



A. 40.49

DOTT. ENRICO RASORI

Assistente alla Clinica Dermo-Sifilopatica della R. Università di Roma

I PROGRESSI DELLA SIFILOPATIA

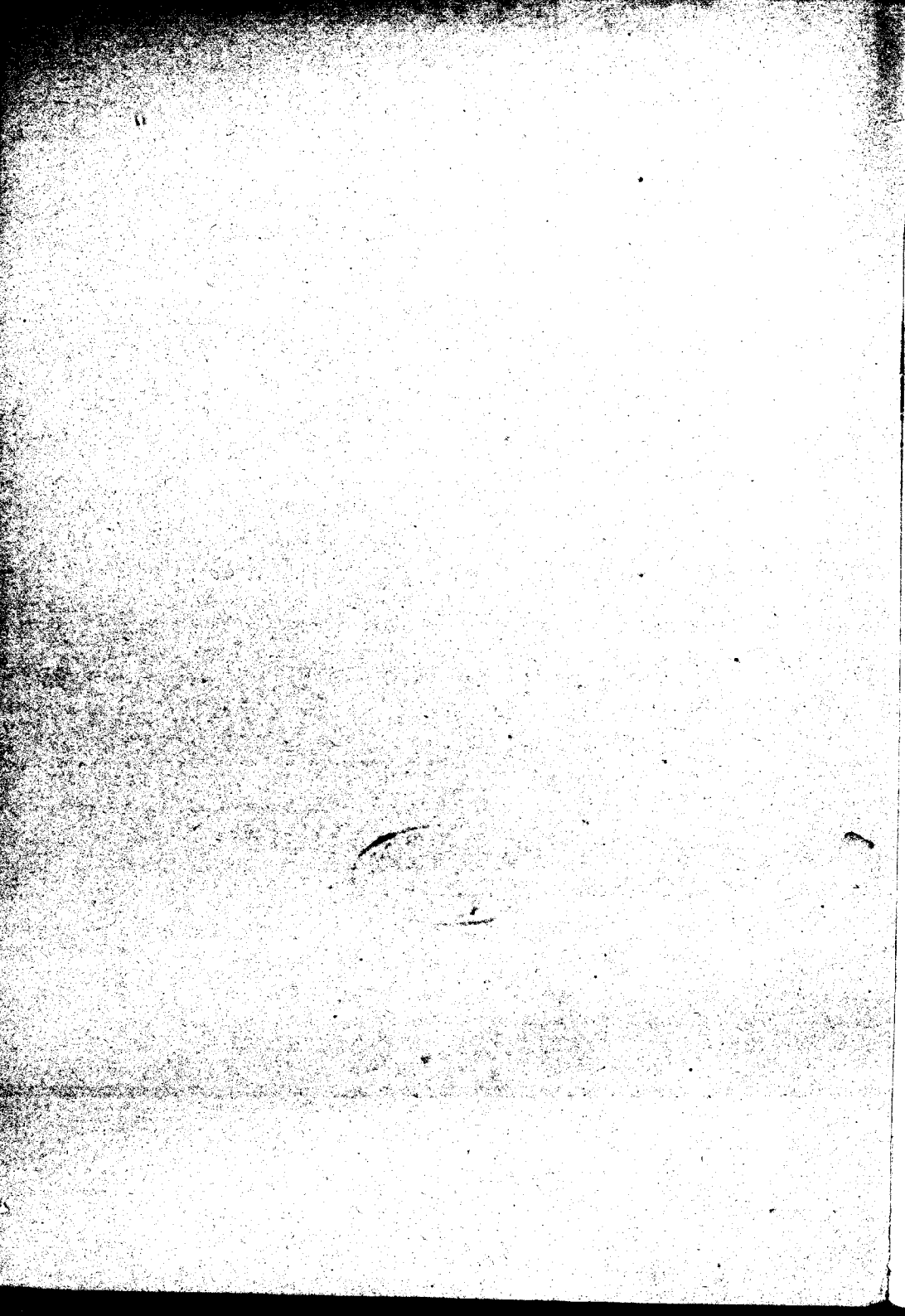
NEL NOSTRO SECOLO



ROMA

FORZANI E C., TIPOGRAFI DEL SENATO

1886



DOTT. ENRICO RASORI

Assistente alla Clinica Dermo-Sifilopatica della R. Università di Roma

I PROGRESSI DELLA SIFILOPATIA

NEL NOSTRO SECOLO



ROMA

FORZANI E C., TIPOGRAFI DEL SENATO

—
1886

Estratto dallo **Spallanzani**, Rivista italiana di Scienze mediche e naturali
Fasc. I, II, III e IV, anno XV, serie 2^a, 1886

Sui primordi dell'invasione della sifilide in Europa i medici contemporanei, specialmente Italiani, distinguevano esattamente la blenorragia e l'ulcerò molle dalle nuove forme, le curavano con adatti rimedi, avevano molte idee cliniche abbastanza esatte sulla loro origine, sviluppo, trasmissione mediata ed immediata, o per la via della generazione, erano, in una parola, dualisti. Trascorsi pochi anni, una deplorabile confusione oscurava gli studi precedenti, tutte le forze morbose vollero riportarsi ad una medesima ed identica origine stabilendosi la teoria dell'identismo che dovea durare tre secoli, e del quale non sono interamente scomparsi i seguaci.

Ecco infatti quale era lo stato della sifilopatia negli ultimi anni del secolo XVIII.

All'identità del virus della blenorragia le immortali dissezioni di Morgagni avevano portato il primo colpo, dimostrando che la malattia raramente accompagnavasi ad ulcere della mucosa uretrale. Pochi anni dopo, e precisamente nel 1767, Balfour di Edimburgo emise per primo la formale opinione sulla differenza tra il virus gonorroico e sifilitico, originando così la teoria della *non identità*, che riconosceva la blenorragia come malattia particolare prodotta da un contagio proprio distinto da quello che ingenera l'ulcerò e la sifilide costituzionale. La schiera dei non identisti si fece ben presto numerosa e scelta; ma uomini di non minor valore raggruppavansi intorno ad Hunter, di cui un disgraziato accidente aveva fatto il più convinto difensore dell'*identismo*, cioè dell'origine unica di tutte le forme morbose veneree.

