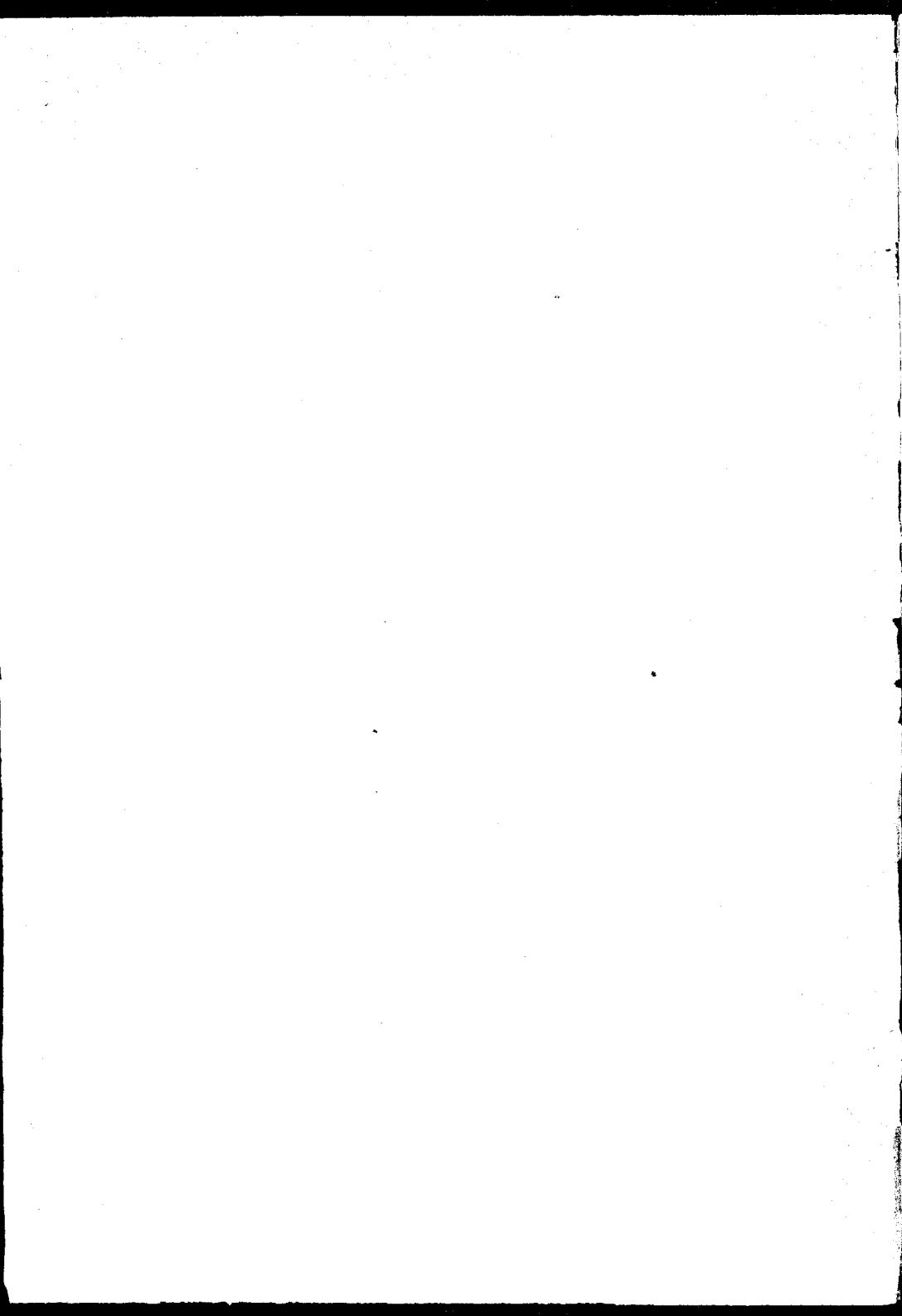


BIBLIOTECA
FRANCISIANA







**Di un caso di Subcontinua Pneumoniaca
il cui decorso fu attraversato
da un attacco di Perniciosa delirante**

per il Dott. GIUSEPPE BASCHIERI-SALVADORI



Non è con la pretesa di esporre cose nuove, nè di apportare un forte contributo agli studi, che, dopo gli antichi, dopo Torti, dopo Lancisi, occuparono e occupano i Patologi e i Clinici che mi acciango a illustrare il caso da me esaminato; è soltanto per richiamare l'attenzione dei pratici su una forma morbosa che può trarre facilmente il medico in inganno, sia per il lughissimo pericolo d'incubazione, sia per la sintomatologia svariaticissima e sarei quasi per dire contraddittoria.

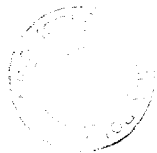
D. P. di anni 36 coniugata con 5 figli campagnuola.

Nulla di gentilizio negli ascendenti e nei collaterali.

