

5. B. BABUDIERI e R. CERRI. — Osservazione di casi umani di ornitosi a Genova.

Riassunto. — Nella primavera del 1953 a Genova-Quarto e a Genova città, si sono manifestati parecchi casi di ornitosi. La malattia ha colpito in prevalenza bambini, ma in alcuni casi anche individui adulti. Il decorso dell'infezione è stato lieve ed il quadro clinico è stato essenzialmente quello di una bronchite a lenta risoluzione. In molti casi la diagnosi clinica è stata confermata dal controllo serologico. Quale sorgente della infezione sono sospettati i piccioni, due dei quali, allevati da una delle pazienti, hanno dato una reazione di deviazione del complemento positiva per la psittacosi-ornitosi.

Résumé. — Au printemps 1953, à Gênes-Quarto et à Gênes-ville, plusieurs cas d'ornithose se sont manifestés. La maladie a frappé surtout les enfants, mais dans certains cas aussi des adultes. L'infection a eu un cours léger et le cadre clinique a été essentiellement celui d'une bronchite à lente guérison. Dans de nombreux cas le diagnostic clinique a été confirmé par le contrôle sérologique. On suspecte que l'origine de l'infection ait été des pigeons, deux desquels, élevés par une des malades, ont donné une réaction positive de déviation du complément pour la psittacose-ornithose.

Summary. — In the spring of 1953 several cases of ornithosis occurred in Genoa-Quarto and the city of Genoa. The disease affected chiefly children, but also adults in some cases. The course of the infection was mild, and the clinical picture was essentially that of a bronchitis slowly clearing up. The clinical diagnosis was confirmed in many cases by a serological test. The suspected source of infection is the pigeon: two pigeons bred by one of the victims of the outbreak gave a positive complement-fixation reaction for psittacosis-ornithosis.

Zusammenfassung. — Im Frühjahr 1953 traten in Genua-Quarto sowie in der Stadt Genua verschiedene Fälle von Ornithose auf, und zwar befiel die Krankheit hauptsächlich Kinder, in einigen Fällen aber auch Erwachsene. Der Krankheitsverlauf war leicht und das klinische Bild im Wesentlichen dasjenige einer langsam verlaufenden Bronchitis. In vielen Fällen wurde die klinische Diagnose durch die serologische Kontrolle bestätigt.

Es wird vermutet, dass die Ansteckung von den Tauben ausging, und zwar haben zwei Tauben, die von einer Patientin gezüchtet waren, eine positive Komplementsbindung-Reaktion für die Psittakose-Ornithose gezeigt.

Nel 1940 COLES ⁽¹⁾ scopriva che l'agente patogeno responsabile della psittacosi, può albergare anche nel piccione. L'anno successivo il MEYER ⁽²⁾ confermava tale scoperta e riusciva per la prima volta ad isolare il virus responsabile della malattia dai polmoni di un paziente che aveva avuto contatto con piccioni provenienti da un allevamento dove ben il 33% degli animali aveva dato una reazione di deviazione del complemento positiva per la psittacosi.

Ricerche successive, dovute specialmente al MEYER ed ai suoi collaboratori ⁽³⁾, permisero di accertare che il virus della psittacosi, oltre che dagli psittacidi, può essere albergato e diffuso da molte altre specie di uccelli. Fra questi predominano i piccioni, sia quelli domestici che quelli selvatici. In considerazione di tali scoperte, il MEYER propose di sostituire il termine di « psittacosi », di significato ormai troppo restrittivo, con quello più comprensivo di « ornitosi ».

Non entriamo qui in merito al problema, tuttora discusso, se la moderna « ornitosi » debba essere senz'altro identificata con la vecchia « psittacosi ». Ricordiamo soltanto che la malattia trasmessa all'uomo da uccelli diversi dai pappagalli, sembra assumere generalmente un decorso più lieve di quello della psittacosi classica. Bisogna però ricordare a questo proposito, che l'attuale migliore conoscenza della malattia e la recente introduzione nella pratica diagnostica di metodi serologici, ci permettono ora di riconoscere anche casi lievi che nel passato sfuggivano ad un'esatta identificazione.

