

M. B. 174 / 108

CLINICA DELLE MALATTIE TROPICALI E SUBTROPICALI DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

Direttore : Sen. Prof. A. CASTELLANI DI CHISIMAI

GIUSEPPE SCOTTI

Colpo di calore e febbri tifoparatifoideesimili

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

REPRODUCED FROM THE
NATIONAL ARCHIVES AT COLLEGE PARK, MARYLAND

COLPO DI CALORE E FEBBRI TIFOPARATIFOIDEESIMILI (*)

GIUSEPPE SCOTTI - Assistente e Docente

Il colpo di calore e l'esaurimento da calore, entità cliniche ben conosciute, dovute all'esposizione più o meno prolungata del corpo ad elevate temperature, miste ad alta umidità relativa, e caratterizzate nel primo caso da elevata temperatura corporea e nel secondo caso da sintomi di debolezza cardiaca con o senza febbre, possono favorire talvolta — diminuendo le resistenze organiche ed esaltando la virulenza di germi presenti nell'organismo umano — l'insorgenza di infezioni, che erano restate fino allora allo stato latente o avevano prodotto soltanto leggeri disturbi appena avvertiti dai pazienti.

In questi casi il decorso della febbre da colpo di calore, che generalmente è di pochi giorni, è di più lunga durata e la causa di questo prolungamento può restare sconosciuta se non si eseguono alcune indagini di laboratorio, oltre quelle ordinarie, le quali possono portare luce sull'etiologia di alcune febbri, che altrimenti resterebbero criptogenetiche.

L'etiologia di un gruppo di febbri ad andamento tifoparatifoideo ma con reperti culturali e agglutinanti negativi per il bacillo di EBERTH e per i noti germi paratifici, è stata chiarita da diversi anni dal CASTELLANI, il quale ha trovato che loro agenti causali sono alcuni germi simili ai paratifi, ed ha definite le malattie col nome di febbri paratifoidee-simili.

Le sue ricerche sulle infezioni intestinali — che tra le febbri e febricole setticemiche polimorfe sono quelle di maggiore rilievo e più frequenti ad essere osservate nella pratica professionale — iniziate durante la sua lunga permanenza nei paesi tropicali e continuate nella zona balcanica durante la guerra mondiale, gli permisero di rilevare le grandi difficoltà della

(*) Atti del I Congresso Regionale di Studi Coloniali - Napoli 13-18 Novembre 1939-XVII.

diagnosi clinica differenziale — anche per chi ha molta pratica e clinica e batteriologica — delle infezioni appartenenti al gruppo tifico, paratifico, paratifo-simile, paracolon ed intermedi, per cui egli riunisce tutte queste malattie sotto il termine generico di febbre o infezione tifoide o tifoidosimile per la diagnosi clinica di gruppo. Il quale in realtà è costituito di tre sottogruppi: quello della febbre tifoide, quello delle febbri paratifoidee e quello delle febbri paratifoidee simili, la diagnosi etiologica delle quali malattie la si pone soltanto con le indagini di laboratorio.

Un caso di febbre paratifoideasimile da bacillo columbense è capitato alla nostra osservazione, nel 1935, in un individuo ricoverato nella Clinica Tropicale di Roma, reduce dall'A. O., convalescente di un processo febbrile a carattere ricorrente con periodi di apiressia e di completo benessere, seguito ad un colpo di calore e durato alcuni mesi mentre si trovava a Massaua.

Al momento dell'ingresso in Clinica il paziente era in condizioni generali di nutrizione e sanguificazione discrete e nulla presentava all'esame dei vari organi ed apparati: solo la milza risultava ingrandita alla percussione e alla palpazione.

Nulla di importante si rinvenne all'esame del sangue, delle urine e delle feci. La reazione di Wassermann e quella di Meinicke furono negative. Negative furono pure le siero-agglutinazioni per tifo, paratifi A, B e C, e per le brucelle (*Brucella melitensis*, *B. paramelitensis* e *B. abortus*). Il ceppo di *B. columbense* del nostro laboratorio fu agglutinato dal siero del malato alla diluizione di 1:80 (agglutinazione microscopica). Con feci fresche, appena emesse, furono insemenate 6 piastre di Petri contenenti terreno di Mac Conkey e da esse si isolò un germe che fu agglutinato sia dal siero del malato sia dal siero agglutinante specifico ottenuto inoculando ad un coniglio il *B. columbense*: inseminato nei terreni zuccherati dimostrò un comportamento identico al ceppo di *columbense* del laboratorio.

