

## **La subcontinua tifoide : lezione clinica / del Prof. Guido Baccelli.**

### **Contributors**

Baccelli, Guido, 1832-1916.

Sparks, Edward I. (Edward Isaac), 1843-1880 (Donor)

Royal College of Physicians of London

### **Publication/Creation**

Roma : Dalla Tipografia Romana, 1876.

### **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/pk4j5srh>

### **Provider**

Royal College of Physicians

### **License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by Royal College of Physicians, London. The original may be consulted at Royal College of Physicians, London. This material has been provided by Royal College of Physicians, London. The original may be consulted at Royal College of Physicians, London. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

**wellcome  
collection**

Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

112 from the Archives  
2

104/26

LA  
SUBCONTINUA TIFOIDE

---

LEZIONE CLINICA

DEL

PROF. GUIDO BACCELLI

Sparks Bequest.

ROMA

DALLA TIPOGRAFIA ROMANA

—  
1876

---

Estratto dalla *Gazzetta Medica di Roma*  
Anno II. N. 18. e 19.

---

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS	
QUEST.	W. 137
ACQU.	22103
MO. 1844	
DATE	

## LA SUBCONTINUA TIFOIDE

---

### SOMMARIO

*Occasio scribendi* — Talune cause di malsania in Roma — Il tifo-malaria — Ragioni che rendono inaccettabile questo vocabolo — La Subcontinua Tifoide Come si distingue dalla febbre tifoidea — Criteri differenziali dedotti dallo studio della forma — Sintomi cefalici - toracici - addominali — Natura della subcontinua tifoide — Studio del tipo febbrile — della forma morbosa — Diagnosi differenziale risultante — Breve casuistica intercalata — Conclusione.

---

Romae scribo  
BAGLIVI *Prax. Med.*

### *Signori*

Da parecchio tempo e da più luoghi esteri, specialmente da Londra, era desiderata una nota clinica sopra le malattie che in quest'anno nella città nostra si sono vedute più frequenti e più mortifere, in causa dello sgomento recato dalle statistiche municipali intorno la mortalità in Roma.

Se tale sgomento per la salubrità della dimora in questa nostra Metropoli non è nuovo, tanto che Lancisi dovette scrivere quel famoso suo libro

*De nativis atque adventitiis Romani coeli qualitatibus*, che vi impegnerei tutti di leggere, è indubitabile che è tornato massimamente a farsi sentire in questo inverno passato. Si sono lette sulle rassegne settimanali cose che impaurirono anche i più calmi; vi si è veduto che in Roma più si moriva che non si nascesse, che le morti erano, proporzionatamente alle altre grandi metropoli di Europa, di numero grandemente maggiore. Voi sapete che non è oggi la prima volta che io levo la mia voce intorno a questo modo abbastanza leggiero col quale si pubblicano i quadri di mortalità cittadina, e non certo per interessi miei particolari, ma per la verità innanzi tutto, e poi per difendere la reputazione del clima di questa che è oggi Capitale del Regno; di questa Capitale che a torto da molte parti è additata come sede insalubre. Oggi che tutto si riporta alle statistiche, che tutto si fa colle statistiche, non si è voluta intendere una prima e necessaria distinzione di esse in computistiche e filosofiche: e certamente la statistica non ci renderebbe grandi servigi se noi non la interpretassimo a dovere. Se 50, 100 individui passando per una via dentro la città rimangono colpiti da una casa che crolli, o inghiottiti da una voragine che si apra sotto i loro piedi, non potrebbero tali infelici essere annoverati nella lista dei morenti ordinarii della città. Se il nostro suburbio è fiero agli agricoltori, ai fornaciai, ai muratori, se questi nostri lavoranti nel soggiornare fuori delle mura di Roma contraggono malattie che li costringono a riparare nei nostri spedali,

se quelle malattie benchè confortate dai soccorsi dell'arte adducano la morte di parecchi di quei disgraziati, come ben si vede, è questo un contingente di persone che non nacque in Roma, che non ammalò in Roma, ma che solo vi morì; un contingente di mortalità che non è da imputarsi a carico delle condizioni igieniche della città, (1).

Non è una grande scoperta il sapere che la malaria fa delle vittime, nè c'è bisogno che altri venga a dirci che il nostro suburbio è malsano. Noi lo sappiamo: ma sappiamo pure un grande fatto che domina la storia della malaria. Nè solo a voi ma anche ai legislatori, perchè nelle loro disposizioni partissero da criteri esatti e scientifici, ho dimostrato che la malaria non si diffonde a grandi distanze, che non si solleva che pochissimo, e che bastano pochi ostacoli per essere da essa insuperabili; che vi sono luoghi d'insalubre dimora, e che a poche spanne da quelli altri se ne trovano saluberrimi e sicuri. Cosa vi prova ciò? Vi prova che qualunque possa essere il momento genetico della malaria, di che non voglio adesso discutere, essa trae evidentemente da alcune condizioni visibili e dimostrabili: un banco di

(1) Questa lezione fu fatta nel Maggio passato. Dopo quest'epoca s'introdussero nelle ricerche statistiche i desiderati miglioramenti; così troviamo registrato nella rassegna settimanale dell'Ospedale di S. Spirito che di 781 infermi entrati nell'ultima decade di Luglio, 225 provenivano dalla città e 556 dalla campagna (dei quali 81 fornaciai, 48 muratori, 427 campagnuoli) mentre di 572 infermi per febbre da malaria 90 appena appartenevano alla città, gli altri tutti alla campagna.

argilla, un cumulo di terra umida, ove si ritrovano organismi che nascono e muoiono, rinascono e rimuiono, dardeggiati dal sole, in luogo che tutti risente gli effetti del calore, dell'umidità e della luce. È là che si genera la malaria, onde io ho sovente ripetuto che la malaria è autoctona, che la malaria si calpesta coi piedi, che tutte le impurità del terreno destituite delle speciali condizioni che generano la malaria non sono capaci di portare un accesso di febbre intermittente. Del pari se si verifici che non più le misere plebi condannate a laborioso mestiere nel suburbio, ma ricchi signori giungano alla città nostra con un germe già contratto d'infezione tifosa, e contratto in una vicina e grande città, dove regna endemico il tifo, ammalino negli alberghi e muoiano in quelli senza che la città proporzionatamente risenta del danno che li colpi, senza che gli spedali che sono l'istrumento nososcopico di una grande città offrano esempi congeneri di malattia, dovrà dirsi, per ossequio al vero, che questo pure è un contingente avventizio d'infermità e di morte non punto riferibile alle interne condizioni igieniche della nostra metropoli. Difatti mentre in città e singolarmente negli alberghi si deploravano casi di febbri tifoidee, frequenti gravi e spesse volte fatali, ed io sentiva la necessità di presentarvene degli esempi nelle sale cliniche per sottoporli al vostro studio, i miei aiuti non valsero a ritrovarne uno, uno solo, nel vasto recinto ospitaliero di S. Spirito!

Ma non così fu delle pneumoniti, che causa pur esse di numerose morti in città, abbondavano anche negli ospedali, poichè di queste avemmo a clinica un numero notevole, sebbene nelle nostre sale non potessero ritenersi così mortali come apparivano fuori. Difatti nel numero ragguardevole di casi da noi raccolti, sebbene non mancassero severissime forme, pure non avemmo a deplorare che un decesso solo. Dalla qualità e dalla verità di codesti fatti quanto non dovrebbe modificarsi il giudizio diffuso per le pubbliche stampe a carico della salubrità e dell'igiene di Roma non è chi non vegga; sebbene sarebbe egualmente irragionevole il negare che a volte nella città nostra insorgano severissime forme di febbri che reclamano da parte de' medici uno studio coscienzioso ed esatto.

Quella che costituisce il fatto clinico più singolare della nostra città sembra l'unione di due momenti etiogenici, il malarico ed il tifico e l'azione loro copulata sull'umano organismo. Di questo fatto sebbene non certo a chiare note pur si trova qualche osservazione fin da tempi più remoti, e la risultante infezione febbrile n'ebbe varia denominanza. Ma quello che spicca su tutti è forse Lancisi allora quando descrive alcune forme febbrili che vidersi in Roma serpeggiare a mo' d'epidemia e soprattutto ne' quartieri trasteverini.

Gli antri del sottosuolo urbano dilagati dal fiume in aumento senza che pur le acque apparissero per la città, costituirono, costituiscono e co-



stituiranno fino a che l'igiene pubblica non avrà provveduto colle opere del Tevere, un gravissimo rischio alla pubblica salute. Questa alluvione urbana sottocutanea lascia col ritrarsi dell'acqua una melma argillosa contenente quantità grande di elementi organici anche microscopici, siccome può agevolmente dimostrarsi sottoponendo alle lenti quell'umida creta che forma il deposito del fiume sulle ripe. Cotesto relitto (*coenum* di Lancisi) evidentemente può contenere i germi causali dell'infezione tifosa e della malarica.

