



A. 2. 10

Il Policlinico

APPUNTI

DI

CLINICA E PATOLOGIA MEDICA

SULLA

FEBBRICOLA

PER IL

Dottor Rocco Giunta Zoda

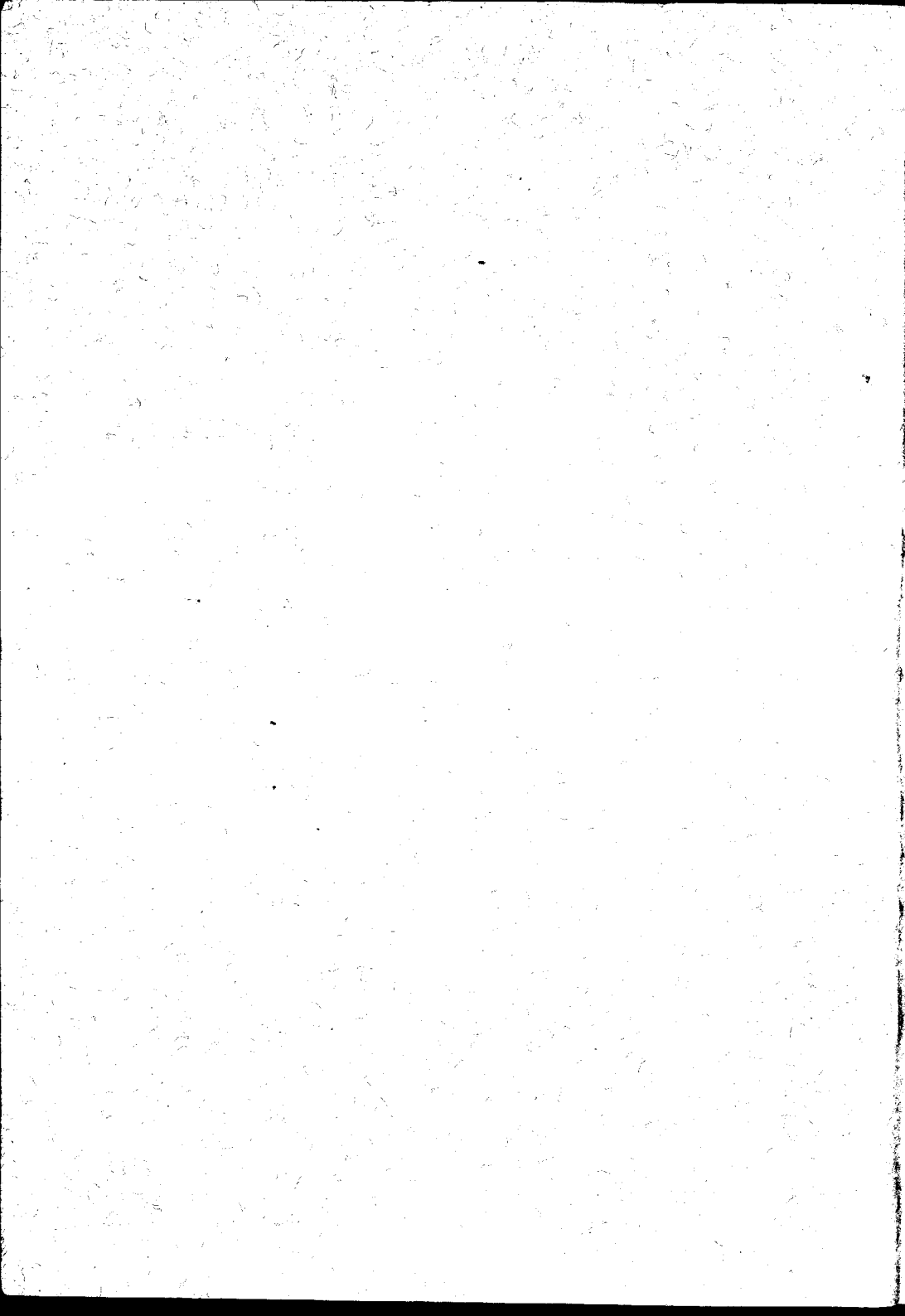


CALTANISSETTA

STAB. TIP. OSPIZIO PROV. DI BENEFICENZA

UMBERTO I.

1906



Calabrese
Giunta

APPUNTI
DI
CLINICA E PATOLOGIA MEDICA
SULLA
FEBBRICOLA

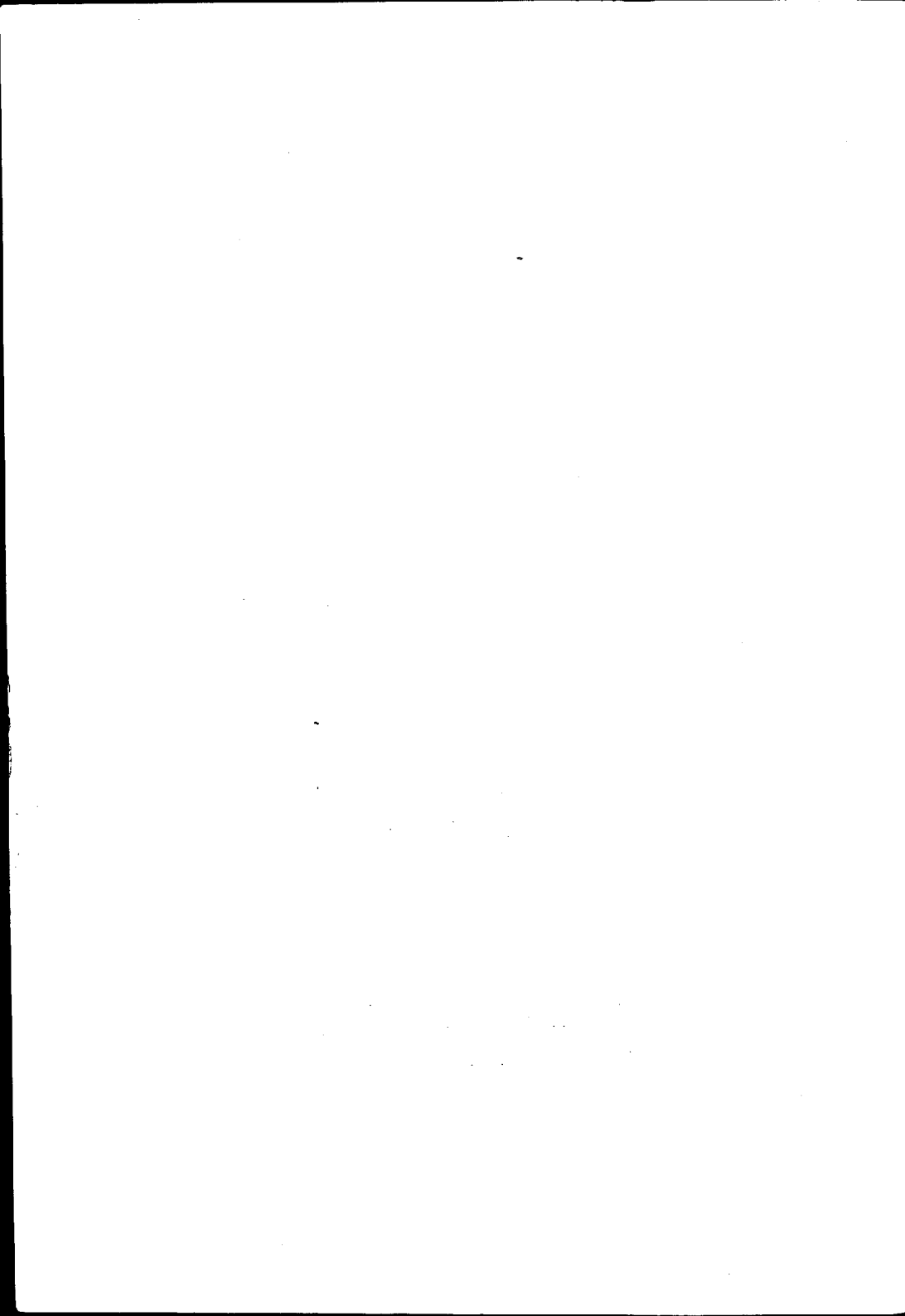
PER IL
Dottor Rocco Giunta Zoda



CALTANISSETTA
STAB. TIP. OSPIZIO PROV. DI BENEFICENZA
UMBERTO I.

