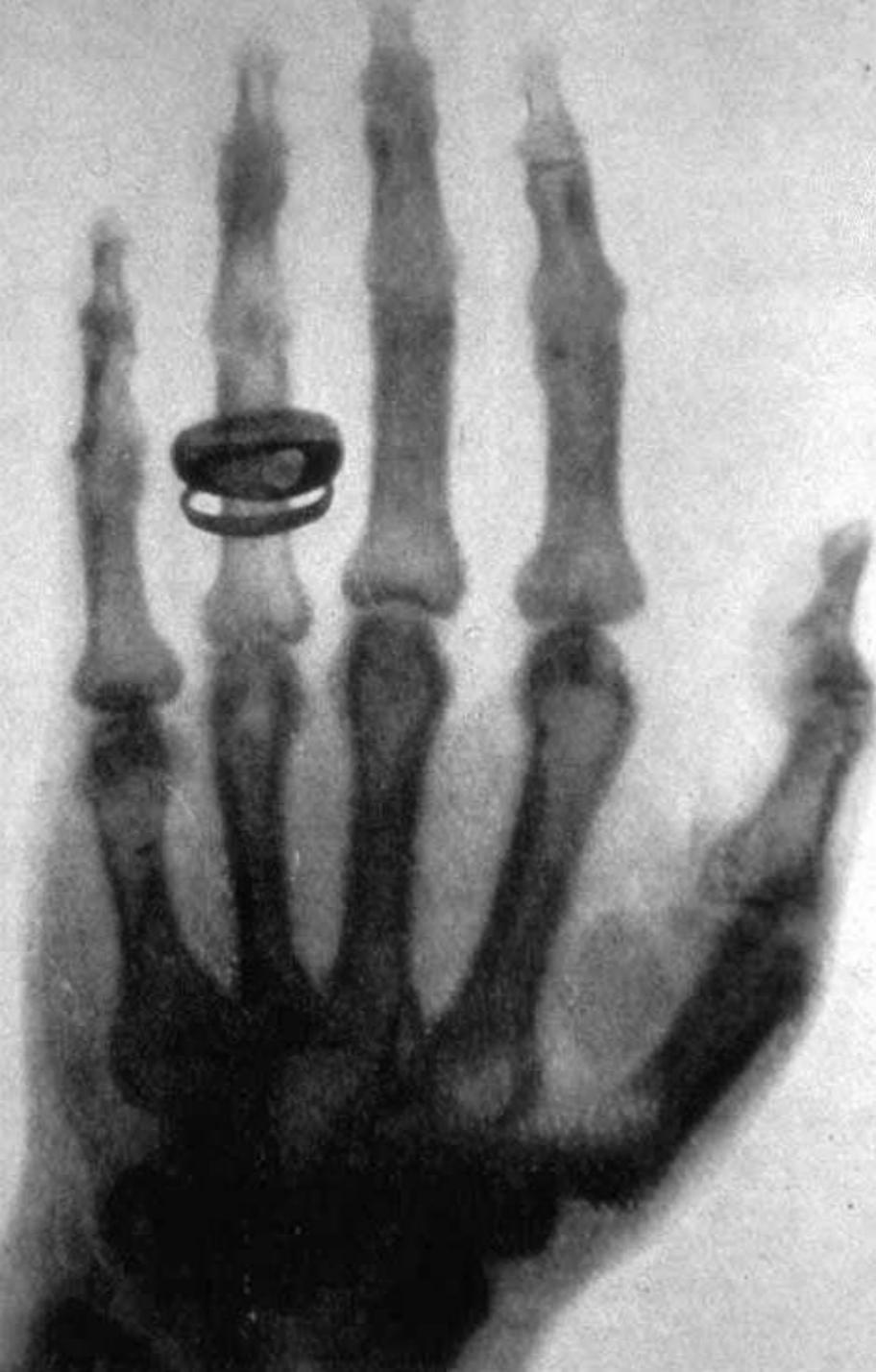
# GIURAMENTO DI IPPOCRATE

**A**FFERMO CON GIURAMENTO PER APOLLO MEDICO E PER ESCULAPIO, PER IGIEA E PER PANACEA E NE SIANO TESTIMONI TUTTI GLI DEI E LE DEE, CHE PER QUANTO ME LO CONSENTIRANNO LE MIE FORZE E IL MIO PENSIERO, ADEMPIRO' QUESTO MIO GIURAMENTO CHE PROMETTO QUI SCRITTO. CONSIDERERO' COME PADRE COLUI CHE MI INIZIO' E MI FU MAESTRO IN QUEST'ARTE, E CON GRATITUDINE LO ASSISTERO' E GLI FORNIRO' QUANTO POSSA OCCORRERGLI PER IL NUTRIMENTO E PER LE NECESSITA' DELLA VITA, CONSIDERERO' COME MIEI FRATELLI I SUOI FIGLI E SE ESSI VORRANNO APPRENDERE QUEST'ARTE, INSEGNERO' LORO SENZA COMPENSO E SENZA OBBLIGAZIONI SCRITTE, E FARO' PARTECIPARE DELLE MIE LEZIONI E SPIEGAZIONI DI TUTTA INTIERA QUESTA DISCIPLINA TANTO I MIEI FIGLI QUANTO QUELLI DEL MIO MAESTRO E COSI' I DISCEPOLI CHE ABBIANO GIURATO A VOLERSI DEDICARE A QUESTA PROFESSIONE, E NESSUN ALTRO, ALL'INFUORI DI ESSI. PRESCRIVERO' AGLI INFERMI LA DIETA OPPORTUNA CHE LORO CONVENGA PER QUANTO MI SARA' PERMESSO DALLE MIE COGNIZIONI, E LI DIFENDERO' DA OGNI COSA INGIUSTA E DANNOSA, GIAMMAI MOSO DALLE PREMUROSE O CON UOMINI SIA LIBERI CHE SERVI, E TUTTO QUELLO CHE DURANTE LA CURA ED ANCHE ALL'INFUORI DI ESSA AVRO' VISTO E AVRO' ASCOLTATO SULLA VITA COMUNE DELLE PERSONE E CHE NON DOVRA' ESSERE DIVULGATO, TACERO' COME COSA SACRA. CHE IO POSSA, SE AVRO' CON OGNI SCRUPOLO OSSERVATO QUESTO MIO GIURAMENTO SENZA MAI TRASGREDIRLO, VIVERE A LUNGO E FELICEMENTE NELLA PIENA STIMA DI TUTTI E RACCOGLIERE COPIOSI FRUTTI DELLA MIA ARTE. CHE SE INVECE LO VIOLERO' E SARO' QUINDI SPERGIURO POSSA CAPITARMI TUTTO IL CONTRARIO.



