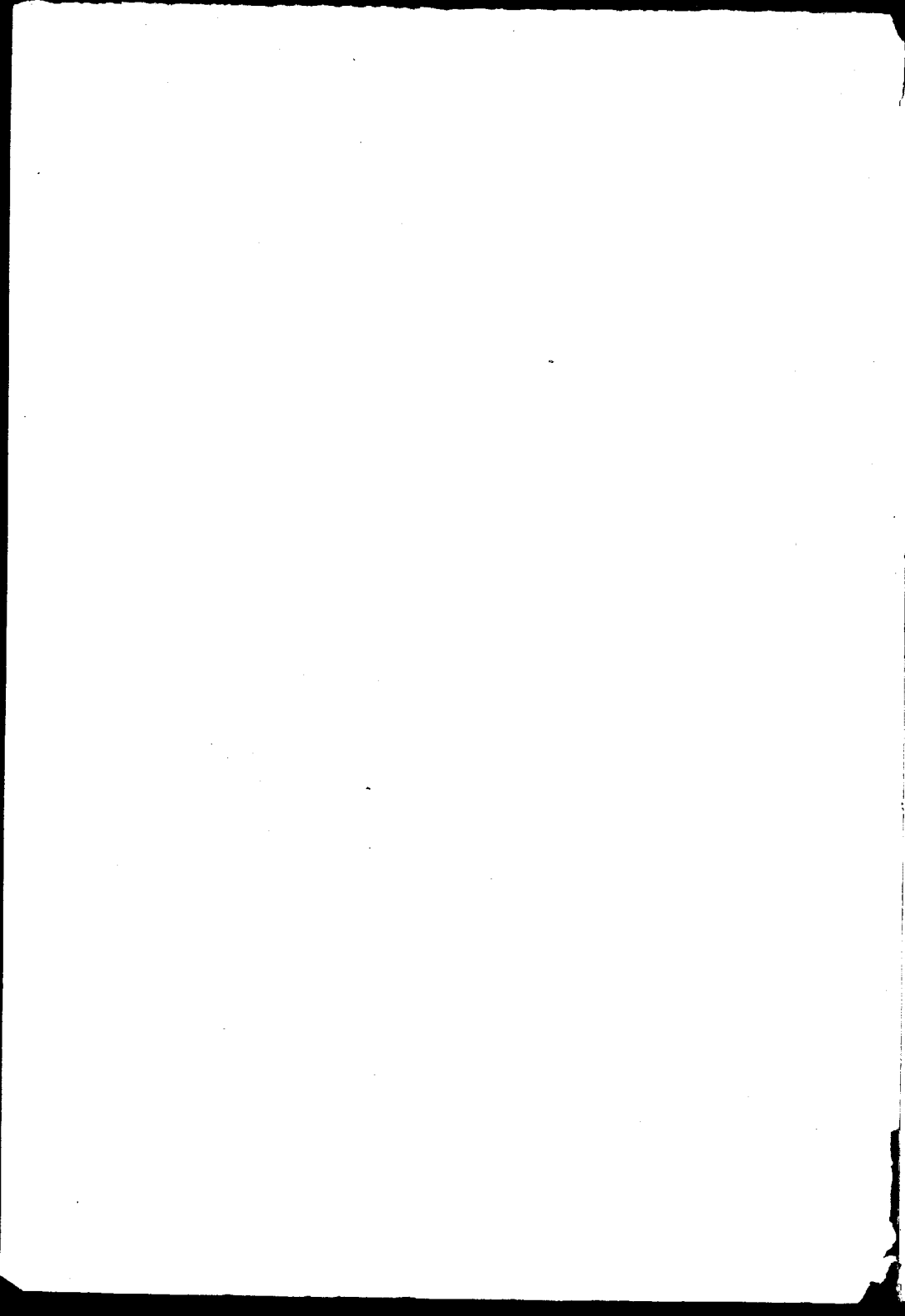




Ms B. 6.1





L'INFEZIONE DA MALARIA

STUDIATA

SOTTO IL PUNTO DI VISTA

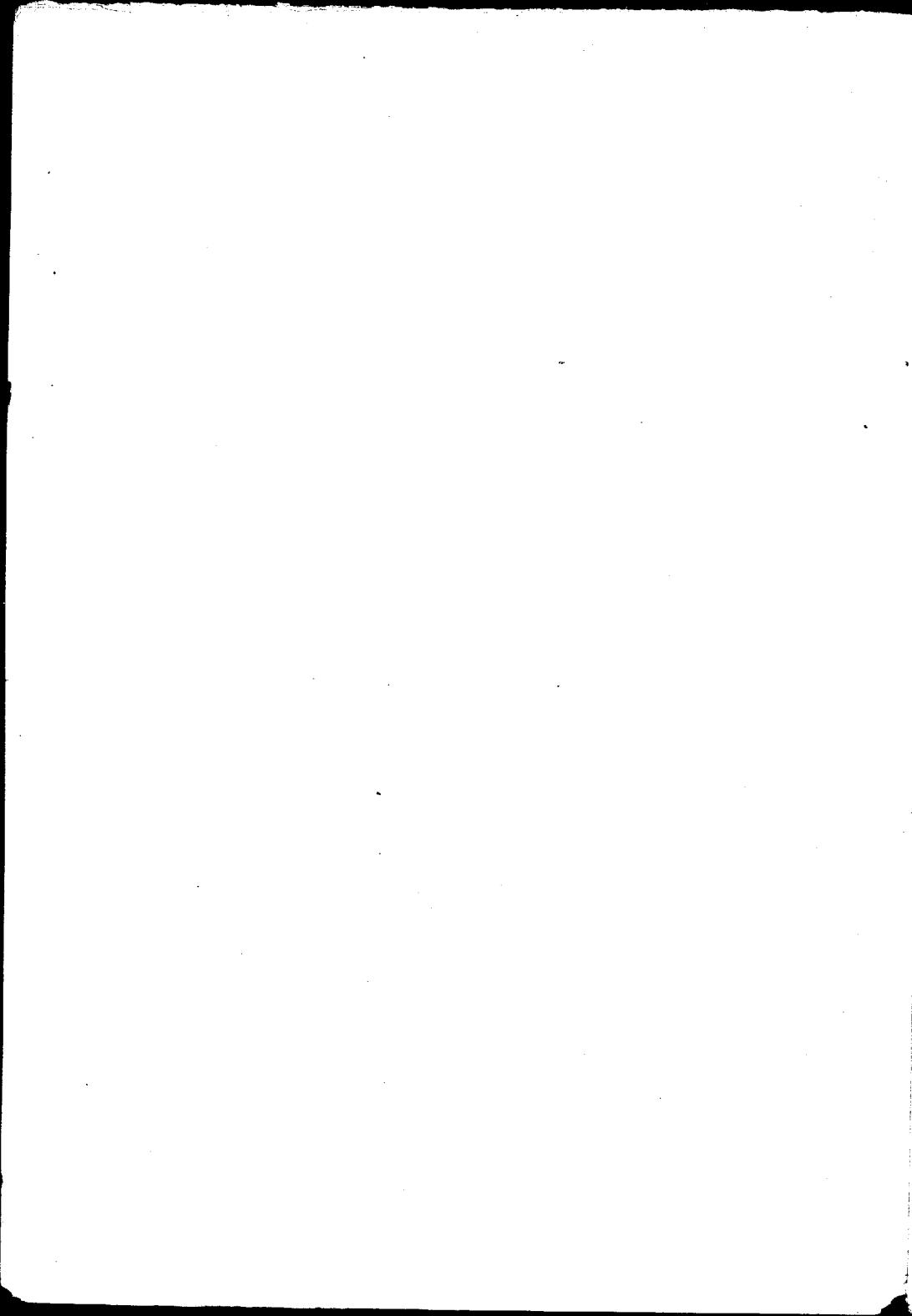
DELLA PATOLOGIA DEL POLMONE

PEL

Dott. Comm. OTTAVIO LEONI



ROMA
COI TIPI DI MARIO ARMANNI
GRAFOTROFEO CONSUMATO DI TERMINI
1881



A SUA ECCELLENZA

L'ON. PROF. COMM.

GUIDO BACCELLI

DEPUTATO AL PARLAMENTO

MINISTRO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE

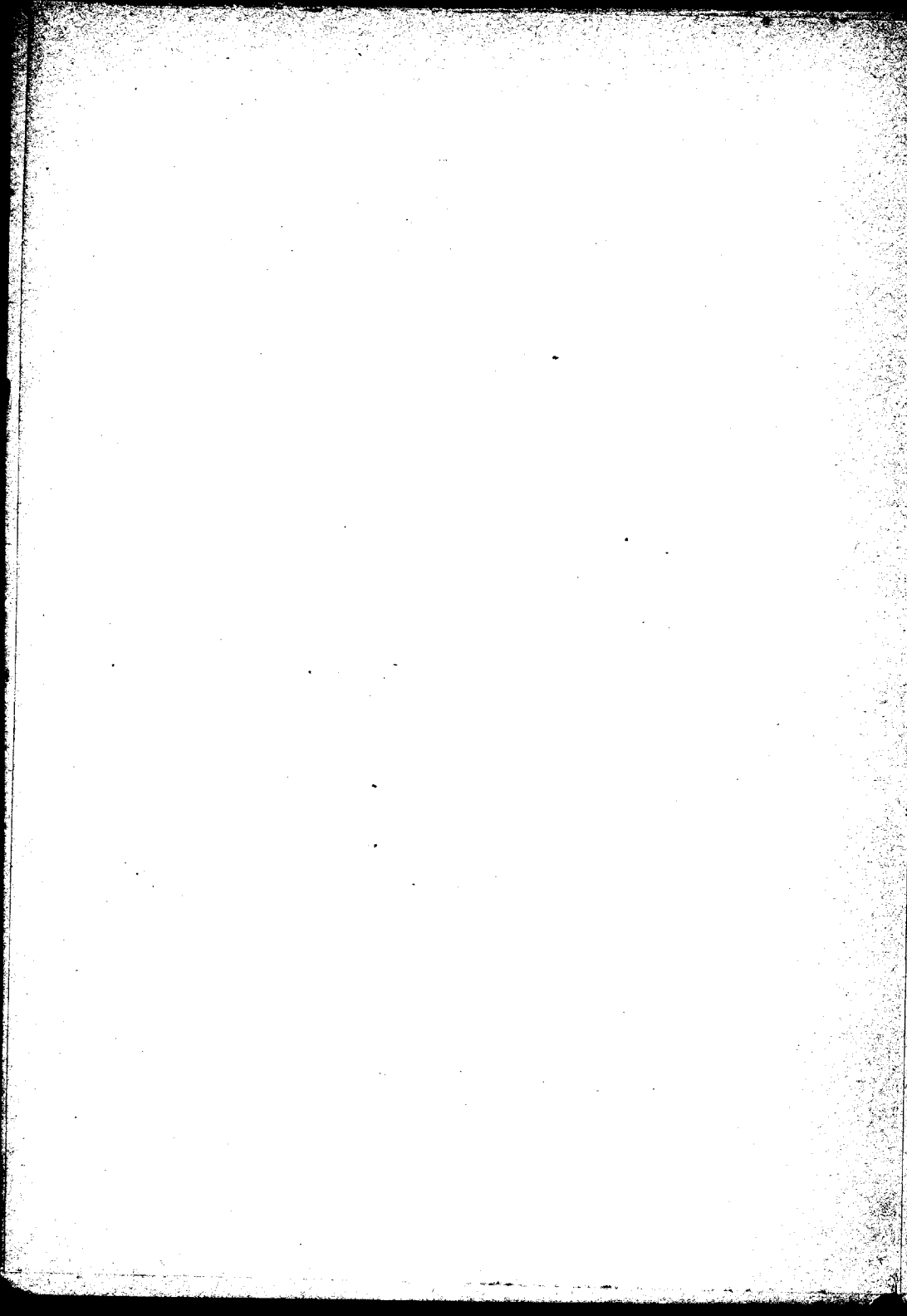
QUESTE PAGINE

FRUTTO DEI MODESTI STUDI

DI UN DISCEPOLO AFFETTUOSO

DEDICO

Roma, Giugno 1881.



L'endemia malarica ha nella storia naturale e civile dell'umanità una importanza superiore a quella di tutte le altre malattie endemiche alle quali va soggetta la specie umana.

KLEES — TOMMASI-CRUDELI.

PROEMIO

Quando nel congresso medico di Pisa resi conto di alcuni miei studi sull'infezione da malaria in rapporto alla patologia del polmone, il chiarissimo prof. BACCELLI che presiedeva l'adunanza si compiacque encomiare con lusinghiere parole la comunicazione da me fatta, invitandomi a renderla di pubblica ragione.

Quell'invito m'impose un dovere che sono lieto di compiere oggi, consegnando alla pubblicità l'accennato mio lavoro, nel

quale raccolsi quanto di meglio e la mia e l'altrui osservazione potè rilevare nello studio di talune affezioni morbose del polmone alimentate da quella causalità infettiva specifica che i patologi qualificano sotto il nome di « malaria. »

Benchè l'argomento che io imprendo a trattare non sia nuovo nel concetto, pure è nuovo nella forma e nella sintesi ordinata del materiale clinico con cui mi studiai di delineare fedelmente il quadro di certe malattie che nei comuni trattati di patologia speciale o non sono ricordate o sono confuse con altre, o sono descritte troppo superficialmente.

Con che m'avviso far cosa utilissima ai miei colleghi, specialmente ai novizi nell'esercizio pratico, i quali troveranno in queste pagine un sicuro indirizzo alla diagnosi e alla cura della pneumonite malarica, della febbre proporzionata pneumonitica, della febbre subcontinua pneumoniaca, e della perniziosa pneumonica, malattie che occorrono con molta frequenza nei climi influenzati dal miasma paludoso, e che formano uno scoglio insuperabile all'uomo dell'arte, ove

gli faccia difetto quel corredo di lumi e di criteri speciali, mercè i quali soltanto è possibile differenziare le accennate forme morbose che occupano un posto distinto nella patologia del polmone.

L'infezione da malaria, come già scrivemmo altra volta, offre al patologo un campo di studi affatto speciali. Nelle malattie generate da questa quiddità patogenica v'hanno note caratteristiche tali, v'hanno anomalie siffatte, che senza una serie di cognizioni speciali non si riesce ad un'esatta diagnosi. È proprio di questa causa infettiva l'andare a ritroso dai comuni tipi nosografici, rivelandosi appunto nei suoi processi colle più inusitate anomalie, che alla loro volta stanno come potissimi criteri diagnostici.

Da molto tempo io vado raccogliendo i materiali per un'opera completa sulle malattie d'infezione malarica, e la presente pubblicazione n'è una parte. Confinato in una situazione, in cui « lo scendere e il salir per l'altrui scale » è per me una necessità giornaliera, di fronte alle continue esigenze professionali che mi distraggono

dai lavori di gabinetto, non potei fino ad oggi completare tutte quelle osservazioni e tutti quegli studi che mi sono necessari per raggiungere l'obbiettivo che mi prefissi in modo, da non lasciar molte lacune, e da dare al mio lavoro una certa impronta di originalità.

Faccio voti che una sorte più propizia mi consenta quanto prima di poter raggiungere il desiderato intento, e di poter lasciare coi miei studi una traccia non infeconda nel campo vastissimo della scienza.

CAPITOLO I.

Ultimi studi sulla malaria.

SOMMARIO — La teoria parassitaria — Idee degli antichi sulla malaria — I recenti studi sulla natura della malaria — Il *Bacillus malariae* dei prof. Klebs e Tommasi-Crudeli — Studi sperimentali sul *Bacillus malariae* — Risultati di questi studi — Trasmissibilità dell'infezione malarica — Prove desunte dalla patologia sperimentale e dall'osservazione clinica.

La malaria fu sempre l'obbiettivo di profondi studi da parte del medico e dell'igienista. Disvelare la natura di questo agente infettivo, endemico in molti luoghi, fu il grave problema attorno al quale sudarono gagliardi ingegni. La teoria parassitaria fu quella che incontrò maggior favore presso i moderni osservatori, e si credette come unica base di spiegazione possibile dell'infezione malarica l'esistenza di un microrganismo che si svolga dai paduli.

Questa teoria non è una creazione di oggi. I *semina morborum* — *animalia minuta* — *spiritus venenati* ecc. denominazioni con cui gli antichi qualificarono i miasmi produttori delle febbri tracciano le prime idee sulla dottrina pa-

rassitaria. Tra gli autori che in seguito illustrarono con originali osservazioni questo argomento debbo ricordare particolarmente il *Brocchi*, il *Selmi*, il *Salysbury*, il *Balestra*, il *Lanzi*, il *Terrigi*, il *Burgellini*, l'*Archer*, il *Silvestris*, il *Klebs*, il *Tommasi-Crudeli*, il *Baccelli*, il *Peroncito*, il *Marchiafava*.

Questi osservatori per altro non furono tutti d'accordo nei loro studi sulla natura propria della malaria. Tra le svariate specie di microrganismi constatate nelle acque dei paduli, da cui si volle derivare l'origine dell'intossicazione miasmatica ricordo le *Palmella gemiasma*, l'*Hydrogastrium granulatum*, il *Chtonoblastus aeruginosus*, la *Palmoglia micrococcus*, l'*Alga miasmatica*, il *Bacillus malariae*. Quest'ultimo scoperto dai professori *Klebs* e *Tommasi-Crudeli* ha l'onore dell'attualità.

I caratteri del *Bacillus malariae* desunti dall'osservazione microscopica sarebbero i seguenti.

« Bastoncelli della lunghezza di 5 a 10 micromillimetri, che sviluppandosi si convertono
» in filamenti tortuosi, i quali si dividono in articoli mediante la produzione di spazi chiari
» nel protoplasma, ovvero, più raramente, per mezzo di membrane separatrici. Questi filamenti, nelle superficie esposte all'azione dell'aria, producono delle serie di articoli molto corti, e sviluppano nel loro interno delle spore prima che avvenga la divisione in articoli, op-

» pure dopo che essa è già avvenuta. Le spore
» occupano il mezzo o le estremità degli arti-
» coli, ovvero il mezzo e le estremità nello stesso
» tempo: quando la divisione in articoli non
» avviene, esse si moltiplicano divenendo sem-
» pre più piccole, e riempiono di una massa
» granulosa l'interno del filamento » (1).

Queste forme di schistomiceti appartenenti al genere *Bacillus* sarebbero state costantemente rinvenute nelle terre malariche sottoposte ad esame.

Le culture frazionate fatte in albumina, in urina ecc. (metodo *Klebs*) delle terre accennate dettero lo sviluppo delle descritte forme bacillari, mentre culture fatte in identiche condizioni con terre non malariche furono senza risultato.

Le terre malariche convenientemente preparate, non che i microfiti accennati coltivati in albumina, in gelatina e in urina, e poi accuratamente isolati dai liquidi di cultura, introdotti nel corpo di animali di prova (conigli) suscitarono febbri coi caratteri clinici (*intermittenza*) ed anatomici (*tumore splenico, melanosi splenica e ghiandolare*) propri delle febbri da malaria.

Il *Bacillus malariae* fu potuto constatare in grandi quantità nel sudore di persone lungamente esposte al sole in luoghi paludosi, e nel

(1) Studi sulla natura della malaria. — Memoria dei prof. *Klebs* e *Tommasi-Crudeli* pag. 30.

sangue dei febbricitanti sia tolto dalla vena, sia dai capillari cutanei, sia aspirato direttamente dalla milza con una siringa di Pravaz.

È fuori dubbio che questi studi del *Klebs* e del *Tommasi-Crudeli*, confermati e avvalorati con nuove osservazioni dal *Marchiafava*, dal *Ferraresi*, dallo *Sciamanna* e dal *Cuboni*, proiettarono uno sprazzo di viva luce sul grave problema che riguarda la natura della malaria. Non siamo per altro ancora in grado di poter dire che quel problema sia risoluto.

Un'accurata e paziente revisione alle accennate osservazioni microscopiche sul sangue dei febbricitanti, fatta dal *Bacelli* nell'Istituto Clinico di Roma, gitta una larga ombra di dubbio sulle conclusioni che da quelle si vollero trarne. Il *Bacelli* constatò nel sangue di malati di febbre malarica delle forme bacillari, le medesime però non gli parvero tali da essere con sicurezza identificate con quelle designate dal *Klebs* e dal *Tommasi-Crudeli* nella memoria già citata. Forme simili poi, sebben più rare, le rinvenne anche nel sangue d'infermi non affetti da malaria, cioè in casi di broncopneumonite cronica, d'inflammazioni d'organi speciali, e perfino in un uomo sanissimo mai tocco dalla malaria.

Gli schizo-miceti osservati si presentavano con una forma allungata risultante di due o tre spore unite in catena da un filamento mobilis-

simo di un movimento spontaneo di ondulazione e traslazione.

