

BIBLIOTECA  
FRANCISIANA



*Atto 111  
Comm. Ferrar.  
in attestato di stima  
e rispetto d'anni*

# UN CASO ABBASTANZA RARO

DI

# SIFILIDE PIGMENTARIA AREOLATA

Osservato nel Deambulatorio per le malattie cutanee e sifilitiche  
dell' Ospedale della Pace.

DEL

**Dott. IGNAZIO TORTORA**

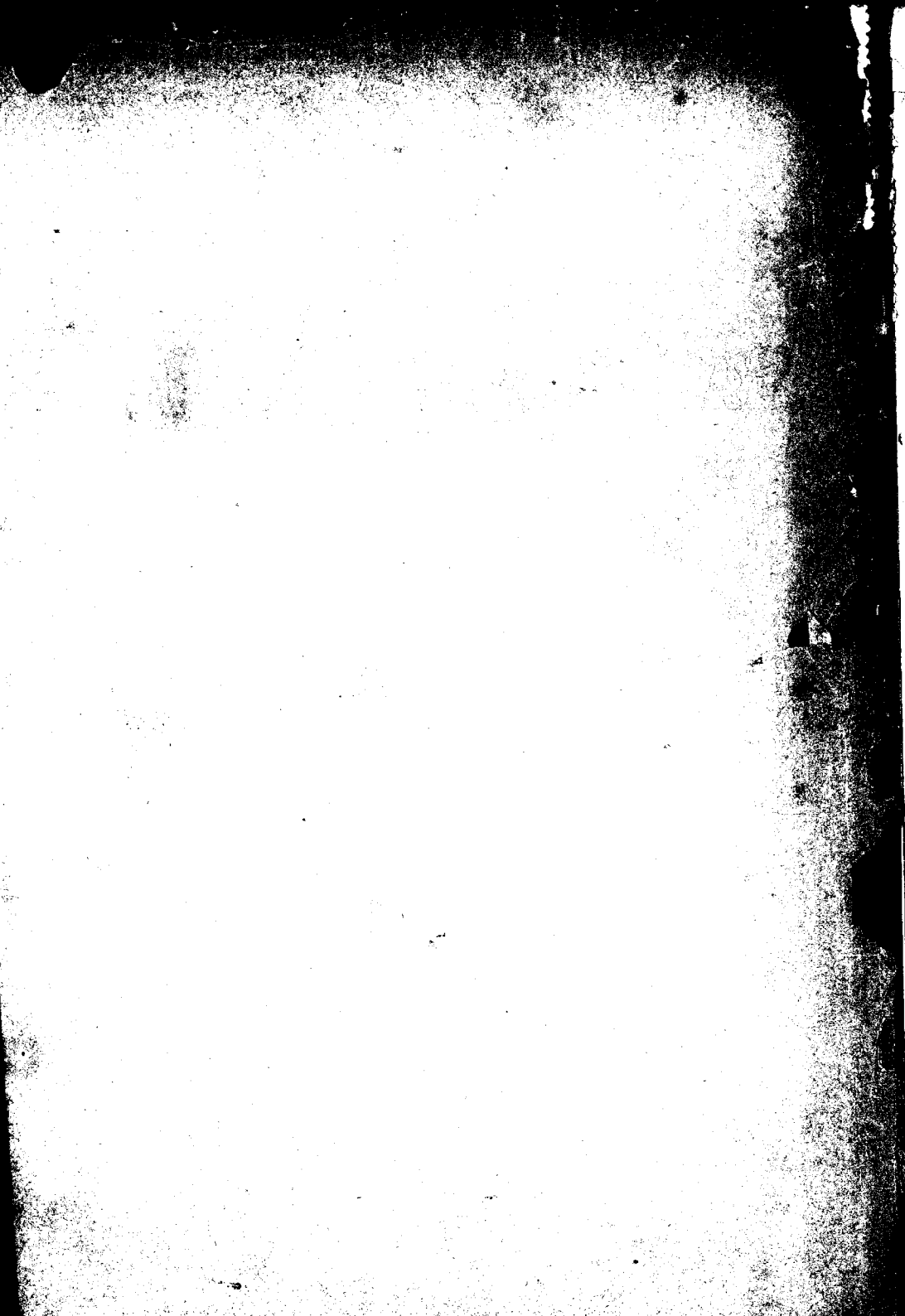
Docente di Dermo-sifilografia nella R. Università di Napoli  
Incaricato per la cura delle malattie cutanee  
Negli Ospedali dipendenti dal Real Albergo dei Poveri  
Medico dell' Ufficio Sanitario di Caserta  
Già Medico del Sifilicomio di Napoli



Estratto dal MORGAGNI 1886



**D. LEONARDO VALLARDI, Ed.**  
MILANO - Corso Vittorio Emanuele, 24.



UN CASO ABBASTANZA RARO

DI

# SIFILIDE PIGMENTARIA AREOLATA

Osservato nel Deambulatorio per le malattie cutanee e sifilitiche  
dell' Ospedale della Pace.

PEL

**Dott. IGNAZIO TORTORA**

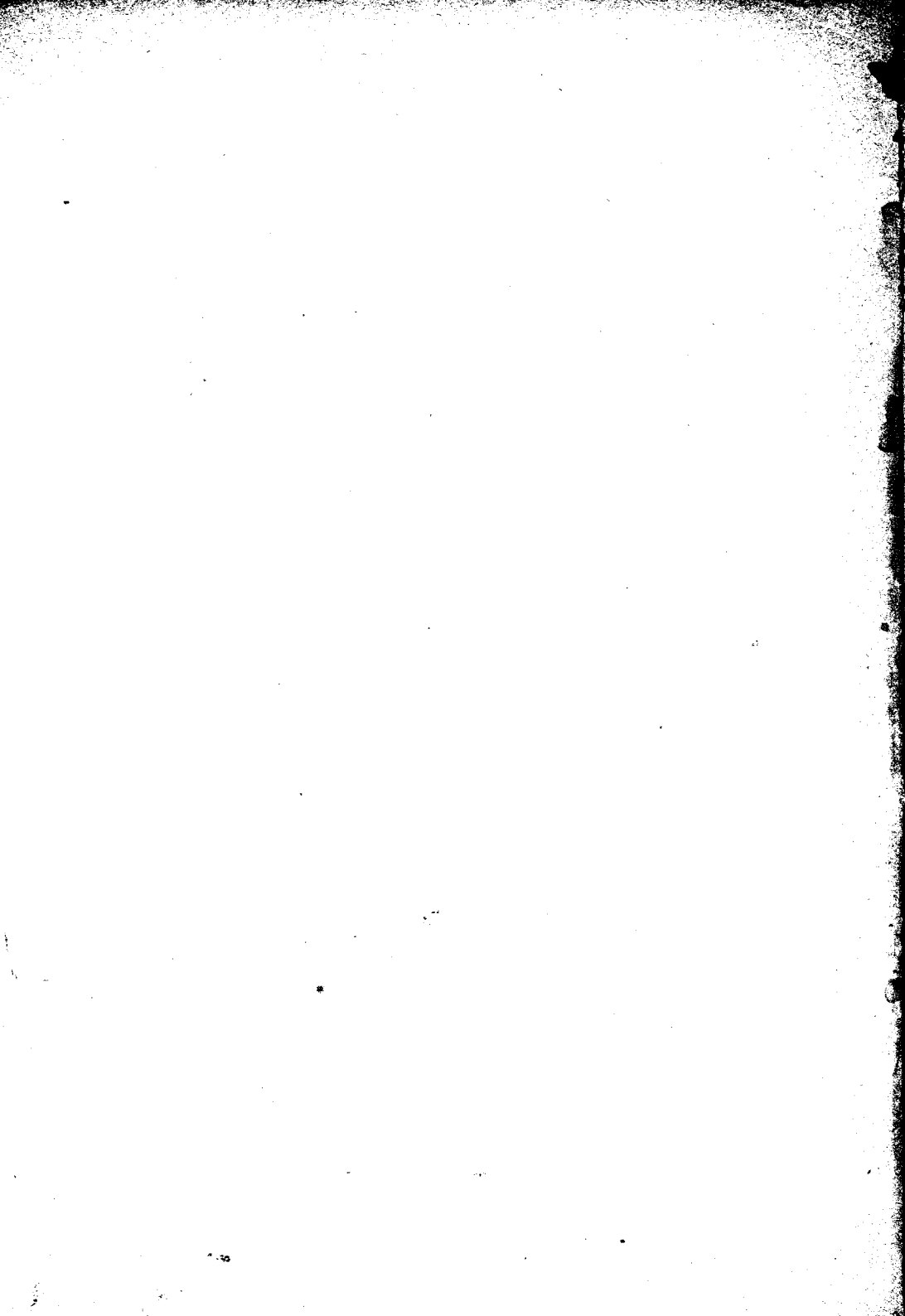
Docente di Dermo-sifilografia nella R. Università di Napoli  
Incaricato per la cura delle malattie cutanee  
Negli Ospedali dipendenti dal Real Albergo dei Poveri  
Medico dell' Ufficio Sanitario di Caserta  
Già Medico del Sifilicomio di Napoli