Io non discuterò troppo sottilmente su cote-  
sta disamina, clinicamente soddisfatto di ciò che  
dissi tanti anni or sono ed oggi ripeto, cioè « che  
la malaria è una potenza nociva più sentita che  
intesa » locchè potrebbe a buon diritto ripetersi  
dell'infezione tifosa.

Egli è certo che applicando a cotesti fattori  
copulativamente agenti sull'umano organismo ed  
agli effetti che ne risultano gli studi nostri sul-  
l'argomento generico della malaria, noi possiamo  
dire che esiste una disgiuntiva in ordine logico  
ed in ordine clinico, ed è: o che la malaria ed  
il tifo si congiungono sotto la forma febbrile *pro-  
porzionata*, o che invece prorompe una vera *sub-  
continua, malarica* sotto le parvenze del tifo.  
Nel primo caso, le due entità morbose conserva-  
ndo ciascuna la propria autonomia stringerebbero  
un'alleanza sul teatro dell'umano organismo; nel  
secondo, fuse direi quasi ed unizzate, ma sotto il  
predominio della malaria, e perduta unilateral-  
mente la propria autonomia presenterebbero un

tipo speciale che ha nome per noi di *subcontinua tifoide*.

Io credo che i neoterici accampino l'un fatto e l'altro sotto il vocabolo novellamente coniato di *tifo-malaria*: tifo-malaria del quale dovrebbe discutersi nel prossimo congresso medico internazionale di Filadelfia.

Se non che, e il nuovo vocabolo tende ad esprimere una parvenza tifosa dell'infezione malarica, o una parvenza malarica sotto l'infezione tifosa, o le due infezioni veracemente congiunte; e poichè altro significato non possa accordarglisi, io stimo che questo appellativo soverchiamente nosografico vada troppo a carico delle analisi cliniche già progredite, e quindi anzichè recare un vantaggio generi un danno, come sarebbe generato da una espressione caotica o cumulativa nello studio delle fattispecie.

Questo primo apprezzamento che direi filosofico-clinico non è certo il solo che possa farsi nel caso. Difatti alloraquando s'intende l'animo nello studio di un fatto morboso, è mestieri misurare il ciclo che quel fatto percorre: in questo ciclo stà come *alfa* l'elemento etiogenico e gli effetti di questo sull'umano organismo, come *omega* le alterazioni patologiche che segnano l'estremo danno patito. Ma tra l'uno e l'altro sta il processo che si svolge in ragion composta delle lesioni dei tessuti, degli organi, degli apparecchi colle relative rivelazioni de' sintomi o delle forme morbose, nonchè delle compensazioni fisio-patologiche che ne risul

tano pur di conservare ad onta del danno e protrarre la vita. Le quali cose accrescono colla loro presenza il quadro nosologico dei fatti e dei prodotti relativi.

Ora è certo, che per quantunque *tifo* e *malaria* si accampino sotto la rubrica delle infezioni acute, ma eziologicamente diverse; l'uno dall'altra si differenzia per un cumulo di ragioni clinico fisiopatologiche da tutti concesse. Quindi la necessità di tenere distinte le due entità patologiche, e di studiarne le differenze, anche in quei punti nei quali parrebbero unizzate. Ed i punti possono ridursi.

- a) All'altezza e al modo di febbricitare.
- b) Alle conseguenti acute emodiscrasie.
- c) Alle indotte iatture del sistema e degli apparecchi nervosi.

Nel quale triplice studio si trovano agevolmente fatti di osservazione clinica indubitabile, d'onde emanano i criterii diagnostici differenziali.

E innanzi tratto le parole *tifo* e *malaria* non possono clinicamente compararsi così come suonano; nell'uno contemplandosi un elemento causale, nell'altro un effetto; l'una è di sua natura oggettiva l'altro soggettivo; l'una è individuata nel novero delle potenze nocive, l'altro risiede indistinto nel novero degli effetti più o meno determinati che una causa  $x$  può produrre nel seno dell'umano organismo. Difatti cotesto  $\tauυφος$  o *stupore* oggi per le analisi fisiopatologiche nemmeno può accettarsi come espressione univoca di un disordine ben definito, imperciocchè possa inter-

venire non meno come fatto psichico che come fatto organico, e come fatto composto.

Il vocabolo *tifo-malaria* o sarebbe applicabile praticamente, secondo il valore nominale od etimologico, ed allora chi non vede quanto frequenti non s'incontrerebbero i casi a colpo d'occhio giudicabili. Imperciocchè tutte le volte che c'imbattessimo in una forma stupida indotta dall'infezione malarica, sarebbe mestieri concedere al caso il battesimo di *tifo-malaria*: o più che il valore etimologico e le parvenze nosografiche grossolane il vocabolo dovrebbe esprimere il connubio di un duplice elemento causale, di un duplice processo morboso, di una duplice natura di lesioni, ed allora i casi ne sarebbero estremamente rari, e il vocabolo risulterebbe applicabile per accidente. Spieghiamoci.

Nell'ipotesi di una infezione tifosa e di un'infezione malarica coesistenti e militanti nell'umano organismo, ogni dì ne addimostra la prassi medica un'alta verità, come venne sancita dall'adagio Ippocratico, cioè: « *de duobus morbis corpus unum obsidentibus potior alterum obscurat* » e quindi se pure in principio il modo del febbricitare inducesse a credere la duplicità del processo pirogeno, e ne fosse anche confortato il giudizio da una scrupolosa analisi causale, non tarderebbe guari a succedere che l'una infezione prevalessesse sull'altra, e quella che prevale sempre è la tifosa. Ma non prevale così che l'altra sia egualmente rabbiata nel principio, nell'acme e nella declinazione del processo prevalente. Imperciocchè sia regola

gen erale ed a moltissimi conta per propria esperienza, che nello scorcio e nella defervescenza del tifo ripulluli il processo limnogenico e dia prova di sè con note cliniche indubitabili. Le quali o si limitano alle consuete forme e note parossismali, od assumono nuovamente tutta l'immagine tifica assoggettandola però al fatto dominante della malaria. Nel primo caso è una terzana, una terzana, doppia, una quotidiana (benchè rarissima) od una quartana (anche più rara); nel secondo una vera *subcontinua*. Quindi è chiaro, siccome la coesistenza di una duplice ed alta infezione ammissibile nel principio e nel fine dell'intero processo pirogeno, non possa ammettersi del pari nell'acme della forma tifosa.

Tante volte è un inganno che si prepara al medico inconsapevole od immemore dell'andamento febbrile di talune forme tifose. E l'esempio se ne ha nella così detta lenta nervosa di Huxham, nel principio della quale avviene s'incontrino remissioni così grandi sul mattino che ove non si applicasse il termometro potrebbe parere raggiunta una apiressia totale. Dopo questa remissione, che in grado notevolissimo può durare anche parecchie ore, si lascia rivedere l'aumento febbrile che riprende lena quasi insidiosamente, senza i noti segnaoli del rigore o del freddo che succede com'è conto all'elevazione termoscopica già avvenuta, e senza sudazione, almeno proporzionale all'incompleta defervescenza dianzi segnalata. Ed oltracciò la *vera et perfecta integritas* che dagli scrittori latini segnalavasi tra un parossismo e

l'altro nella serie loro, allorquando si trattasse d'intermittente legittima, non si scontra giammai. Quindi abbiamo ragione di dire che assai men sovente possa procedere una vera infezione tifosa sotto le parvenze malariche, di quello che una vera infezione malarica sotto le parvenze tifose: locchè equivarrebbe a dire, che una vera proporzionalità fra due acute ed alte infezioni non si può dare nè si dà nella pratica.

Tolto quindi di mezzo cotesto lato della disgiuntiva logica e clinica non ci resta dinnanzi allo sguardo che la vera *subcontinua tifoide*.

In altra lezione voi conosceste cosa ella sia una subcontinua, e se or qui ne ripeto brevemente il concetto lo faccio per amor di chiarezza.

La subcontinua è una febbre d'infezione malarica, perniciosa per la ragion del tipo.

Ogni febbre intermittente genuina, massimamente poi la intermittente perniciosa, ha un sintomo prevalente che la qualifica; il letargo, il delirio, il singhiozzo, la sincope, l'emorragia, il flusso enterico ed altri svariatissimi e tutti gravi. Ogni febbre *subcontinua* non ha un sol sintomo, ma una intera forma che la qualifica; la pneumoniaca, per es: la biliosa, la reumatica, la tifoidea ecc.