ΟΜΝΥΜΙ ΔΡΟΜΟΜΑΙΝΤΡΟΝ ΚΑΙ ΕΣΚΛΑΠΙΟΝ ΚΑΙ  
ΓΙΓΙΑΝ ΚΑΙ ΠΑΝΑΚΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΕΟΥΣ ΠΑΝΤΕΣ ΤΕ ΚΑΙ ΠΑΣΑΣ  
ΙΣΤΟΔΑΣ ΠΟΛΥΜΕΝΕΣ ΕΠΙΤΕΡΕΣ ΠΟΙΗΣΕΙΝ ΚΑΤΑ ΔΥΜΩ  
ΜΙΝ ΚΑΙ ΚΟΣΙΝ ΕΜΗΝ ΟΡΘΟΝ ΤΕΧΝΗΝ ΚΑΙ ΕΥΓΡΑΔΟΝ  
ΤΗΝΔΕ ΜΗΤΕΣΘΕ ΔΙ ΜΕΝ ΤΟΝ ΟΥΡΑΝΟΝ ΜΕ ΤΗΡΤΕΣΗΝ  
ΤΑΥΤΗΝ ΊΣΘ ΓΕΝΕΤΗΣΙΝ ΕΡΟΙΣΤΑΣΙ ΟΥΡΟΜΟΣΑΙ  
ΚΑΙ ΕΡΕΘΟΝ ΧΡΗΖΟΝΤΙ ΜΕΤΑ ΔΟΛΩΝ ΠΟΝΗΡΩΔΙΚΑΙ ΚΑΙ  
ΝΟΤΟΙΣ ΟΥΔΕ ΟΥΔΕ ΑΔΕΛΦΟΙΣ ΥΟΝ ΧΙΤΙΣΙΜΕΙΝ ΑΡΡΕ  
ΣΙ ΚΑΙ ΔΙΔΑΣΚΕΙΝ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΕΥΧΗΝ ΗΜ ΧΡΗΖΟΝ  
ΜΑΝ ΟΑΝΕΙΝ ΟΥΕΝ ΜΙΣΘΟΥΝ ΚΑΙ ΕΥΓΡΑΔΟΝ ΠΑΡΑΔΕ  
ΛΙΝ ΤΑ ΚΑΙ ΑΝΟΡΘΟΝ ΚΑΤΕΣ ΑΟΡΗΝ ΑΠΕΙΣ ΜΑ  
ΟΝ ΟΥ ΚΑΤΕΣΟΝ ΠΟΙΗΣΑΙ ΟΑΙ ΜΟΙΣΙ ΤΕ ΑΜΟΙΚΑΙ  
ΤΟΙΣ ΚΟΣΙΝ ΔΙΔΑΣΚΟΝΤΕΣ ΠΑΤΕΡΟΝΤΕΙΣ ΕΥΓΕΙΑΜ  
ΜΕΝΟΣΙ ΤΕ ΚΑΙ ΟΥΡΙΣΜΕΡΟΙΣ ΚΟΡΟ ΗΤΗΝΟ ΑΡΡΟΔΙ  
ΟΥΔΑΝΙ ΔΙΟΙΤΗΜΕΝ ΤΕ ΧΡΕΚΟΜΕΝ ΟΥΔΕ ΜΗ ΚΕΜ  
ΝΟΝΤΟΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΤΕΣΙΝ ΕΜΟΙ ΕΠΙ ΟΚΛΗ  
ΣΕΙ ΔΙ ΑΔΕΛΦΟΙΣ ΚΑΙ ΖΕΙΝ ΟΥ ΚΟΤΟ ΟΥ ΟΥΔΕ ΦΑΡΜ  
ΑΚΟΝ ΟΥΔΕ ΚΑΤΕΣΑΙ ΟΑΡΑΙ ΤΟΝ ΟΥΔΕ ΒΟΗΘΗΟ  
ΜΑΙ ΕΣΤΙΝ ΟΥΔΑΙΝ ΤΟΝΔΕ ΟΑΝΟΟΥ ΔΕ ΟΥΔΕ ΓΥΝΑΙ  
ΚΙ ΠΕΣΣΟΜΟΟΒΙΟΝ ΚΟΣΙΟ ΑΓΥΟΙ ΔΗ ΚΑΙ ΟΣΙΟ ΔΙΑ  
ΤΗΡΗΟ ΕΙΟΝ ΤΟΝ ΕΜΟΝ ΚΑΙ ΤΕΣΗΝ ΤΗΝ ΕΜΗΝ ΟΥ  
ΤΕΜΕΟΟΙ ΟΥΔΕ ΜΗΝ ΑΠΟΝΤΑΙ ΕΚ ΕΚΕΝΣΟ ΔΕ ΕΓΓΑΤΗ  
ΣΙΝ ΑΡΕΡΑΙ ΠΟΝΗΣΙΟΝ ΤΗΣ ΕΚ ΑΥΤΑΙΣ ΔΕ ΟΚΟΙΑΣ  
ΑΝ ΕΣΙΟ ΕΣΤΑΝ ΤΟΝΔΕ ΕΠΙ ΟΚΟΙΣ ΤΕΜΟΝΟΝ ΕΚΤΟΝ  
ΕΟΝ ΠΑΝΗΝ ΟΚΙΝΕ ΣΥΝΟΚΙΝΕ ΚΑΙ ΟΚΟΙΝΣ ΤΗΣ ΤΕ  
ΔΑΛΗΣ ΚΑΙ ΑΡΡΟΔΟΜΟΝ ΑΥΤΟΝ ΑΥΤΗΣ ΕΥΜΑΙΝΟΝ  
ΣΟΜΑΤΟΝ ΚΑΙ ΑΡΡΟΔΟΜΟΝ ΑΥΤΟΕΟΝ ΤΕ ΚΑΙ ΔΟΝΑΟΝ  
Δ Ε ΑΝ ΕΜ ΟΚΑΡΗΝ ΚΑΙ ΣΟΝ ΗΑΝ ΟΥΣΙΟ Η ΚΑΙ ΔΡΕΝΟΙ  
ΡΑΠΗΙΝ ΚΑΤΑ ΕΙΟΝ ΑΜΟΡΟΦΟΝ Δ ΜΗ ΕΟΝ ΠΟΤΕ ΕΚΛΑ  
ΔΕΕΙΟΑΙ ΕΦΟ ΣΙΓΗΣΟΜΑΙ ΑΡΡΗΤΑ ΗΓΕΥΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ  
ΤΑ ΕΟΙΔΥΤΑ ΟΡΚΟΜΕΝ ΟΥΝ ΜΟΙ ΤΟΥΔΕ ΕΟΙΤΕ ΕΑ  
ΡΟΙΕΟΡΤΙ ΚΑΙ ΜΗ ΕΥΓΕΟΡΤΙ ΕΙΝ ΕΡΑΥΕΚΣΟΑΙΚΑΙΒΙ  
ΟΥ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΝ ΑΡΡΟΖΟΜΕΝΟ ΟΥΡΑ ΠΑΣΙΝ ΑΜΟΡΟ  
ΠΟΙΣ ΕΙΣ ΤΟΝ ΔΙΕΙ ΤΡΟΟΡ ΠΑΡΑΒΑΙΝΟΝΤΙ ΔΕ ΚΑΙ ΕΠΙ  
ΟΡΚΟΥΝΤΙ ΤΑΝΑΝΤΙΑ ΤΟΥΤΕΟΝ

