

81/200374/28

**CLINICA DELLE MALATTIE TROPICALI E SUBTROPICALI DELLA R. UNIVERSITÀ DI MODENA**  
Direttore: Prof. GIUSEPPE ACANFORA

---

**GIUSEPPE ACANFORA**

**Aspetti Clinici delle Malattie Tropicali nei nostri climi**

---

Prolesione al Corso Ufficiale tenuta il 25 febbraio 1943-XXI

---

Estratto dall'« Archivio Italiano di Scienze Mediche Coloniali e di Parassitol. »  
Vol. XXIV (IX della Nuova Serie) - 1943-XXI

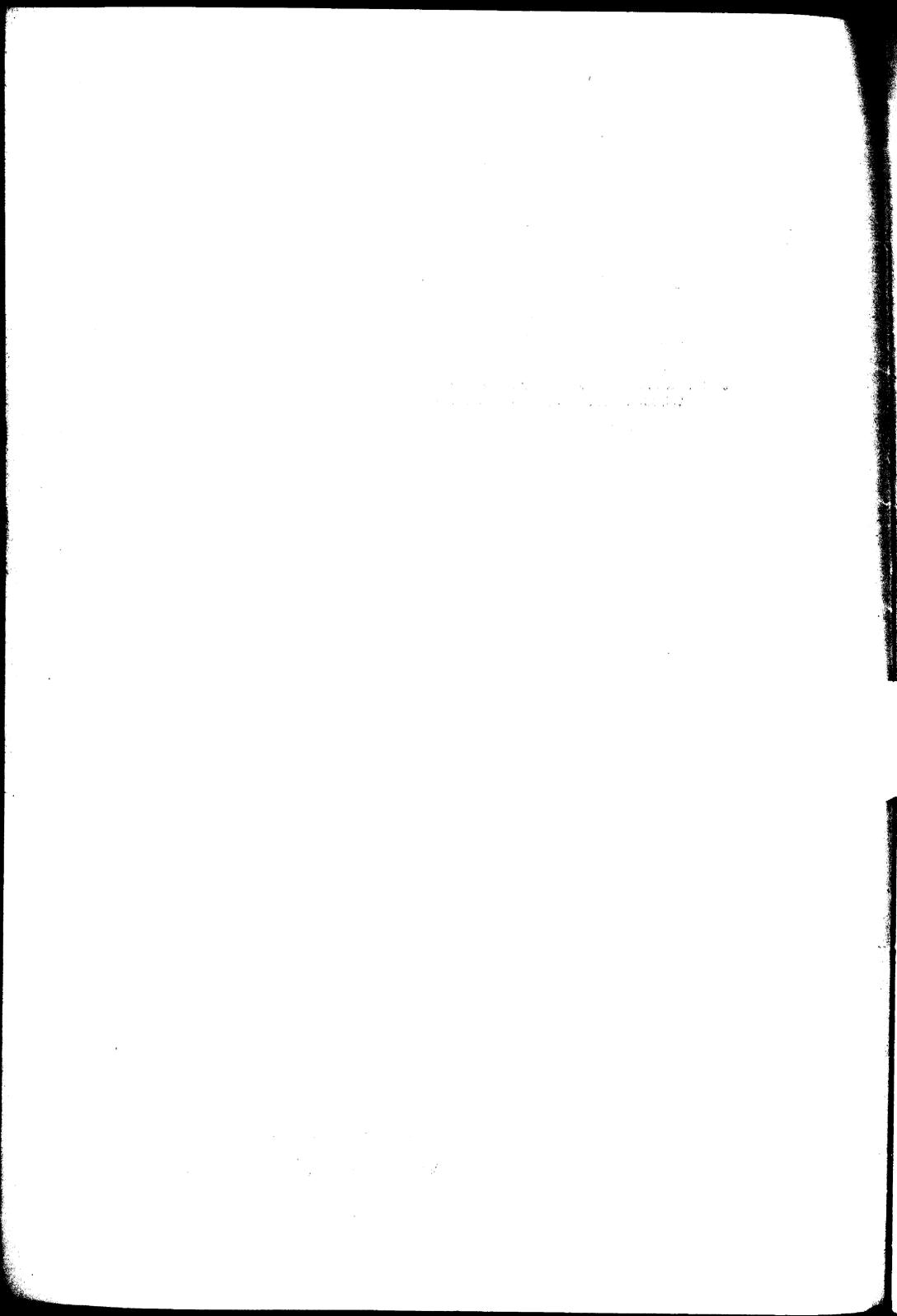
---



« EDIZIONI UNIVERSITARIE »

---

VIA DEL QUIRINALE, 22 - ROMA



---

---

Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali della R. Università di Modena  
Direttore: Prof. GIUSEPPE ACANFORA

## ASPETTI CLINICI DELLE MALATTIE TROPICALI NEI NOSTRI CLIMI

Prolusione al Corso Ufficiale tenuta il 25 febbraio 1943-XXI

GIUSEPPE ACANFORA, DIRETTORE

*Eccellenze, Signore e Signori, miei cari Allievi.*

*È con profonda commozione che io, come insegnante, varco oggi la soglia di questo Ateneo che sei secoli di storia hanno reso ormai celeberrimo, commozione fatta ancora più grande perchè io parlo al cospetto di illustri Maestri della medicina e perchè riconosco che la mia età, relativamente giovane, avrebbe potuto benissimo tenermi ancora tra coloro che aspettano.*

*In quest'ora solenne compio il mio primo dovere di rivolgere rispettoso omaggio alla Casa Reale Savoia-Aosta, i cui Principi, tropicalisti per eccellenza, dettero in ogni momento il loro generoso appoggio allo sviluppo della Medicina Tropicale in Italia. Il mio commosso pensiero va alla memoria di AMEDEO DI SAVOIA, Principe valoroso che disparate terre tropicali conobbe in pace ed in guerra, ed il mio umile ringraziamento e la mia rispettosa riconoscenza vanno all'A. R. il Duca AIMONE DI SAVOIA-AOSTA, al quale noi tropicalisti italiani tanto dobbiamo e che in questa occasione ci avrebbe concesso l'altissimo onore della Sua presenza se ragioni di carattere militare non glielo avessero impedito come Egli tanto graziosamente si è degnato comunicarmi col seguente telegramma:*

« Spiacente impegni di servizio impediscono assistere vostra prolusione che avremmo interessato formulo migliore augurio per opera illuminata cui avete dedicato tanta benemerita attività armonia con tradizione Regia Marina che iniziata da vostro grande Maestro est universalmente apprezzata per nobiltà di intenti et importanza di risultati. Affezionatissimo Aimone di Savoia ».