Estratto dal MORGAGNI 1886

**D.r LEONARDO VALLARDI, Ed.**

MILANO - Corso Vittorio Emmanuele, 24.



Le diverse tinte di colorito della pelle sono fatte dalla qualità di pigmento che si trova negli strati profondi del reticolo malpighiano; da questa quantità di pigmento ne nascono le diverse razze, con le loro innumerevoli varietà individuali. Però questo pigmento è sempre, nello stesso individuo, in maggiore quantità in alcuni punti del corpo, come sarebbe l'areola attorno al capezzolo della mammella<sup>4</sup> nelle donne, la pelle dello scroto, le regioni sotto ascellari. Questa sostanza pigmentaria della cute, detta melanina, è un prodotto della materia colorante del sangue. Essa si presenta sotto forma di piccoli granuli più o meno bruni posti in vicinanza dei nuclei delle cellule cilindriche del corpo mucoso del MALPIGHI, e pare che venga elaborato da queste cellule per un'attività speciale di esse. La pelle quindi prende una tinta tanto più intensa per quanto più copiosa è la quantità di pigmento accumulato. Questo pigmento cutaneo può diminuire ed anche mancare del tutto in un punto o in diversi punti del nostro corpo, e questa diminuzione o mancanza di pigmento può essere congenita (*Albinismo, Leucopatia congenita*), od acquisita (*Vitiligo, Acromia, Cloasma bianco, Leucopatia acquisita*). Può anche questo pigmento aumentare in alcuni punti (*Ipercromia*), o in tutta la superficie del corpo (*Nigrizia, Melanemia cutanea*) e l'alterazione di certi organi può dare alle cellule nucleate del corpo mucoso di MALPIGHI materie coloranti e concorrere all'abnorme cromogenesi cutanea.

Le cause che possono alterare il colorito normale della pelle possono essere *idiopatiche* e *sintomatiche*.

Le cause idiopatiche sono tutti gli stimoli che agiscono direttamente sulla pelle, e quindi la loro azione è limitata solo a quei singoli punti. Gli stimoli possono essere:

*Traumatici* — Sfragamenti e pressioni ripetute, grattamento, come succede in tutte le malattie eminentemente pruriginose, *pediculosi, prurigo, scabbia*. Questo speciale colorito della pelle venne chiamato da HEBRA Cloasma traumatico.

*Termici* — L'azione ripetuta e prolungata dei raggi solari e del fuoco fanno acquistare in certi punti della pelle, parte scoperte nel primo caso, regioni crurali nel secondo, un colorito speciale (rosso, rosso-bruno) che prende il nome di *efelidi solari ed igneali* (Cloasma calorico di HEBRA).

Le cause sintomatiche che possono produrre uno speciale colorito della pelle o di alcuni punti di essa sono:

*Per Malattie di organi interni*, in cui l'intera superficie del corpo acquista un colore speciale (giallo con diverse gradazioni) perchè è alterata la via di escrezione dall'organismo di alcuni pigmenti normali, come succede nella itterizia, ovvero per una speciale alterazione di un dato organo, il quale elaborando un pigmento particolare, dà alla pelle un colorito tutto proprio, come sarebbe la milza nella malaria e le capsule soprarrenali nel morbo di ADDISON. Anche le malattie dell'utero, amenorrea, dismenorrea, possono dare in alcuni punti del corpo (faccia) un colorito giallo-bruno, (Cloasma uterino, maschera del volto):

*Per processi secondarii* infiammatorii progressi sulla cute (eczema erpete, sifilodermi, pemfigo):

*Per sostanze ingerite* — Nitrato d'argento, arsenico (argirosi, melasma arsenicale):

*Per gravi impressioni morali* (1):

*Per naturali cambiamenti* fisiologici dell'organismo, gravidanza (Cloasma delle gravide):

*Per sostanze estranee al tessuto cutaneo o di origine esterna*, come sarebbe il prodotto delle glandole sebacee e sudorifere che col versarsi sulla superficie cutanea la colora in giallo nerastro nel primo caso (*seborrea*) ed in bluastrò di varie gradazioni o rosso-brunastro nel secondo (*chromidrosi, bromidrosi, cianidrosi*). Anche i parassiti vegetali possono dare alla pelle una colorazione speciale come sarebbe il *microsporon furfur* (*pitiriasi versicolore*, macchie epatiche del volgo). Come pure, per sostanze colorate inserite negli strati connettivali della cute mercè punture capillari (tatuaggio) che può essere parziale, come nei nostri marinai, e generale come nel caso molto raro del tatuato di Birman.

Dette queste poche cose di generalità rimandiamo il lettore alle

(1) Un caso il più notevole, che si conosce nella letteratura, di colorazione bruna della pelle in rapporto con eccitazione morale, è quello riferito da ROSTAL e citato da LEXCOCK (*British med. and foreign Review*, aprile 1861). Una donna diventò nera in pochi giorni per lo spavento, essendo stata, nel tempo della rivoluzione francese, condannata alla morte da subirsi con la forca. L'esecuzione non ebbe luogo, ma la colorazione cutanea le rimase fino all'epoca della sua morte, la quale avvenne 30 anni dopo.

monografie speciali, e tra queste quella pregevolissima del Chiaro Prof. GAMBERINI da Bologna (1).