Lunedì,  
05  
novembre  
2018



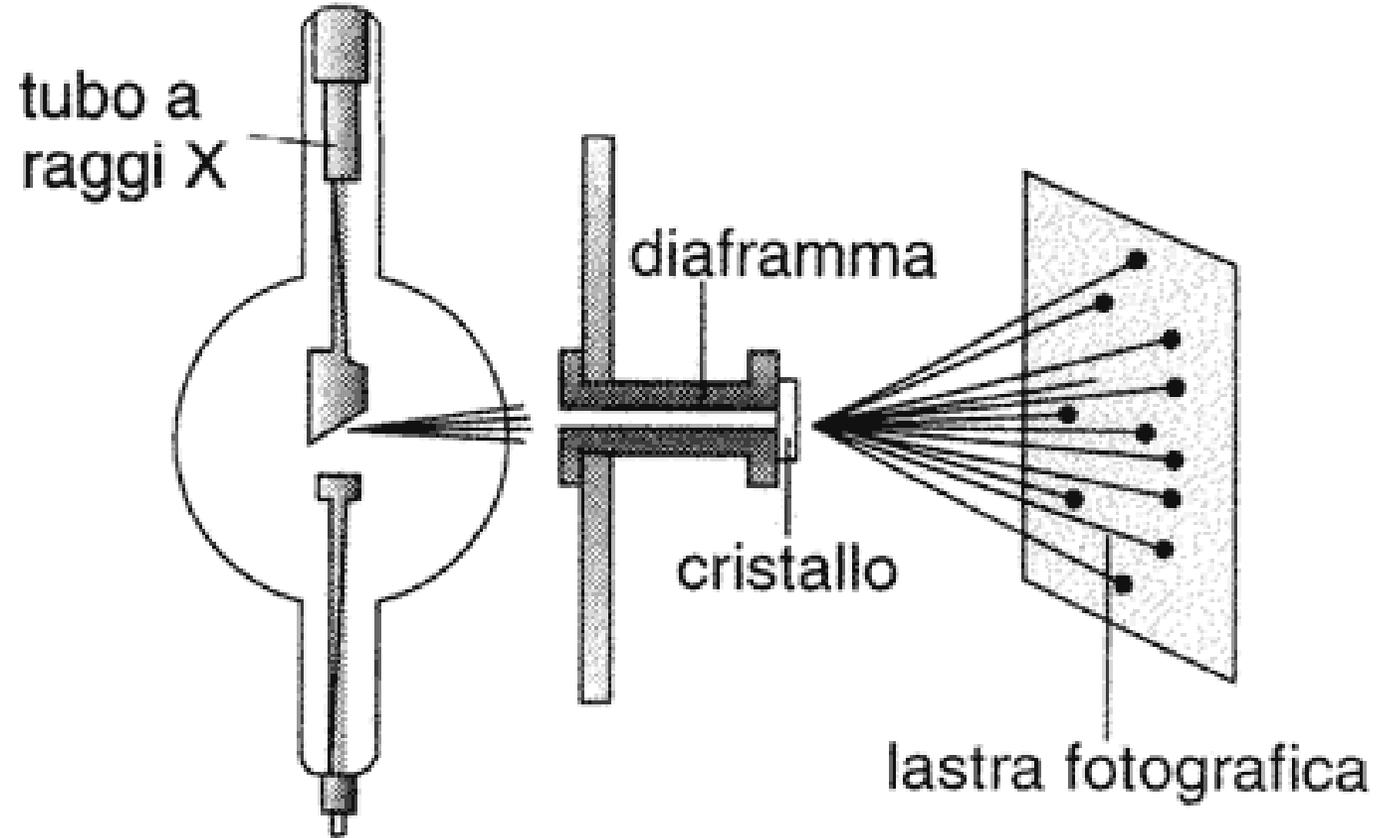
# RAGGI X

RAGGI X

In fisica i raggi X (o raggi Röntgen) sono quella porzione di spettro elettromagnetico con lunghezza d'onda compresa approssimativamente tra 10 nanometri (nm) e 1/1000 di nanometro (1 picometro).

I raggi X sono usati principalmente per fini medici (attraverso le radiografie), nell'analisi chimica con la spettrofotometria XRF e nell'analisi della struttura dei materiali con la cristallografia a raggi X e con la spettroscopia di assorbimento dei raggi X.

Nell'aprile 1887, Nikola Tesla iniziò a studiare i raggi X usando sia i propri apparecchi che i tubi di Crookes. Dai suoi resoconti tecnici, si vede che inventò e realizzò uno speciale tubo a raggi X con un singolo elettrodo. I tubi di Tesla differivano dagli altri per non avere un elettrodo bersaglio. I suoi esperimenti successivi lo portarono ad avvertire la comunità scientifica per primo dei rischi biologici connessi all'esposizione dei raggi X. Hermann von Helmholtz formulò una descrizione matematica dei raggi X. Ipotesizzò una teoria della dispersione prima che Röntgen facesse le sue scoperte e annunci. La sua formula era basata sulla teoria elettromagnetica della luce. William Crookes investigò sugli effetti di scariche di energia in gas nobili. Costruì quello che adesso è chiamato un tubo di Crookes, poi evolutosi in tubo radiogeno: un cilindro di vetro al cui interno è fatto il vuoto, contenente degli elettrodi a cui vengono applicate correnti ad alta tensione. A pressione ambientale esso emetteva luce visibile, che variava di tipo col decrescere della pressione, fino ad affievolirsi sottovuoto spinto, per poi spegnersi.

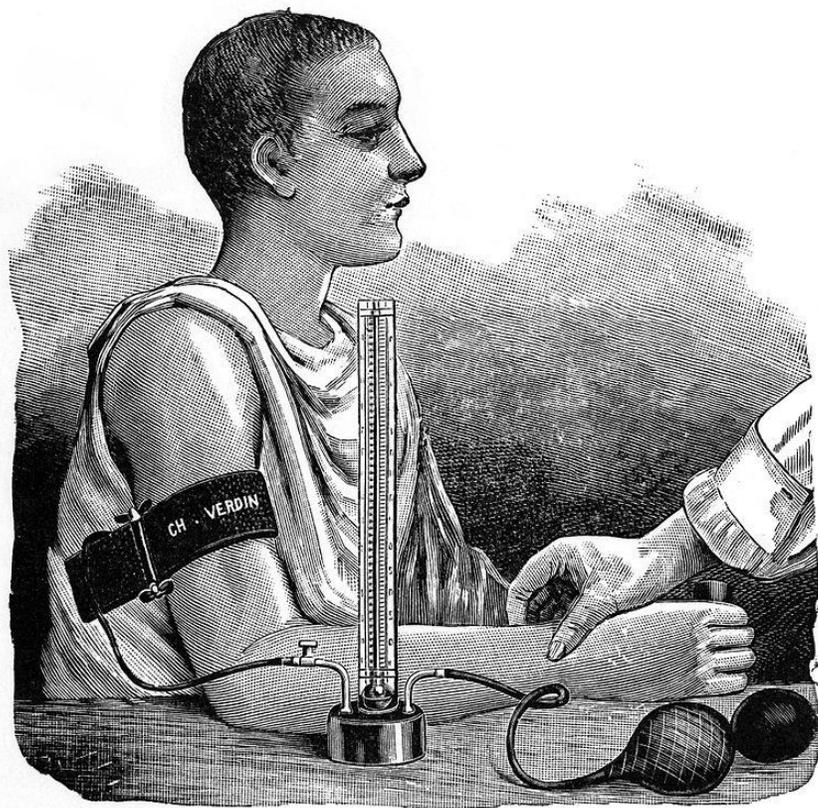


Nel 1892, Heinrich Hertz dimostrò che i raggi catodici potevano passare attraverso fogli di metallo molto sottile (come l'alluminio). Philip Lenard, uno studente di Hertz, continuò ad investigare. Sviluppò una nuova versione del tubo catodico, e studiò la penetrazione dei raggi X attraverso vari metalli. Lenard, però, non si rese conto della natura della radiazione che stava producendo, che pensava invece fosse di tipo noto. L'8 novembre 1895 Wilhelm Röntgen, uno scienziato tedesco, iniziò a osservare raggi X mentre sperimentava con i tubi a vuoto.