1906







LA FEBBRICOLA

Sinonimia — Febbre napolitana. Febbre di Malta. Febbre mediterranea. Pseudo-tifo. Febbre tifica modificata. Febbre atipica. Febbricola tifoidea. Tifoidea atipica. Febbre infettiva atipica. Adeno-tifo. Febbre tifo-malarica. Febbre continua epidemica. Febbre mefitica, urbana. Febbre delle fogne. Febbre sudorale. Febbre ondulante.

Storia — Nei tempi andati questa malattia andava confusa in quella enorme aggregazione di forme morbose, che veniva designata col titolo generico di febbre gastrica. Soltanto da un ventennio a questa parte la febbricola ha una storia a sè, e, s'intende, non priva di discussioni geniali, e ricca delle solite quisquilie.

Essendo essa in Europa quasi costantemente apparsa nel

litorale mediterraneo (Italia, Sicilia, Africa settentrionale, Francia meridionale ecc.); si comprende che gli autori, che se ne occupano, debbono appartenere a qualcuna di queste località. Onde avviene che inutilmente nella bibliografia si cercano degli autori anche tedeschi; poichè in massima, fuori del bacino del Mediterraneo, si può dire quasi sconosciuta. Ugualmente inutile aggiungere che non esiste un accordo, anche relativo, fra i varii autori che hanno scritto della febbre: per cui la necessità di riordinare le cognizioni preesistenti aggiungendovi qualche lume, che l'esperienza clinica, non lunga ma accurata, ci ha fornito.

Nell'ultimo ventennio le discrepanze fra i varii autori riguardo alla natura ed alla sede della febbre, non sono mancate, nè sono trascurabili. E primieramente in quanto alla natura, atteso il suo decorso, è stata confusa spesso, sempre rassomigliata alla tifoidea, che avesse solo perduto le caratteristiche della curva febbrile, a questa proprie. Vi ha chi ha potuto affermare che lo stesso bacillo di Eberth, in condizioni speciali dell'organismo, possa indurre la febbre, anzichè la tifoidea o l'ileo-tifo.

Il Tommasi però, che fu, se non il primo, certamente uno dei primi ad occuparsi di questa malattia pensava che la febbre rappresenta un quadro clinico tanto ben delineato e circoscritto, da essere impossibile il confonderlo con altre malattie, sia il tifo, sia la malaria; e perciò degna

in tutto e per tutto di essere considerata come una forma morbosa speciale, da aggiungersi nei trattati di clinica e patologia medica.

Il Tommasi fondava questo suo modo di vedere sul fatto che la tifoidea per quanto anomala ed irregolare non può mai essere confusa od avvicinata alla forma morbosa in parola, per le seguenti ragioni: 1° nella febbricola manca quasi costantemente la roseola, e se si è avverato qualche caso con esantema, questo somiglia all'eruzione miliarica e non alla roseola tifosa. 2° Spesso nella febbricola manca ogni e qualsiasi disturbo gastro enterico; e quando per avventura questo esistesse, è in modo assoluto indipendente dall'andamento della febbre. 3° La curva termometrica della febbricola non corrisponde, neanche nelle più grandi linee a quella della tifoidea, tanto da divenire decisamente intermittente alla fine, e qualche volta esserlo in sul principio; tanto da essere non rare volte, remittente nell'acme e in principio di malattia, col massimo di temperatura al mattino, anziché alla sera. 4° E infine perché mentre la fine della tifoidea si può prevedere quasi con esattezza, la febbricola non aveva allora, (né ha acquistato per gli studii posteriori) un decorso definito o definibile.

Per queste ragioni il Tommasi, pure ammettendo una certa affinità fra le due forme morbose, non esitava a sostenere l'individualità autonoma della febbricola.

Dell'ugual maniera pensava il Capozzi, che sosteneva essere la febbre una malattia suigeneris, prodotta da un agente infettivo, che avrebbe dovuto trovare il suo terreno di sviluppo, più specialmente nelle cloache, e nei depositi di sostanze organiche in via di decomposizione.

Il De Renzi invece opinava che si trattasse della coesistenza di due principii infettivi: il tifoideo e il palustre; che a seconda la preponderanza dell'uno o dell'altro, si stabiliva una forma morbosa talora più vicina alle infezioni tifiche, tale altra alle malariche: *de duobus corpus unum obsidentibus potior alterum obscurat*. Proponeva per nome di questa malattia quello di « *febbre tifoidea* », attesochè il tipo dominante si avvicinava di più alla tifoidea vera e propria.

In questo stesso ordine d'idee vengono il Martini e lo Schröen; e volevano questi autori che a tale forma morbosa si desse il nome di « *febbre tifo-malarica* ».

Altri invece inclina a credere che si tratti di una semplice modificazione del tipo tifico, per cui le varie peculiarità del processo morboso debbansi ripetere dall'una o dall'altra forma di tifo. Epperchè il Cantani proponeva che si chiamasse « *adeno-tifo* » anche pel fatto di avere osservato le glandole mesenteriche abbastanza ingrossate.

Similmente lo Jaccoud in Francia proponeva il nome di « *ileo-tifo a forma sudorale* »; e il Diodato Borrelli in due

note cliniche cercava di dimostrare la natura tifica modificata della febbreicola.

Il Cardarelli ed Eugenio Fazio pensavano che si trattasse di una malattia a sè, in dipendenza di una alterazione indotta nel sangue dal mefitismo delle fogne e dalla contemporanea penetrazione di agenti specifici del tifo o della malaria; che fosse una malattia endemica in qualsiasi luogo, dove esistono focolai di tifo o di malaria, sviluppantesi o nelle cloache o in vicinanza di queste.

Nè mancano coloro i quali credono di potere asseverare che una tale malattia può benissimo richiedere la sua patogenesi dalle alterazioni chimiche e biologiche indotte dalla respirazione di gas della putrefazione, prevalentemente dall'idrogeno solforato, e perciò propongono che la si chiami « *febbre delle fogne, febbre mefitica, febbre da idrotionemia* ». A queste vedute si associano il Cozzolino e il Borrelli David.

Rummo nel 1883 era del parere che la malattia restava del tutto nell'ombra; perchè da un canto la sindrome clinica con caratteri eclatanti e determinati, faceva pensare ad una infezione specifica: d'altra parte i risultati sperimentali e di gabinetto difettavano in modo assoluto per confermare e dare esistenza scientifica alla nuova forma morbosa.

Noi, che abbiamo frequentato il corso di clinica del Rummo in questi ultimi anni, lo abbiamo inteso a dubitare della esistenza di questa entità nosologica, forse pel fatto che nes-

suna innovazione, in un ventennio di lavoro alacre e fecondo, è stato apportato a quanto si riteneva nel 1883.

Liborio Giuffrè, facendo prima una critica severa di tutto quanto si era scritto in rapporto a questa malattia, veniva alla conclusione che, vi sono troppe ragioni per non doverla riguardare clinicamente come una forma morbosa autonoma; ma che etiologicamente, non potendosi tener conto degli ultimi lavori del Lepidi-Chioti, del Caruso-Pecoraro, e del De Blasi, tendenti a comprovare l'esistenza del bacillo di Eberth, in alcuni casi di febbricola, e degli altri del Bruce il quale asserisce di avere trovato un batterio specifico di questa infezione, quale sarebbe il *micrococcus melitensis*, poichè nè gli uni, nè l'altro potevano andare esenti da critica, per questi motivi, etiologicamente la malattia restava nel mistero, onde voleva che la si dicesse « *febbre innominata* » dal suo carattere principale.

Più recentemente, a nostro conforto, è comparsa nel *The American Journal of medical sciens*, una nota di J. M. Da Costa in cui, oltre a stabilire l'esistenza in America della febbricola, l'autore crede di potere fare assurgere la febbricola a dignità di forma morbosa specifica.

