



*Al Comm. Lucando  
v. g. dell' A.*



# LEZIONE D' EPILOGO

DEL PRIMO ANNO ACCADEMICO

DELLA CLINICA DERMO-SIFILOPATICA

DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI PISA

Diretta dal Dottor **D. BARDUZZI** Professore incaricato

(1883-84)

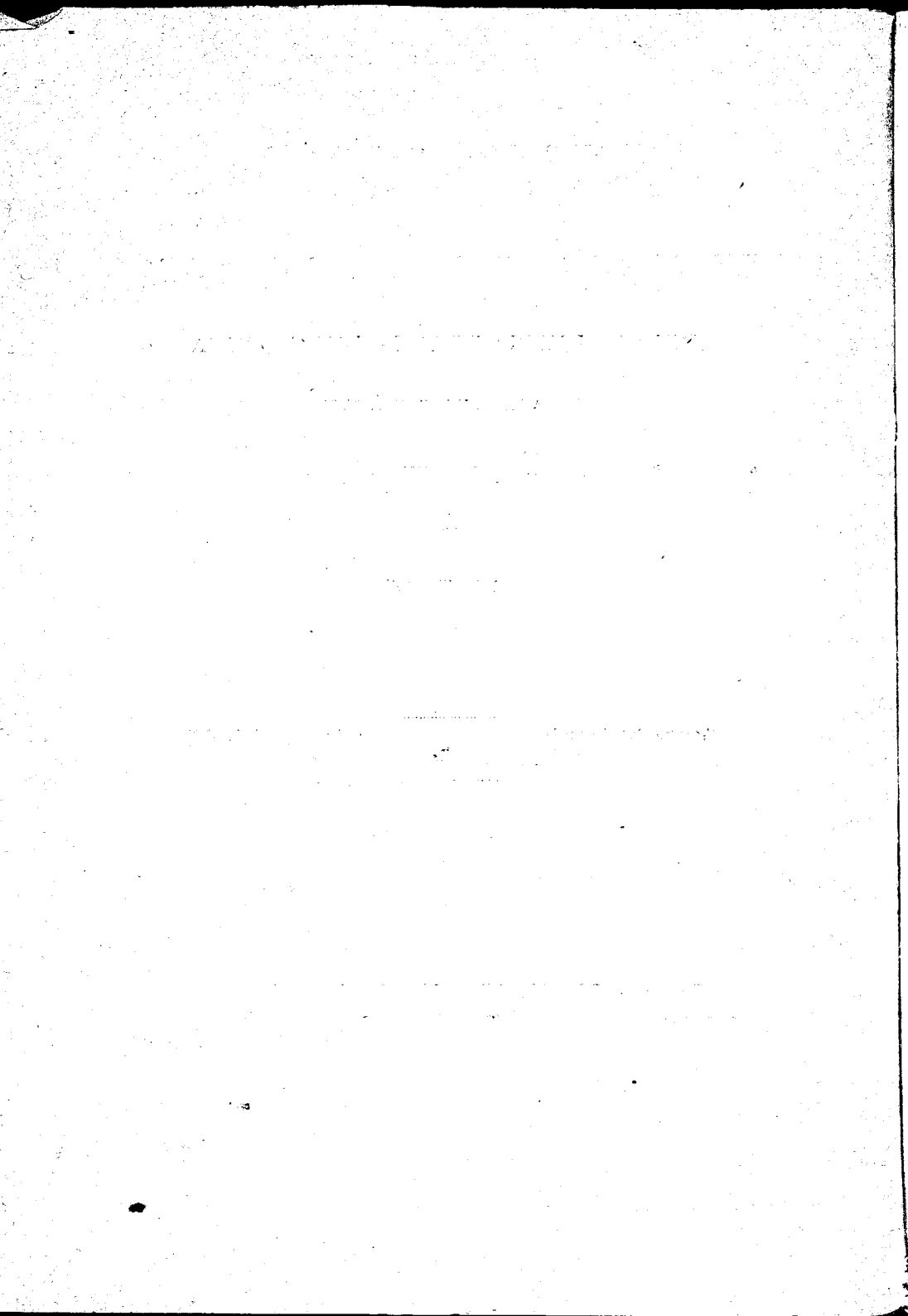
*Estratto dal Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle  
Fascicolo III, Maggio-Giugno 1884.*

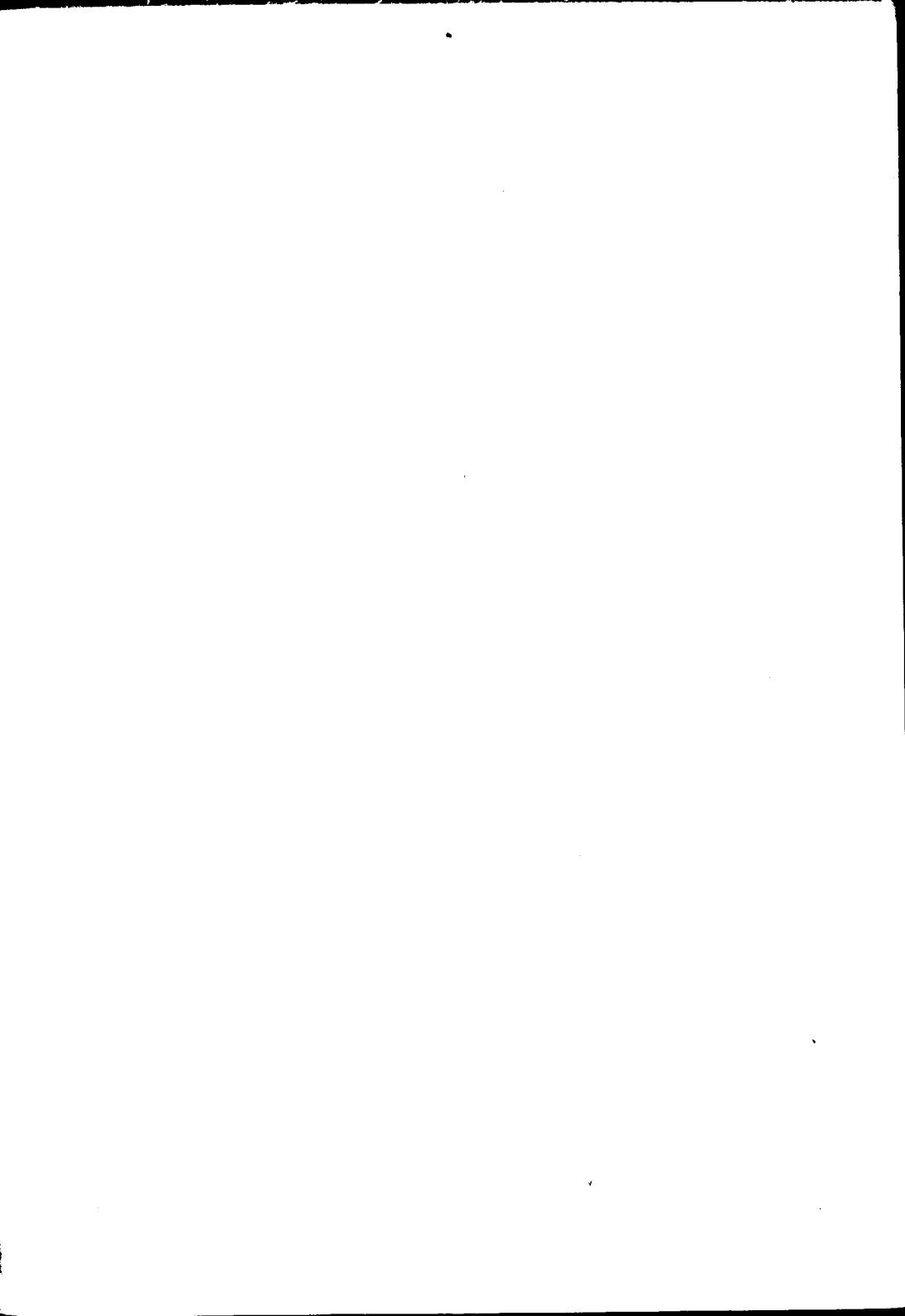
**DOTTOR LEONARDO VALLARDI, EDITORE**

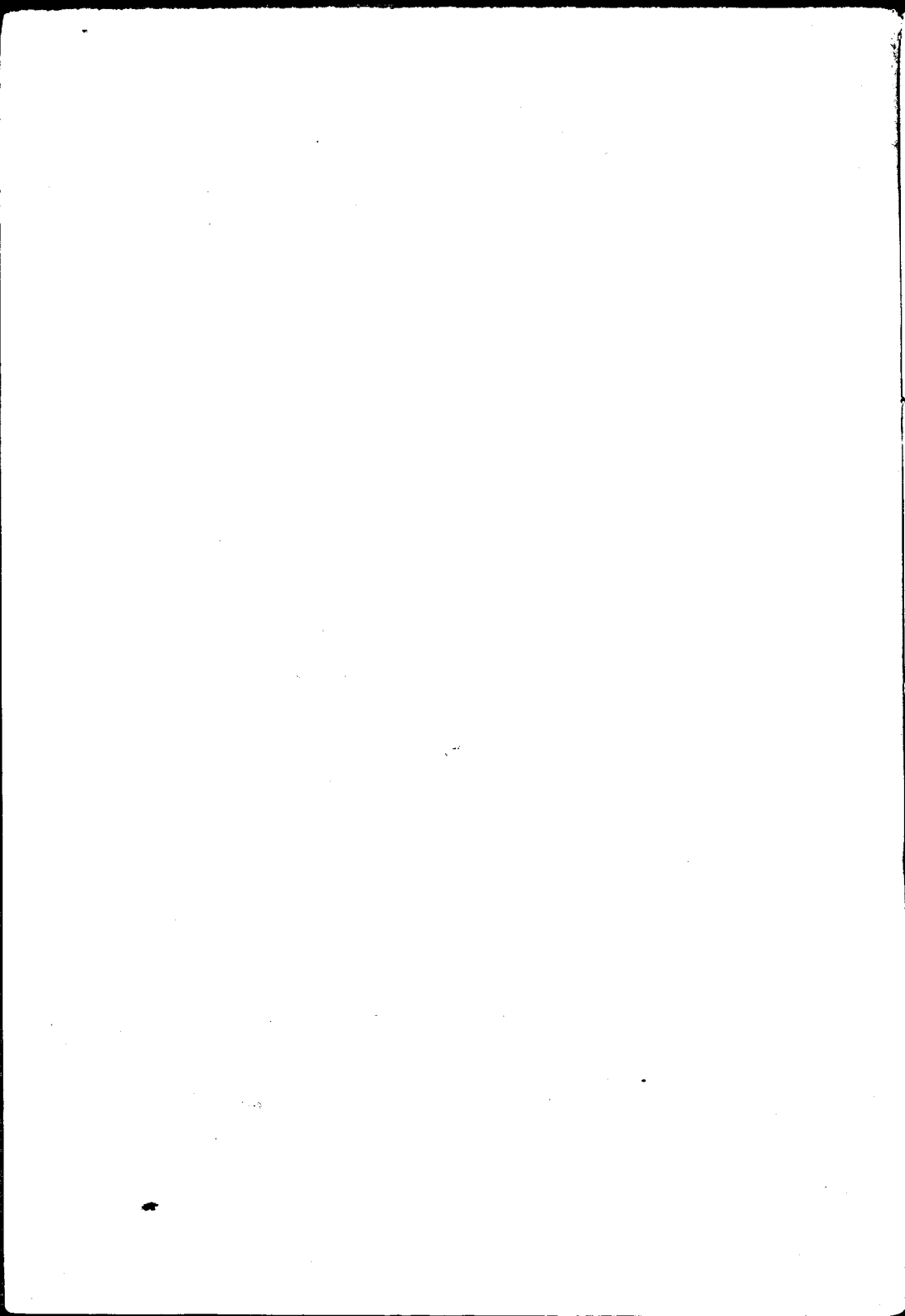
**MILANO** Corso V. E., 24. **TORINO** Via Finanze. 11. **ROMA** Corso, 269. **NAPOLI** Corso Garibaldi - Piazza d. Stazione  
**TRIESTE**

Al deposito presso il signor Giovanni Romeo  
Corso, N. 11, piano secondo.

