

Mohr 1374/

76.

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

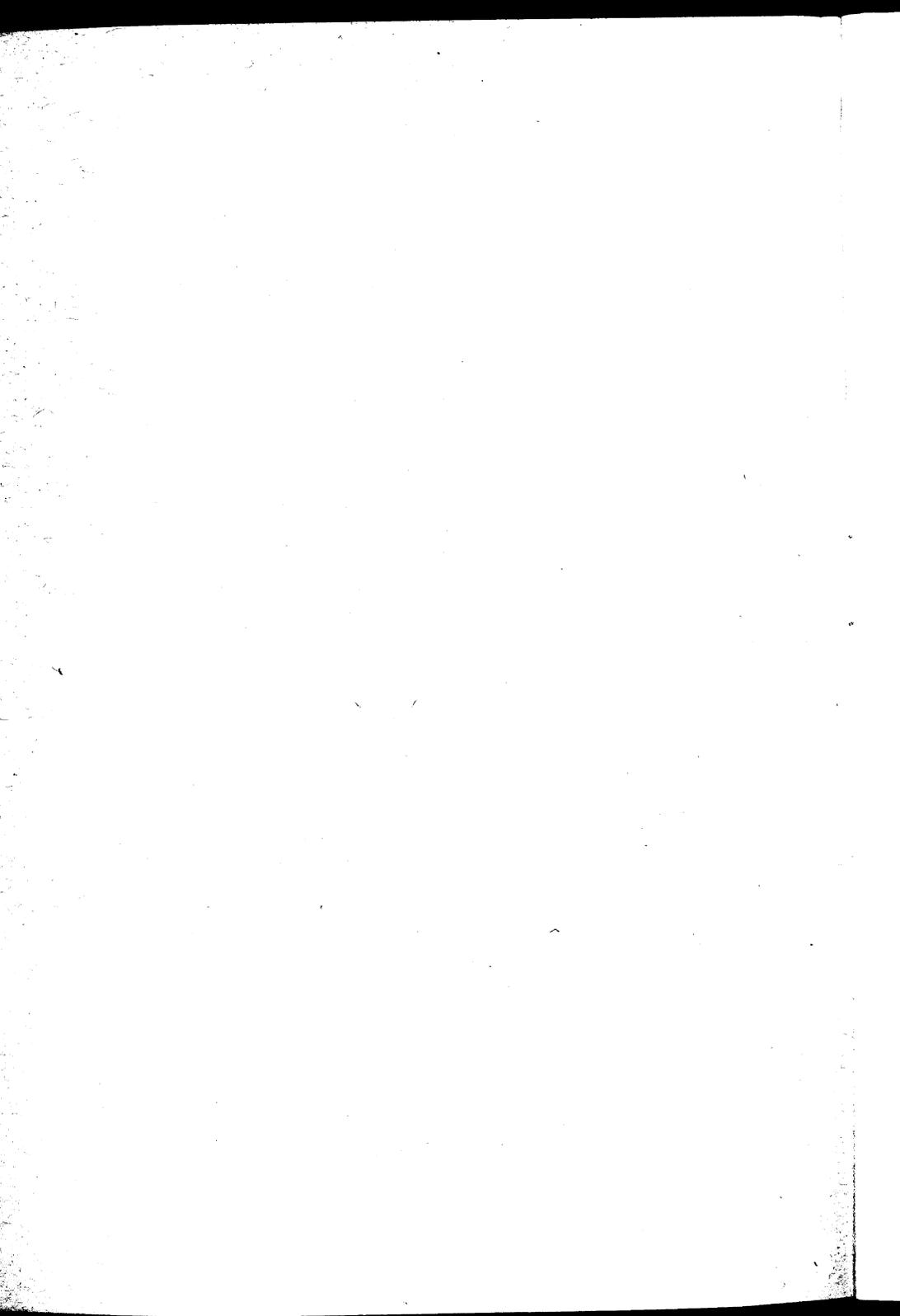
AIDO CASTELLANI DI CHISIMAIO

Breve nota su alcune febbri poco conosciute

Estratto dall' « Archivio Italiano di Scienze Mediche Coloniali e di Parasitol. »
 Vol. XXII (VII della Nuova Serie) - 1941-XIX



« EDIZIONI UNIVERSITARIE »
VIA V. VENETO N. 34-B - ROMA



Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali della R. Università di Roma

BREVE NOTA SU ALCUNE FEBBRI POCO CONOSCIUTE

ALDO CASTELLANI DI CHISSIMAIO - Direttore

Ten. Generale Medico R. M.