Nello stesso periodico l'Irving viene quasi alle stesse conclusioni, se toglie che da un canto vorrebbe abolito il nome di febbre tifo-malarica, e dall'altro che in certe forme di detta malattia non esita ad affermare che trattasi d'in-

fezione mista, come da noi affatto recentemente, ebbe a sostenere il Baccelli e qualche altro (V. Ascoli ecc.).

Infine il Brault di Parigi, pur facendo alcune distinzioni di tipi febbrili, ne ha ammesso l'autonomia, e crede di potere affermare, essere il « *micrococcus melitensis* » del Bruce l'agente patogeno di questa malattia.

*
* *

Sintomatologia — Tutti i clinici, che si sono occupati della febricola, hanno cominciato con l'osservare che un quadro clinico, più o meno schematico, ben definito, non puossi concepire, e tanto meno scrivere, attesa la grande variabilità dei sintomi che essa presenta. Inizio, decorso, durata, complicate, variano da un caso all'altro; nè si possono stabilire, secondo quasi tutti gli autori che hanno scritto nello scorcio del secolo scorso, almeno dei caratteri comuni ad un dato gruppo di casi osservati magari nello stesso luogo, o nella stessa epidemia.

Onde hanno concluso che « la sua regola è di non avere regola, la caratteristica di essere aciclica ».

Noi in verità non la pensiamo dell'ugual maniera: sebbene il convenire che la febricola sia un'infezione, che non ha nulla a che fare col determinismo clinico delle altre infezioni, non sia per nulla nocivo alla pratica medica, ed alla scienza pura.

La regola fa conoscere l'eccezione; l'atipicità è già per se stessa un carattere, quasi sempre bastevole a definire un'entità morbosa.

In ogni caso noi cercheremo di stabilire, anche sulla guida di recentissime pubblicazioni estere, un quadro clinico, a nostro modesto modo di vedere, abbastanza completo, per potere addivenire quandochessiasi ad una diagnosi, con quasi sicurezza di riuscita.

Evidentemente, trattandosi di malattia d'infezione, a priori si può pensare che la febbricola, come qualsiasi altra forma morbosa, debba essere preceduta da incubazione. Ed è così in effetti; poichè nei cinque casi, a noi occorsi, abbiamo potuto stabilire, che precedentemente al sopravvenire della febbre, il paziente aveva notato un certo tal quale senso di malessere, caratterizzato da capogiri, pienezza di stomaco, lingua impaniata, irritabilità di carattere ecc; e oggettivamente si era osservata una lassezza generale sia nei movimenti fisici, che nella azione morale, e un pallore notevole, soprattutto nel volto, che diviene addirittura terreo. Tutto questo un giorno e mezzo o due, in un sol caso tre giorni, prima dell'invasione febbrile.

Come si vede l'incubazione non è tanto facile a potersi stabilire per la rassomiglianza dei sintomi presentati dalla febbricola, con quelli di altre malattie infettive, in istadii congeneri.

D'altra parte non essendo ancora note le vie di trasmissione e di contagio del virus febbricolare, non si può con esattezza determinare la durata dell'incubazione. Ciò che del resto ha una importanza del tutto relativa, poichè potrebbe esserci solo utile nel caso che la terapeutica ci fornisse i mezzi di fare abortire la infezione; ciò che non è.

A questo periodo, che noi abbiamo caratterizzato come incubazione, segue l'accesso febbrile.

Qui si osservano delle discrepanze fra i varii scrittori: alcuni ci parlano di un'invasione rapida, violenta, con la temperatura toccante il massimo di $40^{\circ}5$: a $41^{\circ}5$: in poche ore, segnatamente dopo avere pranzato, e preceduta da intensi brividi di freddo; altri scrivono di avere osservato la invasione febbrile graduale, elevantesi di giorno in giorno, per uno o per un grado e mezzo centigradi, fino a toccare il massimo di temperatura fra due o tre giorni, senza brividi di freddo, o per lo meno poco intensi; alcuni altri hanno creduto di potere vedere nel periodo di incremento di cui ora si è fatto cenno, un vero e proprio stadio d'incubazione.

Noi, nei cinque casi che abbiamo potuto osservare, abbiamo constatato che l'invasione s'inizia con violenti brividi di freddo, della durata di quattro o cinque ore, a preferenza dalle dieci a. m. alle 3 p. m.; durante i quali brividi non di rado il termometro segna 39° e qualche volta anche più.

Ai brividi succede sempre e rapidamente l'elevazione di

temperatura che arriva in poco più di due o tre ore a 40° o 41°, una volta a 41° e 8.

Alla febbre si accompagna forte cefalea, e in alcuni casi anche vomito. La cefalea ha carattere prevalentemente gravativo, e spesso induce una notevole iperestesia del sensorio, tanto da rendere i pazienti insofferenti della luce, del rumore e financo del contatto delle lenzuola. Il vomito, ci sembra, che debba essere in connessione diretta con la cefalea, sia per le relazioni che sono intercedute fra l'uno e l'altra; sia anche perchè, come diremo appresso, mancherebbe un'alterazione propria della malattia, onde spiegarlo come diretta conseguenza di questa.

Il vomito l'abbiamo avuto in soli due casi dei cinque summenzionati, e con carattere differenti in entrambi. In un paziente, essendo avvenuto quasi immediatamente dopo ad una generosa ingestione di cibo, furono rigettati tutti gli alimenti in via di chimificazione, e in questo caso il vomito fu seguito da conati inani, e finì con l'emissione di poco liquido giallo-verdastro, di sapore amarissimo, ma non nauseante.

Nell'altro caso in cui si è avuto il vomito, esso è consistito in ripetuti conati, con i caratteri della vomiturazione, col rigetto di pochi centimetri cubici di liquido della stessa natura, di cui sopra, oppure del tutto inani.

Del resto nessun dolore in altre parti del corpo; nessun disturbo nei varii organi ed apparati; polso variante alle

volte in diretta relazione con la temperatura, alle volte un pò più frequente di quanto la temperatura stessa non richiedesse; in un caso con febbre a $38^{\circ}5$ si contavano 112 pulsazioni al minuto.

Respirazione normale - Coscienza integra - Solo in due casi, dei cinque osservati, abbiamo potuto constatare delle idee leggermente deliranti, come senso di prossima fine; con carattere quindi, lievemente depressivo.

Essendo l'abitato del nostro Comune un focolaio perenne delle peggiori forme malariche, ed essendosi presentati detti cinque casi abbastanza gravemente, non abbiamo esitato a somministrare il chinino, in due casi per bocca, e in tre per iniezione ipodermica, associandolo due volte, in quest'ultima evenienza, col dimetilarseniato di ferro.

In seguito alla somministrazione del chinino, e dopo quattro o cinque ore si è avuto solo una remissione di temperatura, onde cominciava a balenare qualche dubbio sulla vera entità della malattia. Perchè, vero è che non mancano i casi di malaria resistenti ai sali chinici; ma è vero altresì che in questi casi costantemente (noi ne abbiamo osservati parecchi senza che questa condizione mancasse) si ha la intermittenza perfetta, sia pel carattere intermittente che in generale hanno le forme malariche, anche quelle che si dicono forme combinate, sia per le proprietà antitermiche dei sali di chinina.

Orbene contrariamente a tutto ciò, nella febbre non si avvera quasi mai, specie nei primi giorni, anche in seguito a somministrazioni generosissime di chinino, una intermitenza vera e propria.

La remissione è accompagnata da sudorazione profusa, e quando vi ha cefalea intensa, la sudorazione è più copiosa sulla fronte e nella testa, e, in generale quando coincidono dei punti dolorosi, come ad esempio la regione lombare, sacro lombare, o la base del torace, lì la sudorazione è più abbondante che in altri siti.

Il sudore in tre, dei cinque casi summenzionati, aveva un odore sgradevolissimo come di paglia marcita o di muffa, negli altri due il solito odore che presenta il sudore degli individui sani.

