

SIFILIDE DERMICA TUBERCOLARE

PERSISTENZA

DEL FENOMENO INIZIALE CON SINTOMI SECONDARI

DIAGNOSTICATA

DAL PROFESSORE MANASSEI

PER LEBRA DEI GRECI

OSSERVAZIONI

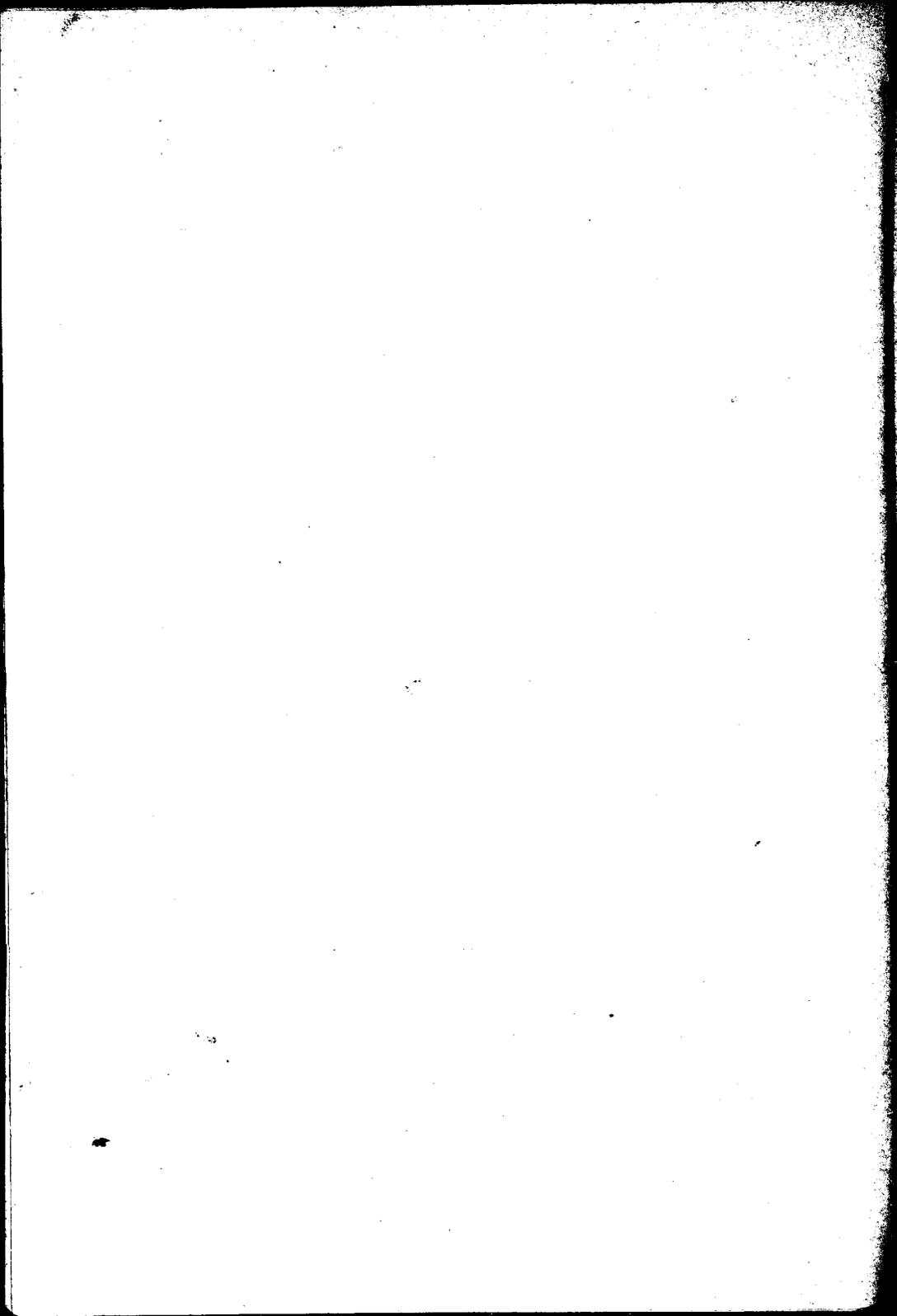
DEL DOTT. FILIPPO CERASI



ROMA

DALLA TIPOGRAFIA ROMANA

—
1876



Questo caso si offerse non a guari alla mia osservazione, il quale mi sembra degno di nota per la simultanea coesistenza di molte espressioni celtiche, relative ai vari periodi e per la discrepanza diagnostica insorta fra vari colleghi. Il Prof. Manassei, che presentò l'infermo all'Accademia Medica di Roma e lo dichiarò *lebroso* il 26 Febbraio 1876, me assente e specialmente qual Direttore della Gazzetta medica m'incolpa di avere accomodato in modo la narrazione di questo caso nella rivista Clinica dell'Ospedale di S. Gallicano da farlo credere per *sifilide*, e mi biasima di aver dedotto l'argomento finale di diagnosi dal felice risultato terapeutico ottenuto dalla cura specifica. Per il mio decoro, e per l'onore del Giornale che diriggo, mi piace ai nostri lettori esporre la genuina narrazione dei fatti e chiamarli quali arbitri in questa controversia diagnostica. Ecco l'istoria.