Alto Consulente Sanitario per le F. E. A. A. dell'Africa Settentrionale

In questi ultimi anni una grande quantità di lavori sono stati fatti sulle febbri tropicali, e parecchie di esse sono state classificate etiologicamente; tuttavia rimane un gran numero di febbri, sulle quali si conosce molto poco. In questo lavoro io mi propongo di dare una breve descrizione di alcune di loro, principalmente dal punto di vista clinico.

FEBBRICOLA TROPICALE

(FEBBRICOLA CLIMATICA INTERMITTENTE DI CASTELLANI).

Questa febbre è stata descritta da me ed altri in paesi tropicali e subtropicali. Sono stati riscontrati dei casi in India, Ceylon, Cina e Siam, dove furono osservati da MURRAY. PULLÈ ne ha descritti dei casi in Tripolitania.

Sono stati descritti dei casi in Italia Meridionale e nei Balcani, da RUO, da PIETROFORTE e da altri. L'etiologia è sconosciuta, ma il clima giuoca certamente un ruolo in essa, tanto che la febbre in molti casi scompare, in genere lentamente, alle volte tutto d'un tratto, quando il paziente si trasferisce in una zona temperata.

Secondo DE LANGEN e SCHUE, il contenuto dello zucchero del sangue negli individui che vivono nei paesi tropicali è

spesso più elevato di quelli che vivono in Europa. Questa iperglicemia è dovuta al caldo ed all'umidità, i quali forse stimolano il sistema simpatico, e con tale meccanismo si avrebbe la iperglicemia e l'aumentata combustione, e, di conseguenza, l'aumento di temperatura.

Sintomatologia. — L'inizio della malattia è subdolo, oppure può seguire a quello che appare un modico attacco d'influenza, il paziente sente malessere, è febbricitante, e si lagna di dolori muscolari e reumatoidi per tutto il corpo. Il tipo di febbre è intermittente. Ogni giorno, generalmente tra le 10 e le 12 il paziente sente alquanto freddo, ma non vi è accesso di brividi. La temperatura sale, variando tra il massimo

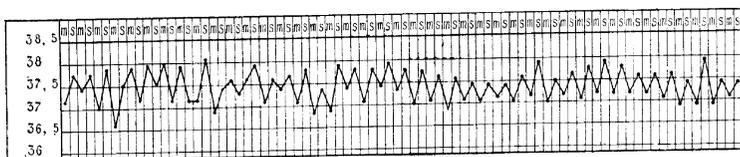


Fig. 1. — Temperatura in un caso di febbre tropicale.

di 37° e 38,5°. Nella mia esperienza la temperatura non è mai salita al disopra di 38,5°. La sera, fra le 8 e mezzanotte, la temperatura lentamente decresce e ritorna normale. Occasionalmente il paziente può sudare quando la temperatura cade, ma questo non è un sintoma costante. L'esame fisico del paziente non rivela alcunché di anormale, oltre che occasionalmente i segni di una leggera anemia. Il fegato e la milza non si presentano ingranditi. In pochi casi alcune linfoglandole superficiali possono essere un pò ingrossate. In alcuni casi i globuli rossi sono diminuiti. Un interessante reperto in molti casi è il discreto aumento degli eosinofili, quando non è in rapporto con la presenza di vermi intestinali nelle feci. Il decorso della febbre è molto lungo. Io ho visto dei casi che durarono per sei mesi ed un caso che durò per un anno.

Diagnosi. — Questa febbre può essere differenziata: dalla malaria per l'assenza del parassita malarico, per il fatto che la milza non è ingrandita e per l'inutilità curativa del chinino e dell'atebrin; dalla febbre ondulante per l'assenza della *Brucella melitensis* nel sangue e per il risultato costan-

temente negativo dell'agglutinazione di Wright: dalla tripanosomiasi (castellanosi) per l'assenza di tripanosomi (castellanelle): dalla febbriola di origine tubercolare, che è lungi dall'essere rara nei tropici, per il reperto negativo fisico e dell'esame radiologico del torace e, generalmente, per la negatività della cutircazione (confrontare anche le osservazioni sulle febbriole).