In questo breve scritto io non dirò della colorazione cutanea per sifilide costituzionale, che avviene in seguito a dermatosi sifilitiche e che si osserva in quei punti dove è scomparsa qualche forma di esantema sifilitico (sifiloderma maculoso iperemico, sifiloderma papuloso), la quale si presenta come macule giallo-scure, giallo-luride, di figura più o meno circolare, di grandezza tra una moneta di un centesimo a quella di una lira, ordinariamente sparsa e separata da tratti più o meno grandi di pelle del normale colorito dell'individuo, e che essa pigmentazione si vede indifferentemente su tutte le regioni del corpo essendo in ragione del sito dove è avvenuto il sifiloderma (2), e potendo anche qualche volta osservarsi su quei singoli punti delle fine squamette di cellule epidermoidali od un finissimo polviscolo, il quale osservato al microscopio non lascia vedere traccia di parassita. Ma intendo parlare di quella forma di sifilide pigmentaria che nasce primitivamente senza pregressa alterazione della cute, e pare che fosse costituita da macchie prodotte da una iperpigmentazione primitiva e da una distribuzione irregolare di questo pigmento. A questi due fenomeni si deve attribuire la malattia, e questo eccellente sintomo della sifilide è molto meno raro di quello che alcuni autori credono. Questa cromatosi cutanea primitiva è caratterizzata da macchie di colore giallo-grigiastro o di un latte e caffè carico, le quali non si elevano dal livello della cute nè presentano desquamazione, e non sono accompagnate da nessun sintomo subiettivo, bruciore, prurito. Esse si osservano al collo ed al torace, più raramente agli arti inferiori. Se ne distinguono due varietà, molto bene studiate dal TANTURRI e dal DE AMICIS. In una prima, molto più rara ad osservarsi, le macchie appaiono irregolarmente distribuite ed hanno varie configurazioni, rtonde od anche oblunghe, della grandezza di una moneta da un centesimo a quella di dieci, con margini non molto netti, con tratti più o meno grandi di pelle sana. Essa viene chiamata *sifilide pigmentaria maculosa*. Nella seconda, molto più di frequente, il pigmento è uniformemente distribuito sulla superficie cutanea interrotto da aiuole più

(1) Delle colorazioni patologiche della cute, Bollettino delle scienze mediche di Bologna, luglio ed agosto 1884.

(2) Nel Sifilicomico femineo di Napoli (comparto Prof. DE AMICIS) ho veduto piuttosto spesso che, in seguito di ulcerazioni alla fossetta od alla faccia interna delle piccole labbra, le quali sono durate per un tempo relativamente lungo, dopo la riparazione, comparivano delle macchie nere, più o meno grandi a seconda dell'estensione dell'ulcera. Dopo più di sei anni ho avuto l'opportunità di rivedere alcune di queste donne, le quali conservavano le stesse macchie nere in quei siti, senza aver subito alcune modificazioni di colorito.

o meno sferiche di pelle bianca, con la sua colorazione normale, che risalta moltissimo sulle parti ipercromiche circostanti, da fare acquistare alla cute un aspetto marmorizzato od areolato molto caratteristico. Con altre parole, le isole di pelle bianca sono chiuse in una specie di rete ipercromica più o meno regolare, che i Francesi dicono potersi raffigurare ad un merletto. Non presentano nè rialzi, nè efflorescenze, nè desquamazione, e non danno alcun prurito. Questa varietà viene chiamata *sifilide pigmentaria areolata*. Come giustamente diceva il TANTURRI, la prima corrisponde a macule pigmentarie su fondo normale, e la seconda a isole bianche su fondo colorato (1). Questa forma di pigmentazione cutanea primitiva, che si osserva negli individui affetti da sifilide costituzionale venne descritta la prima volta da HARDY col nome di *sifilide pigmentaria*. PILLON la chiamò sifilide maculosa del collo. Essa è stata presso di noi studiata molto accuratamente dal TANTURRI e dal DE AMICIS ed è stata riconosciuta ed osservata da quasi tutti i dermatologi e sifilografi (GALLIGO, RICORDI, PATAMIA, MANASSEI, SPERINO, CAMPANA, SCARENZIO, LANCERAUX, GINTRAC, MICHAELIS, FOURNIER, KLEINACANS, JULLIEN, G. H. FOX, J. E. ATKINSON, SCHWIMMER, BARTHÉLEMY e BALZER, MAURIAC). Solo ci meravigliamo non poco come il chiarissimo prof. KAPOSI da Vienna (2) negasse formalmente la sifilide pigmentaria. Egli dice di aver veduto solo delle melanodermie cachettiche, e che quindi la sifilide pigmentaria non sarebbe altro se non una varietà di Cloasma, dovuto alla denutrizione generale ed all'alterazione dei globuli sanguigni, e perciò non sarebbe propriamente parlando una vera manifestazione cutanea della sifilide. Noi ci permettiamo fare osservare al prof. KAPOSI:

1.° Perchè questa varietà di Cloasma areolato si osserva solo negli individui sifilitici?

2.° Non è esatto che sia dovuto alla denutrizione generale osservandosi quasi sempre negli individui di buonissima costituzione organica.

3.° Non si può chiamare melanodermia una pigmentazione disposta ad areola.

4.° Non si conosce nessuna altra malattia anche cachettica (mala-

(1) Recentemente il Dott. CANTARANO ha pubblicato un lavoro, letto alla R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli, dal titolo: Colorazione Bronzina della Cute per Sifilide Costituzionale. In questo lavoro l'A. parla di una forma di sifilide pigmentaria da lui detta *atipica*, la quale dà alla cute lo aspetto della malattia bronzina. In tutte le quattro storie cliniche l'A. parla di macchie ipercromiche più o meno estese sulla superficie del corpo interrotte da macchie bianche.

(2) KAPOSI: Pathologie und Therapie der Syphilis — Deutsche Chirurgie, Stuttgart, 1881.

ria, cachessia cancerigna) che dia luogo ad una iperpigmentazione così distribuita.

Noi quindi con la maggior parte degli autori riteniamo essere la sifilide pigmentaria una delle tante forme con cui la infezione sifilitica altera la pelle; che se la sifilide non avesse infettato quel tale organismo, quella discromasia non sarebbe mai avvenuta. Nè il resistere ai mercuriali ed ai iodici è una ragione per non farla dipendere dalla sifilide, dal perchè si i mercuriali che i iodici non combattano tutte le manifestazioni della sifilide, ed a coloro che hanno l'opportunità di osservare molti ammalati di sifilide occorre spesso di vedere infermi, nei quali, nonostante tutte le cure specifiche fatte con tutti i mezzi che la scienza dispone, pure non si arriva a curare certe manifestazioni sifilitiche. E poi, qual meraviglia che il trattamento specifico non eserciti nessuna azione sopra la durata della sifilide pigmentaria? Io credo che il contrario dovrebbe meravigliare. Infatti, in questo sifiloderma non vi sono eruzioni infiammatorie, nè alterazioni neoplastiche, di cui i medicamenti specifici possono affrettare il riassorbimento. Essa non è che una lesione nata per l'influenza della sifilide, la quale ha permesso che negli strati profondi dell'epidermide si depositasse una maggiore quantità di pigmento; perciò il trattamento specifico può sopprimere questa disposizione a depositare pigmento, ma per quel pigmento già depositato nella epidermide, la cura specifica non può avere nessuna influenza, ed il pigmento deve restare tutto il tempo, sempre molto lungo, necessario a modificare in totalità i tessuti depositarii. Non si può ritenere l'opinione di BAZIN, che cioè si tratti di un vitiligo sifilitico, dal perchè in questa alterazione non vi è solamente un errore di luogo del deposito pigmentario, sibbene una vera ipercromia; nelle aiuole bianche non vi è nè decolorazione, nè mancanza assoluta del pigmento, ma esiste quella tale quantità di pigmento naturale, che si rinviene in siti privi di qualunque alterazione della pelle (TANTURRI e DE AMICIS). Inoltre se vi fosse un vero vitiligo, i piccoli peli esaminati al microscopio dovrebbero essere anche essi privi di pigmento come si verifica nel vitiligo, mentre in questa forma di discromasia si presentano con la loro ordinaria quantità di pigmento.