Röntgen chiamò la radiazione "X", per indicare che era ancora di tipo sconosciuto. Il nome rimase, anche se molti dei suoi colleghi suggerirono di chiamarli "raggi di Röntgen" (Röntgen stesso si oppose a questa denominazione). In alcune nazioni, quest'ultimo nome è ancora usato. Röntgen ricevette, nel 1901, il primo Premio Nobel per la fisica grazie a questa scoperta.



# SFIGMOMANOMETRO

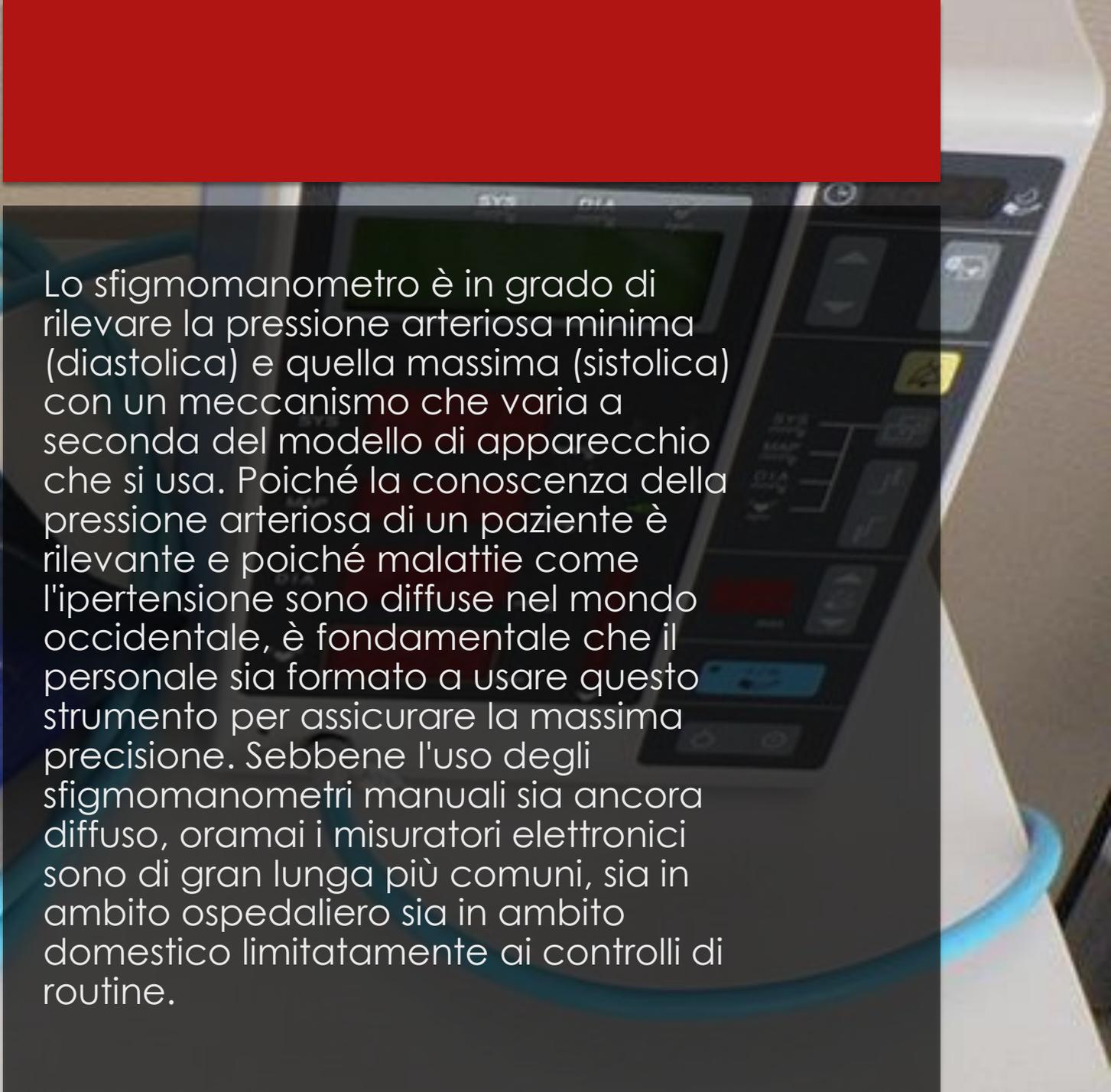


Lo sfigmomanometro (o sfigmometro o sfigmoscopio, misuratore della pressione) è un'apparecchiatura biomedicale usata per la misura della pressione arteriosa inventata alla fine dell'Ottocento, la cui unità di misura è il millimetro di mercurio (mmHg).

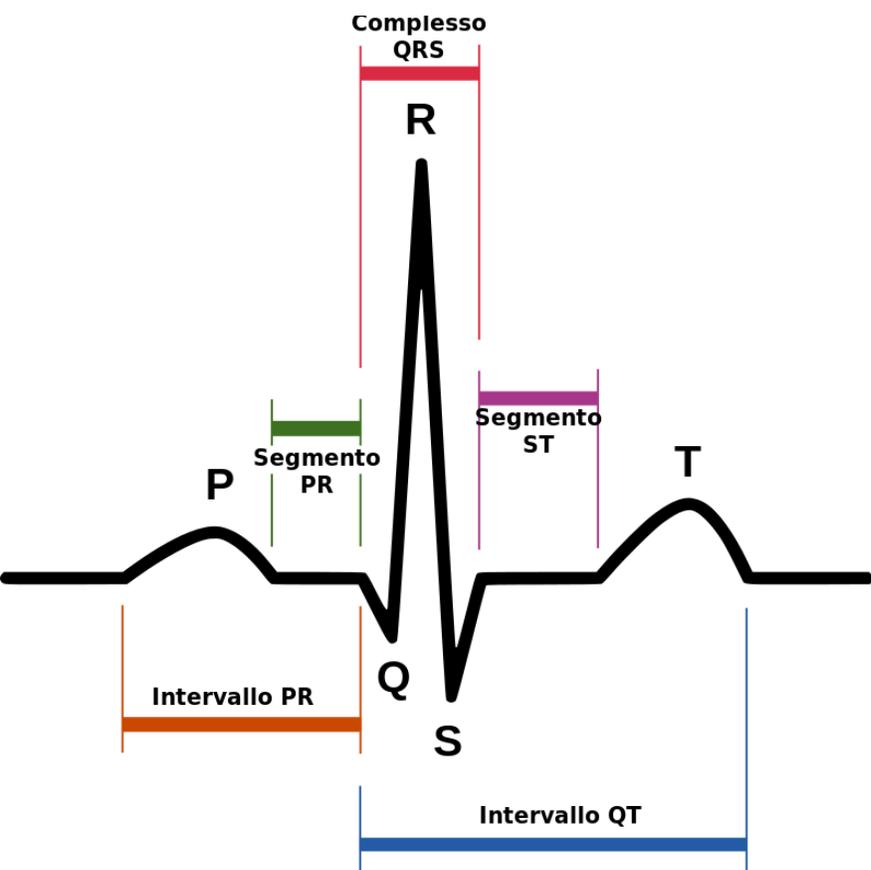
Il nome deriva dalla combinazione tra il termine greco sphygmòs, pulsazione, polso e manometro (a sua volta composto dal greco manòs, raro e métron, misura).