Prognosi. — È buona *quoad vitam*, ma il paziente si sente debole, stanco, nervoso ed inabile al suo lavoro per alcuni mesi.

Cura. — Il cambiamento di clima è sempre di grande beneficio e spesso rapidamente fa cessare la febbre. Una lunga cura di iniezioni di cacodilato di chinina o altri preparati arsenicali sono utili in alcuni casi. I comuni preparati di chinino per bocca o per iniezioni non influenzano la febbre in alcun modo.

OSSERVAZIONI SULLE FEBBRICOLE.

Alcune osservazioni sulle febbriole non sono fuor di luogo qui. Il termine febbriola è usato in pratica per denotare alcune malattie nelle quali il solo sintoma definito è la presenza di una febbriola, generalmente non più alta di 38° ed in molti casi intermittente, mentre che all'inizio lo stato generale di salute non è compromesso, e le comuni cause di febbre sono assenti, oppure non evidenti ad un esame clinico ordinario.

In presenza di tali casi un numero di possibilità diagnostiche deve essere considerato, le più comuni di loro sono state ricordate prima, più o meno in ordine di frequenza nei tropici, secondo la mia esperienza:

1° Febbriola tubercolare. Esaminare attentamente il torace anche radiologicamente. Cutircazione.

2° Febbre amebica: Osservare il leggero ingrandimento del fegato ed i così detti tre segni del CASTELLANI delle amebiasi latenti (Cfr. « Journ. Trop. Med. & Hyg. » settembre, 1939; « Policlinico » 1941, Sez. Prat. N. 20); esame delle feci per la ricerca delle cisti di ameba istolitica: prova della cura emetina.

3° Febbriola malarica. Questa è molto meno frequente di quanto generalmente non si creda. Esaminare il sangue per i parassiti malarici. Prova della cura chininica e atebriinica.

4° Febbricola intermittente mediterranea. Agglutinazioni per la brucella melitensis e per la brucella paramelitensis.

5° Febbricola luetica. La reazione di WASSERMANN è positiva.

6° Febbricola intestinale elmintica. La febbricola dell'anchilostomiasi descritta da me è attualmente bene conosciuta. Esaminare le feci per le uova; esaminare il sangue per l'eosinofilia.

7° Febbricola dovuta alla presenza di infezioni suppurative o infettive focali nelle tonsille, sinusali o nelle gengive. Esame locale. Esame radiologico dei denti; ricerche batteriologiche.

8° Febbricola da filaria, esame del sangue per la ricerca delle microfilarie.

9° Febbricole batteriche intestinali dovute a bacilli intestinali specialmente bacillo « asiaticus », bacillo « columbensis » e bacilli « metadissenterici ». Prove dell'agglutinazione-esame batteriologico delle feci.

10° Febbricola tropicale (Febbricola climatica, febbricola dei passi caldi, febbricola tropicale non malarica). La febbre cessa col cambiamento del clima.

11° Febbricola dovuta a forme latenti o subacute di salpingiti, pieliti, cistiti, prostatiti ed incipiente ascesso pelvico; per mezzo dell'esame locale, esami microscopici e culturali delle urine.

12° *Septicæmia mitis*. Esame del sangue per lo stafilococco e di altri microrganismi.

13° Endocardite; esame del cuore per rumori organici. Esame batteriologico del sangue per lo streptococco.

14° Incipiente morbo di Hodgkin; osservare il progressivo aumento delle glandole.

15° Febbricola endocrina, dovuta generalmente ad ipertiroidismo. Esaminare la glandola tiroide. Ricercare il metabolismo basale.

16° Febbricola anemica; si trova in giovanette affette da un certo grado di clorosi, malattia attualmente molto rara ad osservarsi. Esaminare il sangue con particolare riguardo ai globuli rossi, all'emoglobina ed al valore globulare che è generalmente basso.

17° Febbricola isterica o psicogenica, rarissima. Pazienti che generalmente mostrano stigmate isteriche.

FEBBRI QUARTANE NON MALARICHE.

È divenuto assiomatico che una febbre che viene ogni 4^o giorno è malarica, e ciò è in una enorme maggioranza di casi; tuttavia esistono almeno due tipi di febbri quartane non malariche: 1^o febbre quartana non malarica *sensu stricto*, conosciuta anche come febbre quartana del CASTELLANI; 2^o febbre quartana luetica.

