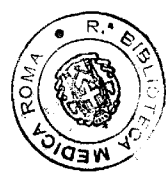
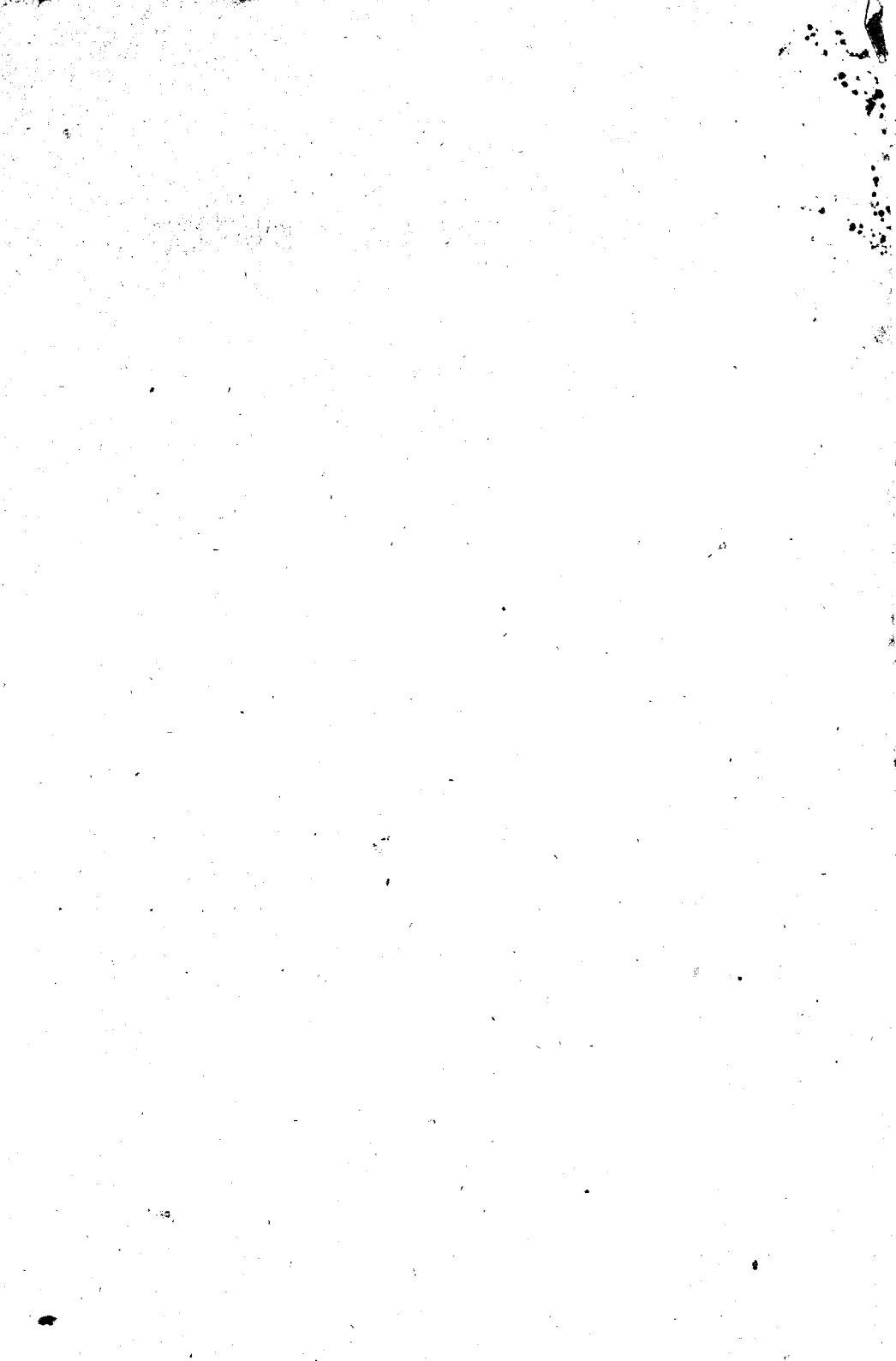


BIBLIOTECA  
LANCISIANA





UN

# Caso della così detta « febbre napolitana »

PEL

Dottor EUGENIO FAZIO

Professore pareggiato all'Università di Napoli.