Come nell'intermittente perniciosa la ragione del sintoma stà nell'individuo (organi indeboliti patite iatture, consuetudini morbose, relitti di passate infermità); così nella subcontinua vi ha una ragione individua, che non solleva un sintoma, ma genera una forma; e questa forma generata può tenere a cagioni che si veggono agire

sopra molti individui ad un tempo , come le influenze: per es: la colerica , la reumatica, la biliosa, la tifoidea. Ma quando pure erompa una vera subcontinua, o colerica, o reumatica, o biliosa o tifoidea, ogni elemento morboso è compiutamente subordinato alla potenza infettiva della malaria, sebbene l'individuo singolarmente sia predisposto a una forma speciale per circostanze di luoghi, di tempi, di stagioni, d'influenze. Così gli sbilanci atmosferici per la forma reumatica; i soverchi calori per la forma biliosa; il cibo gramo, gli abituri, lo stento, la mancanza dell'igiene, l'influenza per una forma tifoide; il caldo, gli errori dietetici, le brusche repressioni del sudore, l'influenza, per la forma colerica; più cause raggruppate insieme per una forma composta. Ma la infezione dominante in tutte è una, cioè la malarica; e questa infezione subordina interamente a sè ogni forma morbosa, e queste forme morbose risultanti si vincono colla cura specifica, non esclusa una medela laterale per la forma che accompagna la infezione in atto.

Delle cose sin qui dette evidentemente risulta che lo studio più necessario sia quello della *subcontinua tifoide*, che si può dire costituisca il tipo più grave delle nostre subcontinue e la diagnosi più ardua delle febbri d'infezione malarica. Ed è precisamente la subcontinua tifoide quella che tra noi può occorrere non infrequenti volte e mettere a repentaglio ad un tempo solo la vita di un'infermo e l'onore dell'arte. Evidentemente il rischio stà nel confondere la *subcon-*

*tinua tifoide* con una tifoide genuina; che se costesto giudizio fu errato da molti e potrà da molti errarsi in prosieguo, le cause di errore, è d'uopo confessarlo, sono molte e gravi.

Infatti se noi vogliamo considerare alcune condizioni d'ordine fisiopatologico, noi troveremo una grande consonanza negli effetti prodotti dai due fattori morbosi, cosicchè molti di essi possono promiscuamente affacciarsi. La malaria agisce sul sangue e sul sistema nervoso prediligendo il ganglionico; dunque discrasie, flussioni, non vere flogosi; e se una vera flogosi esista, esiste nella forma complicata, ma primitivamente non la si desta giammai. Il tifo agisce sul sangue; e del sistema nervoso non risparmia nessuna parte; ma il ganglionico è da esso pure grandemente alterato; le glandole linfatico-sanguigne sono in tutta l'estensione comprese nel processo morboso; voi lo vedete nelle forme di enterite follicolare con tutte le varietà anatomiche possibili. Nell'un caso e nell'altro la milza, questo grande ganglio venoso, è evidentemente colpito; e taluno pretese di trovare differenze in ordine all'ampliamento dei suoi diametri per segnalare su queste differenze l'origine tifosa più che la malarica o viceversa. Se dunque dall'una e dall'altra causa evidentemente infettive, oltre la severità della febbre, si levano due gruppi l'uno discrasico, l'altro nervoso, voi già vedete a grandi tratti la possibile somiglianza delle forme; e se ne considerate attentamente gli attacchi nella tessitura sanguigna e negli organi ematopoietici voi trovate a grandi



tratti anche nell'ordine processuale questa grande, non vorrei dire rassomiglianza, ma almeno analogia nei processi evolutivi delle due infezioni. Certo se nell'una, parlo della febbre tifoidea, campeggiano i fenomeni addominali e tutti quelli che dalle sofferenze addominali rampollano o direttamente o per azione riflessa, nell'infezione malarica subcontinua l'addome potrà anch'esso essere a sua volta investito come qualsiasi altra cavità e divenire sorgente di errore diagnostico.

Se però queste cagioni congiunte all'altezza del febbricitare, presentate in iscorcio per amore di brevità, sono le ovvie cause di errore, non mancano al sagace ed accurato clinico guide fedeli che valgono a metterlo sulla via di un giudizio differenziale.

In primo luogo una grande differenza notevole artistica, innanzi di portarsi al punto di vista tipico febbrile consiste nel vedere come nasca una *subcontinua* e come nasca una *tifoidea*.

La *subcontinua* o fu in origine una febbre intermittente genuina, legittima; o nacque subcontinua immediatamente: la *tifoidea* nasce remittente, iperacmastica, o di sua natura progressiva nell'elevazione termoscopica. Eccovi già una notevole differenza. Ho detto che la *subcontinua* o *nacque intermittente*; e questo è l'andamento il più regolare della terzana semplice che si fa doppia, si fa poi duplicata, e nello scomparire degli stadii apirettici comincia a crearsi quella linea pseudocontinua del febbricitare che ha fatto scambiare il tipo subcontinuo col remittente a tutti coloro che

non hanno fatto lunghi profondi e coscienziosi studi sulla febbre malaria col termometro alla mano. Dunque *ab ipso limine* dobbiamo colpire un grave errore di coloro che tengono la subcontinua per remittente, errore che stà nei fatti e nelle apprezzazioni dei fatti. Stà nei fatti perchè come io vi diceva o *nacque intermittente* e guadagnò a prezzo dell'esser progressiva la sua parvenza continua; stà nell'apprezzazione dei fatti perchè quella che sembra continua conserva in realtà la natura intermittente sebbene abbuata. Il medico lo ricorda: giorni fa l'infermo fù preso da una febbre per sè lieve ed uscì di casa; il giorno dopo ricadde nella febbre, e l'accesso fù più forte più lungo; fu data la chinina e la febbre dileguò: tornò due giorni appresso l'accesso, ma questa volta parve anche più lungo, anche più vivo. Insomma voi avete nella coscienza del medico il convincimento che la febbre con cui ha a che fare nacque intermittente. E ne volete una controprova? Ve la darò in modo indubitabile: voi combatterete questa febbre coi preparati di china; ma credete che a un tratto dilegui? Niente affatto: per lo più perde la sua pseudocontinuità, e ritorna intermittente: laonde anche se vi mancasse dagli antecedenti (*poichè o potè nascere subcontinua sin da principio*) una dimostrazione della sua vera natura, voi avete questo fatto, che apparsa continua, nel cessare si rivela apertamente qual fu sempre intermittente. Tanto è vero che questa febbre è intermittente di sua natura, tanto è vero che coloro che confondono la subcontinua colla remittente errano a grande

partito, e portano nella Clinica medica e nella nosologia un errore non mai abbastanza deplorato. *O nacque subcontinua*, e allora il carattere di questa febbre consiste precisamente in ciò, che in un dato ciclo di tempo, 24 ore, presenta sulla linea termoscopica parecchie spezzature corrispondenti al numero degli accessi che in una giornata si verificarono in quel caso. Voi direste quasi che la subcontinua ha una linea formata di punti non a contatto, ma in tal modo approssimati e vicinissimi tra loro, che veduta di lontano non appaiono le piccole ragioni di discontinuità! È così che la subcontinua è clinicamente fatta chiara dall'applicazione del termometro, è così che De-Haen ha reso i più grandi servigi. E se il mio sapiente amico Wunderlich, nella sua splendida opera sulle temperature febbrili non ha potuto farlo, fu perchè non si è trovato, come addiviene tra noi, in luoghi ove le subcontinue attingessero il grado più perfetto della forma, nella l'infezione malarica.

Veniamo ora alla *tifoidea*. La *tifoidea* nasce remittente: carattere suo sovrano, *remittente epimastica*. Nel primo momento voi avete la remissione consueta in una comune piressia, cioè la mattina sempre e costantemente, mentre a vespro si ha il rincaro. E sapete bene che dopo i primissimi giorni, al secondo e al terzo non solamente la remittente è chiara, ma è chiara la remittente acutizzata. Carattere il più segnalato della tifoidea è questo, che l'esacerbazione della sera la si ritrova come temperatura remittente del mattino

successivo fin dai primi giorni; cioè che nella sera antecedente e nella mattina seguente si trova la stessa cifra termoscopica; quindi le piccole accidentalità dell'elevazione e della discesa non varcano il mezzo grado e la temperatura stà sul 40.° o almeno di poco più bassa. Altra osservazione importantissima trae appunto da cotesto criterio termoscopico, ossia che nella tifoidea il calore non si mette al 40.° che in terza, in quarta, in quinta giornata; mentre la febbre *subcontinua* in genere e in ispecie la *tifoide*, o che sia nata intermittente legittima e poi si sia oscurata, o nata *subcontinua* fin dal principio, può attingere il 40.° nel primissimo istante del febbricitare.

Come voi vedete adunque vi hanno più criteri piroscopici di diagnosi differenziale, perchè voi fin dall'esordio vi possiate mettere in guardia tra l'una e l'altra forma morbosa. Ma per procedere con un'ordine anatomico nella ricerca delle differenze diagnostiche tra la *subcontinua tifoide* e la febbre tifoidea, cominceremo anzi tratto dall'esame della testa, ossia da sintomi cefalici.