Hunter (1786), creatore del metodo sperimentale dell'inoculazione, per cercare la soluzione del problema s'innestò il pus di una gonorrea sventuratamente dipendente da ulcero intrauretrale, da lui non avvertito, contraendo così un ulcero duro, seguito dallo sviluppo di sintomi sifilici costituzionali, e da questa casuale coincidenza proclamò e difese l'unità del virus.

Le cognizioni sulla blenorragia erano adunque a questo punto; vediamo quali teorie fossero in vigore per l'ulcero molle e pel duro.

L'ulcero molle segnalato e descritto dagli antichi colla massima precisione e riconosciuto come tale fino alla fine del secolo xv, cominciò allora ad essere scambiato coll'ulcero duro, specialmente dopo gli scritti del Vella (1508) che concluse all'identità delle due malattie. Questa dottrina, generalmente adottata, diè origine all'unicismo che sosteneva la natura identica delle due specie di ulceri.

Convieni giungere alla fine del secolo xviii per rinvenire le prime osservazioni cliniche tendenti a distinguere le varie ulcerazioni veneree.

I lavori di Hunter (1786) e di Bell (1793) ebbero una decisiva influenza sui progressi della sifilopatia, che fu studiata da essi con una elevazione d'idee e con criteri clinici mai sviluppati per l'innanzi. Richiamarono l'attenzione dei pratici sulle due specie di ulceri, sul loro decorso, sulle conseguenze diverse; discussero i lavori dei primi sifilografi Italiani, Marcello Comano, Torella, Mainardo, Vigo, Alessandro Benedetto, Fracastoro ed altri, specialmente in riguardo all'ulcero duro ed alle sue conseguenze.

L'esame delle opere di Hunter basta a farci conoscere quali fossero le cognizioni diffuse nella classe più istruita dei medici al suo tempo. Il metodo dell'inoculazione, che dovea servire di fondamento alla distinzione tra le malattie veneree, si deve a lui; esso ne fu l'inventore e disgraziatamente la vittima, e questo malaugurato errore ritardò di molti anni la teoria del dualismo.

Riepilogando, ecco le idee generali sulle malattie veneree comunemente adottate nel 1800.

Gl'*identisti* credevano che la blenorragia, l'ulcero molle, l'ulcero duro fossero espressioni morbose del medesimo virus.

I *non identisti*, al contrario, vedendo che alcune forme, quantunque avessero il carattere della contagiosità, pure non erano mai seguite da manifestazioni generali, vollero dividerle dalle altre.

Riconosciuta la blenorragia come malattia particolare prodotta da contagio proprio, l'osservazione clinica portata sulle forme ulcerative primitive, incominciò a far dubitare della causa che le produceva, donde

la dottrina del non identismo fu divisa nelle due nuove teorie, quella dell'unicità, e l'altra della dualità del principio o virus ulceroso.

Gli *unicisti* credevano all'identità di natura dell'ulcero molle o semplice, e del duro o infettante o sifilitico. Il virus produceva l'ulcero molle o duro secondo le condizioni speciali o l'idiosincrasia dell'individuo contaminato. Il bubone era un emuntorio che impediva la penetrazione del virus nell'organismo, perciò dopo la suppurazione di esso non verificavasi mai la sifilide costituzionale.

I *dualisti* ritenevano l'ulcero molle ed il duro come costituenti due entità morbose completamente differenti. Questa teoria però non esisteva che in embrione, e non doveva trionfare delle altre se non mezzo secolo più tardi.

L'immensa maggioranza dei medici, anche colti, parteggiava per l'identismo, anzi la teoria era tanto spinta che le più semplici forme di malattie comuni spesso erano riportate al principio virulento venereo. Basti un solo esempio: un riputato scrittore, di non comune ingegno, ammetteva la rogna sifilitica.

Prima di occuparci della sifilopatia propriamente detta, vediamo in poche linee come la blenorragia fosse completamente separata e divisa dalle altre malattie veneree.

Bell inaugurava il secolo XIX pubblicando il suo trattato della gonorrea virulenta e della malattia venerea (1802) e marcando la differenza essenziale fra queste lesioni. Ai suoi tennero dietro i lavori di Vaccà-Berlinghieri sullo stesso argomento, seguiti ben presto da quelli di Swediaur (1807), che determinò su se stesso la blenorragia per mezzo delle iniezioni di ammoniaca. Ma rimaneva ancora il grande argomento dell'identismo nel fatto di Hunter. Questo fu vittoriosamente confutato nel 1812 dalle 17 inoculazioni blenorragiche che Hernandez eseguì sui forzati di Tolone, in nessuno dei quali si riprodusse sifilide. Ricord convalidò le sperienze di Hernandez con numerose inoculazioni, e colla dimostrazione necroscopica dell'ulcero intrauretrale. Da quell'epoca la questione della non identità del virus blenorragico fu decisa, la sede specifica della lesione luminosamente dimostrata, ed ogni particolarità della malattia accuratamente studiata da splendide monografie, tra le quali primeggiano quelle di Diday (1858), Cullerier, Desormeaux, Fournier, Bumstead, Patamini, Profeta, Gamberini, Turati, Neisser, e, nell'anno 1885, da Czerni.

Nell'esporre i progressi della sifilopatia nel nostro secolo, mi atterrò semplicemente all'ordine cronologico, volendo solo mostrare come per gradi dalle dubbiezze nelle quali era avvolto questo ramo della

scienza medica, siasi giunti alla esatta distinzione delle malattie veneree e sifilitiche, alla facile loro diagnosi, e principalmente ai rimarchevoli risultati terapeutici, che rendono queste malattie meno temibili, e più facilmente curabili che non lo fossero qualche anno indietro, quando erano causa di tristissime conseguenze che attualmente non abbiamo più a lamentare. Trascurando le aberrazioni di alcuni sifilografi, e non discutendo le teorie improbabili ed erronee vagheggiate e sostenute anche da riputati autori, rammenterò solo le scoperte che ricevettero in seguito la conferma della pratica, e la sanzione dei moderni reperti della Clinica e dell'Anatomia patologica.