---



Or volgono parecchi anni a questa parte dacchè alcuni nostri chiari clinici hanno portata l'attenzione sopra una speciale forma febbrile, la quale vuoi pel corso, vuoi pel quadro clinico che ne presenta, si allontana con caratteri a bastanza culminanti dai quadri nosografici delle malattie febbrili comuni, dominanti nella città. La opinione dei clinici non si accordò sulla interpretazione del fatto, sebbene da quasi tutti esso fosse stato riconosciuto. Il Tommasi fu tra i primi ad interessarsene, sicchè più volte, tanto dalla sua clinica ufficiale come nei consulti varii, dichiarò che la così detta *febbre napolitana* è qualche cosa di distinto fra le ordinarie infezioni tifiche o malariche, che è qualche cosa di *sui generis*, che potrebbe anche avere il suo elemento infettante specifico (micrococco, microfito ecc.), che però evidentemente move dalle materie ristagnanti nei corsi luridi della città. Il de Martini e lo Schrön propenderebbero a riconoscervi una doppia o mista infezione, ed avremmo il *tifo-malarico*. Il Cardarelli, il quale ebbe ad osservare nel suo paese nativo (Civitanova del Sannio) casi di febbri identici a quelli che qui vanno sotto il nome di *febbre-napolitana*, dacchè quel municipio volle fare i corsi luridi mal condizionati e senza irrigazione continua, è di avviso che tale forma febbrile costituisca una entità a sè, avente per momento etiologico il gas delle fogne, potendo il processo febbrile assumere una fisonomia che più lo ravvicini al tifo od alla malaria se per avventura vi si trovi commisto uno dei due principii infettivi. Ed egli potè constatare che le adiacenze, ove sbocca oggidì la cloaca (tempo addietro sanissime), furono e sono preda di una endemo-epidemia. Eppure nella borgata di Civitanova non vi era stato che qualche raro caso di tifo o di malaria, e questo fu importato ma non ebbe seguito. Il prof. Cardarelli mi assicurava che il quadro clinico che presentavano tali febbri era quello che noi attualmente di frequente vediamo in Napoli: e febbri ribelli alla chinina.



Il prof. Diodato Borrelli pubblicò nella *Rivista clinica di Bologna* due pregevoli lavori, nei quali estesamente s'intrattenne nel dimostrare la natura *tifica* di detto processo febbrile. Alcune riviste mediche e non mediche inglesi fecero non poco rumore intorno alla *febbre napoletana*, esagerandone le tinte e menandone spauracchio. Sarà bene tornare sopra l'argomento, quante volte ne sorga l'occasione, come nel caso che riferirò, nell'unico intento di richiamarvi l'attenzione degli osservatori illuminati, e per avventura possa valere di contribuzione pel maggiore sviluppo del medesimo.

La Sig.,....., dimorante in un palazzo alla Riviera di Chiaja, di statura media, di costituzione gracile ed eretistica, presso alla trentina, la sera dell' 11 p. gennaio fu colpita verso le 10 p. m. da febbre alta, che scoppiò senza forma prodromale, con intensa cefalalgia e con brividi protratti, i quali furono seguiti da sudori profusi. Invitato io il giorno susseguente verso le 3 p. m. trovai la inferma, la quale accusava sensi di spezzature per tutta la persona, segnatamente nelle masse muscolari degli arti e del dorso, e nelle articolazioni. Persisteva la cefalea, e la febbre segnava 39,3 C.; intelligenza chiara; la lingua era lievemente impaniata; cedevole l'addome; eccitamento al vomito; lieve iperemia bronchiale con pochi rantoli catarrali, sparsi qua e là, massime nell'apice del polmone sinistro; tumore di milza poco apprezzabile, tenendo conto che il lieve ingrandimento poteva mettersi in rapporto con infezione da malaria sofferta anni innanzi. Ordinai per allora degl'infusi caldi accompagnati dal salicilato di soda, nello scopo di riattivare le secrezioni specialmente quelle della cute, riserbando due discrete dosi di chinina per la sera fra le 7 ½ e le 8 ½ p. m., per modo che l'ultima avrebbe possibilmente anticipato un nuovo accesso, avendo conto della sera precedente. Rimasi intanto in osservazione, non potendo calcolare a bella prima le possibili evenienze. Erano le 11 di sera e fui chiamato in fretta perchè un nuovo e più intenso accesso febbrile aveva assalita la inferma, presso a poco nell'ora del giorno innanzi, ma con maggiore veemenza. Vomiti, brividi, gastralgia, cefalea intensissima, grande prostrazione di forze, affanno, sudori profusi, febbre a 39,5 C., polsi frequenti e deboli. La intelligenza era chiara. L'inferma si lagnava di un dolore anche nella regione del fianco sinistro. In questa senza por tempo in mezzo, preoccupato per qualche nuovo accesso, e per la forma di perniciè che assumeva il parosismo, tanto più che la Sig.<sup>a</sup> aveva sofferto per lo addietro grave infezione palustre, non indugiai a praticare le iniezioni ipodermiche di chinina, per aver agio quindi ad amministrarne internamente. Si usarono le senapizzazioni alle estremità ed al petto, le bagnature fredde alla fronte. Succesero nuovi e profusi sudori; e nelle prime ore del mattino si ebbe una remissione a 38,4 C. Si ripeté chinina la sera, ma il parosismo assalì l'inferma verso le 8 p. m. con note meno intense. Verso le 7 ½ a. m. del giorno 14 la febbre declinò a 37,5 per risalire verso l'una p. m. a 38, ed alle 7 p. m. raggiunse 39, rimettendo verso le 10 (38). La mattina del 15 si ebbe quasi completa apiressia (37,2 dalle 7 a. m. all'una p. m. quando appena si elevò di un mezzo grado). E soltanto verso le 6 p. m. si ebbe il solito accesso, con caratteri più miti, in quella che la colonna termometrica segnava 38 C. Verso le 7 a. m. del giorno 16 si ebbero 37,5 C., per ridi-