Il mio saluto ed il mio profondo ringraziamento vadano subito dopo ai Maestri e Colleghi tutti della Facoltà, che proponendo prima il concorso e dandomi poi il loro unanime voto mi permisero di salire all'onore della cattedra. Io li ringrazio anche con tutto il cuore per la dimostrazione di cordiale ed affettuosa amicizia che mi hanno voluto dare coll'interrompere il loro lavoro per venire ad assistere a questa mia prolusione.

Non è già per seguire una tradizione, ma per liberarmi da un imperioso bisogno spirituale, che io volgo ora il pensiero al mio passato per ricordare e ringraziare i Maestri, ai quali io devo la mia formazione e che sono stati gli artefici della mia ascesa a questa cattedra.

Con grande tristezza io devo cominciare col nome di un Uomo che non è più: il prof. PILADE LACHI dell'Università di Genova, che mi accolse studente del primo anno di medicina nel suo istituto e mi seppe circondare di tali premure ed attenzioni da far nascere e radicare in me l'amore più profondo per la carriera scientifica.

Le mie parole di riconoscenza e di ringraziamento vanno poi al prof. DARIO MARAGLIANO, che nel secondo triennio di studi universitari a Genova mantenne viva — anzi alimentò — in me la fiaccola dell'amore sacro per la scienza. Io ricordo con tenerezza le assidue ed affettuose cure che egli aveva per me e l'entusiasmo che queste sue cure suscitavano nel mio animo, per cui oggi io sono convinto che molti giovani si guadagnano o si perdono per la carriera scientifica a secondo del maggiore interessamento che i Maestri hanno per loro.

A questi due Uomini io devo l'esser giunto alla laurea con un corredo di cognizioni di anatomia, di istologia normale e patologica, di ematologia, di biochimica, di tecnica di laboratorio e di tecnica delle operazioni tale da rendermi molto agevole l'ulteriore cammino.

Ma il mio animo pieno di riverente affetto e di commossa gratitudine si rivolge a Colui che è stato veramente — come

disse il sommo Poeta — « lo mio maestro e lo mio autore », ad un Uomo che ha sempre amato guidare i suoi allievi più che con la parola con l'esempio, ad un Uomo che come scienziato onora la Medicina Italiana e come cittadino dovrebbe essere additato ad esempio da tutti gli italiani, a colui che col suo nome e con la sua volontà fece per primo in Italia — dico e ripeto per primo — assurgere l'insegnamento della Medicina Tropicale alla dignità di insegnamento clinico: questi è ALDO CASTELLANI.

Mio caro Maestro,

Vorrei essere un grande oratore per far rivivere con le mie parole la dolce atmosfera del vostro istituto, dove voi vi siete creata una seconda famiglia; dove voi siete il Capo che nessuno teme e tutti amano, rispettano e ammirano e dove la più rigida disciplina è tenuta con la vostra affettuosa parola e col vostro esempio; dove la più ambita promessa si compendia nell'unica vostra parola « Lavorate » e dove si lavora con la più assoluta fiducia in voi; dove non esistono gelosie nè rivalità e dove voi con tutta modestia approfondete i tesori della vostra esperienza e del vostro sapere.

Niente di più piacevole di questo ricordo, niente di più caro che esternare oggi tutta la mia riconoscenza, la mia devozione e tutta la mia gratitudine al prof. JACONO che in quell'istituto veniva prima di me e nello stesso tempo ringraziare coloro che mi seguivano e che con me collaborarono in cordiale cameratismo.

Eccellenze, Signore e Signori.

Io ho scelto come argomento della mia prolusione « gli aspetti clinici delle malattie tropicali nei nostri climi » concentrando naturalmente la mia attenzione su quanto si è svolto e si svolge nelle nostre terre.

Mi è sembrato infatti che dopo undici anni di esperienza fatta nella Clinica tropicale di Roma, di cui cinque trascorsi in mezzo a grandi avvenimenti di carattere coloniale tropicale, si potesse dare uno sguardo al passato e fare una specie di bilancio consuntivo, dal quale consuntivo trarre necessari e indispensabili ammaestramenti per il futuro. Poichè una cosa è certa: il naturale sbocco della corrente emigratoria europea, e princi-

palmente italiana, è rappresentato dal continente africano: tutte le altre sono soluzioni di ripiego. Fattori di portata colossale vogliono questo. Non fucili, non cannoni, non aeroplani e tanto meno trattati, ma solo una forza soprannaturale potrebbe modificare il corso di tali eventi.

Orbene che cosa abbiamo osservato, per quel che riguarda la patologia umana, in questo periodo di tempo? Abbiamo osservato un fenomeno molto semplice e prevedibile, fenomeno paragonabile a quello che avviene quando si mettono a contatto due sostanze disciolte nel medesimo solvente e contenute rispettivamente nelle due branche di un tubo ad U: la sostanza contenuta nell'una branca si diffonde nell'altra e viceversa.

Questo fenomeno era già stato osservato in altre Nazioni aventi possedimenti coloniali in zone tropicali con la comparsa in queste colonie di malattie proprie dei paesi a clima temperato o freddo, mentre in queste regioni facevano il loro ingresso o si moltiplicavano gli ammalati di malattie tropicali. È noto, per esempio, che la tubercolosi al Ceylon — CASTELLANI lo ripete spesso — trenta anni fa era una malattia rarissima, mentre sappiamo che oggi è una delle più comuni; ed è noto che nell'Africa Orientale il tifo addominale fino ad otto o nove anni or sono era ritenuto praticamente assente, mentre già durante la guerra italo-etioptica noi avemmo occasione di osservarne parecchi casi.

Ma non è di questa corrente che io mi sono prefisso di parlare oggi, bensì di quella in senso contrario. Anche questa era stata già osservata in altre nazioni aventi colonie tropicali, ma da noi in Italia il fenomeno assunse subito una rapidità molto maggiore.

Ciò si spiega per due ragioni. Prima perchè qualunque territorio coloniale italiano non ha e non potrà mai assumere la fisionomia degli imperi della nazioni ricche di molti beni ma povere di uomini. Qualunque colonia italiana sarà sempre sbocco alla nostra esuberante popolazione che nella sua crescente moltiplicazione, non più contenibile negli argini rappresentati dai confini della Patria, è fatalmente condotta a straripare in altre terre ed in altre regioni. In queste condizioni noi possiamo essere certi che ogni nostro territorio coloniale non potrà a meno di essere intimamente e saldamente legato alla Madre Patria con la quale costituire una unica entità attraverso un avvicinarsi di uomini e di cose ed un continuo alimentarsi di traffici.