1884.







LEZIONE D' EPILOGO

DEL PRIMO ANNO ACCADEMICO

1

THE  
HISTORY OF THE  
CITY OF  
NEW YORK

1624

THE  
HISTORY OF THE  
CITY OF  
NEW YORK

1624

THE  
HISTORY OF THE  
CITY OF  
NEW YORK

1624

THE  
HISTORY OF THE  
CITY OF  
NEW YORK

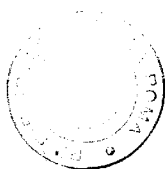
# LEZIONE D' EPILOGO

DEL PRIMO ANNO ACCADEMICO

DELLA CLINICA DERMO-SIFILOPATICA

DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI PISA

Diretta dal Dottor **D. BARDUZZI** Professore incaricato



(1885-84)



*Estratto dal Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*  
*Fascicolo III, Maggio-Giugno 1884.*

DOTTOR **LEONARDO VALLARDI**, EDITORE

**MILANO**      **TORINO**      **ROMA**      **NAPOLI**  
Corso V. E., 24.    Via Finanze. 11.    Corso. 269.    Corso Garibaldi - Piazza d. Stazione

**TRIESTE**

Al deposito presso il signor Giovanni Romeo  
Corso, N. 11, piano secondo.

1884.

---

*Milano. Tipografia Bortolotti di Dal Bino e C.*

---

---

**SOMMARIO.** — Parte I. § 1. *Preambolo* — § 2. *Classificazione delle dermatosi e delle sifilidi* — § 3. *Importanza della patologia sperimentale e dell'istologia* — § 4. *Sul microbo della sifilide* — § 5. *Processo anatomico della sifilide* — § 6. *Sifilide bollosa o pemfigoide* — § 7. *Sifilide ereditaria tardiva* — § 8. *Sulla terapia della sifilide e sulla sua opportunità* — § 9. *Sulla genesi del processo blenorragico* — § 10. *Uretrite anteriore e posteriore* — § 11. *Sulla cura razionale dell'ulcera venerea e sulle sue complicanze* — Parte II. § 1. *Dermatosi parassitarie — Alopecia areata* — § 2. *Sul mal perforante del piede* — § 3. *Vitiligine* — § 4. *Prurigine cronica* — § 5. *Sul Keloide* — § 6. *Sulla patogenesi e sulla terapia del lupus.*  
*Conclusione.*

## PARTE I.

§ 1. *Preambolo.* — L'opera mia modestissima, giovani egregi, sta per compiersi. In quale misura all'arduo ufficio abbia adempiuto non so; certo, per quanto gli esigui studi, e la precaria condizione hannomi concesso, ho tentato di iniziare in questo Ateneo una Clinica Dermo-sifilopatica.

Ad altri, come nella prima lezione vi dissi, saranno forse concessi i mezzi non solo per darle stabile assetto, ma eziandio per meglio affermarla nella pubblica opinione.

Io mi starò pago di avere da molti anni contribuito a gettarne le prime basi. Compiono ora infatti due lustri dal giorno, che incominciando in questi Spedali il mio tirocinio pratico, mi sono studiato ripetutamente di mostrare la necessità di istituire una speciale sezione per le malattie cutanee e veneree. Furono nel 1877 appagati i miei voti, e fin d'allora mi venne affidata la nuova sezione.

Fu tosto mia cura di mettere qui in onore lo studio di questi morbi, e mi adoprai a sostenere contro l'opinione di molti, che potevansi accogliere elementi sufficienti per una Clinica speciale.

Con modeste pubblicazioni, con conferenze cliniche autorizzate dalla Facoltà ogni anno, mi sono adoprato di tenere viva l'importanza sempre maggiore della Dermo-sifilopatia nella pratica medica. Ma però mentre tutto facevami sperare che alla nuova sezione, ricca di una media giornaliera di oltre 60 malati, si sarebbe una volta dato stabile esistenza, venne all'opposto seriamente minacciata. Gravi ragioni amministrative vollero richiamato in vigore in questi Spedali un regolamento antico oltre un secolo, col quale naturalmente le sezioni speciali rimanevano abolite; comechè l'ufficio di un medico spedaliero si possa confondere con quello di un impiegato, e comechè alle odierne necessità della medicina pratica possano essere bastevoli disposizioni, forse ottime per i tempi che furono, ma oggi senza dubbio nocive.

La nostra sezione, come le altre di malattie speciali, venne quindi solo come benevola provvisoria concessione dal R. Commissario mantenuta. In tali condizioni, scarsa ognora più di malati, e priva di mezzi dovette servire alla nuova Clinica istituita, come voi sapete, nel novembre decorso senza dote, senza aiuti.

Ciò non ostante mi accinsi privo del minimo sussidio al nuovo ufficio studiandomi ognora di illustrarvi nel miglior modo i casi clinici che ci erano concessi. Che se la deficienza del numero, e principalmente delle più importanti forme morbose, non mi ha permesso di illustrarvi tutti i tipi clinici più necessari a conoscersi, mi sono però adoprato di darvi le norme fondamentali affinché possiate continuare con profitto nello studio di queste due parti della medicina. E voi senza dubbio vi sarete fatti persuasi della importanza loro, e della loro intima connessione con le altre branche delle mediche discipline. Se del nostro lavoro vi riassumo oggi con un rapido sguardo quella parte soltanto che più merita un ricordo, egli è perchè altrimenti a troppo lungo discorso sarei condotto. Degli argomenti più da noi studiati eccovi quindi in breve la sintesi.

§ 2. *Classificazione.* — Dallo studio che abbiamo fatto delle classificazioni, dall'esame critico delle più importanti avete conosciuto, che questo è stato uno degli argomenti che ha in ogni epoca preoccupato i dermatologi e i sifilografi. Vi dissi che molti dal proprio punto di vista ne hanno formulata una nuova, ora tenendo conto della natura, ora dell'etiologia, ora della patogenesi, ora dell'anatomia patologica delle varie malattie cutanee. Però da Mercuriale da Forlì,

lettore in questo Ateneo, che tentò la prima classificazione, fino ad oggi, non havvene una, che sia scevra di critiche.

Fu spesso da taluni dimenticato che le dermatosi hanno gli stessi processi morbosi, l'istessa etiologia, le stesse alterazioni anatomopatologiche degli altri organi, e che solo ne differiscono per la speciale struttura di ognuna delle parti, che costituiscono un organo.

Torna oltrecciò malagevole lo stabilire una classificazione in una scienza, che è in una evoluzione continua; e della quale sono oggidi così rapidi i progressi da portare in brevissimo tempo profonde modificazioni. L'istologia infatti non solo ci fa ognora conoscere più esattamente i processi morbosi, ma anche molto meglio ce ne fa determinare la natura, per cui una dermatosi che fin qui veniva messa in una classe, è oggi giustamente collocata in un'altra.

Onde riuscire pertanto nel miglior modo nell'arduo fine farebbe d'uopo distinguere le dermatosi secondo i caratteri fondamentali di ciascun processo morboso; ma d'altro lato siamo ancora lontani da nozioni esatte e precise sopra ciascuno di essi.

Da ciò comprenderete, che nello stato presente delle nostre cognizioni, qualunque classificazione non può aver che un carattere transitorio; essa non può che rappresentare le conquiste fatte fino al momento nel quale venne fatta. Voi conoscete le molteplici classificazioni, che vi ho divise in gruppi, fin qui messe innanzi; conoscete pure che quella dell'Hebra è fra le migliori. Che se io ho osato proporvene una alquanto diversa (1), non l'ho fatto con la pretesa di fare qualche cosa di meglio, o di nuovo, ma solo con l'intendimento di facilitarvi lo studio di queste malattie, le quali sebbene appaiono a primo aspetto facili a conoscersi, sono all'opposto assai difficili, sia per la diagnosi che per la terapia.

§ 3. *Importanza della patologia sperimentale e dell'istologia.* — Nell'illustrarvi i casi clinici che sommano appena a 60, come altrove dimostrerò, è stato mio costante pensiero di farvi conoscere l'importanza della patologia sperimentale e della istologia quale necessario complemento della osservazione clinica. Vanno al certo grandemente errati coloro che senza prove le giudicano all'opposto inutili od anco nocive continuando nello sterile sistema di un vieto insegnamento teoretico, che di sperimentale non ha che il nome. Non conviene però come taluni fanno esagerarne il valore, e pretendere di trarre da esse ogni assioma, ogni legge; ma fa d'uopo invece metterle a servizio dei problemi che la clinica osservazione

(1) Vedi in appendice la Classificazione proposta.

ci presenta. Questa infatti ci fa ognora conoscere i fenomeni morbosi nella loro immensa varietà; la medicina sperimentale invece ci fa osservare dei fatti artificialmente provocati, i quali ci servono come mezzo di investigazione, come sussidio per risolvere i problemi che la clinica stessa ci offre. Fra l'una e l'altra deve esservi quindi armonia e non antagonismo, rimanendo la patologia sperimentale sempre ancella della clinica. Non puossi di fatto con quella provocare delle dermatosi distinte, quali un'acne, un psoriasi, un lupus, ma solo delle dermatiti, degli eritemi, delle vescicole, delle bolle, ecc., come non è dato provocare un diabete, ma una semplice glicosuria.

Mediante però il sistema delle inoculazioni ci sarebbe dato riprodurre alcune malattie; in tal guisa vennero nelle nostre scienze risolti taluni problemi, e molti altri se ne potranno forse risolvere. Se era noto che talune malattie da uno ad altro uomo erano trasmissibili; e che altre dall'uomo lo erano agli animali, o con la stessa forma, o con sintomi diversi, non conoscevasi però minimamente la natura di questi principii morbosi.