Esistono complete raccolte di tutte le opere riguardanti le malattie veneree e sifilitiche: non mi occuperò di riportarle. Il mio modesto ed agevole scopo sarà esclusivamente quello di accennare concisamente i fatti principali, le osservazioni cliniche più salienti della storia della sifilopatia, di riunire infine in modo sommario la cronaca del nostro secolo.

L'anno 1801 fu segnalato negli annali della sifilopatia per la prima descrizione dell'irite fatta da Beer e Schmidt. Provarono essi esistere una speciale lesione dell'iride indotta dalla sifilide, e curabile principalmente coi mercuriali. Nel 1814 Edwards richiamò l'attenzione dei medici sulla frequenza di questa affezione nei sifilitici, calcolata da Graefe come il 60 %. Laurence (1830) l'osservò nei neonati sifilitici. I successivi studi di Ricord, Velpeau, Richet ed altri ne tracciarono nettamente il quadro clinico, completato ai nostri giorni da Virchow, Graefe, Vecker, ecc. Colberg dimostrò che la composizione dei tubercoli o condilomi, che notansi nell'iride, è indizio quasi assoluto della causa sifilitica della malattia, giacchè la loro composizione è identica ai tumori gommosi descritti dal Virchow. Infatti, secondo Graefe, in 60 casi di tubercolo irideo, due sole volte non poté accertarsi la pregressa infezione. Ad Hutchinson (1875) dobbiamo le più interessanti osservazioni sull'irite infantile.

Bell (1802) descrisse l'ulcero duro elevato che ha il carattere speciale di sporgere sopra la cute come una testa di chiodo, e fa notare sotto di sé colla più grande facilità l'induramento cartilagineo o legnoso.

Diede la spiegazione dell'errore nel quale era incorso Hunter, che s'inoculò la sifilide da uno scolo uretrale, mostrando il primo che la lesione primitiva della sifilide potea svilupparsi in quella regione.

Ammise la trasmissione paterna della sifilide e l'infezione ereditaria conseguente.

Pubblicò uno dei più rimarchevoli casi dei quali si vanta la moderna sifilografia: una donna, pazza da due anni, sottomessa alla cura mercuriale per lesioni sospette, guarì da queste e dall'alienazione mentale. Di qui si originarono gli studi sulla sifilide cerebrale, proseguiti da Lallemand, Rayer, Charcot, Murri, Giacomini, Lombroso, Soresina, Pellizzari ed altri, studi che raggiunsero il loro acme coi lavori clinici di Mauriac e soprattutto di Fournier.

Fu il primo a spiegare l'etiologia delle vegetazioni condilomatose succedenti a svariate cause irritative, ed a giudicarle indipendenti da contagio venereo o sifilitico. Seguirono le sue opinioni Diday, Rollet, Guerin; mentre Ricord e la sua scuola credettero che la sifilide potesse dare origine ad una varietà particolare di vegetazioni. I migliori lavori moderni su questo argomento si debbono a Profeta e De Amicis.

La sifilide ereditaria fu negata da Hunter, il quale ammetteva l'integrità delle secrezioni, e non credeva alla trasmissione paterna della sifilide, e poco all'influenza della madre. L'opera di Mahon (1804) sull'esistenza, la natura e la comunicazione delle malattie sifilitiche nelle donne incinte, nei neonati e nelle nutrici aprì la feconda serie di lavori su questo interessante argomento, proseguiti da Bertin, Ricord, Diday, Gamberini, Auspitz, Taylor, Ranvier, Parrot, ecc., e che accenneremo man mano particolarmente.

Bozzini, nel 1805, ideò un istrumento che avesse il potere di condurre dei raggi riflessi di luce nell'interno dell'uretra, e che ne permettesse la dettagliata osservazione. Fu questa l'origine dell'endoscopia uretrale. L'endoscopio fu in seguito perfezionato da Segalas, Bombalchini, Fisher, Malherbe, Cazenave, ecc., finchè Desormeaux ne diffuse la pratica pubblicando un'opera sulle malattie uretrali curate per mezzo di esso. Langlebert, Mallez, Tarnouski, Auspitz, Steurer, Grünfeld lo ridussero gradatamente ad uno strumento semplicissimo facilitandone l'applicazione, talchè oggi la sua utilità nelle malattie uretrali è incontestata.

Vaccà-Berlinghieri (1806) richiamò l'attenzione dei medici sulla linfite che può complicare le lesioni veneree dei genitali, e specialmente sugli ascessi e fistole che talora ne conseguono. Queste complicazioni furono in seguito studiate dal Ricord e dal Bassereau che ne fecero apprezzare la frequenza e l'importanza. In un caso d'autopsia Bassereau poté constatare la verità dell'asserto del Vaccà-Berlinghieri, che cioè

il tragitto fistoloso era costituito dal vaso linfatico ipertrofizzato per una considerevole estensione, cosa che ne avea reso impossibile la guarigione.

Chrétien nel 1811 fece rivivere l'uso dell'oro che dicevasi usato dagli Arabi per curare le malattie veneree. Hanemann (1825) ne usò anch'esso. L'esperienza consecutiva ne ha dimostrato la poca importanza. Anche l'uso dell'acido nitrico per la cura della sifilide terziaria consigliato da Aylon e sperimentato da Hanemann, è stato riconosciuto pressochè inutile.