*L'altra ragione sta — io l'ho già detto — nel grande attaccamento che hanno gli italiani per la loro Patria, attaccamento dimostrato nelle più numerose e disparate occasioni e durante i più lunghi periodi di tempo. Per cui, come essi amano ritornare ogni tanto in Italia per rivedere il nostro sole ed il nostro cielo, così bramano farvi ritorno appena sanno di essere affetti da un male che abbia un più lungo decorso. Naturalmente questo desiderio negli anni passati si è acuito e si è moltiplicato appena fu reso noto che in Italia vi erano istituti specializzati nei quali poter essere curati come e meglio che altrove.*

*Ma piuttosto che continuare a parlare in modo generico permettetemi che io esamini particolarmente come si è modificata in questi ultimi anni, e per le ragioni sopraesposte, la fisionomia della patologia nostrale, e più precisamente permettetemi che io scenda ad illustrare brevemente alcuni determinati aspetti della patologia tropicale nei nostri climi, onde trarne poi le necessarie deduzioni e conclusioni.*

AMEBIASI. — L'amebiasi è il capitolo della patologia tropicale e subtropicale che si può dire all'ordine del giorno.

Non vi è dubbio che l'amebiasi sia una malattia riconosciuta autoctona da molti anni specialmente nel bacino del Mediterraneo ed in particolare nel sud Italia, ma è altrettanto certo che gli aumentati scambi di uomini fra l'Italia ed alcune regioni tropicali abbiano contribuito moltissimo alla sua diffusione. Anzi se si dovesse stare a ciò che si sente si dovrebbe concludere che l'amebiasi oggi è una delle malattie più diffuse in Europa e particolarmente in Italia. Tanto diffusa, si può dire, che non vi è medico che non abbia una ragguardevole statistica in proposito; ma che dico?, non vi è profano di medicina che non si senta autorizzato a discutere sull'amebiasi e a dare i suoi consigli su questa o su quella terapia.

L'amebiasi è oggi la malattia di moda. Parrebbe quindi logico pensare che in questo campo nessun ammalato dovrebbe più sfuggire alla esatta diagnosi del medico, poichè questi ne dovrebbe conoscere a perfezione ogni lato e perchè ogni medico in presenza di un paziente affetto da una sindrome più o meno vicina a quella tipica dell'amebiasi dovrebbe pensare a questa malattia se non altro come ad una delle più diffuse. Ed invece purtroppo — permettetemi che lo dica con tutta franchezza — la verità è che in una gran parte

dei casi si vuol trovare l'amebiasi dove in realtà non c'è e di contro spesso non la si diagnostica dove effettivamente c'è.

Il fatto che l'Italia da nazione coloniale di terzo ordine salì nel 1936 rapidamente a potenza coloniale di primissimo ordine, mentre esisteva e da soli cinque anni un'unica Clinica tropicale, ha spinto molti medici a farsi una cultura di medicina tropicale autodidatticamente. Come succede in questi casi, guai a commettere un errore all'inizio: spesso si sbaglia molte volte prima di correggere l'errore stesso.

Orbene il più grande errore in materia di amebiasi — errore che disgraziatamente si è andato diffondendo in modo epidemico — è quello di credere che la diagnosi di amebiasi si faccia col microscopio. Affermo, senza il minimo timore di essere contraddetto da alcun clinico tropicalista che meriti questo nome, che nella massima parte delle malattie tropicali e nell'amebiasi in ispecie, nella vera amebiasi s'intende bene, la diagnosi si fa prevalentemente con la clinica, si fa con la profonda conoscenza dell'ammalato, con l'esatta valutazione dei sintomi e col fine ragionamento clinico. La diagnosi di amebiasi non si fa mandando il vasetto di feci al laboratorista ed aspettando che questi emetta la sentenza, poichè, a parte il fatto che anche per questi esami è assolutamente necessario attenersi a particolari norme tecniche, noi sappiamo che anche in casi accertati di amebiasi per aver modo di osservare al microscopio il parassita occorrono spesso 30-40 o più esami ripetuti e che in alcuni casi (e sono spesso i più gravi) il parassita non lascia che tracce minime di sé sulla mucosa intestinale passando poi in altra sede chiusa all'esterno; e sappiamo anche che i portatori di *Entamoeba histolytica* sono certamente in numero molto più grande di quello che comunemente si crede, i quali portatori possono benissimo ammalare, come si vedono di fatto ammalare, di altre malattie diversissime dall'amebiasi e che tuttavia abbiano con questa qualche comunanza di sintomi ovvero che presentino lesioni anatomiche sulle quali l'*E. histolytica* può impiantarsi e moltiplicarsi come ospite secondario o addirittura come saprofita.

È proprio per questo errore di credere che la diagnosi di amebiasi si faccia col microscopio e per l'esagerazione di vedere troppo spesso l'*E. histolytica* come fattore etiologico di malattie dell'apparato digerente che noi vediamo passare sotto l'etichetta di amebiasi diarree alimentari, disturbi da

alterata funzionalità epatica, proctiti, sigmoiditi, appendicitì croniche, colecistiti croniche, coliti croniche aspecifiche, sindromi emorroidarie, polipi intestinali, tubercolosi intestinali, carcinomi del retto e del colon. coliti ulcerose criptogenetiche, ecc. ecc.

Specialmente per quanto riguarda i carcinomi del colon e del retto sono davvero un po' troppi i casi che noi vediamo per parecchio tempo curati per amebiasi soltanto perchè presentavano una dissenteria e perchè l'esame delle feci era stato positivo per presenza di *E. histolytica*. Noi ne abbiamo osservato un certo numero in clinica ed i più interessanti tra essi sono stati argomento di una mia pubblicazione. Effettivamente l'ameba in questi casi si può trovare presente nelle feci ed allo stato vegetativo per giunta; ma che forse questo solo fatto noi siamo autorizzati a fare diagnosi di amebiasi? No certo. L'*E. histolytica* può benissimo crescere e svilupparsi a spese di tessuti e di globuli rossi presenti sulla superficie ulcerata carcinomatosa; ma dopo energica e prolungata terapia emetina il parassita continua per solito a trovarsi immutato nelle feci e quello che interessa di più il paziente continua a presentare la sindrome dissenterica. Orbene chiunque abbia un po' di esperienza di questa malattia sa che nella dissenteria amebica dopo 5 o 6 giorni di appropriata cura specifica la sindrome dissenterica acuta si attenua o scompare del tutto. Se ciò non avviene si deve subito sospettare che si tratti di un'altra malattia.

Poi occorre esaminare il rovescio della medaglia e cioè che vi sono sindromi sicuramente amebiasiche e che facilmente non vengono riconosciute come tali. Sono le più importanti, perchè sono spesso le più gravi e perchè sono le forme sicuramente aumentate di frequenza in questi ultimi anni.

