

Min 376/95.

CLINICA DELLE MALATTIE TROPICALI E SUBTROPICALI DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. Sen. A. CASTELLANI DI CHISIMAIO

BIAGIO URSO

**Su di un caso di leishmaniosi interna
proveniente dalla Libia**

Estretto dall'« Archivio Italiano di Scienze Mediche Coloniali e di Parassitol. »
Vol. XXII (VII della Nuova Serie) - 1941-XX



« EDIZIONI UNIVERSITARIE »

VIA V. VENETO N. 34-B - ROMA



Su di un caso di leishmaniosi interna proveniente dalla Libia

BIAGIO URSO — Assistente Ordinario

Com'è noto la leishmaniosi interna si riscontra in tutto il bacino del Mediterraneo (Marocco, Tunisia, Algeria, Cirenaica, Egitto, Italia Meridionale ed Insulare, Grecia, Spagna, Francia, Malta), ma per quanto risulta dalle nostre indagini bibliografiche è stata descritta poco frequentemente in Libia, tuttavia crediamo che sia da tenere sempre presente nella ricerca etiologica di ogni forma di epatosplenomegalia febbrile in soggetti provenienti da tale regione.

Volendo apportare un contributo alla nosografia della Libia nell'attuale momento, abbiamo creduto utile segnalare il caso di un militare, ricoverato nella nostra Clinica durante quest'anno, affetto da epatosplenomegalia febbrile da leishmaniosi interna o kala-azar e proveniente dall'Africa Settentrionale.

CASO CLINICO

Anamnesi. — Di P. D., nato a Frosinone l'8 novembre 1918, ricoverato in Clinica il 29 marzo 1941. Il paziente proveniva dall'Africa Settentrionale ove si trovava sin dall'agosto del 1939.

Nell'anamnesi familiare vi era da segnalare soltanto che il padre era morto per ictus e la madre era morta per diabete.

Lo sviluppo corporeo e psichico del paziente si era svolto normalmente. Non aveva sofferto nell'infanzia di malattie degne di nota all'infuori di qualche febbre influenzale stagionale. Non ricorda di essere stato affetto da malattie esantematiche. Non aveva contratto lues né altre malattie veneree. Nato a Frosinone, si trasferì all'età di 11 anni a Roma dove è sempre rimasto fino al marzo del 1939, epoca in cui fu chiamato alle armi. Il paziente esercitava in questa città il mestiere di fruttivendolo. Nell'agosto dello stesso anno fu inviato a Tripoli e poi a Tarhuna; per 22 mesi godette sempre ottima salute. Nei primi di novembre del 1940, fu inviato a Jefren e stette bene fino alla fine del mese quando cominciò a notare modica tosse dapprima secca poi con scarso espettorato per qualche giorno e successivamente febbre preceduta da brividi, accompagnata da cefalea, astenia, malessere generale. La febbre, che raggiungeva la sera i

10°. rimetteva al mattino sui 38° con alquanto sudore. Il 29 novembre fu quindi inviato all'Ospedale Militare di Tripoli con diagnosi di bronchite. Dopo circa due settimane di degenza i fatti catarrali bronchiali scomparvero del tutto senza lasciare alcuna traccia ma la febbre mantenne sempre lo stesso carattere di tipo continuo-remittente: le elevazioni termiche erano spesso precedute da brividi e le remissioni accompagnate da sudorazioni. Intanto le condizioni generali erano divenute scadenti. L'astenia si faceva più intensa, la cute e le mucose si presentavano scolorate ed al tempo stesso comparve un dolore gravativo all'ipocondrio di sinistra che l'infermo segnalò al medico curante il quale poté constatare l'aumento di volume della milza.

Gli furono praticate allora delle iniezioni che il paziente non sa precisare che però non influirono sul decorso febbrile e successivamente fu disposto il suo rimpatrio ed inviato a Napoli da dove è stato trasferito nella nostra Clinica. Dall'inizio della malattia ad oggi (in 4 mesi circa) è dimagrito di 12 Kg.