Nel discorrere però dei sintomi e dei gruppi sintomatici che si rilevano dall'esame della testa, dobbiamo avvertire come cotesti non dieno al pratico la certezza del suo giudizio se non considerati nel loro insieme.

Nella *subcontinua* la cefalea nell'esordio è rara, nella *tifoidea* frequentissima, e quasi generale. Nella *subcontinua* vi ha la possibilità di una nevralgia del capo avente il carattere puro nevralgico di puntura, di trafittura, di dolore pulsati-

vo, che può cambiar posto da un punto all'altro, che prende l'occipite, che prende la fronte, che prende la fronte e l'occipite ad un tempo: nella *tifoidea* la cefalea è permanente e per lo più frontale, gravativa. Nella *subcontinua* l'occhio non è così splendido e fisso come nella vera *tifoidea*: l'albuginea ha per lo più una tinta giallastra, cosa che se nella tifoidea avviene, avviene in prosieguo di tempo; non parlo della dilatazione o del restringimento pupillare, perchè questo non è fenomeno iniziale nè dell'una forma nè dell'altra; pure in principio nella tifoidea vedrete più la dilatazione della pupilla, nella *subcontinua* più facilmente la costrizione di essa.

Nella *tifoidea* vi ha una *facies* che vi colpisce sino dal primo istante; i tratti naso-labiali stirati, i pomelli od i zigomi arrossati, l'occhio fisso, lucente, stupido, la pelle che si direbbe quasi inverniciata, l'aridità delle mucose, la lingua tremola, o arida o tendente all'aridità, quasi sempre liste gengivali: poi tendenza all'asprezza progressiva della lingua, lingua felina, e l'impaniatura succrescente dei denti e del prolabio. Nella *subcontinua tifoidea* questo è molto diverso; non vi ha la caratteristica del τυφος, ossia lo stupore della faccia, o non la troverete che in prosieguo di tempo, e tutto ciò che si riferisce alle mucose, alla lingua, ai denti fuliginosi, non esiste nei primi giorni, mentre nella tifoidea ciò potrebbe avvenire. Nella *subcontinua tifoide* le liste gengivali o non esistono da principio, o non sono così bianche, cremose, pultacee; nè costituiscono

una zona omogenea, che, dall'alto della gengiva discendendo verso l'arcata dentaria, pare composta di una serie di coni che toccantisi per le basi distendono i loro apici tra dente e dente come avviene nella febbre tifoidea: invece nella subcontinua, il margine gengivale che confina co'denti è per lo più tumido e tendente al bleuastro; e se al disopra le gengive biancheggiano, lo fanno con una tinta leggiera, sfumata, irregolare, come se fossero quà e là maculate da idrolatte.

Anche nella cavità della bocca può aver luogo qualche osservazione importante in ordine all'apparire, mantenersi e dileguare delle afte e del mughetto. Le afte appartengono assai più frequentemente alla subcontinua, e talvolta insorgono subitamente, come un sintoma novello di un nuovo accesso; il mughetto invece spetta più propriamente alla forme febbrili ne' periodi loro avanzatissimi, ed è promiscuo più assai che esclusivo. Tuttavolta anche il mughetto può apparire sollecito nelle *subcontinue* come non infrequenti volte ho osservato. Lo stesso è a dirsi di alcune eruzioni difteroidi che si veggono occupare l'istmo delle fauci, assai più frequenti nella *subcontinua*, rapide nella comparsa loro; mentre nella *tifoidea* può aver luogo uno stato più o meno anemico che lascia biancheggiare le fauci senza che si veggano ingombre da alcun prodotto speciale.

E non solo le gengive che giungono in proseguito di tempo ad essere nerastre e filanti e che talora anche sanguinano leggermente, ma tutte le mucose semi-interne accessibili all'occhio sono

degne di particolare attenzione. Oltre le condizioni descritte della lingua, del prolabio, vi sono quelle delle pinne nasali e delle mucose che le sovvestono. Nella *tifoidea* quelle mucose non solo sono secche, calde, rigonfie ma si coprono a volta da una specie di muffa e di muco atro, filante, subcruento, che produce un penoso intasamento, e costringe l'infermo a respirare quasi esclusivamente per la bocca che si dissecca vieppiù. Del pari le mucose auricolari toccano ad uno stato catarrale, che può giungere fino ad oppilarne i meati e concorrere in tal guisa ad accrescere i sirigmi e la sordità, così caratteristica dal secondo settenario in poi nella tifoidea e così diversa da quella che potrebbe intervenire in una *subcontinua*, più in grazia del chinismo che della indole dell'infermità.

Inoltre sin dal principio d'una *febbre tifoidea*, all'occhio attento e sagace del pratico non isfuggono quelle subite, brevi, rare contrazioni dei muscoli della faccia che col progredir della forma diventano così chiare e frequenti; la qualcosa a vero dire non appartiene se non per eccezione alla *subcontinua tifoide*. L'alito nauseabondo, ma caldo, ma di quella nausea che viene soltanto da un flato semplicemente febbrile è proprio della *subcontinua tifoide*; mentre nella *febbre tifoidea* si aggiunge un peculiare odore che richiama quello di una nidiata di topi, probabilmente dovuto a peculiari acidi grassi ch'emanano dal traspiro.

Il delirio è sintomo ovvio in una *tifoidea* progredita; ma non mai nell'esordio della forma morbosa; laddove nella *subcontinua* può intervenire

nel primo o ne'primissimi giorni. Nella *tifoidea* si prenunzia dall'occhio fisso e lucente, dalle mucose aridissime, dall'insonnia, dall'agitazione, dal brillare delle carotidi, dal polso contratto, frequente, leggermente dicreto, irregolare. Nella *subcontinua* il delirio può esser sintoma del novello accesso, può sparire per dar luogo ad un'altro sintoma grave che segnali l'ingruenza di nuovo parossismo: anzi lo sbalzar dei sintomi da un organo all'altro, il succedersi delle forme, da un apparecchio organico all'altro; il trovar la punta morbosa or prevalente sull'una, or sull'altra cavità splancnica a breve intervallo è proprio della *subcontinua tifoide*, impropria della *tifoidea*, nella quale lo stesso delirio, poichè s'iniziò, rimane protervo con differenze di grado, laddove nella *subcontinua* più facile a verificarsi a notte chiusa, può esser *evanido*, od a notevoli tratti ricorrente.

Ciò che l'esperienza de' casi clinici può dare per contributo in ordine alla diagnosi differenziale della *tifoidea* e della *subcontinua tifoide* nell'ordine dei sintomi toracici è certo assai più indistinto di quel che vedemmo per i sintomi cefalici. Tuttavia anche qui ne soccorre lo studio dei sintomi nella comparsa loro, nella intensità, nella durata nella mutazione nella successione.

La *tosse* è rara nella *subcontinua tifoide*, ma non certo in alcuna specie delle subcontinue per esempio nella pneumoniaca, dove anzi è sintoma culminante. Siccome però anche nella *subcontinua tifoide* può aver luogo la congestione



neuro-paralitica dell'apparecchio respiratorio, allora, ed in ragione del tempo e della intensità colla quale si verifica, può erompere subitamente, aspra, frequente, congiunta o no ad alcun escreato, e dove questo si metta in vista, caratteristico. Lo sputo infatti è fluido nerastro, mobilissimo nella sputacchiera, di odor grave, grumoloso, misto a catarro ed a parte sierosa, persistente nelle sue note e solo talvolta approssimantesi sempre più al carattere emorragico. Quanto cotesto sputo differisca anche microscopicamente da quello della pneumonite e dalle scarse separazioni catarrali, appena e raramente sottinte di sangue, che possono intervenire nel corso di una *tifoidea* progredita non è chi non sappia. Nella *tifoidea* i sintomi di flussione pneumonica non appartengono certo al primo periodo; sono caratteristici per la ragione del luogo, che è per lo più la base o la superficie dorsale del polmone, pertinaci, per lunga pezza immutabili, o solo tutt'al più con un certo ordine lentamente progressivi; nella *subcontinua* mobili, a volte fin quasi a non credere alle proprie osservazioni, sbalzano dall'uno all'altro polmone, dall'uno all'altro punto o lobo, in tutte le superfici, in tutti i versanti. A questo proposito senza ritessere la diagnosi differenziale in ordine a'sintomi toracici per ciò che ne concerne le differenze obiettive attendibilissime, caratteristiche tra una pneumonite e una subcontinua pneumonica, v'invito a rileggere ciò che fu scritto da me nella lezione delle subcontinue in genere, ed in ispecie di quella che si congiunge colla forma pneumonica.