Ricorderò a questo proposito le coliti amebiche di antica data, non riconosciute e non curate e che hanno già dato luogo a notevoli ispessimenti più o meno diffusi delle pareti del grosso intestino; le epatiti amebiche colliquate; i pseudocarcinomi di origine amebica.

Le prime forme per il loro decorso cronico e per il fatto che si accompagnano spesso a febbre, a deperimento organico e a stenosi vengono quasi sempre diagnosticate come forme tubercolari, specialmente quando sono localizzate al cieco ed al colon ascendente. Sono però forme piuttosto

rare; basterà averle ricordate per non lasciarmi trascinare troppo a lungo nella trattazione di questo argomento e basterà ricordare che queste forme come in genere tutte le forme amebiasiche intestinali croniche non curate possono dopo un certo tempo dar luogo a sviluppi di tumori maligni.

Molto maggiore importanza hanno invece le epatiti amebiche colliquate. I casi di questa affezione sono molto aumentati in questi ultimi anni; tuttavia la pratica dimostra che la sintomatologia clinica è ancora poco conosciuta e troppo sono i casi che sfuggono alle mani del chirurgo. Eppure io vorrei che ogni medico avesse la possibilità di curare con l'emetina un caso di epatite colliquata; non tarderebbero a condividere la nostra opinione che non esiste altro medicamento più specifico. Noi abbiamo osservato alcuni casi in cui dopo essere state emesse svariate diagnosi si era venuto alla conclusione trattarsi di un comune ascesso del fegato e quindi da operarsi, ma per i quali non si nutrivano più molte speranze di salvezza. Dopo cinque giorni l'infermo entrava in convalescenza. È una cosa assolutamente meravigliosa. Che cosa comporta invece l'operazione per l'ammalato? Comporta almeno due gravi pericoli: l'invasione secondaria da parte dei comuni germi piogeni e la diffusione alla cute del processo amebico. In questo secondo caso si formano vaste ulcerazioni con facile tendenza al fagedenismo e che risentono poco della cura emetinica. Ambedue queste complicazioni abbassano notevolmente la percentuale di guarigione di questi ammalati che nel primo caso raggiunge si può dire il 100% dei casi.

Non sono molte settimane che un collega chirurgo mi pregò di rivedere un suo lavoro. Si trattava della descrizione di un caso di epatite colliquata molto interessante capitato alla sua osservazione e finito purtroppo dopo quello operatorio al tavolo anatomico. L'affezione con tutto il suo classico corteo sintomatico si trascinava da tanto tempo da aver permesso alla sacca colliquata di produrre una distruzione abbastanza estesa del corpo di una vertebra. Poi si era finalmente venuti alla conclusione che si trattasse di un comune ascesso del fegato ad andamento subacuto e lo si era consegnato al chirurgo. Questi al tavolo operatorio era rimasto colpito dai caratteri del pus ed aveva prelevato mediante raschiamento del materiale dalle pareti della sacca, materiale

che ci aveva pregato di esaminare; al microscopio si aveva l'impressione di osservare una cultura di *E. histolytica* in forma vegetativa con attivissimi movimenti ameboidi.

Viene poi la terza forma sopraricordata: l'amebiasi intestinale cronica che evolve sotto l'aspetto di un neoplasma: il cosiddetto pseudocarcinoma di origine amebica. La letteratura europea si è andata arricchendo di questi casi dal 1927 in poi. Sono relativamente rari, ma appunto per questo è più facile sbagliare. In questi casi noi ci troviamo in presenza di una tumefazione unica, di volume vario, irregolare, bitorzoluta, facilmente sanguinante, spesso stenosante e che può dare una sintomatologia clinica molto simile a quella di un cancro.

Orbene anche in questi casi un più attento esame deve permettere al medico di rilevare quei sintomi da cui deve nascere il sospetto di una diagnosi di amebiasi, sospetto che la cura ex adjuvantibus curerà poi di confermare.

La letteratura registra già parecchi casi di pseudocarcinoma di origine amebica in alcuni dei quali furono portate all'infermo inutili mutilazioni ed in altri in cui la mutilazione non avvenne soltanto perchè l'infermo rifiutò di sottoporsi ad atto operativo. E registra d'altra parte numerosi casi in cui fu fatta la diagnosi esatta e in cui la sola cura medica portò alla guarigione, controllata anche dopo molti anni.

Anche la terapia merita una qualche breve considerazione soprattutto riguardo all'uso che vediamo talora fare impudentemente dell'emetina a forti dosi e senza la necessaria ocularità. L'emetina è un veleno, che non può e non deve essere usato più dello strettamente necessario ed il suo impiego deve essere continuamente sorvegliato dal medico che ne ha esperienza. La letteratura, oltre ai casi di comune intossicazione dovuta spesso al fatto che l'emetina in questi casi dà luogo ad una sindrome dissenterica proprio come l'amebiasi che essa cura, oltre a questi casi, ripeto, ne registra parecchi di polinevriti da emetina. Vi citerò quello di una signora che ad ogni iniezione di emetina presentava crisi dolorifiche a tipo polinevritico agli arti inferiori. Fu presa per isterica e si continuò a darle le stesse dosi di emetina. L'ammalata finì con una paresi degli arti inferiori.

**MALARIA.** — La malaria è la malattia tropicale più frequente ed è la malattia che nella sua varietà — chiamamola così — tropicale può assumere aspetti proteiformi. Infatti oltre alle sindromi malariche ben note anche in Italia da molti anni, la malaria tropicale può dare tante e tante altre sindromi che si avvicinano più o meno strettamente a quelle di molte altre malattie. Chi ha esperienza di clinica tropicale sa che la malaria può simulare qualsiasi altra malattia: malattie infettive (tifo, febbre ondulante, colera, dissenteria, meningite, tetano, rabbia, ecc.), malattie chirurgiche (appendicite, ulcera duodenale, coliche renali, coliche epatiche, ecc.), malattie del sistema nervoso, malattie cutanee ecc.

La malaria è sempre presente nella nostra mente, specialmente quando vediamo alcuni sintomi di una supposta malattia presentarsi od aggravarsi regolarmente ogni giorno alla stessa ora ovvero ogni terzo od ogni quarto giorno.

Così, per esempio, tra le forme monosintomatiche a decorso spesso afebrile o con lievi elevamenti termici comunissime sono le forme nevralgiche. Assai comune è la nevralgia del trigemino di origine malarica; ma noi nella clinica di Roma abbiamo osservati anche dei casi di malaria, accertati con l'esame del sangue, in individui provenienti dall'Africa, in cui tutta la sindrome morbosa era ridotta ad un violento attacco di gastralgia che si ripeteva ogni giorno ovvero ogni terzo giorno alla stessa ora. In tutti i casi si ebbe la guarigione con la cura chininica.