Esame obiettivo. — All'ingresso in Clinica il paziente presentava: Condizioni generali di nutrizione e di sanguificazione scadute. Decubito indifferente: Cute e mucose visibili pallide; pannicolo adiposo in scarsa quantità: muscoli ipotonici ed ipotrofici.

Capo di conformazione regolare: nulla agli occhi, orecchie, naso e muscoli mimici. Pupille isocoriche bene reagenti alla luce ed all'accomodazione.

Lingua: leggermente impaniata al centro. Torace appiattito in senso antero-posteriore. Emitoraci simmetrici si espandevano egualmente bene negli atti respiratori. F. V. T. bene trasmesso. Alla percussione suono chiaro polmonare ed all'ascoltazione murmure vescicolare normale su tutto l'ambito.

Cuore: Ito della punta non visibile in sede. All'ascoltazione toni netti e puri su tutti i focolai. Polso ritmico di media frequenza ed ampiezza.

L'addome si presenta espanso nella sua metà sinistra; alla palpazione non si risveglia alcuna dolenzia nei vari quadranti ed eccezione della sede splenica.

Fegato: in alto al V spazio intercostale sull'emiclaveare, in basso 2 dita trasverse dall'arco.

Milza: limite superiore al V spazio intercostale sull'ascellare media: il polo inferiore scende in basso fino alla linea bispino-iliaca e medialmente raggiunge la linea para-ombelicale. La superficie dell'organo si presenta liscia, ma notevolmente aumentata di consistenza, alla pressione si risveglia modica dolorabilità.

Riflessi superficiali e profondi presenti e pronti.

I vari esami di laboratorio che furono praticati diedero i seguenti risultati:

Esame delle urine: nulla di patologico.

Esame delle feci: alcune forme vegetative di amebe coli. Blastocisti.

Esame del sangue: globuli rossi 3920000; globuli bianchi 2600; emoglobina 54: valore globulare 0.69; neutrofili 47; eosinofili 0; basofili 0; linfociti 42; monociti 5; mielociti 3; protomielociti 2; metamielociti 1.

Siero agglutinzioni per tifo, paratifi e per le brucelle: negative.

R. Wasserman: negativa; R. citochol: negativa; M. K. R. 2: positiva —; R. Castellani: positiva; R. Chopra: positiva; R. Napier: positiva; R. Nattan: positiva.

Esame radioscopico del torace: nulla di notevole.

* * *

Dall'esame obiettivo del nostro infermo si poteva desumere il seguente quadro clinico :

Notevole epatosplenomegalia febbrile con prevalenza dell'ipertrofia splenica su quella epatica (figura 1), deperimento organico e modico grado di anemia con leucopenia.

CASTELLANI e IACONO danno lo schema che trascriviamo per la diagnosi delle epatosplenomegalie che si osservano più comunemente nei Tropici. Essi anzitutto dividono le epatosplenomegalie in due gruppi: 1) epatosplenomegalie febbrili; 2) epatosplenomegalie afebrili.

Fra le epatosplenomegalie febbrili non includono l'anemia perniciosa, la febbre di Malta, il tifo poichè l'ingrandimento degli organi ipocondriaci è di lieve entità. Oltrecchè per questo carattere nel caso in esame le siero-agglutinzioni per tifi, paratifi e per le brucelle erano negative ed il reperto ematologico non era quello di un'anemia perniciosa.