Coco Cesiro è l'infermo in questione. Da un paese denominato *Collelungo* — prov. di Avezzana — si portò in Roma e si condusse nell'Ospedale di S. Giacomo per esser curato di tubercoli cutanei.

Il Prof. Durante l'esaminò per il primo e giudicò trattarsi di *Lebra dei Greci*. Egli ne fece soggetto — come mi si disse — di un trattenimento clinico ad alcuni studenti.

Trasferito all'Ospedale di S. Gallicano, venne accolto nella Clinica sifilo-dermopatica.

Nel 27 Giugno 1875 fu presentato dal Professor Manassei l'infermo all'Accademia Medica di Roma, dichiarando che quantunque il caso era tutt'ora in studio, pure riteneva, con tutta la probabilità, *trattarsi di Lebra dei Greci*. Promise di raccogliere più precise notizie nella località e di portarsi colà per verificare se vi erano altri casi. La promessa ancora si desidera.

Narra che i primi tubercoli si svilupparono nelle sopraciglia nel 20 anno — l'infermo ne contava 23 — i quali poi apparvero anche nella faccia — Nota che sono *insensibili* e non mai disquammarono — Aggiunge che quello del labro superiore si rammollì ed esulcerò — Qui racconta che altri se ne svilupparono nel palato molle e duro — Sottoposto l'infermo all'esame laringoscopico, notò l'immobilità dell'epiglottide, la mucosa gonfia ed iperemizzata — Per mezzo dell'olfalmoscopio dice di aver ravvisato il Prof. Businelli

cospicue lesioni — non le determina — Volle conoscere l'istologismo dei tumori, ed il Prof. Tommasi — Crudeli, che n' esaminò uno, narra che *il tessuto dei nocciuoli risulta da elementi cellulari voluminosi, infiltrati nel tessuto del derma. Nota ancora alcune cellule grandi e polinucleate; così una metamorfosi regressiva negli elementi di questa nuova formazione, i quali nemmeno sono arrivati a convertirsi in quelli di tessuto definitivo.*

Soggiunge il Manassei che la *singolarità* della forma obiettiva, non veduta nella sua pratica di 30 anni, fissò l'attenzione, tanto più perchè non osservò mai dermatopatia originata da cause comuni e specifiche manifestarsi con quella fisionomia morbosa a caratteri *speciali!!* (1) — Quindi aggiunge che sul principio gli balenò l'idea trattarsi di sifilide, ma per imperiose considerazioni e per alcune note cliniche più minuziose, *che possono sfuggire agli altri, tranne allo Specialista!* fu costretto ad escluderla.

Dopo tale narrazione e presentazione dell'infermo, alcuni soci Accademici lo esaminano. Questi narra — *il medesimo racconto lo confermò di poi a molti altri Colleghi non Accademici* — che il suo male esordì con uno *sfogo* — era sua espressione — nel labro superiore, *che contrasse con altri compagni di lavoro*, mentre erano alla

(1) Vedi gli *Atti dell'Accademia* del 1875.

mietitura del grano, col bere in un comune recipiente, in cui beveva un altro camerata, che già soffriva di quel male. Racconta che *dopo ciò* fu tormentato da dolori reumatoidi, e quindi gli apparvero quà e là pustole, le quali, dalla descrizione che ne fece, sembravano riferirsi a quelle di ectima. Queste si manifestarono maggiormente nelle gambe, dove si notavano più marcate le residuali pigmentazioni di color rameico e cicatrici con uno o più avvallamenti. Ecco le pustole penfigoidi del Manassei, indicanti il periodo protromico della lebra dei greci!! — Oltre a ciò si osservavano gangli epitocleari e pleiadi in altre regioni. Si notò la distruzione del velo pendulo, e nella gamba destra, sulla regione postero-esterna, una vecchia piaga ulcerosa — Si ravvisavano tubercoli multipli, ravvicinati nella faccia, ma di maggior volume nelle sopraciglia, nel labro superiore e nelle pinne nasali. È d'avvertire che non erano *insensibili*, come petarono di poi molti Colleghi. Al contrario di ciò, che asseriva il Manassei. Si osservò ancora verso l'angolo destro della bocca superiormente una cicatrice e relitti morbosi di doppia iritite plastica. L'infermo era in preda ad uno stato cachetico.

Dalle notizie anamnestiche, dal modo di svilupparsi del morbo, dall'analisi accurata della forma obiettiva dell'espressioni della pelle e delle mucose ecc. non che dalla mancanza delle forme più salienti di un alta diatesi lebrosa (la mutilante

e l'anestetica) con me altri divisero l'opinione e *giudicammo che il Coco era affetto da sifilide.*

Da quell'epoca fino al terminare del Settembre del passato anno, non seppi più nulla di questo infermo — Avendo adottato nel mio Giornale di dare ai lettori di quanto in quanto una rivista clinica dei nostri Ospedali, mi riferisce un mio Colaboratore di essersi portato a quello di S. Gallicano e di aver trovato nello scomparto del dott. Pietro Schilling un infermo affetto da *sifilide tardiva*, giudicato dal Manassei per *Lebra dei Greci*, che, per la chiusura della clinica, passò in Corsia. Mi aggiunse che sottoposto dal Primario alle iniezioni di calomelano era quasi guarito.