Lo sfigmomanometro è in grado di rilevare la pressione arteriosa minima (diastolica) e quella massima (sistolica) con un meccanismo che varia a seconda del modello di apparecchio che si usa. Poiché la conoscenza della pressione arteriosa di un paziente è rilevante e poiché malattie come l'ipertensione sono diffuse nel mondo occidentale, è fondamentale che il personale sia formato a usare questo strumento per assicurare la massima precisione. Sebbene l'uso degli sfigmomanometri manuali sia ancora diffuso, oramai i misuratori elettronici sono di gran lunga più comuni, sia in ambito ospedaliero sia in ambito domestico limitatamente ai controlli di routine.

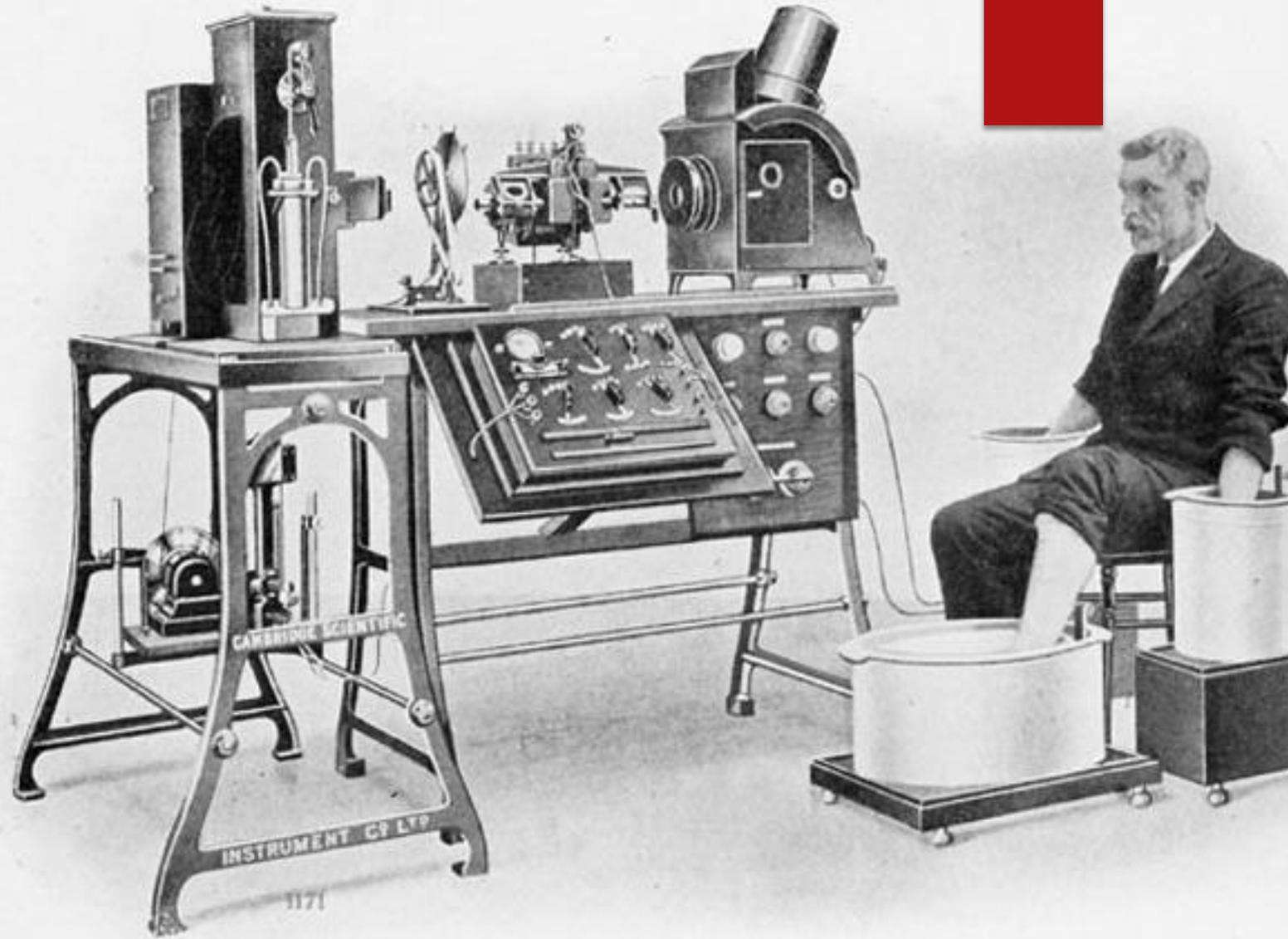


# ELETTROCARDIOGRAMMA

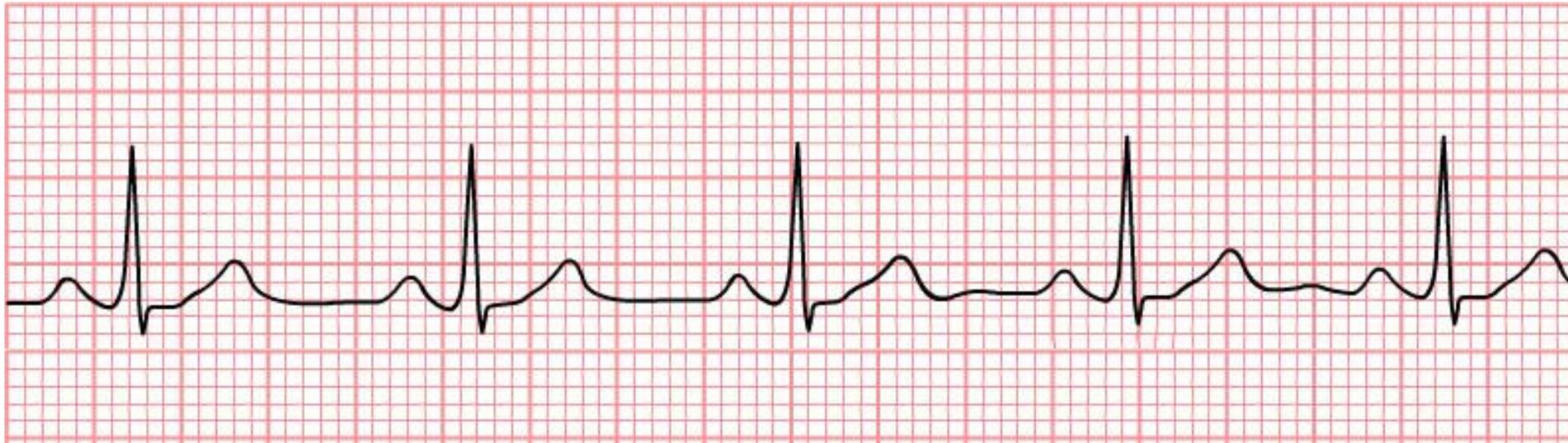


L'elettrocardiogramma (denotato con la sigla italiana ECG e anglosassone EKG) è la riproduzione grafica dell'attività elettrica del cuore durante il suo funzionamento, registrata a livello della superficie del corpo. Sulla superficie del corpo umano e di quello animale sono presenti e registrabili campi elettrici di bassa intensità, che nell'individuo a riposo sono principalmente dovuti alle periodiche depolarizzazioni e ripolarizzazioni del cuore; ci si riferisce, praticamente, a tutta l'attività elettrica che si registra a livello del tronco. In effetti, i potenziali elettrici prodotti dal muscolo cardiaco sono la sommatoria di minime quantità di elettricità generate dalle singole cellule muscolari cardiache. Queste piccole correnti vengono registrate attraverso un apparecchio denominato elettrocardiografo, modificato e migliorato da Willem Einthoven e Étienne-Jules Marey nel 1903 per derivazione diretta da un galvanometro a corda. Molte delle convenzioni fissate da Einthoven sussistono in era moderna e costituiscono la base per interpretare molti aspetti dell'ECG moderno. Grazie alla conversione dell'energia elettrica in energia meccanica, le variazioni elettriche producono il movimento di un "meccanismo o sistema scrivente". L'energia elettrica è adeguatamente amplificata, in modo da poter trascrivere escursioni abbastanza ampie che consentano la registrazione di un segnale leggibile. Le deflessioni vengono impresse su carta, che si muove a velocità costante a contatto con il sistema che riporta sulla carta le onde registrate in funzione del tempo. Contemporaneamente all'oscillazione verticale delle linee prodotte dalle variazioni di potenziale, la carta scorre verso sinistra. Questa sincronizzazione permette di riportare il movimento verticale su un piano orizzontale, registrando le oscillazioni in rapporto alla loro durata nel tempo.

Nel 1878 due fisiologi britannici, J.S. Burdon Sanderson e F.J.M. Page, collegando gli elettrodi di un galvanometro alla base e all'apice del cuore di rana, descrissero per la prima volta la variazione del potenziale elettrico associata al ciclo cardiaco. Dalle osservazioni sperimentali, si passò ben presto agli studi clinici. Alexander Muirhead, un ingegnere elettronico, è noto per aver collegato dei fili al polso di un paziente febbrile per ottenere una registrazione del battito cardiaco già nel 1872 al St Bartholomew's Hospital. Il primo sistematico approccio al cuore dal punto di vista elettrico fu fatto da Augustus Desiré Waller, al St Mary's Hospital a Paddington, Londra. Nel 1887 Waller pubblicò il primo elettrocardiogramma, ottenuto usando un elettrometro capillare di Lippmann con elettrodi posti sul torace e sul dorso, dimostrando anche che l'attività elettrica del cuore precede la contrazione. Nel 1911 si poterono apprezzare le prime applicazioni cliniche derivate dal suo lavoro. Il suo elettrocardiografo consisteva in un elettrometro capillare fissato a un proiettore. La traccia del battito cardiaco fu proiettata su una lastra fotografica che a sua volta fu fissata a un trenino giocattolo: ciò permise di registrare un battito cardiaco in tempo reale. Il passo in avanti decisivo fu compiuto da Willem Einthoven con il suo galvanometro.