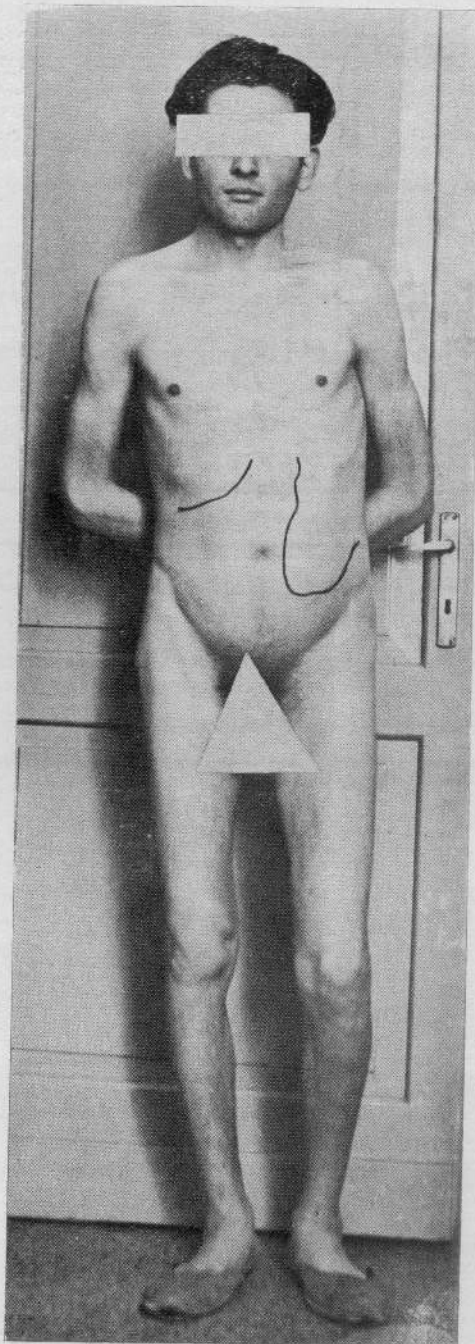


Fig. 1.

I tipi principali delle epatosplenomegalie febbrili sono :

- 1) Kala-azar.
- 2) Malaria.
- 3) Malattia di Chagas (tipo epatosplenomegalico).
- 4) Leucemia.
- 5) Morbo di Hodgkin (linfogramuloma, linfadenoma).
- 6) Epatosplenomegalia luetica febbrile.
- 7) Splenomegalia egiziana.
- 8) Morbo di Katayama.
- 9) Distomiasi (tipo epatosplenomegalico).
- 10) Cirrosi ipertrofica biliare degli adulti.
- 11) Morbo di Still.
- 12) Amiloidosi febbrile.
- 13) Trombosi febbrile della vena porta.
- 14) Endocardite infettiva (tipo epatosplenomegalico).
- 15) Cirrosi biliare infantile.
- 16) Epatosplenomegalia febbrile degli adulti con artrite.
- 17) Epatosplenomegalia di Darling.
- 18) Toxoplasmosi (rarissima).
- 19) Splenomegalia da sporozoon (un solo caso nella letteratura).
- 20) Epatosplenomegalie dubbie da protozoi.
- 21) Pseudo kala-azar.
- 22) Febbre mediterranea (tipo epatosplenomegalico).
- 23) Fegato di Bozzolo.
- 24) Epatosplenomegalia di Cooley (anemia di Cooley):

I principali tipi delle epatosplenomegalie afebrili sono :

- 1) Morbo di Banti.
- 2) Anemia splenica primaria senza cirrosi.
- 3) Anemia di von Jaks.
- 4) Splenomegalia di Gaucher.
- 5) Istiocitosi lipoidi.
- 6) Ittero splenomegalico.
- 7) Epatosplenomegalia luetica non febbrile.
- 8) Cirrosi del fegato di Laennec o cirrosi atrofica.
- 9) Eritremia.
- 10) Amiloidosi afebrile.
- 11) Emocromatosi (diabete bronzino).
- 12) Anemia a cellule falciformi.

- 13) Epatosplenomegalia in alcune forme di infantilismo.
- 14) Trombosi afebrile della vena porta.
- 15) Splenomegalia tropicale afebrile.
- 16) Splenomegalia benigna.
- 17) Splenomegalia da rachitismo.

Nel nostro caso evidentemente non si trattava di una forma epatosplenomegalica del secondo gruppo poichè come sintoma preminente vi era la febbre. Fra le epatosplenomegalie febbrili non erano da prendere in considerazione il morbo di Chagas, la malattia di Katayama, le distomiasi, sia tenendo conto della regione dalla quale il paziente proveniva, sia anche perchè l'esame delle feci è risultato negativo, come pure poteva escludersi la splenomegalia egiziana sia perchè non vi erano stati nella storia dell'infer. o disturbi intestinali, sia per la negatività dell'esame delle feci, sia anche per l'assenza di eosinofilia nel sangue. Nell'anamnesi non vi era riscontro di lunghe suppurazioni, nè dati riferentesi a pregresse malattie tubercolari o sifilitiche per pensare all'amiloidosi febbrile, nè si poteva ammettere l'epatosplenomegalia luetica oltrecchè per la storia negativa per l'infezione luetica, anche per il reperto obiettivo che non dimostrava la caratteristica superficie bernoccoluta del fegato e per la negatività della reazione di Wassermann.