L' *affanno* nella *subcontinua tifoide*, avvenuta la flussione polmonare, è sempre di gran lunga maggiore a quello che suol intervenire nella *febbre tifoidea*; e qui pure innanzi tratto valgono le ragioni differenziali del tempo, del modo, della durata, delle facili remissioni, degli inopinati rincalzi, siccome è solito ad accadere nella grave infezione palustre. Se non che la ragione dell' *affanno* tiene qui ad altre e ben note etiogenesi, come ad esempio la elevatissima temperatura, oltre il 41°, ricorrente più volte anche in un giorno, e per suo proprio fatto capace di accrescerlo a dismisura; lo stato neuro-paralitico, le congestioni estesissime e discrasiche che possono intervenire, minorarsi o dileguare anche in poco volger di tempo ed in modo affatto inconsueto alle comuni flogosi polmonari. Aggiungi le condizioni degli organi circolatori che sottentrano a rincarare il quadro, spinte non infrequentemente fino ai sensi del deliquio stesso, ciò che è più proprio assai della *subcontinua*, e quella singolare manifestazione di ambascia indefinibile ed irrequieta che i vecchi medici sollevano descrivere colla frase stereotipica della *iactitatio* o *iactatio corporis*. Difatti si comprende benissimo quanto possa essere e sia diversa la immagine di un infermo colpito di stupore, τυφος, e quella di un altro che sia agitato, tremebondo ed incapace di restar pochi istanti nella istessa positura. Nè basta ancora: assai più connaturale alla *subcontinua* è uno stato di paresi dei muscoli respiratori come fatto anch' esso culminante, transitorio e redituro di quello non sia

alla tifoidea. In questa è più naturale la oppressione del respiro per immobilità relativa del diaframma indotta dalle tensioni ipocondriache e dall'esorbitanza del timpanismo addominale; la qual condizione però non si verifica nella gran parte de' casi che nello scorcio del secondo settenario ed oltre.

Il *dolore pleurítico* v'entra per eccezione considerato nella sua vera natura o causa che lo produce; tuttavolta nella gravissima discrasia di una subcontinua alcuni dolori o acuti o gravi, vaghi come i reumatoidi, non molto pertinaci, ma molti di luogo e fastidiosissimi possono intervenire per dato e fatto di piccole emorragie sottosierose troppo spesso dimostrate nelle autopsie, intorno alle quali s'inizia un esilissimo e modificato processo di pleurite con tendenza necrotica. È certo eziandio che anche un profondo senso di dolore può trarre, e trae di fatto, dalle distensioni dei rivolgimenti pleurici indotte dal polmone in quei punti nei quali sottomesso il tono fisiologico, tende a dilatarsi e cascare sotto l'influsso delle paralisi funzionale ed organica.

In quanto alla ispezione della cute toracica non parleremo qui degli esantemi parassiti che pure intervengono, poichè ne diremo ragionando dei fatti morbosi che si riferiscono al ventre.

Nell'addome le ricerche sono più fruttuose. È forse mestieri ricordare le note caratteristiche di questa cavità in una tifoidea progredita? Il timpanismo, il sordo dolore nella regione iliaca ed epicolica destra, il gorgogliar dei liquidi, la dolo-

rabilità generale sotto una palpazione un po' forte, le diarree caratteristiche, la tensione ed il tumore degli ipocondrii che fanno coll' estrema punta un angolo ottuso sulla linea che si tirasse dal centro del cavo ascellare alla cresta superiore e posteriore degli ossi iliaci, senza parlare delle notissime eruzioni tifose che appaiono, dileguano e si riformano in luoghi diversi come le macchie di roseola o le morbillariformi, o durano più pertinacemente come le lenticolari, o vengono e si moltiplicano quasi per date irruzioni come le miliariche? Tutto questo insieme assai caratteristico nella *febbre tifoidea* non trascende certi limiti di tempo, e può giungere a gradi massimi, inconsueti alla *subcontinua tifoide*. La quale se può presentare fenomeni di cotesta natura, e li presenta talora di fatto, non li circoscrive ad un' epoca data dello svolgimento morboso, non li eleva giammai ai gradi della tifoidea, ma li vede sottentrare senz'ordine, senza nesso evidente colle lesioni intestinali proprie dell'ileotifo, anche talvolta nei primissimi giorni. Però il carattere delle eruzioni in una subcontinua si direbbe più acutamente discrasico, avvicinandosi talora a quello veramente emorragico. Anche il meteorismo nella subcontinua è talora parossistico, viene, dilegua, ritorna, mentre la diarrea o manca o non ha certo i caratteri che la lunga esperienza ha assegnati all'ileotifo.

Ma nella forma addominale che può essere di promiscua spettanza non possiamo sottrarci a talune ricerche di interesse grandissimo che possono farsi, anzi che debbono, su visceri ipocondriaci,

sul rene e sull'urocisti. Nell'influenza malarica e nella *subcontinua tifoide* da questa derivante si dice pressochè da tutti che fegato e milza grandeggino, massimamente quest'ultima; che facili catarri intervengano nelle vie biliari, e che da questi ad altre cause congiunti derivino i gradi di un ittero più o meno cospicuo che suole accompagnare quasi sempre e fin dall'esordio una subcontinua. Tutto questo non è sempre vero, nè esatto o almeno non è certo esclusivo. Non è sempre vero: imperocchè il grandeggiar del fegato si verifichi tutte le volte che la circolazione cardio-pulmonare sia resa difficile da condizioni organiche o funzionali o miste del cuore o del polmone, anche affatto indipendentemente dagli effetti primi o necessari dell'infezione malarica; ricordiamo ad esempio le pneumoniti biliose di Stohl. Quindi come ognun vede non può esser caratteristico, sebbene sia consueto nella subcontinua.

E poichè siamo entrati nella considerazione de' fatti d'ordine meccanico che possono addurre il grandeggiare del fegato, la notizia esatta della speciale circolazione endo-epatica ne soccorre e ci conforta ad ammettere un'altra genesi, la più ovvia ad incontrarsi, vogliam dire la diminuita azione muscolare del diaframma. Chi ben ricorda in qual guisa le vene sopra-epatiche si scarichino nella cava, dovrà facilmente comprendere per qual maniera la diminuita escursione respiratoria del fegato ne faciliti l'ingorgo, e come a questa debba aggiungersi come causa non meno influente, oltre la diminuita capacità respiratoria cui superiormente

accennammo, anche la lentezza del respiro. Per le quali cose nei capillari del doppio ordine epatico e massimamente nello scaricarsi che debbon fare le vene provenienti dal sistema dell'arteria epatica in quello della porta addiviene che la circolazione si rallenti, che i vasi si dilatino, intorpidiscano e tutto il campo del circolo intermedio a' grossi tronchi ne resti stipato di sangue. Talune forme così dette ipocondriache, taluni gradi d'itterizia leggiera e permanente, che si dissero un giorno il miserabile stipendio dei letterati e degli uomini che menano vita soverchiamente sedentaria, non hanno altra genesi che questa; alla quale consentono e dalla quale dipendono certe pienezze intravenose di tutto il sistema porto-splenico, da che provengono le stasi emorroidarie, intestinali, alcuni catarri di natura proterva e la minaccia delle emorragie e dei contraccolpi che derivano alle sezioni superiori del tronco, al petto cioè ed al capo, dall'aumento dell'onda sanguigna portata a ritroso dai sistemi dell'azygos. E qui mi arresto per non entrare nella ricchissima pagina di fisiopatologia che si apre dinnanzi a cotesti avvenimenti e che non è mestieri in questo luogo percorrere.

Ma nel fegato un'altra serie di fatti non meno importante può agire come causa di turgore che si possono ridurre alla iperemia collaterale ed alla iperemia paralitica; se non che la prima rientra agevolmente nell'ordine de' fatti meccanici, la seconda può aver luogo e per azioni riflesse e per condizioni generali e dirette in tutto l'organismo come sarebbero i più alti gradi dell'umano feb-

bricitare. Quindi varia di molto l'esatta apprezzazione dell'intumescenza epatica in ordine alle diverse etiogenesi, e ben si comprende come il fegato non sia primitivamente compromesso dall'azione della malaria, ma secondariamente da essa ed indipendentemente da essa per molte, varie e diverse cagioni.

Nella infezione malarica il tumore splenico ha vicende singolari che meritano di essere ben conosciute ed apprezzate, le quali si verificano tutte le volte che condizioni anatomo-patologiche precedenti nell'organo splenico non le impediscano: come p. es. la inespiabile ipertrofia ed iperplasia del perisplenio, e le ulteriori affini degenerazioni della capsula.

Se lenta e continua sia l'azione limno-emica, senza pur che l'organismo umano giunga per essa a febricitare in modo palese anche a coloro che non si giovano della esplorazione termometrica, la milza inturgidisce ogni giorno più e tocca col tempo alla più cospicua iperplasia.