Con l'osservazione microscopica sonosi oggi potuti constatare nei prodotti infeziosi dei corpuscoli speciali, che voi avete avuto agio di osservare; corpuscoli che con le colture moltiplicati conservano perfettamente la morfologia loro propria, e che inoculati nella stessa specie animale mantengono le stesse proprietà infeziose, gli stessi caratteri clinici. Sappiamo per tal maniera che la pustola maligna, la lebbra, il pemfigo acuto febbrile sono malattie da infezione come lo è la sifilide. Che se questo importantissimo fatto non è dato provarlo sperimentalmente per molte malattie, conviene attribuirlo non di rado alle gravi difficoltà di un esperimento serio, sia per le colture, sia per le speciali proprietà nelle varie specie di animali di risentire differentemente dall'uomo gli effetti dei diversi processi infeziosi.

§ 4. *Microbo della sifilide.* — Intraveduto da tanto tempo dalla osservazione clinica, è stato ai nostri giorni da Klebs e poscia da molti altri osservato e descritto. Ma ciò non ostante non si è anco giunti ad averne una chiara e precisa dimostrazione sia perchè non sembra che negli animali presenti le forme morbose con le quali si estrinseca nell'uomo, sia perchè non è concesso a mio avviso come taluni fanno, sperimentarlo sopra di esso.

Che però nei prodotti morbosi della sifilide e nel sangue stesso dei sifilitici si trovi un microbo speciale sembra ormai indubitato, e voi avete avuta opportunità di osservarlo ripetutamente. Vi siete fatti allora persuasi che non potevasi neppure momentaneamente supporre

che rappresentasse invece un prodotto di regressione, o che fosse una accidentale complicità, sia per la sua forma chiara, distinta e costante, sia per il numero grandissimo, sia per la sua infiltrazione entro le cellule purulente. L'obbiezione da taluni messa innanzi, che tale elemento speciale da me descritto (1) non fosse che un ammasso di cristalli o di altri prodotti di metamorfosi non sembrami fondata. E le mie osservazioni vennero anche confermate da uno dei veterani della micologia, il prof. Rivolta (2) e dal valente micologico Maiocchi di Parma.

Anche le inoculazioni che di tale bacterio feci nei conigli e nelle cavie non furono del tutto inutili, imperocchè provocarono delle lenti adeniti, che suppurarono in alcuni punti, e nelle quali fu trovato numerosissimo il microbo descritto.

A togliere pertanto ogni dubbio su di esso sarebbe necessario che la sifilide fosse almeno in modo chiaro e preciso inoculabile agli animali, ma anche le esperienze recentissime del Morisani (3) non portano per ora ad una chiara soluzione. Fa d'uopo pertanto continuare in questi esperimenti e non credere con il Klebs (4), col Martineau con l'Hammonic (5) che non siano più dubbj da risolvere, nè col Köbner (6) col Neumann (7) che sia inutile il proseguire nelle ricerche.

§ 5. *Processo anatomico della sifilide.* — Se non è dato stabilire ancora in modo indiscutibile i caratteri e le proprietà morfologiche del microbo generatore della infezione sifilitica, si può determinare però il processo anatomico di essa.

Voi avete osservato che tutte le lesioni provocate dalla sifilide dalle più recenti alle più antiche anatomicamente si rassomigliano; che tutte hanno i caratteri di un processo flogistico lento, il quale in modo diverso si compie, ed ha esiti molto diversi; e che la proliferazione nel tessuto connettivo è carattere costante di esse sotto qualsiasi forma.

Il processo sifilitico svolgesi infatti nel tessuto connettivo, e per tal guisa diffondesi a tutte le parti dell'organismo; e solo in modo

(1) « Sul microbo della Sifilide. » — Ricerche del dott. Barduzzi. — *Gazzetta degli Ospitali*, N. 12, 1884.

(2) « Sul coccobacterio » del Barduzzi — *Gazzetta degli Ospitali*, N. 34, 1884.

(3) Il Morgagni. Fascicolo di Febbraio-Marzo 1884.

(4) *Prager Med. Wochenschrift.* 1878.

(5) *Cômpte rendu de l'Accademie des sciences* — Settembre 1883.

(6) *Wiener Med. Wochenschrift.* 1883, N. 20.

(7) *Idem.* 1883, N. 8, 9.

secondario e quasi indiretto altera e distrugge gli elementi propri costitutivi degli organi.

In tutte le forme morbose quindi che la infezione sifilitica può provocare sia nella cute, sia nelle mucose, sia negli altri sistemi come negli organi mantiene sempre una speciale impronta, che per molti segni si estrinseca, e che la osservazione clinica ognora ci conferma. Non mi è dato qui esplicarvi più chiaramente questo fatto importantissimo, ma dai pochi studj, che insieme abbiamo fatto ve ne sarete già convinti.

Avete osservato infatti che il processo sifilitico si può ridurre a tre tipi distinti, cioè al sifiloma primitivo, alla papula, e alla gomma; e che questi tre tipi possono avere per esito la risoluzione, l'ulcerazione o il fagedenismo, la sclerosi o la necrobiosi neoplastica.

Questi tipi rappresentano le tre fasi cliniche con le quali abitualmente si svolge questo processo lento, proteiforme, e voi dovete ognora avere presente questo concetto, poichè invano cerchereste la varietà istologica delle forme. Che anzi la genesi delle varietà infinite delle alterazioni sifilitiche devesi, a mio avviso, ricercare non in una specificità istologica, ma bensì in una azione diversa per intensità, per sede a seconda di speciali contingenze dello stesso elemento generatore.

§ 6. *Sifilide bollosa*. — Le nozioni, che vi ho ora ricordate ci spiegano anche la possibilità, della forma cutanea sifilitica bollosa che voi avete nella Clinica osservato. Egli è vero che questa forma cutanea è stata da taluni negata come manifestazione sifilitica, ma la sua rarità non è ragione sufficiente per negarla. A riprese avete nel nostro ammalato osservato delle forme bollose a tutto il tronco, agli arti ed anco alla faccia e al capo, precedute ognora da un eritema papuloso e vescicolare, ed accompagnate da placche alla bocca, alla lingua, al palato. Avete oltrecciò constatato che anzichè dai molteplici rimedi ricostituenti usati, quelli dai quali si ebbe maggior vantaggio sono stati gli iodici e i mercuriali.

Nè sarebbe questo il primo caso di sifilide bollosa nell'adulto. Bassereau, Ricord, Rollet, Tilbury Fox, Boek, Danielsenn, Riegel, Gamberini, Lamberti, Jullien, o l'hanno osservata o l'ammettono. Il Duhring poi la descrive esattamente (1). Nè si comprenderebbe come un processo morboso, che può dar luogo a molteplici varietà di forme, non possa anche essere cagione di bolle, le quali poi spesso danno

(1) *Traité pratique des maladies de la peau*, traduit et annoté sur la deuxième édition, par le D. I. Barthélemy e H. Colson, Paris, 1883.

luogo a prodotti secondari somiglianti a quelli delle forme pustolose.

Se pertanto dall'anamnesi, dall'esame istologico, dalla terapia abbiamo creduto di potere diagnosticare una forma sifilitica bollosa, sembraci di non avere troppo osato, sebbene sia ognora necessario l'andare molto cauti prima di enunciare un fatto, che d'ordinario non si osserva. Un'altra concomitanza nel nostro malato potrebbe avere data alla infezione sifilitica una speciale impronta, cioè che egli, sebbene giovane assai d'anni e di costituzione abbastanza robusta, erasi alterata la salute con una vita disordinata, con abusi venerei ed alcoolici. Imperocchè voi sapete che specialmente l'alcoolismo ha una azione nociva sia sull'ulcera primitiva secondo anche le osservazioni di Ricord, di Lancereaux, di Fournier, come sulla evoluzione e sulle manifestazioni tutte della sifilide.

§ 7. *Sifilide ereditaria tardiva*. — Un altro argomento nella Sifilografia attende nuovi fatti, nuovi studi come avete potuto convincervi nel caso, che vi ho presentato di sifilide ereditaria tardiva.

Se oggi è legge indiscutibile che la sifilide sia malattia ereditaria, non sono concordi i sifilografi nello stabilire l'età nella quale l'infezione ereditaria può manifestarsi. Oggi non pochi negano ancora la manifestazione tardiva di essa, che però ognora più da nuovi fatti viene comprovata.

Non vi ripeterò qui le opinioni che nei diversi tempi hanno predominato. Ricorderovvi solo che sebbene gli antichi sifilografi fossero assai proclivi ad ammettere la ereditarietà tardiva possiamo dare poco valore alle loro osservazioni, imperocchè confondevano spesso i tre processi morbosi, che abbiamo studiato sotto il nome di malattie veneree.

Se si viene però ai tempi nostri troviamo che il Cazenave, il Ricord, il Trousseau, il Robert, il Davasse ne furono con chiari esempi sostenitori. Anche la Società medica degli Spedali di Parigi nel 1865, e la Società di Chirurgia nel 1872 ammisero le forme tardive. Il Grasset nel 1874 pubblicava una tesi importante che non venne tenuta nel dovuto valore; ed il Lancereaux poscia dedicava nell'opera sua pregevole (1) un capitolo importante sulla sifilide ereditaria dell'adulto. Nè male si appose, imperocchè specialmente in Inghilterra, quindi in Germania ed in America, la questione entrò in una nuova feconda fase scientifica. Fu per opera precipuamente dell'Hutchinson, il quale per il primo con un ricco contributo portò nuova luce all'arduo argomento. Il Sigmund, il Wirchow, lo Zeissl, il Coplaud

(1) *Traité historique et pratique de la syphilis*, 1873.

ed altri l' hanno poscia illustrato con nuovi numerosi fatti rigorosamente osservati, come in altro lavoro fra breve dimostrerò. Il Fournier poi ne è al presente in Francia il più valido sostenitore. Solo in Italia la questione non ha ancora avuto il merito di un' ampia discussione, sebbene io mi adoperassi nel Congresso della Associazione medica a Modena nel 1882 di riferirne un caso, che però venne convalidato dall'autorevole parola del Casarini e del Majocchi (1).

Nel caso che avete osservato nella Clinica abbiamo diagnosticato una siflide tubercolo-ulcerosa della faccia, sia per la esatta storia anamnestica di tutta la famiglia della malata, sia per le pregresse lesioni specialmente oculari, sia per le alterazioni dentarie che la malata ci presenta, sia per la costituzione infantile (infantilismo di Fournier), sia per i rapidi effetti della cura antisifilitica, la quale ha omai condotto a guarigione una manifestazione che altre volte era durata lungamente.

