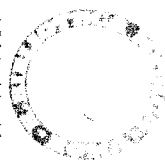


BIBLIOTECA  
LANCISIANA



LA

# SIFILIDE DEL SISTEMA NERVOSO

CONFERENZE *711*

di

W. R. GOWERS

Professore di Clinica medica nell'Università di Londra

(Versione dall'inglese del dott. G. E. Curatulo)

Estratto dal *Morgagni*, Anno XXXI, Novembre 1889

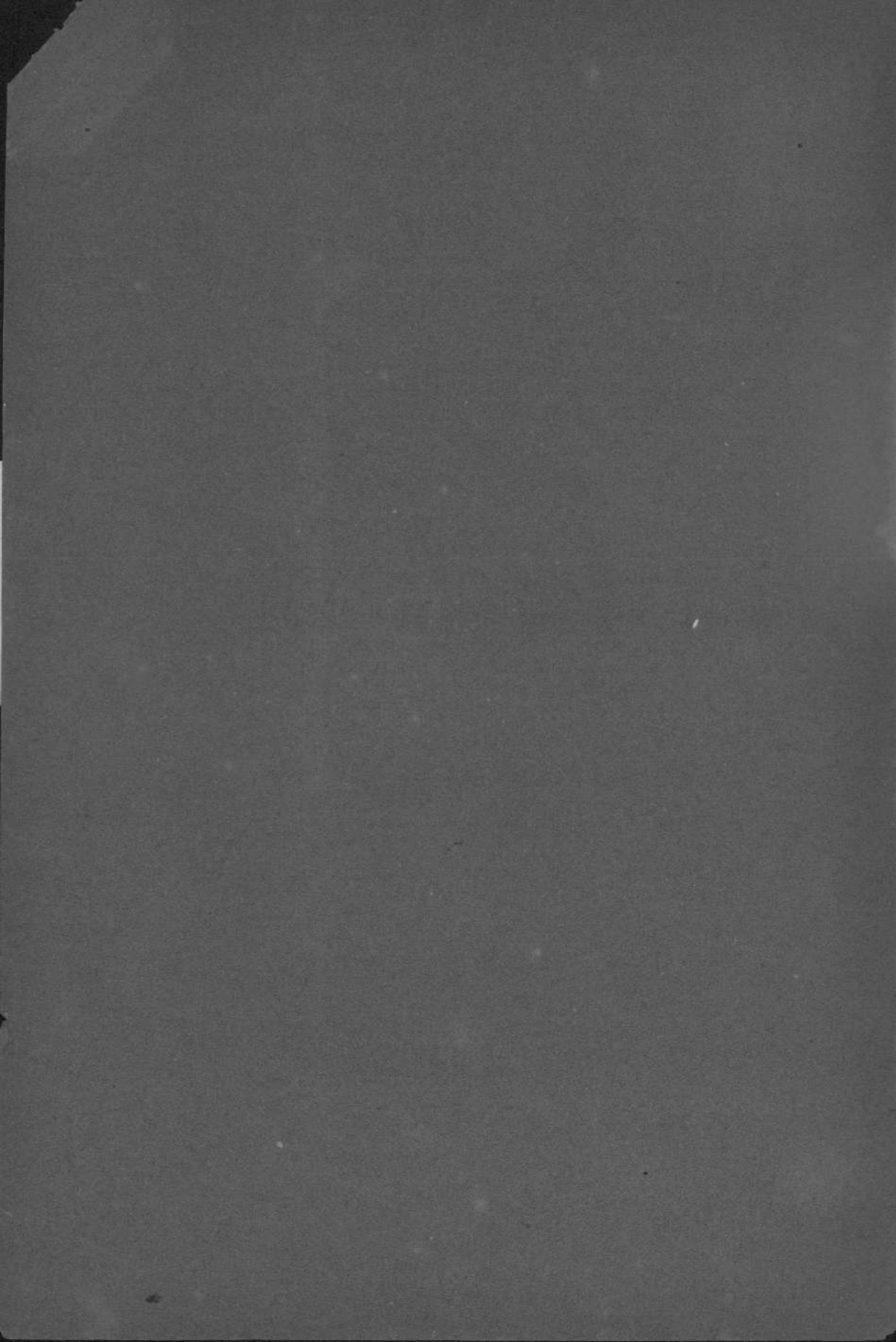


MILANO

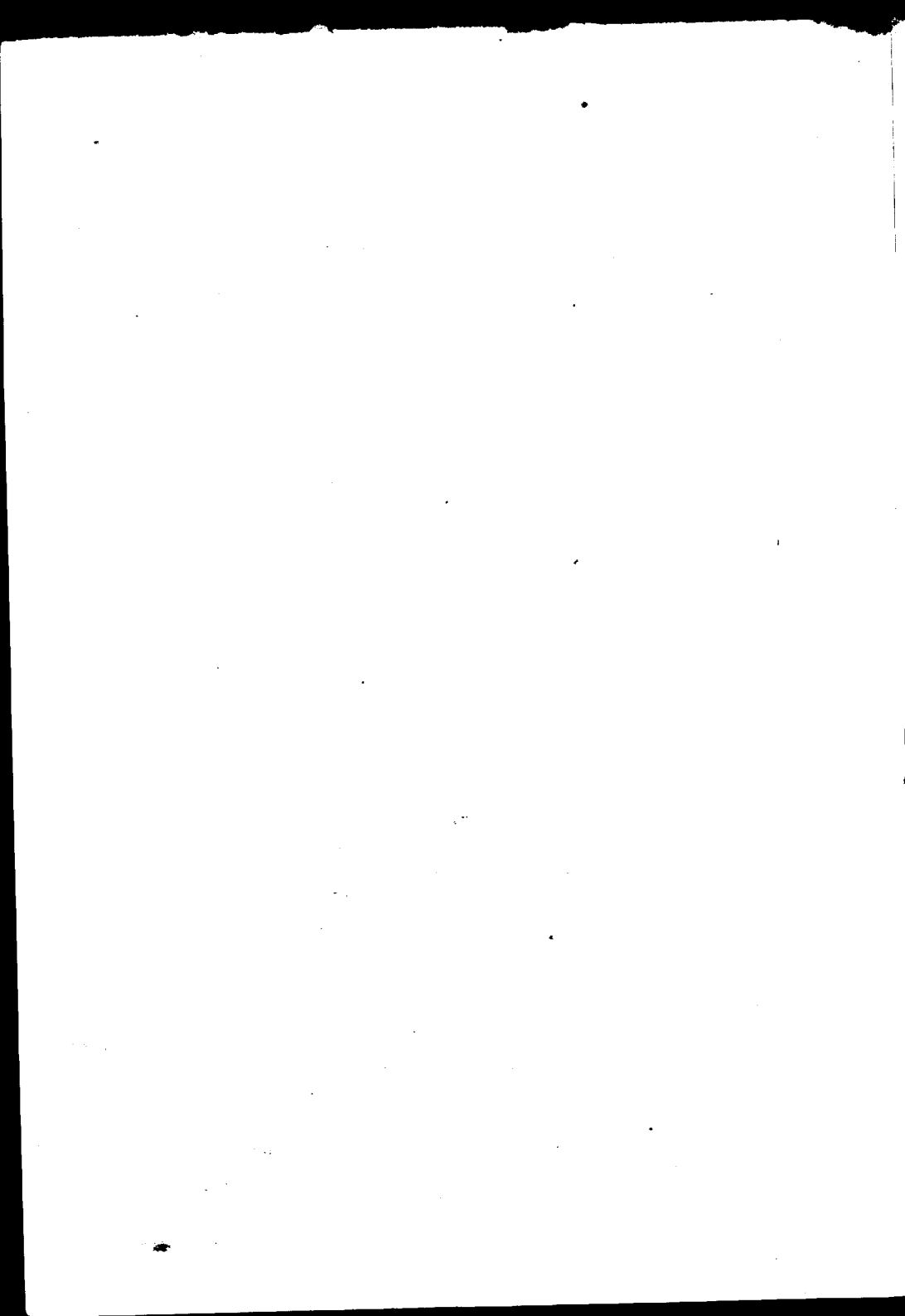
Dott. LEÓNARDO VALLARDI, Edit.

*Via Disciplini, num. 15*

1889.



LA SIFILIDE DEL SISTEMA NERVOSO



LA  
SIFILIDE DEL SISTEMA NERVOSO

---

CONFERENZE

DI

W. R. GOWERS

Professore di Clinica medica nell'Università di Londra

(Versione dall'inglese del dott. G. E. Curatulo)

---

Estratto dal *Morgagni*, Anno XXXI, Novembre 1889

---



MILANO

Dott. LEONARDO VALLARDI, Edit.

*Via Disciplini, num. 15*

1889.

WILSON 1185 - ROAD AND BRIDGE BLDG. CO. INC.

---

### III.

Signor Presidente, Signori,

Questa sera passiamo a parlare dello scopo finale delle nostre investigazioni, cioè della capacità di predire e frenare il decorso futuro della malattia. Il tentativo di definire esattamente le nostre conoscenze in proposito, che mi proposi sin da principio come oggetto principale di queste conferenze, temo che non avrà risultati completamente soddisfacenti. Il progresso della scienza include con sé, al tempo stesso perdita e guadagno. Dove il terreno sembrava stabile sotto i nostri piedi ed il sentiero dinanzi a noi ci si apriva facile e sicuro, noi possiamo ad un tratto sentire i nostri passi mal fermi ed accorgerci come quella sicurezza era solo apparente; — fatto dovuto a generalizzazioni troppo superficialmente riflettute. Studiando minutamente questa parte delle mediche discipline, che noi siamo ora per considerare, troviamo il terreno frastagliato da numerose eccezioni, che non possiamo ignorare che solo commettendo errori sicuri e creando un relativo discredito. Non è molto tempo che la diagnosi della sifilide come causa della malattia, ed il proposito di un adeguato trattamento terapeutico venivano in tal guisa apprezzate, da garantire una prognosi assolutamente favorevole in quasi tutte le forme di lesioni prodotte dall'infezione. Però io non sono sicuro, in verità, se sia giusto alludere a questa opinione come solamente ritenuta nel tempo passato, se dobbiamo giudicare dal trattamento cui alcuni infermi disperati sono indotti a sottoporsi. Vediamo infatti questi infermi assoggettati a trattamenti tali che si suppone debbano sempre supplire al difetto delle cure precedenti; noi vediamo metodi di cura venire impiegati col solo criterio che un farmaco già prima amministrato in un modo è ancora capace a produrre effetti migliori, soltanto perchè lo si introduce nell'organismo per altra via, ed infine vediamo come taluni accreditino la credenza, che una cura inefficace in Inghilterra, essa lo sia invece in altri paesi. Se noi siamo così franchi da riconoscere la natura delle opinioni su cui tali trattamenti e tali con-

sigli si basano, saremo costretti a credere come la vecchia teoria sia ancora potente, e sebbene essa spesso non venga manifestata con una asserzione sicura, essa pure esiste come un'idea, forse non sempre consciamente ammessa. Eppure i fatti che sono alla portata della nostra a semplice osservazione ci suggeriscono una conclusione totalmente differente.