A questa prima remissione, (che non è del tutto dovuta all'azione antipiretica del chinino, - poichè in un caso di nostra conoscenza il chinino fu solo somministrato in terza giornata eppure la febbre nei primi due giorni rimetteva la mattina per innalzarsi nuovamente la sera -) segue un nuovo rialzo di temperatura, talvolta accompagnato da brividi di freddo, tal'altra no.

Bisogna osservare a questo riguardo, che in certi casi, pur mancando il brivido febbrile, genuino, nella forma classica, non è raro che sia mascherato da un raffreddamento più o meno notevole delle estremità, segnatamente inferiori.

Così prendendo decisamente la forma di febbre remittente, la febricola continua per dieci o undici giorni, lievemente diminuendo di qualche decimo al giorno - dal primo al sesto di malattia, e un pò più rapidamente dal sesto al decimo o all'undecimo.

Onde non è raro il caso che in dodicesima giornata il paziente sia del tutto apirettico -; sibbene è raro che la febbre non sopravvenga, con o senza nuovi brividi, nello stesso o nel giorno susseguente.

Nella congiuntura del ritorno febbrile, la temperatura si rialza a gradi elevati; non è facile però che raggiunga il grado del primo accesso febbrile, e ritorna ad essere remittente con elevazioni sempre minori; fino al ventesimo o al ventiduesimo giorno di malattia. In questa seconda decade però la remissione va accentuandosi sempre più; fino al punto che in quindicesima giornata la febbre prende la forma intermittente; la mattina 36° , 4. o 36° , 6. per rialzarsi verso il meriggio a 37° , 5. e la sera a 38° .

Però alla fine di questo secondo periodo o si ha l'apiressia completa e continua e l'avviamento alla convalescenza, oppure se rimane un piccolo movimento febbrile nelle ore meridiane, indipendente dalla immissione di cibi, questo si continua per settimane, e spesso anche per mesi, accentuandosi alla minima occasione, alle volte senza poterne ripetere la causa da disordini dietetici o igienici, ma da semplici

cambiamenti di pressione atmosferica, o di umidità dell'aria, ecc: Onde noi pensiamo che in questi casi più che la permanenza della malattia, si debba invocare l'alterata funzione del centro termico, per cui si hanno di queste oscillazioni per la mancanza di compenso.

Dianzi si è detto che la curva termometrica della febbre è decisamente remittente da principio; è intermittente solo nel finire, del primo e del secondo periodo e in tutto il terzo. Però vi ha chi non la pensa dell'ugual maniera. Il Rummo ad esempio, opina che tale febbre è intermittente da principio, diviene subcontinua verso la metà del suo corso, e quindi ritorna ad essere intermittente (30 casi su 40 osservazioni); però più sotto fa notare che l'intermittenza della febbre non è assoluta, perché anche nei periodi di intermissione il termometro non si abbassa al disotto dei 37°, 37°, 4. il che non può riguardarsi apiressia completa.

Il Tommasi poi scrive di due casi in cui l'intermissione era invertita, si aveva cioè il periodo apirettico nel pomeriggio, e lo stato febbrile nelle prime ore del giorno e lungo tutta la mattinata.

I casi del Rummo non contraddicono sostanzialmente le nostre osservazioni; poichè anche noi, in due dei cinque casi di cui sopra, abbiamo constatato gli stessi abbassamenti di temperatura che ha notato l'autore succitato; ma per le stesse sue considerazioni, e per qualche altra nostra, di cui

sarà fatto cenno in seguito, abbiamo ritenuto che l'abbassamento di temperatura a 37° o a $37^{\circ}, 4$. in simili ammalati non rappresentasse completa apiressia; così come non abbiamo riguardato guariti, individui che hanno presentato elevazioni di temperatura oscillanti fra $36^{\circ}, 6$ e $37^{\circ}, 6$. nelle ventiquattro ore; ciò che in individui sani costituisce appunto lo stato fisiologico.

Ugual valore, noi pensiamo, debbano avere le osservazioni del Tommasi.

Il Iaccoud crede di potere affermare che vi sono due tipi in questa forma di febbre: in una si ha l'intermittenza da principio e in fine mentre nell'altra si ha remittenza da principio e continuità lungo tutto il decorso.

Il Tommaselli di Catania ha potuto osservare che nel secondo periodo di malattia, quello cioè che tutti ritengono essere formato dalla curva remittente, si può avere invece una curva continua (*continua continens*).

Comunque, a noi sembra che in massima gli A: A: concordano perfettamente nell'apprezzamento di questa forma febbrile: difatti anche coloro che sostengono essere da principio la febbricola intermittente, mostrano di non ritenere come apiressia assoluta la temperatura variante da 37° , a $37^{\circ}, 5$. In effetti date le condizioni di debolezza dell'organismo, data la grande evaporazione di acqua alla superficie cutanea coll'abbondanza del sudore, dato infine la quasi co-

stante somministrazione di antipiretici, la temperatura normale di simili individui debbesi ritenere variante fra 35°, 5 e 36°, 5, quale temperatura si riscontra quasi sempre negl'individui guariti od in convalescenza.

Ciò preposto, ci sembra di poter concludere con ragione, che la febbre in questa forma infettiva ha una curva propria e caratteristica nelle sue più grandi linee, e che remittente da principio finisce col divenire intermittente, passata la metà del suo decorso.

Un'altra osservazione di non lieve importanza in rapporto alla curva termica della febricola, riguarda appunto le notevoli oscillazioni che detta curva presenta durante la giornata.

È un fatto stabilito, per l'osservazione concorde dei vari Clinici, che la temperatura sale e scende nelle varie ore del giorno, e senza un criterio fisso che possa giustificare tale andamento. Tantochè alcuni hanno creduto, in base a questo carattere, di potere imporre alla febricola il nome di « *febbre ondulante* ». E perciò stesso tutti consigliano di rilevare la temperatura al massimo ogni due ore, onde avere da una parte cognizione delle oscillazioni quotidiane, e dall'altra per conoscere con esattezza il massimo e il minimo della temperatura.

Noi il fatto delle oscillazioni continue quotidiane l'abbiamo potuto constatare in tutti i cinque casi osservati, con

una costanza pari alla instabilità dei caratteri di durata e coesistenza.

Poichè giova notare che noi non abbiamo potuto mai stabilire dei rapporti tra l'ingestione di cibi, sia liquidi che solidi; il sorgere o il tramontare del giorno; la sudorazione spesso profusa; la ingestione di bevande fredde o calde; la somministrazione di chinino o di altri antipiretici, anche in dosi considerevoli, con le elevazioni febbrili e conseguenti abbassamenti.

Solo quando la febbre è stata alta ($40^{\circ}, 5$, a $41^{\circ}, 5$,) abbiamo potuto osservare una defervescenza della temperatura, in seguito alla somministrazione di chinino, per via ipodermica.

Viceversa quando il sale chinico si è somministrato con temperature relativamente basse ($37^{\circ}, 5$ a $38^{\circ}, 5$,) non si è avuto nessun segnale di azione antitermica o antitossica.

Questo in rapporto alla febbre.

Un altro sintoma di non secondaria importanza è costituito dal tumore di milza. L'esame metodico, diligente in queste congiunture può essere di grande aiuto: poichè il tumore di milza, quale si riscontra nella febbricola, ha alcunchè di caratteristico, che apprezzato giustamente una sola volta, nè si può più confondere con alterazioni simili di altre malattie, nè si dimentica tanto facilmente.

Trattasi di un ingrossamento rapido della milza, la quale può raggiungere dimensioni colossali, tanto da sporgere dal-

L'arcata costale in basso, arrivare all'ascellare posteriore in dietro, ed all'emiclaveare in avanti.

La splenomegalia della febricola potrebbesi solo confondere con quella indotta dall'infezione malarica; solo è da osservare che l'impaludismo per dare un ingrossamento tanto considerevole dovrebbe datare da lungo tempo ed essere cronico; nel quale caso il tumore splenico offre quasi sempre una consistenza quasi fibrosa dovuta allo ispessimento dei setti fibrosi del parenchima splenico, ciò che non si avvera nella febricola sia per la natura delle alterazioni anatomiche che l'infezione febricolare produce, sia per la rapidità, con cui tali alterazioni si formano. Oltrechè la malaria, per quanto latente o larvata, si può ognora rendere palese con uno dei tanti mezzi, di cui dispone la semeiotica.