Il *Baccelli* non riconoscendo le forme bacillari da lui constatate perfettamente uguali a quella del *Bacillus malariae* scoperto dal *Klebs* e dal *Tommasi-Crudeli* nelle terre malariche dell'agro romano, e d'altra parte gli esperimenti fisio-patologici in riguardo non essendo così numerosi e molteplici da giustificare una conclusione positiva, è d'avviso che tali studi non possono dirsi decisivi per istabilire con certo fondamento la forma speciale del microfito, causa dell'infezione malarica, sebbene di quest'ultima egli non neghi in massima l'origine parassitaria.

Noi senza la pretesa di entrar giudici in questa grave questione, registrammo semplicemente i risultati degli studi fatti da valorosi osservatori, aspettando ansiosi che la scienza dica un'ultima parola su questo importante argomento.

Intanto al punto in cui siamo delle indagini relative alla natura della malaria possiamo stabilire che questa entra indubitatamente nel dominio del mondo invisibile che ci circonda, e che gli sforzi collettivi di tanti osservatori concordemente rivolti a un obbiettivo comune riusciranno forse in un' epoca non lontana a scuoprare un' incognita, attorno a cui si affaticarono fino ad oggi le più gagliarde intelligenze.

Un altro studio di attualità sulla malaria riguarda la trasmissibilità dell'infezione origi-

nata da essa, fatto confermato dalla patologia sperimentale e dall'osservazione clinica.

Io non ripeto gli esperimenti fatti dal *Dochmann* di Pietroburgo (1) e quelli eseguiti da me, dei quali resi conto in una mia nota pubblicata nella *Gazzetta Medica di Roma* (2). I risultati di questi esperimenti comprovano che l'umore contenuto nelle vescicole erpetiformi (*herpes labialis*) sorte in malati di febbri intermittenti inoculato a persone sane può riprodurre in queste le stesse febbri.

I dottori *Ferraresi*, *Marchiafava* e *Sciamanna* mercè l'inoculazione nei cani del sangue dei febbricitanti ottennero veri accessi di febbre, ed una volta una forma subcontinua che cedè alle iniezioni sottocutanee di solfato di chinina.

È un fatto ovvio che bambini allattati da nutrici malate di febbri, molte volte le contraggono anch'essi, e non di rado collo stesso tipo. A questo riguardo mi piace ricordare il fatto narrato dal *Boudin* (3) di una signora moglie di un ufficiale, la quale giunta di recente da Algeri a Lione allattando un bambino vide questo al terzo giorno colpito da febbre intermittente vinta poi coi sali di chinina.

(1) *Petersburg med. Wonchester*. N. 20 1880.

(2) *Gazzetta medica di Roma* An. VI N. 24.

(3) *Traité des fièvres intermit.* Paris 1842.

Il Dott. T. Metaxà nei suoi Annali Medico-chirurgici riferisce la storia di un suo cliente affetto da febbre quartana legittima, che dopo tre accessi si comunicò alla sposa con cui giaceva, e quel che più monta la periodica si riprodusse in lei non mai soggetta a febbri malariche collo stesso tipo quartanario.

Meibomio, Sydenam, Sylvius, Hoffman, Werthoff, Bailly, ecc. citano esempi numerosi di febbri intermittenti contratte coll'assistere i malati che n'erano presi.

Io per mio conto potrei citare una lunga serie di fatti che mi occorre osservare, in cui ebbi a rilevare la comunicabilità per contatto diretto (specialmente col dormire in uno stesso letto) delle febbri paludose da individui malati a persone sane, nelle quali nessuna ragione anamnistica poteva giustificare una preesistente infezione miasmatica. E questo potere trasmissivo della causalità febbrigena ebbi occasione di verificarlo specialmente nelle forme perniciose così dette *colliquative* dai nostri classici, nelle quali, come opinava già lo *Sprèngel* « restano così profondamente alterati gli umori, *ut in iis contagium eliciatur.* » Nella grave epidemia di febbri a cui assistemmo nel periodo estivo-autunnale del 1879 io registrai parecchi casi di febbri perniciose dissenteriche e coleriformi, che furono comunissime, e di febbri subcontinue tifoidee, dopo le quali in una stessa famiglia vidi ripetersi le stesse forme mor-

bose o forme congeneri in persone, le quali nulla faceva supporre che avessero subito un intossicamento malarico diretto come i primi attaccati.

Io non mi permetto trarre delle conclusioni azzardate dai fatti accennati. Solamente metto un mio dubbio in mano all'igienista.

Certe epidemie di febbri miasmatiche, come quella del 1879, in cui intere popolazioni ne furono colpite si può dire in massa, anziché ripeterle unicamente da un ammorbamento eccezionale dell'atmosfera, non si potrebbero in parte anche ripetere dal moltiplicarsi della causalità infettiva in seno ai malati, e dal trasmettersi della medesima da questi ai sani, data l'occasione di un contatto immediato che è pur troppo frequente nel tugurio del povero, in cui uno stesso ambiente e spesso uno stesso letto raccoglie una intera famiglia?

Così delle febbri che si verificano in alcuni luoghi, dove la purezza dell'aria è incontestabile, anziché farne carico ad immigrazioni parasitarie da remotissime sorgenti paludose, non si potrebbe invece ricercarne l'origine in una importazione diretta avvenuta col mezzo di persone malate di febbri provenienti da regioni maremmane?

È un fatto che in molti luoghi le febbri da malaria non erano conosciute da tempo immemorabile, ed ora invece vi si osservano con frequenza. Si crede comunemente che causa

di ciò siano i paduli avventizi formatisi accidentalmente in una data zona; e in mancanza di questi si fa carico delle dette febbri al miasma palustre importato dai venti. Ma l'esistenza di quei paduli avventizi molte volte è problematica, e dove esistono oggi potevano esistere anche prima. Le asserite escursioni poi del miasma paludoso dalle native sorgenti sull'ali dei venti come avvengono oggi non dovevano ugualmente avvenire anche prima? Com'è che date le stesse cause, non conseguivano allora gli stessi effetti?

Io non rispondo per ora a questo quesito. Mi limito soltanto ad affacciare il dubbio, che le febbri che vediamo oggi in luoghi dove non dovrebbero esistere per difetto di sorgenti miasmatiche autoctone, potrebbero forse derivare da diretta importazione col mezzo di persone che ne sono affette, e provenienti da regioni in cui la malaria domina endemica, importazione che prima non era così facile come oggi che immense vie di comunicazione ravvicinano insieme popoli un giorno divisi e isolati.

Questo mio apprezzamento, lo ripeto, non è che un dubbio, non è che un'idea alla quale per altro danno un certo appoggio la patologia sperimentale e l'osservazione clinica. Intanto l'igienista ne prenda nota. Se sarà rosa a suo tempo fiorirà.

Chiudo questo breve capitolo relativo agli ultimi studi sulla malaria, facendo voti che il

lavoro concorde dei clinici e dei micrografi affretti alla scienza un giorno di vera luce nello studio delle malattie d'infezione, per cui disvelate le vere origini di queste, e i modi onde si propagano, sia più facile il prevenirle, e renderle per quanto è possibile meno diffusibili e meno offensive.

CAPITOLO II.

La malaria in rapporto alla patologia generale e alle malattie del polmone in specie.

SOMMARIO — Influenza del clima nello sviluppo delle malattie — Caratteri speciali delle malattie nei luoghi dominati dalla malaria — L'esame climatologico deve precedere lo studio del malato — Il regionalismo nello studio delle malattie — La malaria in rapporto alla patologia del polmone — Analisi fisio-patologica dei processi pneumonici collegati all'infezione malarica — Luni desunti dalla ragione clinica e dalla patologia sperimentale — La dottrina del *Conheim* è insufficiente a spiegare quei processi — Questi sono la risultante dell'azione combinata della malaria sul sangue e sugli elementi nervosi ganglionici.

L'influenza del clima nello sviluppo delle malattie è un fatto constatato dai più antichi osservatori. Ippocrate nel suo libro « *De aere aquis et locis* » fece rilevare questa influenza, e tracciò le prime linee di una geografia medica. Il « *Romae scribo* » dell'Ippocrate di Roma il grande *Baglivi* è l'affermazione di un concetto fondamentale di patologia, che riconosce nello studio etiogenetico delle malattie la più o meno diretta influenza delle differenti condizioni climatologiche dei vari luoghi.

Queste condizioni si riferiscono alla particolare natura del suolo e delle acque, e principalmente allo stato dell'atmosfera variabile per ragioni multiple, tra le quali attendibilissima è l'esistenza in essa di elementi parassitari, i quali benchè non bene definiti nella loro natura si riconoscono come causa diretta delle malattie infettive.

L'infezione da malaria, la quale trae appunto origine da questi elementi (*semina morborum*) sparsi nell'atmosfera, padroneggia in molti luoghi tutto il campo della patologia, di guisa che le malattie vi si rivelano con caratteri insoliti che fuorviano dai comuni tipi nosografici. È difatti confermato costantemente dall'osservazione, che nelle regioni infestate dal miasma paludoso, la causalità infettiva endemica è quella che domina tutta la situazione nella maggior parte delle infermità, le quali sottoposte all'influenza della medesima, e snaturate nei loro processi si estrinsecano con una sintomatologia e con un andamento tutt'affatto speciale. Da questo fatto emana un criterio clinico importante che dev'essere di guida al pratico che esercita in climi soggetti al dominio della malaria.

Vi è un certo *regionalismo* anche in medicina. Ammettere *a priori* una formola unica che specializzi la natura di ciascuna infermità non è nè logico nè conforme all'osservazione. Quella formola varia sempre a seconda di ragioni in-

trinseche relative al malato, e molto più di ragioni estrinseche riferibili principalmente ai luoghi e all'atmosfera che lo circonda. L'uomo dell'arte che senza idee preconcelte studia la natura dei climi, e particolarmente le ragioni infettive endemiche che dominano in certi posti, s'avvede che sono appunto queste la causa per cui certe malattie si presentano con forma speciale, e richiedono speciali provvedimenti curativi.

La medicina clinica perciò vuol'essere governata dai criteri desunti dall'esatta conoscenza dei vari moventi patogenici che nelle diverse regioni entrano come coefficienti multipli delle umane infermità. E dal campo della patologia generale scendendo allo studio particolare delle malattie che tengono a speciali condizioni infettive di certi luoghi, dove si accumulano tutte quelle circostanze tellurico-atmosferiche da cui ha nascimento la malaria, noi vediamo che è una suprema necessità per il pratico conoscere l'origine, le differenze processuali, non che la proteiforme fenomenologia delle accennate malattie, dal che illuminato sulla natura delle medesime troverà i mezzi per una razionale terapia.

Lo studio del clima deve procedere lo studio del malato. *Traub* al letto di un infermo di febre subcontinua pneumoniaca non ricaverebbe forse dai suoi grandi studi un raggio di luce

per una esatta diagnosi, senza conoscere la natura del clima in cui occorre la detta malattia. Così di fronte a una subcontinua tifoidea voi avete innanzi il quadro caratteristico della tifoide; ma di questa in fondo non v'è che una larva, non v'è che l'ombra. Tutta la ragione del febbricitare sta in una causa infettiva occulta, che se voi non giungete a colpire, l'ammalato è perduto. Quella causa è la malaria: e voi entrate in sospetto, voi acquistate la certezza dell'esistenza della malaria appunto dallo studio delle speciali condizioni dei luoghi e dei climi dove quella ha dominio.

Il regionalismo nello studio delle malattie si traduce nella pratica nel razionalismo terapeutico. Così, per esempio, una malattia che a Vienna si cura con un metodo, a Firenze vuol'essere trattata con un metodo tutto differente. Debbono perciò considerarsi come una vera assurdità le dottrine sistematiche di una volta, che pretendevano si curassero le malattie sulla falsa riga di un metodo prestabilito. L'osservazione Ippocratica superstita al naufragio dei sistemi tracciò la via a quel sano indirizzo scientifico che oggi è in onore, mercè il quale l'uomo dell'arte svincolato dalle pastoie dottrinarie contempera le operazioni curative alle particolari efficienze patogeniche, variabili nei loro effetti per un complesso di circostanze, tra le quali attendibilissima è la condizione del clima.

Ricordati di volo questi principi di patologia generale in rapporto alla malaria, ai quali fa mestieri s'informi chiunque voglia raccogliere dalla scienza i desiderati frutti al letto del malato, che è l'obbiettivo finale di tutti i nostri studi, entriamo a dir brevemente dell'infezione malarica nei suoi rapporti colla patologia del polmone.

Le malattie polmonali a fondo francamente infiammativo sono una vera eccezione nei climi soggetti al dominio della malaria. In 10 anni di esercizio in luoghi influenzati dal miasma paludoso, noi avemmo occasione di riscontrare soli 6 casi di pneumonite genuina senza complicazione malarica, mentre in quella vece registrammo tra le nostre note cliniche una cifra rilevante di pneumoniti miasmatiche, di subcontinue pneumoniache, e di febbri proporzionate pneumonitiche.

L'*intrusione* della malaria nelle malattie polmonali è un fatto che non isfuggì ai nostri sommi maestri *Sydenam*, *Lancisi*, *Torti*, *Borsieri*, ecc. e quelle che essi chiamarono *peripneumoniae nothae*, *adinamicae* ecc. non erano in fondo che forme pseudo-infiammative alimentate da speciali condizioni infettive, compresa la malarica.

Tutti gli autori che in seguito scrissero delle malattie proprie dei climi soggetti all'azione del miasma paludoso, avvertirono la con-

corrente influenza di questo nelle malattie di petto, e misero in vista i caratteri speciali delle risultanti forme morbose. Tra questi scrittori meritano principalmente di essere ricordati il *Puccinotti*, il *Metaxd* e il *Minzi*. Il libro di quest'ultimo « *Studi teorico-pratici sull'endemia palustre* » sarà letto con frutto da chiunque voglia occuparsi di questo ramo di patologia. Mi piace anche di ricordare un mio illustre corrispondente di Algeri il dott. *Bertherand* segretario della *Società de Climatologie Algerienne*, il quale fin dal 1848 in un suo pregiato lavoro « *Considerations sur les maladies de l'Afrique* » pubblicato nel Giornale delle scienze mediche e naturali di Bruxelles scriveva questa pagina interessante di climatologia applicata allo studio delle malattie:

« Non v'aspettate d'incontrare nell'Algeria tanto comuni quelle condizioni od espressioni morbose francamente o violentemente infiammatorie, di cui sono per lo contrario frequenti gli esempi nei climi più settentrionali. No, no: la fisionomia delle infermità delle quali sto occupandomi è al tutto differente..... Le iperemie che in generale siamo avvezzi a vedere altrove convertite a gradi in infiammazioni acute, non consistono in questa zona altro che in più o meno gravi *congestioni passive*. Tutto mostra in tali manifestazioni morbose la violenta offesa al sistema nervoso occasionato dal proteo patolo-

gico (il miasma palustre) di cui ci sfugge la vera natura, e siamo forzati di vedere un genio in certo modo periodico intimamente insinuato nel midollo di tutte le affezioni. »

Gli studi successivi, e specialmente quelli fatti dalla scuola romana sotto l'impulso fecondo del prof. *Baccelli* sulle malattie polmonali in rapporto alla malaria, confermarono splendidamente il fatto della natura pseudo-infiammatoria e intrinsecamente discrasica di quelle forme di polmonite che occorrono nei luoghi maremmani.

È cosa ardua definire come la malaria dispieghi la sua influenza patogenica nelle dette malattie, se agisca come causa diretta delle condizioni processuali discrasiche, o si serva come d'intermediario del sistema nervoso ganglionare, irrogando a questo i primi danni, donde per lesa innervazione vaso-motoria avrebbero origine le manifestazioni congestivo-paralitiche negli organi del respiro. Noi siamo d'avviso che agisca per la seconda via, confortati a così credere dalla ragione clinica e dalla patologia sperimentale.

Il brivido e i fenomeni nevralgici multipli con cui spesso esordiscono le manifestazioni acute dell'infezione malarica, i processi locali subitamente irrompenti a cui danno luogo, la mutabilità di sede dei medesimi, la natura evidentemente paralitica dei sintomi con cui si estrinsecano certe forme perniciose ecc. sono fatti di

cui il clinico non può rendersi ragione senza ammettere un profondo disordine nell'innervazione provocato dall'intossicamento miasmatico.

La patologia sperimentale poi ci apprende che le paralisi ottenute artificialmente dei nervi che governano la nutrizione di un dato tessuto, di un dato organo producono nel territorio linfatico-sanguigno di questi un movimento flussionale più o meno pronunciato sotto forma di stasi e di congestione, che a volte si traduce in un vero processo infiammativo. Così la paralisi del vago ottenuta recidendo nella regione cervicale il detto nervo, a cui collegansi numerose fibre spinali e simpatiche, conduttore perciò della duplice influenza nervosa, animale e vegetativa, produce alterazioni polmonali a forma congestiva, infarti emorragici, ed anche l'epatizzazione rossa ora diffusa ora a nodi.

Sono assai concludenti l'esperienze fatte a questo riguardo dal *Le Gallois*, dallo *Schiff*, dal *Genzmer*, dallo *Steiner*, dal *Michelson*, e dal *Conti* di Pavia. L'*Habershon* (1) afferma che anche clinicamente le affezioni successive alla paralisi del detto nervo sono identiche a quelle che si ottengono artificialmente dalla sezione del medesimo.

Le accennate lesioni polmonali consecutive alla paralisi del vago non sarebbero che l'ef-

(1) Lectures on pneumogastric nerve. — London 1877.

fetto di alterata innervazione trofica, spiegabile mercè gl'intimi rapporti del detto nervo coll'apparato ganglionare.

Da questi risultati sperimentali siamo autorizzati pertanto a ritenere che i processi congestivi pneumonici a cui dà occasione l'infezione da malaria siano la conseguenza di un'azione nevro-paralitica riflessa dai centri gangliari sull'apparecchio respirativo. Il germe miasmatico agirebbe primitivamente per la via del sangue che n'è il veicolo sui detti centri (1) e all'alterata funzionalità dei medesimi terrebbero dietro quei processi locali di lesa nutrizione, di cui sono una manifestazione le affezioni polmonali che accompagnano l'infezione acuta da malaria.

Noi perciò non dividiamo in tutto le idee espresse dal nostro valoroso collega dottor *Roseo* nel suo pregiato lavoro, pubblicato di recente nella *Gazzetta Medica di Roma* sulla genesi del

(1) Qui sentiamo il dovere di ricordare che un distintissimo medico Romano il Dott. *Telemaco Metaxà* fin dal 1843 nei suoi annali medico-chirurgici scriveva: « Il sistema ganglionare è per avventura il primo ad essere intossicato dall'elemento paludoso. »

Un'analisi accurata dei processi locali e delle multiformi manifestazioni sintomatiche cui dà luogo la malaria portava quel profondo osservatore, troppo immaturamente rapito alla scienza, a divinare ciò che oggi i patologi intendono dimostrare mercè i lumi forniti dalla fisio-patologia dei nervi vaso-motori che sono una dipendenza dell'apparato nervoso ganglionare.

processo infiammativo nelle varie forme di pneumonite.

L'irritazione autoctona sul posto degli elementi cellulari non può sempre renderci ragione dei processi congestivo-flogistici, mentre l'origine di questi alcune volte è la derivazione di un disordine avvenuto nei centri d'innervazione che governano gli atti nutritivi dei vari tessuti organici. Le alterazioni polmonali a forma di congestione, d'*infarctus*, e anche di vero processo essudativo consecutive al taglio del vago stanno lì per dimostrare questo fatto.

Perciò noi mentre ci adattiamo alla dottrina del *Conheim* quando vuole spiegarci l'evoluzione processuale di una pneumonite per fatto traumatico, e per l'azione diretta sull'enchima polmonale di altri fattori patogenici, non possiamo ugualmente invocare quella dottrina per renderci ragione dei processi congestivo-discrasici che accompagnano per es. una forma subcontinua pneumoniaca o una pneumonite miasmatica. Il concetto degli elementi irritanti e irritati qui non può darci la ragione anatomico-fisiologica di quel processo, la cui genesi è da ricercarsi invece in un disordine d'origine centrale avvenuto nell'attività nervose trofiche dei territori cellulari.

Tutto il gruppo dei sintomi che qualificano una discrasia acuta da malaria con localizzazioni infiammative sul polmone contraddice assoluta-

mente ad un origine puramente irritativa autoctona di queste ultime, e mette in vista la loro dipendenza da una condizione infettiva generale che domina *in toto* l'organismo, le cui manifestazioni processuali sono il risultato di una condizione paralitica dell'apparato trofico vaso-motore, consecutiva a speciali alterazioni subite dai centri gangliari.

Noi non sapremmo interpretare altrimenti la genesi di certe forme morbose pseudo-infiammative in rapporto alla malaria, la cui ultima espressione patogenica per una lunga e coscienziosa analisi anatomo-patologica e clinica dei fatti osservati siamo indotti a riconoscerla appunto in una paralisi vaso-motoria, che aggiunta all'immane depauperamento del sangue, è precipuo coefficiente dei processi congestivo-discrasici con cui si rivelano agli occhi del clinico i danni irrogati da questo agente infettivo ai vari tessuti e ai vari organi, tra i quali principalmente quelli del respiro.