Altre epatosplenomegalie febbrili quali la epatosplenomegalia di Darling, la toxoplasmosi, la splenomegalia da sporozoi, sono rarissime e la diagnosi può essere accertata soltanto con la presenza degli agenti etiologici di ciascuna di esse nel puntato splenico.

Riguardo alla malaria, nell'anamnesi del paziente non vi era storia di accessi febbrili a tipo intermittente ma vi era stata febbre ininterrottamente a tipo continuo remittente talvolta con brivido prima delle massime elevazioni termiche e con sudore durante le remissioni quotidiane; l'esame microscopico del sangue fu inoltre sempre negativo per i parassiti malarici. Facciamo notare che le zone malariche della Libia (Cirenaica, Tripolitania) sono pochissime e precisamente le seguenti: Prov. di Tripoli: Tagiura, Tigi, Giosc (Gebel Tripolino); Prov. di Misurata: Tauroga; Prov. di Derna: El Chadrum.

Le possibilità diagnostiche che si offrivano ad una più attenta considerazione del nostro caso erano quindi date dalla leucemia, dal linfogranuloma maligno e dal kala-azar.

Il reperto ematologico nel nostro infermo dimostrò una anemia ipocromica ed anzichè un aumento dei globuli bian-

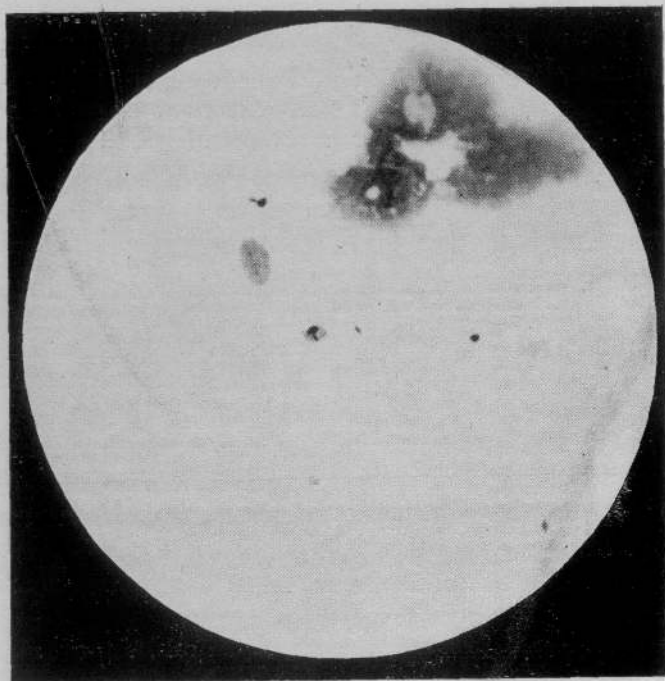


Fig. 2.

chi con le alterazioni tipiche leucemiche, una netta leucopenia.

Rimanevano quindi da discutere la varietà splenomegalica del linfogranuloma maligno ed il kala-azar.

È noto che il linfogranuloma maligno quando decorre soltanto con febbre ed epatosplenomegalia offre notevoli difficoltà diagnostiche sia per la mancanza delle tumefazioni a carico delle ghiandole linfatiche superficiali, sia perchè in questa varietà si ha leucopenia invece della leucocitosi presente nelle altre forme cliniche, ed in pratica è impossibile differenziare questa varietà di linfogranuloma maligno dalla

leishmaniosi interna. La puntura della milza è il mezzo diagnostico sicuro.