scendere a 37, altezza termica che si serbò tale fino alle 4 in 5 p. m. Qui fa mestieri ricordare che si amministrarono 4 dosi di chinina, una fra le 5-6 a. m. l'altra fra le 4-5 p. m. Ma verso le 6 p. m. un nuovo accesso assalì l'inferma con un parosismo avente note più lunghe, ed intense. Brividi protratti, vomito, cefalalgia penosissima, affanno, smemoramento, intolleranza per la luce, senso di oppressione e di abbattimento, dolori nei fianchi, specialmente a sinistra. Intanto la febbre aveva raggiunto 39,5 C.

A questo punto volli ripetere un minuto esame obiettivo. Il tumore di milza aveva raggiunto uno ingrandimento cospicuo, per modo che si poteva palpare benissimo oltre l'arco costale sinistro, anche senza indurre forte inspirazione: ed era notevole che mentre nella linea longitudinale la ottusità di percussione incominciava dal bordo superiore dell'8° costola e si prolungava per oltre due dita trasverse all'arco costale, i limiti anteriore e posteriore erano appena sporgenti di un centimetro ciascuno oltre il normale, seguendo il diametro trasverso. Sotto la percussione l'inferma avvertiva senso di tensione e di dolore. Rantoli a medie e piccole bolle ingombravano l'apice del polmone sinistro, mentre altri a grosse e medie bolle erano qua e là diffusi per il resto dell'ambito polmonale. La lingua era impaniata; l'addome era cedevole ed indolente; nulla di caratteristico si avvertiva nella fossa ileocecale. Si notavano 28-32 atti respiratorii; ed il polso da pieno si fece piccolo e frequente fino a segnare 120 battiti; i toni del cuore deboli. Il modo tumultuoso siccome insorse l'accesso, l'intensità del parosismo, accompagnato da un eretismo nervoso imponente, ne indusse ad usare il bisolfato di chinina ipodermicamente nello intento di agire con sollecitudine, e tenendo conto delle condizioni gastriche intestinali.

In queste condizioni si tenne la medesima sera consulto col prof. Cantani, il quale trovò esatta la osservazione obbiettiva da me riferita, come pure la difficoltà dignostica, stante la particolarità del corso febbrile e la sintrome dei sintomi che ne presentava la malattia. Io esposi al sullodato professore le possibilità diagnostiche, fondandomi sull'esame obbiettivo e sul corso febbrile. Evidentemente eravamo innanzi ad un processo acuto, febbrile, il quale non poteva essere in rapporto con una malattia cronica, come a mò d'esempio — una tubercolosi miliare acuta — giacchè nè i dati anamnestici nè le condizioni obbiettive pulmonali potevano farci sospettare tale malattia, nè quei fatti bronchiali diffusi meritavano grande attenzione, giacchè per l'ordinario accompagnano i processi acuti, massime trattandosi di malattie d'infezione, ed in soggetti di gracile costituzione. E poi era degna di molta attenzione l'accentuazione dei segni semiotici, di sopra indicati, quante volte insorgeva l'accesso nuovo, i quali si moderavano in fine del parosismo coi profusi sudori. L'idea di potersi trattare di una infezione era divisa anche dal prof. Cantani, una di quelle forme anormali non infrequenti in Napoli, e, come egli ricordava, anche in Praga; si era divergenti sulla natura della infezione. Il prof. Cantani tenendo conto della nessuna o poca azione dei sali di chinina, anche per iniezione ipodermica, opinò potersi trattare di una forma di tifo addominale, a cui dava la designazione di *adeno-tifo*. Io pur riconoscendo una tale possibilità mi facevo impressionare dal corso febbrile, e dalla forma degli accessi. Una febbre che presentava una curva continua remittente, e con