L'evoluzione dell'organismo per l'azione della siflide ereditaria non solo ritarda, ma anco non perviene al suo completo sviluppo. I denti ne vengono più di frequente in modo caratteristico colpiti; e le erosioni, il microdontismo ed altre anomalie ne sono la conseguenza. Nella nostra malata, come pure notavasi in quella che servì alla mia comunicazione al Congresso di Modena, avete osservato alterazioni multiple dentarie simmetriche, erosive, sia nella corona dei molari anteriori, la quale appare consumata e limata, che negli incisivi mediani superiori.

Questo sintomo dell'erosione, che ha dato luogo a molte discussioni scientifiche, va riguardato come una deformità complessa che avviene nella vita intrauterina, e che si presenta sotto molteplici aspetti, dal Fournier distinti in gruppi secondo la sede e le forme dell'erosione. Di tutte le forme erosive la più importante però, ed anche la più frequente, è la erosione semilunare, nota col nome di *dente* di Hutchinson, caratterizzata, come nella nostra malata, dalla smarginatura semicircolare del bordo libero del dente, dalla rotondità degli angoli e dalla configurazione di esso.

Nè questo solo è carattere importante per la diagnosi della siflide ereditaria tardiva. Un altro pur notevole studiato dall'Hutchinson con larga copia di fatti si è la cheratite interstiziale cronica (2). E la nostra malata ha sofferto per lungo tempo di questa forma di che-

(1) Atti del X Congresso della Associazione medica italiana. Modena, 1883.

(2) *Étude clinique sur certes maladies de l'oeil et de l'oreille consecutives a la syphilis héréditaire*; traduit par Hermet, 1884.

ratite interstiziale diffusa collegata sapientemente dall' Hutchinson alla sifilide ereditaria.

Ai due caratteri espositivi come criterî diagnostici importanti, altri ne potrei aggiungere, sebbene non costanti, cioè l' infantilismo, le deformità del cranio e delle fosse nasali, le lesioni dell'organo dell' udito, le deformità ossee del tronco e delle membra, le cicatrici della pelle e delle mucose, ed infine le lesioni genitali congenite.

Dall' insieme di essi è dato riconoscere e diagnosticare la sifilide ereditaria tardiva tenendo in gran conto la storia anamnestica dei genitori e dei fratelli del paziente. Si possono riportare in tal modo alla loro vera origine numerose manifestazioni, che erano sempre rimaste slegate, o non bene comprese, o male interpretate, e che oggi entrano nel dominio della Sifilografia.

Di leggieri comprenderete quali importanti indicazioni terapeutiche derivino da questi nuovi orizzonti. Voi ne avete avuto evidente prova nel caso nostro, poichè con la cura iodica e mercuriale abbiamo rapidamente vinto una forma delle più ribelli anche alla terapia chirurgica.

§ 8. *Sulla Terapia della sifilide.* — Innanzi di lasciare il campo della Sifilografia che ad altre questioni mi trarrebbe, voglio ritornarvene alla mente due da noi studiate rispetto alla terapia.

Riguarda la prima la opportunità o no della cura abortiva della sifilide colla escisione dell'ulcera iniziale; l'altra verte sul quesito, se debbasi combattere l'infezione con rimedi antisifilitici durante il periodo di incubazione, oppure se debbonsi attendere i fenomeni secondari.

Hanno risposto affermativamente al primo quesito come sapete coloro che opinano, e credo giustamente, che l'ulcera o sifiloma sia il focolaio dal quale per mezzo dei linfatici e quindi del sangue viene lentamente infetto l'organismo. A questo concetto della infezione primitivamente locale, che diventa poi generale, ci conduce anche la nozione che oggi si ha del virus sifilitico. Il quale si moltiplica anzitutto nel luogo nel quale penetra nell'organismo, e di dove per successive moltiplicazioni si diffonde ai gangli vicini, e quindi alla massa sanguigna. Guidati da questo principio l'Unna e l'Auspitz (1) per i primi hanno tentato di fare abortire l'infezione escidendo l'ulcera primitiva. Questi tentativi che in forma più razionale ripetono il metodo delle cauterizzazioni del Ricord non hanno sempre

(1) Zur Pathologie der Syphilitischen initial Sclerose. Viert. Jahres. für Dermat. und Syphilis, 1877.

corrisposto; ma ciò debbesi a mio avviso riferire al momento nel quale l'operazione venne fatta, ed anche al modo con il quale fu praticata. Imperocchè per ottenere dalla escisione un esito favorevole sarebbe d'uopo praticarla in sul nascere dell'ulcera, quando cioè non si è ancora manifestata l'adenopatia specifica. Nè sempre giova, come taluni hanno fatto, l'asportare i gangli già infetti, sia perchè non si è mai certi di estirparli tutti, sia perchè può divenire una operazione pericolosa, od anche in taluni casi controindicata dalla sede dell'una o degli altri. Comprimerete quindi che se l'escisione è metodo razionale nell'ulcera iniziale, non riesce utile quando non si è certi di potere asportare tutte le parti infette; e ciò non avviene tanto di frequente perchè gli ammalati si presentano in generale quando è già passato il tempo opportuno per una tale cura.

Al secondo quesito poi, se debbesi prescrivere la terapia antisifilitica al manifestarsi dell'ulcera infettante, abbiamo dopo non poche osservazioni risposto col Mauriac affermativamente, contro quelli che vogliono attendere le manifestazioni secondarie. Non posso darvi certamente una dimostrazione indiscutibile di questa pratica non condannata neppure dalle esperienze del Diday, ma sembrami che si possa razionalmente ritenere, che in tal guisa meglio si moderino, se non si neutralizzano gli effetti del virus. Oltre ciò ottiensì anche operando in tal guisa una azione benefica preventiva sull'ulcera stessa. Se si considera infatti che il mercurio è il migliore fra gli antiparassitari, non si può che avere da esso favorevole azione in una malattia, che tanto più è grave quanto più il parassita si moltiplica, e si diffonde in maggior copia in tutte le parti dell'organismo.

Dell'utilità delle iniezioni ipodermiche mercuriali non vi farò parola sebbene ne abbiate veduto i benefici effetti in casi gravi. Credo che sarebbe opportuno lo studiare se non fosse il caso di usarle anche come preventive della infezione generale contemporaneamente alla escisione dell'ulcera. Ma di questo argomento altrove mi studierò di esporre le mie osservazioni.

§ 9. *Sulla genesi del processo blenorragico.* — Il processo blenorragico, sebbene ripetutamente in ogni tempo illustrato, è sempre argomento di nuovi studi, precipuamente per la sua natura. Abbiamo infatti da un lato una schiera numerosa di osservatori, che ne sostengono l'origine parassitaria, mentre dall'altro lato invece non pochi illustri sifilografi continuano a ritenere che esso non sia, se non uno stato flogistico speciale.

Ai supposti parassiti del Donnè, del Fausseance, del Salisbury, i quali non erano se non elementi sviluppatasi sotto l'azione di germi

putridi, e con mezzi molto imperfetti studiati, è succeduta invero una più importante scoperta che tenderebbe a spiegare la patogenesi della blennorragia. L'Hallier (1) nel 1872 pubblicava di avere osservato ripetutamente, che il pus blennorragico contiene una infinità di micrococchi in parte liberi, in parte annidati nelle cellule purulente, nelle quali formano piccole cavità e poscia completamente le distruggono. Nel 1879 il Neisser (2) non solo ha ripetuto queste osservazioni, ma ha constatato che nelle cellule del pus blennorragico e nella loro superficie questi micrococchi in quantità più o meno considerevole presentano una forma caratteristica rotondeggiante o bislunga, o meglio ad 8 in cifra.

Aufrecht, Weiss, Lustikov, Bockhart, Bareggi, Campana, Petrone, e molti altri hanno confermato, non solo le osservazioni del Neisser, ma avrebbero constatato questi speciali micrococchi anche nell'oftalmia blennorragica (Weiss) (3) e nell'artrite blennorragica (Petrone) (4). All'opposto questi stessi osservatori non li avrebbero trovati nel pus della uretrite semplice, nella balanopostite, nell'ulcera venerea, nel bubbone inguinale, nella leucorrea vaginale.

Il prof. De Amicis di Napoli però li avrebbe osservati anche nella uretrite provocata col metodo dello Swiadaur, sotto forma di micrococchi e diplococchi non dissimili da quelli della vera blennorragia per la forma, se non per la disposizione. Per questo fatto specialmente egli crederebbe razionale l'opinione dello Stenberg, il quale ritiene che il micrococco della blennorragia sia identico a quello dell'urea descritto da Chon, e che solo per speciali condizioni diventerebbe patogeno. E non sembrami lungi dal vero.

Ciò vi basterà a provarvi che la questione non può dirsi ancora risolta come taluni pretendono, e che fanno d'uopo nuove minute ricerche esatte e precise, le quali veramente ci presentino i caratteri patogenomici e morfologici del vero *gonococcus blennorrhagicus*.

Nelle poche e semplici ricerche che a questo proposito ho fatto, voi sapete che ho potuto constatare un fatto importante per la terapia, che cioè questi speciali microbi non trovansi nelle forme blennorragiche croniche anche cambiando il modo di preparazione e l'ingrandimento, e che osservansi scarsi nelle forme sub-acute, mentre sono numerosissimi in quelle acute.

(1) Zeitschrift für Parasiten kunde 1872.

(2) Centralblatt für Medicinische Wissenschaften 1879.

(3) Thèse de Nancy — *Le microbe du pus blennorrhagique*, 1880.

(4) Rivista clinica di Bologna. Febbraio 1883.

Anche un altro fatto ho potuto rilevare, che cioè il liquido purulento aspirato da adeniti blennorragiche contiene sempre i coccobatteri speciali, mentre non si osservano mai nel pus delle adeniti flogistiche semplici.

Ma da tutto ciò non debbesi ancora trarre alcuna conclusione assoluta, molto più che questi microbi sono stati descritti in modo alquanto diverso. Il Bouchard dice infatti, che sono costituiti da micrococchi leggermente allungati, e ad una estremità affilati, con l'apparenza di una virgola corta; che possono osservarsi due a due e formare dei gruppi; che sono mobili, ed animati da movimenti di oscillazione e di traslazione, e che trovansi liberi nei globuli purulenti e nell'interno dei leucociti.

L'Eschbaum poi ce li rappresenta come relativamente grossi, leggermente ovali, raramente isolati, ed in generale a coppie. Non formano mai, secondo le sue osservazioni, delle catene, ma degli ammassi di 4 od 8 paia, e variano di numero a seconda dell'intensità e del periodo del processo blennorragico.

Hanno sede, a suo avviso, nel corpo stesso delle cellule, e talvolta vi sono per modo accumulati da comprimerne il nucleo stesso.

Da tutto quello, che vi ho rapidamente accennato credo che andrete persuasi, che se vi è ragione per ritenere che la blennorragia sia un processo morboso provocato da speciali microbi, non è però ancora in ogni parte chiaramente conosciuto nella sua patogenesi.