E che dire dei casi di febbricola malarica contratta in Africa osservati da noi? Essi finiscono quasi sempre per passare come casi di febbre malsana o di febbricola tubercolare. Magari qualche volta il medico pensa anche alla malaria, di cui spesso il paziente riferisce nell'anamnesi ma poi dopo aver somministrato per qualche tempo uno o due grammi di chinino al giorno senza alcun esito finisce per abbandonare tale ipotesi. Sono invero queste le forme più resistenti alla terapia e il medico deve sapere che in questi casi bisogna spesso arrivare a dosi di tre o quattro grammi di chinino per bocca al giorno se si vuole vedere guarire l'ammalato.

E così, parlo sempre avendo davanti la statistica dei casi occorsi in Italia, meritano molto interesse i casi di psicopatie di origine malarica. Quando un individuo affetto da psicopatia viene dai tropici ed ha una storia di malaria o presenta

una splenomegalia è dovere del medico pensare alla malaria prima che alla casa di salute per malattie mentali. Si potrebbe dare il caso che una intensa cura chininica gli riservasse una felice sorpresa.

Mi piace per ultimo ricordare, a proposito delle sindromi chirurgiche simulate dalla malaria, un caso singolare occorso al mio maestro. Si trattava di un uomo che era stato improvvisamente colto da un tipico attacco appendicolare acuto, per cui aveva deciso di chiamare CASTELLANI. Questi non potette recarsi subito dall'ammalato e quando vi andò trovò che un chirurgo, chiamato successivamente, era già in procinto di intervenire per asportare l'appendice. CASTELLANI visitò l'infermo e pregò di attendere prima di intervenire che egli facesse un esame di sangue. Ma ormai tutto era pronto e l'operazione fu eseguita. Il decorso post-operatorio si presentava ottimo, perchè l'indomani il paziente era afebrile e dichiarava di sentirsi benissimo. Senonchè al terzo giorno ed alla medesima ora un nuovo violento attacco appendicolare si presenta identico, al primo. Questa volta l'appendice non c'era più. Fatto l'esame di sangue, questo risultò positivo per la presenza di *Plasmodium* ed una cura chininica fece veramente guarire il paziente.

Dobbiamo osservare infine che se è vero — come alcuni ritengono — che queste forme atipiche perniciose sono dovute ad una varietà tropicale del *Plasmodium falciparum*, noi finiremo certamente per osservarle anche in casi di malaria autoctona dei nostri climi.

POSTUMI DEL COLPO DI CALORE. — Anche il colpo di calore è, come voi sapete, una affezione abbastanza comune nelle regioni tropicali. Orbene il colpo di calore è capace di dare delle sequele che si protraggono anche per molti mesi dopo avvenuto l'accidente acuto. Voi capite quindi facilmente come tali casi si possano osservare in Italia o in altre regioni a clima temperato.

Sappiamo che il malato di colpo di calore, durante la convalescenza ed anche oltre, può rimanere molto sensibile alle alte temperature, può avere cefalea, vertigini, o addirittura sindromi cerebrali o cerebellari.

Ma non è su queste sindromi, bensì su una particolare successione morbosa poco nota che io desidero richiamare

la vostra attenzione, successione che si riassume nei seguenti termini: colpo di calore, meningite sierosa, idrocefalo cronico e di cui sono stati osservati interessanti casi in individui provenienti da regioni tropicali e nella clinica tropicale di Roma e in quella di Napoli.

Il colpo di calore figura come si sa fra le cause della meningite acuta sierosa. Ed infatti ad alcuni casi di colpo di calore noi vediamo seguire un quadro clinico di meningite, ma con inizio meno grave e meno tumultuoso e con una sindrome meningeale attenuata e incompleta. Spesso tutto si riduce ad una cefalea anche forte ma senza parossismi, alla nausea, o al vomito ma non ostinato, a fotofobia, ad una lieve iperestesia e ad una non violenta rigidità della nuca. Questi sintomi passano spesso inosservati confusi nella imponente sindrome del colpo di calore. Poi l'infermo va migliorando e subentra un periodo, alle volte anche abbastanza lungo, di apparente completa guarigione. Senonchè dopo tale periodo di tempo attraverso successivi periodi di miglioramenti e di peggioramenti si passa alla terza fase clinica che può essere così riassunta: cefalea, torpore psichico, facile emotività, bradicardia, vertigine, perdita dell'equilibrio, lento aumento della pressione endocranica senza modificazione del liquor, alle volte papilla da stasi. Ma a questa epoca il fenomeno primo morboso, il colpo di calore, si è già allontanato nel tempo; vi sono stati periodi abbastanza lunghi di quasi completo benessere. Se non si ha una esatta conoscenza della successione morbosa si comincia a pensare al tumore, alla gomma, al tubercolo, ecc., ed il paziente trascina per mesi la sua malattia con grave pericolo *quoad vitam*.

Meriterebbe davvero di essere descritto in dettaglio un magnifico caso del genere che fu argomento di una mia lezione quando ero aiuto alla Clinica di Roma.

Si trattava di un giovane, fratello di un medico, che per una chiara successione morbosa del tipo che vi ho descritto, era costretto immobile a letto da più di due mesi, e che si rifiutò al principio, in corteo con tutti i suoi parenti, di farsi sottrarre una buona quantità di liquor — come si fa, e ripetutamente, a scopo terapeutico in questi casi — perchè valorosi neuropatologi gli avevano detto che la puntura lombare era inutile anzi pericolosa! Non vi dico la meravi-

glia di tutti il giorno dopo l'estrazione del liquor nel vedere scomparire tutti i sintomi morbosi. Rimase soltanto si può dire il compito di rieducare i muscoli degli arti inferiori ipotonici ed ipotrofici per la lunga inazione. L'infermo lasciò la clinica in ottime condizioni e con un aumento di peso di 6 Kg. Lo abbiamo rivisto dopo tre anni: la guarigione permaneva nel modo più completo.

Casi simili seguiti da altrettanti brillanti esiti terapeutici sono stati osservati nella Clinica Tropicale di Napoli in ammalati reduci dall'A. O. I. dove erano stati colpiti vario tempo prima da colpo di calore.

**MICOSI.** — Le micosi sono malattie molto comuni nei tropici. Un tempo erano poco conosciute nei nostri climi: oggi vi hanno buona parte nella patologia anche come affezioni autoctone.