Mi porto colà e ravviso quel medesimo Coco presentatoci all'Accademia per *lebroso* in condizioni tali da non riconoscerlo. Dopo di me lo videro gli Egregi dottori e professori Laurenzi, Filippo Scalzi, Ciattaglia, Occhini, Lanzi, Barzilai, Ettore Marchiafava e tant'altri.

Per un temperamento conciliativo allora intitolò il caso *Elefantiasi sifilitica*: espressione che, come ben conosceva, non risponde al concetto clinico-anatomico di quella infermità. Ebbene questa mia deferenza mi venne nel 26 febbraio 1876 in pubblica Accademia — *mentre io era assente* — incolpata *magistralmente* d'inesattezza da colui, a cui doveva solennemente fin d'allora dichiarare falsa la sua diagnosi.

Ma qui farò noto che il dott. Schilling, prima di giudicare l'infermo per *sifilitico*, lo ritenne per 20 giorni in osservazione, di poi marcò la diagnosi nella scheda. Aggiungerò di più che in allora essendo in Roma l'illustre Professor Magni, fu invitato dal detto Primario a fare un esame scrupoloso sulle alterazioni dell'occhio, al che aderì gentilmente, ed ecco testualmente ciò ch'egli dettò.

« *Occhio sinistro.* Opacamento epiteliale della metà superiore esterna della superficie corneale, quale suole aversi quando è finito il processo della Charatite vascolare, che in questo caso non è dovuta, come ordinariamente, al trauma palpebrale — Osservata la congiuntiva tarsea apparisce normale, mentre dovrebbero esservi cicatrici. — Ectopia pupillare con Sinechie posteriori — la pupilla ha una forma ovale e si continua fino alla circonferenza ciliare. Questa forma della pupilla non può aversi se non per vizio congenito. Esisteva quindi un *Caloboma* dell'iride ed osservansi adesso due Sinechie posteriori; com'è leggermente torbida la capsula lenticolare corrispondente a quest'area pupillare calobomatosa. Deve ritenersi che ha avuto luogo un processo flogistico nell'Iride, ed alla irritazione di questo processo è da riferirsi la vascolarizzazione della cornea.

« *Occhio destro.* — Rammollito — Camera anteriore abolita — Sinechia totale posteriore — Degenerazione fibrosa sull'iride. Questa degene-

« ragione è caratteristica dell'irite parenchimatosa — Deformazione staffilomatosa del bulbo nella metà temporale della zona ciliare per Sclerociclite. Questa, come la retino-coroidite anteriore suole aversi nel processo sifilitico, quando essa si avvera nell'Iride, ch'è, del resto, la sua sede prediletta.

Quindi il Prof. Magni assicura di aver trovata questa forma d'Irite solamente in quei individui affetti da sifilide e si associa al diagnostico del Primario.

Lo Schilling incoraggiato vieppiù da questa osservazione fatta da uno oculista di tanto valore e spinto dalla propria convinzione, sottopone l'infermo alle iniezioni di calomelano, le quali portano questo risultato. I tubercoli spariscono assolutamente dopo la quarta iniezione e la costituzione dell'infermo migliora a colpo d'occhio.

Crediamo però opportuno di trascrivere dalla scheda la terapia adottata dal Primario Schilling.

Dal 20 Agosto — Uso interno — Decotto di China Ferruginoso.

Uso esterno — Caustico d'Hardy sopra i tubercoli. Empiastro Mercuriale sulla piaga.

1 Settembre — Due iniezioni di Calomelano a vapore di centig. 20 in Glicerina ed aq. distillata q. b.

Fino al 28 Settembre — Decotto di China Ferruginoso per uso interno.

Uso esterno — Caustico d'Hardy sopra i Tubercoli — Empiastro mercuriale sulla piaga, la quale tende a cicatrizzare.

28 Settembre — Due iniezioni alle braccia di Calomelano di 20 centig. in acqua e Glicerina. Le quattro iniezioni furono seguite d'ascesso, che fu di breve durata.

2 Ottobre — Comparsa di alcune macchie di colore rameico sugli avambracci e sul dorso — Tali macchie scomparivano sotto la pressione.

Fù amministrato il Carbonato di Ferro, e Latte ogni mattina.

13 Ottobre — Si prescrive il Liquore arsenicale di Fowler gocce 3 al giorno coll'aumento di una goccia ogni 3 giorni. — Prosegue ancora l'applicazione del caustico d'Hardy.

17 Ottobre — Nuovo accesso febbrile — Solfat. di Chinin. gram. 1. 50.

18 Ottobre — Sospeso il Liquore di Fowler. Si prescrive il Solfat. di Chin. gram. 1, Tartat. di Ferro e Potassa Centig. 50. Pill. n. 8. — Tre nella giornata. — Prosegue la dieta lattea ogni mattina.

20 Ottobre — Solfato neutro d'Atropina per collirio.

25 Ottobre — La piaga ulcerosa della gamba ridotta a completa cicatrice — Tubercoli della faccia completamente risolti, in specie quelli del labro superiore, delle pinne nasali e delle sopracciglia — Guarigione della piccola ferita del labro

superiore prodotta dall'asportazione di un tubercolo tolto per l'esame microscopico — Si sottopone l'infermo ad una dieta ricostituente — si amministra il Carb. di Ferro.