Dall'anamnesi si rileva come l'inferma abbia sempre goduto ottima salute fino a circa due anni fa (nell'Agosto 1902) quando ammalò di febbri malariche a tipo quartanario, a quanto si può rilevare da ciò che narra l'inferma, che dopo circa un mese mediante la cura clinica, cedettero completamente lasciandola in stato di perfetta euforia fino al giorno 16 Settembre 1904 in cui ammalò della forma morbosa in questione.

L'inferma ha dimorato nell'inverno e nella primavera 1904 in regione malarica (Territorio di Cisterna prov. di Roma) ed è tornata in montagna il giorno 26 Giugno 1904.

Negli 82 giorni interceduti fra la cessata permanenza nell'agro Romano e l'insorgere dei primi sintomi della pre-



sente affezione la D. P. non ha sofferto di alcun disturbo, afferma anzi di aver avuto ottimo appetito, di avere insomma risentito il benefico effetto della dimora in montagna.

Il giorno 16 Settembre. mentre essa trovavasi a lavare, cominciò ad avvertire un vago senso di malessere con lieve cefalea accompagnata da sensazione di calore al capo e alle spalle, fenomeni che essa interpretò come effetto del sole che le dardeggiava il dorso. Il senso di calore andò gradatamente aumentando tanto che l'inferma ebbe ben presto la coscienza di avere forte febbre. Tornata a casa avvertì un lieve senso di freddo e poco dopo dolori vaganti al torace aventi sede più specialmente a sinistra. Questo stato si protrasse fino al mattino del giorno 18 in cui chiamò il medico.

Alla prima visita l'inferma presenta: leggera dispnea, dolore toracico puntorio in corrispondenza della linea ascellare di sinistra all'altezza del 6 spazio intercostale, tosse dolorosa con espettorato color rosso mattone, schiumoso, denso attaccaticcio. La febbre oscillava intorno ai 39.; la lingua era impaniata la sete intensa.

All'ispezione si rileva: acceleramento della respirazione

Alla percussione risonanza meno chiara della fisiologica.

All'ascoltazione si odono in vari punti di ambedue i polmoni rantoli crepitanti e sul lobo superiore del polmone sinistro un evidente rumore respiratorio bronchiale.

Riguardo all'apparato circolatorio si ha polso frequente (110 pulsazioni al minuto) piccolo, debole.

Fatta diagnosi di polmonite prescritto: sottrazione sanguigna locale (seguingher) espettoranti, digitale. Nel pomeriggio del giorno 18 la febbre supera i 40.; il dolore è quasi del tutto scomparso; l'inferma ed ora della febbre aumentata afferma di sentirsi molto sollevata. La tosse e l'espettorato si mantengono come al mattino.

Nelle giornate del 19 e del 20 la polmonite sembra incamminarsi alla risoluzione; si odono rantoli in corrispondenza del lobo superiore del polmone sinistro; il dolore puntorio è del tutto scomparso; la tosse è di molto diminuita, l'espettorato ha acquistato un colore biancastro e un aspetto schiumoso solo eccezionalmente con lievi striature sanguigne.

La febbre si mantiene continua con lievi esacerbazioni

vespertine, seguite da lievi remissioni accompagnate da sudore.

Nella serata del 20 l'inferma comincia a lagnarsi di un senso di calore al capo, di grande tensione al ventre e di forte oppressione. Chiamato di urgenza trovo l'inferma madida di sudore, quasi apirettica, e nulla affatto che giustificasse i sintomi subiettivi di cui l'inferma lagnavasi. Noto solamente come essa si trovi in stato di leggero eccitamento, come essa sia piuttosto loquace, per quanto coerentissima, quasi gaia dopo specialmente la visita del medico.

Verso le tre del mattino sono chiamato di nuovo al letto dell'inferma.

Essa preseta delirio rumoroso, tenta uscire dal letto per correre alle solite occupazioni; grida e impreca contro coloro che la trattengono. Talvolta poi il delirio prende forma gaia; l'inferma scherza, ride, si fa beffe dei presenti; talvolta infine emette frasi sconnesse e parole tronche.

Temperatura 36.

Polso frequente (130), debole, piccolo. Ad un esame accurato degli organi toracici e addominali si rileva la quasi totale scomparsa dei fenomeni a carico del polmone: si nota invece discreto tumor di milza.

Faccio iniezioni di caffeina per combattere la minacciante debolezza cardiaca; somministro in seguito cloralo idrato e morfina. Il delirio continua interrotto.

Al mattino presrivo gr. due di chinico.

Verso il mezzogiorno del 22 l'inferma cade in sonno profondo.

Temperatura 38.

Polso 120.

Alle ore 16 l'inferma si risveglia in calma assoluta.

Temperatura 39.5.

Polso 120.

Tosse frequente, dolorosa, con espettorato sanguigno, dolore puntorio vagante; all'ascoltazione si odono rantoli in vari punti del polmone.

Somministro gr. uno di chinino. La febbre continua ancora tutto il giorno 23 e tutto il mattino del 24 ad onta della somministrazione di gr. uno di chinino otto in otto ore.

Alla sera del 24 l'inferma è apirettica e in perfetta euforia. I dolori al torace, la tosse, l'espettorato. i sintomi fisici del polmone sono lentamente scomparsi.