Sulla patogenesi di questa forma di iperpigmentazione cutanea sono state emesse dagli autori diverse opinioni. Il TANTURRI credeva che l'apparato cromogeno della pelle possa essere interessato nelle diverse fasi del processo sifilitico costituzionale, attraendo una maggiore quantità di sostanza pigmentaria od anche modificandola, essendo esso apparato un tessuto ricco di elementi cellulari, centri yari ed attivi degli atti di formazione e di riduzione organica. Il GAMBERINI la fa dipendere da una speciale facoltà cromatogena, che il sangue acquisterebbe al principio della infezione. Il PIROCCHI dice di trattarsi di un perversi-

mento della nutrizione nervosa, avvenuto, per l'influenza della sifilide, e che produrrebbe questo vizio di distribuzione del pigmento. Lo JULLIEN ha emessa una ipotesi più ingegnosa. Egli dice che questa ipercromia potrebbe dipendere dalla lesione delle capsule surrenali. Ma egli stesso soggiunge che gli si potrebbe obiettare la irregolarità della distribuzione di questo pigmento e la localizzazione quasi sempre al collo. BARTHÉLEMY e BALZER dicono, che forse il pigmento ematico per l'infezione sifilitica perderebbe la sua aderenza ai globuli e quindi verrebbe sparso qua e là nelle maglie del connettivo. Oppure potrebbero concorrere la lesione ematica e la lesione nervosa. Per ora pare che non si sia detta l'ultima parola sulla patogenesi di questa forma speciale di cromatosi.

La sifilide pigmentaria si osserva a preferenza nelle donne, ma gli uomini non ne sono del tutto esenti molto più in coloro che hanno la pelle fina e bianca. Nel deambulatorio speciale dell'Ospedale della Pace ho osservato diversi casi di sifilide pigmentaria areolata in uomini che avevano la pelle tutt'altro che fina e bianca. Tra questi vi è registrato un cochiere dell'età di 24 anni, di validissima costituzione organica, con capelli neri e folti e con pelle piuttosto bruna. Aveva una sifilide pigmentaria areolata limitata al collo ed alla parte posteriore del torace, fino alla ottava costola; però le macchie occupavano la regione vertebrale e le regioni para-spondilee, ed avevano per limiti esterni le linee angolari delle scapule in maniera da formare una larga striscia. Però anche nelle donne non si avvera con più frequenza in quelle che hanno la pelle bianca e sono di capelli biondi, che in quelle che hanno la pelle bruna. Nel sifilicomio di Napoli ho veduto diversi casi di sifilide pigmentaria maculosa ed areolata in donne di colore bruno e con capelli nerissimi. Tra le tante che ho osservato nella Sezione del prof. DE AMICIS mi ricordo di una tal Mosca Filomena entrata nell'ospedale nel settembre del 1881, la quale aveva sifilide pigmentaria areolata estesa dal collo alla base del torace posteriormente, ed anteriormente fino al livello della 4<sup>a</sup> costola; le regioni del deltoide, come gli arti superiori, non erano alterati. Sulle regioni affette, le areole di un bruno carico, facevano spiccare di molto i piccoli tratti rotondi, della grandezza di un centesimo o poco meno, di pelle del normale colorito della donna, la quale era di un bruno abbastanza intenso.

La sifilide pigmentaria è un'alterazione del periodo secondario o infiammatorio della sifilide. Non si è mai osservata con la lesione iniziale della sifilide, nè si è manifestata con il periodo gommoso o neoplastico, può osservarsi unitamente a lesioni del periodo tardivo, ma essa comincia nel periodo secondario, e siccome ha una durata piuttosto lunga, fino a tre anni, così si possono avverare nell'organismo lesioni dovute al periodo tardivo della sifilide, mentre persiste la ipercromia specifica.

Questa ipercromia non è molto rara presso di noi. TANTURRI nelle donne l'ha osservata 18 volte sopra 72 casi di sifilide costituzionale. Noi nel sifilicomico di Napoli, nel comparto diretto dal prof. DE AMICIS, per lo spazio di sei anni che vi abbiamo prestato servizio in qualità di medico secondario, si è riscontrato quasi la stessa proporzione. Anche in Francia non è affatto rara ad osservarsi, però non pare che ivi sia più frequente che in Italia, come vorrebbero alcuni autori stranieri. Solo ci meravigliamo come in America sia molto rara, e BUMSTEAD dice, che in otto anni ne ha visti solo sei esempli sicuri (1). Anche in Germania questa alterazione è piuttosto rara.

La diagnosi di questa ipercromia non presenta alcuna difficoltà, basta averla veduta una volta sola, per non confonderla con altra alterazione di colorito della pelle. Non si può confondere questa affezione disposta ad areola con una melanodermia, dal perchè nella melanodermia non si osserva la disposizione a maglie caratteristica, nè sarà possibile la confusione tra la melanodermica e l'altra varietà di sifilide pigmentaria, cioè la *maculosa*, dal perchè nella melanodermica non si osservano tratti di pelle così estesi come succede nella sifilide pigmentaria *maculosa*. Non è possibile confonderla con il cloasma uterino, questo ha altre localizzazioni ed una colorazione molto più giallastra. Nè sarà possibile confondere la sifilide pigmentaria *maculosa* od *areolata* con le macule consecutive ai sifilodermi, dal perchè queste macchie sono molto nette, e si per la grandezza che per il sito dove si osservano stanno sempre in ragione diretta dell'alterazione cutanea primitiva. La confusione più possibile a prima vista sarebbe con la pitiriasi versicolore (*dermatomycosis furfuracea*), ma in questa alterazione parassitaria prodotta dal *microsporon furfur*, i bordi delle macchie sono leggerissimamente rilevati dalla superficie circostante, dal perchè il parassita infiltra lo strato delle cellule epidermoidali più esterne, il colorito delle macchie è più verdastro, vi è leggero prurito, le macchie tendono ad estendersi a più larga superficie cutanea, nè tra una macchia e l'altra gli spazii sono quasi regolarmente sferici come nella sifilide pigmentaria, inoltre le macchie della pitiriasi versicolore sono ricoverte da fine squamette, che se si raschia con l'unghia o con un coltellino si possono ottenere in grande quantità ed osservate al microscopio presentano il parassita.

Per osservare bene questo parassita, come tutti i microrganismi della pelle normale, ho messo in pratica l'eccellente metodo del prof. BIZZOZERO (2).

(1) BUMSTEAD — Pat. e Cura delle malattie Veneree, seconda edizione 1885

(2) BIZZOZERO—Sui microftti della epidermide umana normale, Estratto dal vol. pubblicato pel giubileo dottorale del Chiariss. Prof. Senatore SPERINO—Torino 1884.

La difficoltà per la colorazione dei prodotti epidermici avviene per la presenza del grasso, quindi è necessario di eliminarlo.