La terapia eziandio condurrebbe a ritenere razionale questo concetto. Voi avete potuto convincervi nella Clinica che dopo avere inutilmente, o con poco vantaggio, usate le molteplici forme di iniezioni uretrali, abbiamo ottenuto notevoli risultati dalla soluzione di sublimato corrosivo dall'1 al 3 per 1000, e da quella di solfofenato di chinino a 25 cent. per 100.

A nuovi studi, a nuove ricerche pertanto sospinge l'argomento, e voi potrete con frutto coltivarlo.

§ 10. *Uretrite anteriore e posteriore.* — Di un altro fatto assai importante per la pratica, quantunque sia in generale poco tenuto in conto, vi ho dato in quest'anno accademico le prove della grande utilità, sia per la prognosi che per la terapia; della necessità cioè di distinguere l'uretrite in anteriore e posteriore.

L'uretra, come il Thompson aveva accennato, e come il Guyon dopo gli studi del Cadiat ha dimostrato, è divisa in due porzioni mediante uno sfintere alla regione membranosa. È desso raddoppiato da uno strato sottomucoso di fibre lisce più abbondanti, ricco di un sistema di fibre striate che per la loro disposizione e per la loro

natura agiscono con forza sopra l'uretra, e validamente la mantengono chiusa.

Questo fatto era già stato notato dall' Amussat, ma però devesi al Guyon di avere chiaramente dimostrato, che l'uretra membranosa completa l'apparecchio sfinterico vescicale.

L'esplorazione in un'uretra sana ci ha mostrato infatti, che s'incontra sul principio della porzione membranosa un punto di arresto quasi come restringimento fisiologico, il quale forma una barriera fra la parte anteriore e posteriore. L'osservazione clinica ci comprova questo fatto. Nelle lesioni traumatiche dell'uretra anteriore osservasi invero che l'uretrorragia si limita ai primi getti d'urina, e che poscia l'urina esce limpida, mentre nelle lesioni dell'uretra profonda il sangue, quando non sia in gran copia, viene espulso solo al momento della minzione e sempre mescolato coll'orina. Anche le iniezioni uretrali, se non violentemente spinte nè in troppa quantità, non sforzano lo sfintere uretrale. Che anzi questo fatto è della massima importanza nella pratica, poichè spesso con il metodo barbaro di fare le iniezioni, non solo si vince la resistenza dello sfintere, ma si diffonde il processo blennorragico, abitualmente limitato all'uretra anteriore, anche nella posteriore. E voi comprendete di leggieri quanto sia più grave per le complicanze ed assai più difficile a curarsi efficacemente una uretrite posteriore, come anche nei casi clinici avete potuto osservare.

§ 11. *Cura dell'ulcera venerea.* — Non dovrei farvi cenno dell'ulcera venerea perchè i nostri studi sopra di essa sono stati assai limitati. Amo ricordarvi però due fatti, cioè la utilità della cura con le cauterizzazioni con il cloruro di zinco e con le successive applicazioni di acido caramellico, anzichè di acido fenico, o salicilico, oppure col jodoforme. Vi ho parlato delle proprietà di quest'acido che è già entrato nella pratica chirurgica, nè qui tornerò a tenervene parola. Dopo nuovi esperimenti e più numerosi, se sarà opportuno, ne terrò discorso.

L'altro fatto sul quale volevo richiamare la vostra attenzione, si è quello della cura del bubbone ulceroso. Voi avete veduto che uno dei mezzi più efficaci si è quello di aspirare il pus od anche di praticare la incisione, e poscia di fare delle iniezioni ripetute abbondanti di acido fenico dal 5 al 10 per 100 per due volte al giorno, fino a che la soluzione non ritorna fuori chiara, e di applicare quindi con l'ovatta all'acido fenico o salicilico una fasciatura compressiva. In tal semplice guisa avete veduto guarire in 5, 7 giorni dei bubboni venerei, che con altri metodi curativi hanno

durato anche 40, 50 giorni, poichè in tal guisa si lasciava che si sviluppasse e si estendesse nei linfatici vicini il virus parassitario dell'ulcera che noi dobbiamo invece distruggere.

## PARTE II.

§ 1. Più vasta e più importante materia di studio ci avrebbe potuto dare la Dermatologia, ma la esiguità dei casi offertici e la loro non grande importanza mi costringe a più breve discorso. Ciò nonostante però ho ferma convinzione, che nelle lezioni teoriche vi sarete fatti persuasi del crescente valore di essa nell'esercizio pratico della medicina.

Non dirovi delle dermatosi parassitarie che formano la prima classe della nostra divisione. Di esse avete osservato però molteplici esempi e precipuamente di favo; ed avete potuto esaminare al microscopio il fungo generatore nelle varie fasi di sviluppo. Nè dirovi della cura più razionale di esse con la depilazione e con la soluzione alcoolica ed eterica di sublimato corrosivo, nè tampoco delle ragioni tutte per le quali siamo stati condotti a non ammettere la così detta *tigna decalvante* fra le forme parassitarie. I molteplici esempi infatti di questa malattia, osservati precipuamente nelle consultazioni, ci hanno dimostrato, che non erasi mai verificato contagio anche nella classe povera, nè che si trovavano mai speciali parassiti nei peli che circondavano le chiazze alopeciche e nell'epidermide delle chiazze stesse. Oltreciò vi siete fatti persuasi che la cura fiticida non era la più efficace, ma che invece ha corrisposto molto meglio la cura interna con la noce vomica, il ferro, l'arsenico o il rame, e la cura topica irritante col balsamo del Fioravanti, colla tintura di capsico, colla spatola elettrica, coi vescicatori volanti, con la thapsia, e colla pomata stibiata moderatamente usata.

L'andamento clinico, ed anche la sintomatologia tanto diversa nelle vere tigne, nelle quali predomina sempre un principio irritativo, una flogosi provocata dal parassita, ci ha sospinti eziandio a ritenere giusta l'opinione della scuola Viennese, molto più che abbiamo anche tentato di trasportare la malattia da un in altro individuo senza risultato.

All'opposto nel favo avete veduto un trasporto spontaneo sul braccio destro di un piccolo bambino, i cui fratelli erano affetti da tale malattia al capo.

Entrebbe pertanto la alopecia areata nella grande classe delle trofopatie locali a forma atrofica. Ma sebbene sia questa la più razionale ipotesi, non è stata ancora con fatti chiari e precisi dimostrata. Fa quindi d'uopo persistere nelle ricerche, onde avere le prove evidenti che i fautori della teoria parassitaria sono caduti in errore; altrimenti troveranno sempre ragioni da sostenere la loro tesi.

§ 2. *Mal perforante del piede.* — Nelle trofoneurosi cutanee avete potuto osservare un caso notevole di mal perforante delle piante dei piedi, recidivo. Voi sapete che fu il Poncet (1) che per il primo ritenne questa lesione di origine nervosa, e ne descrisse, sebbene incompletamente, le alterazioni anatomico-patologiche. Duplay e Morat (2) con altri fatti convalidarono l'opinione del Poncet, dimostrando che le alterazioni nervose del male plantare sono una nevrite degenerativa atrofica, che può dipendere da cagioni diverse.

Il Mazzoni (3), il Fischer (4), il Bruns (5), il Sonnemburg (6), il Michaud (7), il Savory (8), il Conti (9), con nuovi esempi diedero maggiore valore a questa teoria, e così sono cadute omai nell'oblio le altre che sostenevano, o che fosse un'ateroma, o una semplice tilosi ulcerata o una flogosi locale, od anche un epitelioma, oppure una manifestazione sifilitica, oppure una dermatosi ulcerosa.

Il mal perforante debbesi quindi oggi ritenere come dipendente da una alterazione dei nervi della regione nella quale manifestasi; alterazione che spesso è in connessione con una lesione dei centri nervosi per antecedente stato morboso della nutrizione (alcoolismo cronico, diabete, ecc.); oppure che dipende da una cagione traumatica immediata. La compressione, quando sonovi queste predisposizioni, diventa in generale come nel caso nostro e negli altri da me osservati, la cagione determinante.

Non vi parlerò della diagnosi, poichè presentasi quasi sempre chiara. Vi ricorderò solo che Delpech ed Hillairet hanno descritto delle ulcerazioni speciali, sia alle mani che ai piedi negli operai che

(1) Gazette hebdomadaire de Méd. et de Chirurgie 1872.

(2) Archives de Médecine, 1873.

(3) Clinica Chirurgica. Anno secondo, 1874.

(4) Langenbek's Archiv. vol. 18, 1875.

(5) Berliner Klinische Wochenschrift. 1875.

(6) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1876.

(7) Union médicale. 1876.

(8) Médic. Chirurgical Transactions 1879

(9) Annali universali di Medicina 1880.

lavorano alla fabbricazione dei cromati. Ma l'anamnesi e le ulcerazioni alle fosse nasali sono caratteri sufficienti a distinguerle dal mal perforante del piede.

Anche una gomma sifilitica del piede potrebbe portarvi in errore nel periodo ulcerativo ma, sia gli antecedenti, che l'andamento della lesione vi aiuteranno nella diagnosi.

Voi vi ricorderete che abbiamo diviso i sintomi di questa malattia in tre periodi, e che il nostro malato era al secondo periodo del male.

Nel primo periodo avviene un ispessimento del derma delle parti prominenti della pianta del piede, per lo più in corrispondenza delle articolazioni metatarso-falangiche, come pure nel caso nostro. Succede nel secondo periodo, all'indurimento corneo, una piccola raccolta muco-purulenta al di sotto di esso. Rompesi allora l'epidermide e viene a manifestarsi la ulcerazione circondata da un cerchio epidermico assai denso. Nel centro dell'ulcerazione che comprende il derma si nota sempre un piccolo infundibulo che penetra nelle parti più profonde.

L'ulcerazione è sempre a forma circolare od ovalare del diametro di 2 a 5 centimetri, indolente a tal punto che, come avete veduto, abbiamo potuto conficcarvi impunemente degli spilli. La secrezione è poco abbondante, ma in generale fetida.

In un terzo periodo poi si ha la flogosi delle guaine tendinee e delle superfici articolari con successiva necrosi e deformità dei piedi.

Rispetto alla cura avete veduto che localmente il mezzo più efficace per vincere gli indurimenti sono state le applicazioni di sapone molle di potassa, e quindi la escisione e l'uso del iodoforme. La cura interna poi deve essere in rapporto, sia con lo stato generale dell'organismo, sia con l'alterazione del sistema nervoso. Nel caso nostro in cui l'alcoolismo era manifesto, abbiamo con vantaggio usata la noce vomica, l'ioduro potassico, riservandoci di ricorrere alla corrente galvanica, se il malato non fosse guarito, come è avvenuto, nello spazio di tre mesi.

§ 3. *Vitiligine.* — Di un'altra dermatosi il cui processo morboso è ancora assai oscuro voglio pur tenervi parola, cioè della vitiligine. Voi ne avete nella Clinica osservati alcuni casi; avete potuto farne la diagnosi differenziale, e convincervi che l'anormale distribuzione del pigmento che la caratterizza, è dipendente da lesione nervosa talvolta centrale, tal'altra periferica. Nell'uno dei nostri malati eravi stato un antico traumatismo dei nervi, nell'altro vi erano segni di epilessia.