Carmichael (1814) sorse a combattere l'unicismo cercando di mostrare la differenza di carattere che certe ulcere primitive manifestano fino dalla prima loro comparsa. Sebbene credesse potere lo stato costituzionale modificare la malattia locale, ammetteva la differenza dei virus e lamentava che generalmente si trattassero come sifilitiche tutte le ulcere dei genitali qualunque ne fossero le apparenze, i caratteri ed i segni distintivi. Il tentativo di Carmichael fu vano per le suddivisioni che cercò d'introdurre, distinguendo quattro diverse specie di virus capaci di produrre altrettante specie di ulcere, seguite da quattro varietà distinte di eruzioni.

Bisogna però ammettere che alle sue teorie erranee sopravviverà sempre l'importante e completa descrizione che diede dell'ulcero fagedenico, allo studio clinico del quale pochissimo aggiunsero i lavori di Robert, Jacquemet, Benoît, ecc.

Carmichael segnalò anche l'ipertrofia delle tonsille al principio della sifilide, seguito in ciò da Clerc e Tanturri che trattò completamente quest'argomento.

Nel 1814 Monteggia osservando che in seguito alla vaccinazione sopravvenivano talora eruzioni generalizzate, alle quali davasi comunemente il nome di rogna vaccinale, ebbe primo il sospetto che potessero dipendere dalla sifilide inoculata col mezzo profilattico suddetto. Nove anni dopo Omodei provava che il sangue raccolto col pus era l'agente del contagio. Questi studi rimasero però dimenticati lunghi anni, finchè vari terribili casi accaduti in Prussia, Francia, Inghilterra, Italia ed in America preoccuparono vivamente gli scienziati, e diedero origine ai lavori di Rollet e Viennois (1860) che possono ritenersi come lo studio più completo su questo argomento, e che valsero a convalidare la spiegazione data dall'Omodei in casi nei quali la pustola vaccinica

erasi metamorfosata in un vero ulcero duro. Taylor (1876) segnalò un altro fatto sfuggito all'attenzione dei medici, cioè la trasmissione della sifilide per l'uso dello strumento non ripulito adoperato successivamente in vari individui, uno dei quali sia sifilitico, sebbene il vaccino sia purissimo.

Monteggia descrisse egregiamente le lesioni delle mucose, che nella maggioranza dei casi costituiscono la prima e più significativa manifestazione della sifilide ereditaria.

Swediaur nel 1817 accenna a molti casi di ulcersi sifilitici delle dita contratti da ostetriche nell'assistere partorienti infette. Crede inoltre che gli anatomici siano esposti a contrarre una violenta e pericolosa sifilide disseccando cadaveri del genere; asserzione che fortunatamente fino ad oggi non è stata confermata da alcun fatto.

I primi sifilografi come Giovanni De Vigo, Mattioli, ecc., sospettarono la febbre sifilitica; Hunter la segnalò anch'esso sebbene confusamente; Swediaur marcò nettamente l'epoca nella quale si manifesta, avanti cioè che si producano eruzioni cutanee visibili, e la chiamò febbre di specie lenta. Castelnau (1845), Guntz (1863) ne precisarono la specie ed il decorso; così Bumstead, Taylor, Fournier, il quale ultimo ne notò la frequenza nella donna, e le forme intermittente e continua. Gamberini accennò la mancanza di sete che si verifica in questa febbre; Vajda si occupò dell'analisi delle urine, nelle quali i depositi di dissimilazione non corrispondono affatto coll'elevazione della temperatura. Si riconobbe l'inefficacia del chinino, il quale ne perturba la periodicità (Capozzi), e l'utilità del mercurio col quale solamente guarisce.

Swediaur credeva che la sifilide avesse influenza fatale sulle malattie intercorrenti, Alibert, Sabatier, Rayer non ammisero questa gravità, ma solo Jourjon (1870) e Garrigue (1872) studiarono metodicamente tale questione mostrando che sebbene le dermatosi sifilitiche possano scomparire sotto l'influenza di uno stato morboso generale, tale risultato è solo temporaneo, giacchè cessata la malattia non è difficile vederle riapparire.

Ammise l'angina sifilitica constatata in seguito da Ricord, Profeta, e collocata da essi tra le manifestazioni secondarie precoci, come provarono le numerose osservazioni di Pilon (1857). Fournier ne contesta il carattere sifilitico.

Dimostrò le lesioni terziarie dei polmoni, questione entrata nella via delle ricerche esatte ai nostri giorni per opera di Lagneau (1851), Vecchi, Rollet, Cornil, Colomiatti (1878).

Gardien nel 1826 fu il primo a sostenere che la siflide potesse essere trasmessa per via della circolazione utero-placentale. Ricord chiamò questo modo d'infezione *choc en retour*. Tale teoria era basata sul fatto che le madri che partorirono figli sifilitici, presentano sintomi costituzionali durante o subito dopo la gravidanza. Una tale opinione fu divisa da Cazenave, Brizia, Cocchi, Muller, ecc. Oggi è provato e pressoché generalmente ammesso che l'infezione della madre o del figlio può effettuarsi pel tramite della circolazione utero-placentale.

Ad Astley-Cooper (1830) dobbiamo le prime nozioni sulla siflide del testicolo. Ricord illustrò in ispecie l'orchite cronica, Curling il sarcocoele specifico, Helot la funiculite, Tanturri l'epididimite, Rollet e Di Lorenzo il fungo; Hamilton, Virchow, Lancereau ne completarono l'anatomia patologica.

Simon (1831) rinnovava gl'infruttuosi attacchi di Carmichael contro l'unicismo, presentando nuovamente all'esame dei pratici un progetto di dualismo; mostrava la confusione che si era fatta tra le antiche ulcerazioni dei genitali con quelle studiate dopo la comparsa della siflide.

Nel 1832 lo joduro di potassio fu proposto ed adoperato da Vallace nella cura della siflide, e questa preziosa conquista della terapeutica non ha mai smentito la sua speciale efficacia. Guillot e Melsens hanno dimostrato la proprietà che ha lo joduro di potassio di render solubili i vari composti mercuriali e di favorirne l'eliminazione per le vie renali, qualora sia trattenuto nei tessuti del corpo. In tal modo questi residui mercuriali prima di essere espulsi dall'organismo sono capaci di esercitare la loro azione morbosa o terapeutica come provano i casi di salivazione succeduti all'uso dello joduro dopo una energica e protratta cura mercuriale.