PHOTOGRAPH OF A COMPLETE ELECTROCARDIOGRAPH, SHOWING THE MANNER IN WHICH THE ELECTRODI  
ATTACHED TO THE PATIENT, IN THIS CASE THE HANDS AND ONE FOOT BEING IMMERSSED IN JARS OF  
SALT SOLUTION



Il principio su cui si basa la misurazione dell'attività elettrica del cuore è prettamente fisiologico: l'insorgere degli impulsi nel miocardio porta alla generazione di differenze di potenziale, che variano nello spazio e nel tempo e che possono essere registrate tramite degli elettrodi. La registrazione della differenza di potenziale da parte di elettrodi posti sulla superficie corporea avviene grazie alla conducibilità del liquido interstiziale del corpo umano. Il tracciato elettrocardiografico rappresenta il metodo più facile, meno dispendioso e più pratico per osservare se l'attività elettrica del cuore è normale oppure se sono presenti patologie di natura meccanica o bioelettrica. Il normale tracciato ECG presenta un aspetto caratteristico: il tracciato è caratterizzato da una sequenza di deflessioni positive e negative, denominate «onde», separate da alcuni tratti rettilinei, denominati «segmenti», sequenza che si ripete a ogni ciclo cardiaco. Per convenzione il tracciato ECG è riportato su carta millimetrata con il tempo in ascissa (con scala di un secondo ogni 25 mm) e l'ampiezza in ordinata (con scala di un millivolt ogni 10 mm).



# ANESTESIA

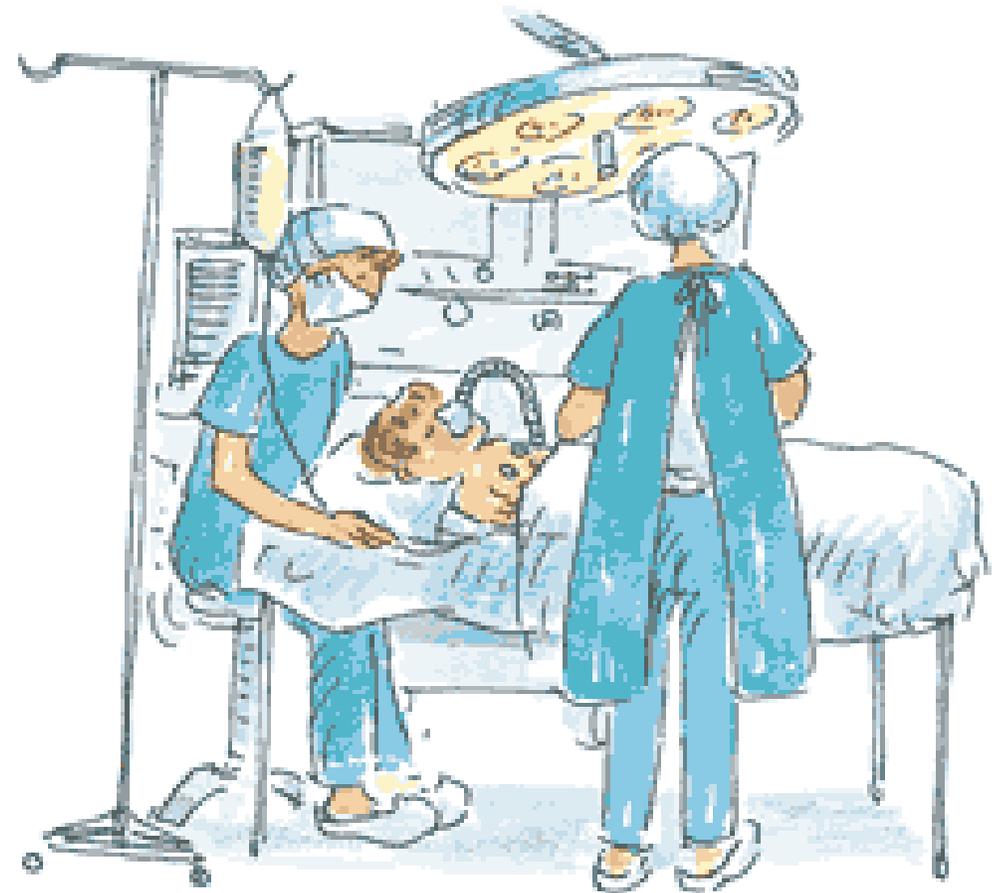
Anestesia indica genericamente l'abolizione della sensibilità, della coscienza e del dolore, associato a rilassamento muscolare. L'anestesiologia è quindi quella branca della medicina che si occupa di annullare la sensibilità dolorifica e la coscienza durante un intervento di chirurgia o durante una procedura invasiva. La parola fu inventata dal medico e poeta Oliver Wendell Holmes, che la mutuò dal greco ἀναισθησία ("mancanza della facoltà di sentire", per via dell'alfa privativo). Il termine può anche indicare un sintomo di molte malattie nervose. L'anestesia generale viene realizzata mediante farmaci "anestetici" e che inducono uno stato di narcosi, ovvero una condizione di perdita di coscienza in cui possono essere alterate in varia misura anche le funzioni vegetative. I farmaci che inducono la narcosi possono essere somministrati dall'Anestesista principalmente per due vie: quella iniettiva (nello specifico quella endovenosa) e quella inalatoria. Gli scopi dell'anestesia sono: la soppressione dello stato di coscienza (ipnosi), l'abolizione del dolore (analgesia), il rilassamento dei muscoli (miorisoluzione), l'abolizione del ricordo (amnesia) e la riduzione delle complicazioni legate allo stress chirurgico. L'anestesia viene divisa in tre fasi: pre-operatoria (preparazione), intra-operatoria (somministrazione dei farmaci anestetici e monitoraggio) e post-operatoria (risveglio e recupero delle funzioni vitali). È indispensabile in ogni tipo di chirurgia, in quanto consente ai pazienti di essere sottoposti ad interventi e ad altre procedure (TAC, endoscopia) senza dolore, ansia e proteggendo l'organismo dal trauma dell'intervento stesso.