Specializzando ora quelle affezioni del polmone in cui entra la malaria come efficienza patogenica diretta, o come semplice associazione morbosa, dobbiamo segnalare in questo rango la *pneumonite malarica*, la *febbre proporzionata pneumonitica*, la *febbre subcontinua pneumoniaca* e la *febbre pernicioso pneumonica*.

Noi faremo nel presente lavoro una breve rassegna dei caratteri propri a ciascuna di dette

malattie, mettendone in vista le note differenziali e il trattamento curativo che a ciascuna conviene, con che ci lusinghiamo di colmare qualche lacuna nella patologia del polmone, e di dare specialmente ai giovani medici un esatto indirizzo per la diagnosi e la cura delle accennate affezioni che occorrono assai frequenti nei luoghi soggetti all'influenza del miasma paludoso, e spesso si presentano con tanta severità di processo e con tanta gravezza di sintomi, da poter creare insuperabili difficoltà a chiunque facciano difetto esatte cognizioni e particolari studi su questa materia.

CAPITOLO III.

La pneumonite malarica.

SOMMARIO — Note storiche — Anatomia patologica — Studi del *Marchiafava* — Sintomatologia clinica — Analisi delle urine — Esame obbiettivo del polmone — Termoscopia — Durata — Andamento — Successioni morbose — Diagnosi differenziale — Criteri prognostici — Etiologia — Cura causale — Cura sintomatica — Le inalazioni di Ossigeno nella cura della pneumonite malarica — I nuovi criteri clinico-terapeutici sulle pneumoniti infettive messi in riscontro colle antiche dottrine.

Nel 1878 noi pubblicammo una monografia completa sulla *pneumonite da malaria*, detta anche *pneumonia palustre*, *pneumonite miasmatica*, facendo tesoro particolarmente delle osservazioni raccolte in un decennio di esercizio pratico in luoghi endemicamente infestati dal miasma paludoso.

Fummo lieti nel vedere quella nostra pubblicazione accolta con molto favore dalla stampa medica, dal che ci sentimmo incoraggiati a proseguire nei nostri studi sull'infezione da malaria in rapporto alla patologia del polmone.

L'argomento del presente lavoro ci richiama di nuovo a trattare della detta malattia. Noi per-

altro non ripeteremo integralmente quanto scrivemmo già altra volta a questo riguardo, ma ci limiteremo a dare un sunto sommario di quanto si riferisce alla diagnosi e alla cura di quest'affezione, aggiungendovi il contributo di nuove osservazioni che ci fu dato raccogliere in questi ultimi tempi.

Lancisi, Sydenam, Torti, Ramazzini, Baglivi ed altri che trattarono diffusamente delle malattie indotte dal miasma paludoso, accennarono a questa forma di pneumonite improntata di un carattere insolito di malignità, e la dissero *perripneumonia adinamica, atassica, nervosa, notha* ecc. Ma essi non individualizzarono questa malattia sotto un concetto etiogenetico preciso, e le vedute diagnostiche e curative di quei classici su questa specialità morbosa si aggirarono confuse tra le ambagi sistematiche d'allora.

I primi studi positivi sulla pneumonite malarica furono fatti dal *Baccelli* nella scuola clinica di Roma l'anno 1866. Questi studi resi di pubblica ragione segnarono un grande avvenimento nella pratica medica, mentre la pneumonite che prima era micidialissima nei climi infestati dalla malaria, oggi trattata col metodo della scuola romana, *maneggiato con sennò e con abilità*, si riesce quasi costantemente a guarirla.

Un'analisi accurata dei processi locali indotti dalla malaria, ci mostra, come già dicemmo, il fatto costante di una congestione discrasica.

Nella polmonite miasmatica difatti invano cerchereste i caratteri anatomici così bene definiti della pneumonite genuina, dall'ingorgo alla epatizzazione grigia. In quella il carattere anatomo-patologico che è in vista nell'esame necroscopico è invariabilmente un processo congestivo-discrasico. La essudazione fibrinosa endo-alveolare segnalabile nella flogosi genuina è sostituita da un infiltramento più o meno diffuso di essudati prevalentemente sierosi, in cui il microscopio fa constatare la presenza di elementi cellulari di natura epiteliale, e granuli di ematina alterata.

Io quando ero Interno nell'ospedale di S. Spirito in Roma ebbi occasione di assistere a molte autossie di decessi per pneumonite malarica, e posso dire che i caratteri anatomici di questa mostransi così bene spiccati, così bene delineati, che non è possibile confonderli con quelli propri di una flemmasia genuina del polmone. Difatti in questa pervenuta che sia al periodo di evoluzione completa, il polmone si mostra grandemente aumentato di volume e di peso, esternamente di un colore rosso-cupo forte, e sezionando qualche tratto del viscere del malato, la superficie del taglio offre un *aspetto nettamente granuloso*, prodotto dai zaffi fibrinosi ostruenti le lacune alveolari, disposizione granuliforme che è in modo più marcato manifesta se si laceri il tessuto del polmone in luogo di dividerlo col tagliente.

Nella pneumonite malarica in quella vece si verifica anche l'aumento del peso e del volume del polmone, ma in proporzione di gran lunga minore, perciocchè i contingenti essudativi di natura sierosa non coagulabili non riempiono completamente gli spazi interlobulari e gli alveoli. Incidendo qualunque punto dell'area compresa da questa pseudo-flogosi la superficie del taglio offre un colorito cupo-rossastro, ma *nessuna apparenza granulosa*, e dalle porzioni di polmone sezionate, ove vengano compresse tra le mani, esce fuori una copiosa quantità di sierosità più o meno torbida e sanguinolenta, restando il viscere nei punti compressi tuttora pesante e privo di elasticità.

La *topografia anatomica* della pneumonite malarica offre anch'essa ragioni differenziali rispetto alla polmonite genuina. I processi congestivo-discrasici cui quella da luogo mostransi difatti quasi costantemente nella base e nelle regioni laterale e posteriore del polmone; e i focolai essudativi in genere non restano circoscritti al lobo inferiore soltanto, ma vanno oltre i limiti segnati dalle zone sierose, avanzando in alto fino talora a guadagnar l'apice.

Altra nota differenziale attendibile riguarda il fatto del rinvenirsi le precitate lesioni anatomo-patologiche con molta frequenza nel polmone sinistro. E ciò è in rapporto colla mia statistica di 300 e più casi di vera polmonite

miasmatica da me osservati, nei quali ebbi a constatare che il polmone sinistro era colpito con più frequenza del destro nella proporzione di 5 a 3. A spiegare siffatta anomalia a mio avviso potrebbe invocarsi quale ragione fisio-patologica se non unica, almeno in taluni casi valutabile, il fatto del preesistente tumore splenico onde sono affetti taluni malati di già febbricitanti e profondamente inquinati dalla malaria prima di essere colpiti da questa forma di polmonite. L'ingrandimento del volume della milza deve per necessità portare un ostacolo meccanico alle libere escursioni del polmone sinistro, donde più facili in questo le stasi venose, e l'occasione a divenire la *pars minoris resistentiae* in cui vanno ad esplicarsi le processuali manifestazioni pneumoniche.

È qui luogo di ricordare i recenti studi di anatomia patologica del prof. *Marchiafava* sulla pneumonite da malaria. Questo egregio osservatore ha colmato molte lacune nella parte anatomo-patologica che si riferisce a questa malattia, studiandosi sui responsi del microscopio e del coltello anatomico, maneggiati con quel valore che gli è proprio, di concretare una formola anatomica propria della pneumonite miasmatica, che egli proporrebbe di chiamare *desquamativa*, dal fatto che nell'evoluzione processuale di questa sono gli epiteli endo-alveolari che a preferenza vengono usati, nel distacco

dei quali sta appunto la ragione degli elementi cellulari epitelioidi che in più o meno copia, ma costantemente riscontransi negli essudati coll'analisi microscopica.

Chiudo queste brevi annotazioni anatomo-patologiche sulla pneumonite malarica col dire che le note processuali di questa sono così proprie e così spiccatamente delineate, da doverle per la specie anatomica della eritropatia giustamente assegnare un posto distinto nel quadro nosologico.

Taluni vorrebbero escludere questa malattia dal rango delle pneumoniti, perciocchè faccia difetto in essa un carattere anatomico fondamentale dell'infiammazione che è l'essudazione ricca di fibrina e di elementi cellulari.

Ma noi non accettiamo l'anatomismo puro e semplice come base del nosografismo clinico. E poi nelle condizioni locali di una pneumonite discrasica noi vediamo un vero processo anatomo-patologico *sui generis* sotto le parvenze di un *infarctus* e di una congestione, sostenuto da una causalità infettiva specifica che l'impronta di caratteri speciali, la cui espressione processuale è un'infiammazione anomala, ma sempre un'infiammazione, perciocchè tale la rivela l'apparato dei sintomi con cui si manifesta.

Veniamo ora a dire della sintomatologia clinica propria di questa malattia.

La pneumonite malarica a volte si sviluppa d'improvviso senza prodromi valutabili: ma nella maggior parte dei casi è preceduta per qualche giorno da stanchezza muscolare, insolita sensibilità al freddo, dolori vaganti nella regione dorso-lombare, e dai sintomi di una bronchite ordinaria.

Il periodo iniziale della malattia è contrassegnato quasi sempre da brividi di freddo brevi e ripetuti, cui succede un calore, che in brev'ora ascende a 39° e 40° *Celsius*. Gli infermi fino dai primi momenti del male accusano un'ambascia, un'oppressione di respiro più o meno accentuata, e quasi sempre un dolore or gravativo or pungitivo, profondo, che ha sede ora in prossimità del capezzolo, ora sulla linea parascellare destra o sinistra verso la base del polmone. In alcuni casi in luogo del dolore laterale avvertono come una fascia dolorosa che li uggisce con grave molestia su tutta la linea diaframmatica. Di questa contingenza fenomenale, quando ha luogo, ci rendono ragione l'alta tensione della capsula epato-splenica, e la concomitante iperemia della ghiandola biliare e della milza.

La *febbre* ha un andamento remittente con questo di singolare e d'insolito che esacerba quasi costantemente nelle ore del mattino e rimette alla sera, remissione accompagnata alcune volte da leggiere e fugaci sudazioni alla

fronte e al collo. Questo fenomeno dell'aggravio mattutino che è fuori della consuetudine delle altre malattie, mentre sorprende gli stessi malati, rivela al medico la ragione infettiva che domina la situazione. Il polso in genere è molle, s vigorito, di una media frequenza tra le 90 e le 100 battute a minuto. La temperatura in rapporto colle vicende febbrili e colla maggiore o minore intensità del processo infettivo oscilla tra i 39° e i 41° C.

La *cefalgia* che è uno dei fenomeni più costanti della pneumonite genuina incontrandosi in più di $\frac{2}{3}$ dei casi (*Grisolle*), nella pneumonite malarica si ha occasione di notarla in $\frac{1}{3}$ appena dei malati, dei quali molti più che un dolore sentito accusano un peso più o meno molesto alla testa, e una certa confusione d'idee. La *tosse* è un sintomo costante, più o meno fastidiosa e frequente si mostra ordinariamente fin dai primi momenti della malattia. L'*espettorazione* presenta anch'essa caratteri speciali che fuorviano dalle note comuni alla pneumonite genuina. In questa, come è noto, gli sputi sono rugginosi, viscidì, aereati, aderenti al fondo della sputacchiera, mentre in quella vece nella polmonite malarica sono fluidi, sierosi, di un aspetto molto simile a *lavatura di carne*, e talune volte di un odore leggermente acido: in qualche caso offrono i caratteri dello sputo emorragico, e di questa anomalia, quando av-

viene, deve farcene ragione la lesione di vasi collaterali ai punti infiammati. Osservati al microscopio questi sputi si trovano contenere globuli sanguigni, ematina alterata insieme ad elementi epiteliali allo stato granuloso.

Le note discrasiche così chiare nella espettorazione, si rilevano con pari evidenza nel sangue estratto dalla vena, quando per eccezionali ragioni terapeutiche si ha ricorso al salasso. In questi casi voi vi vedete innanzi un sangue in cui sono rimarchevoli e la quantità del siero di un giallo-carico ricco di pimenti biliari, e la cotenna sovrastante al coagulo di un aspetto *gelatiniforme* pochissimo consistente, di un giallo-sporco, sottinta qualche volta da chiazze verdognole.

La *facies* dei malati presenta anch'essa delle note caratteristiche, un non so che nei tratti fisiognomonici, nella tinta giallo-lurida della pelle, nel coloramento dei zigomi, che un occhio esercitato vi legge subito l'impronta della malaria. Debbo dire per verità che nei molti malati di pneumonite miasmatica da me curati trassi anticipato criterio per la diagnosi appunto dalla semplice vista della *facies*, dalla prima impressione in me prodotta da quelle linee, da quel colorito così caratteristico così spiccato in cui si rivela con note non dubbie la tossicoemia malarica.

A completare il quadro sintomatico anzi-detto aggiugasi l'abbandono della persona, il



collapsus in cui cadono gl'infermi fino dai primi giorni della malattia, la sonnolenza alternante in qualche caso col delirio, la tensione degli ipocondri, la dolorabilità, non però costante, della regione splenica, le maculazioni emorragiche che a volte appaiono sulla pelle, e a preferenza sul petto e sulla regione interna delle coscie, la lingua talora umida con patina catarrale, in qualche caso secca, coperta di un intonaco viscido, fuliginoso, il ventre ordinariamente chiuso, le urine di un colore rosso-carico, talora di un giallo-sporco, ricche di pimento biliare, di sali urici e di cloruri, con proporzioni quasi sempre tenuissime di albumina di cui per altro alcune volte io non rinvenni tracce sensibili.

L'analisi delle urine in questa forma di polmonite merita particolare attenzione. L'aumentata proporzione in esso dei *cloruri*, a cui sopra accennammo, e principalmente del cloruro di sodio, è a valutarsi come non ultimo tra i criteri per la diagnosi differenziale, mentre nella pneumonite genuina la quantità dei cloruri è invariabilmente diminuita, e in qualche caso non se ne riscontra neppur traccia (*Jaccoud*) (1). Donde nei casi dubbi per la diagnosi fa mestieri tener conto ancora dei risultati forniti dall'analisi uroscopica.

(1) *Traité de Pathologie interne.*

Rispetto poi ai caratteri fisici dei sedimenti delle urine dobbiamo accennare che questi si offrono all'occhio sotto l'aspetto di una materia giallo-rossastra come polvere di mattone: è un vero *sedimentum lateritium* che ha reazione più o meno acida sulla carta di tornasole, come io in moltissimi casi ebbi occasione di constatare. Questi sedimenti sono manifesti nelle urine fin dai primi giorni della malattia: spesso l'aumento dei medesimi corrisponde ai periodi di defervescenza segnalabili nel ciclo febbrile, e in alcuni casi si verifica in modo più marcato nei giorni alterni.

A complemento delle note riguardanti l'esame delle urine nello studio della polmonite miasmatica debbo aggiungere una mia particolare osservazione, ed è che la presenza costante di molto sedimento nelle urine fin dai primi giorni del male è un segno che fa bene sperare delle sorti del malato; come l'orina scarsa e chiara, e perdurante tale per 3-4 giorni consecutivi fu per me indizio di rado smentito d'infuasto esito.

Un altro fenomeno che io osservai in 315 dei miei malati, e sul quale richiamo l'attenzione dei miei colleghi è l'*epistassi*, che in taluni casi vidi ripetersi più volte durante il corso della malattia. Stanno come ragione fisio-patologica di questo fatto e lo stato nevro-paralitico del retito capillare venoso, e le vistose condizioni

emo-discrasiche indotte dall'infezione malarica, circostanze tutte che favoriscono i trasudamenti ematici dalle mucose.

Ora resta a dire dei fenomeni obbiettivi (*segni fisici*) fornitici dall'ascoltazione e dalla percussione, dai quali si traggono non meno sicuri criteri per la diagnosi. Tutto ciò che si sa dell'evoluzione anatomica della polmonite genuina, e dei dati stetoscopici e plessimetrici che ne rivelano fedelmente i vari stadi, non trova apprezzabile riscontro nella pneumonite miasmatica. Quindi anche per questa parte emerge la necessità di studi speciali, di pratica speciale per la conoscenza della detta infermità, la quale può presentare difatti serie difficoltà diagnostiche, appunto perchè molti dei suoi sintomi sono fuori della consuetudine e delle leggi ordinarie che governano la patologia.

Il primo segno fisico attendibile e di grande valore per la diagnosi differenziale nella pneumonite malarica è un'ottusità più o meno estesa sui punti del torace corrispondenti al polmone affetto, ottusità che si rileva mediante la percussione fin dal primo insorgere della malattia. La ragione di questo fenomeno sta nel fatto della elasticità polmonale subitamente vinta dalla irrompente congestione discrasica. La qual cosa tiene senza meno agl'infiltramenti sierosanguigni che rapidamente si formano, e alla paralisi vaso-motoria che è l'altra conseguenza non meno

diretta del profondo attacco della malaria, e che qualifica anch'essa la specie anatomia della crotopatia.

Al suono ottuso rilevato dal plessimetro su larga estensione, quale non si ha mai occasione di constatare nell'esordio di una pneumonite genuina si aggiungono rantoli umidi a bolle grosse ineguali, sensibili nel duplice atto respiratorio, rantoli che è facile avvertire coll'ascoltazione immediata, o valendosi dello stetoscopio. Il rantolo crepitante proprio della pneumonite genuina nella pienezza dei caratteri onde si qualifica manca costantemente nella forma di pneumonite di cui noi ci occupiamo.

Oltre ai rantoli di cui sopra che costituiscono il fenomeno stetoscopico costante e sarei per dire proprio di queste specie di polmonite l'ascoltazione fa segnalare l'abolizione più o meno completa del murmure vescicolare con lievissime o nulle consonanze di respiro bronchiale, e la trasmissione della voce si avverte siffattamente alterata da acquistare qualche volta al carattere egofonico, del quale ultimo fatto la ragione è evidente nelle larghe essudazioni sierose infiltrate nell'enchima polmonale.

Dall'esordire fino a periodo avanzato nella pneumonite malarica gli accennati fenomeni fisici non subiscono valutabili vicende. È la ottusità al plessimetro di conserva ai rantoli umidi sopra descritti che rivela costantemente la sta-

zionarietà o l'avanzarsi dei processi locali, come pure la maggiore o minore accentuazione dei segni fisici indicati e il fatto precipuo delle aree più o meno estese in cui quelli si avvertono, messi in riscontro cogli altri sintomi desunti dall'insieme del quadro clinico valgono nella fattispecie a far giudicare presuntivamente dell'esito che sarà per subire la malattia.

Io per tanto non saprei mai abbastanza raccomandare ai miei colleghi di valersi dei lumi forniti dall'esame stetoscopico-plessimetrico nella cura di questa forma di polmonite, mentre oltrechè in essi troveranno un criterio attendibilissimo per la diagnosi differenziale, avranno altresì una guida sempre fedele in mezzo alle vicende talora insolite e abbuiate di una forma clinica, le cui parvenze sintomatiche non sono sempre così bene delineate da non lasciar luogo all'incertezza e all'errore.

Nell'insieme del quadro sintomatologico che noi tratteggiammo fedelmente sopra un'osservazione di 300 e più casi di pneumonite miasmatica che ci occorre di curare e vedere nella nostra pratica, sono evidentissime e spiccate le molte e inusitate anomalie sintomatiche, a cui già accennammo, dalle quali è messo in chiaro come la malaria informando il processo della pneumonite la devii essenzialmente dal tipo di una flemmasia genuina, facendone anche per ragione clinica un entità patologica distinta.

Dissi già che nella pneumonite miasmatica si osserva questo di singolare che l'aggravio nello stato febbrile e nelle condizioni obbiettive del polmone si verifica d'ordinario nelle ore mattutine. Siffatto andamento proprio di questa forma di polmonite, è fedelmente rivelato anche dalle osservazioni termoscopiche. Io volli prender nota in molti casi delle oscillazioni che subisce la temperatura nel corso di questa malattia, valutandola col termometro *Celsius*, due volte al giorno, in genere dalle 7 alle 9 del mattino, e dalle 5 alle 8 della sera; e come apparisce dai miei tracciati termoscopici, le ascensioni termiche corrispondono, salvo poche eccezioni, alle ore del mattino. Da ciò è messo in chiaro che i lumi forniti dal termometro in questa congiuntura possono elevarsi all'altezza di un criterio di diagnosi differenziale di gran valore. Mettete difatti in riscontro le linee termografiche della pneumonite genuina con quelle della polmonite malarica, e voi vedrete evidente la differenza delle cifre che rilevano la graduazione termometrica dell'una in perfetta disarmonia con quella dell'altra.