Che questa distrofia pigmentaria sia dipendente da alterazione nervosa lo provano anche le ricerche istologiche. Negli esami che per il passato ho potuto fare in piccoli brani di cute ho constatato le lesioni che il Leloir ha descritte. L'epidermide era assottigliata, lo strato corneo solo rimaneva intatto: lo strato granuloso del Langhens e le cellule profonde del corpo del Malpighi mancavano del tutto, come pure il pigmento nelle cellule epidermiche.

Anche il derma prendeva parte a questo stato di regressione, sia nella sua struttura, che in quella delle glandule ad esso proprie.

E qui permettetemi due parole sopra un'alterazione che rassomiglia alla vitiligine, cioè alla sifilide pigmentaria o maculosa, o efelide sifilitica, imperocchè questa manifestazione non dev'essere, come taluni fanno, riguardare a mio avviso quale una vera lesione sifilitica, ma invece come una vitiligine, della quale la infezione sifilitica è stata cagione predisponente per l'indebolimento che induce nell'organismo.

E di questo fatto ho avuto prove evidenti in due individui affetti da sifilide che espostisi ripetutamente ai raggi solari nelle stagioni estive vennero colpiti da questa forma morbosa nelle parti scoperte, e se ne vennero colpiti solo quando erano sifilitici e non prima; nè ottennero, checchè taluno affermi, il minimo vantaggio dalla cura antisifilitica la più razionale e la più prolungata.

§ 4. *Prurigine cronica.* — Un caso di prurigine cronica ci ha dato agio di studiare questa dermatosi cotanto discussa. L'andamento, e le recidive concordavano con ciò, che Hebra ha esposto intorno ad essa. Imperocchè può dirsi che solo da esso incomincia la storia vera di questa dermatosi. Egli giustamente ha limitato la denominazione alle sole forme corrispondenti alla descrizione di Willan di *prurigo mitis* e *ferox* riservando alle altre il nome di prurito cutaneo. Hardy (1) invece ritiene che la prurigine sia ognora sintomatica e secondaria o di una dermatosi, oppure di una alterazione reumatica oppure nervosa.

Dall'esame di tutte le dottrine siamo venuti nella conclusione che la prurigine cronica si deve ritenere come una forma clinica distinta, che può presentarsi sotto due varietà, cioè di *prurigo mitis* e di *prurigo ferox*. La sua precoce invasione, la sua tenacità contro ogni mezzo terapeutico, il suo andamento intermittente, la sua forma papulosa speciale sono caratteri sufficienti per dividerla dalle altre forme. Oltretutto è per noi malattia di un andamento intermittente

(1) Dictionaire de Médecine et de Chirurgie pratiques. Artic. Prurigo. Vol. XXIX.

i periodi di esacerbazione susseguiti, come nel caso nostro, da periodi di guarigione apparente.

Questa dermatosi quando si fa grave acquista tutta la sindrome allarmante descritta dall'Hebra; il nostro malato non era in tali tristi condizioni perchè in lui predominava la forma mite, però ha avuto recidive ripetute, e lunghe ed è uscito dalla Clinica non guarito. Ogni eruzione ha lasciato una traccia di piccole macchie pigmentarie isolate, circoscritte, maggiori per il diametro delle forme eruttive che le avevano provocate.

La terapia che più ci ha corrisposto è stato l'uso interno del solfato di rame, da due a cinque centig.; e localmente le frizioni di olio di ginepro con acido fenico, nella proporzione del 3 per 100 insieme a bagni alcalini.

§ 5. *Keloide*. — Fra le varie dermatosi che abbiamo avuto opportunità di osservare durante l'anno accademico sembrami opportuno ricordarvi il caso di Keloide alla faccia in una giovinetta.

Non ho creduto di accettare la divisione dell'Hardy in Keloide vero o falso, oppure citraziale e spontaneo, imperocchè dalle ricerche fatte mi sono persuaso che havvi sempre una cagione che lo determina, talvolta tanto insignificante da sfuggire all'osservazione, ma sufficiente però a provocarlo negli individui predisposti. In essi non solo è facilissima la produzione, ma assai frequente ne è pure la recidiva, come nella nostra malata. Legouest, Verneuil, Trélat, Ory ed altri hanno pure osservato frequenti le recidive. Sulla sua patogenesi non si accordano i dermatologi, ma sembrami che debba annoverarsi non nelle deformità cutanee, come vorrebbe l'Hardy, ma bensì nelle neoplasie benigne del tessuto connettivo. I caratteri istologici vengono in aiuto di questa opinione sostenuta pure dall'Hebra.

Infatti voi sapete che la struttura di esso è di un tessuto duro compatto, composto di fasci di connettivo compressi l'uno contro l'altro, incrociati da fibre oblique, e con qualche cellula fusiforme; che contiene pochi vasi alla periferia, e dove le papille cutanee, i follicoli piliferi, le glandule sono più o meno strangolate, degenerate, atrofizzate. Oltre questi caratteri speciali, altri pure ne presenta quando nasce sopra una cicatrice grande, ma qui per brevità li tralascio.

Un fatto importante però credo più necessario segnalarvi nella istologia del Keloide; lo stato cioè dei ramuscoli nervosi, i quali negli esami da me fatti si mostrano alterati, degenerati in alcuni punti per una nevrite interstiziale. Se questo fatto verrà meglio stu-

diato, e con accuratezza descritto da chi potrà avere ricco materiale, ci spiegherà forse la ragione delle recidive facili del Keloide, sebbene affezione di natura benigna. Nelle lesioni dei nervi periferici si troverà, a mio avviso, la patogenesi di esso, e non nella scrofolo od in altra malattia costituzionale.

A questa ipotesi che oggi vi metto innanzi, non posso dare al presente significato importante, ma credo che se i fatti la comproveranno potrà rischiarare molti dei punti, che ancora rimangono oscuri nella patologia di questa affezione talvolta con altre confusa; quali i nèi, le verruche, le scrofulidi ipertrofiche, le cicatrici ipertrofiche, ed anche il fibro-sarcoma.

Non ripeterovvi quanto vi dissi della cura sia medica che chirurgica. Solo siate cauti nel decidervi all'esportazione, e quando la crediate necessaria fatela generosa, specialmente in profondità, se non volete vedere facile la recidiva come io ho osservata nei tre casi operati.

§ 6. *Lupus*. — Poche parole dirovvi ancora su di un altro genere di affezione che abbiamo avuto campo di esaminare, cioè sul lupus.

Voi sapete che il lupus è argomento di continua discussione per la sua isto-patologia; che alcuni (Berger, Phol, O. Weber) la giudicano una formazione epiteliale lussuriosa originantesi dal corpo mucoso; che altri (Virchow, Weld, Auspitz, Neumann) la giudicano una flogosi cronica del derma, oppure un adenoma delle glandule sebacee (Rindfleisch); che altri infine lo vogliono una tubercolosi locale della pelle (Friedlander, Koester, Besnier) (1).

Se si potesse stabilire in modo preciso questa ultima opinione, comprenderete che la patogenesi del lupus entrarebbe in un nuovo periodo scientifico assai importante. Le inoculazioni in serie condurrebbero a questa conclusione oggi specialmente che dopo i lavori del Koch si può inoculare il vero generatore della tubercolosi, il microbo. Se si potrà quindi dimostrare che il microbo del tubercolo si trova in modo costante nei prodotti del lupus, la sua origine sarà in modo preciso dimostrata.

Lo Schüller (2) dal 1881 aveva già riconosciuto dei microbi nei tessuti del lupus, e dopo le scoperte di Koch il Pfeiffer (3), il Dou-

(1) Berliner Klin. Wochenschrift, 1874.

(2) Histologische Studien über die Microcokken des Lupus. Centralblatt für Chirurgie, 1881, 46.

(3) Berliner Klinische Wochenschrift, luglio 1883.

trelepont (1), il Demme (2), lo Schucard e Krauss (3) confermarono gli stessi fatti.

Se da un lato non conviene con un entusiasmo troppo facile accogliere questa nuova scoperta come un postulato acquisito alla scienza, d'altro lato però non si possono rifiutare fatti che hanno tutte le guarentigie possibili di autenticità. Se viene quindi sperimentalmente comprovato che il lupus produce la tubercolosi locale, e che ha sempre per cagione produttrice la presenza e la moltiplicazione di un microbo speciale, non si potrà più disconoscerne la sua natura. Forse sarà necessario meglio descriverne e limitarne chiaramente il suo quadro nosologico.

Anche nella terapeutica del lupus sonosi fatti notevoli progressi. Voi vi ricorderete dei metodi che vi ho esposto, e che anche ho fatto eseguire a voi stessi, cioè delle scarificazioni del Vidal, delle cauterizzazioni del Besnier e delle punteggiature da me talvolta preferite; vi ricorderete pure del poco valore che hanno in generale le cure topiche, se si tolgono le compressioni con cerotti medicati, imperocchè tutti i medicamenti che provocano una iperemia consecutiva di lunga durata favoriscono lo sviluppo dei bacilli del lupus. Di recente però ho sperimentato con vantaggio il sublimato corrosivo in un coll'acido fenico e l'ossido di zinco, secondo le norme di Unna (4), dopo le scarificazioni od il raschiamento.

Ma di molte cose che amerei ancora dirvi sul lupus conviene che me ne taccia. Io vi ho accennato la via dei nuovi studi e voi la proseguirete senza dubbio.

§ 7. *Conclusioni.* — Sarebbe stato mio desiderio, prima di prendere da voi congedo, di riassumervi altre osservazioni e specialmente alcune delle nozioni che vi ho esposto sui rapporti grandissimi che hanno la Dermatologia e la Sifilografia con le scienze sociali. Ma il tempo stringe e non mi è dato più oltre dilungarmi. Basterà che io vi ricordi la gravissima questione della peilagra che fatalmente si diffonde per le campagne, ed insidiosamente si insinua nei più forti organismi, li consuma, li perverte, e li uccide.

Voi sapete quanto è triste e dolorosa la vita degli infelici agricoltori che ne sono vittima. Studiate quindi con amore questa grave questione, e adoperatevi a sempre meglio fare conoscere la necessità di energici provvedimenti.

(1) Monatshefte für praktische Dermatologie, giugno 1883.

(2) Berliner Klinische Wochenschrift, n. 15, 1883.

(3) Centralblatt für Chirurgie, n. 19, 1883.

(4) Monatshefte für praktische Dermatologie, n. 1-3, 1884.

Non giova poi che io vi accenni ai gravi problemi che sollevano le malattie veneree. Dal bambino che nasce con la infezione o che la succhia col latte, alla donna che l'acquista nel letto nuziale, è tutta una imponente tesi, che vi si impone allo studio onde mitigarne i tristissimi effetti.