La milza nella febricola è ingrandita *in toto*; e la si arriva a palpare all'ipocondrio sinistro affondando la mano quanto più si può sotto l'arcata costale, e obbligando l'infermo a fare delle lunghe, profonde e lente inspirazioni; in seguito alle quali si percepisce un corpo di consistenza elastica che scende in basso e un pò in fuori, di forma rotonda, a superficie liscia, e di volume variabile; non di rado dolente alla pressione, segnatamente in quei casi in cui il tumore è voluminoso.

Caratteri tutti, che, se non è facile trovarli accoppiati in altre forme morbose, è sommamente difficile che si ri-

scontrino senza che vi siano corrispondenti alterazioni del fegato, così come avviene nella febbre colica, in cui le lesioni epatiche, funzionali ed anatomiche, o non esistono affatto, o se esistono, sono addirittura trascurabili.

Di più: il tumore di milza, e solo questo, pare che abbia dei rapporti diretti col movimento febbrile della febbre colica; poichè noi abbiamo potuto osservare che col decrescere della febbre viene pure a diminuire la splenomegalia; e che nei casi ostinati, quando cioè la febbre permane per settimane e per mesi, anche l'ingrossamento, sebbene di molto ridotto, si mantiene nella milza per lungo tempo.

Accanto a questi, che possiamo dire, essere i sintomi positivi e costanti della febbre colica, e che bastano da soli a determinare il quadro clinico della malattia, ve ne sono alcuni altri che, inclineremmo a chiamare negativi; e pochi infine con carattere eccezionale, o casuale, o di complicazione.

E prima d'ogni altro si ha all'ispezione il colorito della cute giallo-terreo, che si differenzia dalla tinta leggermente verdastra che assume la pelle nella malaria, pel fatto che il melena malarico, del resto molto più oscuro per se stesso, si accoppia spesso con pigmenti biliari, per cui assume dei riflessi giallo-verdastri.

Del sudore ci siamo intrattenuti avanti; solo ci resta a far notare come da esso nessun beneficio risenta l'ammalato, poichè non di rado ad una profusa sudorazione segue

immediatamente dopo un rialzo di temperatura e uno spossamento generale corrispondente, da ricordare il collasso.

Inoltre qualche autore cita dei casi in cui si è avuto eruzione cutanea, in forma di vescichette di miliare cristallina, o di sudamina e certe volte si sono presentate delle macchie rosse, più o meno simili alla roseola tifosa. Noi di tutto ciò, non abbiamo riscontrato niente nei nostri cinque ammalati; onde lo abbiamo ricordato solo allo scopo di essere quanto più è possibile, completi nella trattazione dell'argomento.

Andando avanti nella ispezione, le mucose visibili si mostrano sempre molto pallide; la lingua lievemente impatinata con gli orli alcun poco arrossati; ma spesso l'arrossamento dei margini è del tutto coperto dal pallore caratteristico delle mucose.

Inutile aggiungere che la nutrizione generale, stante il breve periodo d'incubazione, e l'andamento del tutto benigno della malattia, si trova in ottime condizioni da principio, nè decade lungo il decorso per quanto protratto della febricola.

Giova notare a questo proposito che noi ci siamo fermati appositamente e con certa meticolosità nello esame degli organi addominali; ma non ci è mai stato dato di riscontrare la menoma alterazione anatomica o funzionale.

L'ammalato, se pure ha qualche pò di anoressia da prin-

cipio, non si ostina molto per cibarsi; e digerisce bene tanto gli alimenti liquidi, quanto qualche pò di riso, di legumi verdi, e della carne bianca.

L'alvo si mantiene regolato, e solo quando la dieta è un pò rigorosa si ha un lieve grado di stitichezza, che facilmente vien vinto dagli enteroclismi di acqua tiepida.

L'urina, che da principio è qualche volta un pò rossa; ben presto diviene di colorito normale; nessun disordine del resto da parte dell'apparato urinario, e nulla di notevole nella composizione chimica e microscopica dell'urina.

Abbiamo ricordato precedentemente alcuni fra i sintomi più salienti, riguardanti il sistema nervoso, cioè: cefalea, seguita o non da vomito, o da vomiturazione; irritabilità di carattere, e in due casi di febbre alta delle idee deliranti a carattere prevalentemente depressivo: non ci è stato dato di potere osservare perdita di coscienza o, tanto meno, stato tifico o comatoso.

Infine facciamo rilevare un fatto che, per noi, ha una importanza considerevole.

Si conosce da tutti che durante l'invasione, il decorso, e spesso anche postumamente alla guarigione dell'ileo-tifo, avvengono degli ascessi, dei processi purulenti profondi, perfino delle ossa, con più o meno estesa distruzione di tessuti.

Però in buon numero di tifici, da noi curati, non abbiamo avuto mai occasione di osservare intolleranza per i sali

di chinino iniettati sotto-cute; chè anzi in alcuni casi abbiamo potuto constatare una grande ricettività per questo farmaco, essendo arrivati ad iniettarne due grammi al giorno, o tre grammi un giorno sì, un giorno no.

Contrariamente a quanto avviene nell' ileo-tifo, abbiamo notato che tutte le volte, in cui nella febricola, abbiamo praticato delle iniezioni ipodermiche, o magari intramuscolari di bicloruro di chinino, a ciò consigliati dalla temperatura elevata, è avvenuta una intensa reazione *in loco*, con formazione in due casi di voluminose sacche purulente; aperte le quali la febbre è cessata quasi per incanto, nè si sono più avute delle recidive. Mentre negli altri tre casi, in cui la infiammazione di reazione è stata combattuta con frizioni di pomate all' iodoformio, all' acido salicilico, e qualche volta, al mercurio ed al guaiacolo, vero è che non si è avuta liquefazione purulenta dei tessuti, ma è pure vero che l' indurimento è rimasto per molto maggior tempo dell' ordinario, e, quello che è più, la febbre si è protratta per settimane e, in un caso, anche per mesi.

Notevole anche questo che in quest' ultimo caso la febbre è completamente cessata dopo quasi tre mesi, in seguito alla suppurazione di uno dei noduli d' indurimento, relitti dalle iniezioni di chinino fatte in principio di malattia, ed allo svuotamento del materiale purulento.

Infine noi abbiamo potuto constatare che ogni qualvolta,

per una qualsiasi ragione, si aveva una elevazione straordinaria di temperatura all'indomani, il rossore, il gonfiore ed il dolore delle iniezioni suppurate si facevano più intensi, quasi a significare che vi era nesso tra la malattia e l'infiammazione locale, come di causa ad effetto.

Per spiegare i fatti sopra calendati possiamo addurre tre cagioni.

Primo: che la suppurazione delle iniezioni di chinino dipenda da setticità della siringa, della pelle o delle nostre mani; ciò potremmo crederlo se non fossimo sicuri di noi stessi da una parte, e se dall'altra non vi fossero dozzine di soggetti malarici, cui contemporaneamente si praticavano le iniezioni dello stesso farmaco, senza nessun disturbo.

In secondo luogo si potrebbe credere che la suppurazione dipenda dall'acidità della soluzione chinica e dalla conseguente escarizzazione dei tessuti. Ma vi è da riflettere che per le iniezioni intramuscolari questa ragione non è ammissibile; eppoi non si saprebbe spiegare la presenza dei comuni piogeni nei focolai ascessuali; oltrechè la soluzione chinica da noi usata in questi casi, non è differente da quella usata nei tifosi e nei numerosi malarici.

Infine potrebbe dipendere dalla mancata resistenza dell'organismo e dalla circolazione di un elemento piogenico, volgare, non molto tossico, nel sangue di tali infermi.

Più tardi diremo le ragioni che ci inducono a credere, essere questa ultima ipotesi la più verisimile.