Febbre quartana non malarica. — Questa febbre descritta da me alcuni anni fa in Ceylon è caratterizzata dall'aver la periodicità della quartana mentre non si trovano i parassiti malarici nel sangue e nè il chinico, nè l'atebrina in dosi massive ne influenzano il decorso, che si prolunga per la durata di parecchi mesi.

Febbre quartana luetica. — Questa è una malattia estremamente rara. Io ne ho visto un solo caso. Un individuo di 40 anni che non era mai stato in regioni malariche, mi consultò nel 1925 per una febbre che ricorreva ogni 4^o giorno. Le sue condizioni generali erano buone. Egli rimase per un mese sotto la mia osservazione e ogni 4^o giorno aveva un attacco di febbre non con veri brividi, e con temperatura non più alta di 39,5°. Non vi era sudorazione. La ricerca del parassita malarico era negativa costantemente ed il chinino in dosi massive non aveva effetto. La Wassermann fu positiva ed il trattamento con arsenobenzoli guarì la malattia.

FEBBRE PLURINDIEM.

Sinonimi. — Febbre di 2 volte al giorno, 3 volte al giorno, *febris bisindiaca* e *febris terindiaca*. Mi sono imbattuto in due casi di una peculiare febbre, in cui in uno furono osservati 3 attacchi pirettici ed in un altro 2 attacchi giornalieri. Nel primo esempio il paziente si sentiva bene al mattino presto, ma verso le nove egli incominciava a sentirsi stanco e la temperatura saliva fino a 38° senza sentire alcun brivido. Verso le 11 la temperatura diveniva normale, senza sudorazioni. Il paziente poteva sentire la sua mente completamente limpida. Alle 13 un simile attacco ed alle 20 un altro attacco.

Tali attacchi non duravano più di 2 o 3 ore. Nel secondo esempio furono osservati due attacchi pirettici; uno al mattino e l'altro nel pomeriggio. La temperatura non è andata più alta di 38° (eccezionalmente di $38,5^{\circ}$) non vi erano brividi nè sudori. L'esame fisico e tutte le indagini di laboratorio furono negative in tutti e due i casi; la milza non era ingrandita. Non vi era alcun che di caratteristico nel sangue nè vi era leucocitosi. Il paz. non stette a letto e continuò ad at-

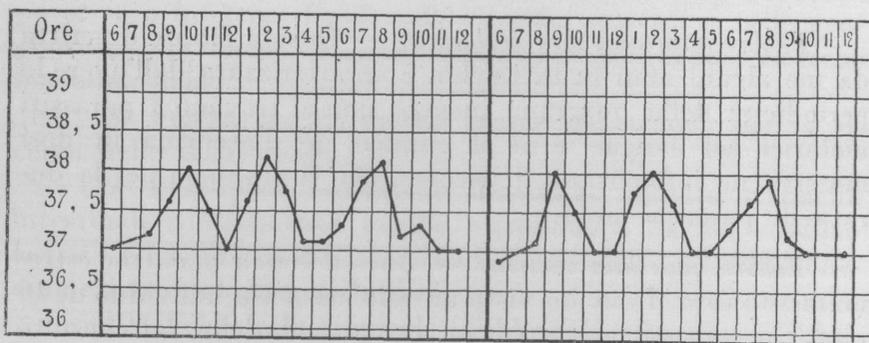


Fig. 2. — Temperatura in un caso di febbre pluridemic.

tendere alle proprie occupazioni. Il chinino e l'atebrina non ebbero alcun effetto sulla malattia. La temperatura durò in tutti e due i casi per più di 4 mesi, ed in entrambi i casi scomparve dopo che i paz. abbandonarono i tropici rimanendo alcune settimane in Europa.

FEBBRE DI PEL-EBSTEIN.

Questa non è una febbre tropicale, è una manifestazione di una forma di morbo di Hodgkin in cui le glandole linfatiche superficiali non sono ingrandite. La milza può essere di grandezza normale. È spesso confusa con la febbre ondulante, avendo lo stesso carattere peculiare ondulante. La diagnosi è molto difficile. In pratica si basa sulla negatività delle agglutinazioni delle brucelle e sulla tumefazione di alcune glandole linfatiche durante l'attacco. L'ultimo sintoma può essere tuttavia completamente assente, quando le glandole sono

ingrossate può essere pratica la prova di GORDON, inoculando una sospensione della sostanza glandolare intracerebralmente in un coniglio.