Hassing provò in seguito che col solo joduro possono praticarsi cure antisifilitiche felici, provando così l'azione terapeutica indipendente dello joduro, che da alcuni si credeva inutile se non associavasi al mercurio.

Vallace (1835) inoltre stabilì colla sperimentazione le fonti del contagio sifilitico, mostrando erronee le conclusioni dedotte da Hunter e Ricord dagli auto-innesti nei sifilitici. Costatò esso il potere contagioso ed infettante delle placche mucose e delle pustole; identiche sperienze furono in seguito eseguite da Vidal (1849), Rinecker (1852), Valler, Gibert ed altri.

Biett fu il primo a descrivere una speciale modificazione che offrono le papole sifilitiche nel loro stadio avanzato, cioè la formazione di piccole squamme epidermiche in forma di anelli corrispondenti ai margini delle papole stesse.

Broussais (1835) l'eminente clinico francese è stato nel nostro secolo uno dei primi oppositori delle cure mercuriali nella sifilide, che esso credette una semplice flemmasia. Le sue tracce furono seguite da Dubled, Bobillier, Murphy e da numerosi medici che, sordi alle voci della clinica, dell'istologia, dei fatti, hanno con una costanza degna di miglior causa perseverato nei loro attacchi contro questo specifico.

Perfino ai nostri giorni (1873) Hermann persiste in questa idea, e rivolge una supplica ai governi per interdire la vendita del mercurio!

Nel suo trattato pratico sulla sifilide il Boyer (1836) cita alcuni esempi di contrattura muscolare in seguito ad infezione celtica, della quale lesione si occuparono in seguito Ricord, Notta, Mazzucchelli, Tizzoni, Straus, e più completamente Mauriac che ne completò il quadro nosologico. Le lesioni gommose dei muscoli furono illustrate clinicamente da Bouisson, Nelaton, Virchow, Lancereau, e Pellizzari: quelle dei tendini da Lisfranc.

A Boyer dobbiamo le prime osservazioni sulla sifilide della lingua, e sulla guarigione per mezzo dei mercuriali di alcune ulcere di quest'organo. Richerand e Lallemand portarono il loro contributo a queste ricerche, ma soprattutto a Fournier (1876) spetta il merito di aver completamente esaurito la questione. Distinse esso la sclerosi dalla gomma, pose la glossite sifilitica tra le lesioni tardive, e ne stabilì i caratteri diagnostici per differenziarla da altre lesioni.

Troncini (1837) esprime il primo l'idea che molte lesioni uterine potessero dipendere dalla sifilide; esagerava però molto questa causa, giacchè fra i tumori e le ulcere sifilitiche enumerava anche i veri cancri. Ai nostri giorni esistono ancora incertezze riguardo ai sifilomi uterini diffusi o sclerosi. Secondo Lancereau la sifilide sarebbe una causa della produzione di certi tumori fibrosi. Jullien riporta un caso di gomma del collo uterino guarita colla cura specifica. Duparque, Montanier e Molliere notarono identici casi, anzi quest'ultimo ottenne anch'esso la guarigione di un'ulcerazione uterina fungosa diagnosticata per cancro, e che durava da lungo tempo, con poche settimane di trattamento per mezzo delle frizioni mercuriali e dello joduro per uso interno.

Depaul nel 1837 incominciò a notare le lesioni dei polmoni nella sifilide ereditaria; studi che però non furono da lui resi di pubblica ragione se non nel 1851. Vennero in seguito i lavori di Devergie, Lebert, Robin ed altri, i quali completarono il lato clinico ed anatomico-patologico di queste importanti alterazioni.

Nel 1838 Ricord che può considerarsi come il fondatore della scuola moderna sulle malattie veneree pubblicò il suo trattato sull'inoculazione. Numerosissime sperienze lo persuadono che una specie di ulcero s'inocula all'infinito su chi lo porta, mentre altri non attecchiscono, eppure esso non distingue l'ulcero duro dal molle, ma crede che solo l'influenza della costituzione dei malati sia causa dell'infezione costituzionale. Fu esso tratto in errore dalla teoria di Hunter da lui ammessa, che cioè il potere infettivo fosse limitato alla piaga primaria; e ripetendo gli innesti in soggetti già infetti venne alle identiche conclusioni, alla negazione cioè del potere contagioso di tutto ciò che non fosse ulcero primitivo. Non fu se non quattordici anni più tardi e dopo i lavori di Bassereau, che Ricord fece onorevole ammenda schierandosi tra i dualisti.

Enumeriamo ora in modo sommario i principali lavori del grande sifilografo francese.

Ricord osservando che talora al fenomeno iniziale della sifilide si accompagnano alcuni noduli d'induramento nelle vicinanze, nei quali taluni vollero riconoscere ulceri abortivi, penso che dipendessero da infangiotti localizzate, conseguenza dell'ulcero primitivo; tale opinione è condivisa oggi da Fournier, Vidal ed altri.

Constatò l'esistenza dell'ulcero sifilitico rettale colla sua caratteristica durezza, lesione rara non tanto per sé, quanto per l'insufficienza di osservazione in quella località.

Lungamente Ricord e la sua scuola negarono la possibilità di trasmissione della sifilide dal neonato infetto alla nutrice, sforzandosi di assegnare un'origine venerea agli ulceri delle innocenti malate. A Langlebert e Rollet si deve l'onore di aver risoluto questo morale ed igienico problema.