Le cicatrici sulla pelle o sulla fronte ci dicono più che il semplice fatto di una siflide: esse ci dicono, senza tema di errare, il carattere imperfetto del tessuto sostituitosi, e come sovente gli elementi propri di una parte siano periti lasciando al loro posto solamente il tessuto cicatriziale. Lo stesso ci dicono gli organi interni: così i noduli fibrosi del fegato significano perdita di tessuto epatico, molte volte forse assai più grande dell'area della cicatrice, e lo stesso dicasi per altri organi interni. Ma quando un simile fatto avviene nel sistema nervoso centrale, come possiamo noi aspettarci o come può avvenire il completo ristabilimento della funzione? Nel fegato l'effetto sulla perdita della funzione dell'organo può essere inapprezzabile, ma nel sistema nervoso è noto come ciascuna cellula ed ogni fibra sia deputata ad uno speciale uso e quindi la distruzione di poche di esse può avere sulla funzione effetti non solo apprezzabili, ma eziandio cospicui.

In verità in un estesissimo numero di casi di lesioni sifilitiche del sistema nervoso, un completo ripristinamento della funzione non ha luogo e non può averlo: ma pure anche in un gran numero di casi i sintomi scompaiono.

Tra un'assoluta guarigione da un lato, ed una completa persistenza dei sintomi dall'altro abbiamo ogni gradazione di ripristinamento parziale della funzione. Il decorso della malattia, in ogni caso, è tra questi due estremi, e se noi dobbiamo con esattezza predirlo, giova il riconoscere questo fatto e studiare dove indagare ed in qual modo trovare le indicazioni che debbono guidarci. Ogni prognosi adunque, deve essere il frutto di speciale ed individuale studio e considerazione, come lo è la diagnosi. Non abbiamo una regola applicabile a tutti i casi, e le regole che possono venir formulate per qualche gruppo di casi sono assai limitate e parziali. In ciascun gruppo invero, la prognosi generale varia, ed in ciascuno di essi il caso individuale deve essere pure considerato come uno problema separato. Stando così le cose, il compito di ottenere dati positivi per formulare una prognosi potrebbe sembrare cosa lunga e difficile, esso però lo si acquista facilmente ed il suo uso è semplice. Io dissi che abbisognava per la prognosi tanto studio e considerazione individuale, quanto ne occorre per il procedimento diagnostico, ma mi sarei più accostato al vero se avessi detto che quella stessa considerazione individuale sarà quasi bastevole. Forse i giudizi esposti nella passata conferenza riguardo al procedimento diagnostico vi sembrarono esagerati? Essi però sembreranno senza dub-

bio entro i limiti del vero; se consideriamo come una completa ed esatta diagnosi non è solamente essenziale, ma realmente essa in sé include una completa ed esatta prognosi, come è possibile formulare sotto date circostanze.

Considerate la natura della lesione, assicuratevi che i sintomi dipendono non da processo specifico, ma dai semplici effetti che da esso sono prodotti sul tessuto nervoso, considerate i cambiamenti che in esso tessuto hanno avuto luogo, per quanto tempo hanno esistito ed allora non avete a farvi che una sola domanda, fin dove cioè è probabile che il meccanismo della lesione possa venir rimosso e gli elementi nervosi possano ristabilirsi dalla lesione sofferta.

Soltanto la prognosi delle vere lesioni specifiche può essere ora considerata: e, a dir vero, è solamente in queste che il fatto che la lesione è dovuta alla sifilide, ha un'influenza assai estesa e considerevole. Le lesioni che sono dubbiosamente specifiche, e quelle che non sono specifiche nei loro caratteri, non rispondono sovente all'uso di farmaci speciali. I processi specifici sono, adunque, quelli nei quali è d'uopo soprattutto che la prognosi venga studiata e basteranno essi soli per tenerci occupati parecchio. Anche qui però, ci si fa ad ogni passo manifesta l'importanza della precisione nella diagnosi. Noi dobbiamo bene stabilire la natura probabile di una lesione, stabilire se è o non è specifica, prima che possano venir sollevate quistioni speciali relative alla prognosi; come dobbiamo altresì stabilire, per quanto è possibile, l'esatta lesione specifica che esiste, prima che ogni tentativo di formulare una prognosi sia possibile. Fatto questo, la prognosi diventa subito relativamente semplice. Il fatto che una risposta differente deve essere data in ogni caso, non include che debba farsi un procedimento mentale essenzialmente differente da quello necessario per la diagnosi. L'elemento speciale per la prognosi, il processo cioè per mezzo del quale noi leggiamo il futuro nel presente e nel passato, è quasi lo stesso in tutte le lesioni. In breve, noi abbiamo un procedimento per la diagnosi che varia, ma uno per la prognosi e che da quello semplicemente differisce e varia non nella sua forma reale, ma nella sua tinta e nel suo contorno. Questo, come moltissimi dei giudizi da me esposti in queste conferenze, non sono che fatti familiari, espressi forse in forma nuova. È strano il pensare fin dove certi principii, una volta definitivamente entrati nelle comuni convinzioni, ci condurranno, e quanto efficaci essi saranno nelle loro varie applicazioni. Accade non di rado, che un cambiamento nella forma con cui una verità viene presentata, la rende quasi equivalente ad una nuova verità; laonde io oso insistere nelle mie asserzioni e ripeterle continuamente.

Tra i principii più importanti che ci guidano alla prognosi dobbiamo rammentarne due, che io spero siano ora a voi familiari. Il primo si è la dipendenza dei sintomi semplicemente dai processi che esistono

negli elementi nervosi e non dalla specificità della lesione; il secondo è il fatto, che è sul processo specifico solamente sul quale ogni nostro trattamento speciale esercita un'influenza diretta. Così la prima conclusione che noi dobbiamo trarre e dobbiamo tener ferma si è che il trattamento non può mai influenzare direttamente i sintomi. Quei semplici processi che producono sintomi sono quasi appena suscettibili intieramente ad una cura diretta, ed affatto ad un trattamento specifico. Quindi tutto quello che possiamo fare si è di cercare di rimuovere il processo specifico e così dar campo agli elementi nervosi di ristabilirsi, se è possibile. Ecco adunque i principii essenziali che debbono guidare ogni prognosi.

Il processo specifico è tale, ed in tale stadio, che possa venir rimosso totalmente o parzialmente? Dobbiamo aspettarci che una tale rimozione, nei limiti che è dato effettuare, sia poi seguita da un ripristinamento del tessuto nervoso leso, sufficiente in grado ed estensione da permettere il ristabilimento della funzione completa o parziale? Questo è il metodo col quale, in ogni forma e gradazione di una lesione, la nostra prognosi deve venir formulata, ed esso in tal guisa è molto semplice. Quanto alla sua applicazione non è certamente difficile, essa però ha bisogno ad ogni piè sospinto di tutta quella esattezza e scrupolosità, che abbiamo visto essere requisito indispensabile d'ogni pratico procedimento relativo a queste malattie. Una via più breve non può esser trovata, più breve che nella diagnosi. Noi possiamo fare ciascun passo sicuro, senza che sia necessaria una notevole ed estesa esperienza in proposito, ma non possiamo farlo che a patto di uno studio paziente. Ogni studente già inoltrato negli studii e ben avviato, può nella maggioranza dei casi di lesioni sifilitiche del sistema nervoso, formulare una prognosi che può essere altrettanto corretta quanto potrebbe esserla quella di un medico di larga e particolare esperienza, e si l'uno che l'altro possono farlo per mezzo dello stesso processo.

La prima questione che sorge, adunque, si è di sapere fin dove il processo specifico può essere influenzato dalla cura. Noi abbiamo dato, nella prima conferenza, uno sguardo alla varia suscettibilità dei differenti processi nel risentire gli effetti della cura riguardo specialmente al loro grado ed ai loro stadii. Vedemmo che l'iperplasia è la caratteristica maggiore di una specificità visibile, e che è questo l'elemento del processo sul quale la cura ha moltissima influenza. Una infiammazione, anche quando essa è dovuta solamente alla sifilide, sembra variare molto nella sua suscettibilità ad un trattamento. Qui però, ogni nostra veduta è limitata dal fatto che non possiamo discernere, durante vita, quanto di questa apparente inutilità della cura sia dovuta alla mancanza d'influenza sull'elemento specifico, e fino a qual punto essa è dovuta al fatto che gli elementi nervosi *non possono* ri-

stabilirsi. In un'inflammatione cronica, talvolta, sembra come se noi non potessimo arrestare il vero processo specifico, ma, nelle inflammationi acute e sub-acute, i fatti che noi possiamo scorgere e l'analogia di simili processi di altre parti rendono probabile che la seconda spiegazione sia la vera, che, cioè, sia la persistenza del disturbo prodotto dalla lesione, e non la lesione stessa, che cagiona la persistenza dei sintomi.

La prima importante considerazione però, si è certamente che il tessuto neoformato nella sifilide è l'elemento che può venire influenzato con grandissima frequenza, con grandissima certezza, ed in un grado assai notevole. È solamente nel periodo iniziale del processo, quando il tessuto cioè è ancora molle, che esso può realmente del tutto scomparire. Allorquando è in caseificazione, può ancora scomparire, sebbene la scomparsa delle particelle degenerate non è forse direttamente dovuta al nostro trattamento. Ma quando il processo di trasformazione fibrosa è già cominciato, è molto dubbio se il nostro trattamento faccia di più che aiutare ed affrettare questo processo, che è poi un processo cicatriziale. Il tessuto che è stato prodotto diminuisce in volume che noi curiamo o no il paziente, e questa diminuzione può essere dovuta solamente al processo di retrazione che tutti i tessuti cicatriziali subiscono, retrazione per la quale gli elementi vengono ad occupare sempre minore spazio man mano che si allontanano dalle cellule embrionali e si trasformano in fibre inerti.

Nel processo di un'inflammatione sub-acuta e cronica, inoltre, l'effetto del farmaco sull'elemento specifico è, in gran parte, dipendente dalla quantità del tessuto neoformato ed ancora dallo stadio di sviluppo che esso aveva raggiunto.