Meritano di essere ricordate le forme polmonari blastomicotiche, actinomicotiche e pseudoactinomicotiche, la broncomoniliasi, ecc. Sono forme caratterizzate da processi infiltrativi, necrotici, essudativi ed ulcerativi di una o più zone polmonari che semeiologicamente possono presentare tutte le note di un processo tubercolare. Sono forme che nei tropici si presentano con decorso gravissimo, mortale e che invece nei nostri climi sono suscettibili di guarigione completa quando viene fatta la diagnosi e quindi la opportuna terapia.

Ma occorre che il medico le abbia sempre presenti alla mente, che sia in grado di essere messo in sospetto da una forma cutanea dalla quale può aver avuto luogo la metastasi polmonare, da un espettorato che abbia odore di lievito, dalla concomitante presenza di fistole toraciche, da un processo ritenuto tubercolare che si sviluppa alla base del polmone, ecc. E occorre che conosca i fini accorgimenti di tecnica che noi usiamo in questi casi per mettere in evidenza i relativi microrganismi patogeni. Ma parlare di queste forme in Italia dopo gli studi di JACONO e dopo la sua magnifica e brillante relazione al Congresso di Medicina interna di Genova mi sembra un pleonasmo.

Non posso però passare sotto silenzio le micosi cutanee e sottocutanee che sono diventate oggi abbastanza frequenti nei nostri climi. Si tratta di ascessi e fistole sui quali si inter-

viene intensamente e con le comuni terapie mediche e chirurgicamente: eppure sembrano non voler guarire mai.

Un bellissimo caso dovuto a *Coccidioides meteuropus* capitò alcuni anni fa all'osservazione di CASTELLANI e JACONO. Si trattava di una signora che aveva avuto distrutto buona parte dei tessuti molli di una natica da un processo suppurativo che durava da lunghissimo tempo. Era stata visitata da numerosissimi e valenti medici e chirurghi ed era stata sottoposta alle più svariate terapie ed a parecchi interventi chirurgici: in ultimo le era stata consigliata anche una resezione ossea. CASTELLANI, fatta la diagnosi, somministrò all'inferma da 15 a 20 grammi, dico grammi, al giorno di ioduro di potassio per via orale fino a guarigione avvenuta. Dapprima si ebbe, proprio come si ha in questi casi quando vengono curati, un forte aumento della secrezione purulenta; poi cominciò la riparazione e dopo pochi mesi al posto della vasta ulcera si notava una completa cicatrizzazione.

Prendo occasione da questo caso per dire che non deve meravigliarvi l'impiego di queste forti dosi di ioduro di potassio. In clinica tropicale noi ci troviamo spesso di fronte a malattie, come le micosi, che richiedono la somministrazione di dosi enormi di medicinali specifici se si vuole ottenere la guarigione: altrimenti si rischia di vedere cronicizzare l'infezione.

E queste norme devono essere tenute presenti anche tutte le volte che una terapia è usata come terapia ex iuuantibus.

Nè minore importanza hanno le forme micotiche strettamente cutanee soprattutto per la possibilità che esse simulino lesioni luetiche. Voi intuite tutta la gravità di un tale errore. Vi sono dei casi che sono davvero suggestivi. Ricordo quello di un missionario cinese, ricoverato nella Clinica di Roma, che presentava sulla cute delle bellissime rupie in tutto identiche alle rupie sifilitiche. Valenti venereologi avevano fatta diagnosi di sifilide, benchè il paziente negasse di aver contratto questa malattia e benchè cure arsenicali e mercuriali non avessero dato alcun risultato. Si trattava di un caso di paracladiosi dovuto all'*Ascothrica chartarum* var. *orientalis*. La terapia con ioduro di potassio fece scomparire le lesioni in brevissimo tempo.

MALATTIA DEL SONNO O CASTELLANOSI. — Non vi deve meravigliare se dopo soli due anni e mezzo di vita della Clinica Tropicale di Roma fece comparsa in essa anche questa malattia strettamente tropicale. E vi dirò di più: l'ammalato era affetto anche da filariosi tropicale da *F. bancrofti*. Questo serve di esempio per affermare che anche le malattie strettamente tropicali non possono essere a priori escluse dalla diagnosi differenziale degli ammalati dei nostri climi e serve altresì di esempio, come in altri moltissimi casi di malati tropicali, di associazione contemporanea nello stesso paziente di due o più malattie.

L'aver voluto escludere a priori una malattia strettamente tropicale è servito a far girare l'infermo da medico a medico a da ospedale a ospedale per sei mesi. Fu dimesso infine con diagnosi di linfogranulomatosi addominale, perchè la terapia ex juvantibus per la malaria, per la leishmaniosi e per la sifilide avevano dato esito negativo e perchè l'infermo, tra molti altri sintomi, presentava anche prurito, eosinofilia con assenza di uova di vermi e di vermi nelle feci, febbre a tipo ondulante, splenoepatomegalia e l'esame istologico di una ghiandola dava un reperto istologico molto vicino a quello del linfogranuloma. Questo nonostante l'anamnesi e la sindrome tutta deponesse per la malattia del sonno.

Il paziente subito dopo, venuto a conoscenza che a Roma vi era una clinica per malattie tropicali, chiese ricovero in essa.

Il prurito e l'eosinofilia furono subito spiegate con una causa: la filaria, che non emette uova ma larve e in circolo. Gli altri sintomi furono attribuiti con tutta probabilità ad un'altra causa: al tripanosoma. E su questa diagnosi insistemmo anche quando l'esame del sangue in primo tempo fu negativo. E fu negativo, notate la strana coincidenza, perchè erano state fatte come ho detto terapie ex juvantibus antimoniale e arsenicale, le quali hanno una certa influenza sul tripanosoma.

Attuati allora quegli espedienti tecnici, che usiamo in questi casi, il tripanosoma fu dimostrato nel sangue e nel liquor e il ceppo fu isolato mediante inoculazione in ratti smilzati.

Purtroppo eravamo nel secondo stadio della malattia e i risultati che si possono ottenere in questo caso con la

terapia specifica sono molto ma molto inferiori a quelli che si ottengono invece nel primo periodo. Nonostante perciò le più intense cure, dopo due anni e mezzo di permanenza in Clinica, l'ammalato venne a morte con tutto il corteo sintomatico di questa malattia.

FEBBRE RICORRENTE, BRONCOSPIROCHETOSI, ULCERA TROPICALE, AVITAMINOSI sono altre sindromi di fronte alle quali il medico che esercita nei nostri climi si può trovare.

La febbre ricorrente è una malattia che oggi sappiamo di poter incontrare benissimo in Italia. Ricordo gli interessantissimi studi di CASTELLANI e JACONO su pazienti che hanno presentato in Italia recidive di febbre ricorrente con reperto positivo di spirochete nel sangue e di cui alcuni erano entrati in Italia con diagnosi di febbre ricorrente guarita, altri con diagnosi di febbre ondulante, altri con diagnosi di malaria.