perfette apirassie di circa 7 ore nel sesto giorno, proprio quando i fatti si dovevano accentuare di più, perchè si era prossimi ad entrare nel 2° settenario, com'è nell'ordinario ileotifo; che insorgeva ed era accompagnata nel suo corso fino due volte al giorno da due parosismi, quasi costanti nelle stesse ore, e che non presentava nessuna localizzazione, nè raggiungeva un'altezza rispondente alla gravità dei sintomi, faceva insorgere il sospetto di una infezione palustre, una di quelle febbri a cui il Torti dava il nome di subentrante con minaccia di pernicie. Ma la inefficacia della chinina? Ecco il dubbio che metteva un sospetto di più, il quale mentre non risolveva il concetto diagnostico, destava il sentimento di una responsabilità per parte del curante. In ogni caso si rimase col medesimo Professore di tener in vista la inferma, e prendere all' uopo decisioni le più opportune: intanto s' iniziava un trattamento più diretto per la infezione tifica. Ma l'aggravamento della inferma si rendeva sempre più allarmante, sicchè vi fu il giorno susseguente un consulto col prof. Tommasi, a cui esposti i fatti detti innanzi, ed i vari apprezzamenti diagnostici. Egli dopo minuto esame convenne sulla particolarità dei sintomi che ne offriva il caso, e sulle difficoltà diagnostiche, stantechè la malattia non seguiva il corso ordinario delle comuni infezioni, come del tifo, tenendo presente il corso febbrile, e le mancanti ordinarie localizzazioni. Opinava essere codesto uno di quei casi di febbri così dette napolitane, nelle quali si potrebbe riconoscere una specificità d' infezione, non conformandosi il processo febbrile col corso comune delle febbri tifiche nè colle ordinarie febbri palustri. Non essere difficile per altro che traendo origine codesta febbre dal mestismo delle fogne, l' elemento tifico o malarico poteva congiungersi. A tal' uopo ricordava il caso della signora di un illustre clinico francese, il quale si trovò sconcertato innanzi ad una forma *sui generis* infettiva, per modo da sollecitarlo a ripatriare; e soltanto fu riassicurato quando il prof. Borrelli gli porse contezza sulla patogenesi della malattia. In ogni caso il prof. Tommasi riconobbe che il trattamento doveva conformarsi alla particolarità dei sintomi.

Intanto gli accessi si ripetevano una in due volte al giorno, e per il consueto verso le 5  $\frac{1}{2}$  alle 6 a. m. e fra le 4-5 p. m., e con maggiore veemenza. La temperatura oscillava fra i 38,5 il mattino ai 39,5, con lievi remissioni mattutine. I polsi deboli e frequenti (110-120). Si somministravano discrete dose di chinina con coffeina.

La febbre si sostenne fra i 38-39 fino al X° giorno, declinando la sera a 37,3, ed a mezzanotte a 37,2. Ma in questo momento il prostramento delle forze si fece significante, i polsi sempre più deboli e frequenti (124), la respirazione superficiale, cianosi alle labbra, la vista indebolita e fosca la cornea, le estremità raffreddate: rantoli a piccole e medie bolle nell'ambito medio e superiore dei polmoni, mentre il murmure si rendeva insensibile nelle basi pulmonali, e ne cresceva la ottusità, epperò l'affanno. Insomma l'inferma era in preda all'adinamia, ed il collasso ne minacciava la esistenza. Allora si ricorse con sollecitudine alle acque aromatiche, seguite dal citrato di coffeina e da polvere di castorio, alternandosi brodi concentrati con la Marsala, senapismi volanti nelle estremità innanzi e dietro il petto, ed appena dopo 4  $\frac{1}{2}$  in 5 ore la inferma potette riaversi un poco.