La natura della febbre presentata dal nostro paziente, seguita al colpo di calore, sarebbe restata sconosciuta, se non fosse stata eseguita la sieroagglutinazione col *B. columbense* e se non si fosse proceduto all'isolamento del germe causale dalle feci. Dalla descrizione di questo caso si deduce quindi l'opportunità di eseguire le ricerche per i germi paratifoideosimili per chiarire l'etiologia di alcune febbri consecutive o non ad un colpo di calore, nelle quali le comuni indagini di laboratorio siano risultate negative.

Le febbri o febricole paratifoideesimili, dette anche febbri intestinali del Castellani od anche Paratifi del Castellani comprendono tre varietà di febbri: la febbre columbense, la febbre asiatica e la febbre da *B. alkaligenes*, causate da germi molto simili tra di loro ma presentanti proprietà sierologiche e biochimiche diverse.

FEBBRE COLUMBENSE. — Agente etiologico è il bacillo columbense, il quale si differenzia dai comuni paratifi e dagli altri paratifosimili soprattutto per la sieroaagglutinazione specifica, oltre che per alcuni caratteri biochimici. Dai colibacilli (genere *Escherichia* differisce perchè non coagula il latte e non fermenta il lattosio; dai bacilli paratifoidei *sensu stricto* perchè produce gas nella glicerina; dal *B. asiaticus* perchè non fermenta il saccarosio e non produce nè acido nè gas nella dulcite; dai bacilli del gruppo Morgan che non fermentano il maltosio, perchè questo zucchero viene fermentato dal *B. columbense*. L'infezione si trasmette per contagio diretto dal malato al sano o per contagio indiretto attraverso oggetti, acqua od alimenti infetti ed insorge dopo un periodo di incubazione di cui si ignora la durata. Descritta da CASTELLANI nel 1905 a Ceylon, è stata segnalata in India da DE MELLO e da THOMAS e BOSE, in Italia da JACONO e da CONTE, in Inghilterra da KELAART, nella zona balcanica dal LURIEF, in Egitto da KALEHD e PERUZZI, in Eritrea da MARMO, GIUGNI e PISTONI, a Porto Rico e nella Zona del Canale di Panama da JORDAN e MAC BROOM.

Le manifestazioni cliniche sono rappresentate da due tipi febbrili di cui uno molto simile alle infezioni tifoidee (forma tifoide) e l'altro, di durata più lunga, presenta nel suo decorso periodi di apiressia e di completo benessere e si può confondere con la febbre ondulante, la malaria e le febbri ricorrenti (forma ondulante o cronica).

La *forma tifoide* inizia con febbre gradualmente ascendente e raramente alta sin dall'inizio, con malessere generale, cefalea, astenia, nausea, inappetenza, lingua patinosa; si aggiungono poi gorgoglio ileocecale, meteorismo addominale e tumore di milza. La stipsi è assai più frequente della diarrea. Non sono mai stati descritti esantemi ed emorragie intestinali. Dopo una a quattro settimane si ha defervescenza per lisi.

La *forma undulante* è caratterizzata dal decorso più lungo con febbre meno elevata e dal ritorno di questa dopo periodi più o meno lunghi di apiressia e di assenza di qualsiasi sintomo.

Complicazioni frequenti sono la cistite e la pielite.

La *diagnosi* basata sui dati clinici è molto difficile. Solo l'esame batteriologico permette di stabilire con certezza la diagnosi etiologica: nei primi giorni si praticherà l'emocultura, dopo la prima settimana la sieroaagglutinazione, e successivamente l'esame batteriologico delle feci. Tutte le volte che con ceppi di laboratorio si ha un'agglutinazione positiva 1:40, 1:80 (controllata microscopicamente) è consigliabile di procedere ad esami ripetuti delle feci per cercare di isolare il germe.

FEBBRE ASIATICA. — Agenti etiologici sono i bacilli asiatici mobili (*B. asiaticus* var. *mobilis*) e immobili (*B. asiaticus* var. *immobilis*), che comprendono parecchie varietà sierologiche. Sono bacilli simili ai bacilli paratifici poichè non fermentano il lattosio e non coagulano il latte, ma al contrario dei bacilli paratifici fermentano con produzione di gas il saccarosio.