In Italia i primi casi di ornitosi sono stati descritti nel 1951 da PATRIGNANI e BABUDIERI ⁽⁴⁾ ad Ancona; altri casi furono descritti nel 1953 da GIUNCHI ad Ascoli Piceno, da BUTTITA e NOBILI in Sicilia e da BABUDIERI, LUSIANI, BUSSINELLO e BAIOCCHI ⁽⁵⁾ a Modena. Probabili, ma non del tutto sicuri sono il caso descritto da TOSCANO e coll. a Pavia, e quello di PAFUMI e ROCCUZZO ⁽¹¹⁾ a Catania. In una conferenza tenuta a Modena, uno di noi ha comunicato d'aver identificato altri casi a Roma, a Mantova e in alcune località del Veneto. Uno di questi ultimi casi è stato anzi descritto dal DE GIORGIO ⁽¹³⁾.

In complesso i casi finora segnalati in Italia sono poco numerosi. Di conseguenza ci sembra interessante dare notizia di alcuni casi di ornitosi caduti sotto la nostra osservazione a Genova, anche perchè presentano

alcune particolarità cliniche ed epidemiologiche non molto comuni a riscontrarsi.

Questi casi si sono manifestati tra l'aprile ed il luglio del 1953 a Genova-Quarto, un sobborgo collinoso della città di Genova. Come meglio vedremo in seguito, qualche caso s'è avuto però anche in piena città di Genova.

Un primo piccolo episodio epidemico è quello che ha colpito i componenti della famiglia P., che abita una casetta situata in riva al mare, lungo la strada che da Genova porta a Quarto. La famiglia è composta dai genitori e da due bambini.

Il primo ad ammalarsi è stato appunto uno dei due bambini: Pi. P., di 9 anni d'età. La malattia ebbe inizio il 2 d'aprile, con febbre, cefalea, vaghe poliartralgie ed una tosse stizzosa, frequente, con espettorato mucoso, la quale dopo un po' assunse un carattere pertussoides, a raffiche distanziate, che continuò anche a sfebbramento avvenuto. All'esame semeiologico si rilevò una bronchite con peribronchite basale sinistra, che si risolse dopo 10 giorni di trattamento a base di penicillina e streptomicina. L'esame radiografico del paziente risultò negativo. Del pari l'esame emocitometrico non mise in evidenza alterazioni degne di nota. La velocità di sedimentazione fu elevata (indice di Katz = 33, e = 48 a due mesi di distanza dall'inizio della malattia).

I primi giorni del mese di maggio ammalò anche la madre, A. P., con astenia notevole, febbre modesta, rari colpi di tosse stizzosa, vaghe poliartralgie, angina catarrale. Alla base sinistra s'avvertì per breve tempo un labile lontano crepitio. La paziente guarì dopo cura strepto-penicillinica, e le residuò astenia ed una notevole adenoidite.

Il 13 dello stesso mese ammalò pure il padre, F. P., con la solita sintomatologia, più accentuata però. La sua temperatura raggiunse infatti il valore di 39,5°.

Il secondo bambino, Pa. P., che era stato poco prima operato di tonsillectomia, ritornò in casa durante la malattia del fratello e, a quanto riferiscono i genitori, presentò lui pure una tosse a tipo pertussoides, senza manifestare però altri sintomi evidenti di malattia.

L'andamento di questi casi generò il sospetto che potessero essere ascritti a qualcuna delle cosiddette « polmoniti atipiche ». Di conseguenza uno di noi prelevò ai tre convalescenti (non fu possibile prelevare il sangue al Pa. P.), nel mese di giugno, un campione di siero per sottoporlo ad indagini serologiche. Queste furono eseguite da uno di noi allo Istituto Superiore di Sanità a Roma. I sieri diedero tutti risultato negativo per la febbre Q (deviazione del complemento con l'antigene Lederle; agglutinazione con il metodo di BABUDIERI e SECCHI). Invece la deviazione

del complemento con antigene psittacosico (Lederle) ha dato in tutti e tre i casi un risultato positivo, ai seguenti titoli: Pi. P. 1:64; P. A. 1:8; P. F. 1:256. La prova fu ripetuta su di un nuovo campione di siero prelevato in luglio ed i risultati furono i seguenti: Pi. P. 1:4; P. A. negativo; F. P. 1:64.