Un'inflammatione, però, cagiona eziandio un disturbo diretto sugli elementi nervosi ed esso è in proporzione all'acuzie del processo infiammatorio. Questo disturbo è, in realtà, grande in una vera inflammatione acuta ed esso sembra, inoltre, costituire il principale elemento efficace di questo processo. Vedemmo come, in una tale inflammatione acuta, non vi siano comunemente veri caratteri specifici. Il nostro trattamento deve solamente portare a termine il processo infiammatorio acuto e se questo può venire effettuato abbastanza rapidamente, non ci resta altro a fare, non vi è alcun nuovo tessuto a rimuovere. Quando abbiamo arrestato il processo dell'inflammatione, tutto quello che possiamo fare colla nostra cura si è di aspettare che il tessuto nervoso venga a ristabilirsi, e tutto quello che noi possiamo fare per la nostra prognosi, si è di cercare di formarci un'idea se esso possa o no ristabilirsi. Ma quando l'inflammatione è cronica, ovvero quando essa ha durato lungo tempo, noi dobbiamo pure considerare il tessuto neoformato, cioè per quanto è possibile rimuoverlo, gli effetti che esso ha prodotto sugli elementi nervosi e fino a qual punto possono essi migliorare.

Questi sono, adunque, gli elementi principali che è d'uopo vengano presi in considerazione per formulare una prognosi. Ma havvi, inoltre, una questione secondaria, in realtà subordinata alle altre, ma ad esse però uguale in importanza, lo stato cioè del tessuto neoformato relativamente ai suoi rapporti cogli elementi nervosi. Come ho già detto, quando la trasformazione fibrosa è incominciata, ogni trattamento non sembra capace di rimuovere il nuovo tessuto o di fare di più che affrettare questo processo cicatriziale, il quale poi porta con sé, come si disse, una retrazione delle fibre. Se il tessuto neoformato comprime semplicemente da un lato soltanto i tessuti nervosi, questa retrazione è tanto efficace quanto potrebbe essere il riassorbimento di esso, relativamente al sollievo, che i tessuti nervosi medesimi risentono per l'allontanato disturbo della compressione. Ma se invece questo nuovo tessuto circonda gli elementi nervosi o li racchiude tra le sue maglie, la compressione viene ad essere, in realtà, cresciuta dalla retrazione cicatriziale. In tal guisa, la guarigione del processo sifilitico non è altro che una continuazione del disturbo sui tessuti nervosi ed una continuazione dei sintomi prodotti dal disturbo medesimo. Avviene però talvolta, dopo qualche tempo, un ulteriore miglioramento nei sintomi. Quando il processo di retrazione è già al suo termine, forse anche prima, sembra che le fibre nervose possano, in un certo grado, adattarsi a queste nuove condizioni di cose e, quantunque assai ristrette tra le maglie del nuovo tessuto, possono pure riacquistare un certo potere di conducibilità talvolta molto notevole.

Noi vediamo un'importante illustrazione di questi fatti interessanti nell'occhio, nel caso cioè di una nevrite ottica. Avviene di solito, che la vista viene a mancare durante il processo di retrocessione della nevrite, anzichè quando l'infiammazione è al suo apice.

L'infiammazione produce una grande quantità di nuovo tessuto nella sostanza del nervo ottico alla papilla; esso infiltra il nervo estendendosi tra le sue fibre, e la sua retrazione, necessariamente, genera una grande compressione su queste ultime. Ma quando il periodo di retrocessione è molto inoltrato, quando il turgore, in gran parte, è scomparso, avviene di solito un certo miglioramento nella vista che, spesso, prosegue lentamente per molti mesi, raggiungendo in ultimo un grado considerevolissimo. Accade però anco comunemente, quando la compressione delle fibre ottiche è grande, che la guarigione è incompleta e che la vista riacquistata è veramente di poco conto. In molte delle lesioni sifilitiche del sistema nervoso, quei processi che noi possiamo vedere si nettamente nell'occhio e valutarli accuratamente colla nostra osservazione oculare, senza dubbio procedono ugualmente e producono effetti simili sulle funzioni delle parti.

Da ciò ne segue che, qualora v'è ragione a credere che vi sia un nuovo tessuto che ha già incominciato a subire il processo di trasformazione

fibrosa, o che lo ha completamente subito, che questo tessuto neoformato è in tal guisa situato da circondare, o il midollo spinale, le radici nervose, ovvero le fibre nervose, la nostra prognosi deve essere influenzata dalle considerazioni che ho già menzionato. In tutte le infiammazioni, che non sono realmente acute, si ha questa formazione di nuovo tessuto e se questa infiammazione è durata per poche settimane prima che ogni trattamento sia stato efficace, noi non possiamo presumere che il nuovo tessuto venga rimosso. La quantità del tessuto neoformato sarà proporzionata alla intensità, alla estensione ed alla durata dell'infiammazione, della quale poi altre indicazioni ci rendono capaci di giudicare, e dobbiamo considerare fin dove la sede del tessuto è probabile che produca questa compressione che agisce d'intorno. Quindi, sino a che noi non possiamo vedere quale influenza abbia la cura sui sintomi, la nostra prognosi deve essere differita almeno fino al tempo in cui non abbiamo più dettagliati particolari intorno alla lesione. Se il miglioramento manca totalmente o è lieve, ovvero se esso comincia a fermarsi, noi dobbiamo aspettarci che il grado del disturbo funzionale che poi resta, diminuisca per qualche tempo, in lieve grado e lentamente, ed inoltre che un lieve ed ulteriore miglioramento possa aver luogo col tempo, quasi per un adattamento funzionale degli elementi nervosi al loro nuovo stato; ma che un certo grado d'indebolimento funzionale rimanga, non è improbabile. Dobbiamo notare, eziandio, il fatto importante che quando il precoce e manifesto miglioramento che segue al nostro trattamento è già finito, o anche quando esso è cominciato a rallentare, non è probabile che avvenga, con un altro trattamento antisifilitico, un ulteriore miglioramento. Io credo che questi principii generali sono assolutamente veri e sono sicuro che l'averli a cognizione sia, nella pratica medica, della massima importanza. L'applicazione di essi ad ogni caso individuale ci metterà in grado di formulare un'accurata prognosi e, come dissi, quest'applicazione richiede più attenzione che pratica, più pazienza che conoscenza speciale. Tre punti, adunque, in ogni processo morboso debbono venir considerati: la natura del tessuto della lesione specifica, il meccanismo pel quale gli elementi nervosi sono lesi ed il carattere di questa lesione. Noi dobbiamo prendere in considerazione la natura del tessuto per determinare l'effetto che il nostro trattamento è probabile che produca su di esso; dobbiamo considerare il meccanismo pel quale gli elementi nervosi sono disturbati, per determinare fin dove i cambiamenti che noi possiamo produrre nel tessuto specifico possono recar sollievo agli elementi nervosi stessi; ed, infine, è d'uopo studiare la natura dei cambiamenti di questi elementi nervosi, per determinare se è, o non è probabile che essi possano, se completamente liberati dall'influenza morbosa, ricuperare la loro funzione. Abbiamo visto che è colla rimozione del nuovo tessuto che è ancora nello stato iniziale, col ridurre il volume di esso che ne

esercitava la compressione, ed, infine, col frenare il processo puramente infiammatorio, che il nostro trattamento riesce efficace. Abbiamo visto ancora, che è quando la compressione è da un lato che la riduzione in massa del tessuto sifilitico ha il suo massimo effetto liberando il tessuto nervoso dall'influenza del processo sifilitico e che quando il tessuto neoformato fa pressione su di esso da ogni lato, la sua diminuzione in massa è più che contrabilanciata dalla retrazione del tessuto medesimo.

Poche parole ancora sembrami essere necessarie riguardo al terzo elemento, ai cambiamenti cioè degli elementi nervosi stessi. Nella pura infiammazione acuta, anche quando essa è dovuta a sifilide, questo è il solo punto che deve venir considerato. Nell' infiammazione sub-acuta e cronica la sua importanza è secondaria a quella degli altri due elementi riguardanti il tessuto neoformato, e che già or ora menzionammo.

Notate ancora una volta, che questi cambiamenti sono semplici e non specifici e che è solo da essi che i sintomi dipendono. Tali cambiamenti possono essere dati dalla semplice infiammazione, che ha luogo pure in una lesione che differisce moltissimo da ogni altro processo dovuto a sifilide, cioè dal rammollimento del cervello da lesione sifilitica delle arterie. La prognosi di questa affezione noi largamente considerammo nella passata conferenza, e non è d'uopo che ancora ve ne intrattenga. Tranne che in questo processo di necrosi, e nella veramente rara infiammazione acuta semplice, io credo che voi non troverete esempi certi di cambiamenti degli elementi nervosi in processi specifici senza produzione di nuovo tessuto. Secondariamente noi abbiamo gli effetti di compressione già accennati. Una semplice compressione laterale arresta prontamente la funzione, ma sembra che ciò avvenga per la produzione di alterazioni negli elementi nervosi, che possono essere guarite in estensione più grande di quanto è possibile in ogni altra forma di lesione. Quando il cilindrase persiste o no, le fibre sembra che possano rigenerare anche dopo che essi sono stati esposti ad una tale pressione per mesi. Finalmente nel disturbo cagionato dalla cosiddetta « infiammazione iperplastica » sembra che vi sia tanto la compressione prodotta del tessuto neoformato, quanto le alterazioni che risultano dall' infiammazione stessa e che abbiamo già considerato. La retrazione del tessuto che circonda gli elementi mantiene la compressione, originariamente cagionata dalla sua massa; quindi questo fatto, ed ancora la persistenza delle alterazioni infiammatorie del tessuto nervoso, fanno sì che gli effetti di una tale infiammazione iperplastica persistano lungo tempo dopo che l'attività del processo infiammatorio stesso sia finito, ed anche lungo tempo dopo che il trattamento ha cessato di esercitare ogni influenza sul processo morboso.

Eccetto che per un altro punto, io potrei contentarmi di avervi ac-

cennato in linee schematiche i principii generali della prognosi. Il tempo mi manca per dimostrarvi il loro uso, ma posso brevemente accennare il carattere generale dell' effetto che queste considerazioni hanno sulla prognosi in particolare delle principali classi di lesione. In seguito io farò menzione dell' unico punto sul quale mi rimane da richiamare la vostra attenzione, sulla modificazione che la prognosi subisce a cagione dell'*irritazione* che talune lesioni producono.

L'influenza pratica di questi fatti sulle principali lesioni è la seguente: le neoformazioni sifilitiche (gomme) possono essere rimosse più completamente di ogni altra lesione, e quando la loro influenza è esercitata per una semplice compressione laterale, il disturbo che ne risulta alla tessitura nervosa è ovviato nel grado il più completo. Laonde in tali casi la prognosi è buona, a meno che la durata del disturbo non sia veramente lungo, ovvero di grado intensissimo. Quando la neoplasia si infiltra allora il problema diviene simile a quello davanti al quale ci troviamo nelle altre infiammazioni.