Etiologia e Patogenesi — Noi, nell'affermare ripetute volte che la febbre tifoidea sia malattia d'infezione, non abbiamo inteso pregiudicare la questione etiologica; non già che non fossimo convinti di questo fatto, anche perchè le malattie dinamiche vanno sempre più scomparendo, e sono destinate a scomparire del tutto, ma perchè in tutte le nostre affermazioni vogliamo essere guidati dai fatti, anzichè da congetture.

Non è inutile, allo scopo di stabilire l'etiologia della febbre tifoidea, ricordarne brevemente l'epidemiologia.

Come si è detto, questa malattia è endemica nel litorale mediterraneo, ma con maggiore frequenza si è segnalata nelle isole - Sicilia, Sardegna, Malta, Candia, Cipro - e in ordine decrescente - nell'Italia meridionale, specialmente in Napoli e nel Napoletano, nel settentrione del continente Africano, e in rare località del mezzogiorno della Spagna, e ancor più raramente in Francia. Vi sono stati alcuni casi di febbre tifoidea segnalati a Parigi, ma quasi tutti d'importazione straniera, specialmente italiana. Questo fino a pochi anni addietro; ma da qualche tempo non sono mancate notizie, che anche nelle lontane Americhe, segnatamente nei distretti centrali, si sono osservati dei casi non rari, e non tanto lievi di febbre tifoidea. Giova avvertire che specialmente in quei punti dove questa malattia è stata segnalata, è considerevole l'immigrazione straniera, e quasi del tutto italiana.

Comunque non è da dimenticare, dal punto di vista dell'epidemiologia, che nell'America centrale esistono vastissime regioni paludose, e con temperature atmosferiche straordinariamente alte, di modo che ivi è facilitata in sommo grado la vita microbica e le conseguenti decomposizioni organiche, con l'inquinamento dell'ambiente.

Nel bacino del Mediterraneo, come si è più sopra ricordato, la malattia è endemica; però conviene ricordare anche che l'endemia per lunghi anni alle volte si mantiene ristretta, e per alcun tempo sporadica, per allargarsi in certi momenti in vere ed estese epidemie.

Così si sono segnalate delle endemie - epidemie nel 1872 a Napoli e in Sicilia; nel 1878 - 79 a Palermo, a Catania e relative estese adiacenze; nel 1885 a Malta ecc. Nè i caratteri della febbre epidemica sono molto differenti da quelli della febbre isolata o sporadica. Poichè a consultare gli scrittori del tempo, la malattia decorreva con gli stessi sintomi da noi odiernamente rilevati, e si esitava quasi sempre con la guarigione, e ciò malgrado le troppe cure apprestate dai medici superterapisti di quei tempi.

Le leggi che governano questi fenomeni di accrescimento o di diminuzione di virulenza della infezione febbricolare non sono di completo dominio scientifico; e facilmente si intende questo fatto, sol che si rifletta essere l'agente patogeno fino al 1885 del tutto sconosciuto; e che il *micrococcus*

melitensis del Bruce trovasi tuttavia *sub iudice* sia per la identificazione, sia per stabilire i rapporti di causalità.

Ad ogni modo vi è stato chi ha ritenuto essere la diffusione del virus febbricolare in rapporto con l'abbassamento dell'acqua del sottosuolo, in rapporto con la decomposizione di sostanze organiche in vicinanza dell'abitato, segnatamente pel mancato esurgo delle fogne.

Non manca chi crede che le diffusioni epidemiche, siano dovute allo inquinamento dell'acqua o dell'aria; a seconda che si è voluto identificare la malattia con il tifo o con la malaria ecc. ecc. Sia come si voglia noi non crediamo essere questo un campo dove possano avere valore le congetture; noi riteniamo invece essere inutile avanzare delle ipotesi più o meno fondate; quando vi sono tanti mezzi positivi forniti dall'epidemiologia per accertare i focolai di cultura, e le vie di trasmissione di qualsiasi agente infettivo, sol che questa branca dell'igiene venga trattata scientificamente e non ciarlatanescamente, come si è usi fare da qualche tempo per ismania di reclame, o per volgari interessi.

Noi non abbiamo assistito a delle invasioni epidemiche, nè abbiamo riscontrato delle epidemie studiate scientificamente dal lato della epidemiologia, per potere affermare qualche cosa sui mezzi di cultura e di trasmissione del virus febbricolare.

Dalle osservazioni di varii autori risulterebbe che la

febbriicola colpisce a preferenza gli individui dai quindici ai quaranta anni; più gli uomini che le donne; più gli indigeni che gli immigrati. In questa ultima affermazione vi è da riflettere al fatto che l'immigrazione può provenire da luoghi, dove la malattia è endemica, e quindi i soggetti immigrati, portando con loro, oltre l'abito a contrarre la malattia, qualche volta anche il germe infettivo, si trovano nelle stesse condizioni degli indigeni.

Nessun valore profilattico può avere l'acclimatazione, per quanto alcuni autori abbiano pensato assolutamente il contrario, poichè è stabilito in massima che gli acclimatati prendono più facilmente l'infezione febbricolare, specialmente in epoche di epidemia, mentre gli immigrati vanno più soggetti alla tifoide, o alla malaria.

Nessuna influenza pare che abbiano l'epoca dell'anno e la costituzione; poichè mentre a Palermo e a Napoli l'epidemia ha avuto luogo in primavera, a Catania e a Roma occorre nell'autunno e nell'inverno; oltrechè la febbricola invade tanto gli organismi robusti degli adulti lavoratori della terra, quanto gli infiacchiti dalle orgie, o dalla miseria.

Quello che infine parrebbe segnare il limite del paradosso, è che nessuna influenza esercitano le condizioni igieniche su questa infezione. Non solo essa si presenta tanto nei ricchi quanto nei poveri; ma vi è chi afferma che mentre il tifo e la malaria, sono malattie più facili a trovarsi

fra i poveri, la febbriicola colpisce con predilezione le classi agiate; quelle cioè che possono disporre di maggiore comodità, e che riguardano perfettamente l'igiene, dei cui precetti, a volte, si fanno delle leggi non trasgredibili.

Accennato così brevemente alla parte epidemiologica della febbriicola, ci resta a ricordare la parte batteriologica.

Che la febbriicola sia una malattia d'infezione, dal momento in cui il microscopio fu in mano di clinici ed anatomo-patologi; dal momento in cui le malattie dinamiche cominciarono ad assottigliarsi, per dare man mano posto a quelle di infezione specifica, da quel momento, non vi ha più chi ne dubiti.

Quegli stessi autori che propendono a credere, dal fatto che la febbriicola è più frequente in vicinanza dello sbocco delle fogne, che questa malattia sia in dipendenza della inspirazione dello idrogeno solforato ecc: e consecutiva alle modificazioni che questo gas induce nei tessuti animali; non esitano a soggiungere che la modificazione indotta chimicamente dall'idrogeno solforato, intanto ha valore in quanto può rendere atto l'organismo allo attecchimento di singoli agenti infettivi specifici, e che per conseguenza sempre per la modificazione indotta si ha una corrispondente deformazione del quadro clinico della malattia infettiva specifica, tanto da dare a quello un nuovo aspetto; e da fare ritenere questa una entità morbosa per se stante.

Quindi nessun dubbio che la febbre sia una malattia di infezione e che lo agente patogeno non debba discostarsi molto da quello delle altre forme comuni d'infezioni febbrili.

Epperò in relazione a questo concetto si sono sempre avuti degli sforzi per raggiungere lo scoprimento dell'agente specifico della febbre.

Il cammino fatto su questa via si può dividere in due tappe, che cronologicamente quasi coinciderebbero, ma che si differenziano per il fatto che le conclusioni a cui si addivenne dai vari scienziati sono completamente contrarie.

Da un canto abbiamo gli studi della scuola di Palermo, con a capo Caruso-Pecoraro, eseguiti da De Blasi e da Lepidi-Chiodi; dall'altro il lavoro del Bruce eseguito a Malta.

I primi concludono per la identificazione del batterio della febbre con quello della tifoide. Il secondo, il Bruce, mette fuori uno speciale bacillo, il *micrococcus melitensis*, quale agente patogeno della febbre.