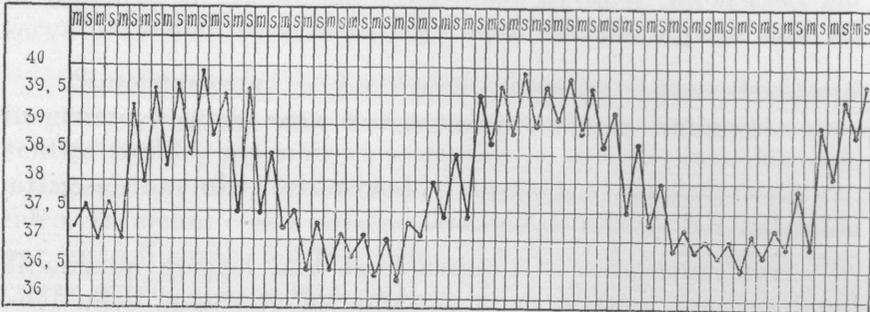


Fig. 3. -- Temperatura in un caso di febbre di Pel-Ebstein.

FEBBRE INTERMITTENTE CON URTICARIA.

Vi è un rarissimo tipo di febbre prolungata studiata in Europa da WILKIE SCOTT e KRSCHNER, che dura per dei mesi o anni, caratterizzata dal fatto che si presenta ogni giorno o ogni tre o quattro giorni, con o senza brividi e attacchi di urticaria. La temperatura può raggiungere 39,5-40°. Al principio di ogni attacco il paz. può sentire dolori muscolari o articolari. Occasionalmente un'articolazione può essere tumefatta. Le condizioni generali di salute, sono completamente buone. Il sangue non mostra nulla di anormale, occasionalmente modica leucocitosi. La milza può essere leggermente ingrandita. Nulla di definitivo si conosce riguardo alle cause di questa febbre pur non di meno è considerata di origine allergica. Questa malattia deve essere differenziata completamente dalla febbre con urticaria che si trova nel primo stadio della malattia di Katayama, nella quale tuttavia vi è una marcata eosinofilia, e da un lato l'esame microscopico delle feci dimostra la presenza di uova di *Schistosoma japonicum*. La febbre con urticaria, occasionalmente si trova in altre malattie da elminti come nell'ascaridiosi, e nella teniasi, ma non ha un decorso così prolungato e non mostra mai una periodicità di terzana o di quartana. La malattia va differenziata anche dalla febbre intermittente con urticaria di origine

malarica di cui ho visto due casi, con l'esame negativo microscopico del sangue e con la inutilità curativa del chinino e dell'atebrin. Nella febbre da urticaria di Naegele, descritta nel 1912 come si trova nel Sud e nell'Ovest dell'Africa, si ha una desquamazione dopo ogni attacco di urticaria.

FEBBRE ALTA INTERMITTENTE NON MALARICA.

Osservazioni. — Questa febbre è stata da me descritta a Ceylon nel 1909 nei bambini.

Sintomatologia. — A parte forse una leggera anemia il bambino non mostra alcun sintoma ad eccezione della febbre. Egli prende bene il suo nutrimento, corre e giuoca e sembra essere apparentemente nel suo normale stato di salute. La febbre comincia nel tardi della mattinata e dura parecchie ore ogni giorno raggiungendo i 39.5-40° e più; non vi sono brividi di freddo all'inizio, nè sudori quando la temperatura ritorna normale. La milza ed il fegato non sono ingranditi e non sono stati notati sintomi intestinali, non eruzioni di alcun genere. Il sangue non dimostra alcunchè di anormale eccetto, occasionalmente, un lieve grado d'anemia. Le urine sono normali e non vi sono segni di infezioni da *B. coli*. La durata della febbre è molto lunga, talvolta di parecchi mesi.

Cura. — Il chinino non ha alcuna influenza. Di solito il cambiamento di clima fa cessare la febbre, alle volte immediatamente.

FEBBRE DEI GIARDINI (FEBBRE TROMBOCITEMICA).