Cessò la febbre adunque nel 10° giorno, ma non così lo stato adinamico, il quale si aggravò per la sopravvenienza delle ricorrenze mensili. Si sospese la chinina urgendo tenere alti i poteri fisiologici cotanto depressi. La inferma cadde in preda a gravi fatti isterici, i quali ne esaurivano sempre più l'organismo. Ma decorsi appena 4 giorni dalla cessazione della febbre, la inferma fu colpita verso le 5 a. m. e le 6 p. m. da brividi leggieri, da intensa cefalalgia, la quale durava per ben tre in quattro ore, e poi si moderava colla comparsa di sudori; sicchè fummo indotti a riprendere la chinina, aggiungendovi il citrato di caffeina e spesso il solfato di quassina, non obliando mai le acque e le tinte aromatiche. I risultati furono immediati, giacchè l'accesso si scongiurava del tutto ovvero veniva più mite; ed è notevole che se per caso la chinina non si dava prima dell'ora dello accesso questo sorprendevasi con caratteri assai rilevanti. Tale trattamento, modificato a seconda della urgenza, si fu costretto prostrarlo per tutto il lunghissimo corso della convalescenza, la quale fu lenta e fastidiosissima, stante i facili ed intensi attacchi isterici, che menavano la inferma in un prostramento di forze rilevante. Non si deve obliare, che tali attacchi isterici sorprendevasi la inferma in certe designate ore del giorno, i quali quasi sempre rispondevano costantemente alle due ore del mattino e della sera siccome dalla insorgenza a tutto il corso febbrile o della convalescenza—Il cambiamento di aria, la cura tonico-ri-costituente completarono il trattamento, per modo che dopo 40 giorni la Signora fu completamente guarita.

Quali conclusioni potremo trarre da codesto caso clinico? Certamente la sintrome che ne offre, il corso febbrile che l'accompagna, ed il manco di lesioni anatomiche patologiche di organi designati, ci assicura trattarsi esclusivamente di un processo acuto, verosimilmente infettivo, stante anche il cospicuo tumore splenico. Le possibilità diagnostiche, siccome nei due precennati consulti si erano enunciate, si aggiravano fra una infezione malarica o tifica, o febbre napoletana al dire del Prof. Tommasi. Si metteva in dubbio la infezione di malaria per l'unica ragione che la chinina non agiva come per le ordinarie febbri palustri, non ostante il corso quasi intermittente della febbre, e le forme accessionali parosistiche caratteristiche. Nè questo sarebbe stato un caso affatto eccezionale, giacchè il Griesinger ricorda casi di *febbri intermittenti perniciose*, facili nelle regioni calde, a corso *continuo con apiressie più o meno insignificanti*; e « tali casi da principio a ragione della irregolarità degli accessi sembrano molto simili ad un tifo <sup>1)</sup> ». Processo febbrile, che dal Torti si designò sotto il nome di *subentrante*, dal Lanza e dal Puccinotti di *subcontinua* (*Est febris continua ex genere intermittentium*). Nè si potrebbe, nel caso in disamina, escludere del tutto ogni efficacia alla chinina, giacchè se non si giungeva a prevenire del tutto lo accesso, il parosismo presentava caratteri sempre più gravi quante volte non si somministrava una discreta dose di chinina. Per guisa che entrata la inferma nella convalescenza e dismessa la chinina si

<sup>1)</sup> V. anche l'HERTZ, *Infezione da malaria* p. 494. Ziemssen.

fu costretto riprendere questa, perchè gli accessi, sebbene senza nota febbrile, tornavano costantemente alla solita ora, mentre erano scongiurati amministrando la chinina. Si noti che tali osservazioni furono ripetute più volte nel corso della febbre e nella piena convalescenza.