Un secondo episodio è stato da noi rintracciato partendo dall'osservazione di un bambino di 5 anni d'età, M. N., abitante in una casetta situata sulla collina di Quarto e ammalatosi verso la metà di giugno, con il quadro seguente: Decorso febbrile labilissimo, quasi inavvertito, tosse, astenia. Reperto ascoltatorio di peribronchite a risoluzione molto lenta. Allo esame radiografico esso presenta un marcato rinforzo della trama sull'ambito destro per intensi fatti peribronchiali. Un secondo esame praticato a guarigione avvenuta, ha dato il seguente reperto: a D. adenopatie all'ilo e qualche nodulo broncopolmonare in corrispondenza del corno inferiore dell'ilo; a S. adenopatie ilari. Accentuazione dell'area dell'arteria polmonare.

Il siero di questo bambino, prelevato a due settimane di distanza dall'inizio della malattia, ha dato una deviazione del complemento per la psittacosi positiva fino al titolo di 1:64. Interrogando i genitori di questo paziente, siamo venuti a sapere che una decina di giorni prima dell'inizio della sua malattia, aveva abitato nella stessa casa una cuginetta, M. G. M., di 4 anni, proveniente da Savona, dove alla metà di maggio era stata ammalata, con una forma di bronco-polmonite D., di natura non precisata. La bambina aveva avuto per 10 giorni febbre intorno ai 40°, tosse ed escreato abbondante. Convalescente, era venuta per una breve visita a Quarto.

Un'altra bambina, A. R., parente di questa e che abitava a Savona nella medesima casa, s'era pure ammalata di bronco-polmonite 5 o 6 giorni dopo che la M.G.M. aveva lasciato Savona. Proseguendo nelle nostre indagini venimmo a conoscere che la M.G.M. aveva abitato poco prima di ammalarsi in una casa situata nel centro della vecchia Genova, in Vico Vegetti. Nello stesso appartamento abitava un'altra bambina, S. F., di 6 anni, la quale pochi giorni prima che M.G.M. ammalasse, aveva avuto lei pure una forma di bronco-polmonite.

Infine la madre di M. N., (M. L.), circa 3 settimane dopo l'inizio della malattia nel bambino, ammalò lei pure presentando una lieve ipertermia, artralgie, astenia e tosse stizzosa. Un campione di siero prelevato a pochi giorni dall'inizio della malattia, diede un risultato debolmente positivo per l'ornitosi (1:8); un secondo, prelevato dopo altri 12 giorni, deviò invece il complemento fino al titolo di 1:512. Il reperto radiografico della paziente ha rivelato: « A D. noduli broncopolmonari

in prevalenza sclerosati alla base; a S. qualche nodulo sclero-calificato all'apice ».

Putroppo non ci fu assolutamente possibile prelevare i sieri dei bambini M.G.M. e S.F. per poter accertare se, come probabile, anche nei loro casi si sia trattato di infezione da virus ornitosico.

Altri due casi che hanno presentato il medesimo quadro clinico dei casi precedenti, si sono manifestati, pure nel mese di giugno. I due pazienti sono stati C. L., di anni 11 e B. E., di anni 9, abitanti essi pure sulla collina di Quarto. Il loro quadro clinico fu quello di una bronchite e peribronchite basale sinistra. L'esame radiografico, ripetuto più volte, fu negativo. La febbre fu poco elevata, ma molto persistente, specie in B. E.; ci fu notevole astenia. Non risulta che questi bambini abbiano avuto contatti fra di loro o con altri pazienti. I sieri di ambedue i bambini, prelevati a 43 giorni di distanza dalla defervescenza, hanno dato ambedue alla deviazione del complemento un titolo di 1:16.

Un ultimo caso infine si riferisce a B. L., di 50 anni d'età, abitante a San Pier d'Arena. Questa paziente, ammalatasi lei pure nel mese di maggio, ebbe febbre poco elevata per circa 15 giorni e intensa astenia. All'esame obiettivo essa presentò crepitii basali a D., i quali scomparvero rapidamente con tutto il resto della sintomatologia, dopo terapia strepto-penicillinica. Il suo siero, a 75 giorni dall'inizio dell'infezione, aveva il titolo di 1:64.