In tutte le forme di meningite la prognosi è buona, eccezion fatta per quello che si riferisce al disturbo dei nervi e delle radici nervose, che sono circondate dal tessuto neoformato, ed ancora relativamente al disturbo del midollo spinale, quando la dura madre è grandemente ispessita. In tutti questi casi gli effetti ed i sintomi comunemente diminuiscono dal momento in cui comincia la retrazione del tessuto. Gli effetti del disturbo infiammatorio, e della compressione precoce diminuiscono, ma un residuo di essi rimane in moltissimi casi ed in taluni si ha poi aumentato e sebbene un ulteriore miglioramento avvenga allora dopo qualche tempo, taluni effetti però rimangono permanenti. Quando vi è ragione a sospettare un' infiammazione dei nervi cranici, (nevrite sifilitica) la prognosi è principalmente influenzata dalla durata del processo morboso. Se i prodotti infiammatorii sono in tale stadio da poter venire rimossi, la prognosi è buona ed i nervi riacquistano il loro potere di conducibilità. Se però vi è ragione a sospettare una trasformazione cicatriziale del tessuto neoformato in tessuto fibroso, non è facile che il grado di miglioramento sia sufficiente da permettere la intera scomparsa dei sintomi più gravi. Lo stesso si ha pure nelle neoplasie che s'infiltrano. In una vera infiammazione acuta precocemente curata ed arrestata, la prognosi è la stessa di quella di simili infiammazioni che non sono specifiche. La scomparsa o la persistenza dei sintomi dipende dalla scomparsa o dalla persistenza delle lesioni degli elementi nervosi, che sono prodotte da una intensa infiammazione e quindi sono semplici e non specifiche.

Il punto che io ho lasciato in ultimo è la prognosi dei sintomi di *irritazione* che formano sì larga parte delle manifestazioni di molte lesioni. L'irritazione può avvenire sulle fibre nervose, cagionando dolore, ovvero sulle zone motrici della corteccia del cervello, cagionando



convulsioni. L'irritazione delle fibre nervose è dovuta all'influenza della infiammazione in primo luogo, e poi all'influenza della compressione residuale di cui parlai, ed essa ha un corso analogo agli altri effetti di questa compressione: non è d'uopo quindi che ce ne intratteniamo. Ma l'irritazione della corteccia, che si manifesta con convulsioni, è di grande importanza relativamente al problema della prognosi, ed abbisogna di speciali considerazioni in ogni caso in cui la sua azione può essere seguita. Le convulsioni sono spesso prodotte da una lesione sifilitica della superficie del cervello; esse possono persistere anche dopo che col trattamento si è fatto tutto il possibile per rimuovere la lesione. Tali convulsioni sono di solito addebitate ad una cicatrice sulla superficie del cervello: comunemente cominciano localizzate, e si rinviene di solito una cicatrice nel punto in cui l'incominciamento locale della convulsione indicava cominciare l'« esplosione ».

Però convulsioni generali (sempre generali nell'inizio) possono essere le successioni morbose, che dai sintomi sembravano esser dovute ad una meningite generale diffusa. La teoria che è generalmente adottata, che cioè una cicatrice cagioni tali sintomi per una persistente irritazione può essere giusta; ma non è facile comprendere una irritazione continua per un processo cicatriziale stazionario, a meno che non vi siano tali adesioni con le ossa da generare un continuo e ripetuto disturbo meccanico. I fatti sono egualmente spiegabili dall'asserto, che sembra a me molto più probabile, che lo scoppio cioè delle convulsioni origini dalle cellule nervose, e che tale tendenza alle convulsioni sia poi resa continua dalla residua influenza degli accessi medesimi. Questo modo di vedere si accorda perfettamente coll'effetto della escisione di una cicatrice, che arresta gli accessi, giacchè trattandosi di una cicatrice la rimozione delle più vicine ed instabili cellule può difficilmente evitarsi. Qualunque sia la causa, l'effetto però è certo ed importante, sebbene tali sintomi talvolta possano persistere per lungo tempo dopo tutti gli altri sintomi di una lesione corticale, ed anche proseguire sino ad avere in effetto ma non in origine, una varietà di epilessia. Questi accessi persistenti non sono in modo assoluto influenzati da un trattamento antisifilitico; quindi il loro occorrere deve sempre avere un interesse speciale, ed è uopo che la vostra prognosi sia circondata da maggiori riguardi.

Uno sguardo generale sulla cura della sifilide, per quanto possiamo rilevare dall'osservazione di casi individuali, può difficilmente non far dedurre all'imparziale osservatore una importante conclusione. Non è facile di stabilire questa conclusione in un linguaggio che non dia luogo a cattiva interpretazione: nella forma più generale tale conclusione si è che la sifilide è una malattia incurabile. In una forma poi meno soggetta a cattive interpretazioni, e nei limiti dell'esatto e del giusto, è questa: non vi è una prova evidente che la malattia sia mai stata curata, la parola « malattia » essendo qui usata a designare la

cagione delle varie manifestazioni del morbo. Il giudizio si brevemente espresso che cioè « la sifilide è una malattia incurabile » è legittimato dal fatto, che la parola « incurabile » significa che non v'è prova di cura. Io non emetto questa opinione coll'idea della novità; infatti in diversi punti di queste conferenze, esprimo delle opinioni che sono accettate da molti altri, talune delle quali sono state già bene accertate e tutte senza dubbio più di una volta manifestate. Mi duole che non mi sia stato possibile di constatare fin dove queste ed altre opinioni siano state spinte; e però io credo giusto per gli altri e bene per me di pregarvi a non voler riguardare alcuna cosa in queste conferenze che abbia la pretesa dell'originalità. Come io dissi in principio, il mio desiderio è di rendere più definite le conoscenze che già esistono e non di portarne delle nuove. Nei libri sulla sifilide che si leggono comunemente, il fatto dell'incurabilità è nettamente ammesso, sebbene questo non è poi compatibile col linguaggio qua e là usato. Il fatto però, non è certamente accettato in professione sì largamente in maniera che mi sembri di essere convalidato dai fatti. Egli è, io credo, importantissimo per ragioni pratiche che venga ben compreso, per quanto i fatti presenti lo permettano che nessun trattamento (qualunque sia la speranza che noi possiamo avere nel futuro) porterà a tal punto la malattia che il paziente non soffra più oltre per uno dei suoi effetti diretti. In questo senso, ed è il più giusto, l'asserzione mi sembra non dar luogo a questioni. Pure il fatto è veramente degno di nota: è strano che questo debba essere vero per una malattia, i cui effetti sono in modo assai largo sotto il nostro controllo. Noi possiamo, in circostanze favorevoli, rimuovere moltissime e vere lesioni specifiche, possiamo troncare moltissimi e veri processi specifici, ma l'arrestare o il rimuovere le manifestazioni della malattia è cosa assai differente che il curarla.

Noi possiamo invero, fare poco più che rimuovere le manifestazioni e gli effetti della malattia; possiamo diminuire l'attività del virus, qualunque esso sia, che cagiona la manifestazione e l'effetto. Ma allorché parliamo della *cura* di una malattia, noi intendiamo che il suo elemento essenziale, il virus, che si nasconde dietro a tutti i suoi sintomi ed alle sue conseguenze, quello che è la causa persistente sotto gli effetti transitorii, intendiamo che *questo* più non esista, che sia finito una volta, e per sempre come agente morbigeno, in modo che esso giammai ritorni a disturbare l'organismo. In questo senso credo che sia letteralmente corretto il dire, che noi non abbiamo nessuna prova che la sifilide sia o sia mai stata curata.

Io posso appena dubitare che un giudizio così assoluto sembrerà, anche a taluni di voi questa sera, non giustificato e persino sbagliato. Taluno di voi può richiamare alla mente dei casi che lo contraddicano, casi in cui un paziente soffriva dei sintomi della malattia e che, in seguito, fu libero da ogni manifestazione di essa. Tali casi occorrono; essi

possono essere numerosi. Di gran lunga più frequenti, però, nell'esperienza di moltissimi osservatori, sono i casi nei quali l'immunità che segue al trattamento terapeutico non è permanente, nei quali altri sintomi riappariscono in un ulteriore periodo. In pochissimi casi soltanto riguardati come « curati », l'infermo è stato tenuto sotto osservazione un tempo bastevole per giustificare la positiva conclusione che la malattia era finita.

Questo fatto è stato soprattutto nettamente riconosciuto nell'ammirevole opera di HILL e COOPER. Sono abbastanza comuni i casi nei quali la speranza della guarigione, prodotta da molti anni di perfetta libertà dalla malattia, fu poi, in ultimo, resa vana. Degli infermi con lesioni sifilitiche tardive che vengono sotto l'osservazione del medico, molti, anzi moltissimi, sono stati sottoposti ad un trattamento terapeutico sin dalla comparsa dei primi sintomi. È difficile, e per me impossibile, di comparare la storia dei vari infermi per lesioni sifilitiche, e di fare un parallelo tra il decorso della malattia, in casi in cui il trattamento fu impiegato assai presto e lungamente, e quello dei casi nei quali esso mai venne attuato, ed è ugualmente difficile che non sorga spontaneo il dubbio se una cura, anche precoce, abbia dimostrato di avere un'influenza apprezzabile nel prevenire i sintomi tardivi dell'infezione. Ma se così è, come dobbiamo d'altro canto spiegare i casi nei quali la malattia sembrò di aver cessato d'influenzare l'organismo dopo il periodo di cura, ovvero quelli in cui essa veramente cessò, per quanto lontanamente almeno la nostra osservazione si potè estendere?

Io ho di già accennato alla spiegazione che mi sembra essere la vera. Vedemmo, nella prima conferenza, che se noi mettiamo a confronto una serie di casi, ne incontriamo molti ne quali l'affezione primaria non fu punto curata e che tuttavia i sintomi tardivi furono assai lievi. Vi è fortissima ragione a credere che molti altri casi, eziandio, occorrano in cui sintomi tardivi mancano interamente. Taluni fatti che hanno un valore istruttivo in proposito, vengono alla luce dalle anamnesi d'infermi giacenti negli ospedali, o esterni, spesso sofferenti per malattie che non hanno relazioni colla sifilide. Non accade di rado incontrare ammalati che hanno, senza dubbio, avuto sifilide primaria e lievi sintomi della secondaria, ma che, però, passarono totalmente inosservati o poco, o che non sarebbero stati mai curati, se non avessero avuto ulteriori manifestazioni.