Permane tumor di milza.

Continuo fino al 29 Settembre la somministrazione giornaliera di uno di chinino e quindi consiglio all'inferma di prendere ogni cinque e sei giorni gr. uno dichinino.

L'inferma a tutt'oggi gode ottima salute e non ha avuto più alcun attacco febbrile.

Esposto così brevemente e fedelmente il caso nella sua svariaticissima sintomatologia varie sono le considerazioni che, a mio parere, possono farsi.

Innanzi tutto potrebbe domandarsi: si è trattato di una vera polmonite genuina? A me sembra che a tal questo si debba recisamente rispondere che no. Infatti; come potrebbe accordarsi con l'idea di una di reale affezione del polmone, l'apparire e lo scomparire relativamente rapido dei sintomi fisici?

Mi si potrebbe obiettare che la polmonite in discorso potrebbe aver avuta una doppia localizzazione; constare, mi si passi l'espressione, di due polmoniti rudimentali seguentisi a breve intervallo.

Tale supposizione mi sembra cada da se, qualora si rifletta che l'intervallo fra le due localizzazioni dell'infezione sarebbe stato occupato dal delirio, durante il quale col più scrupoloso esame obiettivo non fu possibile nè col collega chiamato a consulto, nè a me, rilevare alcun sintoma a carico del polmone; sorge però allora la domanda: Come può interpretarsi quest'accesso di delirio insorto in una donna certamente non bevitrice e in un periodo di perfetta apiressia, anzi con temperatura inferiore alla media?

Di più mi sembra che il carattere del dolore sofferto dall'inferma non fosse proprio della pleuro-polmonite, giacchè esso era piuttosto vago, e non assolutamente fisso in un punto. La localizzazione inoltre che parve avere nel principio il processo pneumonico è tutt'altro che l'ordinaria; poichè a sinistra, sulla linea ascellare e a livello del VI spazio intercostale.

Il decorso infine dei sintomi così obiettivi che subiettivi è a mio parere, piuttosto quello di un semplice stato conge-

stivo dei polmoni che non quello di una vera e propria infezione pneumonica.

Circa la febbre poi: se per lievi abbassamenti e per la sua prima crisi in quarta giornata essa fa pensare alla polmonite, dall'altro canto i suddetti caratteri uniti al lento insorgere con senso di calore, seguito da leggeri brividi fanno piuttosto pensare alle forme malariche subcontinue descritte da Baccelli, e da Marchiafava.

Ed è appunto di una di queste forme che io credo si tratti.

E ben vero che a tale mia affermazione potrebbe obiettarsi l'eccezionalmente lungo periodo d'incubazione che una tale forma malarica avrebbe avuto, ma d'altro canto i due casi riportati dal Bloxall in cui l'infezione malarica a carattere terzanario ebbe rispettivamente 48 e 184 giorni di incubazione mi confortano in essa.

Circa poi la spiegazione del fatto l'ipotesi emessa dal Thayer e spiegare i casi di Bloxall ed altri simili, mi sembra possa venire parimenti invocata; infatti l'infermo potrebbe essere stata infettata da malaria; nel mese di Giugno ma tanto leggermente che il moltiplicarsi dei parassiti avrebbe dato un'infezione afebrile che sarebbe guarita spontaneamente la forma quindi oggi osservata non sarebbe altro che una semplice, tarda recidiva.

Una volta ammessa la natura malarica della forma morbosa da me osservata, tutti i fenomeni che in essa si sono verificati, trovano a mio parere, la più ampia spiegazione.

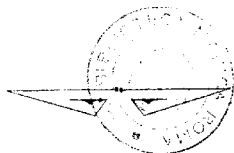
Ho già detto più sopra come l'insorgere di essa abbia tutti i caratteri dell'insorgere delle subcontinue descritto da Marchiafava e Bignami, il decorso ulteriore poi, mi sembra non smentisca in alcun punto anzi convalidi sempre più l'interpretazione da me data.

Il quadro sintomatico da me esaminato mi sembra riproduca fedelmente quello che delle subcontinue pneumoniche ci ha dato il nostro grande maestro Baccelli.

L'insorgere del delirio e il suo comportamento mi sembra anche trovino una plausibile spiegazione una volta ammessa l'infezione malarica; che meraviglia infatti che in una subcontinua pneumonica sopraggiunga un attacco di pernicioso delirante?

Non mi sembra neppure argomento disprezzabile a sostegno della mia interpretazione il tumor di milza certo eccessivo si si fosse trattato di una polmonite, poichè bisogna pensare che in tal caso la forma d'infezione pneumonica sarebbe stata piuttosto abortiva, data la crisi in 4. giornata e la rapida scomparsa dei sintomi oggettivi e subiettivi,

Dolente infine di non aver potuto avere i mezzi per compire un accurato esame del sangue e di dovermi accontentare del criterio diagnostico fornitomi dalla somministrazione dei sali di chinina, concludo che la forma da me osservata va a mio parere considerata come una subcontinua pneumonica il cui decorso fu attraversato da un attacco di pernicioza delirante.



3311