Non dirovi dell'altra agitatissima questione della prostituzione. Certamente è oggi del tutto illusorio il modo con il quale viene regolata. Sarebbe meglio sopprimere certi regolamenti che sono ad ogni momento calpestati da chi li dovrebbe rispettare. Sono più di sette anni che per il mio ufficio studio ogni giorno il triste problema e ognora più comprendo che l'attuale regolamento è spesso anzichè utile, nocivo.

*Egredi giovani,*

Se con questa breve arida ed incompleta rassegna dei nostri studi vi ho affaticato, vogliate considerare che lo feci nel desiderio che vi rimanesse meglio impresso di essi qualche ricordo.

Nel lasciarvi vogliate accogliere un fraterno consiglio. Perseverate nell'amore allo studio; solo da esso ritrarrete conforto e lena nelle aspre lotte della vita.

Diffidate ognora di coloro, che del progresso scientifico hanno cura solo apparente, ma che internamente lo disprezzano, e che per coprire la loro verbosa ignoranza, o la loro vacillante autorità, sorridono dei nuovi studi, delle nuove scoperte.

Fuggite da questo spirito di studiato scetticismo che distrugge e non crea, che spegne l'entusiasmo di una vita operosa. Combattetene ognora il pregiudizio, l'ignoranza, l'inerzia che sovente si impongono; nè vi venga mai meno la fede in un progresso indefinito; quella fede con la quale potrete con onore combattere e vincere.

# APPENDICE

## CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA.

### CLASSIFICAZIONE DELLE DERMATOSI E DELLE SIFILIDI

#### A. DIVISIONE MORFOLOGICA DELLE DERMATOSI

##### I. FORME PRIMITIVE

1. Macchie
2. Eritemi
3. Papule
4. Squamme
5. Vescicole
6. Bolle
7. Pustole
8. Tubercoli
9. Tumori

##### II. FORME SECONDARIE

1. Squamme
2. Croste
3. Abrasioni
4. Ulcerazioni
5. Ragadi
6. Ipertrofie
7. Atrofie
8. Macchie
9. Cicatrici

#### B. DIVISIONE CLINICA DELLE DERMATOSI

CLASSE I. Dermatosi parassitarie	CLASSE VI. Ipertrofie
» II. » da infezione o da contagio	» VII. Atrofie
» III. Iperemie	» VIII. Neoplasie
» IV. Emorragie	» IX. Nevrosi
» V. Infiammazioni	» XI. Malattie delle glandule cutanee.

#### CLASSE I. — Dermatosi parassitarie

##### SEZIONE 1.<sup>a</sup> DERMATOMICOSI

A. *Tigna favosa*. (Mycosis favosa: favus)

1. DermatOMICOSI favosa — 2. Tricomicosi favosa — 3. Onicomicosi favosa

B. *Tigna pustolosa* (Mycosis pustolosa)

1. DermatOMICOSI pustolosa

2. Tricomicosi pustolosa { della barba (Sicosis parassitaria)  
del capillizio (Kerion dei Greci)

C. *Tigna tonsurante* (Mycosis circinnata)

1. DermatOMICOSI, a) maculo-vescicolosa, b) circinnata, c) diffusa, d) marginata (eczema marginato) — 2. Tricomicosi circinnata — 3. Onicomicosi circinnata.

D. *Tigna versicolore* o cromofitosi

DermatOMICOSI furfuracea (*Pitiriasis versicolor*)

##### SEZIONE 2.<sup>a</sup> DERMATOZOONOSI ED EPIZOONOSI

A. Scabbia o rogna — parassita *Acarus scabiei*

B. Acariasi follicolare — parassita *Acarus folliculorum*

C. Ftiriasis del capo — parassita *Pediculus capitis*

- » del corpo » » corporis  
» del pube » » pubis

3. Stigmatosi parassitarie, (*pulex irritans*, *filaria medinensis*, *leptus autumnalis*, *ixodes ricinus*, etc.).

**CLASSE II. — Dermatose da infezione o da contagio**

1. Varicella — 2. Vaiolo — 3. Morbillo — 4. Scarlattina — 5. Erisipela — 6. Dermotifo — 7. Pustola maligna — 8. Mollusco contagioso — 9. Lupus — 10. Lebbra (Elefantiasi dei Greci) — 11. Pellagra.

**CLASSE III. — Iperemie**

- A. Attive** — 1. Eritema semplice — 2. Eritema traumatico — 3. Eritema intertrigo — 4. Eritema ab ingestis, da medicamenti, ecc.  
**B. Passive.** — 1. Eritema pernio — 2. Ecchimosi mecc. — 3. Cianosi

**CLASSE IV. — Emorragie**

1. Porpora semplice - Porpora papulosa o lichenoida - Porpora reumatica (*pelliosis*) - Porpora emorr. (*morbo del Werlhoff*) — 2. Petecchie — 3. Vibici — 4. Scorbuto.

**CLASSE V. — Infiammazioni**

- A. Eritematice.** — 1. Eritema multiforme — 2. Eritema nodoso — 3. Orticaria — 4. Roseola.  
**B. Papulose.** — 1. Lichen rosso - Lichen piano — 2. Lichen *scrophulosorum* — 3. Prurigine mite - Prurigine di Hebra.  
**C. Vescicolose.** — 1. Erpete febbrile — 2. Erpete genitale.  
**D. Pustolose.** — 1. Impetigine — 2. Ectima — 3. Sicosi semplice.  
**E. Bollose.** — 1. Pemfigo acuto — 2. Pemf. cronico — 3. Rupia.  
**F. Squamose.** — 1. Psoriasi — 2. Pitiriasi - Pitiriasi rossa - Pitiriasi della testa — 3. Dermatite esfoliativa.  
**G. Composte (Eczema).** — 1. Papuloso — 2. Vescicolare — 3. Pustoloso — 4. Squamoso — 5. Ragadiforme — 6. Impetiginoida.

**CLASSE VI. Ipertrofie**

- A. Dell'epidermide.** — 1. Ictiosi — 2. Tilosi — 3. Keratosi pilare, o lichen pilare — 4. Corno cutaneo — 5. Verruca.  
**B. Del pigmento.** — 1. Lentiggini — 2. Cloasmi — 3. Efelidi — 4. Melanodermia — 5. Neo pigmentato — 6. Argiria.  
**C. Del corion ec.** — 1. Sclerema dei neonati — 2. Elefantiasi degli Arabi — 3. Morfea — 4. Dermatolisi — 5. Mixedema — 6. Framboesia.  
**D. Dei peli e delle unghie.** — 1. Ipertricosi — 2. Neo piloso — 3. Plica — 4. Iperonichia — 5. Onicogrifosi — 6. Onicolisi.

**CLASSE VII. — Atrofie**

- A. Del pigmento.** — 1. Albinismo — 2. Canizie o poliosi — 3. Leucodermia.  
**B. Della cute.** — 1. Atrofia senile — 2. Atrofia lineare — 3. Atrofia maculosa.  
**C. Dei peli.** — 1. Alopecia - aerata - pitiroide — 2. Tricorexi nodosa — 3. Fragilità dei peli.  
**D. Delle unghie.** — 1. Onicotrofia congenita — 2. Onicotrofia accidentale.

**CLASSE VIII. — Neoplasie (Dermatomi)**

**SEZIONE 1.<sup>a</sup> — OMEOMORFE**

- A. Da connettivo.** — 1. Adenoma — 2. Fibroma — 3. Keloide — 4. Mollusco fibroso — 5. Xantoma — 6. Rinoscleroma — 7. Rinofima.

- B. Vascolari.** — 1. Angioma — 2. Linfangioma — 3. Linfadenoma.  
**C. Nervose.** — 1. Nevroma.

SEZIONE 2.<sup>a</sup> — ETEROMORFE

- A. Mioma.** — 1. Fibro-mioma.  
**B. Sarcoma.** — 1. Fibro-sarcoma — 2. S. pigmentato o melanotico.  
**C. Epitelioma.** — 1. Papillomatoso — 2. Secondario.  
**D. Carcinoma.** — 1. Primitivo — 2. Secondario.

CLASSE IX. — **Nevrosi**

1. Dermatalgia — 2. Prurito cutaneo — 3. Iperestesia cutanea — 4. Anestesia cutanea — 5. Pelle anserina.

CLASSE X. — **Trofonevrosi**

1. Sclerodermia — 2. Mal perforante del piede — 3. Erpete zoster — 4. Viti-  
ligine — 5. Micosi fungoide — 6. Alopecia — 7. Asfissia simmetrica delle  
estremità.

CLASSE XI. — **Malattie delle glandule cutanee**

SEZIONE 1.<sup>a</sup> — GLANDULE SEBACEE

- A. Per alterata secrezione.** — 1. Acne sebacea (oleosa, cerea, cornea) — 2. Acne  
puntata. — 3. Acne molluscoide — 4. Xeroderma.  
**B. Per flogosi delle glandule.** — 1. Acne semplice — 2. Acne indurata — 3. Acne  
rosacea.

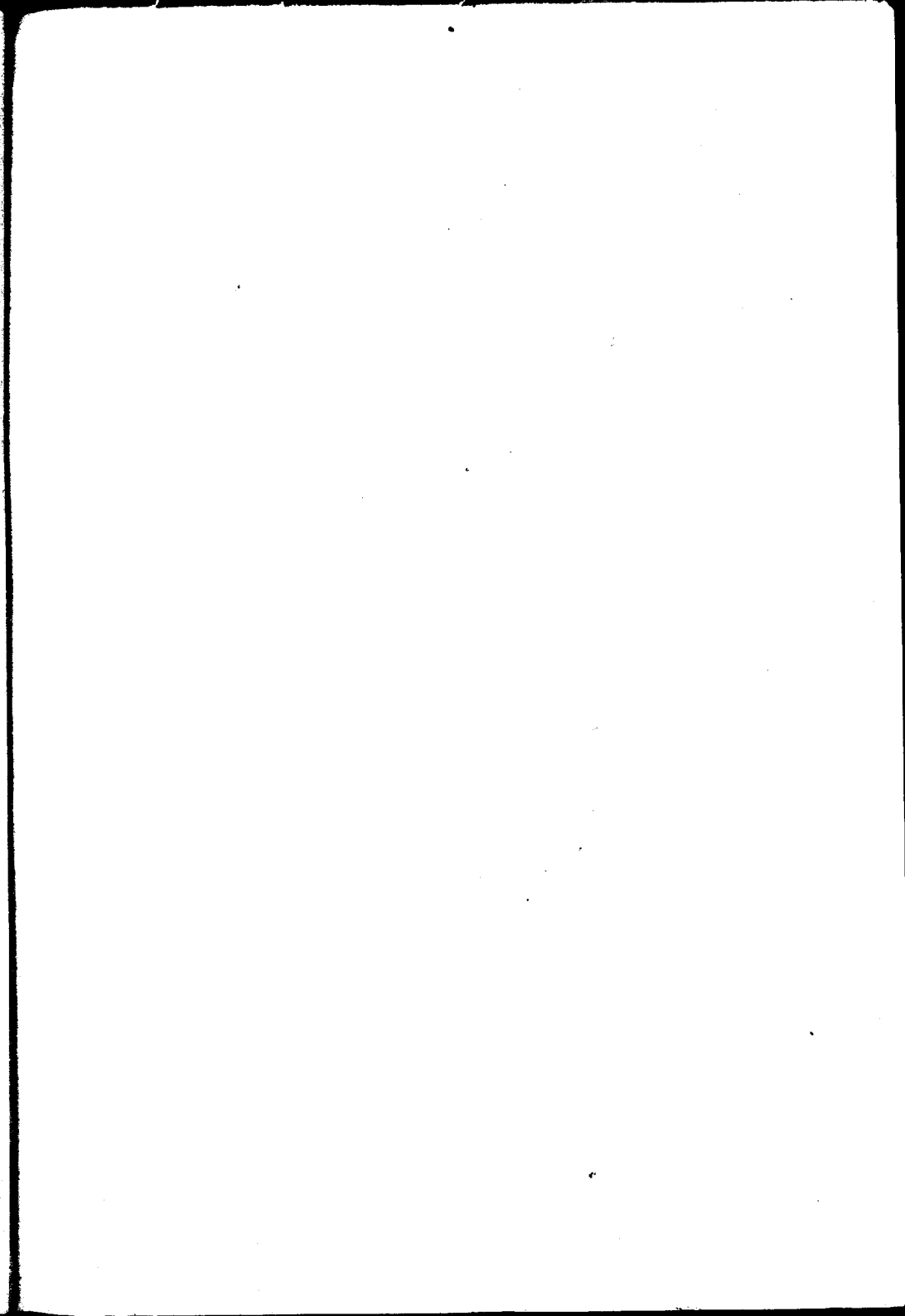
SEZIONE 2.<sup>a</sup> — GLANDULE SUDORIFERE.