Le squamette epidermiche si pongono nell'alcool assoluto, vi si lasciano qualche ora e poscia si passano nell'etere solforico, dove si fanno restare da 1-2 giorni, ed indi nuovamente nell'alcool assoluto dove si conservano per essere esaminate. Il prof. BIZZOZERO ha indicato tre metodi, che servono di complemento l'uno all'altro, per la dimostrazione dei singoli microfiti. Nel primo si mette in opera l'azione dei reattivi dissolventi, acido acetico e potassa caustica. L'acido acetico si usa in soluzione concentrata (50 ‰) e la potassa in soluzione al 10 ‰. Si pongono le squamette, digrassate come sopra, in una goccia di queste soluzioni sul coprogetto, si disgregano delicatamente cogli aghi, se sono ammassate, e quando l'azione del reagente che si adopera le ha rigonfiate a sufficienza, si coprono con un vetrino e si osservano. Le cellule appaiono rigonfie e semi-trasparenti, mentre gli elementi del fungo si veggono coi contorni oscuri e ben definiti. Questi elementi sono costituiti.

1.° Da spore rotondeggianti, della grossezza media di 4-6  $\mu$ , con estremi di 3-8  $\mu$ , fornite di un contorno netto, e di un nucleo rotondeggiente, lucente, che occupa quasi tutta la cellula. Esse stanno riunite a gruppi, in numero di 40-50-80; e a seconda della copia del fungo, ora i gruppi sono ad una certa lontananza l'uno dall'altro, ora (e ciò più di rado) si avvicinano fra loro in modo, che talvolta quasi si fondono;

2.° Da filamenti della grossezza di 2-3  $\mu$ , articolati, di rado ramificati, che partono dai gruppi di spore, e, con cammino flessuoso, si dispongono fra le cellule epidermiche. Di solito non è possibile discernere una differenza tra la membrana che limita questi filamenti, e la sostanza pallida ed omogenea che li riempie. Quest'ultima, però, talvolta (e specialmente nei preparati conservati da tempo nella glicerina) si ritrae; sicchè la sua linea di contorno è distinta da quella della membrana che la contiene (1).

Ecco intanto la storia morfologica ed iconografica del caso che mi ha indotto alla presente pubblicazione.

Concetta N. di anni 20 da Napoli si è presentata nel Deambulatorio il 15 gennaio 1885. Racconta che da circa tre mesi ha incominciato ad osservare gonfiore delle glandole inguinali prima al lato destro e poi a quello di sinistra, poscia vennero le alterazioni agli organi genitali che attualmente si osservano. Non sa dirci quando è incominciata la lesione iniziale. Da un mese ha avvertite macchie al collo, che da prima credette essere effetto di sporchie, e si lavava

(1) BIZZOZERO — Manuale di Microscopia Clinica, pag. 84. Editore Francesco Vallardi — Milano 1882.

spesso il collo con sapone, ma le macchie non si toglievano, anzi si sono diffuse al petto ed al dorso. Afferma di non aver sofferto prima alcuna efflorescenza per la pelle, la quale è stata sempre bianca.

Attualmente è affetta da sifilide costituzionale, poliadenopatia biinguinale molto più sviluppata a destra e latero-cervicale, iperplasia di un ganglio della grandezza di una piccola mandorla alla regione retro-mastoidea di sinistra, altro più piccolo nella regione retro-auricolare di destra, iperplasia di due piccoli gangli della grandezza di un grosso fagiuolo nella regione retro-epitroclea di destra. Condilomi piani ulcerati vulvo-anali, in questa ultima regione hanno acquistato la forma iperplastica. Placche mucose agli angoli labbiali, ai lati della lingua, sulle tonsille, sui pilastri e sul palato molle. Sifiloderma maculoso ipercromico areolato al collo, sul tronco e sulle braccia, roseola maculosa sull'addome, dolori reumatoidi agli arti inferiori.

*Stato attuale.* — È una giovane di buonissima costituzione organica, molto ben nutrita, sviluppo scheletrico muscolare molto buono, capelli biondi.

Osservata tutta la superficie cutanea essa presenta le seguenti alterazioni:

Su tutte le regioni del collo si veggono macchie di un colore caffè e latte disposte a rete, in mezzo a queste macchie brune si veggono delle macchie bianche del normale colorito della pelle, di forma circolare della grandezza di un centimetro di diametro. Questa disposizione di macchie ipercromiche ed acromiche dà alla cute presso a poco un aspetto marmorizzato, come se delle piccole aiuole bianche fossero dipinte su di un fondo più oscuro. Gli spazi più chiari rinchiusi da questa colorazione più fosca sono quasi simmetricamente disposti e molto ravvicinati in modo da dare alla pelle un'apparenza reticolata, che i Francesi chiamano a merletto. La stessa disposizione si osserva su tutto il tronco fino alla base del torace posteriormente, ivi va man mano sperdendosi da non ritrovarne più tracce nelle regioni lombari. Anteriormente termina alle mammelle e nel solco-intermammario non vi è alcuna pigmentazione. Le areole delle mammelle sono pochissimo colorate. Anche le braccia ne sono affette terminando la disposizione areolata al terzo inferiore. Però a misura che si arriva a questa ultima regione le macchie brune compariscono meno intense e dal gomito in poi la lesione diviene irriconoscibile.

Anche le regioni ascellari sono affette da questa ipercromia ed ivi le macchie compariscono molto più intense, in maniera che le aiuole bianche sono molto più marcate. Tutto il resto della superficie del corpo è esente da questa alterazione. Con la pressione le macchie non subiscono modificazione di sorta, né il tatto fa rilevare alcuna scabrezza. Se si pratica una strofinazione con un panno la pelle si arrossisce, ma l'arrossimento è maggiore in quei punti dove la pelle è

bianca, mentre la rete bruna resta quasi inalterata e guardata attentamente fa trasparire un colorito più rosso. Con il grattamento anche eseguito con un gammautte non si osserva nessuna desquamazione.

Venne sottoposta alla cura mercuriale con le iniezioni ipodermiche di sublimato, fatte con la soluzione usata da moltissimi anni dal Prof. DE AMICIS, cioè:

Sublimato corrosivo *centigrammi dieci*  
acqua distillata *grammi dieci*

Se ne incomincia ad iniettare una mezza siringa di PRAVAZ e gradatamente si porta ad una siringa intera. Le iniezioni si sono praticate da principio ogni giorno e poscia in giorni alterni. Su i condilomi piani agli organi genitali si fanno lavande con liquore di LABARRAQUE e poscia applicazione della polvere di calomelano, medicatura che si può ripetere da due a tre volte nella giornata. Le placche mucose alla bocca vengono ogni giorno causticate con la soluzione di nitrato acido di mercurio al decimo e poscia collutori al clorato di potassa ed allume.

Con questo trattamento, che durò per quaranta giorni, le manifestazioni agli organi genitali ed alla bocca scomparvero del tutto e le glandole si erano di molto impicciolite. La sola ipercromia non aveva subita alcuna modificazione, però essa non era per niente aumentata. Dopo si prescrisse la cura iodo mercurica, che l'inferma ha continuata fino al prossimo passato novembre, senza avere in questo spazio di tempo alcuna alterazione nè agli organi genitali nè alla bocca. Attualmente (20 gennaio 1886) continua a prendere il solo ioduro di sodio. Le glandole degli inguini sono atrofiche, le retro-cervicali e le retro-mastoidee sono del tutto scomparse; solo è ancora percettibile una sola glandola retro-epitroclea.