4 Novembre fù consegnato alla sala Clinica in via di guarigione.

Dopo si felice esito chi avrebbe potuto più dubitare che quei tubercoli non erano prodotti da causa sifilitica? Chi non avrebbe coscienziosamente ripreso il medesimo metodo di cura al riapparire di quelle espressioni? Tutt'altro si fece. L'infermo fù tenuto in osservazione dal 26 Nov. 1875 al 4 Febb. 76, quantunque i tubercoli si fossero rinnovati e la costituzione dell'infermo ogni giorno deteriorasse.

Nel 26 Feb. viene ripresentato dal Manassei all'Accademia. Eccone in succinto lo stato, in cui si trovava.

L'infermo era assai scaduto nella nutrizione generale dei tessuti ed in specie della pelle, la quale si presentava arida, lucente e sollevantesi in varie pliche.

Venendo all'esame particolare delle varie regioni, si ritrovavano nella faccia molti tubercoli — in numero di quattro nella gota destra e due nella sinistra, dei quali uno assai voluminoso. Di minor volume si ravvisavano nei sopracigli, mentre nei lati del naso e nelle pinne nasali si percepiva col palpamento una durezza, dovuta all'atrofia di antichi tubercoli. — Nel labro superiore si scorgeva una cicatrice durissima; ultimo relitto dell'ulcera,



ch'ebbe sede in quella regione. — Esplorata la pelle della faccia in tutti i punti e perfino anche quella, che ricopre i tubercoli, si rinvenne normale la sensibilità *tattile e dolorifera*. — Il velo pendulo palatino era distrutto totalmente. Esistevano là cicatrici antiche. — Negli occhi si vedeva facilmente un irito-ciclite con sinechie posteriori assai rilevanti; per la quale particolarità fù dal Prof. Magni considerata di origine sifilitica questa alterazione. — Nel collo, e nel tronco nulla di rimarco. — Negli arti inferiori e specialmente nel destro e nella regione esterna della coscia si scorgevano croste voluminose, alcune delle quali, essendo cadute, lasciavano una superficie ulcerata profondamente. Tali croste, al dire dell'infermo, erano precedute da tante vescichette. — Nella regione esterna del medesimo arto si rinvenne una piccola piaga in via di cicatrizzazione — La pelle del dorso del piede ed anco della gamba si vedeva ricoperta di macchie pigmentarie. L'arto sinistro presentava cicatrici della grandezza quasi di una moneta di 5 centesimi, di figura ovali ed avvallate, testimonio di progressa ulcerazione. Qui si scorgevano macchie pigmentarie in maggior numero che nell'arto destro — Stimolata le pelle in ambedue gli arti, in tutti i punti, ad eccezione là ove si trovavano cicatrici profonde, la *sensibilità tattile e dolorifera* era illesa.

In tali condizioni organiche fù ripresentato l'infermo la seconda volta all'Accademia ed il Prof.

Manassei dichiarava solennemente esser *questo un caso di Lebra dei Greci*; nel medesimo tempo incolpò me, qual Direttore della Gazzetta Medica di Roma, di esser caduto in un inganno e di aver accomodato l'istoria, nell'articolo *elefantiasi sifilitica* (1), in modo tale da far comparire una *sifilide*, invece di una *lebra*.

In questo mentre il Prof. Durante dimanda la parola e rivendica la priorità diagnostica, non che riferisce in conferma le osservazioni microscopiche fatte sopra un tubercolo asportato (2).

Dalla narrazione di questo fatto, io credo che ognuno si avrà formato il concetto clinico della malattia, e che la causa delle espressioni morbose non era che il sifilifero, il quale entrò nell'organismo per la via della mucosa buccale, che si esplicitò ora sotto una forma morbosa, ora sott'una altra, vuoi specialmente sulla pelle vuoi sulle mucose. Il gran fatto culminante però stà in ciò: che trattato l'infermo con altri metodi curativi, non ottenne alcun vantaggio; mentre sottoposto all'iniezioni di calomelano, quei sifilodermi e le altre espressioni si modificarono ed in breve tempo disparvero.

(1) Vedi *Gazz. Med.* 1. Ottobre 1875.

(2) Ciò che abbiamo narrato, l'osservarono con noi i Dottori Laurenzi, Filippo Scatzi, Occhini, Maiocchi, Ciattaglia e tinta altri.

Prima però di venire singolarmente a ribatter le accuse, fo notare al Prof. Manassei che non mai ho rinunciato al *ratio et observatio*, secolare patrimonio dei nostri padri, e su cui basa veramente la Clinica — che mi sono valso sempre dei mezzi diagnostici, che oggi possediamo, ma non come argomento esclusivo — che fin da ora dichiaro solennemente che molto ho in pregio il criterio a *juvantibus et laedentibus*, ed in specie quando si tratta di morbo specifico combattuto con conosciuto mezzo specifico.

Ora veniamo ad esporre le nostre considerazioni.

