

BIBLIOTECA MEDICA
ROMA
MISCELL
64
18

MEMORIE ACCADEMICHE
RENDICONTI DELLA R. ACCADEMIA DEI LINCEI

Classe di scienze fisiche, matematiche e naturali

Trattato dal vol. XX, serie 5ª, 1ª sem. fasc. 2ª. — Seduta del 22 gennaio 1911.

UN CASO DI KALA-AZAR

A ROMA

NOTA

DEL DOTT.

FRANCESCO FULCI e CARLO BASILE



mm.
B
64
18

ROMA

TIPOGRAFIA DELLA R. ACCADEMIA DEI LINCEI

PROPRITA' DEL GAV. V. SALVIUCCI

1911







Patologia. — *Un caso di Kala-Azar a Roma* ⁽¹⁾. Nota dei dott. FRANCESCO FULCI ⁽²⁾ e CARLO BASILE ⁽³⁾, presentata dal Socio BATTISTA GRASSI.

I recenti studi sulla diffusione delle Leishmaniosi suggerirono ad uno di noi, il Fulci, l'idea di studiare, a tal riguardo, quei casi di anemie che egli, in Roma, ha spesso occasione di osservare al tavolo anatomico, indotto a tale idea anche dal fatto che l'altro di noi, il Basile, aveva precedentemente ⁽⁴⁾ dimostrato l'esistenza, in questa città, della Leishmaniosi del cane.

⁽¹⁾ Lavoro eseguito nell'Istituto di Anatomia comparata della R. Università di Roma, diretto dal prof. B. Grassi.

⁽²⁾ Assistente nell'Istituto Anatomico-patologico della R. Università di Roma, diretto dal prof. Ettore Marchiafava.

⁽³⁾ Dell'Istituto di Anatomia comparata della R. Università di Roma.

⁽⁴⁾ Basile Carlo, Rendic. Accad. Lincei. Vol. XIX, serie 5^a, fasc. 3^o, 1910.

Speciale attenzione ritenne il Fulci dovesse rivolgersi al caso di cui diamo breve nota, in quanto che dai sintomi clinici poteva sospettarsi il Kala-Azar. Comunicò la sua idea al Basile, il quale si unì a lui nello studio del caso:

N. Luigi, di anni 19, da Castelnuovo di Porto (Roma), carrettiere, celibe.

Nulla di notevole negli ascendenti e collaterali. Non bevitore, non fumatore, non venereo.

L'infermo è stato bene sino agli ultimi dell'agosto 1909, quando, trovandosi, per ragioni di lavoro, ad abitare fuori le porte di Roma, ricoverò in uno degli ospedali di questa città, avendo da alcuni giorni notato debolezza generale, pallore e progressivo dimagrimento. Qui i sanitari, avendo riscontrato anche elevazioni termiche, ritennero trattarsi di malaria e consigliarono una cura adatta.

L'infermo uscì dall'ospedale poco tempo dopo, e ritornò al lavoro; ma non più con le forze di prima, tanto che nell'inverno successivo ritornò al paese natò e riparò in quel civico ospedale. Quivi i sanitari gli riscontrarono una notevole anemia e, ancora una volta leggera febbre periodica, che, a dire dell'infermo, fu anche questa volta diagnosticata come malarica. Dopo 32 giorni di degenza l'infermo lasciò quello ospedale, sensibilmente migliorato; ma continuò a curarsi con iniezioni ricostituenti e riprese il lavoro.

Nei primi del settembre 1910 fu colto da forte dolore alla gola e da febbre, che pare siano cessati dopo pochi giorni; però verso la fine di novembre ricomparve febbre alta, accompagnata da dolore all'emitorace destro, tosse ed escreato piuttosto scarso, poco aereato. I sintomi anemici di prima si sono rimanifestati, con grande debolezza generale. Continuando la febbre, ed avvertendo l'infermo, con la crescente astenia, una oppressione di respiro, sempre più accentuata, entrò al Policlinico Umberto I il 16 dicembre 1910.

Esame obiettivo. — Costituzione scheletrica regolare; cute e mucose visibili di colorito pallido-giallastro; viso cereo; connettivo adiposo sottocutaneo quasi del tutto scomparso; muscolatura ipotonica ed ipotrofica; decubito obbligato supino; i laterali provocano molestia e difficoltà di respiro. Nelle regioni cervico-laterali, ascellari ed inguinali, glandule linfatiche di vario volume, da un chicco di grano ad un fagiuolo, indolenti, di consistenza duro-elastica. Gengive notevolmente pallide e facilmente sanguinanti in corrispondenza delle arcate dentarie; lingua un po' tremula, mobile in tutte le direzioni e ricoperta da crosticine ematiche. Notevole pulsazione delle carotidi e delle giugulari, che all'ascoltazione facevano sentire il suono accompagnato da un rumore di soffio, mentre il tono era normale.

Torace. — Nella metà destra, dalla spina della scapola in giù, suono ottuso con spostamento del limite superiore nei cambiamenti di posizione del paziente; silenzio respiratorio e fenomeno del Baccelli. Nulla di note-

vole nell'emitotace sinistro ed a carico del cuore. Polso ritmico frequente, discretamente ampio.

Addome. — Nulla di speciale nel sistema gastro-enterico.

Milza debordante un dito trasverso dall'arcata costale lungo la linea ascellare anteriore; dura, indolente.

Fegato debordante un dito trasverso dall'arcata costale, con margine tagliente, superficie liscia e consistenza non aumentata.

Le urine, all'ingresso al Policlinico, contenevano tracce di albumina ($\frac{1}{4}$ per mille), che poi scomparvero.