La sifilide pigmentaria esiste solo al collo e più nella regione posteriore, mentre nella anteriore e laterale si vede come una sfumatura. Dal tronco e dal petto è totalmente scomparsa.

Con il consenso della inferma, producendo prima anestesia locale con l'etere, tolsi il 26 gennaio 1885 un pezzetto di cute dal dorso per farne delle osservazioni istologiche. Il piccolo pezzo di cute viene diviso in due, uno si mette in una soluzione composta di 4 parti di liquido di MÜLLER ed una parte di soluzione di acido osmico al 1|100, ed un altro in una soluzione di acido osmico al 2|100. Vi si fanno restare per 24 ore e poscia si passano successivamente nell'alcool ordinario ed indi nell'alcool assoluto.

Dalle osservazioni microscopiche eseguite nell'Istituto Fisiologico della R. Università, ho rilevato, che il pigmento melanico è contenuto nelle cellule profonde dello strato di MALPIGHI ed anche negli strati superficiali del derma. Questo pigmento si presenta come tanti finissimi granuli.

Le stesse osservazioni microscopiche erano state fatte dal TANTURRI e dal DE AMICIS con gli stessi risultati.

Nel pezzetto messo nell'acido osmico assoluto ho osservato i filetti nervosi, i quali erano del tutto normali.

#### SPIEGAZIONE DELLA TAVOLA ISTOLOGICA

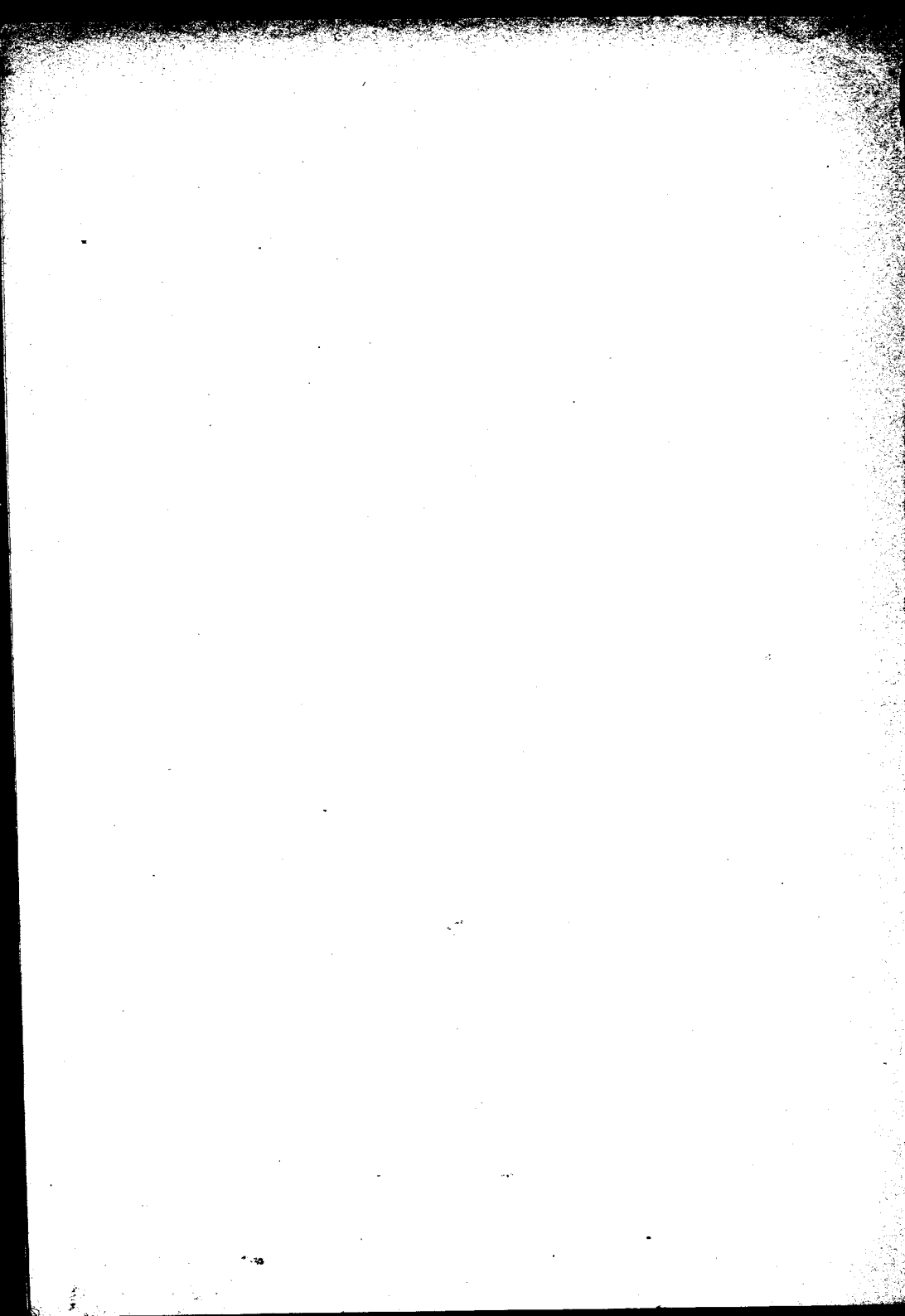
- a Strato corneo
- bb Strato licido
- cc Strato granuloso
- dd Strato del Malpighi, nelle cellule più profonde si trova una gran quantità di pigmento
- eee Strato superficiale del derma dove si osservano dei cumuli di pigmento.