Il quadro clinico ed il decorso è per lo più quello tifoideo. Mancano il tumore di milza e la roseola. Alcune volte la febbre è molto irregolare anzichè regolare come nel decorso tifoideo.

FEBBRE DA B. ALKALIGENES. — L'agente etiologico è il *B. foecalis alkaligenes*, che appartiene al genere *Alkaligenes* Castellani (= *Alkaligenes fecalis*).

La malattia ha il decorso di una lieve febbre tifoidea ed ha generalmente la durata di 12-15 giorni; ma sono stati descritti casi a decorso più prolungato. La febbre è talora molto irregolare. Sono stati segnalati casi in cui la febbre aveva un decorso intermittente o una periodicità come nella febbre terzana; ma forse in questi casi la etiologia era mista, da *B. foecalis alkaligenes* e da malaria.

Leggera febbre paratifoideasimile può essere data anche dai bacilli metadissenterici appartenenti al genere *Castellanus*, i quali producono usualmente una colite dissenterica con mucopus e sangue nelle feci. Febbri parenteriche possono essere causate anche da bacilli intestinali appartenenti al genere *Eberthus* ma distinti dal *B. typhosus* di cui i principali sono: *B. kandiensis*, *B. talavensis* e *B. pritzitzi*.

La *prognosi* di queste malattie è favorevole: non sono stati descritti finora casi mortali.

Clinicamente è possibile formulare soltanto la diagnosi generica di infezione tifo-paratifoidea. La *diagnosi etiologica* di ciascuna malattia viene stabilita in seguito alla ricerca delle agglutinine specifiche nel sangue o dei rispettivi germi causali nel sangue e nelle feci.

Praticando queste ricerche e soprattutto la sieroaagglutinazione nei casi di febbri ad andamento tifoparatifoideo e con sieroaagglutinazioni negative per il tifo e per i comuni paratifi, alcune febbri cosiddette criptogenetiche delle zone tropicali e talvolta delle zone temperate, possono essere chiarite nella loro vera etiologia e nella loro reale frequenza.

La *cura* si effettua con il vaccino preparato con i rispettivi agenti etiologici oppure con la solita terapia del tifo addominale.

BIBLIOGRAFIA

- CASTELLANI A. (1907). — Note on Cases of Fever Frequently Confounded with Typhoid and Malaria in the Tropics. — *Journ. Hyg.*, n. 1.
- IDEM (1913). — Note on Cases of Fever due to *Bacterium columbense* (Cast. 1905). — *Journ. Ceylon Branch Brit. Med. Assoc.* October 18.
- IDEM (1914). — *Bact. columbense* Castellani. *Centr. f. Bakt. I.* Abt. orig. lxxiv, 197
- CASTELLANI e CHALMERS (1919). — Manual of Tropical Medicine, 3rd. ed.
- IDEM (1920). — *Ann. Inst. Pasteur.* xxxiv.
- CASTELLANI A. — Trattato di Medicina Tropicale. Nuova Edizione. In corso di pubblicazione.
- GIUGNI F. e PISTONI F. (1936). — Infezione da *B. paratifico-columbensis* di Castellani — *Minerva Medica*, p. 64-66.
- KELAART H. N. C. (1925). — Note on a Case of Parenteric Fever caused by *B. columbensis* Castellani. — *Lancet*, p. 381. February 21.
- KHALED K. (1923). — Parenteric Fever in Egypt. — *Journ. Hyg.*, xxi, n. 4.
- LURIE G. A. (1916). — Febris Columbensis. — *Lancet*, 1, 350.
- MARMO A. (1932). — Observation on *B. Columbensis* Fever (Castellani's Fever) with Report of Six Cases occurring in Eritrea. — *Journ. Trop. Med. and Hyg.*, January 15.
- IDEM (1935). — Il *B. columbensis* Cast., Tip. Operaia, Roma.
- PERUZZI M. (1931). — Sull'etiologia delle febbri enteroidi, dissenterie e diarree di Alessandria d'Egitto. — *Ann. di Med. Nav. e Col.*, II Fasc., III-IV.
- SIPAAR E. (1915). — Cases of Fever due to *B. columbensis* Cast. — *Journ. Trop. Med. and Hyg.*, November 15.
- THOMAS T. H. e BOSE A. C. (1936). — Two Cases of Pyrexia from *B. columbensis*. — *Ind. Med. Gaz.*, June, lxxi, 6.





