

L'AUTOSPERIMENTAZIONE IN MEDICINA: UNA FILOSOFIA EMERGENTE DAL NETWORK MEDICO-CURA-TE-STESSO

BENIAMINO PALMIERI, VALERIANA SBLENDORIO, LUCIA PALMIERI

Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche, Università di Modena e Reggio

Emilia

RIASSUNTO-Gli Autori, nell' ambito di un network etico-formativo di mutuo aiuto tra medici per la tutela, prevenzione e cura della propria integrità fisica e psichica, indicano nell'autosperimentazione di farmaci e presidi diagnostici un elemento caratterizzante di tale circuito; a titolo esemplificativo vengono riportati esempi classici di ricerche cliniche autogestite con lo scopo di delineare alcune linee-guida ed alcuni warnings di tale percorso, per renderlo scevro da danni e rischi, e soprattutto utile al progresso delle conoscenze mediche.

PAROLE CHIAVE-Auto-sperimentazione; Medico-Cura-Te-Stesso.

SUMMARY- The Authors report a recently created website "Doctor-Care-Of-Yourself" whose aims are to prevent, diagnose and treat with the best options, the physical and mental illnesses of the doctors, addressing them in selected cases, to experimental drugs.

This open the discussion to the issue of self-experimental strategies which is part of the

Network philosophy: after a short historical review of some famous anecdotal self-experiments, run by physicians on themselves, some guidelines and warnings are outlined to reduce the risks of bias and failure of this puzzling procedure.

KEY WORDS-Self-experimentation; Doctor-Care-Of-Yourself.

Introduzione

Il progetto Medico-Cura-Te-Stesso (vedi omonimo sito web) da noi ideato, programmato e realizzato circa un anno fa è scaturito, nella nostra cultura didattico-formativa dal riscontro obiettivo della mancanza di un network che assista i medici di ogni categoria e specializzazione, aiutandoli a tutelare la propria integrità fisica e psichica, invitandoli a partecipare a programmi di screening, a sottoporsi a periodici controlli, a valutare la efficacia di determinati protocolli terapeutici, a discutere collegialmente la compliance a specifiche strategie di prevenzione, fitness e wellness, ed anche autosperimentando in gruppo su se stessi la efficacia di determinati metodi autodiagnostici, oppure di farmaci o di protocolli, per recuperare e mantenere al meglio la propria salute.

Tra tutti questi obiettivi istituzionali il concetto che il medico non sia un semplice regista e gestore dell'altrui salute ma possa essere intrinseco protagonista di osservazioni cliniche basate sullo studio o la sperimentazione di se stessi è alquanto originale, ma certamente non nuovo in medicina; infatti, la necessità di sperimentare sull'uomo, da sempre, pone spesso dei limiti etici e di evidenza statistica, da cui risulta difficile affrancarsi, essendo spesso necessario che il medico ponga se medesimo in gioco allo scopo di rendere attuabile con questa preliminare verifica uno studio clinico su più soggetti.

E non sempre tale atteggiamento un po' romantico è riportato come espressione di eccentricità o di originalità, poiché assai spesso assistiamo a rigorose metodologie applicate con ordine e sistematicità.

Ci sono, infatti, numerosi esempi di medici che si sono sottoposti ad auto-sperimentazione.

Nel 1900 Karl Landstainer (1) impostò la classificazione dei gruppi sanguigni ABO salassando sistematicamente se stesso ed altri 6 membri del suo laboratorio e potendo così riclassificare un importante capitolo della ematologia trasfusionale.

Nel 1984 Barry Marshall (2) si autopratificò gastroscopia e biopsia preliminare in gestione di *Helicobacter Pylori*, ripetizione della gastroscopia e biopsia e successivamente terapia con tinidazolo, potendo finalmente dimostrare il parassitismo endocellulare di questo germe nella patogenesi dell'ulcera gastro-duodenale.