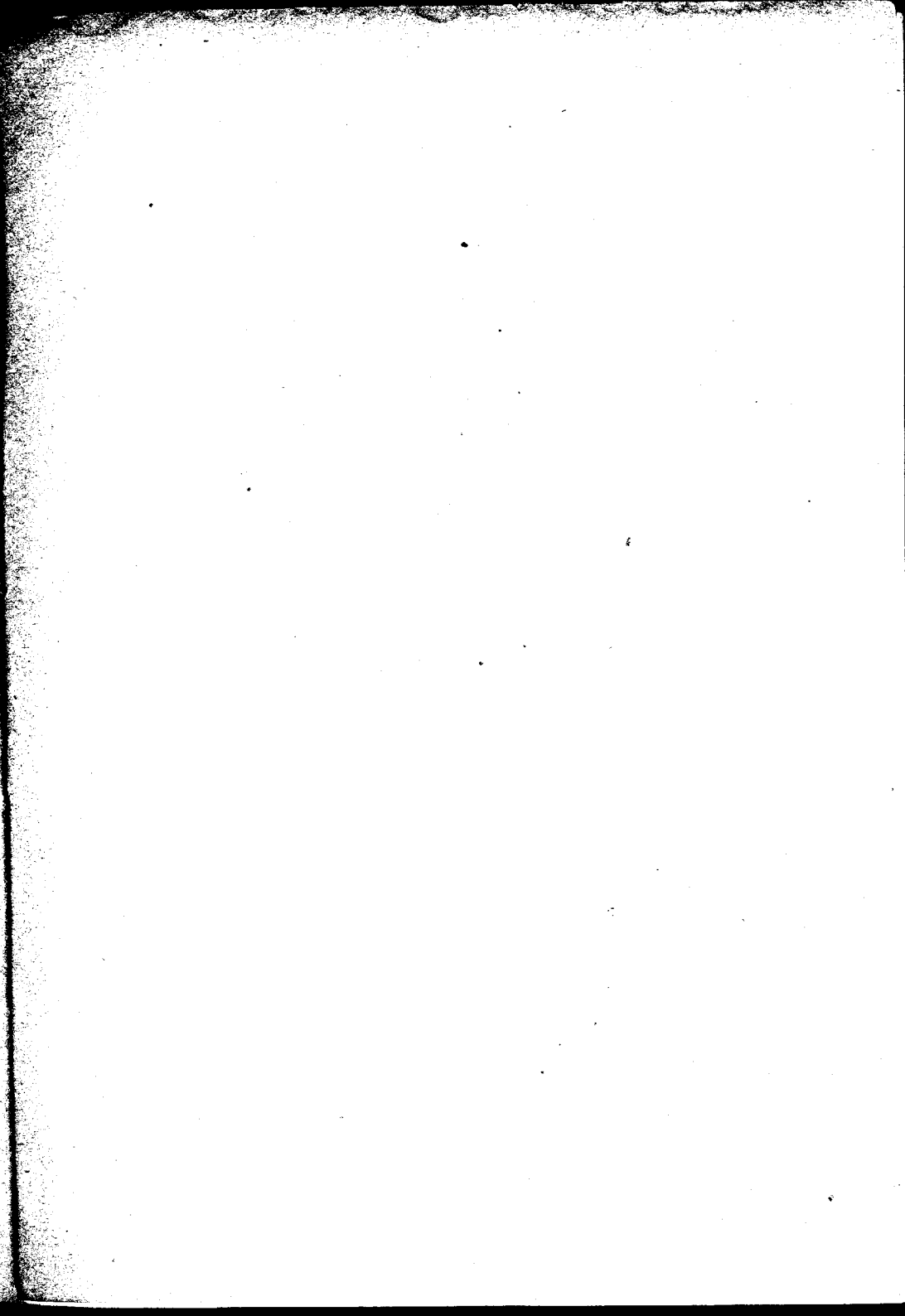
#### LETTERATURA

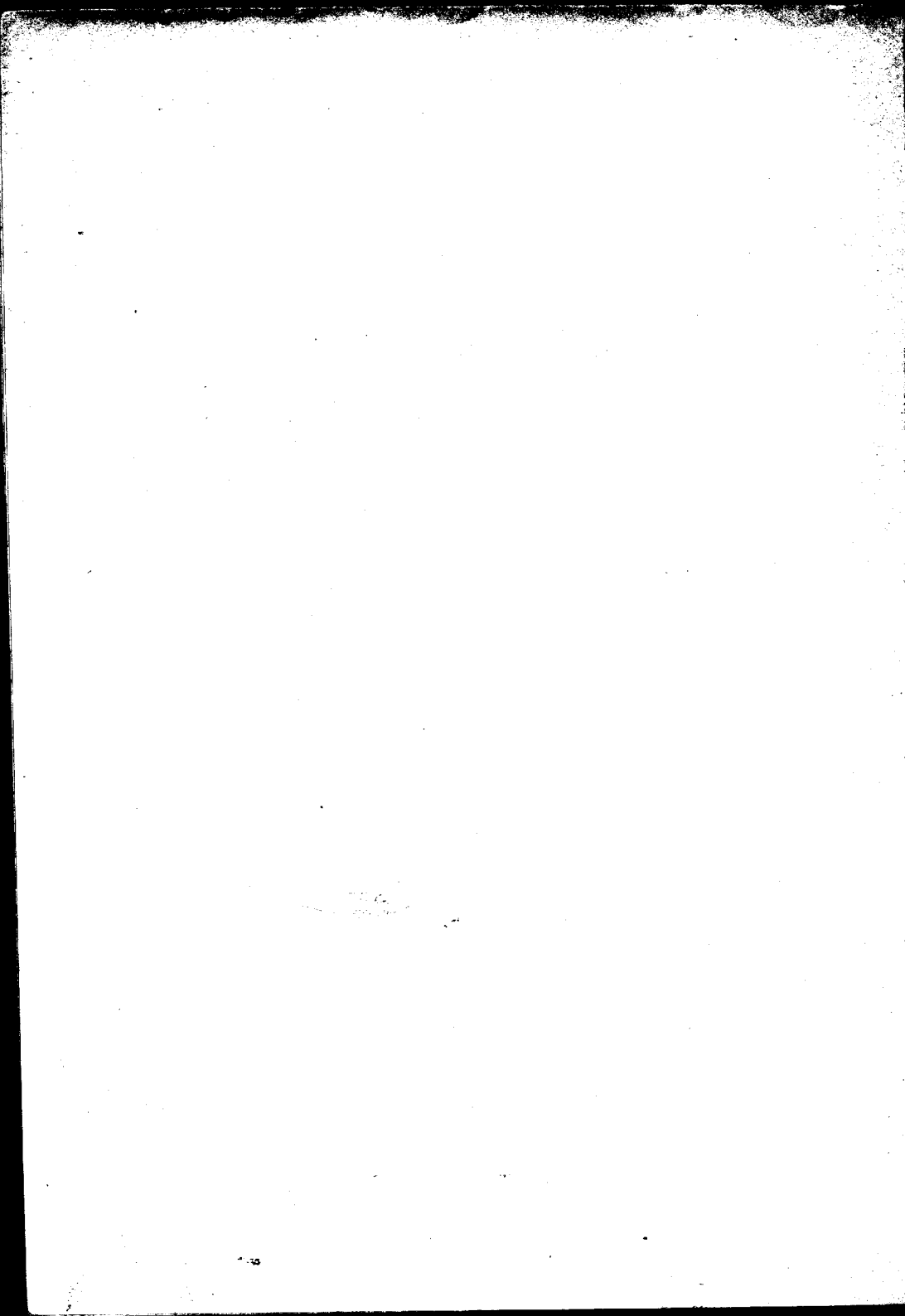
TANTURRI — Sifilide pigmentaria, Morgagni 1863 e 1865 -- DRYSDALE, Pigmentares S. (The Lancet, 1877. Fox (G. H.) S. pigmentaire (Amer. Jour. n. of the med. sc. avril 1878. ATKINSON (I. E.) S. pigmentaire, (Chicago med. Journ. and Exam oct 1878). CAMPBELL, Pigmentary S. (Arch. of Derm. 1878 p. 239). HILL (Berkeley), Pigmentary S. (Arch. of Derm. 1879 p. 89). DRYSDALE S. pigmentaire à la Société méd. de Londres (Revue des sc. méd. 1879 t. XII p. 387). SCHWIMMER, S. pigmentaire, deux observations (Revue des sc. méd. 1880 p. 792. BULKLEY, Pseudo-pigmentary Syphiloderma (Arch. of Derm, January 1879 p. 4). SCHWIMMER Ernest, di Buda-Pest, Pigment S. (Wiener Medizin Blatter 1880). BARTHÉLEMY e BALZER, Nouveau Dic. de Médecine et de Chirurgie pratiques t. 34 1883. MANASSEI, Nota intorno alla sifilide pigmentaria — Annali Universali di Medicina — febbraio 1883 — MAURIAC. Leçons sur les maladies vénériennes, p. 585, 1883 — FERRARI, Della sifilide pigmentaria, Pisa 1884—Ueber das Leucoderma Syphiliticum, fur RIEHL (Wien, med. Jahr-Heft II p. 245 1884). TAYLOR, On the pigmentary syphilide — Journ. of Cut. and. Vener. Diseases — New-York, avril, 1885.