La principale espressione morbosa, che presentava l'infermo e che colpì i fautori della *lebra*, fù la tubercolare; e nei caratteri macroscopici e microscopici del tubercolo poggiarono l'intera diagnosi. A mio parere ciò non è tutto per quella clinica. Dall'altro lato che che si voglia da altri ritenere sotto questo riguardo, debbo anche aggiungere che in campo di dubbj e di vive controversie è agitata a nostri giorni la patologia del tessuto connettivale. È ben vero che recentemente subì fondamentali dilucidazioni, ma anch'è verissimo che per la conoscenza dei suoi neoplasmj, se si considerano sia sotto il rapporto genetico e causale, sia nello svolgimento e nelle loro varie metamorfosi, difettiamo di molte notizie fondamentali, non che di quelle dei processi intermediari. Sarebbe, per me, ben presuntuoso chi volesse da una data trasforma-

zione patologica giudicare *a priori* l'origine causale e così battezzare con un carattere di *assolutismo* quella neoformazione. Se si consulta poi la questione dal lato dei risultati microscopici, s'incontrano anche non poche incertezze. Non si può negare che questo istromento abbia in molti casi appianata ed indicata la via per giungere ad una diagnosi anatomica. Ma debbo ripeterlo una volta di più, ciò non è tutto per soddisfare l'esigenze della Clinica. Fra un neoplasma giudicato microscopicamente ed il suo eziologismo; fra il suo modo progressivo e regressivo nelle varie metamorfosi, v'è un abisso di deficienza di quelle notizie complessive, che abbisognano al medico pratico. Il nostro caso conferma questa verità. Come mai, dimando io, potevasi diagnosticare *solennemente* un tubercolo per lebroso, perchè presentava la degenerazione adiposa? Come poteva mai dirsi in modo assoluto che la caseosa appartiene al tubercolo sifilitico? Per questo ritrovato microscopico il prof. Durante per il primo, e quindi il prof. Manassei ritennero e dichiararono l'infermo *lebroso*. Io non nego che la degenerazione adiposa si rinvenga spesso nel tubercolo lebroso, nego soltanto che sia una degenerazione costante come si volle sostenere, e per cui si battezzò il tubercolo per lebroso.

Quantunque non abbia osservato mai al microscopio un tubercolo lebroso, perchè fra noi lebra non vi fu e non vi è, pure più volte ho osservato il sifilitico ed ho rinvenuto talora l'adi-

posa degenerazione. Al contrario io so che dal Foerster e da altri si rinvenne *frequentemente* la caseosa nei nodi lebroso. Adunque il tubercolo sifilitico è sottoposto alla degenerazione adiposa, come alla caseosa il lebroso. Questa varietà di trasformazioni può dipendere da molte circostanze, delle quali talune sfuggono all'osservazione; e può comparire nell'uno o nell'altro senso a seconda dello stadio più o meno avanzato della metamorfosi regressiva. Dall'altra parte poi se si consideri che ambedue le neoplasie sono costituite da nuclei e cellule identiche o simili, e che questi elementi non godono caratteri specifici, non v'ha ragione di ammettere specificità di trasformazione di una data metamorfosi più per il sifiloma che per il nodo lebroso. — Se si aggiunga poi che queste fasi patologiche si ravvisano anche promiscuamente in altre neoplasie, le quali hanno in comune questi elementi fondamentali — lupus, granuloma della articolazione ecc. — si avrà una ragione di più per non fondarci assolutamente sù questa, o sù quella trasformazione. Adunque specificità di processo patologico non si può ammettere costantemente giammai. Quante volte si tentò d'alcuni micrografi d'imporre questa specificità ad alcune cellule patologiche, la quale quantunque sostenuta dalla autorità di uomini illustri, pure di poi cadde nell'oblio? Mi basta di rammentare la specificità, che si voleva affibbiare alla cellula cancerosa e quella,

che si vorrebbe attribuire oggi alla cellula gigante del tubercolo.

Tornando nel nostro argomento, dirò che il Rinfleinch — uno dei più illustri isto-patologici di Germania — trattando delle neoplasie lebrose e sifilitiche, confessa chiaramente che sotto il rapporto della isto-patologia hanno una *posizione ibrida fra l'infiammazione ed i tumori*. Qui mi sia lecito rammentare che se il tubercolo comune, sul quale sono stati fatti studii severissimi in ogni tempo da uomini illustri, si voglia giudicare dai suoi elementi e dalle sue trasformazioni, non ancora gli si sa assegnare il giusto posto, che gli appartiene nella classificazione dei tumori — *Biszozero* — Ebbene dopo ciò, come si poteva differenziare un sifiloma da un nodo lebroso per la semplice degenerazione adiposa?

Proseguendo a parlare ancora dell'incertezza di tali ritrovati, aggiungerò che il Virchow descrisse questi due tubercoli sotto il titolo di *granulomi*. Anzi si persuase di poi non esistere fra loro *speciali* differenze istologiche; e giunse perfino ad asserire che il tubercolo sifilitico poteva essere *il tipo* per conoscere quello della lebra dei Greci. Ora mi sia lecito dimandare dov'è l'esclusiva adiposità del tubercolo lebroso e l'assoluta caseosità del sifilitico?

Lo Schrön è del medesimo parere e giustamente dice che per differenziare queste due specie di neoplasie più che ai caratteri istologici, si

debba ricorrere ai biologici. Questo precetto noi osservammo. L'anamnesi, la più probabile patogenia, le concomitanze, il colore, la consistenza, la sensibilità, la sede, il corso clinico etc. furono tanti addentellati, che ci condussero a formulare la diagnosi clinica.