Se acuta e discontinua fu la causa nociva e l'umano organismo entrò per essa in una determinata e non lunga serie di parossismi febbrili, la milza aumenta di mole notevolmente fin dal primissimo accesso; ma dopo quello la capsula splenica contraendosi riduce fin quasi al volume fisiologico l'organo tumefatto. Di tal guisa però procede cotesta vicenda che ad ogni accesso novello verificandosi un aumento nuovo, ne va per contro diminuendo sempre la riduzione nella defervescenza. Così la milza resta come testimonio proporzionale al danno patito col grado variabile d'iperemia e

d'iperplasia insieme congiunte. Ma quando acutissima e grave si svolga la ragion infettiva, e la quantità febbrile irrompe fino a' più alti gradi, la milza non siegue più la stessa legge fisiopatologica: essa inturgidisce appena, ma in luogo di crescere ed indurire si rammollisce, perde il suo tono, si fa cascante e la capsula vi si raggrinza sù.

Il qual fatto torna evidentissimo se l'acuto ed alto febricitare colpì individui che aveano già incorso la cachessia splenica.

Parecchie volte, o Signori, vedeste tal fatto non solo nelle gravi febbri malariche ma eziandio nelle altissime temperature, per esempio su pneumonitici, già per lo innanzi colpiti da cachessia paludosa. Sotto l'elevarsi della cifra termica ci rendemmo sicuri di tal fatto misurandó accuratamente i diametri nell'organo splenico, segnalandone le progressive riduzioni, e quando pure avemmo la sventura di perder taluno de' nostri infermi, il cadavere ci fornì la prova irrecusabile delle fatte osservazioni. Cosa accade allora nell'interna economia dell'organo splenico?

Grazie alle ricerche dagli ultimi anatomici tra i quali Billroth, noi conosciamo a dovere la struttura di questo immenso ganglio venoso: noi sappiamo oggi come le lacune spleniche sieno in rapporto diretto degli alvei venosi, ciò che a vero dire si divinava già. Noi conosciamo esattamente la parte linfatica dell'organo in tutte le sue attinenze. Eppure qual mai gravissima serie di considerazioni non si schiude a' fisio-patologi ripensando che sotto l'influenza malarica il grandeggiar



progressivo della milza, tra la ricorrente iperemia e la durevole iperplasia, non si accompagni punto a leucocitosi, così come sarebbe naturale il supporre. Quante volte abbiamo assoggettato il sangue alle lenti in coteste congiunture, altrettanto può dirsi che per l'aumento delle cellule bianche il responso fu negativo. Arrestiamoci ai fatti, e non vogliamo per ora anticipare esplicazione alcuna di questi per non incorrere in erronei giudizi troppo nocivi più all'arte che alla scienza.

Ma perchè per converso nell'ileotifo la cosa andò in guisa notabilmente diversa, e noi ritrovammo non rare volte a morbo progredito l'aumento delle cellule bianche?

Potrà dirsi derivi tal fatto d'altri gangli linfatico-sanguigni e non dalla milza; ma noi questo non possiamo asserire. Il difetto della leucocitosi ad onta del tumore splenico torna come argomento univoco e probativo che dall'iperplasia malarica della milza non deriva aumento di cellule bianche; ma nessuno ci autorizzerebbe a dirlo egualmente del tumore splenico tifico, quando anzi la leucocitosi esiste; e con essa la possibilità già conta della derivazione dall'organo splenico.

Che se questa e non altra è la vicenda della milza nelle acutissime febbri malariche e specialmente nelle subcontinue e singolarmente nella *subcontinua tifolde*, ognuno vede quali ne rampollano fatti che meglio studiati possono elevarsi a criteri di diagnosi differenziale; imperciocchè senza trascendere la diga di questi e senza nemmeno servirci della

scienza equivoca delle esplicazioni, possiam credere quasi assicurato questo canone d'esperienza clinica, cioè: che nella *tifoidea* il tumore della milza non solo non difetti, ma sia congiunto talvolta a leucocitosi; nella *subcontinua tifoide* il vero tumore splenico non si ritrovi guari, o, se fuvvi per lo innanzi indotto o da precedente cachessia malarica o da quelli accessi di febbre distinti che precedettero la subcontinuità, subisca sott'occhio un involuzione per acuto rammollimento, senza che però sia dato riconoscere nella tessitura del sangue la discrasia leucocitica.

Per converso, nelle acute ed alte infezioni malariche eziandio può ritrovarsi pel sangue la presenza di zolle mobili di pimmento, causa talora di danni non lievi, mentre nella infezione tifoidea questo fatto non si verifica mai.

Ma veniamo al rene considerato semplicemente per ciò che ne costituisce la struttura anatomica più assai che per quello se ne riferisca alla natura funzionale di filtro o di organo secernente. Nell'acuto ed alto febbricitare, qualsivoglia ne sia la natura, la funzione del rene può rimaner compromessa, e più assai di quello che a tutte prime non s'immagini. Le orine che scarseggiano per difetto di acqua, e che presentano tinte assai intense per condensazione di sali e per prevalenza di alcuni elementi coloranti nella crasi urica, fluiscono spesso albuminose. Se non che, in talune acutissime forme può giungersi insino all'anuria, e dove per 36 o 48 ore questa permanga, prenunzia fatalmente la morte. Anche qui però ci sovviene come sia degno

di non essere dimenticato giammai quel notissimo aforismo d'Ippocrate. « *Sed oportet alia signa contemplari.* » Io ho veduto cogli occhi miei, l'anuria prenunziare la morte di uno dei più illustri politici del nostro Regno, irreparabilmente perduto per accessi trombo-embolici del fegato derivati da estese, antiche e proterve ulcere intestinali: ma io pure ho veduto in compagnia del mio nobile amico il Dott. Serafino Gatti, Assessore della Sanità Municipale in Roma, un ricco agricoltore sostenere una completa anuria per 6 giorni, senza che ne intervenisse alcun sintomo pauroso. Nè come ognuno facilmente potrà immaginare mancò l'avvedimento di introdurre più volte il catetere nella vuota urocisti; e solo verso il fine poche stille di orina sanguigna poterono raccogliersi, che assoggettate alle lenti non presentarono, al di là di taluni detriti granulosi e poche cellule epiteliali di varia origine e mezzo sfatte, ma non elementi anatomici riduttivi del rene che attestassero di una grande jattura. Solo ne apparve, ma molto indistinta, nell'imo addome raccolta una piccola quantità di fluido; indistinta, dissi, anche in ragione della enorme mole del ventre e della grande spessezza delle pareti. Quando a un tratto assoggettato a bevande diuretiche semplici si vide ricomparire una straordinaria quantità di orina a peso specifico assai basso, come sarebbe stato naturale in circostanze ordinarie, e quindi la funzione rimettersi in totale equilibrio. Se altri mi avesse narrato tal fatto io forse non gli avrei prestato la fede. Ma quell'uomo del resto, a parte

un tumore splenico che attestava la cachessia paludosa, ed un fegato grande, ma flaccido, molle, cascante, per enorme quantità di grasso, non presentava alcun altro fenomeno che ispirasse timore. La presenza adunque di scarsa quantità di albumina non depone per l'un fatto o per l'altro. Nell'acuto febbricitare interviene una pielite catarrale, dalla quale si protende la irritazione a canali retti che spogliandosi dei loro epiteli possono dar luogo alla scarsa ma frequente presenza di un elemento inormale.

Tuttavia vi ha un'altra genesi albuminurica, che come nelle lente così nelle acute affezioni può intervenire, ed è la stasi cianotica del rene. Anzi per qualsiasi fatto o causa di fatto intervenga l'albuminuria come sintoma, io vado convinto che la causa prossima, come dicevano gli antichi, o determinante sia la stasi o meglio la iperstasi del rene. Della quale agevolmente si comprende l'azione anossiemica locale, e quindi la conseguente esfoliazione degli epiteli su vasta superficie. Negli esperimenti da me fatti di lente iugulazioni su varii animali ho trovato sempre l'orina albuminurica.

La presenza inoltre di speciali elementi, come la leucina, la tirosina, l'inosite, vale come testimonio promiscuo delle profonde rapide ed alte riduzioni dell'umano organismo sotto l'acuto febbricitare, nè dalla presenza di questi elementi o dall'assenza loro può trarsi argomento diagnostico differenziale tra l'ileotifo e la subcontinua tifoide.

In un infermo della nostra clinica che voi ricorderete forse e sul quale portai la diagnosi di reumatismo acuto addominale, il rene che per la qualità delle urine costantemente analizzate non aveva dato altra prova di sè se non la scarsezza della secrezione, fu trovato colpito di un processo anatomico non facile ad interpretarsi. Nella sostanza corticale divisa per lo suo mezzo, quindi e quindi vedevansi disposte in serie delle chiazze di color giallo come foglia morta, di varia figura e grandezza, il cui tipo formale avrebbe potuto ridursi ad un informe poligono, che lasciava supporre una acuta e particolare metamorfosi grassa di parziali distretti. Lasciai all'Istituto Anatomico-Patologico di farne l'analisi microscopica, ma fin qui non n'ebbi risposta. A me rimase la memoria del fatto, ed il presuntivo giudizio di steatosi parziali acute del rene, e la non dubbia dottrina che dalle flogosi a lento corso, specialmente dalla reumatica, possano derivare siffatte metamorfosi. Cotesta digressione Voi la condonerete all'importanza del caso.