La *durata* della pneumonite malarica, secondo che risulta dalle mie particolari osservazioni, è tra i 6 e i 15 giorni. Il corso della medesima non è ciclico, non vi è in essa legge di giorni critici: anche nel suo andamento offre inusitate anomalie messa in confronto colla pneu-

monite genuina. I tre periodi così bene definiti che segnano il corso di quest'ultima, e che corrispondono alle tre fasi della sua evoluzione anatomica, non trovano riscontro nel corso della pneumonite miasmatica, dove i processi discrasici locali improntati dalla prevalente condizione nevro-paralitica informano l'obbiettiva clinica di questa malattia di caratteri sintomatici assai diversi, segnalandosi nella parabola che essa percorre insolite contingenze fenomenali, anziché regolarità e uniformità di andamento. Talune fiato difatti esordisce impetuosa, e nelle prime 24-36 ore tocca già alla più sconsolante gravezza. In questi casi per fortuna rarissimi, è notabilissimo il diffondersi degli ingorghi discrasici e degli edemi collaterali per modo che tutta una superficie del polmone, in genere la dorsale, ne resta invasa nel volgere di poche ore, trambasciando gli ammalati sotto una dispnea soffocante.

D'ordinario l'esordio della polmonite malatica non è così grave: iniziata col quadro dei sintomi già descritti, si mantiene per qualche giorno in uno stato quasi monotono senza vicende molto valutabili (all'infuori di quelle che riguardano l'andamento della febbre a cui accennammo di sopra) per risolvere o per aggravare in genere tra il quarto o il nono giorno. Io vidi casi parecchi di pneumonite miasmatica decorrere per 5-6 giorni colla più lusinghiera

mitenza dei sintomi, e poi *mutata facie* improvvisamente aggravare, aggravio preannunziato dal notevole incalzar della febbre e dalle cresciute sofferenze di respiro. Causa di questo impreveduto avvenimento fu sempre il subito avanzarsi dei processi locali in più estesa superficie.

In altri casi ebbi ad osservare una stazionarietà, uno *statu quo* perdurante anche per 4-5 giorni nel corso della pneumonite, la quale sembrava come *incantata*, mi si permetta l'espressione, senza indietreggiare e senza avanzare di una linea. In genere quando ciò avveniva, durante questo periodo stazionario che stancava il malato e preparava il terreno a postume insidie, non ebbi a rilevare fenomeni inquietanti, all'infuori della scarsezza dell'espettorazione, e delle urine poco o nulla sedimentose, fatto che stava come criterio di sosta nei processi regressivi degli essudati immobilizzati dall'altezza della paralisi invadente l'apparato trofico vaso-motore.

È qui luogo a segnalare un fatto relativo al coloramento sanguigno degli sputi, coloramento che ordinariamente si vede persistere per molti giorni di seguito, e alle volte per tutto il tempo della malattia. Anche questo carattere degli sputi può servire di lume per la diagnosi differenziale, perciocchè nella pneumonite genuina lo sputo sanguigno si veggia cessare costantemente appena essa è giunta al periodo essudativo.

Nei casi in cui la pneumonite-malaria volge a esito favorevole, il primo indizio che in genere preannunzia a una buona crisi è l'abbassarsi della temperatura che gradualmente, e a volte di sbalzo ritorna al grado fisiologico, come apparisce evidente dai tracciati termoscopici. Di conserva alla caduta della febbre avvertesi un miglioramento progressivo nell'insieme dei sintomi. Così il malato mostrasi in vista più sollevato — diminuisce o cessa del tutto la dispnea — scompaiono la sonnolenza e gli altri fenomeni relativi alle stasi venose multiple indotte dalla parziale impermeabilità dell'apparato respirativo, e dall'insufficiente ematosi — il sonno diviene calmo e riparatore — rinasce l'appetito. Infine le urine che fluiscono abbondanti e ricche di sedimenti, e la espettorazione facile e copiosa di cui man mano si rende meno appariscente l'alterato chimismo, rivelano all'occhio del medico la regolare evoluzione dei processi redintegrativi locali. Del che il curante potrà di vantaggio acquistare maggiore certezza dall'esame obbiettivo del malato, mentre nella diminuita ottusità alla percussione, nei rantoli meno diffusi, meno numerosi, a bolle più voluminose, nel soffio vescicolare che si fa sempre più sensibile e più chiaro ecc. trova criteri sufficienti che accennano in modo non dubbio al lavoro di riparazione anatomica e funzionale del parenchima polmonale.

Questa riparazione per altro talune volte non si compie *ad integrum* che per un tempo ben lungo, come io ebbi ad osservare in parecchi casi, e specialmente quando l'altezza della ragione infettiva aveva recato profonde e non subitamente espiabili iatture.

Quando la pneumonite miasmatica ha termine colla morte, questa avviene o in uno stato di adinamia e di collapsus per paralisi cardiaca, o in uno stato asfittico per narcosi carbonica. Nell'un caso e nell'altro nell'insieme dei sintomi si rivela un aggravio crescente. Le ascensioni massime nelle linee termoscopiche (a 41-41 $\frac{1}{2}$ -42C.) i polsi frequenti, piccoli intermittenti — la lingua arida è nera — il sudore viscido sulla fronte e sul petto — il subdelirio alternante col coma — l'espettorazione soppressa — l'abbandono della persona — la faccia cianotica — la soffocante dispnea — il persistente rantolo tracheo-bronchiale formano il quadro sintomatico finale della malattia.

Nei casi di polmonite malarica seguiti da guarigione, non sempre questa si verifica completa. Alcune volte io vidi tener dietro alla detta malattia un catarro bronchiale più o meno diffuso. In tre casi ebbi ad osservare come successione della polmonite l'ectasia bronchiale, in uno dei quali — era un signore su i 40 anni — la dilatazione era assai voluminosa e centrale nel polmone sinistro.

Due dei miei pneumonitici superati i pericoli della flemmasia al polmone ebbero a soccombere qualche mese dopo per tubercolosi galoppante; ma in uno era evidente la condizione ereditaria tubercolare, nell'altro erano spiccati i caratteri della chachessia strumosa. In un caso molto singolare, ebbi a constatare come postumo della pneumonite-malaria l'*echinococcus pulmonis*; il malato dopo un anno e mezzo guarì previa la totale espulsione della cisti avvenuta sotto una violenta scossa di tosse. Mi si offrì anche occasione più volte di notare parziali indurimenti del polmone nei punti compresi dal processo infiammativo. Così ancora terminata appena la pneumonia vidi in qualche malato svilupparsi e ripetersi le febbri accessionali, indizio di non esaurita espiazione dell'emo-patia miasmatica, o del sopravvento di nuovo contingente infettivo.

Da ultimo le mie particolari osservazioni mi permettono di dire che in genere negli individui colpiti da questa forma di polmonite rimane per qualche tempo un difetto di energia nelle funzioni respiratorie, una diminuzione nell'espansione polmonale, e quasi sempre il polmone una volta malato resta più vulnerabile e più facilmente esposto a subire nuovi attacchi. M'avvenne difatti di riscontrare più di un malato colpito due ed anche tre volte nel volgere di pochi anni dalla pneumonite-malaria che vidi

costantemente, salvo due casi, riprodursi sul polmone primitivamente affetto.

I criteri diagnostici differenziali della pneumonite malarica si desumono dai caratteri sintomatici proprii che specializzano questa malattia per modo da non poterla confondere con altre. Difatti i brividi di freddo brevi e ripetuti con cui d'ordinario esordisce, seguiti da subita ascensione della temperatura a 39° e 40° C. l'elevarsi quasi costante di questa al mattino con discesa segnalabile nelle ore vespertine — le sudazioni ricorrenti sulla fronte e sul petto — la facies che nelle sue linee e nelle sue tinte rivela una profonda ragione infettiva — la ubiquazione della crotopatia più frequente a sinistra — la tensione degl'ipocondri — il tumore splenico — gli sputi dall'evidenti note discrasiche — la tinta sanguigna di questi persistente a volte per tutto il corso della malattia — le urine quasi sempre sedimentose, alcune volte tali solo nei giorni alterni con aumento quasi costante nella proporzione dei cloruri — la ottusità al plessimetro rivelantesi estesa e molto accentuata fin dal primo attacco del male, i rantoli umidi a bolle grosse disuguali, avvertibili nel duplice atto respiratorio — l'assenza di consuevanze bronchiali — il timbro egofonico della voce — l'immutabilità nei detti fenomeni fisici per più giorni di seguito — da ultimo l'attenta valutazione delle condizioni endemiche e indivi-

duali è un insieme di criteri e di sintomi che *in toto* formano un immagine clinica così perfettamente delineata, che un'accurata osservazione non permette di confonderla con altre forme di pneumonite.

Le malattie per verità con cui in talune contingenze può facilmente essere confusa la pneumonite-malaria è la febbre sub-continua pneumoniaca e la febbre proporzionata pneumonica delle quali per altro dopo che avremo passato in disamina i caratteri sintomatici propri nei capitoli successivi, si vedrà di leggieri che un'analisi accurata di questi messi in riscontro coll'obbiettiva clinica dell'altra ci fornisce criteri di gran valore, mercè i quali anche di fronte a forme equivoche e dubbie si riesce senza difficoltà ad un'esatta diagnosi differenziale. Del resto un errore di diagnosi in siffatte circostanze non pregiudicherebbe guari le sorti del malato, semprechè dalla etiogenesi della malattia esclusa ogni altra ragione infettiva che non sia la malarica siamo solleciti a convergere contro questa le nostre risorse terapeutiche.

La pneumonite miasmatica benchè debba considerarsi una malattia intrinsecamente grave, pure io la vidi assai di rado terminare colla morte. Non so se i risultati statistici di altri colleghi corrispondano coi nostri; mentre sono d'avviso che particolari condizioni epidemiologiche e individuali possano più o meno influire

sull'esito di questa malattia. Non ebbi a constatare note differenziali di gravezza per ragioni di sesso e di età. Conto più guarigioni in vecchi sopra i 60 anni. Notai costantemente come fatto grave il subito diffondersi dell'ingorgo pneumonico dall'uno all'altro polmone, e dalla base all'apice.

Riassumendo le mie note in proposito, accennerò la costituzione debole, la viziata conformazione del torace, le cattive condizioni igieniche, la cura troppo tardiva, la soppressione dell'espettorazione, la scarsezza e i nulli o insignificanti sedimenti delle urine, la lingua secca fuligginosa, le diffuse maculazioni emorragiche, il persistente delirio, la profonda adinamia, l'altezza stazionaria della temperatura, l'esame obbiettivo del polmone che riveli molto estesi e profondi i processi locali ecc., come circostanze tutte e fenomeni che considerati isolatamente e nell'insieme forniscono potissimi criteri per un giudizio prognostico più o meno grave.

Volendo ora accennare le cause dalle quali ha origine la pneumonite malarica è da mettere in prima riga come causa diretta il miasma palustre, che sotto date circostanze endemiche o condizioni individuali predisponenti esplica la sua perniciosa azione direttamente sugli organi del respiro o, come noi crediamo, sui centri d'innervazione che governano gli atti

nutritivi dei detti organi. Aggiungansi come coefficienti etiogenetici ed elementi occasionali i sudori bruscamente soppressi, le infreddature, le soverchie fatiche, l'ingestione di acqua fredda a corpo sudante, l'aria freddo-umida la preesistente cachessia miasmatica. Un terzo dei pneumonitici da me curati avevano sofferto le febbri nel periodo estivo-autunnale. Macchine scadute per opera della malaria offrono più acconcio il terreno allo sviluppo della pneumonite miasmatica, dalla quale peraltro io vidi molte volte colpiti anche individui di robusta tempra e mai attaccati da febbri, fatto questo attendibilissimo nello studio etiogenetico di questa malattia, la quale per molti sembrerebbe non dovesse svolgersi altro che in organismi di già profondamente inquinati dall'infezione palustre.

La pneumonite malarica io la vidi più frequente tra la fine dell'inverno e il principio della primavera: conto diffatti il maggior numero dei casi nei mesi di febbraio, marzo e aprile. Può regnare sporadica ed epidemica. L'anno 1873 e l'anno decorso 1880 questa malattia sia per il numero degli attaccati, sia in rapporto alle circostanze in cui sviluppavasi presentò in molti Comuni della provincia di Roma i caratteri di una vera epidemia, come io potei rilevare dalle osservazioni proprie, e da quelle di distinti colleghi, tra i quali mi

piace ricordare il mio egregio amico dott. *Caccialupi* interno nella Clinica Medica di Roma, che nel solo mese di febbraio del passato anno ebbe occasione di curare in un piccolo Comune sopra 40 casi di polmonite, di cui qualcuno visitai io stesso in via consultiva, e potei accertarmi che trattavasi realmente di polmonite malarica epidemica che si distingueva per una grande adinamia, e per il frequente intervento di fenomeni cerebrali, e della quale trionfavano splendidamente i preparati di chinina, la canfora, e gli alcoolici a dose generosa.

Qui sarebbe luogo a discutere se l'infezione malarica debba considerarsi come causa diretta della pneumonite miasmatica, oppure se questa nata sotto l'influenza di momenti causali comuni, trovi nella suddetta infezione non altro che una circostanza per la quale è impedita e fuorviata la sua naturale evoluzione processuale. Io dirò il mio modo di vedere in proposito, omettendo di vagare nell'arido campo di discussioni inutili che non fanno altro che isterilire la scienza. Stiamo sulla linea dei fatti: ora l'osservazione clinica ci dimostra che questa forma di polmonite è endemica dovunque regna il miasma palustre, che in essa è la ragione infettiva specifica che domina la situazione, che è questa infezione che impronta di caratteri speciali i processi anatomici locali e tutta l'immagine clinica propria della malattia,

che nella neutralizzazione di quell'infezione sta la base curativa fondamentale. Se questi son fatti evidenti, indiscutibili, è pur troppo logico riconoscere nella malaria un'azione diretta nella genesi della pneumonite miasmatica, a quel modo che si ammettono cause infettive d'altra natura come capaci di produrre altre forme di pneumonia.

Il *metodo curativo* della pneumonite malarica è unico, e comprende doppio ordine di indicazioni: 1.^o *indicazione causale o specifica*, 2.^o *indicazioni sintomatiche*.

Base della cura specifica è il solfato di chinina. La cura sintomatica comprende gli ordinari mezzi terapeutici che la ragione clinica trova più acconci nella fattispecie a correggere i vari sintomi della malattia. Il metodo, dissi, è unico, e aggiungo che fa mestieri saperlo maneggiare per averne buoni risultati. Il fatto sperimentale ripetuto su larga scala ha mostrato indiscutibilmente i vantaggi di questo metodo per modo, che si può stabilire che esiste una formola terapeutica quasi certa per combattere una malattia la quale per lo innanzi trattata empiricamente colle comuni risorse terapeutiche uccideva quasi irrimediabilmente quanti ne erano attaccati.

Base della cura specifica, come già dicemmo, è il *solfato di chinina*, la di cui azione è potentemente coadiuvata dal *chermes minerale*

e della *canfora*. È da avere in vista costantemente due regole nell'uso del solfato chinico, e sono 1.^o di non darne mai dosi forti, salvo qualche eccezione di cui diremo appresso, in breve intervallo di tempo; 2.^o di somministrarlo a dose misurata quasi tutti i giorni, utilizzando preferibilmente per la detta somministrazione i periodi di calma che si verificano di ordinario nell'andamento della febbre, mentre allora l'assorbimento del rimedio è più facile e più pronta l'azione del medesimo. Ecco la linea da me seguita nella cura dei miei malati.

Fin dall'esordio delle pneumonite, semprechè non mi facciano difetto segni per lo meno indiziari che è in giuoco la malaria, io prescrivo la seguente formola:

Solfato di chinina	gram.	1.20
Chermes, miner.	centig.	" 10
Canfora	"	3)

Miele q. b. in 6 pillole da prendersene una all'ora. Mi servii spesso dei detti rimedi sotto forma liquida, ed anche in polvere quando speciali circostanze lo richiesero.

La suddetta ordinazione, diminuendo gradualmente la quantità del solfato di chinina, uso ripeterla tutti i giorni, salvo qualche eccezione, fino a che non vedo ridotta la febbre alla minima espressione, e le condizioni obbiettive del polmone non mi mostrano

segni evidenti di avviata risoluzione. Giunta a questo termine nei giorni successivi fino a inoltrata convalescenza mi giovo di decotti saturi di china, ed altri compensi curativi, come dirò appresso.

Debbo notare però che m'avvenne in qualche caso di vedere insorgere la pneumonite miasmatica con un apparato febbrile imponente segnalato da ascensione massima nelle linee termoscopiche al punto che più che una pneumonite-malaria v'era ragione a sospettare di una sub-continua pneumoniaca o di una febbre pernicioso-pneumonica. In queste occasioni la gravità della situazione, e i criteri non equivoci di una più alta ragione infettiva mi consigliarono a ricorrere senza esitanza a una medicazione chinica più generosa, e fu in questi casi che 1 grammo e mezzo, 2 e anche più di solfato dato sotto forma liquida portarono un marcato periodo di calma, che permise di guadagnar terreno di fronte alla pneumonite che esplicavasi in seguito colle sue note caratteristiche.

Cade qui acconcio anche avvertire che in taluni il chermes minerale, per quantunque piccola fosse la dose ordinata, ebbe a provocare della diarrea che fu facile del resto vincere con una pozione laudanata. In queste congiunture d'intolleranza per gli antimoniali val meglio smettere l'uso del chermes, e proseguire la cura col solo solfato di chinina e la canfora. Di

quest'ultima debbo dire per verità che è il più potente alleato dei sali di chinina nella cura di questa forma di polmonite, a conferma di che potrei citare un'estesa casuistica, e il risultato di fatti sperimentali ripetuti in un decennio su larga scala. D'altronde non è difficile trovare nell'azione fisiologica di questo rimedio la ragione della sua efficacia in una malattia, nella quale lo stato paralitico dell'apparato trofico vaso-motorio sta come suprema e indiscutibile condizione anatomo-patologica dei processi congestivi locali.

Concludiamo dunque: l'indicazione causale specifica nella cura della pneumonite-malaria si compie col solfato di chinina associato con vantaggio al chermes e alla canfora. Stanno nell'uso metodico di questi rimedi le fondamentali risorse terapeutiche contro la detta malattia.

Trattando ora delle *indicazioni sintomatiche* ci si fa innanzi la lunga serie dei rimedi decantati contro la pneumonite in genere, dal salasso agl'indispensabili laudativi e ai vescicanti.

Noi non siamo esclusivisti, e in fatto di terapia non abbiamo nè simpatie nè antipatie. Avemmo costante la consuetudine di non lasciar mai addietro ciò che credemmo utile per i nostri malati, fosse pur d'antico conio il mezzo che la ragione clinica c'indicava il migliore.

Veniamo al *salasso*. — Nella pneumonite malarica si deve o no ricorrere a questo mezzo

curativo?... Messa sul tappeto la questione generica della convenienza o no del salasso in questa specie di polmonite, la ragione clinica *a priori* lo esclude. Con quale scopo difatti levar sangue a malati in cui è una profonda condizione infettiva che domina la situazione, in cui i processi locali non una esuberanza di forza, non un più accentuato lavoro di nutrizione, ma rivelano in quella vece uno stato paralitico nell'intimità dei tessuti? Questo argomento aprioristico peraltro che convince il medico filosofo, non sempre appaga le apprensioni del medico pratico.

Io debbo dire per verità che uscito da una scuola in cui l'uso della flebotomia è confinato nei limiti di una temperanza la più scrupolosa sulle prime volli curare costantemente i miei malati di polmonite con metodi incruenti. Di fronte a qualche insuccesso che era fuori delle mie previsioni, misi in seguito a prova in qualche caso la lancetta. Il risultato dell'esperienza fu questo. In taluni casi sull'esordire della malattia; specialmente in individui di tempra sanguigna, quando si presentano molto accentuati i fenomeni di una pletora venosa, quando grave e soffocante è la dispnea, e le condizioni locali minacciose per la congestione subitamente irrompente su vasta superficie ecc. da un salasso fatto in giusta misura io vidi seguirne grande sollievo. Questo è il risultato della mia pratica.

Fuori delle dette circostanze e a malattia già inoltrata il salasso è sempre dannoso e dee fuggirsi *cane peius et angue*.

Proseguendo ora a dire degli altri compensi terapeutici sui quali si può fare assegnamento nella cura sintomatica della polmonite malarica accennerò alle carte senapate Rigolot, alle ventose secche o scarificate, e alle sanguisughe che trovai costantemente utili per calmare il dolore al petto. Alla sete che spesso molesta il malato si provvede con bevande mucillaginose e leggermente diuretiche.

