

Dott. ARNALDO LUSIGNOLI

# Per la difesa dalla malaria

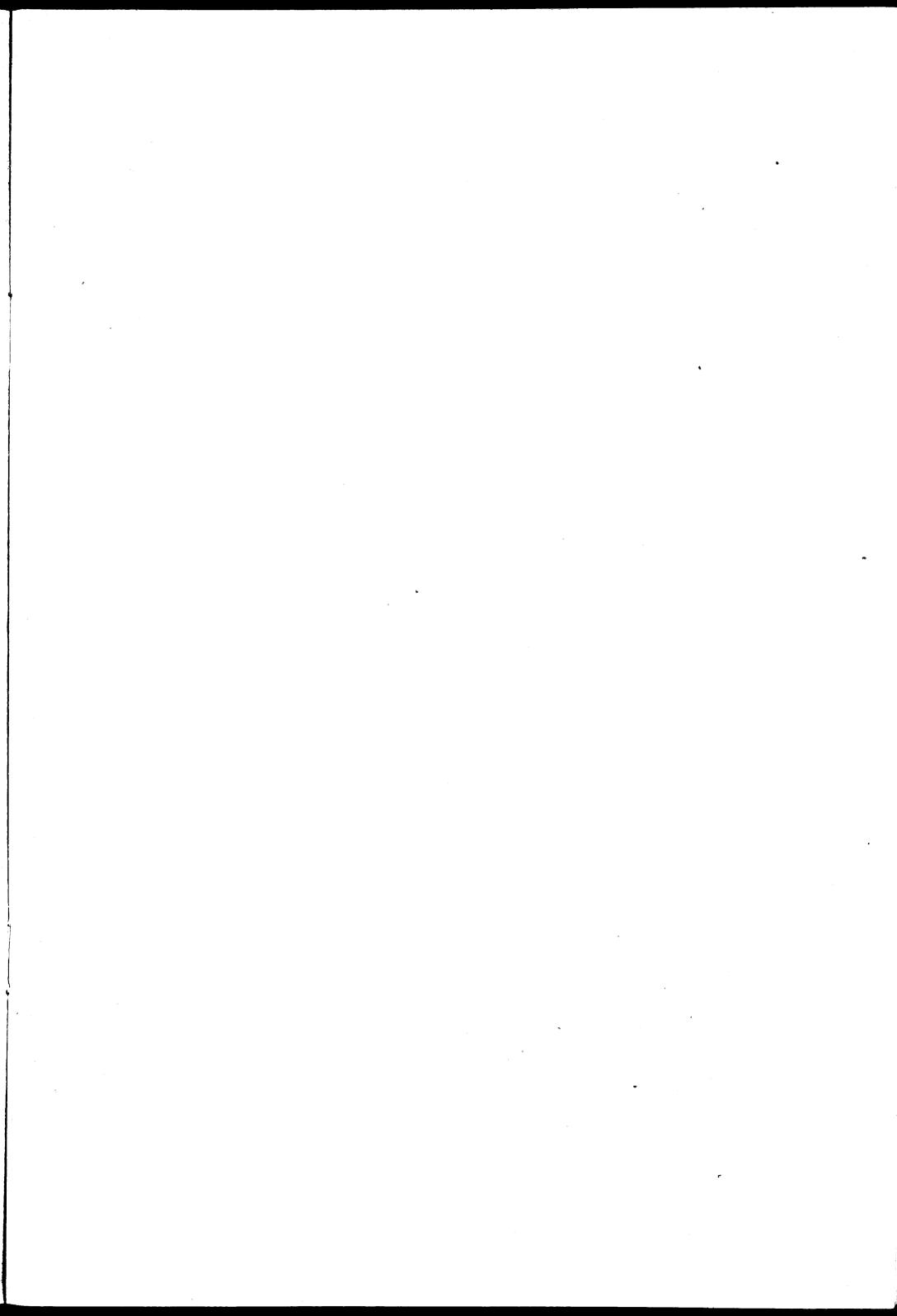
ESTRATTO DA «LE FORZE SANITARIE»