Osservazioni. — Questa febbre appartiene al gruppo di febbri estive che sono poco conosciute e spesso sono indicate col nome di febbri estive, influenza estiva, pseudo-dengue, febbre da pseudo-pappataci. Io ho visto dei casi nel Sud-Europa ed in Africa. Nella maggioranza dei miei casi il paz. aveva una storia di una febbre che si sviluppava dopo essere stato un pomeriggio in un giardino, perciò io ho suggerito tale nome per denotare la malattia. I pazienti non ci raccontano di essere stati punti da zanzare o da moscerini, o da altri

insetti, ma ciò non può escludere la possibilità che la febbre possa essere data dalla puntura di un insetto. Un altro nome suggerito per la malattia è quello di febbre trombocitemica, in rapporto al grande aumento delle piastrine del sangue osservato in molti casi.

Sintomatologia. — La febbre comincia improvvisamente in genere a tarda sera o al mattino presto. Il paziente può sentire freddo, ma non vi è un vero e proprio brivido: egli si lagna di sentirsi febbricitante e talvolta di una intensa cefalea. In alcuni casi i pazienti si lagnano di dolori reumatoidi per tutto il corpo, ma tale segno non è costante. La faccia può essere talvolta arrossata, ma soltanto molto leggermente, il rossore non è in alcun modo da paragonare con quello che si trova nella dengue o nella febbre da pappataci. La milza ed il fegato non sono palpabili. Non vi sono eruzioni nè dolori addominali, spesso vi è stitichezza. Le urine possono contenere tracce di albumina. L'esame del sangue mostra assenza di parassiti malarici ed il numero dei globuli rossi e dei leucociti è quasi normale, in molti casi. Un interessante reperto nel sangue è in molti casi l'enorme aumento delle piastrine del sangue. In due casi, fatta la conta delle piastrine, il totale era in un caso di 800.000 ed in un altro di 1.200.000; vi può anche essere una leggera leucocitosi o d'altra parte una leucopenia. Mononucleosi indefinita. La febbre dura dai tre ai sei giorni, la temperatura cade per rapida lisi. Occasionalmente può essere del tipo a sella. La febbre deve essere differenziata dalla malaria, dalla febbre da pappataci e dalla dengue. Dalla malaria è differenziata dall'assenza dei parassiti malarici e dalla milza che non è ingrandita; oltre a ciò il chinino è inutile. Nella febbre da pappataci la faccia è molto più arrossata ed il rossore persiste frequentemente per parecchi giorni, dopo che la temperatura è ritornata normale. Dalla dengue è differenziata principalmente dall'assenza dell'eruzione. Alcuni casi di febbri tifoidee e paratifoidee nei tropici possono avere un inizio improvviso e durante la prima settimana possono essere confuse con questa febbre, ma l'emocultura è positiva e se l'esame culturale del sangue per qualche ragione non può essere fatto, il successivo decorso di questi casi chiarirà la diagnosi, poichè la temperatura non cessa dopo il sesto giorno.

FEBBRE CONTINUA DOPPIA.

La malattia che somiglia alla febbre enterica, fu prima descritta da PATRICK MANSON e successivamente da THORPE e ROUSSEAU in Cina. La malattia comincia subdolamente, la temperatura raggiunge i 40° e rimette di 2° C al giorno, con polso bradicardico, lingua umida, iperemica e stipsi. La milza è leggermente ingrandita e tutti gli altri organi sono normali. Dopo 10 o 15 giorni la temperatura cade gradualmente per lisi fino al normale e rimane tale per due o sette giorni, quando un secondo parossismo di febbre si presenta dello stesso tipo come il primo, durando solamente una diecina di giorni, dopo i quali, il paziente diviene convalescente. Vi è sempre un considerevole grado di anemia ed è necessario lungo tempo prima che si riprenda in forze. Non vi sono complicazioni. Il trattamento è sintomatico. Il chinino è inutile. È stato suggerito che i casi descritti dal MANSON da THORPE e da ROUSSEAU possono essere stati in realtà casi di tifo o di febbre ondulante.

FEBBRE ESTIVA DELLA CORRENTE DEL GOLFO.

Questa febbre è stata descritta da BOHEC, essendogli capitata d'estate nei viaggi su transatlantici. L'inizio è improvviso con la temperatura che raggiunge i 38°-38.5, cefalea, vomito e spesso diarrea biliosa.

BOHEC crede che questa febbre sia dovuta all'improvvisa entrata nelle acque calde della corrente del golfo, con variazioni regionali dell'umidità, oppressione e stato elettrico. Il corpo non si adatta al rapido cambiamento delle condizioni atmosferiche esterne e dal disordine funzionale, secondo lui ne risulta la complessa sintomatologia.