Di rado si presenta la necessità di calmare la tosse. Io non ebbi mai fiducia ai così detti *lambitivi* e *calmanti* nella cura della pneumonite-malaria. In questa malattia in cui la condizione nevro-paralitica tende a guadagnar sempre maggior terreno, mi sembra improvvido consiglio narcotizzare i malati, e cogli ipnotici e coi sedativi ottundere la sensibilità della mucosa tracheo-bronchiale. In genere a rendere meno molesta la tosse basta far prendere al malato qualche cucchiaino di una emulsione gommosa o qualche sorso di una bevanda mucillaginosa, e può giovare anche al medesimo scopo l'applicazione per qualche minuto sulla regione sternale di una o più carte Rigolot.

Nei casi in cui l'espettorazione si presenta scarsa e difficile, o l'esame obbiettivo del polmone rivela rantoli profondi e larga essudazione

discrasica, io mi servii con vantaggio di un infuso d'ipecacuana avvalorato con pochi centig. di chermes, gomma ammoniaca e canfora.

Quando in causa della difficoltà dell'espettorazione sta l'altezza della paralisi invadente l'albero bronchiale, e coincide con uno stato generale di adinamia, aggiungo ai detti rimedi l'uso degli alcoolici, cognac, anisetta, vino generoso ec. da cui m'ebbi assai volte risultati superiori all'aspettativa. L'azione stimolante degli alcoolici sul sistema nervoso, e l'essere essi utilizzati nel processo pirogenico con conseguente risparmio dei materiali di nutrizione, rendono ragione della utilità dei medesimi nei casi, in cui all'evidente condizione nevro-paralitica locale si aggiunge un'infezione acuta non cspicabile altrimenti che per più o meno gravi iatture in seno all'organismo.

Circa l'uso dei *vescicatori* nella polmonite miasmatica, tenendo conto delle mie particolari osservazioni, sono indotto a stabilire che i medesimi in qualche circostanza possono rendere utili servigi. In genere sono un potente amminicolo terapeutico tutte le volte che alla polmonite si associano versamenti endo-pleurici per concomitante pleurisia.

Oltrechè nelle contingenze indicate, io applicai i vescicatori con vantaggio ogni qualvolta l'accentuata condizione paralitica del polmone ingombro su vasta superficie dagli ingorghi di-

scrasici, la espettorazione nulla o poca e difficoltosa, la stazionarietà e la lentezza nei processi regressivi degli essudati rivelata dalle urine scarse e poco o nulla sedimentose mi consigliavano a provocare una potente derivazione in direzione cutanea, che valesse ad eccitare le propagini nervose periferiche, e per azione riflessa centripeta a stimolare l'insieme delle sorgenti dell'innervazione; e valesse altresì ad aprire artificialmente una via di eliminazione all'essudazione endo-polmonale, eccitando in pari tempo più copiosa la diuresi per l'azione incontestabile delle cantaridi sull'apparecchio uropoietico. Nelle circostanze anzidette io m'ebbi a lodare dell'uso dei vescicanti, sui quali ebbi sempre l'avvertenza di far spolverare della canfora, allo scopo di temperare l'azione irritativa delle cantaridi sui reni e sull'urocisti.

Nella cura della pneumonite miasmatica si possono presentare altre speciali indicazioni sintomatiche, alle quali di leggieri si provvederà, utilizzando all'uopo quelle risorse terapeutiche che il criterio clinico farà riconoscere più acconcie alle particolari contingenze morbose.

Giunta la pneumonite al periodo di regressione e di riassorbimento degli essudati, ed esaurita la febbre, quasi sempre i malati rimangono per qualche tempo tossicolosi, pallidi, anemici, flacchi. È allora la volta della china, dei marziali, del vino generoso e di un vitto azotato riparatore.

Relativamente alla *dieta* da seguire nella cura della pneumonite miasmatica avvertiremo, che quella in genere vuol essere regolata a seconda delle speciali contingenze morbose, tenendo calcolo principalmente dello stato delle forze del malato. Nel periodo ascendente della malattia ci limiteremo ai brodi alternati da qualche cordiale, a leggere zuppe di pane o semmolino, per ricorrere in seguito ad un vitto più sostanzioso, alle gelatine di brodo, alla carne rostita ecc. al vino di Bordeaux, al quale si possono sostituire con pari vantaggio i vini rossi dei nostri castelli.

Quanto ai postumi di questa malattia non possiamo dettare norme generali di cura, modificandosi questa a seconda delle speciali successioni morbose.

Prima di chiudere queste note relativamente alla cura della polmonite miasmatica dobbiamo aggiungere alcune particolari osservazioni sull'uso dell' *Ossigeno*, che oggi entra tra i più efficaci mezzi terapeutici sui quali si può fare assegnamento in certe gravi circostanze nel trattamento, della detta malattia.

Dopo pubblicato il primo nostro lavoro sull'accennata forma di pneumonite noi volemmo sperimentare le inalazioni di ossigeno in talune contingenze, in cui l'insufficiente ematosi per il ristretto campo respirativo invaso in grande superficie dalle condizioni processuali

discrasiche minacciava da vicino la vita del malato.

In questi casi in cui all'estese essudazioni endo-alveolari che intercettano l'ossidazione del sangue, si aggiungono larghe infiltrazioni edematose collaterali, e la prevalente condizione paralitica che impronta questi processi rende sempre più difficile l'esalazione carbonica, si pensò di utilizzare l'ossigeno puro portato a contatto della superficie respiratoria, nell'intendimento di sopperire artificialmente al difetto della normale ossidazione dei globuli sanguigni, e provocare altresì con un mezzo potentemente eccitante la reintegrazione funzionale delle aree polmonali comprese dal processo infiammativo.

Le vedute che ispirarono questa terapia furono più volte coronate da splendidi risultati e nelle nostre mani, e nell'Istituto Clinico di Roma dove si fece altrettanto in circostanze consimili.

Noi, dopo le prove fatte, non esitiamo a dichiarare che le inalazioni ossigeniche praticate metodicamente e sotto la direzione immediata di un medico che ha la coscienza di saper fare ciò che fa, sono una grande risorsa terapeutica nelle contingenze morbose indicate. Abbiamo veduto con questo mezzo rifiorire in poche ore dei malati confinati in una situazione la più sconsolante e avvenire per esso delle crisi salutari foriere di una guarigione fino all'ora insperata.

Ricordiamo tra gli altri il caso di una donna a 35 anni certa Aurora Bassani, affetta da pneumonite malarica sinistra, attorno alla quale lavoravamo da 12 giorni con tutti i mezzi ordinari consigliati dalla scienza, ma senza alcun successo decisivo. La paralisi dell'apparecchio respirativo aveva raggiunto un grado massimo. I processi locali si mantenevano da più giorni in uno stato di stazionarietà inquietante, gli edemi collaterali *idem*, l'espettorazione scarsissima insignificante, le orine parimenti scarse con poco sedimento, nessun fenomeno critico in vista, tutto insomma accennava a un collapsus dell'organismo *in toto*. Ebbene in questa donna le prime inalazioni di ossigeno produssero una vera trasformazione. Era presente al fatto il mio egregio collega dottor Cavi uno dei più valorosi Sostituti chirurghi degli Ospedali di Roma. Mano manò che inalava quel gas vivificatore che io stesso con forza graduale le immettevo nelle vie del respiro, l'inferma si sentiva riaccreata e ci diceva con compiacenza « mi si allarga il petto. » Ciò che non fecero i vescicatori, gli espettoranti, gli alcoolici, la china ecc. lo fece l'ossigeno. Si ristabilì in brev'ora l'espettorazione, nel polso fin all'ora esile, svigorito, si accentuò una discreta forza sistolica, le orine fluirono in maggior copia e sedimentose ecc. in una parola, proseguendosi sempre nelle inalazioni ossigeniche fatte come diremo appresso, consumandosi in tutto

100 litri del detto gas, nel termine di 5 giorni il lavoro di riparazione anatomica e funzionale nel polmone malato era completamente esaurito.

Il dott. *Cavi* osservatore intelligente e coscienzioso può ricordare questo fatto ai suoi colleghi, fatto che ci stupì entrambi. Noi credevamo perduta quella donna, l'ossigeno la fece rivivere.

Dopo questo e altri successi che omettiamo di ricordare per brevità, noi ritenemmo l'ossigeno come un mezzo terapeutico potente nelle contingenze a cui sopra accennammo, e crediamo che esso possa utilizzarsi non solo nella pneumonite malarica, ma in qualunque altra forma di pneumonite, tutte le volte che la prevalente adinamia, l'insufficiente ematosi, e la minaccia di una narcosi carbonica reclamano una pronta iperossidazione compensativa dei globuli sanguigni.

Ci affrettiamo peraltro ad avvertire che non è indifferente questo gas ove sia applicato senza un metodo razionalmente diretto, e ove si ricorra ad esso fuori di quelle date occasioni in cui un'attenta analisi clinica ne giustifica realmente l'uso. A questo riguardo noi crediamo opportuno far parte ai nostri colleghi delle norme da noi seguite nel praticare la medicazione ossigenica.

Noi ci serviamo dell'ossigeno preparato da chimico-farmacisti di nostra fiducia raccolto in

recipienti di caoutchouc, della capacità di 40-50 litri, chiusi da un rubinetto di ottone, all'estremità del quale è innestato un tubo di gomma elastica che il malato può introdurre facilmente nella sua bocca. Girando la vite del rubinetto da sinistra a destra si dà passaggio alla corrente ossigenica che mediante il tubo di cui sopra viene ispirata dall'infermo. Alla corrente ove faccia mestieri, si può dare maggior forza praticando delle leggere pressioni sul recipiente elastico.

Le inalazioni di ossigeno noi non usiamo prostrarle oltre i 2 minuti, e le facciamo ripetere spesso nella giornata, 10-12-15 e più volte secondo il bisogno. L'azione incontestabilmente proficua ottenuta dall'uso del detto gas ci è mallevadrice di risultati consimili per chiunque sappia valersene collo stesso metodo e colle stesse norme.

Noi volemmo ricordare ai nostri colleghi questa breve pagina di pneumoterapia dettataci dalla nostra privata pratica clinica, convinti che moltiplicandosi gli esperimenti a questo riguardo si potrà forse un giorno generalizzare l'uso di questo potente rimedio di poco costo, e la cui preparazione è alla portata di qualunque farmacista.

Riassumendo ora quanto abbiamo detto relativamente al trattamento curativo della pneumonite malarica, è evidente che nel metodo

esposto vi ha questo di speciale che la *base fondamentale della cura* sta appunto nell'indicazione causale o specifica, cosa che non si verifica nelle altre forme di polmonite, in cui tutto il compito curativo si esaurisce nelle indicazioni sintomatiche. Voi difatti potrete riuscire a portare a guarigione una pneumonite fibrinosa, catarrale, ecc. coi salassi, col calomelano, colla digitale, col tartaro stibiato, e che so io, ma non riuscirete mai a guarire una polmonite-malaria *senza i sali di chinina*, qualunque sia il metodo cui vi tenghiate, dal puramente aspettante all'antiflogistico spinto. Evidente per ciò anche sotto il rapporto curativo la differenza di questa forma di polmonite da tutte le altre; per lo che alla ragione anatomica e clinica si aggiunge anche la ragione terapeutica a fare di questa malattia un'entità patologica autonoma, da meritare un posto distinto nel quadro nosografico.

Chiudiamo questo capitolo sulla polmonite malarica, raccomandando vivamente ai nostri colleghi di conformare scupolosamente alle norme accennate il trattamento curativo di questa malattia. Dopo vari anni di esercizio in luoghi infestati dal miasma paludoso, edotti da una lunga esperienza e confortati dai risultati ottenuti, noi abbiamo il convincimento che chiunque saprà maneggiare a dovere il metodo da noi tracciato, che in fondo è quello stesso del *Bac-celli* e della scuola romana, avrà la soddisfa-

zione che avemmo noi di veder guarire quasi tutti i casi di polmonite miasmatica e anche quelli improntati della più sconsolante gravità.

Le molte vite da noi salvate ci sono garantigia della sicurezza e della bontà del metodo indicato, checchè vadano sbraitando in contrario certuni, i quali più che alla scienza devoti ai volgari pregiudizi vanno tuttora predicando i miracoli della lancetta, e di altri riboboli terapeutici delle vecchie scuole. Ma si gridi, si critichi, si cinguetti quanto si vuole, noi affermiamo solennemente che la polmonite dei climi soggetti alla malaria se è curata col nostro metodo, guarisce; e se invece è trattata con metodo diverso, e con mezzi deprimenti, uccide irreparabilmente. Questo è un fatto che la statistica e l'esperienza giornaliera mettono in evidenza innanzi agli occhi di tutti, anche dei più scettici e più attaccati al passato.

Nel decorso anno noi leggemo con raccapriccio le dolorose statistiche di alcuni Comuni della nostra provincia in cui la polmonite regnò epidemica; e le informazioni che avemmo cura di raccogliere sui sistemi di cura usati ci persuasero, che i deplorati insuccessi curativi si dovevano all'uso inconsulto di mezzi sottrattivi e deprimenti, e all'omessa o insufficiente medicazione clinica.

Non possiamo nasconderci che oggi reca sorpresa non solo ai non medici ma anche a non

pochi medici il veder trattare le nostre pneumoniti col chinino, colla canfora, cogli alcoolici ecc. mentre è ancor fresca la memoria dei metodi largamente antiflogistici che erano in onore nelle passate età. Ma noi giusti e illuminati nella critica non vogliamo schierarci dalla parte di coloro che rinnegano assolutamente al passato per accettare il presente; e teniamo a dichiarare sulle note lasciateci dai nostri classici, che le pneumoniti a forma infettiva, che oggi sono un fatto ordinario nei nostri climi, erano in altre epoche sostituite da affezioni polmonali a fondo francamente infiammatorio, e diversificando perciò le dette malattie dal lato etiogenetico e clinico, ne viene per conseguenza che i sistemi di cura di una volta non potrebbero essere applicati razionalmente oggi.

Il tempo trasforma anche le malattie, e le così dette *costituzioni mediche* delle passate età oggi hanno subito grandi variazioni; e non ultima tra le cause che influirono a ciò crediamo debba segnalarsi l'intromissione di nuove infezioni parassitarie nel campo della patologia.

In così vedere non siamo soli; ma questi nostri apprezzamenti sono divisi da patologi distintissimi, tra i quali ricordiamo con piacere il nostro illustre maestro prof. *Galassi* presidente della R. Accademia Medica di Roma.

Ecco le idee espresse dal *Galassi* a questo riguardo (1).

« Sono parecchi anni che noi osserviamo nelle pneumonie caratteri del tutto speciale, per i quali queste si allontanano *toto coelo* dall'indole che offrivano in altri tempi, di cui scribiamo perfetta memoria. Allora le pneumonie presentavano un carattere puramente flogistico e tolleravano bene le sottrazioni sanguigne. Oggi notiamo nelle medesime caratteri affatto diversi, sia nel processo locale, sia nell'indole della febbre. Pertanto a me sembra che non sia ben fatto confondere insieme le pneumonie d'oggi con quelle di altri tempi, tanto più che ai giorni nostri vediamo tutto nel regno vegetale e nell'animale invaso da microrganismi, ciò che non sappiamo essere sempre avvenuto nello stesso modo. »

(1) *Bullettino della R. Accademia Medica di Roma* — an. VI N. 5.

CAPITOLO IV.

La febbre proporzionata pneumonica.

SOMMARIO — Il vero concetto etiogenetico-clinico delle forme proporzionate — La febbre proporzionata pneumonica — Sintomatologia clinica — Sintomi desunti dall'esame obbiettivo del polmone — Criteri diagnostici forniti dall'esame della temperatura — Durata — Prognosi — Postumi — Diagnosi differenziale — Trattamento curativo.

I nostri classici dissero *proporzionate* quelle febbri in cui è manifesta l'alleanza e la mutua influenza di un duplice processo morboso, l'uno continuo, intermittente l'altro.

Non ostante che tale denominazione poco piaccia ad alcuni tra i moderni nosografisti, noi crediamo debba mantenersi tanto in omaggio alla scuola Italiana che l'adottò per prima, quanto perchè la parola « proporzionata » racchiude il vero concetto clinico di queste malattie risultanti appunto dalla congiunzione di due diversi fattori patogenici, con questo di singolare e di proprio che ciascuno di essi risente proporzionalmente l'influenza dell'altro.

Così, per esempio, a un catarro intestinale esordito con mitezza di sintomi, fate che si ag-

giungano degli accessi di febbre da malaria a tipo quotidiano o terzanario; e voi avrete una forma proporzionata catarrale, e vedrete sott'occhio acuirsi le sofferenze intestinali in proporzione della intensità dei ricorrenti parosismi, e questi alla loro volta li troverete men docili ai preparati di chinina perchè alimentati da una concomitante condizione morbosa per la quale restano affievolite le reattività organiche di fronte alla ragione infettiva.

Abbiamo portato questo esempio per mettere in chiaro come nelle forme febbrili che si dicono proporzionate, si trovi appunto giustificata la ragione di siffatta denominazione dal proporzionale e vicendevole influsso che l'uno dei coefficienti morbosi dispiega sull'altro.

Veniamo ora a parlare della febbre proporzionata pneumonica.

Questa malattia è la risultante dell'associazione di febbri accessionali miasmatiche con un processo infiammativo che fa punta negli organi del respiro, restando reciprocamente influenzate nella rispettiva evoluzione le due efficienze patogeniche, l'una flogistica, infettiva l'altra. Abbiamo in questi casi da una parte una vera pneumonite essudativa che percorre autonomamente le sue fasi progressive, dall'altra una febbre da malaria, la quale alleandosi a quella colle sue vicende parosistiche dà per risultato una forma proporzionata, che dalle processuali ma-

nifestazioni onde si estrinseca fu denominata pneumonitica.

I sintomi onde si rivela la febbre proporzionata pneumonitica sono quelli stessi che formano l'obbiettiva clinica di una pneumonite esudativa, con questo solo carattere differenziale, che o in principio o nel corso della malattia si aggiungono alla medesima parosismi febbrili spiccatamente intermittenti, i quali ripetonsi con varia vicenda e con varia intensità.

Noi crediamo superfluo ricordare dettagliatamente la sintomatologia propria della pneumonite, dai noti segni fisici rilevabili mercè l'ascoltazione e la percussione, ai classici sintomi razionali — tosse — dispnea — sputo rugginoso — dolore al petto ecc. Ebbene aggiungete a questi sintomi il fatto dei ricorrenti accessi di febbre, che coi loro vistosi rialzi, e colle loro limpidissime remissioni spiccano sulla continuità processuale della pneumonite, ed avrete fedelmente delineato il quadro clinico di una forma proporzionata risultante dal connubio di una doppia causalità, infiammativa l'una, malarica l'altra.

Le *condizioni obbiettive* del polmone in questa malattia benchè non subordinate *in toto* alla ragione infettiva che si estrinseca con manifestazioni febbrili nettamente parosistiche, pure risentono l'influenza di quella, influenza messa in chiaro dal costante rincarare dei sintomi pneumonici sotto le ricorrenti esacerbazioni della

febbre. È ovvio in questi casi il vedere la tosse, l'affanno, il dolore al petto ecc. che prima non inquietavano guarì il malato, raggiungere in brev'ora un'intensità minacciosa, riapparire se cessato lo sputo sanguigno; e questo aggravio nella situazione dell'infermo si vede ripetersi col ripetersi di nuovi parosismi febbrili, fino a che espiata totalmente la causalità infettiva non è dato alla pneumonite di poter esaurire il suo corso.

L'esame della temperatura in questa malattia ci offre criteri diagnostici differenziali di grande momento. Annotando sulle tabelle termoscopiche i risultati dell'osservazione giornaliera, sul tracciato proprio della pneumonite si vedono per più giorni di seguito o a giorni alterni spiccarsi delle piramidi più o meno alte formate dalle linee ascendenti e discendenti che segnano i ricorrenti parosismi febbrili. Di guisa che lo schema termoscopico di una proporzionata pneumonitica basta da se solo a farla differenziare a colpo d'occhio non solo da una pneumonite semplice ma anche da una subcontinua pneumoniaca, in cui, come osserveremo altrove, le ascensioni e gli abbassamenti della temperatura non avvengono a periodo, ma si mostrano variabilissime nel corso di una stessa giornata.

L'intrusione della malaria in una malattia polmonale a fondo francamente infiammativo,

quando per la tenuità della ragione infettiva non riesca a dominarla, porta immancabilmente per effetto un inceppamento alle regolari evoluzioni processuali della medesima, per cui rimane disturbato quell'andamento ciclico che distingue l'ordinaria pneumonite. Le febbri accessionali che si aggiungono a questa nelle forme proporzionate mentre in qualche caso sollecitano le regressive metamorfosi degli essudati sotto il movimento critico che accompagna la defervescenza dei ricorrenti parosismi, in altri casi o le ritardano, o le avviano a mal esito; e ciò specialmente avviene quando il curante preoccupandosi oltre misura delle sofferenze polmonali, non contrappone una medicazione specifica proporzionata all'elemento infettivo consociato alla pneumonite.