ANNO IX - N. 15, DEL 15 AGOSTO 1940-XVIII

*Misc B*  
*68*  
*15*

STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA







Dott. ARNALDO LUSIGNOLI

# Per la difesa dalla malaria

ESTRATTO DA « LE FORZE SANITARIE »  
ANNO IX - N. 15, DEL 15 AGOSTO 1940-XVIII



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



Premetto ch'io non sono un malarologo: di malaria però mi sono occupato lavorando per alcuni anni nel laboratorio e sotto le direttive di BATTISTA GRASSI; ho esercitato anche la professione per vario tempo in zona malarica e ho diretto, per volere del compianto Maestro ETTORE MARCHIAFAVA, assessore del Governatorato di Roma, l'Asilo-sanatorio antimalarico di S. Egidio che proprio allora prese il nome dell'illustre clinico: anzi mi piace qui di ricordare la lapide murata nell'interno del fabbricato che in quella occasione dettò, da me pregato, il sen. FRANCESCO D'OVIDIO: *Questo Sanatorio - pei fanciulli dell'Agro Romano - dall'antico flagello della malaria - percossi e affraliti - ideò con amorevole sapienza - Ettore Marchiafava - ed al suo nome - che così alto suona nella scienza medica - e così dolce nelle opere di carità - lo volle il Comune di Roma consacrare - il 23 gennaio 1921.*

Ritorno oggi, a distanza di anni, sul tema « malaria » perchè, se tutte le malattie sociali mi hanno sempre interessato e più particolarmente la tubercolosi e la malaria, s'io non mi inganno, proprio quest'anno mi sembra dovrebbe cadere, secondo le previsioni cicliche, la recrudescenza della malaria che dobbiamo ancora considerare nostro nemico interno e delle retrovie, e quindi è necessario sia studiato come uno dei maggiori problemi della nostra politica sanitaria.

1) per i danni che determina ed i pericoli che coinvolge i quali toccano l'integrità della razza, la produzione agricola e la ricchezza nazionale;

2) per il fatto che colpisce specialmente quelle popolazioni rurali che sono la radice dalla quale l'altero sociale attinge le forze di sussistenza.

Così si spiegano tutti i provvedimenti che sono stati via via adottati dal Governo, senza però che purtroppo si sia pervenuti ad una soluzione integrale del problema stesso.

A questo proposito non posso dimenticare quel che scrissi su alcuni giornali e riviste intorno alle vecchie campagne antimalariche condotte nell'Agro Romano, specialmente nel 1928 ma anche prima e alcuni anni dopo, nè la relazione da me detta nel 1929 ad un Congresso tenutosi a Cagliari e cioè che « ogni anno si annunciava in alcune pubblicazioni come finalmente raggiunta la vittoria definitiva della scienza e della pratica sulla malaria e se ne proclamava la scomparsa », ma il fatto che negli anni successivi si continuava a parlare di vittoria, sempre definitiva, dimostrava che negli anni precedenti tale vittoria non era stata raggiunta.

Ma oggi gli ulteriori studi e le osservazioni epidemiologiche e cliniche sembrerebbe dovessero avviarci, per ciò che riguarda profilassi e terapia di questa malattia, su strada un po' diversa da quella seguita fin qui, ed è proprio su questo punto ch'io intendo trattenermi anche e soprattutto perchè siano chiarite, fin dove è possibile, le idee nel campo della pratica medica.