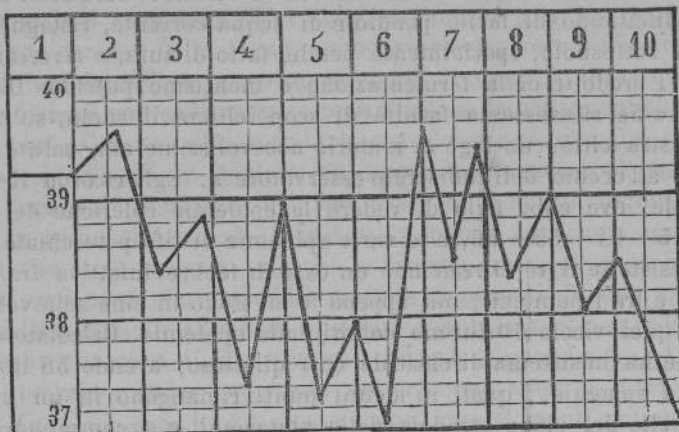
Ammettiamo che si sia potuto trattare di una infezione tifica. Il breve corso febbrile avrebbe fatto pensare ad una *febbriicola*, la quale ha un tipo continuo, la cui temperatura di rado sorpassa i 39 C., i polsi non superano i 100 battiti, la cute è arida, vi ha lieve catarro bronchiale, alquanto torpore cerebrale, sete, inappetenza ecc.; febbre che risolve fra 5-10 giorni, ed in cui si ha breve convalescenza e sollecita guarigione. Meno il tumore di milza, che si accompagna a tutte le infezioni acute, nel caso nostro noi non avemmo altri segni di localizzazioni, e tutta la diagnosi si sarebbe fondata sul corso febbrile, il quale avrebbe potuto farci sospettare una forma possibilmente d'ileo-tifo, non tanto per quel lieve catarro gastrico intestinale, che suole accompagnare ogni processo febbrile, quanto per l'andamento della linea termometrica, che però non era perfettamente continua remittente, ma intermittente remittente secondo dice Griesinger. Il Wunderlich, tanto competente al riguardo, stabiliva la legge: «Potersi con positiva certezza diagnosticare un tifo addominale quando, dopo una malattia che ha già durato dai circa 5 giorni ad una settimana e mezzo, in un individuo sano, giovane, adulto, le temperature della sera, che sono 39,7-40,5.° o poco più, e quelle del mattino più basse di  $\frac{3}{4}$ -1 $\frac{1}{2}$ , si avvicinano le une colle altre senz'alcun altro disordine apparente che valga a spiegare una febbre così alta ». Secondo il Wunderlich i casi gravi possono distinguersi dai leggieri nella metà del secondo settenario fra il 9 ed 12 giorno; nei casi lievi per lo più nel 10 al 12 giorno si manifesta la prima rimessione, e sebbene non torni a mostrarsi chiara nel seguente giorno, pure le remissioni seguenti sono ben presto più forti, le esacerbazioni più brevi e più lievi, per modo che nella metà del 3° settenario la temperatura raggiunge la normale. Per l'ordinario anche nei casi comuni d'ileo-tifo la defervescenza completa si avvera verso il 21.° giorno. Or dunque la curva termica dell'ileo tifo nel primo settenario presenta un andamento a zic-zac, di talchè essa si eleva nei primi 3-4 giorni dalla mattina alla sera di ciascun giorno di 1—1 $\frac{1}{2}$  g., ed alla mattina seguente discende nuovamente di  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ , finchè nella 3-4, sera raggiunge od oltrepassa l'altezza di circa 40.°". Wunderlich stabilisce la seguente formola:

1.° giorno	— mattina	37°,	sera	38,5°.
2.°	»	»	37,9°	» 39,2°
3.°	»	»	38,7°	» 39,8°
4.°	»	»	39,2°	» 40,3°

È molto raro che un'altra forma di malattia mostri un periodo pirogenetico come il tifo addominale, e questo andamento di temperatura nella 1ª settimana basta da sè solo a far decidere la diagnosi (Kunze). Ed è nel 2° settenario in cui pel solito prende una linea orizzontale, continua, serbando un'altezza quasi uniforme per entrare nel 3° settenario, o,

come si è detto innanzi, nei casi benigni, incominciare a rimettere fin dal 10 — 12 giorno. Gli è nel secondo settenario che i fatti cerebrali prendono un aspetto rilevante (coma, delirio); abbiamo gorgoglio alla fossa ileo-cecale, meteorismo, bronchite catarrale diffusa. Niente di tutto ciò nel caso in disamina: la febbre assume un aspetto remittente intermittente, come dalla seguente tavola; che anzi l'apiressia si sostiene più lungamente nel 6° giorno, quando è per assolversi il 1° settenario; l'acme febbrile è di 39,05; manca il coma ed il delirio; manca il gorgoglio alla fossa ileo-cecale; l'addome è indolente ed appena meteorico; i fatti bronchiali limitati, e che si aggravano quando insorgono i nuovi accessi, come pure aumenta l'irritabilità nervosa, e tutto si modera coi sudori. La cute è arida e secca nel tifo, qui è per l'ordinario madida. Il prostramento delle forze non è proporzionato alla malattia, al corso, ed all'altezza della temperatura.

Il quadro nosologico del caso clinico riferito non presenta nulla di eccezionale quante volte lo si riscontri con casi consimili riferiti da distinti medici, che ebbero a fare osservazioni identiche. Il Prof. Tommasi mi parlava di due giovani suoi congiunti, nei quali il quadro clinico da me sopra descritto trovava una ripetizione la più conforme, notando l'andamento termico, da me riportato nella tavola grafica, (in cui il *fastigium* febbrile segna il massimo di 39,5), intermezzato da una curva a sbalzi.