La *durata* ordinaria della febbre proporzionata pneumonitica è tra gli 8 e i 12 giorni. Qualche volta si protrae anche al di là del detto limite, e ciò avviene quando i ricorrenti parosismi febbrili ravvivando gl'ingorghi collaterali all'aree primitivamente epatizzate ne ritardano la risoluzione, o dando occasione a novelli focolai essudativi rendono più difficile la situazione del malato.

I *criteri prognostici* in questa malattia si desumono principalmente dalla estensione dei processi locali, dall'altezza della febbre e dal grado di resistenza organica individuale. Ove sia curata

a dovere, e non si sfruttino le forze del malato con inconsulti mezzi sottrattivi, in genere la proporzionata pneumonica volge a buon esito. I risultati di una lunga esperienza giustificano i nostri apprezzamenti a questo riguardo.

Le *successioni morbose* che in qualche caso possono tener dietro alla detta malattia sono quelle stesse segnalate dagli autori come postumi della pneumonite essudativa, ossia i parziali indurimenti del polmone, la metamorfosi caseosa degli essudati, i versamenti endopleurici quando oltre il polmone fu tocca la pleura da processo infiammativo ecc. e dobbiamo specialmente aggiungere per la forma proporzionata le febbri da malaria che spesso persistono dopo esaurita la pneumonite.

La febbre proporzionata pneumonica noi la vedemmo con più frequenza nel finire dell'autunno e sul principio della primavera. In genere ci fu dato constatare che l'etiogenesi della medesima teneva alle stesse condizioni climatico-endemiche che davano contemporaneamente occasione alle forme subcontinue pneumoniche e alla pneumonite malarica.

Gli accessi febbrili spiccatamente intermittenti, che si svolgono sull'andamento continuo di una pneumonite, forniscono un criterio sicuro per la diagnosi differenziale della malattia della quale ci occupiamo. E dicemmo già che basterebbe anche l'esatta valutazione della tempera-

tura del malato a far distinguere una forma proporzionata da qualunque altra, come appare evidente dalle tabelle termoscopiche da noi tracciate colla più scrupolosa esattezza, che il lettore troverà in fine del presente lavoro.

La febbre proporzionata pneumonica si domina con un doppio ordine di mezzi, gli uni diretti contro la pneumonite, gli altri rivolti contro la causalità infettiva alleata alla medesima.

A quest'ultima si provvede coi sali di chinina somministrati in giusta misura, all'altra con tutti quei compensi curativi che la moderna medicina suggerisce come più proficui contro le malattie polmonali a fondo infiammativo.

Anche qui dobbiamo raccomandare la più grande persimonia nelle sottrazioni sanguigne generali e locali, mentre la coesistente condizione infettiva messa in vista dai ricorrenti parossismi febbrili esclude in massima un metodo di cura debilitante. Nei molti malati di proporzionata pneumonica, che noi avemmo occasione di assistere in 12 anni di esercizio pratico ricorremmo alla flebotomia rarissime volte, e solo in circostanze in cui una dispnea soffocativa, e la grande estensione degli ingorghi collaterali all'aree di polmone epatizzate ci consigliavano di portare uno scarico immediato nell'alveo venoso. Il salasso in questi casi non era che una *misura idraulica*.

Le coppe, le senapizzazioni, il sanguisugio locale serviranno molto acconciamente a calmare il dolore al petto che a volte si accentua intensissimo, specialmente quando oltre il polmone è interessata anche la pleura corrispondente. Il tartaro stibiato e la digitale potranno rendere utili servigi nel periodo iniziale di una forma proporzionata pneumonica; ma nell'uso dei detti rimedi bisogna tener conto con molta previdenza dello *stato delle forze* del malato.

Si utilizzeranno, ove occorran, gli espettoranti, i diuretici e gli alcoolici, i quali ultimi debbono somministrarsi con una certa larghezza appena si affacciano i primi segni di uno stato adinamico, giovandosi contemporaneamente in queste congiunture dell'estratto di china, della canfora ecc.

I vescicatori trovano la loro indicazione quando alla pneumonite si aggiungono versamenti pleurici, e quando il riassorbimento degli essudati endo-polmonali si compie con una certa lentezza, e vi sia luogo a temere la metamorfosi caseosa dei medesimi.

Contro gl'indurimenti postumi del polmone oltre ai revulsivi cutanei si applicherà con vantaggio la pomata iodurata o mercuriale sul petto, sottoponendo contemporaneamente il malato all'uso dello ioduro di potassio o di ferro.

Lo stato di debolezza e di anemia che spesso

consegue a questa malattia, come alle ordinarie pneumoniti, si corregge facilmente coi ferruginosi, coi decotti di china, vitto, azotato e buon vino.

Circa l'uso dei preparati di chinina nella proporzionata pneumonica dobbiamo dire che l'indicazione dei medesimi si presenta dal momento che i noti caratteri che qualificano un accesso febbrile di natura intermittente mettono in evidenza la ragione infettiva consociata alla pneumonite. È poi precetto clinico che i detti preparati debbono utilizzarsi proporzionatamente alla intensità dei ricorrenti parossismi febbrili, qualunque sia il grado e l'estensione dei processi locali, avvertendo che la risoluzione di questi avviene più facilmente e più prontamente messo che sia fuori di combattimento l'elemento malarico con una proporzionata cura specifica.

CAPITOLO V.

La febbre subcontinua pneumoniaca.

SOMMARIO — Storia — Caratteri propri delle febbri subcontinue — Ragione della perniciosità delle dette febbri — Forme varie — I processi locali nella subcontinua pneumoniaca — Sintomi — Andamento speciale che caratterizza questa forma morbosa — L'esatta valutazione del tipo subcontinuo è affidata al termometro — Sintomi obiettivi forniti dall'esame fisico del polmone — Espettorazione — Urine — Stato della milza — Durata — Esiti — Successioni morbose — Cura — Norme speciali circa l'uso dei sali di chinina — Indicazioni sintomatiche.

Premettiamo un brevissimo cenno sulla storia, natura, e caratteri propri delle febbri subcontinue.

Queste febbri, benchè indicate con nomi diversi, e confuse con altre forme febbrili acute, furono avvertite dai più antichi osservatori.

In alcune storie di malati registrate da *Ippocrate* sembrano tracciati con evidenza i sintomi propri delle forme subcontinue. *Celso* nel lib. 3. « *De re medica* » lasciò scritto « *In febris intermittentibus accessiones interdum confunduntur sic ut notari neque tempora earum neque spatia possint.* » Che altro erano queste

intermittenti, i cui parosismi si confondevano e si compenetravano l'un l'altro, oscurandosi sempre più i caratteri dell'intermittenza, se non febbri subcontinue?

Lancisi, Sydenam, Baglivi, Cocchi ed altri autori scrissero di febbri gravi epidemiche di cui trionfava la china, le quali non erano che forme perniciose subcontinue.

Il *Torti* per altro più di tutti illustrò con accurate osservazioni questa pagina di patologia, e tracciò fedelmente i caratteri e le varie forme di queste febbri che egli per primo qualificò col nome di *subcontinue*.

Dopo l'illustre modenese altri osservatori si occuparono di questo importante argomento, tra i quali primeggia il *Bacelli* di Roma, le cui lezioni cliniche sulle febbri subcontinue sono uno dei più preziosi lavori, di cui quella mente robusta ha arricchito la scienza in questi ultimi anni.

Appartengono le dette febbri al genere delle perniciose, e sono l'espressione di un' infezione acuta da malaria che raggiunse il maximum d'intensità. Molto acconciamente furono dette subcontinue dal *Torti*; perchè il tipo febbrile con cui esse si presentano, mentre rivela in fondo i caratteri dell'intermittenza, per quanto indistinti e abbuaiati sempre rilevabili mercè un esame clinico accurato, procede subdolamente sotto l'aspetto di un' apparente continuità.

Una catena, i cui anelli contigui formano un insieme apparentemente continuo ci dà una perfetta idea del tipo subcontinuo, in cui sta la precipua ragione della perniciosità delle febbri indicate. Gli anelli rappresentano i parosismi che si succedono e s'incalzano l'un l'altro, la catena è l'immagine dell'intera forma subcontinua risultante dalla non interrotta successione di quelli.

La febbre perniciosa subcontinua una per ragione di causalità si manifesta con forme morbose differenti, di cui le più comuni sono la *catarrale*, la *biliosa*, la *tifoidea* e la *pneumoniaca*.

È di quest'ultima esclusivamente che noi dobbiamo occuparci nel presente lavoro.

Nella febbre subcontinua pneumoniaca l'attacco che si verifica negli organi del respiro non è che una larva d'inflamrazione. Tutto il processo locale non v'oltre i confini di un infiltramento discrasico. — In questa malattia è la febbre *il fatto culminante che domina tutta la situazione*. — Le condizioni locali sono assolutamente subordinate a quella, e ne seguono invariabilmente le vicende.

La febbre subcontinua pneumoniaca è d'ordinario preceduta per qualche giorno da parosismi di febbre a tipo quotidiano di cui il malato non tenne conto. Alcune volte insorge d'*emblée* senza prodromi apprezzabili, preannunziata quasi sempre da forti brividi di freddo,

intenso dolore ai lombi, cui succede ben presto un forte aumento di temperatura ($39^{\circ} \frac{1}{2}$ - 40° - 41° C.) quale non è dato osservare nell'esordire di altre malattie acute, dispnea più o meno accentuata, tosse molesta con espettorazione sanguigna, dolore or pungitivo or gravativo in uno dei lati del petto, talora diffuso a tutta la base del torace, polso frequentissimo (100-110 e più battute a minuto), sete, ambascia, insonnio, ecc.

Tutti questi fenomeni non presentano un ordine di sviluppo costante, e ci affrettiamo a far rilevare, che in questa malattia quello che colpisce l'attento osservatore è la variabilità nelle espressioni sintomatiche, la mutabilità di sede nei processi locali, l'*andamento irregolare, tumultuario, indisciplinato di tutta la forma morbosa.*

In alcuni casi l'esordire della subcontinua pneumoniaca non è contraddistinto da alcun fenomeno che riveli un attacco diretto agli organi del respiro. Incomincia invece la malattia con forte dolore a forma nevralgica alla fronte, all'occipite, o sulle parti laterali della testa. In due casi vedemmo un'intensa otalgia come sintoma culminante nell'esordire della febbre, altre volte un dolore gravativo sulla regione epato-splenica o in altro punto dell'addome lo vedemmo precedere le prime manifestazioni di una congestione pneumonica.

Non possiamo omettere di ricordare un caso che avemmo occasione di osservare recentemente, in cui i primi sintomi obbiettivi si manifestarono nella regione iliaca sinistra con un dolore intensissimo che dopo poche ore trapiantavasi a destra sulla regione omonima, donde scompariva il dì seguente rimpiazzato da una straziante cefalalgia frontale, che fu alla sua volta sostituita da un dolor puntorio sul lato destro del petto, prima manifestazione di un processo congestivo orditosi sul versante anteriore e laterale del polmone corrispondente, processo che fu satellite della febbre fino a che questa non fu domata radicalmente con forti dosi di solfato di chinina.

In questo caso l'insolito girar dei sintomi obbiettivi, e il trapiantarsi di questi da un posto all'altro ci consentì di stabilire fin dal primo giorno la diagnosi di una subcontinua; e vedemmo in questo fatto splendidamente confermata l'esattezza dell'osservazione del *Bacelli*, che il visibile istantaneo trapiantarsi di una congestione da un organo all'altro, o da una ad altra cavità tenga alcune volte il posto dell'abbuiato parosismo febbrile, e che ciò può servir di guida a riconoscere una subcontinua tutte le volte che facciano difetto i comuni criteri diagnostici.

Una volta sviluppata la febbre subcontinua con sintomi pneumonici, fin dal primo giorno nel corso della malattia si nota un andamento

irregolare e dirò meglio *a sbalzi*, mi si consenta la frase, segnalato dalle ricorrenti alternative di aggravi e di remissioni del processo febbrile, rese evidenti dall'esame termoscopico, dai brividi fugaci e dalle parziali sudazioni che talora si ripetono più volte nella giornata, e dal variare da un'ora all'altra d'intensità o di sede dei sintomi propri di questa forma morbosa.

Così l'affanno, la tosse, l'espettorazione, il dolore al petto, i fenomeni cerebrali che accompagnano le forme più gravi seguono con regola costante le vicende della febbre, aggravando vistosamente nelle esacerbazioni, e diminuendo nelle defervescenze della medesima; di guisa che in questi casi *l'esatta valutazione della situazione del malato è affidata principalmente al termometro.*

Difatti nei tracciati termoscopici si ha uno schema esattissimo dell'andamento della malattia. L'alternativa delle subite ascensioni e delle subite cadute della temperatura, segnalabili nel corso di una stessa giornata, mette in evidenza il carattere speciale della subcontinua che è la vera antitesi delle forme morbose cicliche.

Nella subcontinua pneumoniaca l'*esame fisico* inteso a valutare la natura e l'estensione dei processi locali dà i seguenti risultati.

Fin dal primo apparire dei sintomi pneumonici, dispnea, tosse, dolore al petto ecc. la percussione fa rilevare un suono più o meno

marcatamente ottuso nei punti corrispondenti all'aree polmonali di già ingombre dall'infiltrazione diserasica. Coll'ascoltazione si percepiscono rantoli umidi a bolle grosse e disuguali sensibili tanto nella ispirazione che nella espirazione, quali non è dato mai avvertire nella pneumonite essudativa se non sia giunta alla sua fase terminale.

Insieme agli accennati rantoli si avverte il respiro vescicolare più debole, a volte velato e indistinto, senza apprezzabili consuetudine bronchiali. L'ingresso a una certa quantità di aria consentito dall'infiltrazione pneumonica disseminata, e non raccolta in un'area limitata come nella vera essudazione flogistica, e la natura stessa del materiale infiltrato, in cui difettano assolutamente elementi cellulari e sostanze coagulabili, formato principalmente di sierosità sanguinolenta, ci rendono ragione della mancanza della broncofonia propria della vera polmonite, della persistenza in alcuni punti della respirazione cellulare, per quanto indebolita e confusa coi descritti rantoli a bolle grosse e ineguali, non che del carattere egofonico con cui spessissimo si avverte trasmesso il suono della voce.

In questa malattia è ovviissimo poi il vedere i segni fisici indicati scomparire subitamente, e mostrarsi meno pronunciati in un punto, per manifestarsi cogli stessi caratteri, e con maggiore intensità in altro punto dello

stesso, o dell'altro polmone, fatto che tiene all'allargarsi della congestione oltre il posto primitivamente attaccato, o al trapiantarsi di quella nell'altro polmone.

La *topografia dei processi locali* propri della subcontinua pneumoniaca fornisce anch'essa un criterio attendibile per la diagnosi, mentre quelli rilevansi di preferenza sui versanti posteriori e laterali dei polmoni, e non delimitati dai confini interlobari, si allargano rapidamente su vasta superficie, gittandosi alle volte nel termine di poche ore dalla base all'apice, dall'indietro in avanti e viceversa.

L'*espettorazione* presenta in questa malattia caratteri pressochè identici a quelli notati nella polmonite miasmatica. Anche qui l'aspetto degli sputi riproduce le apparenze di una *lavatura di carne*, spesso sono di un odore acido sgradevole, e vengono emessi ordinariamente in grande quantità. La tinta sanguigna dei medesimi dovuta a granuli di ematina alterata talune volte persiste per alcuni giorni anche dopo cessata la febbre. In vari casi noi vedemmo l'espettorazione sanguigna alternarsi con sputi di un color grigio-sporco, e qualche volta commisti a strie nerastre simili a materia carboniforme.

Le *orine* ora fluiscono scarse e di un colore leggermente vinoso senza apprezzabili sedimenti, ora abbondevoli e ricche di depositi urici e biliari.

In genere la loro quantità e la copia dei sedimenti è in ragione diretta del lavoro regressivo dei processi locali. L'esame uroscopico non è mai da trascurarsi in questa malattia. Noi in molti casi dai semplici caratteri fisici delle urine traemmo ragione di felice prognostico e viceversa, non ostante che la severità o la mitezza dei sintomi dell'intera forma morbosa ci consigliassero diversamente.

L'esame della milza nel periodo iniziale della subcontinua pneumoniaca, e specialmente in individui già profondamente inquinati dalla malaria, fa rilevare un notevole ingrandimento nei diametri di quell'organo di cui si constata progressivamente una graduale riduzione ad un periodo più avanzato della malattia, e quando l'altezza del febricitare toccò ad un grado massimo; lo che tiene senz'altro ad un' involuzione acuta con rammollimento parenchimale del detto viscere.

Noi in molte occasioni vedemmo confermato questo fatto anatomo-patologico già così bene illustrato dal *Bacelli* con originali osservazioni nella sua lezione clinica sulla febbre subcontinua tifoidea. Ricordiamo tra gli altri due malati che ci occorre vedere in via consultiva, in cui sui primordi della malattia di fronte alla dolorosa tensione dell'ipocondrio sinistro pel vistoso grandeggiar della milza sottostante, noi preannunziammo la successiva spontanea

scomparsa di quella tensione, e la riduzione pressochè ai diametri normali dell'organo splenico nel caso che il male acquistasse a maggiore intensità; e ciò di fatti si verificò con sorpresa dei due medici curanti, i quali invece credevano che la grandezza del tumore splenico dovesse essere in ragione diretta dell'altezza del febbricitare.

In ordine alle alterazioni anatomico-patologiche della milza nelle discrasie acute da malaria conserviamo alcune note raccolte nelle molte necroscopie eseguite per privato studio nell'Ospedale di S. Spirito in Roma, e da quelle note rileviamo che nei decessi per febbre subcontinua compresa la pneumoniaca, molte volte si riscontrò la milza rimpiccolita o avanzante appena i diametri normali, e la capsula perisplenica contratta e aggrinzata in vista sul parenchima del viscere totalmente rammollito.

La facies dell'infermo dal color giallo-lurido, il delirio, le frequenti epistassi, le maculazioni emorragiche sulla cute, il mughetto, la grande prostrazione di forze, mentre rivelano al più alto grado una profonda condizione infettiva, riuniti agli altri sintomi sopra descritti completano il quadro clinico proprio della subcontinua pneumoniaca.

Dobbiamo qui ricordare che in alcune congiunture ci avvenne di osservare siffattamente spiccata un'alleanza di fenomeni tifoidei ai fe-

nomeni pneumonici, da rimaner perplessi nella fattispecie a quale delle due forme subcontinue si dovesse riportare il caso, se alla tifoidea ovvero alla pneumoniaca. Queste circostanze per verità sono rarissime, e quando avvengono una dev'essere la norma del pratico — non preoccuparsi della forma, ma attendere alla causalità — avvertendo che dalla stessa multiforme obiettiva sintomatica trarrà argomento per assicurarsi dell'indole altamente infettiva della malattia.

Il corso della febbre subcontinua pneumoniaca non è definito entro un periodo fisso di giorni. La sua durata ordinaria è tra i 4 e i 12 giorni. Sono rari i casi di guarigione e di mal esito che si protraggono oltre il termine indicato.

In genere scompare prima la febbre che i sintomi toracici. La persistenza di questi dopo caduta la febbre non deve impensierire il medico, avvertendo che la risoluzione dei processi locali mentre in alcuni casi avviene oltre modo rapida, in altri si effettua lentamente. Noi vedemmo malati in cui i segni fisici di un ingorgo discrasico reso evidente dal persistente escreato siero-sanguigno si mantennero fino a 6-10 giorni dell'avvenuta apiressia.

Il cessar della febbre non è sempre indizio d'immediata guarigione, avvenendo spesso che quella smetta dall'apparente continuità e prosegua quindi a manifestarsi con vicende netta-

mente parossistiche. È un fatto questo ovviissimo a verificarsi nel corso delle forme subcontinue, e mentre è prova ineluttabile della discrasia malarica da cui quelle traggono origine, fornisce al medico un criterio di più per dominare con certezza di riuscita la situazione del malato.

La morte nella subcontinua pneumoniaca avviene o per insufficienza polmonale e per la conseguente narcosi carbonica, o per collapsus ultima espressione dell'esaurite potenze d'innerazione. Nell'un caso e nell'altro l'ultima fase della malattia si distingue per la prevalenza di sintomi cerebrali — delirio, sopore, singhiozzo, sussulto dei tendini, carpologia, ecc.

Le successioni morbose postume cui può dare occasione la febbre subcontinua pneumoniaca sono in prima riga i catarrhi residuali delle vie respiratorie, specialmente quando l'ingorgo pneumonico fu molto esteso e profondo. Vengono quindi le febbri accessionali persistenti talvolta per lungo tempo, o perchè la primigenia infezione malarica non restò completamente neutralizzata nel corso della malattia, o perchè l'organismo da questa indebolito e reso meno resistente all'efficienze patogeniche subisce novella infezione non appena espia la precedente.