Il prof. GIULIO RAFFAELI, dell'Università di Roma, che da anni segue la vita del parassita malarico, evidentemente dalla osservazione di lacune nell'andamento epidemico, deve avere sospettato e osservato altre lacune nello studio biologico del parassita, perchè è giunto a scoprire un nuovo ciclo morfologico e biologico del germe malarico svolgentesi tra quello della

inoculazione degli sporozoi da parte della zanzara e quello ben noto delle forme ematiche. La scoperta di tale nuova fase di evoluzione del protozoo, date le sue ubicazioni e gli stati organici del malarico cui si accompagnano i nuovi tipi di parassita scoperti dal RAFFAELE, ha indotto questo scienziato a venire a conclusioni che hanno, mi sembra, enorme importanza dal punto di vista clinico-terapeutico e conseguentemente da quello pratico-sociale.

Negli « Annali Ravasini » (n. 7, 1940), le ricerche del RAFFAELE vengono così riassunte: L'esistenza della fase monogonica primaria spiega la *inefficacia profilattica dei rimedi antimalarici*; quella dei merozoiti che prodotti da uno schizonte apigmentato vanno a invadere nuove cellule del reticolo endotelio, ci dice il perchè della *insufficienza dei farmaci nella prevenzione delle recidive*.

Il risultato dunque sarebbe questo: inefficacia della attuale profilassi antimalarica e insufficienza della cura.

Se queste asserzioni sono esatte, appaiono di una notevole gravità perchè esse dimostrano come le campagne antimalariche, sia per la parte profilattica che per la parte curativa, così come sono state condotte fin qui, avrebbero avuto un valore molto relativo per ciò che riguarda i risultati definitivi, ed anzi spiegherebbero molto bene soprattutto le recidive malariche e conseguentemente le forme croniche.

Ma un articolo apparso pochi giorni or sono su queste stesse colonne (n. 10 di « Le Forze Sanitarie ») proveniente dall'Istituto di Malariologia, intitolato: « Consigli pratici per la terapia e profilassi medicamentosa della malaria », torna a ribadire i concetti terapeutici e profilattici che si sono seguiti fin qui dichiarando appunto che i rimedi usati e che si deve continuare ad usare sono soprattutto e innanzi tutto chinino e atebrina, poi plasmochina: l'azione del chinino e della atebrina sugli attacchi malarici è praticamente la stessa, con l'atebrina però *le recidive sono meno frequenti*.

Francamente adesso mi assale un dubbio, perchè, se è autorevole il nome del prof. RAFFAELE che fa le dichiarazioni che ho riportato poco fa, è altrettanto autorevole l'Istituto dal quale proviene l'articolo citato; ma l'uno scritto è in un certo contrasto con l'altro e il medico pratico non sa di conseguenza come regolarsi nella pratica quotidiana.

L'attuale metodo di profilassi e di terapia antimalarica, metodo che dura da tanti anni, ha dato certamente dei risultati che non si possono negare perchè

le famigerate perniciose sono, non dirò scomparse, ma indubbiamente diminuite moltissimo di numero e di gravità; anche il numero dei malarici acuti è senza dubbio diminuito, non annullato, come talvolta si è affermato; ma siamo ancora ben lontani dalla scomparsa delle forme croniche; ed è questo il male peggiore, è questo che mi fa pensare essere nostro dovere scientifico civile e nazionale guardare apertamente in faccia la verità per cercare di chiarire quell'oscuro pericolo che continua a minacciarci sempre paurosamente: le recidive malariche. Le quali sono ancora frequenti in primavera ed in inverno: come dunque evitarle?

A questo punto ricordo quel che scrisse GUIDO CREMONESE e pubblicò nel n. 5 del suo « Risanamento Medico ».

Egli afferma — e non da adesso — che l'errore fondamentale che ha messo fuori di strada gli studiosi consiste nell'aver essi fatto una cosa sola della malaria acuta e di quella cronica, tanto è vero che, sia per l'una che per l'altra, anche ora si consiglia la medesima terapia.