Il rilievo di questi risultati positivi ci indusse a controllare i sieri di altri bambini ed adulti di Quarto, che nei mesi di maggio e giugno avevano avuto forme morbose che potevano venir considerate sospette. I sieri controllati furono complessivamente 23. Di questi 21 furono del tutto negativi, uno fu positivo a titolo poco significativo (1:4) e divenne negativo dopo altri 10 giorni, e uno solo fu positivo a titolo elevato (1:128). Esso proveniva da una donna (M. R.) che era stata ammalata due mesi prima. Essa aveva avuto una febbre durata circa un mese accompagnata da tosse a tipo pertussoidale. L'esame clinico aveva messo in evidenza la presenza di una peribronchite basale sinistra, che s'è risolta molto lentamente.

Il caso che aveva dato una deviazione a 1:4 riguardava invece una donna che s'era ammalata alla fine di gennaio. Essa aveva presentato una pleurodinia basale che scomparve dopo un mese, una tosse pertussoidale ed adenoidite durata circa due mesi. La febbre fu poco elevata e continuò per parecchi mesi. L'esame radiografico del torace non fece rilevare alcunchè di notevole.

Non ci fu però possibile prelevare i sieri di alcuni bambini che ave-

vano sofferto di una forma morbosa molto sospetta, caratterizzata da accessi a tipo pertussoidi.

I casi da noi descritti presentano alcune particolarità degne d'attenzione, quali i titoli, in alcuni casi poco elevati, della deviazione del complemento, l'alta incidenza di pazienti in età infantile, la lievità di decorso della malattia.

E' necessario porsi in primo luogo il quesito se i casi qui descritti siano da ritenersi o meno casi di ornitosi. Una risposta sicuramente affermativa si sarebbe potuta dare soltanto qualora fossimo riusciti ad isolare dai pazienti l'agente eziologico. Per cause indipendenti dalla nostra volontà, non è stato possibile far tentativi d'isolamento del virus. Tuttavia è generalmente ammesso che qualora in un paziente che presenti una sintomatologia a carico dell'apparato respiratorio, due serodiagnosi eseguite ad una distanza di alcuni giorni l'una dall'altra, mostrino un incremento del titolo di almeno 2-3 provette, si possa affermare con grandissima verosimiglianza la natura ornitotica dell'infezione. In alcuni dei nostri casi ciò è avvenuto (M. L., B. E.), in altri i due campioni di siero, prelevati con un intervallo piuttosto lungo, in convalescenza, hanno mostrato una diminuzione del titolo, il che è un fenomeno altrettanto probativo quanto l'aumento del titolo in corso di malattia. In altri casi ci è stato possibile prelevare un solo campione di siero oppure la serodiagnosi non è stata neppure fatta. Tuttavia la circostanza che questi pazienti abbiano mostrato la stessa sintomatologia che quelli in cui la diagnosi è stata serologicamente accertata, ed abbiano talvolta avuto stretto contatto con essi, ci fa ritenere che essi pure, secondo ogni probabilità, abbiano avuto l'ornitosi. Anche il reperto serologico positivo in due piccioni allevati da una paziente, è un elemento in favore della natura ornitotica dei casi in questione.

Degna di nota è la circostanza che in qualche caso il titolo raggiunto dalla reazione di deviazione del complemento è stato molto basso oppure è sceso rapidamente in convalescenza. Tipico è a questo riguardo il caso della paziente A. P., che 40 giorni dopo l'inizio della malattia aveva il titolo di appena 1:8, per divenire addirittura negativa dopo altri 24 giorni. E' noto però che nell'ornitosi, specie se ad andamento benigno, il titolo degli anticorpi può essere poco elevato e può scendere rapidamente dopo la guarigione.

Un altro punto degno di rilievo è quello che i nostri casi riguardano in prevalenza bambini, alle volte di pochi anni d'età. E' noto che l'ornitosi è stata per lo più descritta negli adulti, mentre nei bambini è stata ritenuta molto rara. Ad esempio su 370 casi raccolti nella casistica di MEYER, soltanto 4 si riferivano a pazienti di età inferiore agli 11 anni.

E' possibile che la lievità del decorso della malattia nei bambini faccia sì che essa venga in loro molto raramente diagnosticata con esattezza.

Rileviamo infine che nei nostri casi la malattia ha avuto un decorso molto blando. Essa ha assunto per lo più il quadro di una bronchite e peribronchite e s'è manifestata con pochi giorni di febbre poco elevata, con un po' di tosse stizzosa, cefalea, qualche artralgia, astenia. Anche il reperto radiografico è stato negativo o quasi. In complesso la malattia ha assunto nei nostri casi il quadro che FAVOUR e LÉPINE ^(15, 16) hanno descritto come « pseudogrippale », molto diverso dall'impressionante quadro della psittacosi, qual'è descritta nei testi classici.