Grazie a questi studi noi sappiamo che la febbre ricorrente è un'affezione che può cronicizzarsi, che dal punto di vista epidemiologico l'uomo rappresenta una riserva importante di virus, e che dal punto di vista terapeutico gli ammalati di febbre ricorrente non possono sempre essere considerati guariti con la scomparsa della febbre in seguito a cure arsenobenzoliche e di bismuto.

E con tanti casi di ulcera tropicale che abbiamo visto e vediamo continuamente in Italia può il medico ignorare la sintomatologia clinica di questa affezione e può forse essere tenuto ancora all'oscuro dei recenti progressi fatti in questo campo dalla terapia soprattutto grazie alle recentissime scoperte di CASTELLANI che gettano una nuova luce sulla etiologia e sulla terapia di questa affezione?

E che dire dei casi di broncospirochetosi che con tanta frequenza vengono ad arricchire la casistica clinica dei casi di pazienti, supposti affetti da un processo tubercolare, completamente guariti in breve tempo con una terapia arsenobenzolica o di bismuto?

E ancora, di fronte ad un paziente che presenta una sindrome tifoidea possiamo oggi più non tenere in considerazione l'etiologia da *b. columbensis*, dopo tutti i casi descritti in Europa?

E per essere breve voglio sorvolare sui casi di postumi di polinevrite da beri-beri e sui casi di sprue in ammalati che avevano contratto tali affezioni in zone tropicali, più suggestivamente attribuite a cause infettive, perchè l'anamnesi parlava per un periodo di tempo breve di avitaminosi. Contrariamente, certo, a ciò che siamo abituati a vedere verificarsi nei nostri climi in cui la carenza vitaminica deve essere intensa e prolungata per determinare le sindromi anzidette.

ELEFANTIASI DA FILARIA — FILARIOSI DA FILARIE CON LARVE SANGUICOLE. — Ho voluto ricordare per ultimo anche queste affezioni, perchè, a parte il fatto della presenza nei nostri climi di individui che hanno effettivamente contratta la malattia nei tropici come ho detto più sopra, per esse si è notato in questi ultimi tempi un fenomeno opposto a quello generalmente notato: queste affezioni non esistono autoctone in Italia ed invece vi si vogliono per forza trovare.

È così che sono comparsi sulla stampa medica, per parte anche di valorosi docenti, parecchi lavori descrittivi di casi di elefantiasi da filaria autoctoni in Italia, di cui tutti i pochissimi corredati da microfotografia lasciano con la più assoluta chiarezza vedere che la supposta microfilaria altro non era che un filo di cotone, a parte il fatto che facendo il rapporto con la grandezza dei globuli rossi presenti nel preparato si vedeva che nel caso si sarebbe sempre trattato di microfilarie ultra che giganti misurando quattro o cinque volte la grandezza massima conosciuta; pochissimi lavori che ci fanno essere molto riservati per quelli non corredati da microfotografia e nei quali non si parla mai di preparati a fresco pur avendo l'autore a disposizione l'ammalato.

Così alcune settimane or sono fui chiamato a confermare o meno la diagnosi di filariosi emessa per parecchi individui che erano stati in Africa. Orbene le microfilarie sarebbero state presenti in quasi tutti i preparati colorati secondo il medico laboratorista, mentre più di dieci medici tra cui anche bravi medici pratici coloniali contestavano decisamente la diagnosi ritenendo che si trattasse di fili di cotone. Ebbene le discussioni si erano protrate per alcune settimane senza che nessuno avesse suggerito di esaminare un preparato a

fresco. Di chi la colpa se non di coloro che li hanno abituati a discutere di malattie tropicali non a letto dell'ammalato ma sempre su preparati tratti dalle solite scatole o dai soliti più o meno eleganti mobili? Di coloro che fino a pochi anni or sono hanno commesso il colossale, mastodontico, insuperabile, criminoso errore di credere che si possa insegnare la medicina tropicale senza l'ammalato. Il medico tropicalista che è abituato a servirsi del microscopio sempre che è possibile al letto dell'ammalato, non deve compiere un grande sforzo mnemonico per ricordare una cosa molto semplice e molto elementare. Che quando si è incerti e quando si ha a disposizione il paziente, nei casi in cui si tratta di parassiti che presentano movimenti attivi, non si discute su un preparato colorato, ma si fanno dei preparati a fresco. Così nel caso in questione la presenza nel sangue di corpi allungati, lunghi 2 o 300 micron, che presentano movimenti vermicolari attivi sarà probativa per la diagnosi di filariosi tropicale e non di filariosi da.... fili di cotone!

*Eccellenze, Signore e Signori.*

*Io non posso passare in rassegna tutti gli aspetti clinici delle malattie tropicali nei nostri climi nè tanto meno entrare in dettagli. Assolvere un tale compito significherebbe leggermi sia pure in riassunto un voluminoso trattato di medicina tropicale e subtropicale. A me basta di aver tratteggiato qualche linea di uno schema generale che noi clinici tropicalisti abbiamo quotidianamente davanti agli occhi e di aver tenuto desta la vostra attenzione con l'illustrazione di qualche interessante caso clinico per venire alla conclusione del mio dire.*

*E la conclusione è la seguente :*

*Necessità assoluta che tutti i medici che esercitano nei nostri climi conoscano a fondo le malattie tropicali perchè essi, dopo le vicende di questi ultimi anni e più ancora in futuro, le potranno incontrare ad ogni piè sospinto.*

*Necessità conseguente che essi modifichino il loro abito mentale critico diagnostico nel senso di non escludere a priori, come si faceva prima, alcune malattie; nel senso di abituarsi a prendere in considerazione determinate cause etiologiche in presenza di sindromi per le quali tali cause non venivano prima*

*discusse e nel senso che si abituino a modificare l'ordine di frequenza delle malattie nei nostri climi.*

*Necessità che i medici comincino ad abbandonare il concetto di attribuire ogni sindrome morbosa ad una unica causa: negli ammalati di malattie tropicali noi siamo abituati a riscontrare spessissimo due o più infezioni o infestazioni: malaria e febbre ricorrente, malaria e leishmaniosi, malaria e anchilostomiasi, castellanosi e filariasi, dissenteria amebica e bacillare, malaria e colpo di calore, malaria e febbre maltese, eccetera eccetera sono comunemente presenti nello stesso individuo, quando non siamo di fronte contemporaneamente a tre o quattro malattie.*