Minzione e defecazione normali.

Durante la degenza, l'esame dell'espettorato è stato sempre negativo per la tubercolosi.

L'esame del sangue, fatto il 24 dicembre, dava:

emoglobina 15 %;
eritrociti 1,000,000;
leucociti 6500;
rapporto globulare 1,154;
valore globulare 0,75.

Nei preparati colorati: micro- e macrociti, poichilociti, e rarissimi megaloblasti; dei leucociti, in prevalenza i polinucleati neutrofili.

Il 18 dicembre, una puntura esplorativa della pleura destra dava liquido siero-emorragico torbido. Prova di Rivalta positiva. Albumina 40‰. Allo esame citodiagnostico: copiosi eritrociti, moltissimi linfociti, qualche polinucleato neutrofilo, assenza di microrganismi.

Una seconda puntura esplorativa, praticata il 22 dicembre, diede esito negativo.

L'infermo andò sempre più deperendo; la temperatura presentava notevoli e costanti elevazioni, con frequenti remittenze e qualche rara intermittenza.

Nel pomeriggio del 16 gennaio 1911, il malato si aggravò, con sintomi di dispnea, collasso, mentre la temperatura si elevava a 39°. Nella notte successiva morì.

Diagnosi clinica. — Pleurite destra. Anemia perniciosa.

Autopsia. — Venne eseguita (Fulci) ⁽¹⁾, dopo circa 24 ore dalla morte, nella sala Incisoria del Policlinico Umberto I:

Individuo di costituzione scheletrica regolare; cute di colorito gialloterreo; tessuto adiposo quasi del tutto scomparso; masse muscolari ipotrofiche e flaccide; rigidità cadaverica persistente.

Nulla di notevole negli organi della cavità cranica e rachidea, all'in fuori di un leggiero edema sottoaracnoideale.

(1) Il Fulci si riserva in una speciale pubblicazione lo studio minuto anatomico ed istologico dei vari organi e tessuti, che egli ha opportunamente fissati.

Timo permanente e leggermente ipertrofico. Cuore leggermente aumentato di volume e dilatato, con lieve degenerazione grassa del tessuto sottocardico.

Il polmone sinistro è uniformemente soffice ed aereato. Il polmone destro presenta sulla superficie pleurica, aderenze connettivali non molto antiche; nell'interno non mostra alterazioni rimarchevoli.

Lievissima endoaortite degenerativa diffusa.

La milza è aumentata di volume e specialmente di consistenza, con capsula poco ispessita, priva di aderenze, attraverso la quale traspare il colorito rosso-scuro della polpa splenica, interrotto da chiazze biancastre da infarti anemici. L'organo misura cm. 17×8 e pesa gr. 420. Sulla sezione, la milza è ricca di tessuto connettivale e i corpuscoli malpighiani non si distinguono bene; non si riconosce emosiderosi.

Il fegato ha forma conservata; la capsula si presenta perfettamente liscia, senza aderenze, di colorito piuttosto ocreo. Peso gr. 1430. In sezione, si riconoscono in corrispondenza degli spazi triangolari e attorno alle venule centrali scarsi depositi emosiderinici.

La cistifellea è ripiena di bile tenue, colorata in giallo-verdastro.

I reni sono anemici e duri e non presentano alterazioni rimarchevoli.

Nello stomaco: pallore della mucosa, che non appare atrofica.

Nell'intestino tenue, mucosa pallida; nell'ultimo tratto del colon, gravi e diffuse ulcerazioni della mucosa.

Midollo delle ossa brevi e lunghe, di colorito rosso-scuro. Nel femore, il midollo è scarsissimo per neoformazione ossea nel canale midollare.

Negli altri organi non si riscontrano macroscopicamente alterazioni degne di speciale menzione.

In conclusione il reperto anatomico ricorda quello di un'anemia perniciosa criptogenetica, con lieve degenerazione grassa del miocardio; lievissima endoaortite degenerativa diffusa; pleurite fibrosa adesiva totale a destra; lieve emosiderosi del fegato; tumore duro di milza con infarti anemici; colite acuta ulcerosa; midollo osseo rosso, megaloblastico.

Per precisare, dopo tale reperto, la diagnosi etiologica sono stati allestiti (Basile) dei preparati per strisciamento della milza e del midollo delle ossa brevi e lunghe, i quali, fissati parte in alcool assoluto, parte in alcool ed etere, sono stati colorati col liquido di Giemsa.

Sono stati così messi in evidenza (Basile) i corpi di Leishman-Donovan, sia liberi, sia inclusi in leucociti prevalentemente mononucleati.

Il caso assume speciale importanza per questo reperto microscopico, che ne dimostra la vera natura.

Viene così pienamente avvalorato il sospetto avuto dal Fulci sull'etiologia del caso e realizzata l'ipotesi che il Basile aveva precedentemente (1) espressa che, cioè, casi di Kala-Azar dovessero esistere a Roma o nelle vicinanze.

Questa osservazione, importante dal punto di vista clinico ed anatomicopatologico, conferma le osservazioni del Prof. Gabbi, il quale (2) ha trovato, in Sicilia e in Calabria, il Kala-Azar nell'adolescente e nell'adulto.

L'esistenza del Kala-Azar a Roma, da noi, per primi, segnalata, possa essere di interesse umanitario e scientifico.

(1) Basile Carlo, Rendic. Acc. Lincei, serie 5ª, sem. 2º, fasc. 10, 1910.

(2) U. Gabbi, *Studi intorno ad alcune malattie tropicali della Calabria e della Sicilia*. R. Istituto di Clinica Medica, fasc. 2º, Roma 1910.