Crediamo inutile intrattenerci degli studi del Caruso-Pecoraro, Lepidi-Chiodi e De Blasi, poichè dalle loro descrizioni e dalle loro storie cliniche chiaramente appare che:

1. Non si sia trattato di vera e propria febbre, ma di una specie anomala ed irregolare di tifo, da riannettersi al gruppo dei *para-tifo*, che in allora non erano peranco studiati.
2. Conseguentemente a quanto sopra, il batterio, da questi autori trovato, e che assomiglia tanto a quello di Eberth

da non esserne tanto facilmente distinguibile, dovere essere il *bacterium para-typi* o *para-colon*, che dirsi voglia; e che induce malattia simile al tifo, differendone solo per la originalità della curva termica, e per la varia localizzazione anatomica.

Resterebbe in discussione il *micrococcus melitensis* del Bruce.

Questo bacterio misura μ . 0,3 di lunghezza, e si presenta sotto forma di grossi granuli arrotondati, od ovalari, per lo più isolati; è immobile. Si sviluppa lentamente nei diversi terreni di cultura; in brodo dopo due o tre giorni, si vedono comparire le prime colonie, simili a quelle dello pneumococco; e sul siero coagulato si ottengono anche delle colonie trasparenti.

La vitalità del micrococco scompare in una settimana, per cui bisogna praticare l'insementamento ogni cinque giorni al massimo.

Noi non abbiamo avuto nei casi osservati i mezzi di controllare quanto il Bruce ha scritto su questo agente patogeno; nè, per quanto avessimo ricercato, si trovano delle critiche scientifiche, basate su osservazioni cliniche, e su esperimenti esatti, da contrapporre alle asserzioni del medico inglese. Quindi concludiamo col dire che, fino a prova contraria, l'agente della febbre colerica è il *micrococcus melitensis* del Bruce, trovato nella milza di individui morti di

febbricola, con diagnosi confermata al tavolo anatomico; salvo a controllare questo punto essenziale con studii speciali, che saranno oggetto di un'altra non lontana pubblicazione.

Però fin da ora dal punto di vista clinico si può stabilire:

1. che il bacterio della febbricola deve appartenere alla categoria dei piogeni; sia per la lunghezza della malattia, sia per la relativa benignità, sia per la forma della febbre, che si avvicina alla curva delle pioemie in generale. 2. che detto bacterio debba vivere nel sangue circolante e nella milza; sia per le alterazioni indotte in quest'organo; sia per le alterazioni delle glandole linfatiche mesenteriche; sia per quei fatti di piofilia determinati nell'organismo affetto da febbricola. 3. e che finalmente il ripetuto microbo deve avere dei cicli di vita determinati, con riproduzioni periodiche.

*
* *

Anatomia Patologica — Le alterazioni anatomo-patologiche, che si riscontrano nella febbricola non sono meno controverse di quanto si è esposto precedentemente e di quanto si dirà in seguito. Ciò dipende dal fatto che ben di rado questa malattia determina la morte, essendo a decorso eminentemente benigno. Quindi il numero scarsissimo di autopsie eseguite, e di queste stesse, non una eseguita negli ultimi anni; tale insomma che, e per l'esattezza delle ricerche, e

per la molteplicità dei mezzi di osservazione, ci desse affidamento della sua attendibilità, dal punto di vista scientifico.

Ad ogni modo le poche osservazioni fatte in proposito riguardano quasi esclusivamente il tubo gastro-enterico, e più specialmente il sistema glandolare ad esso inerente.

Nella mucosa del tubo digerente non mai si sono osservate alterazioni anatomiche dipendenti dall'infezione febbricolare. I reperti in proposito si riducono ad una più o meno scarsa iperemia della mucosa, che, come si può supporre, può dipendere dalle cause più disparate e più lontane; e quando si sono trovate delle piccole ulcerette, l'ammalato è morto con, e talvolta in seguito a forte diarrea: onde il dubbio che tali ulcerette si trovino in connessione con altri agenti patogeni, quali ad esempio il bacterio della diarrea verde, oppure un volgare bacterium coli.

Noi - però abbiamo potuto osservare che specialmente nelle forme oltremodo lunghe (due dei cinque casi da noi curati) e in sul finire di esse, si ha, assieme colle feci, la deiezione di molti piccoli pezzettini di mucosa intestinale mortificata, brunastra, consistente, di aspetto lucido, e di forma varia; in tutto simile all'espiazione della cute nella scarlatina, se nonchè i pezzi di mucosa sono molto più piccoli e un pò più grossi delle falde epidermiche.

Dopo due o tre giorni dall'emissione di queste placche mucose i due individui si sfebbrarono, senza più recidivare.

Da notare che in questi due casi mai si ebbero disturbi della digestione o della defecazione.

Le glandole mesenteriche si trovano più o meno ingrossate con proliferazione del tessuto cellulare linfoide ed assottigliamento dello stroma connettivale.

Ugualmente ingrandita si è trovata la milza, la cui consistenza addirittura molle, ha fatto pensare più ad un disturbo di circolazione, anzichè ad una alterazione anatomica stabile del tessuto glandolare.

Ciò nonostante si sono trovati accresciuti gli elementi linfoidi nei corpuscoli del Malpighi. •

Niente di notevole negli altri organi ed apparati.

*
* *

Diagnosi—La sindrome clinica della febbricola essendo limitata alla febbre e al tumore di milza solamente, ognuno vede quanto facile deve essere l'errore di diagnosi in questa malattia.

Aggiungiamo che nei casi sporadici è impossibile fare la diagnosi nei primi giorni, poichè non vi è niente di caratteristico oltre quanto abbiamo detto, e che del resto in compagnia di altri sintomi, può essere comune a mille altre forme morbose.

Tuttavia anche in questi casi, e dopo due o tre giorni, per la mancanza di sintomi positivi di pertinenza di altre

infezioni, con la conoscenza esatta della curva termica, ed infine con i criterii che può fornire la terapeutica, riesce del tutto facile assurgere al concetto diagnostico della febbre malarica.

Cosicchè riscontrando la curva termica della febbre malarica, col tumore di milza, senza niente altro che faccia pensare a disturbi dell'apparato digerente, respiratorio e circolatorio; accertato, dopo i primi tre o quattro giorni di malattia, che la febbre non dipende da esantemi; accertato che nel paziente non trovansi plasmodi malarici nel sangue circolante, che il siero di sangue non agglutina le colture di bacilli di Eberth, per noi, nessun dubbio che in tal caso si tratti di febbre malarica.

Ecco infine i caratteri differenziali che servono a distinguere la febbre malarica dal tifo, dal catarro gastrico febbrile, dalla miliare, dall'impaludismo; riassunti nella seguente tavola sinottica per comodità dello studioso.

TAVOLA SINOTTICA

Sintomi	Nella Febbricola	Nel Tifo
Periodo d'incubazione	due a tre giorni.	quattro a otto giorni.
Epidemicità	endemica - epidemica, sporadica.	endemico-epidemico, sporadico.
Immunità	nè per età, nè per sesso.	preserva i lattanti.
Inizio	quasi sempre rapido e violento principalmente dopo pranzo.	graduale aggravantesi di giorno in giorno, principalmente alla sera.
Colorito della pelle	giallo-sporco.	giallo-cadaverico.
» » delle mucose	pallido.	fuliginose ai prolabi-pallide.
Viso	regolare.	tifoso.
Coscenza	integra.	spesso abolita-coma.
Esantema	rare volte coi caratteri della sudamina.	roseola tifosa.
Sudorazione	profusa.	pelle arida.
Bocca e lingua	roseo-pallide, umide, lingua appena patinata.	aride, fuliginose, intenza patina brunastra.
Tubo gastro-enterico	funzione normale; nessuna alterazione anatomica; feci regolari.	funzione alterata. dolori meteorismo, gorgoglio ileo-cecale, diarrea ostitichezza gravi alterazioni anatomiche; emorragie intestinali.