Una obiezione, che accampa il Prof. Manassei per escludere la siflide in questo caso, è che i tubercoli non erano accompagnati da quella sindrome fenomenale, che si manifesta comunemente nel 3° periodo dell'infezione celtica — periostite gommosa, dolori osteocopi notturni, gomme in molte regioni — Quanto sia futile tale osservazione, mi appello non già ai specialisti, ma ai comuni esercenti, i quali abbiano veduto più e più di una volta manifestarsi le celtiche espressioni. Lo stabilire un limite matematico ai vari periodici sifilitici, ed a questi assegnare le caratteristiche espressioni morbose, sarebbe lo stesso che giurare credenza assoluta alla teoria dei giorni critici d'Ippocrate. D'altronde nessuno può negarle che racchiuda una verità, purchè non s'interpreti nel senso assoluto, come non si può negarla a quella dei demarcati periodi celtici. In conferma della irregolarità di comparsa dei sifilitici fenomeni morbose, potrei citare mille e mille fatti consegnati alla scienza. Mi contenterò di ricordare aver veduto in quest'anno dopo 56 giorni dal coito impuro manifestarsi il tubercolo sifilitico con le papule e senza periostiti: così ho veduto l'ulcerò si-

flitico accompagnarsi dopo 7 giorni a papule e roseola, e quindi scomparire il tutto dopo 27 giorni con due iniezioni di Calomelano, per rimanifestarsi poi, dopo 3 mesi, papule, roseola e tubercoli, ma senza periostiti, nè altre gomme. Ho veduto, e non sono molti giorni, nell'Ospedale di S. Giacomo alla Sala Ferri N. 112 un infermo affetto da ulcero Hunteriano, accompagnato da sifilide papulo-pustolosa, periosti, dolori osteocopi e senza tubercoli. Adunque l'espressioni morbose, classificate nei vari periodi, promiscuamente possono coesistere. D'onde dipenda ciò, non è questo il momento, nè il luogo di ricercare la ragione. Molto alcerto vi contribuiscono i territori organici e l'intensità del sifilifero. Adunque per l'antecedenze e concomitanze, più che per i caratteri istologici fù giudicato il tubercolo d'indole sifilitica, perchè parlavano anche a nostro vantaggio le altre espressioni ed i relitti morbosì di progressive forme dermatiche. La conferma di tale giudizio l'avemmo dalla terapia specifica, che distrusse in breve tempo il tubercolo, il quale se fosse stato d'indole lebrosa, sarebbe stata inutile, anzi funesta.

Se per i fautori della lebra impressionò l'espressione tubercolare, a me ed a quei, ch'erano e furono del nostro parere, ci colpì l'anamnesi dell'ulcero, i suoi caratteri fisici ed infine lo svolgimento clinico delle altre espressioni morbose.

Veduto che i caratteri isto-microscòpici dei tubercoli non ci danno ragione per giungere ad

una diagnosi clinica, è d' uopo scandire gli altri sintomi per vedere se mi era ingannato o no. Incomincio dall'ulcero.

Questo esisteva nella medietà del labro superiore e per i suoi caratteri ci fornì il primo indizio della siflide. Contratto, come dissi, per contatto mediato, erasi identicamente riprodotto sul nostro infermo, com'egli grossolanamente asseriva. Se questa espressione iniziale non era ancora scomparsa, si deve ripetere la ragione sia dalla nessuna cura specifica eseguita, sia dai continui maltrattamenti meccanici, che le recava l'infermo, sia infine perchè era posta in quella località, che per i continui bisogni spesso si trova in movimento. — Rimossa dall'ulcero la crosta, che lo ricopriva, si presentava un indurimento condroide nella base, era di figura semicircolare, presentava i bordi rovesciati, un fondo lardaceo, poca suppurazione, ed era indolente. Ebbene con tali note cliniche com'era possibile non sospettare un ulcero sifilitico?

Ma non poteva essere questo un ulcero lebroso? No certamente. Prima di tutto dirò, chi mai vide che la lebra si manifestò *primitivamente con l'ulcero*? In secondo luogo aggiungerò, se quello fosse stato l'esito di un tubercolo, perchè non era accompagnato dalle forme morbose *anestetiche e mutilante*, che si manifestano nell'alto grado d'inquinamento lebroso? Non entrerò qui ad accennare alcune minute modalità di espressione, che passano fra queste due ulcerazioni. Per me bastò

la conoscenza della anamnesi, lo svolgimento clinico e le alte concomitanze, le quali, interpretate nel dovuto linguaggio, mi portarono al giudizio dell'ulcerò celtico, e ritenni che per la muccosa buccale entrò il sifilifero, il quale dipoi infettò l'organismo.

Dopo ciò come mai si poteva asserire dal Manassei, che si è giudicato *superficialmente*? Se volessi rispondere a sì inconsulta asserzione, dovrei adoprare arma eguale, ma preferisco tacere e calmo ritorno ad esaminare l'altre espressioni.

Oltre l'ulcerò presentava l'infermo altri sintomi sifilitici. Ora mi fermerò a dire qualche cosa sopra i gangli, i quali furono negati dal Manassei e furono soggetto di alcune annotazioni.