L'ingorgo dei gangli a gruppo o pleiade, la loro consistenza, la costanza colla quale accompagnano l'ulcero duro, non poteano sfuggire all'esimio sifilografo, che provò la regolarità di questo sintomo tanto importante e necessario per l'esatta diagnosi di una lesione iniziale. Accennò anche alle cause di errore come la persistenza dei gangli in soggetti strumosi, e la corpulenza del malato che mette ostacolo alla loro

ricerca, e fece notare l'antagonismo esistente tra lo sviluppo del pannicolo adiposo e quello del sistema gangliare. Vide che se un ulcero spiega fagedenismo, i gangli rimangono intatti.

Ricord classificò le manifestazioni sifilitiche secondo il carattere predominante della malattia nelle varie epoche della sua evoluzione in tre periodi, cioè primitivo dell'ulcero, secondario, terziario. Credeva che i sintomi secondari non potessero inocularsi perchè differenti da un ulcero, ma esso stesso riconobbe in seguito che sebbene non auto-innestabili sono contagiosissimi per individui sani. Sosteneva anche non essere innestabili le lesioni terziarie, e non potersi esse trasmettere ereditariamente nel loro tipo speciale pei cambiamenti profondi avvenuti nel virus in tale stadio. Stabiliva che le manifestazioni secondarie si esplicavano sulla pelle e sulle mucose e loro annessi; e le terziarie sui tessuti cellulare, fibroso ed osseo, e sebbene possa obbiettarsi a questa classificazione che nei primissimi sintomi della sifilide generale si hanno talora cefalea e dolori articolari che dipendono da flogosi del periostio e del tessuto fibroso, pure con leggere modificazioni si adotta ancora la semplice e naturale divisione cronologica dell'eminente specialista.

Ad esso anche dobbiamo un'importante distinzione nei metodi curativi, che cioè il mercurio serva mirabilmente a combattere i sintomi secondari; lo joduro i terziari.

Richiamò pel primo l'attenzione sul fatto che un ulcero in periodo di riparazione può trasformarsi in placca mucosa, cangiandosi da lesione primaria in secondaria.

A spiegare l'attecchimento di un ulcero sopra una superficie non abrasa, nè ferita, nè affetta da un'eruzione, Ricord propose la teoria del *contagio ritardato* che si effettua quando il pus deposto alla superficie dei tegumenti per le sue proprietà irritanti vi determina uno stato eritematoso seguito dalla perdita di epitelio della parte, donde la penetrazione del pus nell'organismo e la comparsa dell'ulcero.

Dello stesso autore sono le interessanti osservazioni sul *contagio mediato*, quando un individuo che ha commercio con un soggetto malato, rimane immune, comunicando però la malattia ad un terzo, e servendo di medium, osservazioni convalidate dai casi di Puche, e dalle convincenti sperienze di Cullerier, che provarono all'evidenza potere la mucosa degli organi genitali contenere e mantenere per un certo tempo un principio virulento, senza averne nulla a soffrire.

Sperimentò la resistenza di vitalità del virus ulceroso conservandolo in tubi ben chiusi da 8 a 17 giorni, senza che tale operazione valesse a togliere nulla dalle sue proprietà virulente. Provò invece che



la virulenza era distrutta dall'alcool, dal vino, dalle decozioni concentrate di tannino.

L'esistenza dell'ulcero intrauretrale già manifestata da Bell, fu dal Ricord evidentemente stabilita con rimarchevoli osservazioni, alcune delle quali convalidate dall'autopsia.

Illustrò il fatto della pluralità delle ulcere molli sviluppate contemporaneamente, ed in modo successivo, nello stesso individuo.

Fece osservare la possibilità dello sviluppo di ulcere molli sopra antiche cicatrici di ulcere sifilitici, che poteano essere seria causa di errore riguardo alla diagnosi.

Ad esso siamo debitori della costatazione dell'ulcero duro dell'utero, e della sclerosi sottostante, sebbene il dubbio riguardo alla localizzazione rara della malattia non fosse completamente dissipato se non dopo molti anni da Schwarz.

La legge patologica stabilita da Ricord, che ogni ulcerazione la quale inoculata al malato che ne è portatore riproduce una lesione simile a quella da cui ella deriva, è un ulcero molle, ebbe seguito molti anni nella scienza, ma non potè reggere contro l'evidenza dei fatti pubblicati negli ultimi tempi in specie dai siflografi italiani. Vidal (1853) dimostrò l'inoculabilità dell'ectima semplice; Ricordi (1868) pubblicò identici risultati. Inoltre in un malato preso da uretrite e flemmone periuretrale avendo applicato delle sanguisughe, le ferite prodotte da queste suppurarono, ed il pus raccolto da esse servì a riprodurre coll'innesto due ulcere alla coscia. Il liquido secreto delle nuove ulcere fu capace a causarne altre coll'inoculazione praticata al braccio; esse non differivano dalle prime se non pel volume alquanto minore. Tutte queste lesioni presentarono l'aspetto ed il decorso simile ad un ulcero molle.

Le stesse sperienze furono più volte rinnovate con identico successo da Tanturri, Turati, Rocca, ecc. In conseguenza possiamo concludere che ogni inoculazione negativa eliminerà il sospetto dell'ulcero molle; ma in caso d'innesto positivo, sebbene nell'immensa maggioranza dei casi si abbia la certezza della diagnosi, rimane però un dubbio riguardo alle malattie sopra accennate.

Ricord sostenne vittoriosamente contro i seguaci della scuola fisiologica Jourdan, Richons, Desruelles la connessione dell'ulcero coi fenomeni cutanei, che quelli volevano spiegare come sintomi di flegmasia cutanea indipendenti perciò da ogni causa specifica.

La possibilità del contagio sifilitico per la circoncisione praticata secondo il rito Giudaico, fu stabilita da Ricord con molti fatti ben constatati.

Nelle lesioni sifilitiche delle ossa dimostrò l'esostosi anulare caratterizzata dalla formazione di piccole produzioni neoplasiche a disposizione circolare che richiamano la classica forma delle sifilidi. Le sue tavole ci mostrano anche le evoluzioni di gomme nel canal midollare delle ossa lunghe.