Io ho accennato alla casistica fornitami dal dott. RADCLIFFE CROCKER, e che spero vorrà ancora arricchire e pubblicare, essendo di essa grandissima importanza. In essa si hanno molti casi ne quali eruzioni sifilitiche alla pelle, tardive ed importanti, occorsero senza riconosciute preve manifestazioni della malattia, ed ancora molti altri nei quali la lesione primaria non è stata notata dall'infermo e che mai fu con certezza cu-

rata. Come dissi, ve ne debbono essere ancora di più in cui lo stadio iniziale della malattia fu in tal guisa latente e in cui mancò ogni trattamento, che passarono inosservati non semplicemente sei o dieci anni, senza che alcun segno rendesse manifesta la malattia, ma che giammai osservarono, per tutta la loro vita, alcuna manifestazione che li rendesse consapevoli della sofferta infezione.

Considerate ancora l'altra categoria di casi che io menzionai cioè l'immunità delle madri di bambini sifilitici. Esse sono certamente sifilitiche e, tuttavia, molte giammai furono curate, nè giammai soffrirono. Io credo che le variazioni nel decorso generale della malattia, in quelle che sono state curate, trova un parallelo nel decorso dei casi in cui nessun trattamento venne impiegato; ed opino che se un esteso numero di casi di ciascuna categoria potesse essere comparato, la discrepanza tra le due serie verrebbe a trovarsi essere sorprendentemente piccola e non sarebbe difficile rinvenire in ciascuna serie una proporzione di casi corrispondenti, in cui, da un lato, la malattia senza alcun trattamento fu breve e di poco interesse e, dall'altro, in cui essa, assoggettata ad un trattamento anti-sifilitico, fu prolungata e grave. Tutti i fatti, imparzialmente esaminati, mi sembrano avere un significato chiaro e non ingannevole per coloro che vogliono bene interpretarlo. Le grandissime variazioni nel naturale carattere e nel decorso della malattia non sono state sufficientemente considerate e giudicate da coloro, i quali sono sotto l'impressione che la cura della sifilide sia in nostro potere. Questa impressione è un'illusione prodotta da variazioni nel decorso dell'infezione. In taluni infermi, infatti, la malattia è breve; i sintomi che inducono l'ammalato a farsi curare possono essere dati solo da un'ultima influenza dell'azione del virus, ed allora la spontanea scomparsa del morbo viene addebitata al trattamento terapeutico impiegato.

In altri casi, la tendenza ad ulteriori manifestazioni, in un tempo futuro, vicino o lontano, può essere sì grande che, a dispetto di un trattamento il più energico, lungamente continuato, parecchie volte ripetuto, la malattia non cessa mai e sovente la vita del povero infermo finisce prima della malattia stessa. Io ho esposto in tal guisa questo concetto, onde accrescerne la verità essenziale; però, è giusto accennare certe considerazioni, quantunque esse non riguardino il fatto in sé stesso. La prima si è che, se noi non abbiamo alcuna prova sulla curabilità della sifilide, pure è possibile che talvolta possiamo avvicinarci assai ad essa e talvolta persino conseguirla.

Io dissi che talune manifestazioni sono probabilmente (in verità, potrei dire certamente) date dagli ultimi sforzi del virus nell'influenzare l'organismo; ora può darsi che in taluni altri casi, i sintomi che inducono l'infermo a farsi curare siano soltanto le penultime manifestazioni della malattia e che, quindi, talune ulteriori conseguenze, che occorrebbero senza trattamento anti-sifilitico, possono così essere allontanate.

Allora solo, noi arrestiamo la malattia interamente, ed in tal caso può dirsi di essere stata curata, sebbene però la cura sia limitata e non possa essere riguardata che semplicemente ipotetica. La seconda considerazione è piuttosto di parole e teorica anzi che di fatto. Vi sono alcuni, i quali ritengono che la durata della malattia sia molto più breve di quella delle sue manifestazioni, e che questi sintomi ulteriori sono conseguenze indirette o nel loro modo di prodursi, ovvero nel meccanismo da quella causa dalla quale esse sono cagionate. Il giudizio sulla curabilità della siflide, che mi son fatto, è indipendente, tanto dalle conoscenze patologiche, quanto da ogni teoria che possa venire accettata. Qualunque sia la vera patologia dei sintomi tardivi, dal punto di vista della medesima pratica, essi sono parte della malattia, e nessuna questione riguardo alla loro origine od alla loro connessione col virus può alterare il fatto che che la malattia stessa non sia, nel vero senso della parola, una di quelle che possa venir curata. Le teorie riguardo all'origine delle lesioni ed alla natura essenziale del morbo nei differenti periodi, non ha influenza, mi sembra, sui problemi d'indole pratica sui quali noi dobbiamo ora fissare la nostra attenzione, sebbene, d'altro canto, possa darsi però che queste questioni pratiche abbiano a dare un'importante valore ed aiuto alle teorie stesse.

Benchè il decorso della siflide in relazione con il trattamento giustifichi il dubbio che essa mai venga curata, tranne che in questo senso ristretto e parziale, sorge la questione se la rimozione delle lesioni, e la repressione dell'attività degli elementi essenziali della malattia, abbia un'influenza sul decorso della medesima. È difficile qui di resistere alle seducenti attrazioni della teoria e delle analogie; ma alla questione si può solo rispondere coi fatti, e noi non dobbiamo cercare un'altra via.

La conclusione che l'elemento essenziale della siflide resiste al trattamento e che segue il suo decorso senza venire influenzato dai nostri sforzi, è in armonia con quello che noi conosciamo di altre malattie specifiche dovute ad un veleno introdotto nell'organismo e comunicabile da una persona ad un'altra. Non vi è alcun fatto che dimostri che una sola malattia di simil genere possa essere prontamente arrestata. Il decorso dei morbi esantematici acuti non può essere arrestato dai mezzi di cui disponiamo ad ogni stadio del loro decorso, e lo stesso sembrami esser vero di questa malattia esantematica cronica. Questo fatto è eminentemente vero, eziandio, per quella malattia che sta forse, a preferenza di ogni altra delle malattie note, più vicina alla siflide, cioè a dire della lepra.

Ecco qui un altro barlume della strana dualità della malattia; sebbene la parola « strana » sia appena esatta. Nella siflide noi, probabilmente, vediamo solo quello che esiste in ogni malattia di simil natura; ma in moltissime altre, per una larga estensione, questo sfugge alla nostra conoscenza. Quale elemento la cura influenza in

si rimarchevole guisa? Quale è quello che, a dispetto di essa, resta per assumere, di tempo in tempo, una nuova attività e cagionare altre manifestazioni? Noi diciamo, in termini generali, che la cura rimuove gli effetti della malattia, le lesioni locali che essa produce. Oltre a questo, essa sembra capace a reprimere, ed anche a sopprimere l'attività della *materia morbi*. Sentite questo solo fatto, che troverete esposto con cura nell'opera di HILL e di COOPER: Una donna sifilitica, la quale darebbe con certezza alla luce un bambino ammalato e forse morto, può, mediante la cura, concepire un bambino che, al momento della nascita, non mostri alcuna traccia di sifilide; pure, una tale influenza sul processo morboso della madre non la mette al sicuro che la malattia non abbia nuovamente a manifestarsi. Dal punto di vista delle ipotesi, noi potremmo pensare che i nostri farmaci distruggono i microrganismi sviluppatasi ed in via di sviluppo, ma che non ne influenzano le loro spore. Ma molto resta oscuro, ancora quando questa o un'altra ipotesi, che noi possiamo immaginare, rendano al massimo più chiare le nostre vedute, ed è giocoforza aspettare, forse lungo tempo, prima che noi possiamo comprendere la vera ragione del perchè possiamo far tanto, e non di più.

Il trattamento generale delle lesioni sifilitiche non entra nei limiti che io mi sono posto in queste conferenze, ed anche se il tempo mi permettesse di fare un'eccezione, avuto riguardo all'importanza dell'argomento, tuttavia esiterei di intrattenervi su quanto ad ogni studente viene insegnato. I pochi minuti che mi restano, io li avrò meglio impiegati richiamando l'attenzione su certi punti sui quali è d'uopo avere una base più solida di fatti, di quella che presentemente possediamo.

Una questione, sulla quale vi è differenza di opinioni, riguarda il potere relativo del mercurio e dell'ioduro di potassio. Questa differenza di opinioni in ultima analisi si riduce nell'abitudine di taluni medici, nel dare soltanto l'ioduro di potassio nelle lesioni tardive, e nel ritenere altri che il mercurio solo sia efficace, avendo l'ioduro semplicemente il potere di rendere proficua quella porzione di mercurio che può essere rimasta depositata e ritenuta inerte nei varii tessuti. Il solo punto importante è quindi l'influenza dell'ioduro. Io debbo su questo argomento schierarmi colla maggioranza dei medici, perciocchè, avendo visto molte delle vere lesioni specifiche del sistema nervoso, non posso non apprezzare l'influenza potente che l'ioduro ha sulla maggioranza di esse. I sintomi di una gomma, per esempio, diminuiscono e scompaiono sotto l'influenza dell'ioduro di potassio sì celermente e sì completamente da sembrare, *a priori*, esser possibile la loro scomparsa con qualunque altro agente terapeutico. Io inclino a credere, che quando una lesione è distintamente influenzata dall'un farmaco o dall'altro, se questo è dato senza riserba, l'effetto dell'uno è sì notevole quanto quello dell'altro; ed in moltissime circostanze io dubito se sia necessario di

far seguire al ioduro una cura di mercurio. Ma questa è solamente un'impressione. Il medico non può, dai suoi casi, acquistare una *convincione* che sia realmente degna di fede. Noi abbiamo bisogno di più dettagliate osservazioni da parte di coloro sotto la cui osservazione la cura delle lesioni della pelle o di altre parti può essere attentamente *seguita*; abbiamo bisogno altresì delle osservazioni, superflue per loro, ma importantissime per noi, riguardo all'effetto relativo dei differenti metodi di cura, ed il tempo necessario per la completa rimozione dei processi specifici. Ed è necessario, in tali osservazioni, una accurata distinzione, fin dove è possibile, tra l'effetto reale del farmaco ed i cambiamenti che ne risultano dallo stesso effetto, ma bisogna del tempo perchè completamente avvengano. È assai facile per i medici di confondere l'effetto remoto della cura, il lento miglioramento dei sintomi che ha luogo per un tempo considerevole, dopo che la lesione sifilitica è stata rimossa, colla lenta scomparsa di questa lesione.

Nello stesso tempo è d'uopo farci la domanda, se vi siano lesioni sifilitiche tardive sulle quali l'ioduro di potassio non ha alcuna influenza, e che invece migliorano sotto l'influenza del mercurio. Alcuni anni addietro questa questione mi si sollevò a proposito del caso di una donna, la quale presentava una massa dura profondamente situata nella regione triangolare posteriore del collo, comprimente le sottostanti radici nervose, che costituiscono il plesso brachiale, e cagionante paralisi dei muscoli dell'avambraccio e della mano. Quest'inferma presentava segni manifesti di sifilide costituzionale, non esclusa la perdita di quasi tutto il palato molle, che era stato distrutto parecchi anni prima da ulcerazioni.