Nel libro di LK Altman (3) dal titolo: "Chi va per primo: la storia della autosperimentazione in medicina", vi sono numerosi esempi di medici che hanno praticato su se stessi esperimenti in tema di leucemia, malaria, cancro, HIV, oppiacei, anestesia, febbre gialla, tifo e scorbuto, ganglioplegici. E' di esemplare dimostrazione in tema di procedure diagnostiche l'esperimento di Werner Forssmann, nel 1929, di autocateterismo, che egli si praticò ispirandosi agli studi di veterinari equini che cateterizzavano il cuore di cavalli attraverso la vena giugulare (4). Il primario di Forssmann, Richard Schneider, richiesto di autorizzare una sperimentazione di cateterismo su soggetti agonizzanti, rifiutò il permesso. Egli decise allora di procedere su sé stesso utilizzando materiale sterile della sala operatoria con la collusione di una infermiera la quale si convinse talmente della bontà dell'idea di Forssmann da offrirsi come prima volontaria. Mentre Mrs Gerda Ditzen (questo era il suo cognome) attendeva sul tavolo operatorio con un laccio al braccio che il Dr. Forssmann le praticasse una piccola flebotomia per inserire il catetere, Forssmann con abile stratagemma, surrettiziamente praticò su se stesso la flebotomia e si infilò un catetere ureterale dalle vene del braccio fino al cuore senza avvertire alcun dolore, chiedendo alla Ditzen di aiutarlo a praticare radiografie. In tal modo, egli poté radiografare l'atrio destro pubblicando poi una serie di esperimenti sui cani e su sé stesso, e completando il ciclo di autosperimentazione con una puntura aortica diretta ed aortografia (5).

Un altro caso molto emblematico riguarda il Dr. Harrington, un giovane medico di Boston che nel

1943 iniziò ad interessarsi della trombocitopenia idiopatica, volendo dimostrare che esisteva un fattore trasferibile di trombocitopenia (gli anticorpi antiplastrine o antimegacariociti) da paziente malato a paziente sano. Harrington (6) arrivò a trasfondere su se stesso 250 ml di sangue da una paziente trombocitopenica con una iniziale reazione convulsiva (per edema cerebrale indotto dalla piastrinopenia) nonostante la compatibilità dei gruppi sanguigni. Drammaticamente le piastrine del suo sangue calarono mentre la paziente decedette a causa della gravità della patologia. Il giovane medico subì però su di sé tutte le complicanze della mancanza di piastrine incluso l'aumento della pressione intraliquorale ma dopo una settimana si ristabilì. Ciò non lo indusse a desistere dagli esperimenti ripetuti con dosi più moderate fino a 35 volte, e le sue ricerche lo condussero a definire con certezza alcuni dettagli preliminari della malattia preparando il terreno alla identificazione di una specifica patogenesi anticorpale che fu poi stigmatizzata dagli studi di Hollingsworth e Daussett. Rugstad (7) annovera altri esempi tra cui quello di Max von Pettenkofer che ha ingerito i batteri del colera. Inoltre, i medici del gruppo di ricerca del Walter Reed che si sono infettati con il virus della febbre gialla, Erik Jacobsen che ha dimostrato su se stesso l'effetto l'abuso di alcool, Klaus Hansen che ha ingerito acqua marcata, e Ole Jakob Malm che ha effettuato un auto-trapianto di tessuto eterologo sulla propria pelle in modo da distinguere tra i differenti tipi di tessuto. Nel 1950 la Washington University di St. Louis si meritò la fama di "Scuola di Medicina dei kamikaze" proprio per questa esasperata tensione all'autosperimentazione. Dopo il rischioso esperimento di Harrington infatti, il Dr Tom Brittingam si iniettò ripetutamente cellule leucemiche per indurre produzione di anticorpi andando incontro ad uno shock anafilattico quasi mortale (8). Nel 1951 nel corso di un epidemia di mixomatosi, per accertare il rischio di tale epidemia verso danni encefalitici due microbiologi Burner e Fenner si autoiniettarono una dose di virus mixomatoso sufficiente ad uccidere mille conigli. Essi poterono così dimostrare che non vi era alcun rischio di contagio pandemico da questo agente patogeno.

La cultura della scuola di Medicina kamikaze si è espressa successivamente anche in Australia con l'autoingestione di larve di *Ancylostoma canis*, da parte di uno studente ventiduenne, peraltro anonimo (JKL) dimostrandone la responsabilità nel causare enterite eosinofila (9).