E' necessario che il medico pratico tenga ben presente l'esistenza di questi casi lievi, non soltanto per poter arrivare ad una giusta diagnosi e ad un'adatta terapia, ma anche per evitare che questi casi di scarsa gravità possano dare origine a piccoli focolai epidemici che, in qualche caso potrebbero anche assumere una gravità ed un'importanza pratica rilevanti. E' noto infatti che l'ornitosi può essere trasmessa da uomo a uomo e MAYER enumera 30 casi di infezione interumana, per lo più per trasmissione della malattia dal paziente a medici o a infermieri. Interessante è anche il caso riferito da HAMEL ⁽¹⁷⁾, avvenuto nel 1934 a Potsdam. Si trattava di un paziente, il quale venne in seguito a morte, che infettò il medico che lo curava. Questi infettò un suo assistente, il quale a sua volta trasmise un'infezione mortale ad un'infermiera. Questa, prima di morire, infettò infine un'altra infermiera.

Nei nostri casi, per ciò che si riferisce all'episodio della famiglia P., è difficile dire se si sia trattato di infezioni contratte separatamente ad una medesima sorgente, o se si sia trattato di una catena di trasmissioni interumane. La circostanza che i casi di malattia non si siano manifestati contemporaneamente, ci fa però propendere per questa seconda ipotesi.

Nel caso invece della paziente M. L., pare indubbio che essa abbia contratto la malattia dal suo bambino M. N., ed è molto probabile che questi si sia infettato dalla cuginetta, la quale a sua volta si sarebbe contagiata a contatto con la bambina S. F.

Roma — Istituto Superiore di Sanità - Laboratorio di microbiologia.

BIBLIOGRAFIA

- (1) COLES J. D. W. A. - Onderstepoort J., 15: 141 (1944).
- (2) MEYER K. F. - Schw. Md. Wschr., 71: 1377 (1944).
- (3) MEYER K. F. - Ornithosis and psittacosis; in Diseases of Poultry, ed. Biester. Jowa St. College Press, 569 (1948).
- (4) PATRIGNANI F., BABUDIERI B. - Policl. Sez. Prat., 48: 1281 (1951).

- (⁵) GIUNCHI G., LIOTTA I., MARCONI F. - Prime osservazioni sulla ornitosi in Ascoli Piceno. - Comunic. all'Accad. Med. Roma, 20 giugno 1953.
- (⁶) BUTTITA P. L., NOBILI I. - Indagini sull'ornitosi in Sicilia. - Comunic. al VII Conv. Soc. Ital. Sc. Veterin., Cortina d'Ampezzo, 28-31 agosto 1953.
- (⁷) BUTTITA P. L. - Giorn. Mal. Infett. e Parass., 5: 399 (1953).
- (⁸) BABUDIERI B., BAIOCCHI E., BUSSINELLO E., LUSIANI G. - Settim. Med., vol. 42, n. 16, 463 (1954).
- (⁹) LUSIANI G., BUSSINELLO E., BAIOCCHI E., BABUDIERI B. - La Settimana Medica, vol. 42, n. 16, 425 (1954).
- (¹⁰) TOSCANO F., ANGELA C. G., DI NOLA F. - Minerva Pediatr., 20: 930 (1953).
- (¹¹) PAFUMI A., ROCCUZZO M. - Riv. Pediatr. Sicil., 9: 111 (1954).
- (¹²) BABUDIERI B. - Ornitosi in Italia. - Confer. alla Soc. Med.-Chir. Modena, 26 marzo 1954.
- (¹³) DE GIORGIO A. - Boll. e Mem. Soc. triveneta Med. Int., 1: 1 (1953).
- (¹⁴) BABUDIERI B., SECCHI P. - Rend. Ist. Sup. Sanità, 15: 584 (1952).
- (¹⁵) FAVOUR C. B. - Am. J. Med. Sc., 205: 162 (1948).
- (¹⁶) LÉPINE R. - Semaine des Hôp., 65: 3376 (1950).
- (¹⁷) HAMEL C. - Bull. Office Internat. Hyg. Pub., 24: 966 (1932).