Esistono differenti tecniche di anestesia:

**Anestesia topica o di superficie:** è un'abolizione reversibile della sensibilità in una piccola parte del corpo mediante la somministrazione esterna e localizzata di anestetici sotto forma di creme, unguenti, gel o spray, in genere su una zona di cute o mucosa.

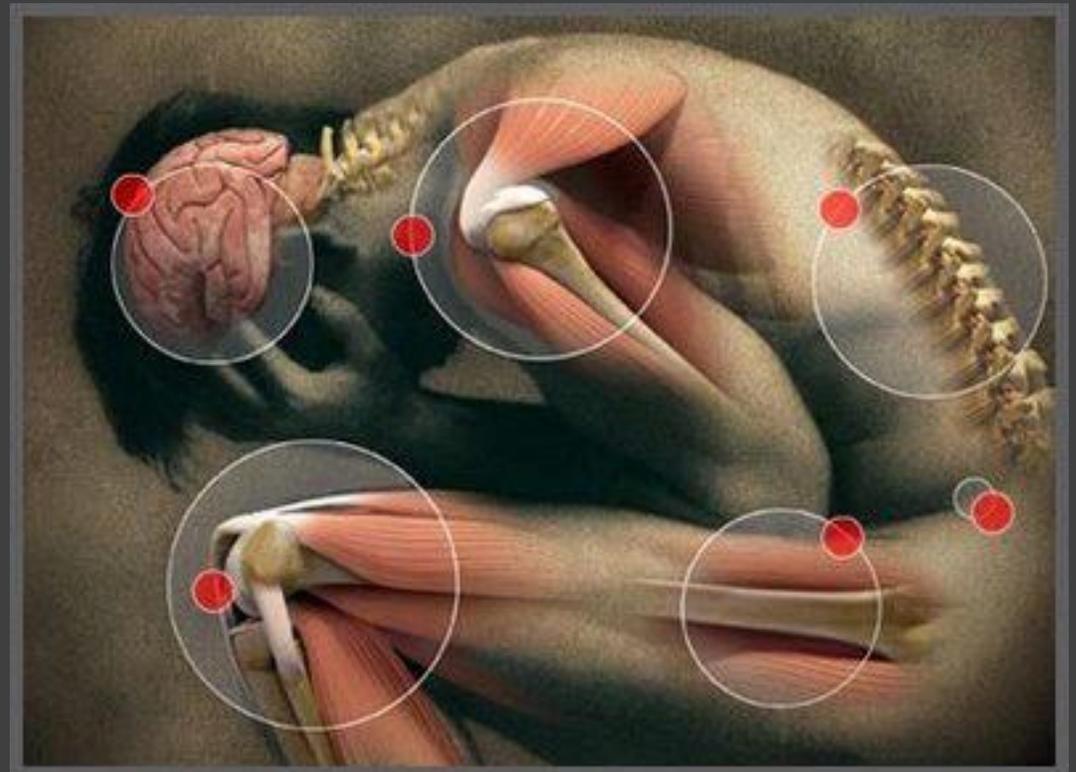
**Anestesia locale:** è un'abolizione reversibile della sensibilità in una piccola parte del corpo mediante la somministrazione localizzata di anestetici attraverso infiltrazione della cute o del sottocutaneo nella zona interessata dall'intervento.

**Anestesia loco-regionale o regionale:** è un'abolizione reversibile della sensibilità e della motilità in una regione del corpo mediante l'iniezione selettiva di anestetico intorno ad un tronco o un plesso nervoso (anestesia tronculare o plessica), oppure a livello midollare (anestesia subaracnoidea) o perimidollare (anestesia epidurale). Con l'anestesia loco-regionale solo una zona specifica del corpo è anestetizzata: il dolore proveniente da questa zona viene bloccato e non arriva al cervello.



L'algologia, o terapia antalgica, detta anche terapia del dolore o medicina del dolore, consiste nell'approccio terapeutico e scientifico al trattamento del dolore. Il dolore rende spesso il soggetto inabile sia da un punto di vista fisico sia emotivo. Il dolore acuto relativo a un trauma fisico è spesso reversibile naturalmente. Il dolore cronico, invece, generalmente è causato da condizioni solitamente difficili da trattare. Talvolta i neurotrasmettitori continuano a inviare la sensazione del dolore anche quando la causa scatenante non esiste più; per esempio un paziente a cui è stato amputato un arto può provare dolore riferito all'arto mancante (sindrome dell'arto fantasma). Una applicazione dell'algologia è nei malati neoplastici.

# TERAPIA DEL DOLORE



La più antica descrizione di dolore giunta sino a noi è stata datata IV millennio A.C.: in essa venivano descritti i disturbi provocati da una cefalea acuta. I primi dettagli su alcune tecniche di cura provengono da una regione dell'alto Tigri, corrispondente all'estrema regione settentrionale dell'odierno Iraq. Il popolo che vi abitava, gli Assiri, già nel 3000 A.C. praticava una particolare tecnica anestetica sul malato: la carotide al livello del collo veniva compressa (come fosse uno strangolamento) causando ischemia cerebrale ed inducendo uno stato di coma adatto all'operazione chirurgica; in tal modo, erano in grado di eseguire alcuni rudimentali interventi.