Multiple pleiadi riscontrai nelle varie regioni del corpo, le quali furono anche verificate da molti altri Colleghi — *Dott. Laurenzi, Scalzi Filippo, Ciattaglia, Schilling, Maiocchi*, etc. — Di queste talune si ravvisavano lungo i due terzi del margine posteriore dello sterno-cleido-mastoideo, altre posteriormente quasi sotto l'occipite. Le inguinali erano aumentate sensibilmente, l'epitocleari erano visibili. Pare incredibile che questa *pluralità* d'espressioni gangliari sia sfuggita al Manassei, il quale nella tornata accademica — 26 Febb. 1876 (1) — asserisce con un *tuono magistrale* non aver riscontrato giammai *gangli propriamente detti sifilitici*.

(1) Gazzet. Med. N. 3 Aprile — V. resoconto Accad. 1875.

che hanno un *carattere speciale*. Ma volendo con esso essere molto indulgente, dovrò dire ch'egli non ha osservato attentamente l'infermo. Dall'altro lato poi mi sia lecito dimandargli *quali sono mai questi caratteri speciali delle adeniti sifilitiche?*

Convengo con il Manassei che nella lebra non si riscontrano gangli. Ma appunto perchè i gangli esistevano ed erano compagni di altri sintomi celtici, diagnosticali *sifilitico* l'infermo.

Sono perfettamente di accordo con il medesimo che nell'ultimo periodo celtico, questi ordinariamente non si verificano; ed è perciò che giudicai *sifilide con sintomi secondari* accompagnata da *precoci tubercoli*.

So bene che le pleiadi possono manifestarsi per molte cause. Ma quando dipendono dalle locali, sono sempre solitarie, o relative soltanto a quella data provincia; al contrario se questo ingorgo, questo indurimento ghiandolare si verifica in molte e molte regioni, e ad una certa distanza, da cui il virus infettivo penetrò nell'organismo, è il sintomo di qualche diatesi, fra le quali primeggia la celtica, mentre nella lebrosa non è ammessa da nessun pratico questa multipla espressione morbosa.

Il Prof. Tommasi-Crudeli disse, nella medesima tornata Accademica, che nella lebra si possono verificare anche i gangli, ed asserì esser oggi dimostrato che i prodotti di questa possono andare ad infettar quelli. Per quanto rispetto porti all'egregio Professore, mi permetta di dirgli

che non potrei accettare in modo assoluto questa sua assoluta proposizione. Certo teoreticamente non ripugna, ma clinicamente non si è ancora verificata. Io non nego però che ciò parzialmente possa avvenire, ma non posso ritenerlo qual sintomo multiplo indicante la lebra, come costantemente lo è dello avvelenamento sifilitico.

Oltre l'esistenza di tali pleiadi, vi erano altre note cliniche, che mi condussero al diagnostico della sifilide. Le pigmentazioni di color rameico, i plurimi avvallamenti cicatriziali se non hanno un carattere assoluto, sono al certo dati molto indiziali per condurci al diagnostico sifilitico. Ma perchè il Manassei non li osservò, o non ne fece mai menzione? Perchè non annunziò all'Accademia nella seconda volta della presentazione dell'infermo, il risultato dell'osservazione olfalmoscopica, eseguita diligentemente dal Prof. Magni, dalla quale si ha un valido argomento di più per dichiarare l'infezione sifilitica? Anche ciò si tacque, o non si osservò, e poi si dice con prosopopea di autorità che noi siamo stati facili nel giudicare, che noi non abbiamo calcolato tutto come usano i Specialisti. Dio buono! se io fossi Specialista, e calcolassi così le forme morbose, non solo rinunzierei alla specialità professionale, ma anche alla scienza.

Finalmente quelle nostre previsioni, quelle nostre probabilità si avverarono di fatto, quando disparvero i tubercoli e le altre espressioni morbose

per la cura antisifilitica — *iniezione di calomelano*. — Un argomento più assoluto ed eloquente non si poteva avere per dissipare qualunque dubbio. Eppure chi il crederebbe? Ci s'incolpa di aver noi dedotto una finale conseguenza diagnostica da ciò, e ci si rimprovera di voler riportare la medicina, nel pieno secolo XIX, all'*Empirismo*, al *post hoc, ergo hoc*. Questa accusa è formata da un Clinico, da uno Specialista, ed imprudentemente ce la lancia in una pubblica seduta Accademica. Superiori a noi stessi non scenderemo su ciò in relativa polemica; diremo soltanto al Manassei che quali uomini amanti della scienza non abbiamo mai abbandonato il suo progressivo movimento, ma come pratici e lo confessiamo ad alta voce, non abbiamo potuto fin' ora rinunciare a quell'*empirismo razionale* in terapia, che ha guidato da secolare esperienza tutti i clinici di buon senso. La ragione stà in ciò che se la scienza, a di nostri, si perfezionò nel diagnostico anatomico, poco progredì nella terapia. Confessiamolo pure: non molte sono le malattie, contro le quali abbiamo sicuri farmaci. Fra le fortunate però vi è la sifilide, nella quale il sovrano rimedio è il mercurio. Ora se nel nostro caso, anche ritenuto dubbio, si somministrò e si trionfò con tal farmaco, perchè volerci incolpare di *retrogradi* per aver dedotto da questo esito felice un argomento supremo per stabilire la etiogenesi della malattia?