In quanto all'urocisti, a parte i catarri troppo comuni e per facili e note cause prodotti, di valore in nessun caso altro che equivoco; per ciò che concerne non la ragione ultima del fatto, ma il nesso di questo con una forma morbosa, la iscuria, la disuria, la stranguria, si legano più assai colle affezioni difteroidi del collo della vescica e cogli stati neuro-paralitici derivanti dall'*ileo-tifo*, anzichè con quelli che provengono dalla *subcontinua tifoide*, nella quale io non ricordo tali avvenimenti che come rara eccezione.

Ma è tempo di venire con ogni possibile diligenza allo studio dell'intera immagine clinica di una *subcontinua tifoide*. E poichè in essa ogni gruppo sintomatico o forma morbosa come ogni sintoma a sè anche gravissimo si subordini intieramente alla causa ed al modo di febricitare, è mestieri prendere ad esame accuratamente cotesto fatto principe.

Dicemmo già cosa ella sia una febbre subcontinua; dilucidiamone ora per quanto è possibile il concetto. Altro è *febricitare di febbre continua* altro è *continuamente febricitare*. Si può continuamente febricitare per febbre di sua natura intermittente, e ciò in due modi: o che i parossismi si dilatino, si prolunghino in rapporto di una data quantità di tempo presa per unità di misura, per esempio 24 ore, di guisa che l'accesso avvenire sottentri innanzi lo stadio della defervescenza dell'accesso precedente ed il freddo di quello anteceda di poco tempo il sudore di questo, e si avrebbe il tipo di *subentrante*, mitissimo per lo più, la cui cessazione sta in un ultimo accesso prolungato: o che in una data unità di tempo gli accessi spesseggino in guisa che ne rimangano oscurati i segnaoli dell'ingruenza e della fine, e si avrebbe il tipo della *subcontinua*, gravissimo e di sua natura pernicioso.

Come è facile vedere nella *subcontinua* vi ha pure il subingresso dei parossismi, e questa fù ragione perchè taluni non considerando che un accidente del tipo con poco accorgimento clinico confondessero *subintrante* e *subcontinua*.

Avete mai osservato le onde agitate del mare quando l'una sull'altra accavallandosi s'ingrossa, ribolle e spumeggia con maggior impeto al lido? Le onde non conservano più nel fine la propria autonomia, ma non per questo vien meno il fatto che nacquero autonome, seguendo le leggi del moto marino. Ed è curioso il vedere come se la direzione delle onde istesse si cangi e ribollendo s'incontrino nasca una risultante proporzionale alla forza delle componenti, e come l'onda di riflusso se si avvenga ne' flutti nuovi, in proporzione delle forze in contrasto nasca lo spettacolo della mistione in vario senso divergente. A me pare che cotesta similitudine spieghi assai bene ciò che noi vediamo avvenire in una subcontinua, riguardo al tipo ed ai sintomi che sul campo dell'apparente continuità insorgono da più parti e nuovi. Nell'oscuramento di ogni vicenda parossistica la ingruenza di un nuovo accesso segnalata con piccoli accidenti sulle linee termoscopiche si congiunge a sintomi nuovi; ittero, afte, singhiozzo, convulsioni, sincopi.

E siccome il primo passo che si fa per l'acquisto delle cognizioni differenziali trae dall'attenta osservazione nosografica, noi vediamo che gli assistenti sono i primi che entrano nell'accorgimento di questo andare della febbre inusitato, di questo apparire e dileguare di sintomi, di questo rincarrare e diminuire di temperatura a breve, brevissimo intervallo; e prima pure che intervenissero i moderni Clinici col termometro e ne ottenessero responsi ineluttabili sullo studio delle linee, i

vecchi pratici avevano già segnalato il fatto culminante delle remissioni e delle esacerbazioni a ritroso delle comuni piressie, e s'informavano a quel criterio per la diagnosi e la cura.

Chi si piaccia rileggere le storie delle *subcontinue* narrate dal Torti sia che appartenessero alla sua, sia all'altrui osservazione, è colpito sempre da cotesto fatto, che gli astanti all'infermo colle narrazioni loro determinassero spesso il medico nella fattispecie. Ed io stesso ricordo moltissimi casi ne' quali l'osservazione sicura era già nella coscienza della famiglia, prima che l'accorgimento di De-Haen togliesse dall'animo del medico ogni dubbio confermando pienamente la verità additata dai profani dell'arte. E quando nella *subcontinua* apparentemente *sinoca* non altro era dato di segnalare che un calor mordacissimo per la immanità della febbre, ed uno stato cerebrale quasi stupido e l'incoscienza dell'infermo del suo pericolo, ed il polso acquistava per gradi al carattere *ondante*, sferzante, o scoccante se meglio piaccia, come quasi nelle insufficienze aortiche, un brevissimo, parco e fuggevole sudore con sensibile abbassamento di temperatura interrompeva volta a volta l'omotonia del quadro.

Nella *subcontinua tifoide*, come in tutte le altre *subcontinue*, perchè risulti chiara la enunciata vicenda sui tracciati termoscopici, non si può nè si deve limitare la ricerca del calore a due volte soltanto nelle 24 ore. Chi adoperasse in tal guisa correrebbe il rischio di ritrovarsi con un tracciato che in apparenza non si discosta punto



dal regolare andamento delle comuni sebbene intense piressie. Potrebbe difatti veder segnalata nel mattino una remissione ed una esacerbazione notevole nelle ore del pomeriggio; ed ove a questo informasse la norma de'suoi giudizi correrebbe rischio di andare gravemente errato. (Vedi fig. N. 1).

E dissi che potrebbe tradurvi in inganno; ma per lo più anche dal modo di condursi di un tracciato termoscopico preso due volte al giorno in una *subcontinua tifoide* vi nascerebbe nell'animo il convincimento profondo che l'andamento termometrico si discosta assai dalle vicende e dall'ordine che suol seguire in una *febbre tifoidea* non modificata dall'intervento di un energica cura. E qui desidero mettervi sott'occhio il tracciato (Vedi fig. N. 2) di un'altra *subcontinua tifoide* osservata nella nostra clinica; del qual tracciato mi dispenso ogni commento perchè le differenze con una *tifoidea* comune risultano in modo indubitabile. Solo mi permetterò segnalarvi che nel mattino del secondo giorno di dimora nelle nostre sale la temperatura trovossi a 40.° e la sera a 38.° 4, e che nel 3.° giorno la temperatura del mattino fu di 38.° 1 mentre nella sera compariva di 39.° 4. E basta questo per segnalarvi un andamento totalmente diverso dalle comuni piressie in genere ed in ispecie della *tifoidea*.

Guardate ora per istudio comparativo un tracciato termoscopico fatto due volte il giorno in una comune tifoidea, e vedrete la regolarità tipica del suo andamento (Vedi fig. N. 3 e 4).

La temperatura deve prendersi ogni due ore: e con questo mezzo si guadagnerà la certezza dello strano volgere del calore che senza regola alcuna e talvolta a brevissimi, tal altra a più lunghi intervalli si eleva e discende più e meno ma sempre in modo inconsueto alle altre febbri infettive. Così nella fig. N. 5 vi presento l'andamento tipico di una *subcontinua tifoide* col tracciato delle temperature prese ogni due ore dalle otto del mattino alla mezzanotte. Ivi risulta a colpo d'occhio quella linea spezzata e caratteristica che segnala tre esacerbazioni e tre remissioni distinte e corrispondenti a tre accessi oscurati l'uno sull'altro incalzantisi, e ne' quali le remissioni non si abbassano più in grado notevole.

Talvolta una *subcontinua pneumoniaca* chiara nel suo esordio per la singolare vicenda del tipo studiato nelle 24 ore nel passaggio che può fare ad una vera pneumonite malarica ne va segnalando l'avvenimento colla prova dello stesso andamento (Vedi fig. N. 6).