Nel Catarro Gastrico febbrile	Nella Miliare	Nell'Impaludismo
due o tre giorni.	tre o quattro giorni.	Indeterminato.
isolato.	epidemica.	endemo - epidemico.
colpisce i bambini e i gio- vani.	colpisce i bambini.	non rispetta nè sesso, nè età.
brusco, ma consecutivo ad indigestione.	rapido, aggravantesi nelle ore vespertine.	indeterminato.
acceso.	poco acceso.	giallo terreo.
rosse.	poco pallide.	pallide e tinte per melena
congestionato.	poco sofferente.	soddisfacente.
integra.	quasi sempre integra.	integra.
• •	morbilloso (invasione, eru- zione, desquamazione).	• •
pelle arida.	pelle arida.	sudorazione regolare.
aride, intenza patina bian- co-sporea, lingua ruvida.	aride, patina biancastra.	aride, senza patina.
funzione alterata, dolori, vomito, a volte meteori- smo, senza gravi altera- zionianatomiche; diarrea.	funzione conservata, poca dolorabilità, poca stiti- chezza.	funzione conservata; qual- che lieve disturbo adi- namico nella digestione.

Sintomi	Nella Febbricola	Nel Tifo
Apparato urinario	normale.	urine albuminose, con presenza di bacilli di Eberth reazione diazobenzoica.
Milza e fegato	splenomegalia acuta, senza corrispondente lesione epatica. Milza molle, liscia e non molto dolente.	spleno ed epato - megalia con corrispondenti lesioni anatomiche, funzionali, versamento di bile nel sangue, molto dolenti.
Apparato respiratorio	normale, molto rare le complicazioni polmonari.	respirazione affrettata; facili le complicazioni polmonari.
Apparato circolatorio	funzione poco alterata.	funzione poco alterata.
Sistema nervoso	integro, rare volte cefalalgia.	adinamia; nevralgie acute; spasmi; sussulti; convulsioni; paralisi; delirio; coma; collasso.
Febbre	continua-continens-remit-tens; saltuaria; oscillante; col sudore non rimette; divisa in tre periodi di dieci giorni l'uno, dei quali gli ultimi due possono mancare; decresce dal primo all'ultimo periodo, con casuali elevazioni al principio del 2° e del 3°; non sente l'azione del chinino, degli antipiretici chimici e fisici; ribelle ai mezzi ordinari di terapia.	continua appena remittente minimo di temperatura la mattina; col sudore la temperatura si abbassa; divisa in tre periodi di sette giorni; cresce nel primo, staziona nel secondo, decresce nel terzo; ai tre periodi classici se ne possono aggiungere altri, sempre di 7 giorni ribelle a qualsiasi trattamento, sente l'azione degli antipiretici.
Complicanze e decorso	rare; benigno-guarisce infra i 30 giorni.	facili e gravi, lungo-esito letale.
Batteriologia	bacillosi della milza e del sangue; reazione di Vidal negativa col bacillo di Eberth.	bacillosi del sangue, delle feci e delle urine, reazione di Vidal positiva col b: di Eberth.

Nel Catarro Gastrico febbrile	Nella Miliare	Nell'Impaludismo
normale.	normale.	urine fortemente colorate con melena malarico, u- roeritrina ecc.
normali.	normali.	splenomegalia quasi sem- pre cronica, con tumore di fegato, milza spessa e dura.
normale.	normale.	normale.
normale. rare volte cefalalgia.	normale. integro.	normale. * nevralgie acute e croniche.
continua remittens; decre- sce fin dal secondo gior- no, non ha periodi.	continua, con l'eruzione decrece e cade per crisi	intermittente; cede al chi- nino completamente.
nessuna, decorso breve, guarigione.	nessuna; decorso breve; esi- to benigno.	decorso lungo; esito benigno
possibile bacillosi intesti- nale dab: coli.	sfero - batterio della mi- liare.	plasmodi malarici nel san- gue e nella milza.

Decorso - Durata - Esiti — Il decorso della febbre, come si è detto, è affatto benigno per quanto assolutamente ribelle ad ogni cura.

La febbre, da principio continua continens o leggermente remittente, va sempre più divenendo decisamente remittente, fino a che diviene del tutto intermittente e finisce per scomparire affatto.

La durata della malattia è di dieci, venti, trenta o più giorni fino a cinque, sei mesi e più.

Alcuni autori hanno ritenuto come abortiva la febbre che non va al di là del decimo giorno. Non ci pare questo un concetto del tutto esatto, sol che si rifletta che in dieci giorni appunto la malattia ha compiuto il primo ciclo di vita, e può benissimo scomparire, per una ragione qualsiasi e che noi sconosciamo completamente; senza perciò che il germe morbigeno abbia sofferto alcuna restrizione nello sviluppo, nella vita, nella durata, come non si può dire abortiva la forma malarica che si limita ad un solo accesso febbrile.

Ripetute volte abbiamo detto che la febbre, almeno da noi, si esita ordinariamente con la guarigione; tanto che i casi di autopsia di pazienti morti con febbre, in tutta la letteratura ammontano a cinque o sei.

In altri climi non è difficile che qualcuno se ne muoia, sia per la febbre abbastanza alta, che induce collasso; sia per l'intossicazione che produce sincope; sia per la speciale

virulenza che, secondo osservazioni di illustri clinici americani, pare assuma nei climi molto più caldi del nostro; sia infine per le possibili e facili complicità che possono sorgere precisamente in quei luoghi in cui la vita batterica è molto più rigogliosa che da noi.

Profilassi - Cura — Oramai parlando di profilassi di una malattia infettiva non fa bisogno di ripetere gli stessi argomenti triti e ritriti, talvolta le stesse parole.

Profilassi della febbre malarica sarebbe perciò il risanamento delle abitazioni, del sottosuolo con i servizi che vi si connettono, e dell'acqua potabile, così come si fa per ogni malattia infettiva. Si comprende che per la febbre malarica non vi possono essere norme profilattiche speciali per il fatto che non si conoscono con esattezza, i mezzi di diffusione e di contagio del virus malarico.

Riguardo alla cura vi è chi afferma che bisogna togliere gli alimenti solidi prima d'ogni cosa e somministrare degli antipiretici, principalmente i prodotti salicilici. Vi è chi ha creduto di giovare dei sali di chinina; chi li ritiene addirittura dannosi - e così via di seguito. Tutti però sono concordi nello affermare che la malattia in parola non ha una medicazione specifica, e che il medico è costretto dalla natura stessa delle cose, di avvalersi, quando lo può, della cura sintomatica.

Noi ci uniformiamo pienamente a quest'ultimo concetto,

e i nostri casi li abbiamo curato più con norme igieniche che con mezzi terapeutici chimici o fisici.

Avendo notato che lo stomaco e le intestina degli ammalati di febbriola non sono mai stati alterati nè funzionalmente, nè anatomicamente; eccetto in quei due casi, di cui precedentemente si è tenuto conto, e in cui qualche dubbio sul riguardo sorse in noi, abbiamo sempre permesso l'alimentazione mista, facilmente digeribile, consistente in massima: in latte, uova, brodo, poca carne bianca, pastina o riso in piccola quantità. Appunto in quei due casi surriferiti, in cui ci sembrò che l'alimentazione mista sarebbe potuta essere nociva per le turbe intestinali, e che perciò prescrivemmo la dieta, si ebbe un prolungamento considerevole della malattia; forse in rapporto alla virulenza della infezione; forse in rapporto al debilitamento indotto dalla vititizzazione leggiera.

Però la sorveglianza in qualsiasi congiuntura da esercitarsi sul tubo gastro-enterico, deve essere rigida e meticolosa; poichè non bisogna aggravare le condizioni dello infermo con l'autointossicazione dipendente da fermentazioni anomale, o da indigestione. Onde è commendevole in certi casi l'uso di leggeri lassativi, e la pratica della disinfezione delle vie digerenti.

La medicazione, come si è detto, è del tutto sintomatica.

Quando la febbre si innalza oltre i 40° o 41° ci giovia-
mo dell'azione antipiretica e cardio-tonica del chinino;
quando la febbre è modica diamo qualche pò di china, e
qualche cartina di acido salicilico.

Le complicanze, quandoche ve ne siano, vanno curate
con i metodi ad esse adatti.

Mazzarino, maggio 1903.



27752