Ricord nel 1845 si occupò delle lesioni sifilitiche del cuore mostrando più facili nell'uomo, sopravvenienti in media dieci anni dopo la infezione, risiedenti in specie al ventricolo sinistro, e consistenti riguardo alla natura della alterazione in gomme o sclerosi che generalmente si associano. Lebert, Virchow, Förster, Lancereau, Cayley, Bruzelius ne riportano circa 20 casi seguiti da autopsie. Collo joduro di potassio, e l'impiego di tonici e stimolanti, Lancereau, Morgan e Cantani affermano di avere ottenute alcune guarigioni. Ricord osservò anche endocarditi sifilitiche talora con vegetazioni, seguito in ciò da Lebert, Virchow, Gamberini, Lombroso; notò inoltre pericarditi specifiche, fatto accertato da Virchow, Friedreich, Wagner, ecc.

Le lesioni tardive del fegato furono avvertite da Ricord. Esso mostrò che le lesioni di quest'organo coincidono colle forme terziarie di altre parti. Interessanti studi sull'identico argomento furono istituiti in appresso da Gubler, Leudet, Lancereau, De Vecchi, Virchow, Sangalli.

Espose i caratteri dell'eritema sifilitico delle membrane mucose.

Ammetteva con Maisonneuve e Montanier che la sifilide terziaria potesse trasmettersi come scrofola, tisi o rachitide. Questo fatto poco osservato da Bumstead in America, fu trovato frequente dal Kassowitz in Germania.

La necessità di curare la donna gravida affetta da sifilide fu propugnata da Ricord contro quelli che credeano il mercurio causa potente di aborto, avendo verificato maggior numero di aborti in donne sifilitiche che non subirono cura, che non in quelle le quali a tempo si sottoposero a metodico trattamento. Certo una cura eccessiva mercuriale portando irritazione sul canale intestinale potrebbe provocare il vuotamento dell'utero come dimostrò Bertin, ma questa evenienza non si verifica mai, se il rimedio sia giudiziosamente adoperato. Bell a tal uopo consigliava le frizioni mercuriali durante la gravidanza per evitarne l'azione sullo stomaco e le intestina, opinione pienamente divisa da Brodie.

Gli esperimenti di Ricord provarono in modo sicuro che la stomatite mercuriale cede coll'uso del clorato di potassa, anche continuando la cura col mercurio, ed in qualche caso anche aumentandone la dose. Propose perciò di adoperare il clorato come profilattico fin dal prin-

cipio della cura nei soggetti suscettibili all'azione dell'idrargirio, non derivandone danno alcuno sugli effetti terapeutici. Le osservazioni di Laborde confermarono le idee di Ricord.

Consigliò che le cure antisifilitiche fossero protratte per lungo tempo e che il mercurio si usasse colla massima moderazione giacchè la durata della cura più che la quantità del rimedio preso, ha influenza sulla guarigione della lue. Hunt, Fournier, Martineau, Manassei, ed altri vogliono che la cura sia interrotta e non continua, onde l'organismo non si abitui all'uso continuo di un rimedio.

Ricord provò che lo joduro di potassio è altrettanto specifico per i sintomi terziari, quanto il mercurio per i secondari.

Fu il primo a servirsi dello speculum vaginale nelle malattie veneree delle donne, e tale pratica rischiarò moltissimi punti rimasti fino allora incerti riguardo alla patologia utero-vaginale.

La legge della preservazione, che un Attacco di sifilide dà contro una seconda infezione, fu per la prima volta emessa da Ricord basandosi sull'analogia che la lue ha con altre malattie come il vaiuolo, il morbillo e la scarlattina che tranne rare eccezioni seguono questa legge. Lo sviluppo dei sintomi generali dell'infezione, e la conseguente alterazione dell'organismo creano un'immunità che può perdurare durante l'intera vita dell'individuo. Queste erano le idee del Ricord nel 1839. Sei anni più tardi manifestò l'opinione che le eccezioni di quella regola si sarebbero dovute verificare anche per la sifilide; confessava però di non averne osservato alcun caso, ma qualche tempo appresso ne poté verificare due.

Anche Colles, Follin, Puche, Delestre dimostrarono la possibilità di una reinfezione, ma a Diday (1863) noi dobbiamo i primi studi approfonditi sul fenomeno della reinfezione. Esso ne cita 32 casi osservati in 6 anni. Bumstead ne riporta 3 casi, così Scarenzio, Ricordi, Turati ed altri autori, avendosene un totale di circa 60.

Fournier (1868) studiando le lesioni credute nuovi ulcersi duri, mostrò che essi in molti casi non costituivano se non manifestazioni spontanee dell'infezione antica, e li chiamò pseudo ulcersi duri di soggetti sifilitici.

Precedentemente Wallace col secreto di placche mucose avea inoculato un malato di sifilide secondaria, ed ottenutone un ulcero duro dopo 20 giorni. Bouley praticò un identico innesto in un individuo pervenuto al periodo terziario e ne ebbe l'ulcero duro dopo 22 giorni, ed i fenomeni secondari 30 giorni dopo. Da queste sperienze Jullien (1879) conclude che il fatto di subire una seconda infezione sifilitica non prova affatto che il soggetto sia guarito della prima.

Sotto la direzione di Ricord, Grassi intraprese le prime ricerche sulle alterazioni che soffre il sangue durante una sifilide, dimostrando che nei primi stadi aumentavano i globuli bianchi e diminuivano i rossi in media di un settimo, diminuzione che rimaneva stazionaria sotto la cura mercuriale. Amministrando lo joduro di potassio il numero dei globuli aumenta. Passati i primi stadi della sifilide il sangue ritorna alla sua composizione normale, e non si altera di nuovo che in caso di cachessia sifilitica. In malati di ulcersi molli il fluido ematico è inalterato. Queste sperienze si faceano prima che fosse stabilito il dualismo, ed in seguito concorsero a confermarlo.