Conclusioni

Nell'ambito del nostro circuito Medico-Cura-Te-Stesso non potevamo non indirizzare la nostra attenzione verso questo modo alternativo di concepire la sperimentazione, in mondo regolatorio ove l'iter terapeutico su temi innovativi soggiace ad una serie di valutazioni non solo bioetiche ma anche burocratiche, tali da rendere la fruizione clinica di farmaci innovativi molto procrastinata e remota nel tempo. E' importante però analizzare le motivazioni che inducono il ricercatore a provare su stesso un rimedio o una cura: talvolta è la convinzione di un ferreo assunto teorico che induce a rimuovere ogni indugio per raggiungere immediatamente l'obiettivo, talvolta, ma più raramente, e questo dovrebbe essere il caso del circuito Medico-Cura-Te-Stesso, è il desiderio di equipararsi ai volontari per assumerne i medesimi rischi e le medesime prospettive; più raramente la motivazione può essere il proseguimento di un ambito traguardo scientifico, economico o di carriera nel contesto però di una convinzione fisiopatologica molto solida, al punto da coinvolgere in prima persona il ricercatore medesimo. E' evidente, comunque, che in linea generale un esperimento individuale per di più autogestito non può costituire nella comune accezione della comunità scientifica un inattaccabile paradigma di validazione; lo stesso effetto placebo può costituire, comunque, un bias inconscio del partecipante al successo dell'esperimento insidiando così la validità dello studio. Alla luce di tali osservazioni è senza dubbio ragionevole pensare che l'autosperimentazione debba comunque confrontarsi preliminarmente con un giudizio di significatività e di efficacia rispetto al rischio incombente ad opera di un numero minimo di esperti. Questa nobile tensione dei medici a strumentalizzare il proprio corpo in funzione del progresso della medicina, va altresì indirizzata a costituirsi come substrato di giudizio per qualsiasi altra

sperimentazione sugli essere umani. In altre parole ogni ricercatore deve chiedere alla sua coscienza se sia legittimo o meno subire da se stessi ciò che vorrebbero inculcare agli altri in termini di sofferenza, rischio, beneficio. Tale ragionamento analogico è reso ancora più difficile e meno assimilabile dal fatto che i medici generalmente godono ottima salute, e non conoscono quindi il travaglio psicologico e la portata della malattia (specie quelle ad andamento cronico), né abbiano mai avuto esperienza diretta di percepirsi oggetto di uno studio con tutte le implicazioni di passività e di difficoltà che esso comporta, invece che porsi come Protagonisti e Demiurghi del progresso delle conoscenze mediche.

Nell'ottica di Medico-Cura-Te-Stesso il nostro progetto è di identificare su tutto il territorio nazionale una coorte di medici afflitti da un identico problema clinico ad esempio il diabete o un certo tipo di ipertensione e su questa intera coorte praticare uno studio che esprima tutti i requisiti di rigore metodologico ed efficacia delle normali sperimentazioni cliniche. I benefici che se ne potranno avere sono assolutamente molto rilevanti in termini di rigore etico e di piena comprensione di una procedura sperimentale ma soprattutto potranno arricchirsi di informazioni supplementari connesse alla percezione soggettiva del medico, rafforzata dalla sua cultura ed esperienza clinica. Si creerà in tal modo la premessa per un migliore e più efficace dialogo tra medico e paziente e per una umanizzazione della medicina che individua nel medico ammalato un ulteriore modello di validazione e forse di perfezionamento dello stesso approccio metodologico alla sperimentazione clinica.

Bibliografia

- 1) Landsteiner K.: Ueber agglutinationscheinungen normalen menschlichen blues. Wiener Klinische Wochenschrift 1901; 14: 1132-4.
- 2) Marshall BJ, Amstrong JA, McGeachie DB, Glancy RJ.: Attempt to fulfil Koch's postulates for pyloric campylobacter. Med J Aust 1985; 142: 436-9.

- 3) Altman LK.: Who goes the first? The story of self experimentation in medicine. Berkeley: University of California Press, 1987.
- 4) Courmand A.: Cardiac catheterization: development of the technique, its contributions to experimental medicine and its initial applications in man. Acta Med Scandinavica 1975; 579: 3-32.
- 5) Forssmann W.: Die Sondierung des rechten Herzens. Klinische Wochenschrift 1929; 8: 2085-7.
- 6) Harrington WJ.: Demonstration of a thrombocytopenic factor in the blood of patients with thrombocytopenic purpura. J Lab Clin Med 1951; 38: 1-10.
- 7) Rugstad HE.: The first to go-physicians who experimented on themselves. Tidsskr Nor Laegeforen 2005; 125(17):2388-90.
- 8) Van Der Weyden MB.: Researchers as guinea pigs. Med J Aust 2003; 178: 52-3.
- 9) Landmann JK, Prociv P.: Experimental human infection with the dog hookworm, *Ancylostoma caninum*. Med J Aust 2003; 178: 69-71.

Corrispondenza (Address):

Prof. Beniamino Palmieri

Dipartimento di Chirurgia Generale

e Specialità Chirurgiche

Università di Modena e Reggio Emilia

Via del Pozzo, 71

41100 Modena (MO)

Tel. 059 4222483

Fax 059 4224370

e-mail: palmieri@unimo.it