L'ioduro di potassio fu somministrato in larghe dosi per circa sei settimane, ma senza il menomo miglioramento nel volume del tumore. Forse durante i susseguenti due mesi esso non aumentò di volume, ma certamente non diminuì, come non diminuirono nemmeno i dolori che esso cagionava per la compressione sulle radici nervose. Fu allora, che fu somministrato il mercurio, e tosto che l'organismo cominciò a risentirne la sua influenza, il tumore cominciò a diminuire di volume, il dolore cessò ed in poche settimane il collo era ritornato allo stato normale. La lesione di cui si trattava era, senza dubbio, una peradenite cronica di natura sifilitica, comune in questa regione. All'infuori di una sola possibile sorgente di errore (che più tardi verrà menzionata), questo caso sembra essere una prova concludente della possibilità di questa differenza di lesioni sifilitiche tardive.

Io mi sono incontrato in casi di lesione intracranica, nei quali vi era la ragione di credere che il mercurio riusciva efficace, mentre l'ioduro no. Nei casi di gomme ho constatato, di regola, l'effetto dell'ioduro assai soddisfacente per quanto era possibile, avendosi l'intera scomparsa dei sintomi, eccezione fatta di quei casi nei quali una tale completa scomparsa non avrebbe potuto aspettarsi. Un'infiammazione sifilitica è,

io credo, meglio curata dal mercurio, poichè questo ha un'influenza di gran lunga maggiore sui processi infiammatorii dell'ioduro di potassio, indipendentemente dalla loro natura e dalla loro causa, ma io non posso dire che questa opinione si basi su osservazioni prive di sorgenti di errori.

Relativamente ai metodi di somministrazione del mercurio, nulla ho da dire. L'antico metodo delle unzioni mi sembra che assoggetti l'infermo all'influenza del farmaco più presto, per quanto è possibile nei limiti del giusto, e con una certezza, senza dubbio, maggiore che colla somministrazione per bocca. Io ho cessato dall'adoperare il metodo ipodermico, perchè le esperienze pubblicate mi sembrava che non arrecassero una prova soddisfacente di superiorità, essendo privo dell'elemento di paragone, essenziale per una tale disanima, ed inoltre perchè questo metodo mi pare offra l'opportunità a manifestazioni psichiche non libere da rischio, e tutt'altro che desiderabili. Ma io non vorrei, per un momento, annunciar l'idea che una tale influenza psichica sia stata una delle ragioni per cui altri hanno usato questo metodo.

Vi sono due punti, nel trattamento delle lesioni sifilitiche del sistema nervoso, sui quali credo necessaria una parola di cauto ammonimento. Il primo riguarda la somministrazione prolungata dei farmaci antisifilitici, specialmente dell'ioduro di potassio. Per « prolungata » io intendo dire eccedente da sei a dieci settimane. Io credo che forti dosi prolungate per tanto tempo siano bastevoli ad ottenere tutto quello che può guadagnarsi nella rimozione dei processi sifilitici. Ma qui, come poc'anzi dissi, noi abbisogniamo di fatti (numerosi ed accuratamente osservati) che ci guidino nella nostra conclusione. Io non dico, che i sintomi debbano scomparire: deve rammentarsi che essi sono dovuti alle lesioni che non sono sifilitiche, ma che sono secondarie all'influenza del processo sifilitico sugli elementi nervosi, e che sono tanto indipendenti nel loro decorso che possono persistere lungo tempo dopo che la lesione specifica è finita. Laonde il fatto, che i sintomi non sono ancora cessati, non vuol dire che la lesione specifica non sia interamente rimossa. Qui, adunque, io mi schiero colla minoranza (una minoranza però che va rapidamente crescendo, specialmente in Germania), con quelli cioè che ritengono che un trattamento, molto a lungo continuato con piccole dosi di mercurio o di ioduro, è un errore grande e pericoloso; con coloro cioè che ritengono che la cura di ogni lesione veramente specifica debba essere energica, ma essa dovrebbe soltanto continuarsi un po' di più del tempo che è necessario per rimuovere la lesione, ripetuta « forse » dopo un intervallo impiegato o da un trattamento tonico, ovvero dall'uno dei due principali farmaci (cioè dell'ioduro o del mercurio). Se l'ioduro viene somministrato, come spesso, per molti mesi (e spesso per anni), vi è il pericolo che l'organismo ed i tessuti del paziente divengano, in tal guisa, abituati alla sua presenza e che il farmaco non sia più a

lungo capace a tenere in freno il processo sifilitico. Forse noi potremmo ancora influenzare la lesione coll'accrescere la dose, ma questo procedimento deve avere dei limiti in pratica, se non in teoria. La somministrazione del farmaco, si a lungo prolungata e in dosi si elevate, può arrecare grave danno alla salute dell'infermo, venendo meno, anche allora, l'effetto desiderato. Se il veleno è un virus organizzato, noi potremmo, *a priori*, aspettarci questo risultato. Per mezzo di una lunga e graduale alterazione nelle condizioni circostanti, gli organismi inferiori, come DALLINGER ha dimostrato colle sue importanti esperienze, possono abituarsi a resistere a quelle influenze, che sarebbero state in principio a loro fatali. Coll'aumentare lentamente la temperatura, essi non solo continueranno a vivere, ma cresceranno rigogliosi ad un grado di calore, che li avrebbe uccisi in pochi minuti, se così non vi si fossero di già acclimatati. Ancora la questione non è di quelle in cui possiamo essere guidati dalla teoria e molto meno da un'analogia possibilmente lontana. Vi è, però, un pericolo positivo in questo metodo, ed è specialmente grande per la pratica alla quale io accennai in principio della conferenza, quello cioè di un abuso ripetuto di energici trattamenti per rimuovere alcuni sintomi residuali che non possono essere rimossi, perchè non dipendono da un residuale processo specifico. Il criterio dell'esperienza solo può mostrare quanto sia *grande* questo pericolo, ma nello stesso tempo, il fatto non ha bisogno, per sua conferma, della prova di numerose esperienze ed osservazioni. Un solo esempio, assai chiaro, sarà sufficiente per dargli fondamento, e qualunque numero di esempi negativi non varrà a distruggerlo. Sappiamo come sia vago il decorso della siflide e quanto grandi debbano essere le variazioni del virus nell'organismo. In un caso se l'energia dell'infezione è dominata, essa resta per un lungo tempo tranquilla, mentre in un altro la tendenza a nuovamente svilupparsi si manifesta subito. Quindi può avvenire che una serie di casi meni ad un'ingannevole fidanza nell'azione della cura, che è, tuttavia, talvolta piena di pericolo.

Il seguente esempio prova chiaramente come il pericolo non sia immaginario. Molti anni addietro un uomo venne da me per esser curato, presentando i sintomi di una meningite cronica localizzata nella vicinanza del ponte di VAROLIO; furono somministrati dieci grani di ioduro di potassio ed i sintomi rapidamente diminuirono. Alcuni di essi, però assai lievi, rimasero, per cui fu continuato l'ioduro di potassio che egli prese regolarmente per circa quattro mesi. A capo di quel tempo si svilupparono alcuni sintomi cerebrali oscuri, la cui natura sifilitica veniva messa in dubbio, perchè essi si erano sviluppati malgrado l'uso del ioduro di potassio. L'infermo venne ammesso all'ospedale, si continuò e si crebbe lentamente la dose dell'ioduro, ma i sintomi rapidamente decorsero, si aggiunsero sintomi spinali, ed in poche settimane moriva.

*Post mortem* si rinvennero i postumi di una meningite sifilitica localizzata alla base, come era stata diagnosticata, ed inoltre una gomma sifilitica in un emisfero cerebrale, ed un'altra nel midollo spinale. Qui adunque, noi avemmo nettamente un nuovo sviluppo di quelle lesioni sifilitiche sulle quali l'ioduro ha moltissima influenza, sebbene esso fosse stato già somministrato in quel tempo al paziente, come lo fu di già lungo tempo prima. Io ho visti simili esempi, tanto coll'ioduro, quanto col mercurio, ma questo caso mi impressionò talmente da escludere la necessità di nuove illustrazioni nella mia pratica, e non mi curo di addurre prove da me stesso non osservate. Specialmente però, nella sifilide precoce io mi sono convinto che il virus può riacquistare la sua attività durante la continuazione di una cura mercuriale blanda. Vi è una sorgente di possibile fallacia nel caso di sopra menzionato, in cui cioè l'ioduro non ebbe influenza sul processo sifilitico del collo. È possibile che l'infermo avesse già preso per un tempo lungo l'ioduro prima che si fosse affidato alla mia cura. Non vi è prova di ciò, ma siccome non si fecero delle investigazioni in proposito, deve restare il dubbio.

Io vorrei aggiungere soltanto un'altra osservazione. Se è vero che non possiamo curare la sifilide, è importantissimo considerare qual'è il miglior mezzo per tenerla in freno. È per questo che il fatto dell'incurabilità, se vero, è importantissimo. La falsa credenza della curabilità può sfortunatamente impedire a che si facciano degli sforzi per prevenirla. Se nessuna cura presente può impedire lo sviluppo futuro delle lesioni, è cosa savia, vengano o no, di far quel che si può per prevenirla. Io credo che l'uso talvolta raccomandato, che cioè ogni soggetto sifilitico, almeno per cinque anni dopo la manifestazione degli ultimi sintomi, debba assoggettarsi due volte all'anno ad un trattamento della durata di tre settimane, prendendo per quel tempo da venti a trenta grani di ioduro al giorno, sia buono.

Se questa pratica venisse adottata generalmente, non è ragionevole il supporre che le gravi lesioni della sifilide sarebbero di gran lunga più rare?

L'idea che i sintomi residuali siano necessariamente una prova di lesioni specifiche residuali, che possono venir rimosse col ripetersi del trattamento, già prima energicamente fatto, non è soltanto priva di fondamento, ma, come dissi, è pericolosa. Io ho alluso di già con quanta facilità si possa venire ad una falsa conclusione. Il pericolo dipende dalla tendenza che ho ripetute volte menzionato, e che debbo nuovamente avvertirlo dal suo lato terapeutico, dalla tendenza cioè che hanno, così frequentemente, alle lesioni degenerative del sistema nervoso gl'individui che hanno avuto la sifilide. Il pericolo è considerevole tanto per coloro che hanno avuto vere lesioni sifilitiche, quanto per gli altri. Queste degenerazioni, come abbiamo visto, non sono dominate da un trattamento specifico, e vi è qualche ragione per pensare che esse non di rado siano

accelerate nel loro decorso da una tale cura, specialmente quando essa esercita un'influenza depressiva sulla salute generale. Io ho veduto molti esempi di questo genere, specialmente per un trattamento mercuriale energico, e, nella maggioranza dei casi, il male è stato prodotto dalla ripetizione della cura mercuriale, nella speranza di rimuovere i sintomi, che non furono e non potevano essere rimossi dalla medesima.