Io convengo che il mercurio non sia il rimedio della sola siflide. Certo però è contrario in tutte le alte forme discrasiche: e se fra queste vi è qualche indicazione, è certo nella siflitica. Non v'ha dubbio che il nostro infermo, era in preda ad una cachèssia. Ebbene al Dott. Schilling sembrò opportuno di somministrare il mercurio, il quale l'arrestò, fece scomparire i turbercoli e gli altri sintomi; in una parola in breve tempo talmente migliorò l'infermo da potersi dichiarare quasi completamente guarito. Chi lo ha veduto, quando fu presentato all'Accademia la prima volta e lo rivede dopo questa miglìoria, difficilmente si persuadeva che fosse quel Coco battezzato per *lebroso*. Ebbene dopo tale risultato non doveva esser per me il criterio a *juvantibus et laedentibus* di assoluto e precipuo valore diagnostico?

Dall'altro lato sò che il mercurio è stato adoprato da tutti i dermatologi per curare la lebra, ma sò anche che fu dovuto da tutti abbandonare. Anzi qui rammenterò che il Danielsen e Boeck innestarono la siflide sopra territori lebroso per modificare e dirò snaturare quel processo morboso a fine di ottenere la guarigione con i preparati mercuriali. Ebbene su quegli individui si sviluppò la siflide, che si vinse col mercurio, ma rimase intatta la lebra. Adunque il mercurio non conviene, anzi è controindicato in questa malattia, per combatter la quale non possediamo i mezzi terapeutici, mentre si sà che quello è il sovrano rimedio per la siflide.

L'essere poi dopo molti mesi ricaduto l'infermo in quasi tutte le espressioni morbose e l'essersi maggiormente di poi peggiorata la costituzione organica, non inferma per nulla la nostra diagnosi, anzi è un argomento di più per ritenerla vera. È cosa oggidi volgare che per arrestare una siflide galoppante si usa il mercurio per la via ipodermica. Questa pratica ha portato il vantaggio di sospendere il tumultuoso e precoce procedere della siflide o di arrestare questa o quella forma celtica. Ebbene qual'è quel sifilografo che dopo si lusinghiera migliorare, abbandona il metodo specifico di cura? Se ciò si facesse, sarebbe una follia, nella quale però cadde il Manassei. S'egli avesse valutato da buon pratico questa conoscenza clinica, ed invece di somministrare nulla o inutili farmaci, se avesse proseguito la cura antisifilitica iniziata dallo Schilling, l'infermo non solo non sarebbe ricaduto, ma avrebbe realmente riacquistata la salute.

La ottenuta miglioramento non isfuggì al Manassei, che pubblicamente la confessò, ma l'attribuì non al calomelano iniettato sotto la pelle, ma bensì alla cura esterna fatta col bi-ioduro di mercurio. Dio buono! si può essere più sofisticici. Per ribattere questa futile obiezione, mi basta ricordargli che i tubercoli si abbassarono solo dopo la prima iniezione, e scomparvero dopo la 4.^a, così con essi migliorarono gli altri sintomi, come migliorò sensibilmente la costituzione. Di ciò non poteva alcuno

esser la causa il caustico d'Hardy, applicato già da qualche giorno avanti sopra i tubercoli senza aver prodotto questo risultato. Io non nego che in parte quello avrà contribuito alla buona risoluzione, ma sostengo che non poteva esser il solo, ne poteva portare così sollecito giovamento agli altri sintomi, e nè ristabilire in gran parte le condizioni materiali di un organismo troppo infelicamente scaduto. Dall'altro lato se' egli credèva che il caustico d'Hardy aveva portata tutta quella migliona, perchè non riapplicarlo al ricomparire dei sintomi, o applicato perchè non portò sì sollecito e felice giovamento?

Concludo che l'infermo era *sifilitico*, perchè prima di esser stato contagiato godeva di buona salute; dopo il contagio infermò, apparve l'ulcero, quindi l'espressioni della sifilide secondaria, e terziaria, le quali scomparvero dopo la cura specifica. Al contrario non potevamo ritenerlo lebroso per gli antecedenti e per la mancanza dei sintomi caratteristici di questa diatesi.

Dopo ciò sappia il Prof. Manassei che non avevamo nessuna ragione di combinare l'istoria a nostro modo; che non siamo così superficiali nell'esaminare un infermo; che quantunque non specialisti sappiamo diagnosticare una eruzione dermatica; che non c'incaponiamo nel nostro diagnostico, quando altri ci mostri l'erroneità; che nel secolo XIX non ancora abbiamo potuto abbandonare l'empirismo razionale in terapia; che in fine calcoliamo molto il

criterio a *juvantibus et laedentibus*, quando specialmente si tratta di morbo specifico, contro il quale possediamo specifica terapia.

Finalmente sappia il sullodato Professore che io non sarei disceso in questa arena, se' egli imprudentemente non mi avesse in vario modo accusato scientificamente anche qual Direttore della *Gazzetta Medica di Roma* in una publicata seduta Accademica, per cui era giusto che publicamente ponessi a nudo i fatti, onde i lettori giudicassero chi errò la diagnosi.

2800



Estratto dalla *Gazzetta Medica di Roma*
Anno II. N. 16.