*Necessità che i medici in presenza di ammalati provenienti da zone tropicali si abituino ad attribuire un diverso valore ad alcuni sintomi. Così nella diagnosi differenziale delle varie epatomegalie, e per esempio fra epatomegalia luetica e epatomegalia neoplastica, una concomitante splenomegalia avrà un diverso valore in un individuo proveniente dall'Africa tropicale dove la malaria è molto diffusa. Parimenti una eosinofilia dovrà essere tenuta in diverso conto come sintoma in favore di una determinata malattia anche se l'esame delle feci è negativo per la presenza di uova di vermi, dato che le infestazioni da vermi sono comunissime nei tropici e che in molti casi l'esame delle feci può rimanere negativo per parecchio tempo. E una emottisi non deve portare subito il medico alla diagnosi di tubercolosi se si tratta di un individuo proveniente da zone tropicali dove sono comuni la broncospirochetosi, le micosi polmonari o la emottisi endemica dovuta a vermi, ecc. E così potrei continuare.*

*Necessità infine che tutti i medici modifichino alcuni concetti terapeutici soprattutto nel senso della posologia e del criterio ex iuvantibus per cui in presenza di determinate malattie alcune dosi un tempo ritenute curative non debbano essere più ritenute tali se non debitamente maggiorate; e necessità che essi sappiano che per molte malattie comuni ai tropici esistono specifici che vanno usati al più presto possibile, per cui un ritardo o meno nel loro impiego può significare morte o vita per il malato.*

*Necessità insomma che in tutte le università del Regno accanto all'insegnamento della Clinica Medica Generale vi sia anche quello della Clinica Tropicale e Subtropicale.*

*E questo non soltanto per i medici che eserciteranno in Italia ma anche per i futuri medici coloniali; perchè non è già sui medici laureati da pochi o molti anni e distolti da altre atti-*

vità, bensì sugli studenti, su questa materia incandescente, su questa materia plasmabile, che noi artefici dobbiamo far cadere il maglio della nostra capacità didattica. Poi verranno gli Istituti o le Scuole di perfezionamento, che devono aver sede in Colonia, dirette sempre da persone che abbiano una spiccata preparazione didattica e scientifica, e con il compito di perfezionare i medici coloniali, di tenerli uniti nel loro lavoro e di guidarli nello studio e nella risoluzione dei numerosi problemi medici ancora insoluti. E vi dirò per inciso che questo era già sulla via di una pratica realizzazione prima dello scoppio dell'attuale conflitto.

Ma, ritornando a quanto dicevo prima, ricorderò che il prof. JACONO nella sua prolusione tenuta a Napoli nel 1938 ebbe a dire: — « La Clinica Medica Generale e la Clinica Tropicale e Subtropicale possono essere considerate come due aspetti di un medesimo problema ed hanno in comune le consuete incognite etiopatogenetiche, diagnostiche e terapeutiche, con la sola differenza che il fenomeno morboso in un caso si svolge tra i fattori cosmici di un clima temperato mentre nell'altro è in rapporto col clima tropicale e subtropicale. Se ne deduce da tali premesse che le due cliniche, quella generale e quella tropicale e subtropicale, avendo i medesimi problemi da risolvere, debbano procedere strettamente concordi, aiutandosi vicendevolmente nella conoscenza e nella cura dei morbi ».

Condivido la sua idea ed aggiungo che, contrariamente a quanto alcuni vorrebbero far credere, la Clinica Tropicale non si è mai staccata dalla Clinica Medica Generale, anzi ha seguito il cammino opposto perchè è nata indipendente come medicina tropicale — ricordiamo che l'antichissima medicina fu certamente tropicale — ha riconosciuto che la clinica medica è assurta prima a dignità di scienza, le si è avvicinata e ne attinto le sue realizzazioni ed i suoi progressi, dando a lei (specialmente in terapia) quelle che erano le proprie acquisizioni.

Oggi che anche la Clinica Tropicale è assurta a dignità di scienza ella riconosce di dover scambiare ancora qualcosa con la Clinica medica generale in una intima comunione.

Del resto da una parte già molti anni or sono il grande tropicalista MANSON scriveva:

« Se per malattie tropicali sono da intendere le malattie peculiari dei tropici, allora per la loro illustrazione potrebbe essere sufficiente una mezza dozzina di pagine, inquantochè solo,

*al più, per due o tre malattie relativamente poco importanti, dovrebbe essere, strettamente parlando, riservato questo titolo. Se invece la espressione malattie tropicali viene adoperata, come dovrebbe sempre essere fatto, nel senso di includere tutte le malattie che si trovano ai tropici, allora si dovrebbe estendere lo studio a quasi tutta la medicina, poichè le malattie dei climi temperati si trovano ad ogni piè sospinto anche nei climi tropicali ».*

*Oggi d'altra parte noi aggiungiamo che le malattie un tempo chiamate tropicali non possono più mantenere questo titolo con lo stesso significato di prima perchè si incontrano anche nei nostri climi.*

*Tempo verrà in cui la Clinica Medica Generale e la Clinica Tropicale e Subtropicale avranno quasi gli stessi capitoli: l'una osserverà e studierà il fenomeno morboso nei nostri climi, l'altra studierà lo stesso fenomeno che si svolge sotto l'influenza del clima tropicale.*

*Gli eventi di questi ultimi anni lo lasciano prevedere: gli avvenimenti futuri e il tempo si incaricheranno di confermarlo.*

*Certo noi siamo all'avanguardia, ma si è perchè noi sentiamo questi fenomeni, perchè noi abbiamo vissuto e viviamo sui campi di queste battaglie. Di queste battaglie di cui noi ci siamo assunto tutto il peso: poichè noi parliamo di mutamenti, di rivolgimenti, di innovazioni, e la storia e soprattutto la storia della medicina ci insegna che quando si tratta di cose nuove occorre essere preparati ad incontrare le più dure difficoltà.*

*Ma noi non ci spaventiamo. Dodici anni or sono quando nacque in Italia la Clinica Tropicale la nostra parola d'ordine fu combattere: abbiamo combattuto e siamo pronti a combattere ancora.*

*Ci sorregge la fede che in terre tropicali presto o tardi noi ritorneremo, perchè quelle ricche terre hanno sete di lavoro e noi siamo un popolo di lavoratori, e ci sorreggono insieme quella tenacia e quella costanza e ancora quel dinamismo e quella volontà di superare che caratterizzano noi giovani di questo secolo dalle grandi rivoluzioni, certi che questo facciamo nell'interesse supremo della Scienza Medica e della nostra Patria e fedeli al Comandamento del nostro Grande Maestro: « Siano il lavoro, la ricerca e lo studio di queste malattie, come già lo furono e lo sono per me, la vostra vita e la vostra passione ».*