La malaria acuta, secondo CREMONESE, è una fase sintomatica della malattia e la cura chininica è efficacissima per la sua azione sul sintomo febbre ma non ha effetto duraturo: la malaria cronica invece ne è la fase costituzionale; non si comprende quindi come si possa adottare uno stesso rimedio così per la cura occasionale e del sintomo (malaria acuta) come per quella causale che occorre nelle forme croniche.

Lo stesso CREMONESE si appella, per questo, alla differentissima sintomatologia clinica e biologica nei due stadi estremi della malaria e divide le fasi di questa malattia in quattro stadi: di *invasione*, di *febbri tipiche intermittenti*, di *cronicità (febbri atipiche)*, di *cachessia*. Egli accenna anche alla diversa serie di manifestazioni ematologiche e cliniche che caratterizzano tali stadi e che indicano la loro diversità di origine e di meccanismo. Il primo stadio che è di *invasione* non presenta alcunchè di preciso sia dal punto di vista parassitario che da quello ematologico: possono esservi delle « punte » di iperinfocitosi ma esse sono legate al fatto della febbre la quale è continua, remittente, sì da far talora sospettare una tifoide.

Nel secondo stadio invece la febbre elevata è *intermittente* e a periodi regolari, preceduta da brivido: si può prevedere l'ora dell'accesso.

Nel terzo stadio la febbre si ha a intervalli più o

meno lunghi, irregolari; è atipica, accompagnata da manifestazioni varie dovute a complicitanze a carico di uno o più organi: un sintomo locale può trarre in inganno e la febbre può talora mancare.

Nella cachessia infine predominano i fenomeni gravi generali, ma talvolta la febbre non si avverte.

Nel primo stadio non si riscontrano parassiti in circolo, nel secondo sì, nel terzo possono essere talmente rari da sfuggire alla ricerca, nel quarto sono rari ancor di più. La milza, normale nel primo stadio, sensibile alla pressione nel secondo ma per lo più molle, dura nel terzo, molto ingrossata ed egualmente dura nel quarto. Il sangue non presenta anomalie nel primo stadio, nel secondo si hanno discesa del tasso emoglobinico, leucopenia, mononucleosi; le anomalie citologiche dello stadio acuto sono prevalentemente a carico degli eritrociti e denotano la grande fretta dell'organismo a sostituire quelle distrutte dal processo febbrile. Nel terzo stadio il sangue presenta invece quella che BACCELLI denominava « emodiscrasia morfologica » a carico prevalentemente dei leucociti e dimostrante un processo profondo, costituzionale. Nel quarto stadio si notano tutte le alterazioni proprie di uno sfacelo dell'organismo. Non meno caratteristica è l'azione del chinino nei quattro stadi: nullo o non somministrato nel primo, è nettamente febrifugo nel secondo, indifferente nel terzo e nullo nel quarto.

Queste diversità di comportamento biologico dell'organismo non debbono essere trascurate perchè stanno ad indicare diversi mezzi di difesa di esso e quindi diversi metodi per combattere la malaria, e non possono quindi, secondo il CREMONESE, esser messi a confronto per la terapia malati che appartengono a differenti stadi del morbo.

Queste dunque sono le idee del CREMONESE ed il suo metodo terapeutico — la cosiddetta immunometaloterapia — è esclusivo per la malaria cronica e ad azione causale: si comprende quindi come dal miscuglio di soggetti in esperimento appartenenti ai diversi gruppi di malaria non può nascere che una confusione la quale andrà a vantaggio della cura chininica nei casi nei quali si tratta di forma acuta e nei quali perciò l'effetto è pronto; mentre nei casi cronici la cura causale — cioè la immunometaloterapia — è lunga e di effetto non immediato. Lo stesso autore del resto dichiara che l'effetto del suo metodo è nullo nei primi due stadi, è radicale nel terzo con percentuali elevatissime di successo, è spessissimo recuperatore di malati nel quarto stadio.