Or dunque volendosi escludere una infezione puramente tifica o palustre, e riconoscendosi oramai nel caso una forma febbrile particolare, quale ne sarebbe la entità?

Qui le opinioni dei nostri clinici si dividono in vari ordini: Tommasi e Cardarelli riconoscono che la febbre così detta *napolitana* tragga la sua origine nelle materie ristagnanti nei corsi luridi, con la particolarità che Tommasi vorrebbe trovarvi qualche cosa di specifico, di *sui generis*, sulla cui natura si potrà portare giudizio qualora sarà studiato il germe (microfito ec.); e Cardarelli è di avviso che la febbre nostrana costituisca una entità morbosa a sè, e che sia in rapporto col *gas delle fogne*, non escludendo la possibilità che vi possa andar congiunto lo elemento tifico o malarico. I professori de Martini e Schrön sono per la infezione mista, in cui il prin-

cipio tifico può andar congiunto col malarico, prevalendo ora l'uno ora l'altro a secondo della intensità di ciascuno o della ricettività dell'individuo che ne è colpito. Il prof. Borrelli opina che la essenza di tal febbre sia la *infezione tifica modificata*.

È bene ricordare che in Napoli ai tempi di Lanza assai di rado ricorrevano casi di tifo, e meno di malaria, anzi i più dei medici non riconoscevano facilmente i casi di febbri palustri, essendo rari, e per lo più sviluppati in persone che venivano da luoghi malsani. Solevano ricorrere delle epidemie di dermatifo, le quali si sviluppavano quale *méphitisme par encombrement*, come dicono i francesi, nei quartieri popolosi, dove il popolino viene ammucchiato senz'aria, senza luce, ed in sottani umidi. Era il tifo della miseria. Rari erano i casi d'ileo-tifo, e rarissime le forme da malaria. Nello studio ch'io feci intorno alla *fognatura*, per commissione del consiglio municipale di sanità, ebbi a leggere le belle parole che il Lanza nel 1830 (*Nosologia medica*) scriveva sulla salubrità di Napoli; parole che nel 1874 trovavano una totale smentita nella relazione fatta dal Ch. del Giudice, non perchè quanto aveva asserito lo Illustre Nosologo napoletano fosse stato il puro vero, ma vi era a riflettere che le condizioni igieniche della città furono mutate dacchè si sopresse il sistema di espurgo dei *pozzi neri*, e s'innestarono i corsi luridi privati nei corsi generali delle acque di rifiuto e pluviali. I materiali fecali, raccolti in veicoli le cui pareti non erano garantite, difettando di facile pendio e di acqua corrente, ristagnarono, infiltrarono il sottosuolo, specialmente perchè fatto di tufo, e riversarono nell'atmosfera i prodotti della fermentazione o mefitismo putrido. Dice il del Giudice: « Se si avesse la facoltà di scoperchiare il suolo, su cui è oggi posta la nostra città, un lago di materie nocevolissime alla salute pubblica apparirebbe all'occhio dell'indiscreto osservatore ». Egli ricorda il caso del vico del Sole, ove ebbe agio di vedere le epidemie coleriche del 1836—37—54—55—64—65—66, e le varie epidemie di tifo petecchiale. Ebbene finchè non esistette il *corso reale* non un caso di febbre infettiva fra le gente del vicinato e fra i pompieri, ma appena lo si scavò in una sola volta di 72 abitanti in quel vicolo 60 furono colpiti dalla epidemia. Calcolate una città adunque che ha un sistema di cloacale così difettoso, avendo 58 liberi sbocchi lungo la spiaggia, i quali in alcuni punti rimangono in un livello superiore a quello del piano stradale delle abitazioni, e si comprenderà di leggieri come il sottosuolo debba inquinarsi di materiali putridi, mentre il mare li riversa sulla spiaggia mercè i suoi flutti, epperò l'atmosfera ne rimanga viziata, e danneggiata la salute pubblica, giacchè gli elementi infettanti trovino le condizioni più propizie pel loro sviluppo. E sarebbe per lo meno poco verosimile supporre come i quartieri di Napoli meglio condizionati per costruzione di abitazione, per larghezza di via, per diligenza delle persone civili che l'abitano, sieno i più frequentemente esposti alle epidemie, massime della così detta febbre napoletana, la quale si rende rara nei quartieri alti, ed anco nello interno della città nei piani alti. Or dunque pare che l'etiologia di codesta febbre trovi una spiega a bastanza sufficiente in quanto al fomite di origine, che sarebbe il *mefitismo putrido* prodottosi dalle fogne. Al riguardo converrà non confondersi l'azione diretta

