

Ms B73/ 1

Dott. CARLO CAMMARELLA

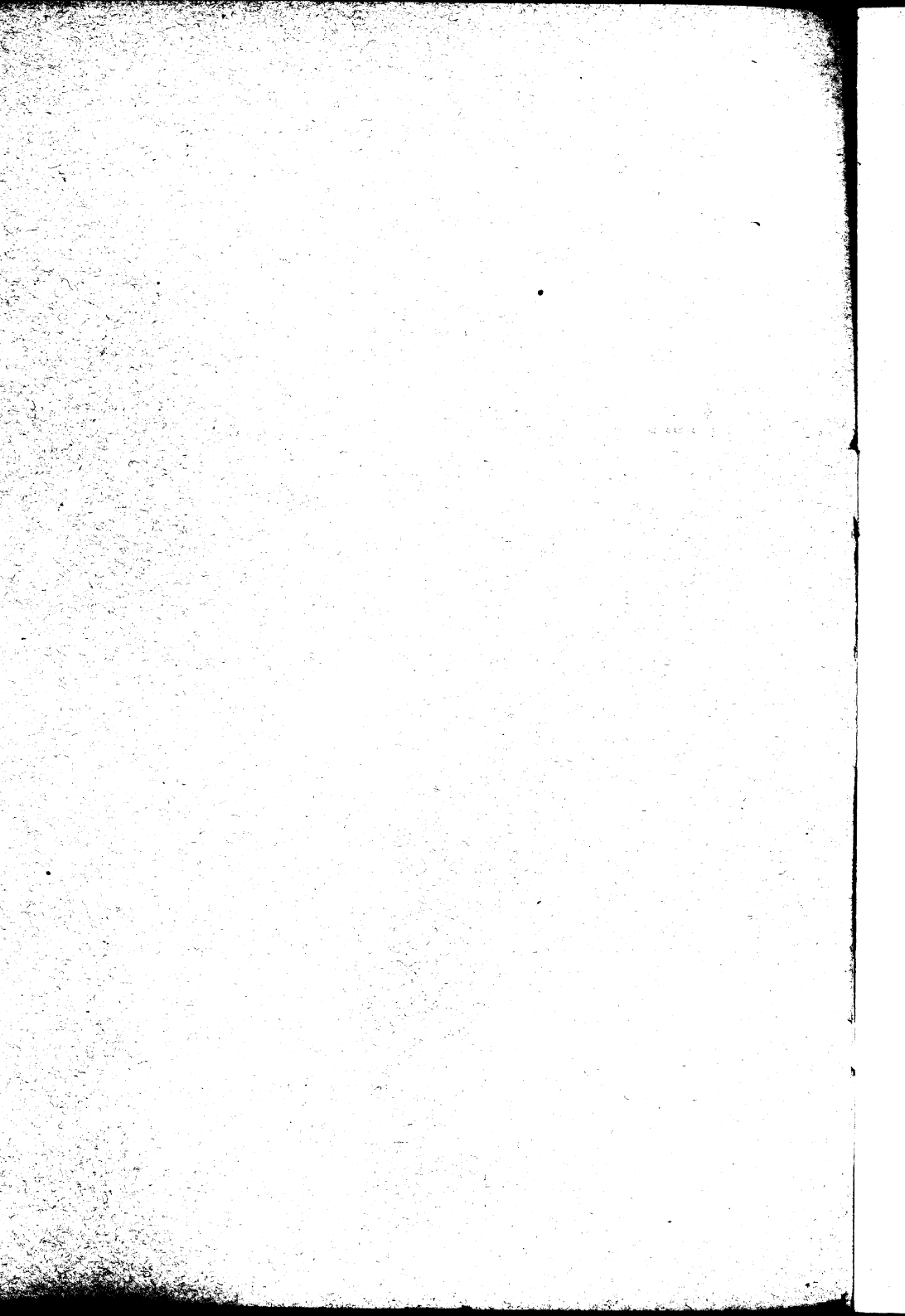
BATTERIEMIA DISSENTERICA

Estratto dal BOLLETTINO E ATTI
DELLA R. ACCADEMIA MEDICA DI ROMA

Anno LXVII (1941-XIX) - Fasc. XI



DITTA TIPOGRAFIA CUGGIANI
ROMA - VIA DELLA PACE, 35
1941-XX

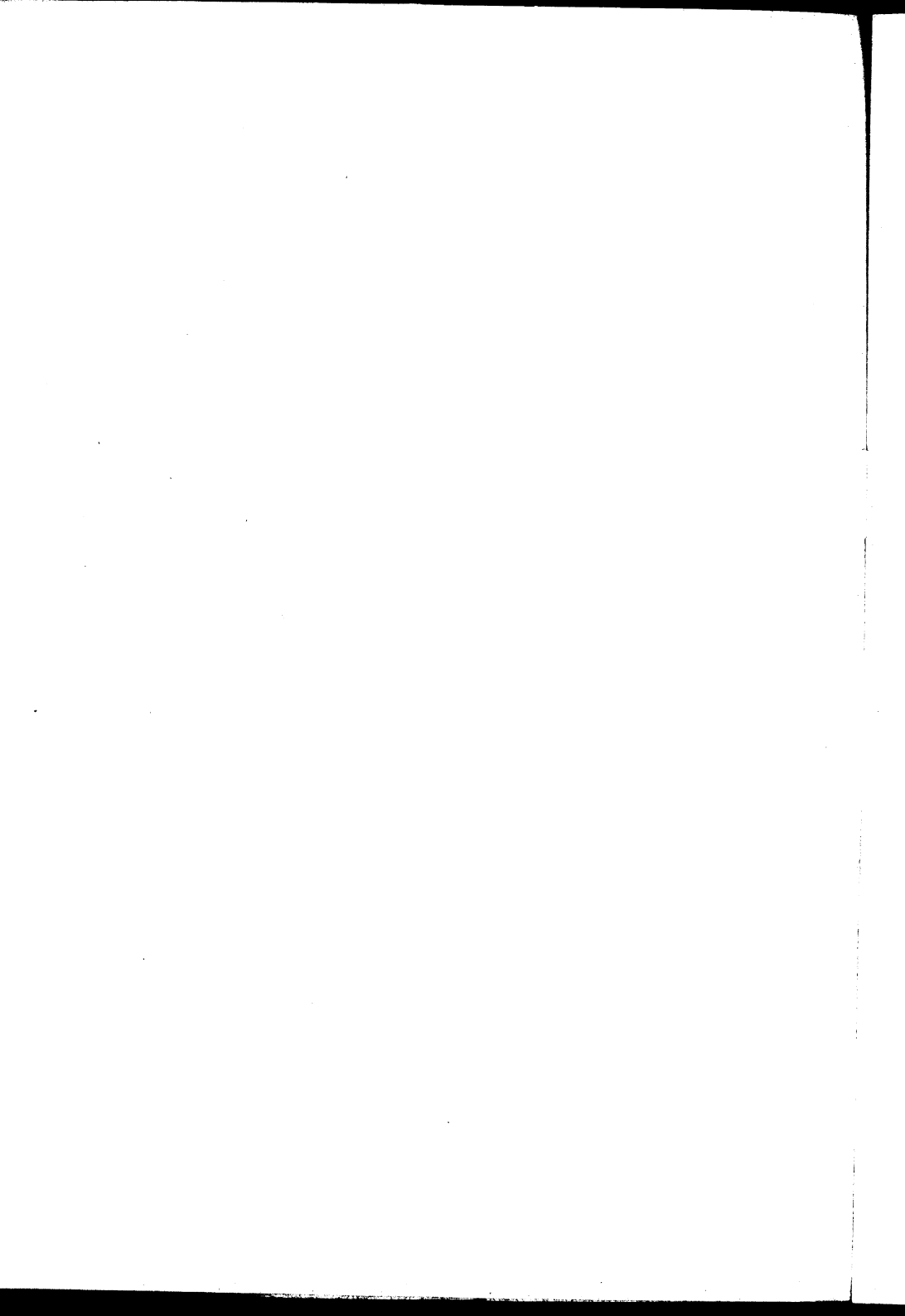


ISTITUTO DI CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: SEN. PROF. L. SPOLVERINI

DoTT. CARLO CAMMARELLA, ASSISTENTE

BATTERIEMIA DISSENTERICA

*Comunicazione alla Seduta del 29 novembre 1941-XX
della Reale Accademia Medica di Roma*



Reperti di batteriemia da *bb.* dissenterici costituiscono delle assolute rarità.

Oltre al caso di FRAENKEL, si conoscono i 16 casi raccolti nella letteratura da ROTHMAN, 1 caso di SCOTT, e i 3 casi di DODD e SWANSON.

Tali reperti sono quasi tutti da emocolture antemortem; alcune anche da emocolture postmortem.

Il caso che ci accingiamo a descrivere presenta perciò un interesse anche maggiore, in quanto il paziente pervenne a guarigione.

P. Aldo, mesi 18, ricoverato il 2 giugno 1941.

Nulla di patologico nel genilizio. Terzogenito, nato a termine da parto eutocico (peso alla nascita Kg. 4,200). Allattamento materno con accrescimento stentato. Divezzato completamente a 17 mesi.