Vi è un altro elemento importante nel trattamento delle lesioni del sistema nervoso prodotte dall'infezione celtica e che è spesso trascurato. Noi abbiamo da fare con un processo sifilitico, e con il disturbo che esso produce sui tessuti nervosi. Vi sono adunque tre elementi nell'affezione: il processo specifico, il disturbo della tessitura nervosa prodotto dallo stesso, ed i sintomi che ad esso sono dovuti. È importante riconoscere ciascuno di questi elementi e considerare, nel prescrivere la cura, fin dove i due elementi patologici possano esser soggetti a speciale trattamento. Nel prescrivere la cura delle lesioni sifilitiche non dobbiamo giammai dimenticare, più di quanto è necessario tener presente nella diagnosi e nella prognosi, dei semplici cambiamenti, cioè, del tessuto nervoso dai quali soltanto i sintomi dipendono.

Per limitare la nostra attenzione all'elemento sifilitico, nella cura si debbono trascurare quelle misure che possono portare una differenza apprezzabile nell'esito finale della cura. Nel miglioramento, che segue alla scomparsa del processo sifilitico, noi non possiamo comunemente discernere quello che può esser dovuto alle misure collaterali. L'errore principale della moderna terapia è, mi sembra, di richiedere una prova dove essa non può venir data, ed altresì la tendenza di rigettare quel metodo di cura, la cui azione non è chiara, quando la mancanza di una tale prova non è sovente ragione abbastanza valevole, perchè se ne inferisca la mancanza di beneficio della medesima. In ogni caso tutti i mezzi dovrebbero essere impiegati, mezzi che sono suggeriti dalle manifestazioni del processo morboso e della nota azione degli agenti terapeutici, nella speranza che essi non siano interamente senza influenza nell'apportare un benefico effetto sull'esito finale della cura e dobbiamo contentarci se possiamo solo qua e là seguire distintamente questa loro benefica azione.

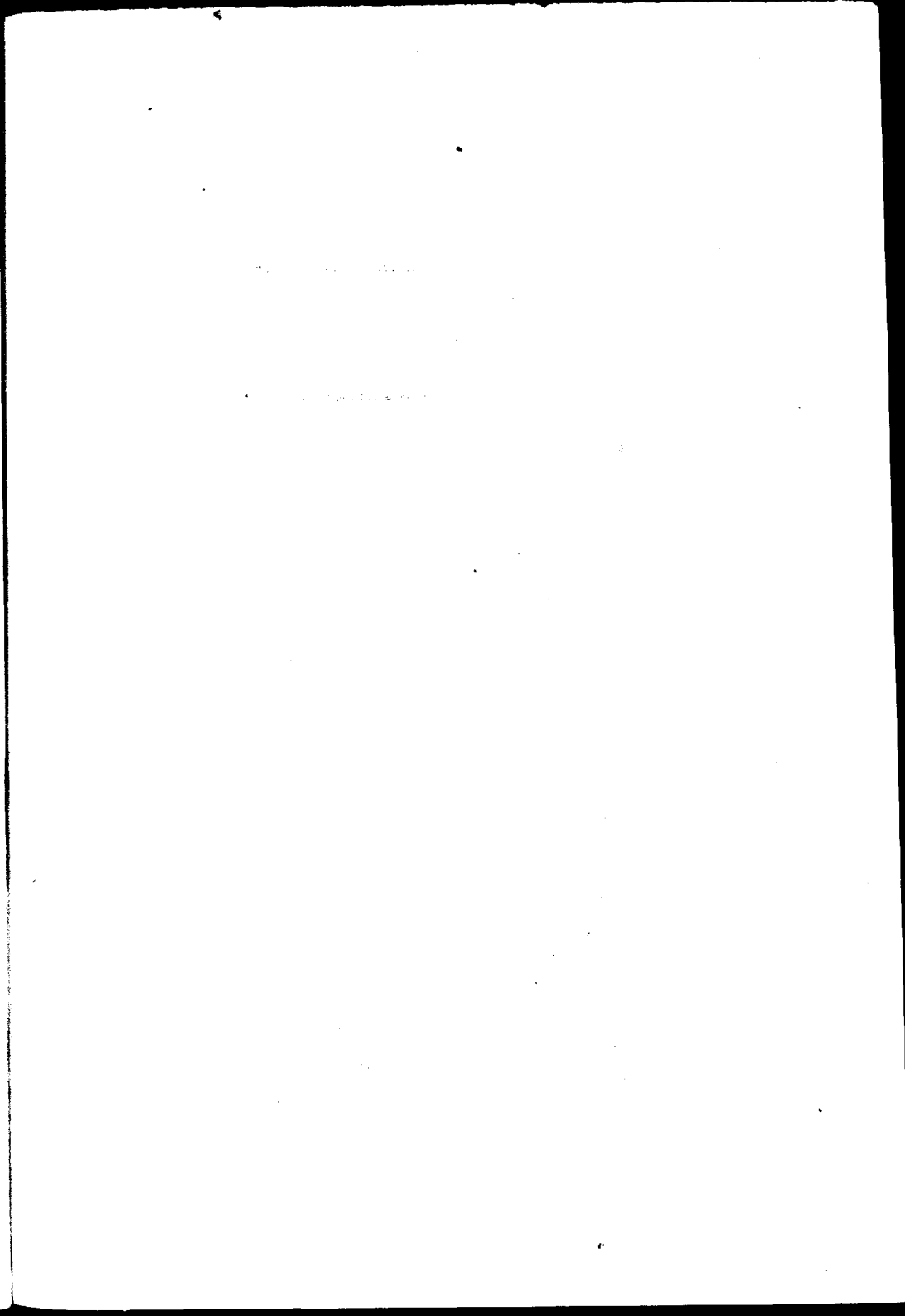
E qui pongo fine. Come per me, se io in certo qual modo avrò ottenuto lo scopo che mi ero prefisso, per voi eziandio, il soggetto non può che acquistare maggior importanza quanto più viene studiato; le sue vaste proporzioni sembrano apparire ancora più grandi attraverso le nebbie che ne oscurano i suoi caratteri e che impediscono la netta osservazione del suo contorno, ancora per noi non limitato. Per coloro che hanno cercato di investigare il campo dell'influenza della sifilide sul sistema nervoso, ovvero per coloro i quali seguono e notano gli sforzi degli altri — che vedono, di quando in quando, talune nuove scoperte estendere le nostre conoscenze in direzioni prima interamente non so-

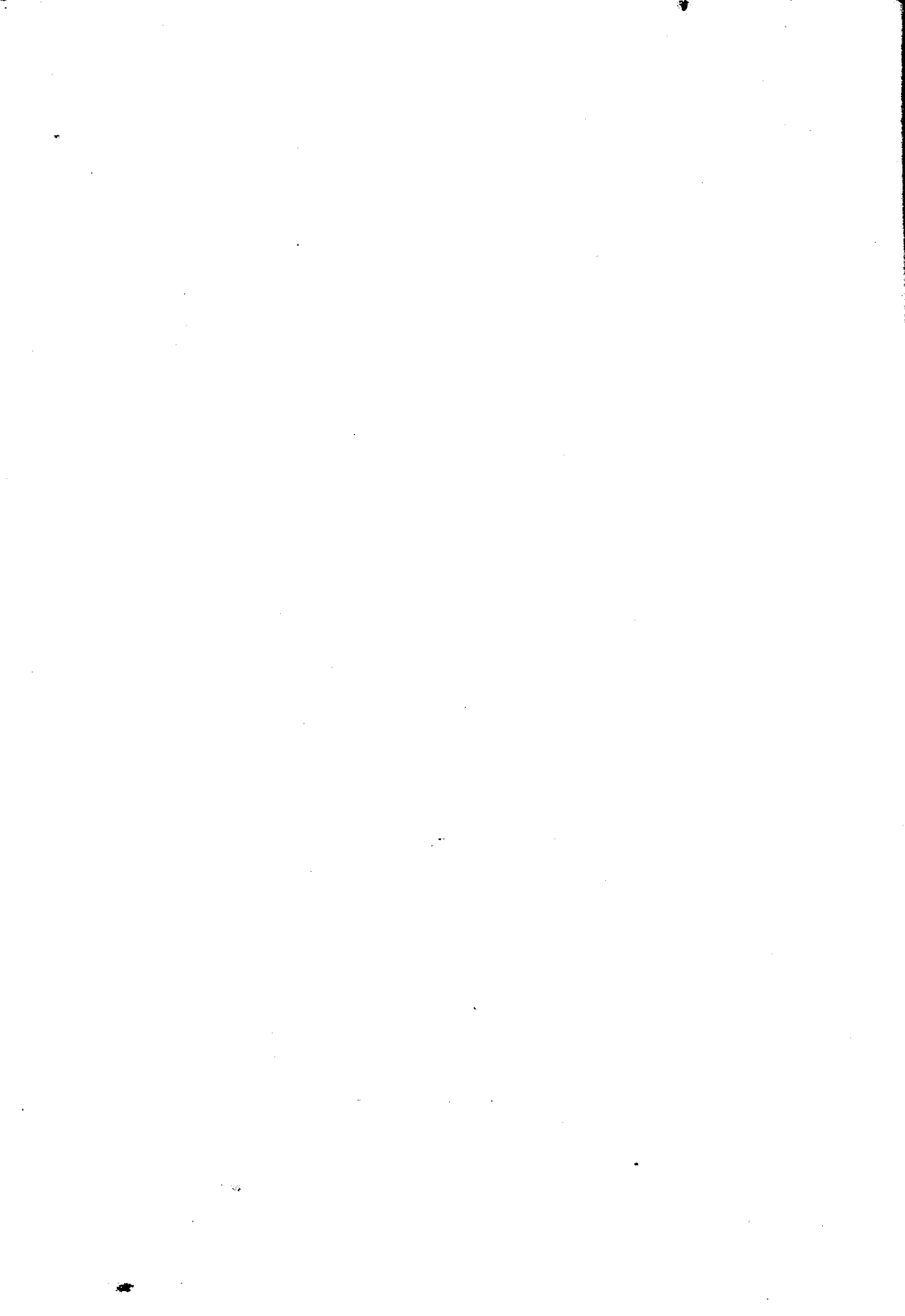
spettate, e che vedono coll'occhio della mente l'affezione di regione in regione — la malattia potrà sembrare come il « continente nero », per metà ancora non attraversato, ed in cui la parte conosciuta può perfino essere inferiore a quella sconosciuta. Ma il sistema nervoso è solo quella tra le tante parti dell'umano organismo in cui questa terribile malattia fa rovina, e può darsi che la maggiore frequenza e la maggiore influenza della malattia sia su di esso semplicemente apparente, che sia dovuta cioè alla facilità con cui queste delicate tessiture possono esser lese nella loro struttura e funzione, ed alla facilità con cui una tale lesione si rivela. È strano veramente il pensare come tutta questa sequela di processi morbosi — sì lunga, sì variata e spesso sì disastrosa — sia la conseguenza dell'ingresso nell'organismo umano di pochi organismi, appena visibili perfino con i più grandi mezzi d'ingrandimento, che l'ingegno umano abbia inventato. È strano eziandio, il pensare che questa malattia, da nessun'altra superata per la sua potenza di abbattere ogni umana felicità, la salute e la vita, è superata, in apparente terrore, soltanto da quelle i cui effetti sono più subitanei, sia ugualmente micidiale a cagione della nostra limitata potenza su di essa. Fate quelle deduzioni che volete per le forme miti o latenti della malattia, e sulla nostra potenza di reprimerle, il fatto però rimane che noi dobbiamo ancora trovare i mezzi per arrestarle ed io potrei aggiungere le misure efficaci per prevenirle. La filantropia, le cui vedute sono talvolta così ristrette da un malinteso sentimento, che cioè un aspetto solamente imperfetto dei mezzi impiegati debba riguardarsi, ha stabilito che il metodo principale fin'oggi suggerito per evitare il male non sia perfino sperimentato in buone condizioni e malgrado i molti benefici del suo uso parziale, ha stabilito che la malattia continuerà a cagionar rovina tanto sull'innocente, quanto sul colpevole. Un mezzo solamente ci resta, vecchio come la malattia stessa, e per mezzo del quale essa può essere ovviata. Un metodo, ed uno soltanto, è possibile, è sicuro, ed è aperto a tutti! Esso è la sicura profilassi resa tale da non violata temperanza. È dessa potenzialmente crescente? Se diamo uno sguardo retrospettivo sui secoli passati, vediamo, più che andiamo indietro, l'istinto sensuale sempre più dominante e come esso, invece, va chiaramente diminuendo mano mano che veniamo ai tempi presenti. Ma, quando ci guardiamo dintorno, possiamo concepire poca speranza, che la malattia sia così materialmente ridotta, a meno che o finché non vi sia negli uomini un cambiamento più potente ed efficace che quello prodotto dalla lenta evoluzione morale. Ma quello che, forse, non è possibile per la massa, può tuttavia esserlo individualmente, e, terminando, io debbo fare una domanda che avrei pur voluto tralasciare e che non avrei voluto mi fosse venuta alla mente. Facciamo noi tutto quanto è possibile — e la nostra professione ci dà potenza di farlo a preferenza di ogni altra —