dei puri effluvi gassosi da quella dei principii infettanti di natura specifica, i quali per avventura vi possano andare commisti. I clinici riconoscono dei punti di contatto fra le malattie miasmatico-contagiose e certe intossicazioni; ma per avvelenamenti mefitici, propriamente detti, comprendiamo, come afferma Lebert, quelli soltanto che derivano dai cessi e condotti immondi, non che dai gas deleterei delle fenditure del suolo e delle sorgenti. Le analisi del Bouchardat, del Bernard ed altri, fatte nelle fogne di Parigi, e gli ultimi studii di Frankland in Inghilterra, menano alle conclusioni che le sostanze organiche vegetali od animali, sciolte nelle acque delle fogne, dopo breve tempo sono trasformate in acido ed ossido di carbonio, in ammoniaca, in carburi d'idrogeno, in acidi solfidrico e fosforico, in nitriti e nitrati ecc., prodotti tutti volatili che tendono ad espandersi, provocando gravi perturbamenti in coloro che li respirano più direttamente, come si avvera nei vuotacessi (*les plombs*), i quali o ne restano vittime sullo istante, o, come è per l'ordinario, i fenomeni dell'asfissia sono lenti. Donde cefalalgia, senso di spezzatura negli arti, dolori muscolari e nevralgici, costrizione nel petto, difficile respiro, nausea. In altri si avverano convulsioni, delirii, seguiti da rilasciamento nei muscoli, debolezza cardiaca, cianosi, morte. È una vera intossicazione sia per difetto di ossigeno, sia per diretta azione dei gas irrespirabili nel sangue e sui centri cerebro spinali.

Or dunque nel caso della *febbre napoletana* non si potrebbe trattare di pura intossicazione per gas delle fogne, ma converrà riconoscere che in quel vasto semenzaio fermentescibile i germi fermenti di ogni natura trovino le più adatte condizioni per svilupparsi e moltiplicarsi. Le riflessioni che mi comunicava il prof. Cardarelli meritano considerazione, che cioè quel tipo di febbre che in Napoli si deplora da *tempo non lontano*, si conforma con quello ch'egli vide scoppiare nel suo paese quando malauguratamente si fece quel pessimo sistema di fognatura, eppure colà non era il caso a parlare di tifo o di malaria, giacchè la borgata era salubre pochi anni addietro. In ogni caso non potendosi trattare di puro mefitismo si dee ricorrere a qualche cosa di specifico, il quale costituisca o una individualità a sè, come sospetterebbe il Tommasi, ovvero, secondo Cardarelli col mefitismo potrebbe andar congiunto un principio tifico o malarico; o secondo de Martini e Schrön spesso codesti due elementi potrebbero unirsi insieme. In fatti il Boudin ricorda il caso d'infezioni miste (tifo-malarico) nelle colonie inglesi in India. Ammesso in Napoli un sistema cloacale così difettoso, quindi il facile inquinamento di sostanze putride nel sottosuolo, ed il riversamento delle medesime sulla spiaggia ove terminano i molti sbocchi luridi, ed avremo un vasto campo fermentescibile, da cui si sprigionano i gas mefitici e pullulano i germi infettanti. E come che nei grandi centri di popolazione vi è sempre occasione di permanenza o importazione di morbi infettivi, che possono o no svilupparsi a secondo condizioni opportune, sicchè di continuo abbiamo a deplorare casi sporadici od in forma epidemica di tifo, di malaria, di dissenteria, di vaiuolo, di difterite ecc., non sapremmo comprendere come non si possa avere la doppia infezione, tanto più quando un soggetto che soffriva infezione pa-

lustre sia colpito dal tifo od altro. Rari sono i casi di doppie infezioni, ma la rarità non ci potrebbe autorizzare o stabilire una legge, non ancora assegnata in patologia, che una infezione sia incompatibile con un'altra.

Concludendo ripeto che la così detta « *febbre napoletana* » costituisca una entità nosologica distinta, e che non debbe confondersi con le ordinarie infezioni. Ch'essa trae movenza dal mefitismo delle fogne, e che, come nel caso da me riferito, può contenere elementi specifici sia della malaria, sia del tifo; e come si è svolta appo noi similmente potrà manifestarsi anche in altri paesi, i quali si trovino in condizioni identiche. <sup>1)</sup>

(Estratto dal Mov. MED.-CHIR.)

---

<sup>1)</sup> Letta nell'Associazione de' Naturalisti e medici, 8 Maggio c.



3707