A 6 mesi di età morbillo.

La malattia attuale risale a una settimana circa. Inizio con febbre (che dura tuttora a carattere continuo remittente) e con diarrea: le feci, contenenti grumi e muco, sono emesse con premiti.

Non vomito. Appetito conservato.

Esame obiettivo (all'ingresso):

Condizioni generali un po' gravi. Il bambino si presenta depresso con un aspetto che ricorda quello dell'intossicato (apatico, assopito, occhi alonati ecc.).

Stato di nutrizione assai deficiente relativamente all'età (Kg. 7,700). Cute sollevabile in pliche, che si ridistendono lentamente. Scarso pannicolo adiposo sottocutaneo. Mucose visibili piuttosto asciutte. Pallore cutaneo e delle mucose visibili. Non esantemi nè enantemi. Micropoliadenia diffusa.

Temperatura 38°,2. Polso 140, ritmico, discretamente ampio, facilmente deprimibile. Respiro regolare.

Capo: fontanella anteriore quasi completamente chiusa. Nulla di patologico agli occhi, naso e orecchie.

Labbra umide. Gengive tumide, arrossate, facilmente sanguinanti. Lingua impiantata. Fauci intensamente arrossate.

Addome: di volume e conformazione normale, trattabile, indolente.

Fegato: deborda di circa 1 cm. e $\frac{1}{2}$ dall'arcata costale di consistenza normale.

Milza: nei limiti.

Apparati respiratorio, circolatorio e sistema nervoso: nulla di patologico.

L'ispezione delle feci fa riconoscere la presenza di grumi e muco; assenti invece pus e sangue. Le scariche risultano effettivamente emesse con premiti (dall'attestazione del personale di assistenza).

Decorso: nei giorni successivi all'ingresso in Clinica persiste la febbre (con massimi notturni anche di 40°) a carattere fortemente remittente. Non si rilevano sintomi nuovi, salvo che per ciò che si riferisce alle scariche: queste appaiono in complesso più digerite, inoltre presentano saltuariamente chiazze di muco-pus e sangue (rilevati la prima volta in 16ª giornata di malattia), per cui ci si forma il convincimento che si tratta di una vera e propria dissenteria batterica, non ostante che il primo esame colturale delle feci abbia dato risultato negativo per la ricerca dei bb. dissenterici.

In 12ª giornata di malattia, si pratica un'emocoltura in brodo che dopo parecchi giorni di permanenza in termostato dà sviluppo a germi, che, con le prove biochimiche di fermentazione degli zuccheri e con le prove sierologiche, si identificano per bb. del gruppo Flexner-Y. (Per la classificazione vedi nostri lavori precedenti).

In 13ª giornata di malattia la conta dei globuli bianchi dà 6800 cellule per mm³.

In 26ª giornata di malattia si praticano le sieroagglutinzioni, riscontrando positività solo nei confronti dei bb. del gruppo Flexner-Y fino al titolo 1:400.

Un secondo esame delle feci ripetuto in 26ª giornata di malattia dà anche esso esito positivo per la ricerca di bb. dissenterici, con gli stessi caratteri di quelli isolati dal sangue, appartenenti perciò al gruppo Flexner-Y. È da notare che le scariche si mantengono frequenti (oltre 3 al dì) fino alla 30ª giornata di malattia, in cui viene ancora osservata la presenza di muco.

Esame delle urine: costantemente negativo.

Dieta: dapprima somministrazione di latticello con aggiunta di crema di riso; poi progressiva somministrazione di latte vaccino, prima scremato poi sempre più ricco in grassi fino al normale, in opportune diluizioni e con opportune aggiunte.

Terapia: dapprima puramente sintomatica (idratante; analettica; bolus alba; urotropina). La scarsa reattività spontanea dell'ammalato di fronte al processo infettivo, ancora non definito etiologicamente, induce a praticare a scopo stimolante una trasfusione di sangue (130 cc.) in 15ª giornata di malattia.

In 16ª giornata, in cui per la prima volta compaiono nelle feci insieme col muco anche pus e sangue, nel convincimento clinico che si tratti di vera dissenteria batterica (solo più tardi documentata attraverso la positività dell'emocoltura, della sieroagglutinazione e del secondo esame colturale delle feci) si inizia sieroterapia specifica con siero antidissenterico polivalente I.S.M. (totale 80 cc. in 4 giorni, per via endomuscolare).

Nei giorni seguenti evidente normalizzazione della temperatura e ripresa del peso. Sebbene già nei giorni precedenti fosse stato rilevato clinicamente qualche accenno a miglioria, essa, dopo l'intervento emotrasfusionale e sieroterapico (o in coincidenza di esso?) diventa effettiva e netta.