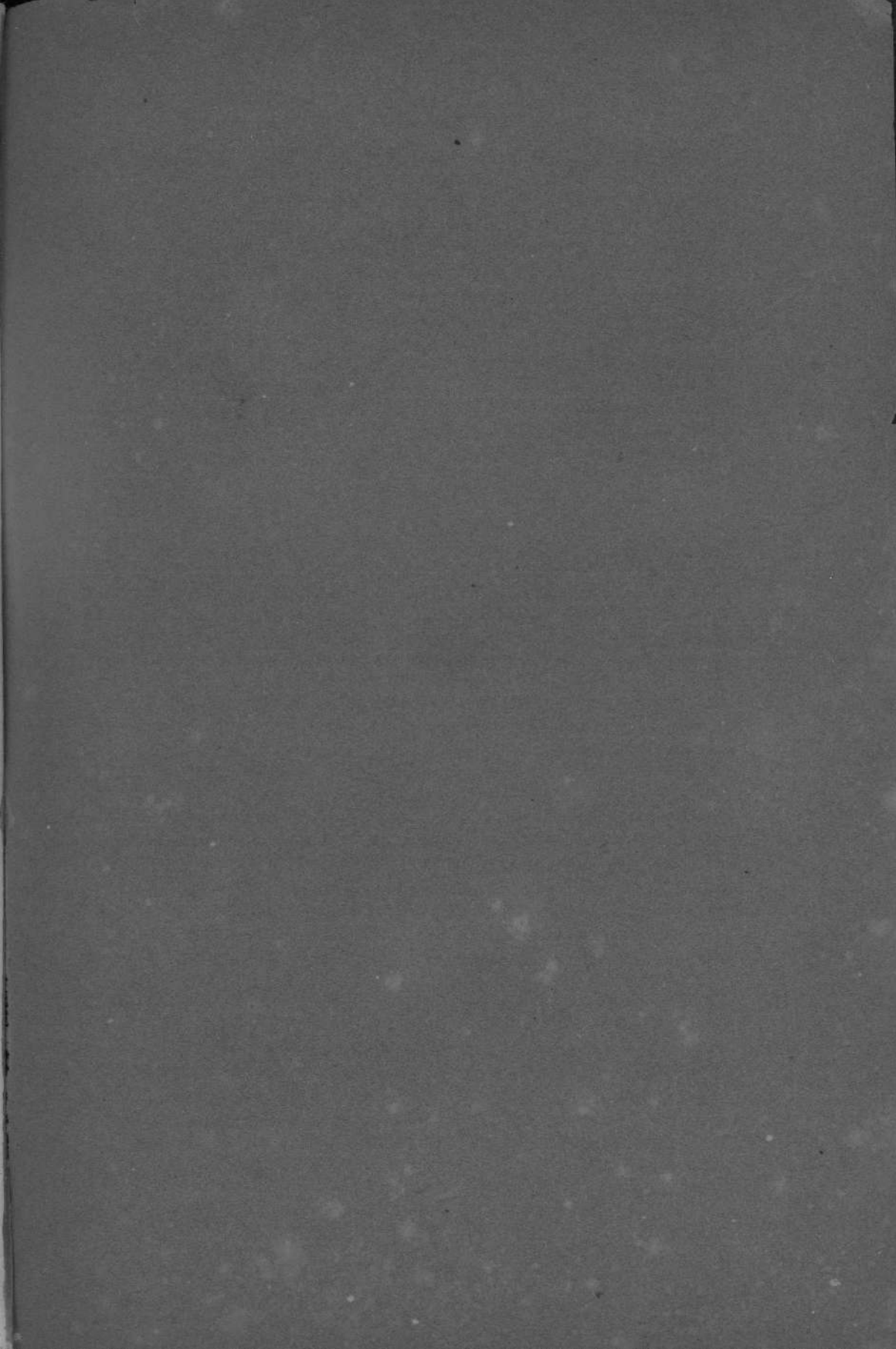
facciamo noi, dico, tutto quanto per promuovere quella perfetta temperanza che sola può salvare da questo male? Le opinioni, basate su di un terreno pseudo-fisiologico, che non ammettono o non permettono la castità, sono assolutamente false. Seguitele sino alla loro ultima base e vedrete come esse sono prive di fondamento. Esse riposano semplicemente su illusioni dei sensi, una delle molte illustrazioni di una massima che io debbo spesso formulare ai varii infermi, che cioè « nulla è più menzognero dei nostri proprii sensi » e direi piuttosto che tali opinioni riposano su false interpretazioni di questi ultimi, sempre favorite e spesso ponderate. Con tutte quelle conoscenze che io possiedo e con una certa autorità, che io posso avere, asserisco che nessun uomo fu mai nel più lieve grado o nel più lieve modo di più fiacca salute per la continenza, ovvero più forte per la intemperanza. Per quest'ultima tutti sono più tristi moralmente; una maggioranza evidente peggiora fisicamente, ed in un non piccolo numero il risultato finale è, e sarà sempre, il completo naufragio dell'organismo in uno di quei scogli aguzzi ed assai pericolosi dei quali il cammino è sparso, ovvero in uno di quei tanti banchi di putrida melma, che non è possibile vengano evitati. Guardiamoci, adunque, con tutto quanto è in noi, di dare anco una tacita sanzione a ciò che, sono sicuro, dovremmo ad ogni verso apertamente combattere e contro cui dovremmo alzare altamente la voce.

3482









# IL MORGAGNI

NAPOLI  
Via Pignatelli, 29

ANNO XXXI

MILANO  
Via Disciplini, 15

---

## Modo e condizioni della pubblicazione.

Il MORGAGNI consta di due parti:

**Parte Prima:** *Archivio* (Memorie originali), si pubblica a fascicoli liberi da 64 a 80 pagine cadauno, riccamente illustrati da tavole litografiche, cromolitografiche e fotolitografiche. — *Dodici fascicoli ogni anno.*

**Parte Seconda:** *Rivista e Gazzettino*, si pubblica a fogli settimanali di pagine 16.

---

**L'abbonamento** è annuale, da gennaio, e non disdetto entro il dicembre s'intende rinnovato per l'anno seguente. — Costa L. 12 per Regno e L. 18 per gli Stati dell'Unione Postale, pagabili anche in due rate semestrali, anticipate.

L'abbonamento implica elezione del domicilio in Milano.

---

**Dono.** — Pagando in una sola volta l'intero prezzo d'abbonamento (L. 12), si riceve in *dono*, a partire dal mese in cui ha avuto luogo il pagamento e fino al termine dell'anno, il

### *Bollettino delle Cliniche*

che si pubblica a fascicoli mensili di 48 pagine. Gli abbonati che pagano entro gennaio l'intero abbonamento in L. 12, vengono dunque a ricevere in dono **tutto** il *Bollettino delle Cliniche* dell'intera annata, e cioè un vol. di 584 pag. (compresi l'indice e il frontespizio).

---

**Riassumendo**, gli abbonati al *Morgagni*, per sole L. 12, ricevono:

- 1.° Un vol. di circa 900 pagine riccamente illustrato, contenente Memorie originali dei più distinti clinici d'Italia;
- 2.° Un vol. di circa 850 pagine, contenente recensioni bibliografiche, riviste di giornali ed accademie italiane e straniere, notizie varie e di interesse professionale;
- 3.° Un vol. di 584 pagine, il *Bollettino delle Cliniche*, che è la più varia, la più ricca raccolta di casi clinici e di formole terapeutiche che si pubblichi in Italia, presi dalle cliniche, dagli ospedali, dalla pratica privata d'Italia e dell'estero.

---

**Ai signori editori e scrittori** ricordiamo che: Di ogni nuova pubblicazione inviata in dono alla Redazione del giornale in doppio esemplare, si farà un annuncio sulla copertina ed un cenno bibliografico nella *Rivista*, semprechè, s'intende, siane riconosciuta la opportunità dalla Redazione stessa.