È stata praticata quindi la puntura della milza e la presenza della *Leishmania donovani* nel succo splenico (fig. 2) ci diede la certezza della natura della sindrome epatosplenomegalica febbrile del nostro infermo come pure si potè con sicurezza escludere la malattia di Darling per non avere trovato l'*Hystoplasma capsulatum*; la toxoplasmosi, per non aver trovato il *Toxoplasma pyrogenes* e la splenomegalia da sporozoo, per non aver trovato quei corpi allungati, ovali, semilunari che si riscontrano in tale malattia.

Eseguimmo contemporaneamente diverse prove sierologiche consigliate per la diagnosi della leishmaniosi viscerale che diedero risultati completamente positivi. Tali prove, com'è noto, possono essere positive in diverse malattie (schistosomiasi giapponese, sifilide, lebbra, tubercolosi. ecc.) ma sono utilissime come prove di orientamento.

Sottoposto a terapia antimoniale (tartaro stibiato, neostibosan) ripetuto più volte ad intervalli di tempo il paziente si avviò a rapida guarigione che abbiamo potuto controllare a distanza di tempo.

Come risulta dalla storia il paziente si trovava da un anno e mezzo in Africa Settentrionale e la malattia si è manifestata proprio durante questo periodo. Precedentemente, egli era stato durante l'infanzia fino all'età di 11 anni a Frosinone e successivamente si era trasferito a Roma dove aveva vissuto ininterrottamente fino a quando, richiamato alle armi, si era recato in Libia. Il periodo d'incubazione della leishmaniosi interna, com'è noto, non è ancora accertato definitivamente, generalmente si ammette che va da 10 giorni ad alcuni mesi ma alcuni autori ritengono che possa essere anche di qualche anno. Per questo motivo non possiamo affermare con certezza che la malattia del nostro paziente sia stata contratta in Africa Settentrionale Italiana, essa però si è manifestata in quella località e riteniamo presumibilmente che sia stata contratta colà.

Fino a pochi anni fa si metteva quasi in dubbio l'esistenza della leishmaniosi interna in Libia. Il MAZZOLANI nel 1931, ha posto il kala-azar tra le malattie che in Tripolitania rivestono carattere di curiosità. Il CROVERI nel suo libro di Patologia Tropicale e parassitaria dice: «Oggidi però studi do-

cumentati e precisi ci dicono che le due forme di Leishmaniosi rappresentano forme morbose normali nel bacino del Mediterraneo e farebbe stupire che la Libia ne andasse esente ».

Il nostro caso è quindi un contributo alla nosografia della Libia e perciò abbiamo ritenuto utile segnalarlo affinché il kala-azar sia tenuto presente nella ricerca etiologica di ogni forma di epatosplenomegalia febbrile in ammalati provenienti dalla Libia.

BIBLIOGRAFIA

- ACANFORA G. - Osservazioni su alcuni casi di leishmaniosi. « Ann. di Med. Nav. e Col. », 1936.
- CASTELLANI & JACONO - Manuale di Clinica Tropicale - Rosenberg e Sellier. Torino 1937.
- CESARIS-DEMEI - Leishmaniosi viscerale e sistema reticolo istiocitario. « Policlinico Sez. Prat. », 1933.
- CROVERI P. - Patologia tropicale e parassitaria - GUF Torino. 1936.
- D'OELSCHUTZ - Diagnostic et traitement du kala-azar méditerranéen. « Marseille Medical », 1938.
- GIRAUD et POINSO - Diagnostic et traitement du kala-azar méditerranéen. « Marseille Medical », 1938.
- MAZZOLANI - Patologia della Tripolitania in « Organizzazione Sanitaria della Tripolitania », 1931.
- PENSO G. - Il kala-azar nella Somalia Italiana. « Boll. ed Atti R. Acc. Med. di Roma », 1935.
- SCOTTI G. - Osservazioni su un caso di leishmaniosi viscerale proveniente dall'A. O. I. « Riforma Medica », 1940. N. 19-20.
- ZECHINI M. - La leishmaniosi interna nella Somalia Italiana. « Rivista di Med. Trop. e Studi di Medicina Indigena », 1940, n. 1.

344163