Tuttavia, è necessario attendere sino al 2500 A.C. per poter avere una prima descrizione dettagliata di alcune tecniche di trattamento del dolore, giunta a noi dall'Asia: in Cina, infatti, sono stati ritrovati antichi testi di medicina e farmacologia, voluti dall'imperatore Rosso e dall'Imperatore Giallo, nei quali vengono spiegati trattamenti a base di piante, agopuntura e moxibustione (mostrando dunque già una certa conoscenza dei punti sensibili del corpo).



Particolari piante venivano ingerite, fumate, annusate, strofinate sulla pelle ed in seguito il malato veniva o sottoposto ad un rituale per scacciare lo spirito oppure si utilizzavano tecniche di purificazione dell'anima, tra cui il digiuno, la sudorazione e i salassi. Questi ultimi erano adoperati anche dagli Aztechi, insieme alle loro notevoli conoscenze erboristiche, basate sull'uso di più di 100 erbe dal potere curativo, spesso combinate tra loro. Anch'essi, in ogni caso, si affidavano a rituali e purificazioni contro il dolore. Gli Aztechi, inoltre, erano, assieme ai Maya, i più noti praticanti dei sacrifici umani, rituali nei quali il popolo sacrificava un determinato numero di persone per ottenere il favore degli dei oppure per scacciare la sofferenza e le malattie.

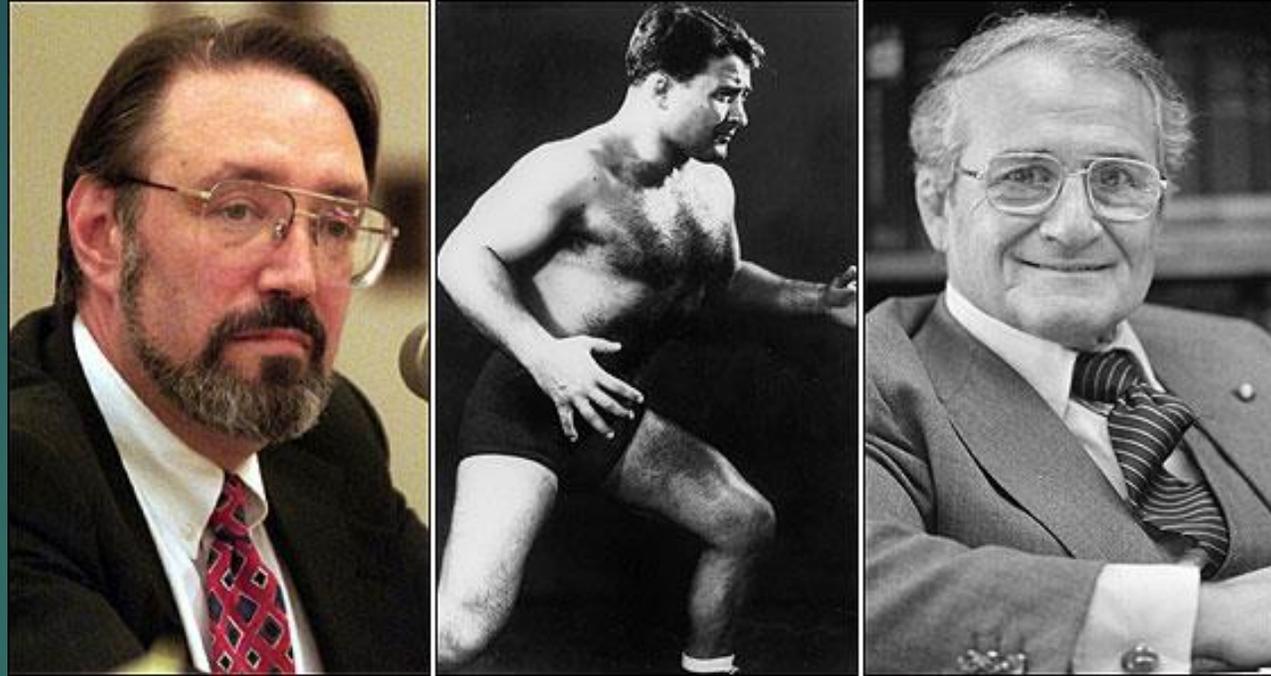




Contro il dolore, la medicina ippocratica fa uso di piante, in particolare la mandragora, soprattutto contro la depressione. L'utilizzo primario della mandragora è da ricercarsi nel suo aspetto antropomorfo: esso suggeriva l'esistenza di virtù magiche e terapeutiche in senso lato, tra cui proprietà analgesiche, sedative, narcotiche e afrodisiache (oggi, invece, si sa che tali caratteristiche sono dovute a particolari principi attivi contenuti in essa, come scopolamina, atropina e josciamina).



In Cina, nel frattempo, tra il 100 e il 200 D.C. vengono documentate le prime anestesie attraverso una speciale polvere effervescente (probabilmente “cannabis” indica). Solamente secoli dopo, nel 936 D.C., viene riaffrontato il tema del trattamento del dolore: Albucasis, autore del "al-Taṣrīf" ("Libro per la guida di coloro che non sanno scrivere libri"), nel quale descrive le conoscenze di 50 anni di pratica ed insegnamento dell'arte medica, propone come cura contro il dolore e le malattie generiche il cauterio, prescrivendolo anche per mal di testa, lussazione e sciatica.



Tuttavia, a far nascere la terapia del dolore come la conosciamo oggi sarà John Bonica. studio clinico sistematico sul dolore, sulle sindromi da esso generate, sui loro trattamenti e a concepire e mettere insieme l'approccio multidisciplinare sulla gestione del dolore; a questo scopo collaborò con un'infermiera, Dorothy Crowley, e un neurochirurgo, Lowell E. White, nel tentativo di formare una clinica del dolore multidisciplinare presso l'Università di Washington, un progetto che attrasse l'interesse di molti giovani anestesisti. Fu il primo vero programma di formazione della medicina contro il dolore.

John Bonica, accumulato materiale di ricerca clinica ed esperienza a sufficienza, poté iniziare la stesura di un libro di 1500 pagine intitolato "The Management of Pain", "Il Trattamento del Dolore", pubblicato nel 1953, immediatamente tradotto in diverse lingue e immediatamente considerato la 'Bibbia' della diagnosi e della terapia del dolore.



La terapia del dolore negli ultimi anni, a fatica (soprattutto in Italia), tende a divenire una pratica collettiva di tutti i medici (dal medico di famiglia, al neurologo, fino al chirurgo), anche se per assistere alla sua piena diffusione e disponibilità è necessario attendere ancora molto.

Il 15 marzo 2010 il Parlamento italiano ha licenziato la legge 38, in cui si afferma il diritto alla cura del dolore per ogni individuo indipendentemente dalla malattia e dall'età.

La terapia del dolore è spesso utilizzata soprattutto durante le ultime fasi di una malattia terminale ma, in realtà, la maggior parte dei pazienti a cui l'algologia può essere utile e si dovrebbe indirizzare sono affetti da dolore cronico (ad esempio: mal di schiena, cefalee, esiti di traumi o di interventi chirurgici, malattie neurologiche) e, in un minor numero di casi, da tumori. Altrettanto difficile, anche se non impossibile, è provocare la morte per sovradosaggio da farmaci oppiacei, nel caso di un'assunzione accidentale eccessiva. La finestra terapeutica per gli oppiacei, per lo meno negli adulti, è ben più ampia di molti farmaci usati normalmente nelle terapie (ad esempio gli antiaritmici) e i farmaci cardiocinetici.



Grazie,  
Buona serata!