I parassiti col chinino scompaiono dalla circolazione, con la immunometaloterapia si necrotizzano, come avrebbero dimostrato molti lavori tra i quali « *Malaria* » di DRIESSEN.

Io, voglio ripeterlo, ho ripetuto le idee del CREMONESE, ed oggi che il RAFFAELE mette più di un punto interrogativo sull'efficacia della terapia e della profilassi così come ancora si usa e si consiglia di fare, mi domando se non sarebbe il caso di studiare ancor più profondamente il problema e di ritornare sugli studi del CREMONESE, considerato specialmente che egli insiste sulla necessità di curare la malaria cronica.

Il chinino cura certamente le forme acute ma spesso non sopprime le forme croniche; se fosse vero che col sistema ideato dal CREMONESE si potessero recuperare integralmente almeno l'80 % di malarici cronici, come afferma il CREMONESE stesso, non sarebbe giunta l'ora di sperimentarlo con tutte le garanzie, come sin qui non sembra sia stato fatto?

Ricordo che in una seduta tenuta al Consiglio superiore della Sanità, al quale allora appartenevo, presieduto da E. MARCHIAFAVA, si trattò del metodo di cura del CREMONESE, ma il consenso si limitò alla lettura di una relazione fatta da un noto igienista genovese, ora defunto, relazione che concluse sommariamente e contrariamente al CREMONESE stesso, e tutto finì così. Ma poichè oggi i nuovi studi e le nuove conclusioni alle quali è giunto il RAFFAELE portano nuova luce sull'argomento, non varrebbe la pena, pur non abbandonando affatto il chinino e l'atebrina e gli altri preparati ben noti, di guardare e di indagare ancor di più e meglio a fine di riuscire una buona volta a togliere il male sin dalle sue radici?

« La bonifica umana come mezzo di sradicare la malattia curando a fondo i malati nell'intento di distruggere la sorgente umana dell'infezione, distruggendo i parassiti, si è dimostrata senza risultati pratici »: sono queste parole che provengono dall'Istituto di Malariologia: nuovi e ripetuti tentativi non potrebbero riuscire a risolvere anche questo problema? Il che tutti ci auguriamo.

*Secondo il desiderio espresso dall'illustre prof. senatore R. Bastianelli, abbiamo preso in esame l'articolo del dott. Lusignoli. Dobbiamo rilevare che le contrad-*

dizioni che il dott. Lusignoli ritiene di scorgere tra le conclusioni cui io sono pervenuto con le mie ricerche e le norme di terapia e profilassi dettate dall'Istituto di Malariologia e pubblicate di recente in "Forze Sanitarie", sono frutto di un equivoco che va subito chiarito.

La scoperta recentemente fatta di una particolare fase di evoluzione dei parassiti malarici nelle cellule endoteliali e reticolo-endoteliali, resistente all'azione di quei farmaci antimalarici i quali sono invece notoriamente di sicura efficacia contro i parassiti del sangue, non viene a modificare in alcun modo i metodi terapeutici sinora in uso. Essa spiega, è vero, la ragione dei frequenti insuccessi osservati nella profilassi della malaria e nella prevenzione delle sue recidive, ma non menoma per questo in alcun modo il valore di tali

farmaci i quali, agendo sulle forme del sangue, interrompono le manifestazioni morbose con le loro varie e spesso gravi conseguenze.

Ciò va ben stabilito a scanso di pericolosi equivoci, che potrebbero riuscire estremamente dannosi.

Le recenti ricerche apriranno forse la via ad una forma di terapia più completa ed è sommamente augurabile che ciò avvenga, ma, per il momento, le norme sulla profilassi e sulla cura della malaria restano immutate e quali sono state sancite da una lunghissima e vastissima esperienza.

Nè le nuove ricerche possono valere a rimettere in valore metodi di cura proposti in passato dei quali è stata documentata l'assoluta inefficacia.

Prof. G. RAFFAELE

*8/8/11*

8.577