Un altro fatto che qualche volta ci occorre di vedere come conseguenza della malattia di cui ci occupiamo è il passaggio della congestione pneumonica alla forma processuale di una

pneumonite essudativa, e ciò verificammo in alcuni casi in cui con gagliarda medicazione chinica ci riuscì di far abortire subitamente il processo febbrile subcontinuo, per cui sottratti i processi locali all'influenza dell'acuta discrasia si facevano centro e occasione di un'essudazione infiammatoria alimentata nella fattispecie dalle concorrenti condizioni individuali e climatologiche.

Accenniamo per ultimo come successione costante della subcontinua pneumoniaca la superstita emodiscrasia, effetto delle profonde iatture irrogate agli elementi globulari del sangue dall'intossicamento malarico, non che delle gravi alterazioni subite dalla milza a cui è demandato un compito altissimo nei naturali processi di sanguificazione.

Nella cura della febbre subcontinua pneumoniaca *il solfato di chinina è il sovrano rimedio*. Ammessa l'etiogenesi della malattia in una discrasia acuta da malaria, è precetto clinico invariabile che si debbano rivolgere contro questa tutte le pratiche curative. E fortunatamente possiamo disporre all'uopo di un farmaco providenziale di azione specifica, il quale ove sia saggiamente amministrato riesce quasi costantemente a trionfare anche delle forme più gravi.

Dicemmo che il solfato di chinina vuol essere amministrato saggiamente; e a questo riguardo crediamo opportuno suggerire ai nostri col-

leggi alcuni criteri, frutto della nostra pratica, dai quali potranno avere un sicuro indirizzo alla cura dei malati di subcontinua pneumoniaca.

Tutte le volte che è richiesta l'opera del medico per un infermo, in cui siano evidenti i caratteri di un processo febbrile subcontinuo, qualunque sia l'apparente forma clinica della malattia, qualunque sia il grado della febbre, non si deve esitare un istante a somministrargli una larga dose di solfato di chinina (2-3 grammi) possibilmente sciolto.

Si guardino i giovani colleghi dal volgare pregiudizio di attendere una decisa remissione nella febbre per dare il chinino. Nella subcontinua le remissioni avvengono fugacissime, e al medico molte volte sfugge l'occasione di avvertirle; perciò un' inconsulta aspettativa non fa che far guadagnar terreno alla febbre, la quale non domata a tempo può in brev'ora raggiungere tanta forza e aggravare siffattamente le condizioni processuali del polmone, da rendere di nessuna efficacia le tardive somministrazioni dei preparati di chinina.

Altra avvertenza di grande momento è quella di *non farsi illudere dai sintomi* nella cura di questa malattia, ossia dalla immagine pneumonica assunta dalla forma subcontinua. Un ammalato che ci cada sott'occhi per la prima volta con una dispnea soffocativa, tosse molestissima, dolore al petto, espettorazione sangui-

gna ecc. s'impone di prima giunta con questo gruppo di sintomi a chiunque non sappia fare un'analisi accurata dei medesimi, e ometta tutte quelle altre indagini che sono guida ad una esatta diagnosi; per cui è facile in questi casi l'equivoco e l'errore molte volte irreparabile di convergere tutte le pratiche curative contro le apparenti sofferenze del malato, non avvertendo l'occulta causalità infettiva che è l'unico movente di quella, o avvertendola quando non si è più in tempo per combatterla.

Noi in parecchie occasioni vedemmo dei medici specialmente della vecchia scuola affannosamente preoccupati dei gravi sintomi pneumonici, e intenti unicamente a mitigar questi con inconsulti mezzi sottrattivi, con calmanti ecc. mentre l'inavvertita e subdola perniciosità lasciata a sè stessa acquistava a crescente intensità, e coll'altezza del febricitare segnalata dal termometro metteva in evidenza la grave situazione del malato. E ci accorse non poche volte di trovarci in contraddizione con qualche collega anche di molta dottrina di fronte a una febbre subcontinua pneumoniaca, perciocchè il non compreso valore semeiotico di certi sintomi, e delle obbiettive manifestazioni processuali, e il troppo fanatismo per certe dottrine esotiche di cui aveva rimpinzato il cervello, non gli facesse agguistar fede a quei criteri diagnostici che sono guida a ben conoscere e a ben curare una for-

ma subcontinua. A questo riguardo non dimenticheremo mai la risposta dataci da un valoroso giovane che aveva un vero culto per il Virchow, il Traub, il Niemeyer, ecc. le cui classiche pagine *versabat diurna et nocturna manu*, in circostanza di un consulto per un caso di febbre subcontinua pneumoniaca da cui era affetta una distinta signora piemontese. Alle nostre considerazioni, e all'esame analitico scrupolosamente eseguito dei sintomi obbiettivi presentati dalla inferma, dai quali eravamo indotti a stabilire la diagnosi di una forma subcontinua, costui tenace nella sua idea che trattavasi di una pneumonite catarrale, rispondeva freddamente « che non era consentito di far della poesia al letto del malato. » Noi con eguale freddezza rimbeccammo lo spiritoso contraddittore col dichiarare che si lasciasse libera la famiglia di seguire o la nostra poesia o la sua prosa. La conclusione fu che accettato il nostro giudizio dai parenti dell'inferma, e somministrati nel lasso di poche ore 3 grammi di solfato di chinina, la vagheggiata pneumonite si dileguò come per incanto, e al 5° giorno di malattia proseguendo sempre nella medicazione chinica la nostra cliente entrava in piena convalescenza.

Noi del resto siamo ben lontani dal condannare quei medici, che non edotti da particolari studi sulle malattie da malaria in simili contingenze cadono in grossi equivoci diagnostici;

perciocchè, lo ripetiamo anche una volta, le comuni dottrine patologiche non possono dar lume in questi casi che fuorviano assolutamente dagli ordinari tipi nosografici, e si rivelano con insolite anomalie sintomatiche, creando ambagi e difficoltà non facilmente superabili da chiunque non sia versato profondamente in questo ramo speciale di patologia.

Domandando venia al lettore di questa breve divagazione, la quale poi non è del tutto fuori di proposito, veniamo ai dettagli sulla cura progressiva della subcontinua pneumoniaca.

Dicemmo già che il solfato di chinina è la base fondamentale del trattamento curativo di questa malattia, e che fa mestieri amministrarlo subito appena le particolari vicende del tipo febbrile, e l'esatta valutazione dei sintomi obbiettivi mettono in evidenza la natura subcontinua della febbre. Non si può dare una norma precisa circa la quantità del detto rimedio necessario nei casi speciali. Si può peraltro accettare come massima invariabile che la quantità di quel farmaco vuol essere temperata al grado della febbre, la quale avanzandosi con vicende che a *priori* non possono determinarsi, debb'essere con regola costante disciplinata con ripetute dosi di preparato proporzionalmente alle ricorrenti esacerbazioni e all'intensità della medesima.

Alcune volte con una prescrizione generosa di solfato di chinina si riesce a far abortire una subcontinua pneumoniaca in 2^a e in 3^a giornata. In via ordinaria gli effetti spiccati della cura specifica si verificano tra il 4^o e il 6^o giorno col pronunciarsi delle remissioni nel processo febbrile accompagnate di frequente da parziale o generale sudazione.

Dal momento che le vicende febbrili si manifestano nettamente parosistiche, le sorti del malato sono a buon porto; ma bisogna insistere con perseveranza nella cura specifica coi sali di chinina fino a che l'apiressia persistente per qualche giorno, le forze rinascenti dell'infermo, e la completa regressione dell'infiltrazione endo-polmonale non ci danno una sicura guarentigia che la discrasia malarica fu totalmente espiata.

Noi ricordiamo più malati di febbre subcontinua pneumoniaca per guarire i quali ci fu mestieri impiegare 10-12 e fin 15 grammi di solfato di chinina, e in queste congiunture non avemmo mai a pentirci della nostra larghezza nell'uso del detto farmaco; e se qualche volta vedemmo apparire dei fenomeni di chinismo, questi si dileguarono spontaneamente mano mano che si ripristinavano le forze del malato.

Noi usiamo ordinariamente il solfato di chinina in forma liquida facendolo sciogliere

in proporzionata quantità di acqua acidula, e alterniamo spesso la soluzione chinica con un decotto saturo di china avvalorato con pochi centigrammi di canfora che è un potente ausiliario nella cura della subcontinua pneumoniaca. Non omettiamo di aggiungere come in certe circostanze in cui il chinino non era tollerato per bocca, o ci occorreva un'azione prontamente energica del detto preparato, ricorremmo senz'altro all'iniezione ipodermica che praticammo colla siringa di Pravaz impiegando all'uopo 40-50 centig. di bisolfato di chinina sciolto in pochi grammi di acqua distillata.

Nella cura di questa malattia dopo il chinino e la canfora riescono di grande efficacia gli alcoolici in genere. Giornalmente si prescrivano al malato dei cucchiari di vino di Bordeaux, e anche l'anisetta, il cognac, il liquore anisato di ammonio ecc. specialmente quando la rilevante condizione paralitica del polmone, l'asistolia cardio-vasale, e le conseguenti stasi cerebrali mettono in vista la necessità di una potente eccitazione dei centri d'innervazione.

Contro il dolore al petto che alle volte nei primi giorni si pronuncia assai molesto riusciranno utili le carte senapate, le coppe secche o scarificate e le sanguisughe. Il salasso deve assolutamente escludersi dalla cura di questa malattia. Una sottrazione sanguigna solo eccezionalmente potrebb'essere giustificata nel

caso rarissimo in cui fin dal principio del male una dispnea soffocativa, e le note caratteristiche di un'alta pletora venosa consigliassero di ricorrere ad un mezzo depletivo idraulico di pronta azione. Ma, lo ripetiamo, questi casi sono rarissimi, e noi vorremmo che addirittura si rinunciassero alla lancetta nel trattamento curativo della subcontinua pneumoniaca.

Sconsigliamo l'uso dei così detti *calmanti* contro la tosse, che noi anzi cerchiamo sempre di mantenere attiva come un mezzo potente di eliminazione dei materiali infiltrati nel polmone. Ove l'espettorazione sia difficile potrà tornare proficuo un leggiero infuso d'ipeacuana o di poligala canforato. Vi sarà ragione per ricorrere a qualche vescicatorio da applicarsi sul petto nelle circostanze in cui caduta la febbre persistono i sintomi obbiettivi di un'infiltrazione pneumonica, e l'espettorazione si mantiene scarsa, e le urine fluiscono in poca quantità e con insignificanti sedimenti.

I decotti di china, i marziali, il buon vino un vitto riccamente azotato, la buon aria costituiscono il trattamento della convalescenza.

CAPITOLO VI.

La febbre perniciosa pneumonica.

SOMMARIO. — Natura della perniciosa pneumonica — Storia — Come deve intendersi la pneumonite intermittente di alcuni autori — Sintomi — Andamento — Segni fisici forniti dall'esame stetoscopico e plessimetrico — Caratteri dell'espettorazione e delle urine — Note termoscopiche — Diagnosi differenziale — Cura.

La febbre perniciosa pneumonica è una febbre d'infezione malarica nettamente intermittente accompagnata dai sintomi di una congestione polmonale acuta.

La storia di questa malattia è consegnata nelle opere dei nostri classici *Torti, Borsieri, Ramazzini, Puccinotti* ecc. che la compresero tra le varie forme perniciose con cui si estrinsecano le febbri accessionali indotte dal miasma paludoso. Alcuni autori moderni, compreso il *Griesinger* dissero questa febbre « pneumonite intermittente » falsando il vero concetto etio-genetico della medesima con un linguaggio nosografico che mette in evidenza l'accidentale crotopatia (la quale per altro non acquista mai ai caratteri di un vero processo pneumonitico) e

non la causalità a cui quella è totalmente subordinata.

La febbre perniciosa pneumonica d'ordinario è preceduta da altri parosismi febbrili a tipo quotidiano o terzanario. Esordisce quasi sempre con forti brividi di freddo, cui succede un grado molto elevato di temperatura ($39^{\circ}\frac{1}{2}$ - 40° fino a 41° *Celsius*), affanno, dolore in uno dei lati del petto, tosse molesta, espettorazione sanguigna, orine scarse di un aspetto vinoso, agitazione, insonnio, faccia iniettata ecc. Tutto questo gruppo di sintomi gravi si dilegua gradualmente all'apparire del sudore che segna il declinar della febbre, esaurita la quale il malato rientra nelle condizioni fisiologiche per ricadere e forse soccombere sotto un nuovo parosismo con fenomeni asfittici, se al declinar del precedente fu omessa una proporzionale cura specifica coi sali di chinina.

Tutto il corso della febbre perniciosa pneumonica è compreso nella parabola percorsa dal parosismo febbrile. Non vi sono speciali anomalie sintomatiche da dover segnalare. Tutta l'obbiettiva clinica che dà un carattere proprio a questa forma perniciosa non è che la manifestazione di un fugace attacco agli organi del respiro subordinato *in toto* alla causalità infettiva che provocò la febbre.

In questi casi ove voglia praticarsi un esame fisico accurato sul petto, l'ascoltazione farà

rilevare presso a poco gli stessi fenomeni segnalati nel periodo iniziale di una subcontinua pneumoniaca, ossia rantoli umidi diffusi a bolle grosse e disuguali sensibili nel duplice atto respirativo, e una ottusità non sempre ben pronunciata e a volte discontinua alla percussione nei punti del torace corrispondenti al polmone malato.

L'espettorazione nella febbre perniciosa pneumonica è ordinariamente siero-sanguigna, e in qualche caso perfettamente emorragica. Talune volte lo sputo sanguigno persiste per qualche tempo anche dopo cessata la febbre.

Le urine scarse e di un color giallo-rosastro con insignificanti sedimenti nel periodo iniziale e nell'acme della febbre, fluiscono abbondevoli e cariche di depositi urico-biliari al declinar della medesima.

La temperatura, come rilevasi dai tracciati termoscopici, presenta in questa malattia un'ascensione graduale per più ore, cui succede una rapida discesa nel periodo di defervescenza della febbre. In qualche caso per altro fin dai primi momenti il termometro segna un grado massimo (40°-41°) che rimane stazionario per più ore con insignificanti oscillazioni, per discendere quindi a 38° e 37° al declinar del parossismo.

La febbre perniciosa pneumonica non lascia dietro di se successioni morbose apprezzabili. Vinta la febbre in genere i malati si ri-

stabiliscono più o meno sollecitamente in piena salute, salvo i casi di concomitante cachessia malarica, in cui benchè con opportuna medicazione si allontanano il pericolo di una morte immediata, restano al malato altri scogli da superare derivanti principalmente dalle profonde alterazioni degli apparecchi di sanguificazione. Crediamo opportuno rammentare in questo luogo un giovane tubercoloso sui 25 anni di età, che noi vedemmo colpito due volte nel corso di 5 mesi da febbre perniciosa pneumonica. È facile renderci ragione in questo caso dei sintomi pneumonici coi quali si svolgeva la febbre, ricordando che delle processuali manifestazioni della medesima è sede ordinariamente la *pars minoris resistentiae*, e questa nel nostro malato era appunto il polmone destro profondamente invaso da un processo tubercolare.

La perniciosa pneumonica presenta caratteri così spiccati da non poterla confondere con altre malattie. Le precedute febbri accessionali, le manifestazioni pneumoniche subitamente irrompenti all'esordir della febbre, le rapide ascensioni della temperatura, il sudore e l'apiressia consecutiva, e con questa il subito dileguarsi della simulata immagine pneumonica forniscono criteri diagnostici differenziali spiccatissimi che non permettono assolutamente di cader nell'equivoco, e mettono in evidenza l'etiogenesi unica dei processi locali che già dicemmo essere un'infezione acuta da malaria.

La cura della febbre perniciosa pneumonica è affidata esclusivamente al solfato di chinina che deve somministrarsi a larga dose (2-3 grammi) appena si rende manifesta la natura della malattia.

Avvenuta l'apiressia, 5-6 ore prima del momento in cui tenuto calcolo dei precedenti parosismi si presume che possa riaffacciarsi un nuovo accesso febbrile, sarà opportuno far prendere all'ammalato un altro grammo del detto rimedio come provvedimento preservativo.

L'unica indicazione sintomatica, a cui in talune occasioni è necessario provvedere, è la violenza del dolore al petto il quale facilmente viene mitigato con cataplasmi di semi di lino spolverati di senapa, con coppe secche o scarificate, o con una leggiera mignattazione sul posto. Le sottrazioni sanguigne dal braccio in siffatte contingenze non potrebbero per ragione alcuna essere giustificate.

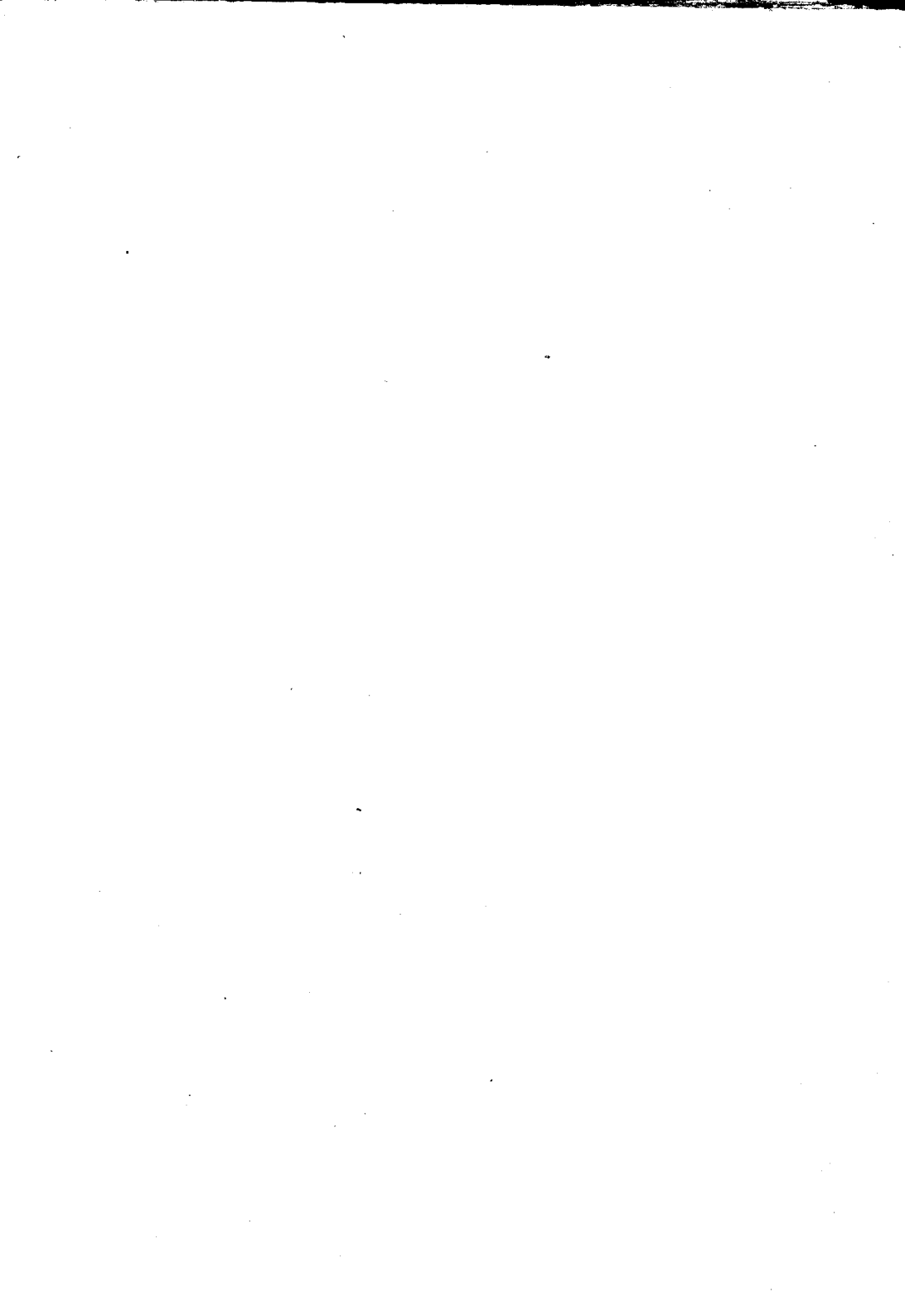


3315

INDICE

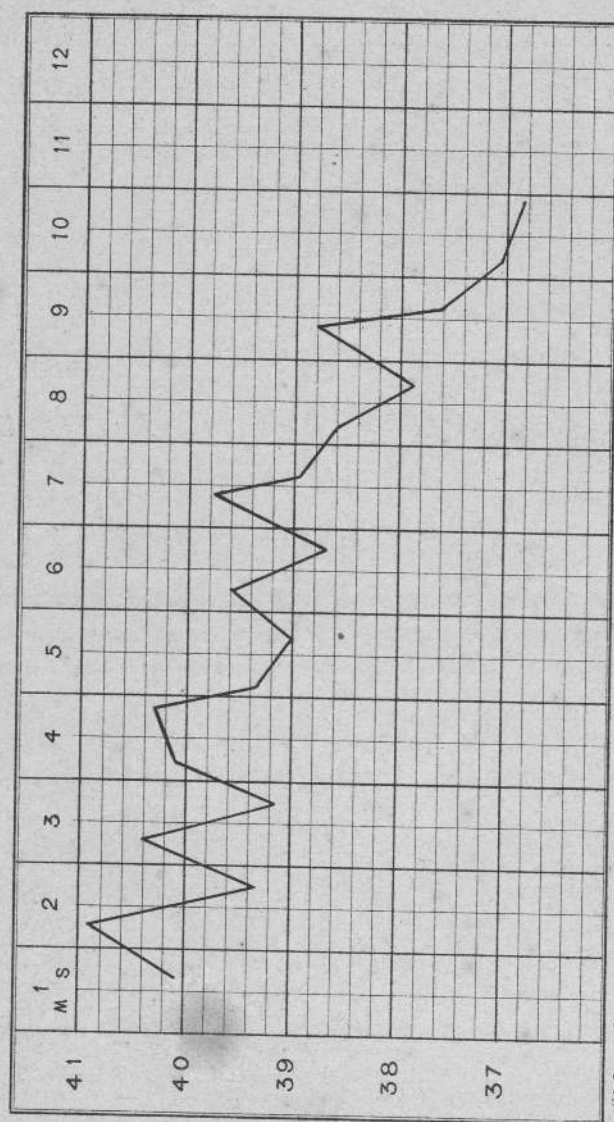
PROEMIO	pag.	7
CAPITOLO I. <i>Ultimi studi sulla malaria</i> »		11
» II. — <i>La malaria in rapporto alla patologia generale e alle ma- lattie del polmone in specie</i> »		21
» III. — <i>La pneumonite malarica</i> »		33
» IV. — <i>La febbre proporzionata pneumonitica</i> »		75
» V. — <i>La febbre subcontinua pne- umonitica</i> »		85
» VI. — <i>La febbre perniciosa pneu- monica</i> »		105