3473



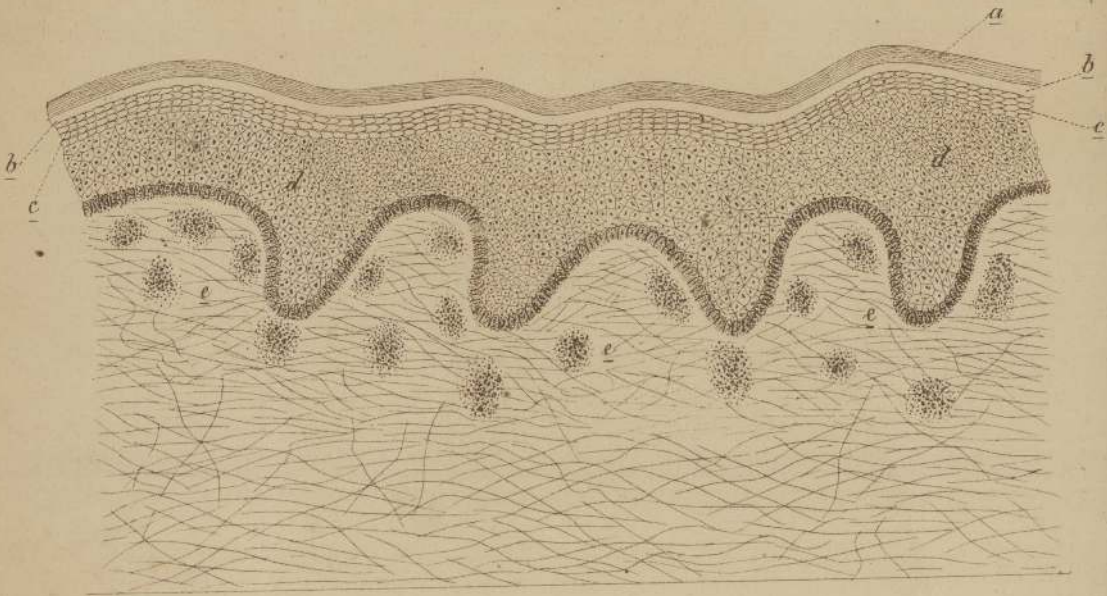




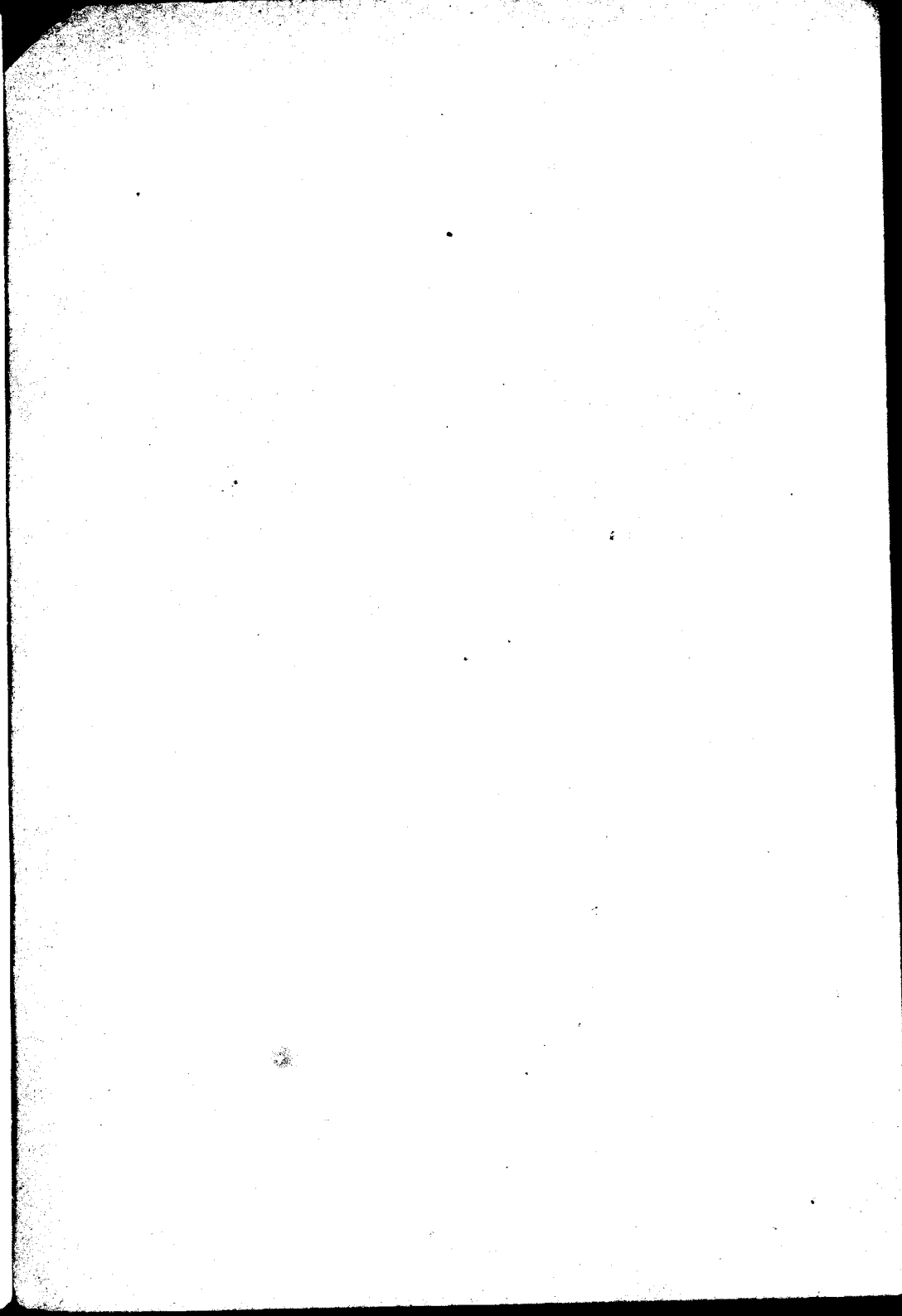




*Sifilide pigmentaria areolata*



100



DELLO STESSO AUTORE



1. Sull'assorbimento dell'acido fenico e metodo per riconoscerlo nei liquidi organici (Clinica Cantani) Morgagni 1877.
2. Sull'impiego dei sali di Berberina nel tumore cronico di milza per malaria con febbre e senza (Clinica Cantani). Morgagni 1878.
3. Storia Clinica di un caso di Pemfigo acuto. Morgagni 1879.
4. Sulle Iniezioni Ipodermiche di sublimato corrosivo nella cura della sifilide.  
Lavoro eseguito, per la parte sperimentale, nell'Istituto Fisiologico della R. Università diretto dal Prof. Comm. G. ALBINI e per la parte Clinica, nella 3.<sup>a</sup> Sezione del Sifilicomio di Napoli diretta dal Prof. Cav. T. DE AMICIS con tre tavole litografiche. *Morgagni* 1881.
5. Contribuzione alla cura dell' Onichia Ulcero-fungosa. Morgagni 1881.
6. Le alterazioni delle Glandole Linfatiche in rapporto alle malattie venereo-sifilitiche (Tesi di Libera docenza) con una tavola litografica. Editore Enrico Detken 1883.
7. Sull' Eczema Solare-Studii Sperimentali eseguiti nell'Istituto Fisiologico della R. Università di Napoli con una tavola. Morgagni 1885.