L'ultimo fatto che io vidi in città fu quello di un giovinetto, allievo già nella nostra marina, figliuolo di un ricco e distinto signore, che venuto da Napoli in Roma per riveder la famiglia prima d'accingersi ad un lungo viaggio di mare, fu colpito da una *subcontinua* senza alcun altro parossismo nettamente precedente. Mi sovviene che un distinto pratico chiamato al letto dell'infermo nelle prime ore del mattino amministrasse un purgante, e che io vedutolo in sul meriggio ordinassi fret-

tolosamente una forte dose di preparato chinaceo. Un altro medico di valore ed amico della famiglia, che aveva fatte notevoli pubblicazioni sulla malaria, lo vide a sua volta, e pur ammettendo la convenienza di quella terapia, parve persuadersi piuttosto e per la provenienza del giovinetto da Napoli, dove regna endemico il tifo, e per la forma morbosa che gli stava sott'occhio, che non di subcontinua, ma si trattasse di ileo o dermo-tifo; tanto più che sull'organo cutaneo apparivano quà e là delle macchie e delle papule che fecero inclinare il primo medico al giudizio di una vajoloide. La qualità del caso, della persona, della provenienza, l'altezza rapida e grave del febbricitare, i sintomi cefalici prevalenti, le eruzioni indistinte sulla cute, il giudizio diverso di due Colleghi che io rispettava, non valsero a scuotermi dalla profonda convinzione dell'animo. E tuttochè il pronostico ne dovesse essere riservato, e l'un de' medici tenesse ormai impossibile la partenza dell'infermo coi suoi compagni di scuola, l'amministrazione dei preparati chinacei fatta prontamente e colla conveniente larghezza trionfarono in 3 o 4 giorni del male; ed il convalescente si trovò pronto al salpar del bastimento.

Certo che la diagnosi in questo caso non avrebbe potuto farsi altrimenti che di una subcontinua, l'addiettivo alla subcontinua era fin troppo giustificato dalla cefalea, dallo stupore, dall'incoscienza, dalla lingua tremula, dal timpanismo del ventre, dal polso leggermente dicreto e dagli indistinti esantemi. Sicchè come ognun vede un altro fatto

clinico importantissimo da cotesta pure come da tutte le altre osservazioni deducesi, ed è: che la *subcontinua tifoide* a differenza della *tifoidea* non ha corso necessario, che curata a dovere l'andamento suo si spezza, non senza avere per lo più manifestato sotto l'azione del rimedio e nello scorcio del febricitare più nettamente ancora che nel principio la natura sua parossistica.

Ma non volse così la vicenda de' fatti nel caso di quel notissimo giovinetto Krezma, un miracolo di valor musicale in tenerissima età. Ricordo non senza compiacenza per quella vita salvata che un giornale di Roma lo dette per morto.

Di tale importantissimo esempio di *subcontinua tifoide* offriamo il tracciato termoscopico (Vedi fig. N. 9).

Questo interessante giovinetto giaceva da lunghi giorni ammalato ed era in cura dell' egregio Dottor W. *Febbre tifoidea* n'era la diagnosi fatta. Lo sgomento era grave in famiglia, quando per desiderio del vescovo Strossmayer fui invitato a vederlo. Abboccatomi col valoroso giovine che lo aveva in cura, mi fu non difficile il persuaderlo che quella forma morbosa, sebbene per varii argomenti diagnostici potesse riferirsi al genere τυφος, pur tuttavia per altri molti e diversi se ne allonnavà, presentando invece un caso evidentissimo di *subcontinua tifoide*. Potei consolare la famiglia con pronostico assai più rassicurante, ed invitai il medico a studiarne il tracciato termoscopico con la massima cura, non senza prima averlo avvertito della strana ed eloquente vicenda che avrebbe

ritrovata nell'andamento di quel tipo febbrile. Il dott. W. seguì volentieri il mio consiglio, e mi ringraziò poi per avergli porta occasione di studiare un fatto così interessante e così nuovo per lui, e per averlo aiutato nell'opera di salvare quel caro giovinetto. Ma qui la febbre si prolungò, e ne fu cagione lo avere amministrato a forma già progredita le prime dosi dei preparati chinacei; ne fu cagione, lo averle date non senza esitanza, con poca regolarità ed in quantità insufficiente. Quando poi valse a vincere ogni perplessità ed accendere vivamente per la virtù del farmaco la fede del successo in quel mio giovine Collega, allora a vista d'occhio il miglioramento fu rapido e pronta la guarigione.

Non dissimile da cotesto fù l'esempio di una gentile fanciulla, figliuola del signor B. uno dei nostri generali di divisione. La febbre accompagnata da sintomi tifoidei si sosteneva protervamente dinnanzi al medico curante che non ardiva, pauroso de'sintomi che minacciavano da più cavità e proprii come egli credeva di una vera continua. Quando un giorno, e fu circa il terzo settenario, annoiato anch'io di quel tentennare soverchio e dello scoraggiamento che già impadronivasi di tutta la famiglia, assicurai il generale che all'indomani la sua figliuola non avrebbe avuto più febbre; ed ordinata una dose conveniente di sale di chinina da prendersi regolarmente, il dì successivo si trovò perfettamente apirettica. Riapparve però per alcun tempo la vicenda febbrile nettamente paros-

sistica innanzi che tutta la infezione potesse dirsi espiata!

E così potrei dilungarmi per un numero assai notevole di storie se me lo permettesse l'economia del tempo concesso ad una lezione clinica. Però anche da cotesti casi risulta *che la subcontinua tifoide non ha ciclo necessario.*

E torno qui ad invitarvi, o Signori, a rileggere quanto vi dissi già nell'altra lezione messa a stampa « *sulla subcontinua in genere ed in ispecie sulla pneumoniaca* ». Solo vi ricorderò che il criterio sovranamente artistico nella diagnosi differenziale tra una tifoidea genuina ed una subcontinua tifoide riposa *sull'abile e rapido confronto tra l'immagine clinica assunta dalla subcontinua ed il genuino tipo nosografico sotto le cui sembianze procede.*

La febbre tifoidea ha una sembianza sua, un andamento suo, una spiccata individualità nella forma. I sintomi nascono con un certo ordine ed ordinatamente progrediscono; l'esacerbazione caratteristica in terza giornata ed il progresso nella sua severità non isfuggirono all'occhio sagacissimo del Padre della Medicina. « *Febres non intermittentes tertia die exacerbantes, difficile habent judicium* ». Il primo settenario non somiglia al secondo, il secondo non è eguale al terzo; la comparsa, la catenazione, la successione de'sintomi è caratteristica. Cotesto fatto non si verifica mai nella subcontinua; in questa i sintomi non hanno legge nè costante, nè proporzionale nella evoluzione

e nella catenazione loro; il delirio, il meteorismo, il singhiozzo, la carpologia, ed altrettali possono insorgere ne'primissimi giorni, o mancarne alcuni quasi patognomonici come la remissione mattutina, la esacerbazione vespertina, la diarrea, la cefalalgia.

Ma ciò che più monta è la *speciale contraddizione de'sintomi*, che se pur s'incontra talvolta nella vera *tifoidea*, costituisce si può dire nella *subcontinua tifoide* uno dei fatti culminanti, per esempio: la lingua secca, aspra, felina, colla nullità della sete - la giacitura supina, immobile col respiro anelante - il freddo al senso del medico nelle mani, ne'piedi, sulla fronte, con nessun avvertimento di esso da parte del malato - la incoscienza quasi totale con un mormorar di parole non intelligibile - la lipotimia ed il collasso col subito balzar su'piedi e co'movimenti bruschi forti e richiedenti molta energia muscolare - il venir meno, lo approssimarsi alla sincope senza ragion manifesta - il regolarizzarsi dei polsi per breve ora, il farsi abbastanza sostenuti nella remissione per tornar deboli, ineguali, irregolari nella esacerbazione febbrile, quando appunto parrebbe che il centro circolatorio dovesse erigersi a forza maggiore. Aggiungi a questo la fugacità di alcuni sintomi che sogliono nella *tifoidea* genuina, apparirsi una volta, rimanere protervi, per esempio: la cardialgia, il delirio, la carpologia, il singhiozzo etc. e si avrà quanto basta per trarre dall'insieme del quadro colla maggior sicurezza i criterii clinici della diagnosi differenziale.

Io non debbo entrare nella parte terapeutica, sulla quale ho bisogno intrattenervi a lungo in un'altra lezione. La chinina ed i suoi sali furono oggidi sottoposti anche da noi ad esperimenti fisiologici di molto interesse. La quantità ed il modo di somministrarli nelle singole fattispecie, e quali veramente abbiano a dirsi presidii collaterali efficaci e sinergici col divino rimedio, è quistione che non può farsi nè risolversi in brevissimo spazio ed in brevissimo tempo. A noi basterà di aver presentato il contributo de'nostri studi, delle nostre osservazioni, della nostra esperienza clinica e delle convinzioni per lungo tempo acquistate in argomento di tanta mole.

La *subcontinua tifoide* non volge epidemica se non per rara eccezione di cause singolari simultaneamente operanti; non può quindi nè deve recare sgomento ad alcuno e massimamente ai forestieri che si piacciono visitare l'eterna città fatta oggi Capitale d'Italia. Che se pure talvolta per la trascuranza dell'igiene locale potessero incontrare qualche infermità del genere anche severa, debbono esser certi che non v'ha giudizio diagnostico più sicuro, nè metodo curativo più pronto ed efficace, nè statistica più confortevole di fatti in altra qualsiasi specie di febbre grave che possa incogliere l'umano organismo.

Maggio 1875.

---