Tav. I^a

Pneumoniale malarica sinistra Uomo a 32 anni



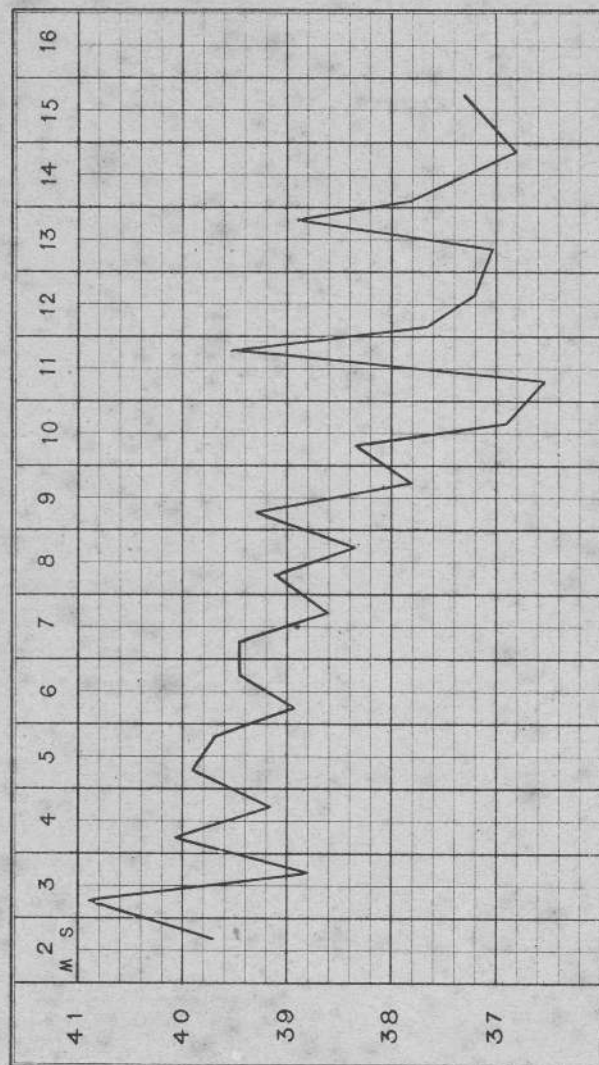
D^o Leon dis.

Lit. Barbieri ROMA.

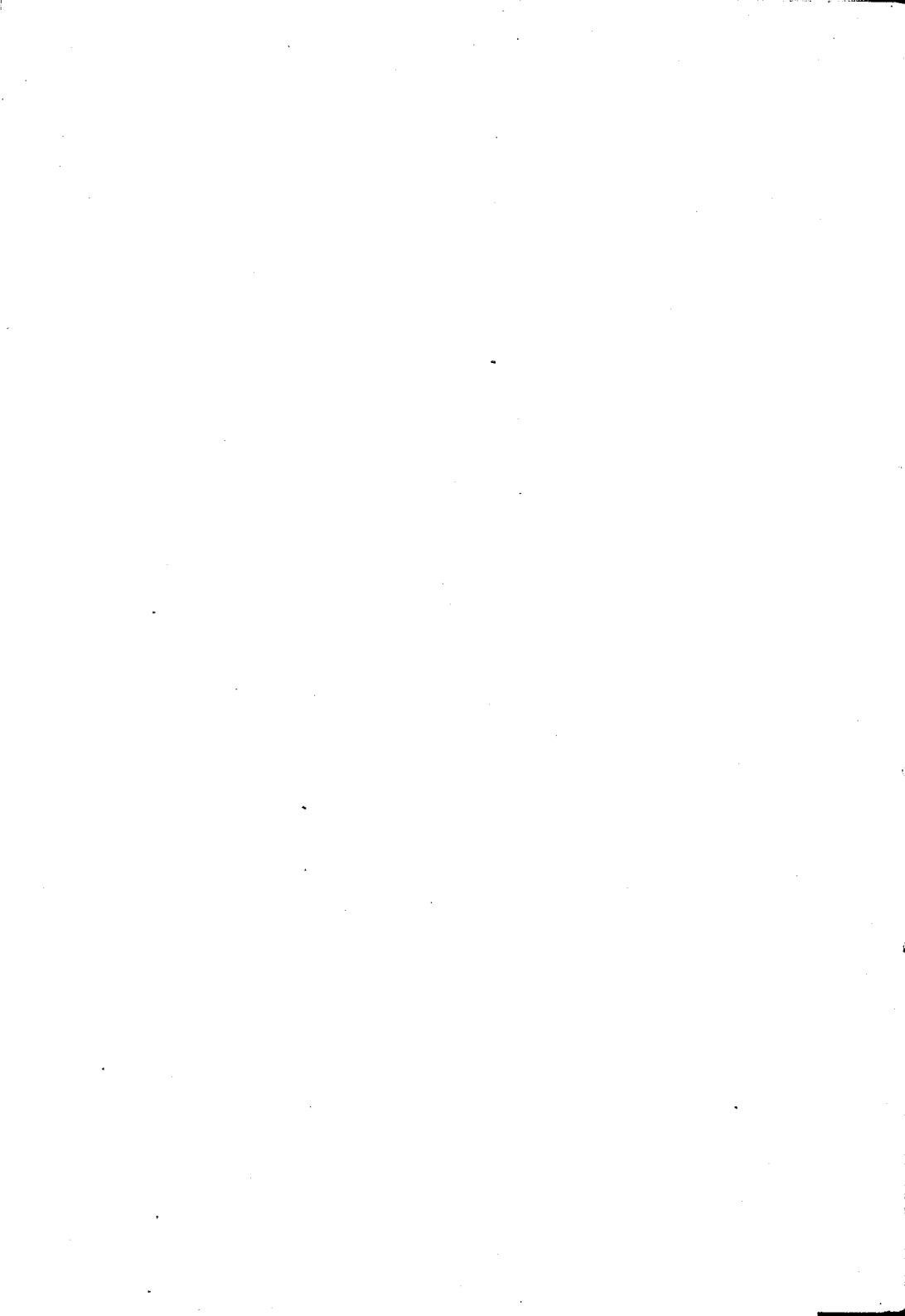


Tav. II^a

Pneumoniae malarica sinistra - Uomo a 26 anni

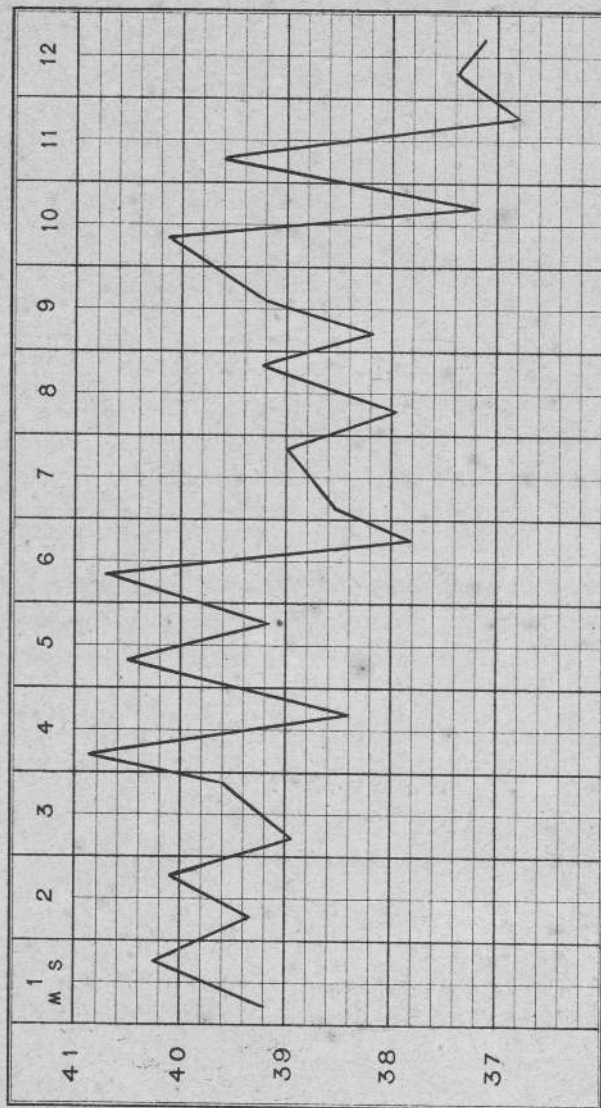


L. Barbieri, ROMA



Tav. III^a

Febbre proporzionata pneumonica - Uomo a 22 anni

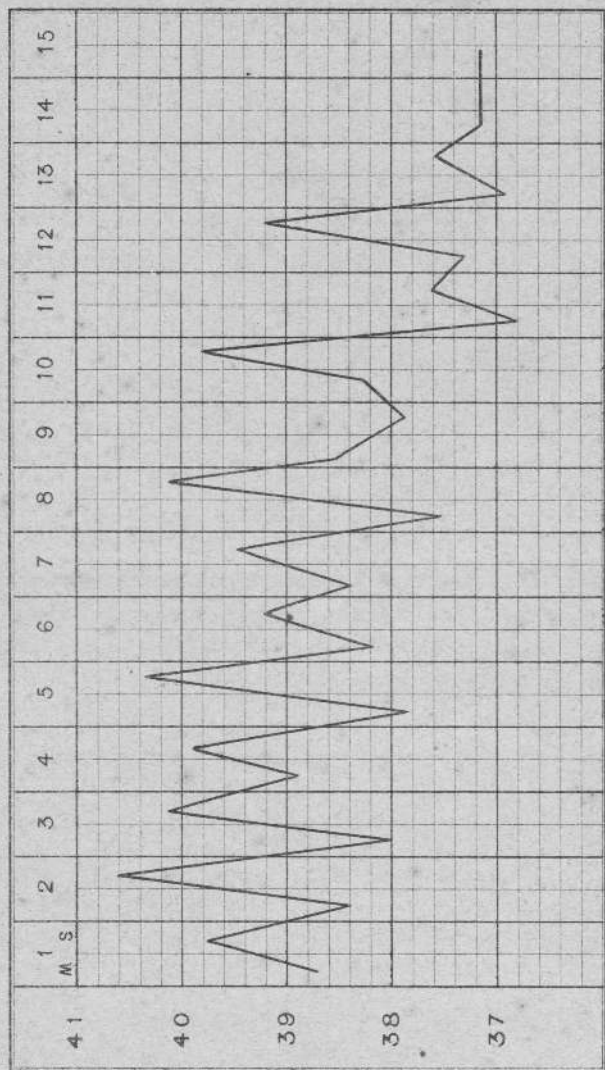


Dr. Leonardi dis.

L. Barberi, ROMA.



Febbre proporzionata pneumonica - Uomo a 32 anni



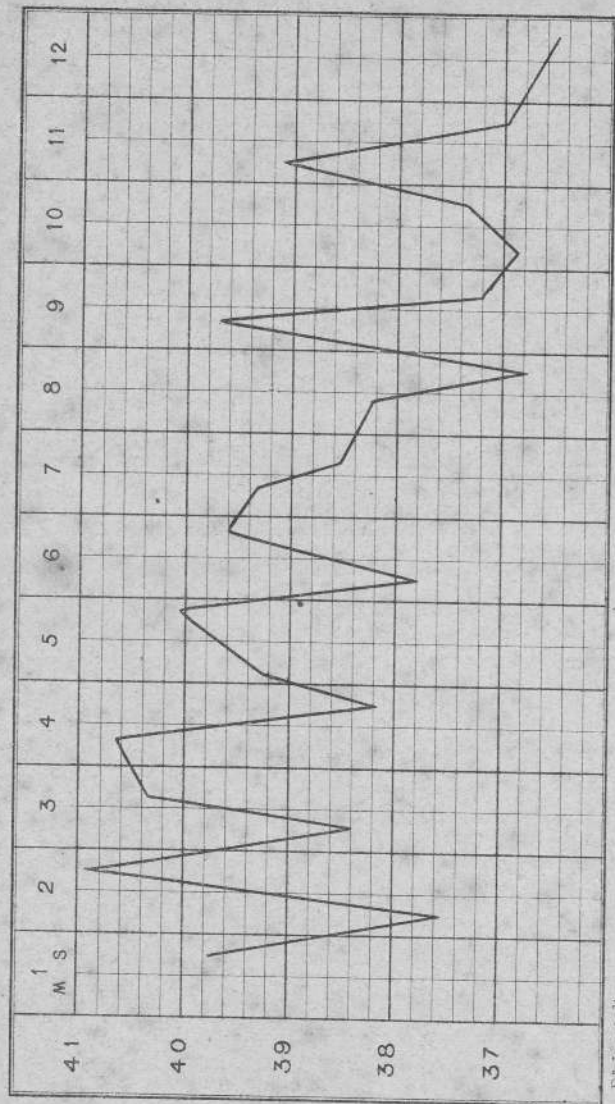
D^o Leoni dis.

Lit. Barbieri ROMA.



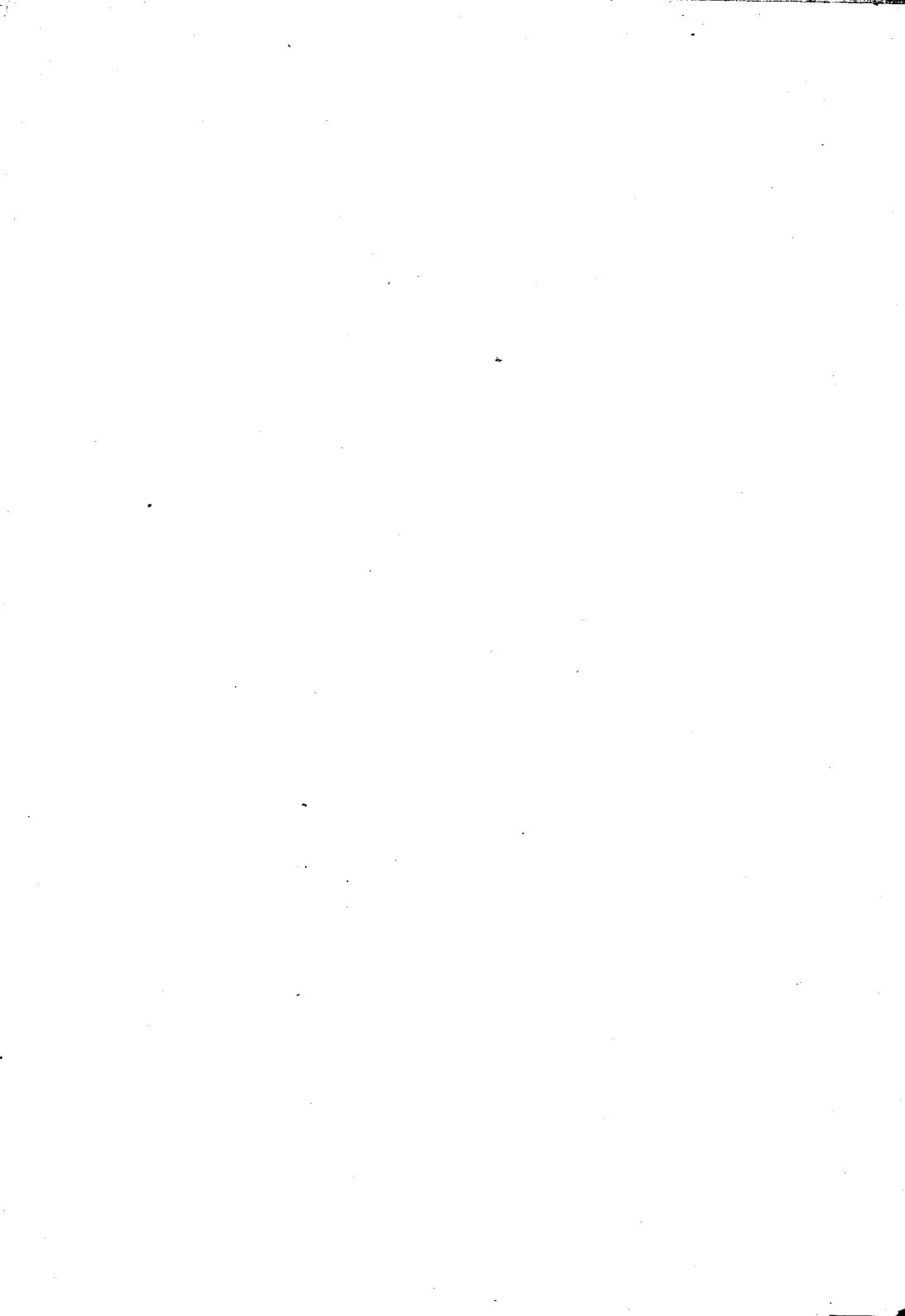
Tav. V^a

Febbre subcontinua - pneumonia - Uomo a 45 anni



Dr. Leon. dis.

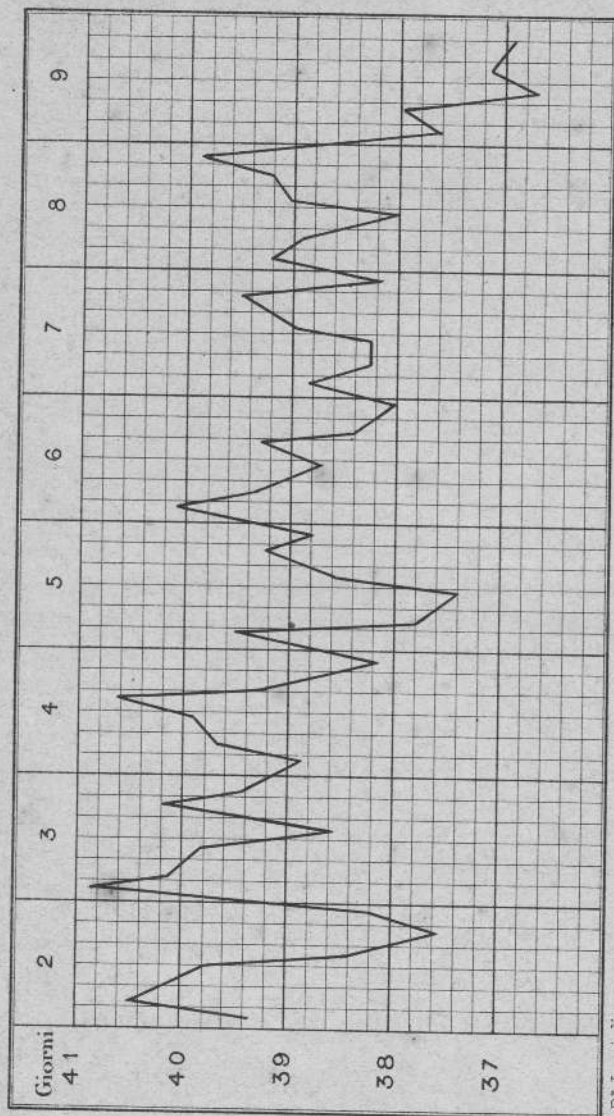
Lit. Barbieri, ROMA.



Tav. VI^a

Febbre subcontinua, pneumonia - Uomo a 37 anni

L'esame termoscopico fu praticato 6 volte al giorno col Termos. Celsius.



D^o Leoni dis.

Lit. Barbieri, ROMA.