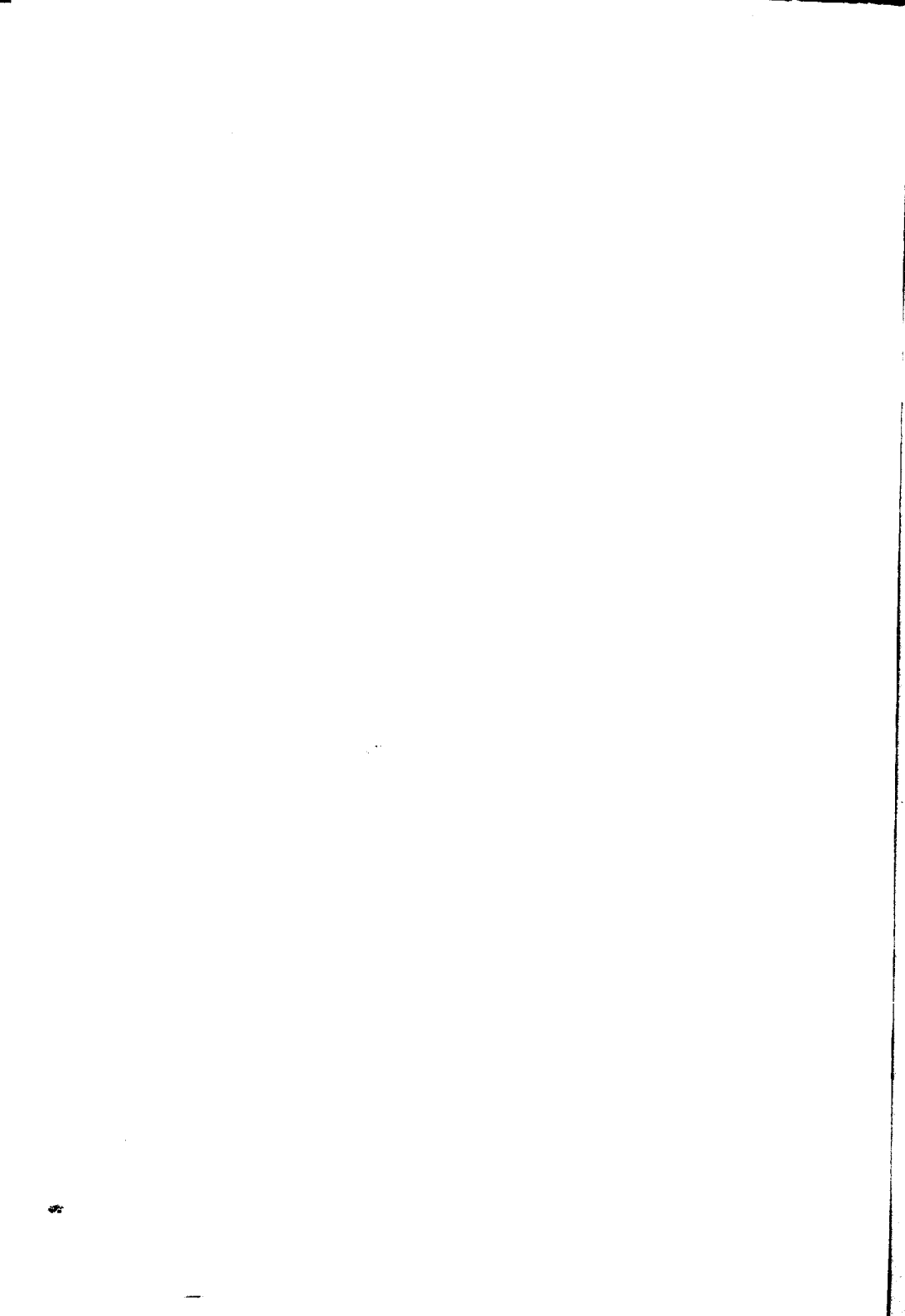
- A. Per alterata quantità della secrezione.** — 1. Iperidrosi — 2. Emidrosi.  
**B. Per alterata qualità della secrezione.** — 1. Cromidrosi — 2. Bromidrosi —  
3. Ematoidrosi. — 4. Uroidrosi.  
**C. Per ritenzione della secrezione.** — 1. Disidrosi (*cheiro-pomfolicæ*) — 2. Suda-  
mina — 3. Anidrosi.

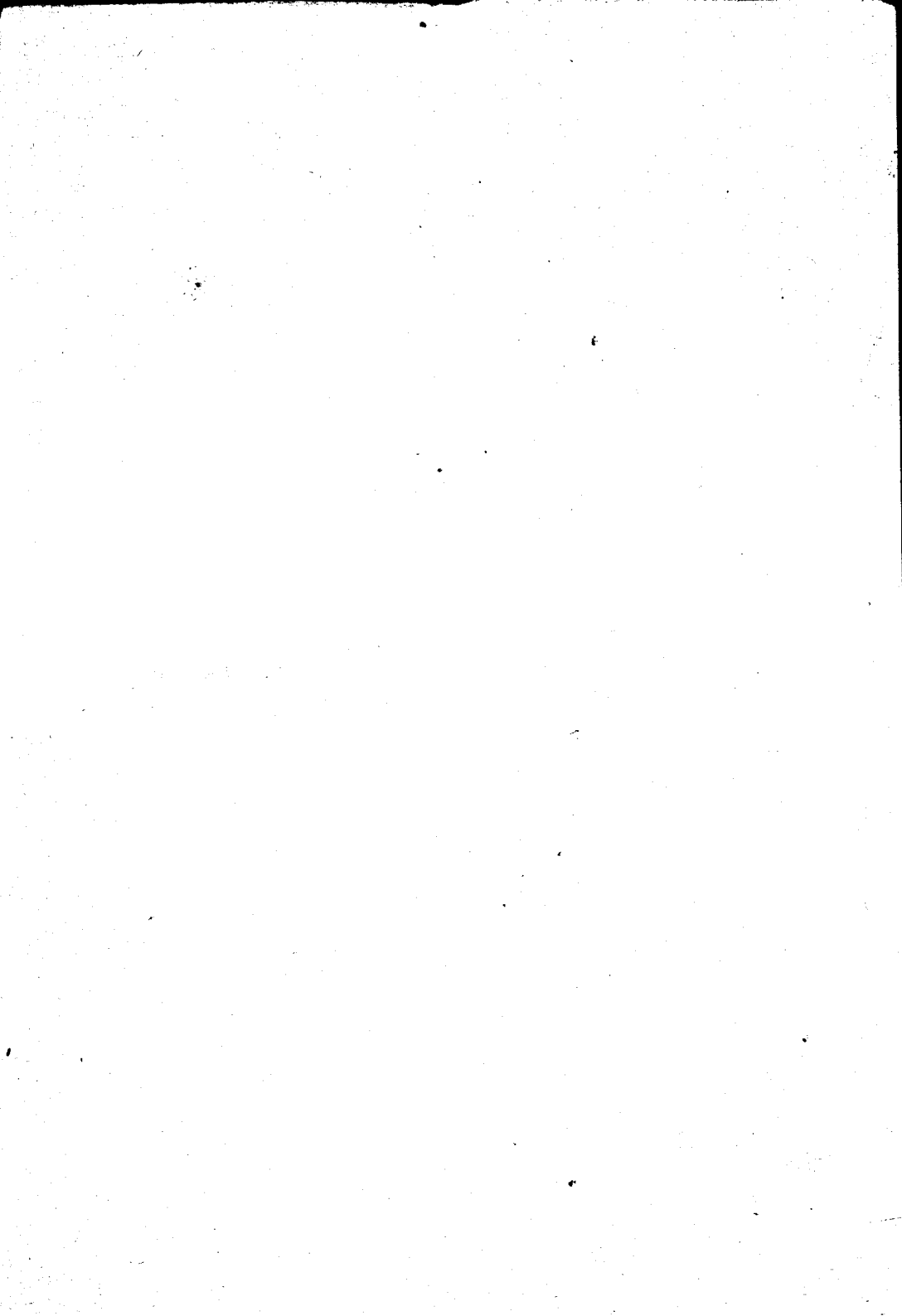
**C.** DIVISIONE MORFOLOGICA DELLE SIFILIDI

1. Sifilidi eritematiche. — S. maculosa — S. papulosa — S. orticata.  
2. Sifilidi papulose. — S. lenticolare — S. orbicolare — S. papulo-gommosa.  
3. Sifilidi vescicolari. — Varicella (sifilitica) — S. eczematosa — S. erpetiforme.  
4. Sifilidi bollose. — S. pemfigoide — S. rupiacea.  
5. Sifilidi pustolose o pustolo-crostose. — S. varioliforme — S. acneica —  
S. ectimatosi — S. impetiginoidi.  
6. Sifilide tubercolosa.  
7. Sifilide maculosa o pigmentaria.  
8. Sifilide vegetante.  
9. Sifilide gommosa.

Dott. BARDUZZI.







---

*Milano. Tipografia Bortolotti di Dal Bono e C.*

---