In 35ª giornata dall'inizio della malattia il bambino viene dimesso completamente guarito.

Si è trattato di un caso, nel quale il decorso febbrile, lasciava in un primo momento sospettare un processo setticemico tifosimile.

Tuttavia già la presenza di scariche, sia pure saltuariamente, mucopurulente-emorragiche più che l'assenza di altri sintomi probativi per il

tifo o paratifo (si tenga presente l'atipicità del quadro clinico dell'infezione tifoide nell'infanzia e specialmente nella prima infanzia!), avevano poi indirizzato il giudizio diagnostico verso la dissenteria batterica. Le ricerche di laboratorio hanno pienamente confermato questo giudizio clinico con la positività concordante dell'emocultura, della sieroaagglutinazione e del secondo esame culturale delle feci, specificando trattarsi di una forma da bb. del gruppo Flexner-Y, i quali com'è noto (anche da nostre precedenti ricerche in Roma e dintorni) sono i più frequenti agenti della dissenteria batterica infantile.

La positività dell'emocultura pone il quesito: batteriemia transitoria o setticemia vera?

Anzitutto si è trattato di un solo esame ed è noto che per affermare con sicurezza una setticemia (cioè non solo la presenza dei germi nel sangue, ma la loro moltiplicazione in esso) è necessaria la dimostrazione ripetuta di germi nel sangue, cioè più di una emocultura positiva.

Prescindendo da questo rilievo, l'intero decorso della malattia si svolse in modo tale da far risaltare solo due fenomeni: il comportamento della temperatura e i caratteri delle scariche intestinali. Ora questo decorso tifosimile secondo la nostra esperienza (e quella ben più autorevole di FINKELSTEIN che ne fa esplicita menzione nel suo *Trattato delle malattie del lattante*) non è raro a riscontrarsi nella dissenteria batterica della prima infanzia senza che sia possibile trovare in casi simili positività delle ricerche emoculturali quantunque eseguite nei momenti più adatti.

Non è da trascurare inoltre la mancata compromissione degli organi parenchimatosi (in particolare del rene), il che depone contro l'ammissione di una setticemia.

Per queste ragioni siamo propensi a ritenere che si sia trattato di una batteriemia transitoria, sorpresa in 12ª giornata di malattia dal nostro esame emoculturale.

In tal senso parla anche l'esito favorevole della malattia nel nostro caso, che pertanto si differenzia dagli altri noti nella letteratura, in cui la batteriemia rappresentò un fenomeno premortale. In alcuni di questi ultimi casi si tratta infatti con grande probabilità di invasioni terminali nel circolo da parte di germi pullulanti nell'intestino: un fenomeno analogo a quanto si verifica da parte di vari germi patogeni nell'ultima fase di malattie anche non infettive o nell'agonia.

Sull'efficacia nel caso presente dell'emotrasfusione e della sieroterapia specifica, noi siamo ben lungi dall'affermare: « post hoc, ergo propter hoc »; tuttavia, se pure la loro azione non si può ritenere decisiva sull'esito favorevole della malattia, certamente non si può nemmeno

negare una loro azione coadiuvante nel processo di guarigione. Pertanto la loro applicazione rimane sempre consigliabile in attesa della dimostrata efficacia di altre terapie tuttora in fase sperimentale (p. e. sulfamidoterapia).

RIASSUNTO. — Illustrazione di un caso di dissenteria batterica infantile da bb. del gruppo Flexner-Y (con esame colturale delle feci e sierodiagnosi positive), in cui l'emocoltura in 12^a giornata di malattia risultò positiva per gli stessi germi isolati dalle feci.

In base all'unicità del reperto emoculturale, all'assenza di segni clinici probativi per una setticemia nonchè per l'esito favorevole della malattia, si conclude per una batteriemia transitoria.

AUTORI CITATI

FRAENKEL, « Deuts. Med. Wochschr. », XLI, 1182, 1915.

ROTHMAN, « Journ. Pediatrics », IX, 167, 1936.

SCOTT, « China med. Journ. », LIII, 193, 1938 (riferito in « Zbl. Bakt. u. Par. », CXXX, 340, 1938).

DODD e SWANSON, « Am. Journ. Dis. Child. », LVI, 1082, 1938.

FINKELSTEIN, *Trattato delle malattie del lattante*, Soc. Ed. Libr., 1929, parte seconda, pag. 943, ultime righe.

CAMMARELLA, « Lattante », fasc. VI, 1939.

BIOCCA e CAMMARELLA, « Annali d'Igiene », anno XLIX, 1939.

RITA e CAMMARELLA, « Annali d'Igiene », anno L, 1940.



345210