Wilbouchewitch (1874) confermò i risultati di Grassi spiegando così i disordini circolatori, le conseguenze funzionali della discrasia, e tutti i disturbi che provano i sifilitici nei primi periodi della malattia. Keyes in un suo scritto importantissimo portò maggior luce sull'argomento

Fino dai tempi di Hunter si agitò la questione dell'inoculazione dell'ulcero sugli animali nella speranza di trovare il vaccino della sifilide, ma i tentativi si moltiplicarono specialmente all'epoca di Ricord, e non approdarono ad altro che a confermare il dualismo, poichè si venne alle conclusioni, che mentre l'ulcero molle era inoculabile a qualche animale, il duro non attecchiva mai. Anzias-Turenne, Langlebert, Robert de Veltz inocularono l'ulcero molle alla scimia, e ne ebbero una secrezione virulenta, anzi quest'ultimo autore da tre innesti successivi praticati su se stesso contrasse tre ulcersi molli. Diday (1851) fatto sviluppare un ulcero sull'orecchio di un gatto, ed inoculato il prodotto sul dorso del pene, ne contrasse un ulcero che divenne fagedenico e fu seguito da un bubone che travagliò il coraggioso osservatore per molti mesi. Horand e Peuch (1871) ottennero ulcersi nei gatti, ma li credettero di natura traumatica; nei cani invece non ebbero che piaghe semplici. Ricordi ebbe risultati positivi nel coniglio, anzi riporta l'unico caso di ulcersi seguiti da bubone, il pus del quale produsse ulcersi molli caratteristici in un altro coniglio. Lungo sarebbe nominare quanti ripeterono queste sperienze fino ai nostri giorni, avendone pressochè identici risultati.

Riguardo all'inoculazione dell'ulcero duro può dirsi che tutti i sifilografi vollero provarla negli animali. Anzias-Turenne lo tentò colla scimia e col gatto; altri coi cani (Bouley), coi muli (Horand e Peuch), coi montoni e conigli (Velpeau, Bretonneau, Ricordi), col sorcio e porcellino d'India (Legros e Michot).

Ballardini (1849) descrisse col nome di sifilide dei cavalli una ma-

lattia propria di questi animali che cominciata con ulceri ai genitali porta eruzioni cutanee, fenomeni nervosi e morte; ma questo male, secondo Bouley, non è trasmissibile coll'innesto.

Carenzi (1874) cercò di trasmettere la sifilide ad una vacca con pus raccolto da un individuo affetto da ulceri multiple, e vide seguirne prima ulcerazioni, poi papole rameiche sulle ulcerazioni, in seguito caduta del pelo al collo ed al dorso, e non ritornare la primitiva salute, che si era leggermente alterata, se non dopo nove mesi; ma Gamberini sostenne che il Carenzi non aveva innestato che ulceri molli, e la caduta del pelo si avverò perchè nel marzo ciò avviene di regola nei ruminanti.

Klebs (1880) all'inoculazione dell'ulcero duro nelle scimie vide seguire qualche fenomeno locale come ulcerazioni delle gengive e della lingua, indurimento dei gangli, eruzioni tubercolari, ed in un caso l'animale morì di marasma. Nell'autopsia dell'animale morto naturalmente, e di un altro ucciso, trovò noduli caseosi sulla dura madre, sui polmoni, nei reni, che secondo Klebs somigliavano a gomme. Dalla maggioranza dei medici non si vollero vedere in ciò che casi comuni d'innesto tubercolare.

Martineau ed Hamonic (1882) praticarono gl'innesti con un liquido di coltura inoculandolo a vari animali con vario successo, ma Kock dimostrò l'erroneità del metodo tenuto.

Rebatel, Neumann ed altri, dopo coscienziosi sforzi non riuscirono ad innestare animali, ed oggi pressochè generalmente si ammette la verità del detto di Hunter che la sifilide è solo appannaggio dell'uomo, e che gli animali non sono suscettibili all'influenza di essa.

Molto avrei ancora a parlare di Ricord e dei suoi studi, ma basti il dire che non vi è argomento della venereologia e della siflografia che non sia stato illustrato dal suo fecondo genio, talchè senza contraddizione esso viene meritamente considerato come il fondatore della scuola moderna sulle malattie veneree.

Nel 1840 Rayer dimostrò la realtà delle lesioni renali siflitiche confutando le idee degli antichi i quali opinavano che i disturbi renali, i quali si avvertono nel corso della lue dipendessero dall'uso dei mercuriali. Le osservazioni di Rayer ebbero la conferma di Wilks, Cornil, Moxon, Colomiatti, Lallier, ecc. La parte clinica deve la sua completa evoluzione a Grainger-Stewardt. La degenerazione amiloide dei reni secondo Rosenstein sembra esser causata nel maggior numero di casi dalla sifilide. Bazin, Lancereau, Bumstead, Fournier ebbero numerosi casi di permanente guarigione coll'uso delle cure specifiche.

Verso la fine del 1840 Combal narrò l'unico caso autentico di ulcero intrauterino che si conosca nella letteratura medica, l'esistenza e natura del quale fu incontestabilmente provata dall'inoculazione positiva praticata da Delmas.

Aubert (1868) in un rimarchevole lavoro trattò delle ragioni che militano in favore dell'ulcero intrauterino.

A Worthington (1842) si deve la prima osservazione di tracheopatia sifilitica, del quale argomento si occuparono in appresso Lagneau, Civet, Rey ed altri.

Cazenave (1843) osservò che il potente drastico conosciuto sotto il nome di sciroppo Leroy, portando una generale perturbazione dell'organismo può esser causa della riapparizione di eruzioni sifilitiche. Citò inoltre 37 osservazioni nelle quali gl'irritanti locali, i vescicatori, le violenze esterne, infine un disordine sopravvenuto nell'economia era stato causa della comparsa di eruzioni veneree, fatto confermato da Verneuil, Bazin, Merkel, Petit e Jullien.

Rimarco l'influenza che l'eresipela può esercitare sulla scomparsa di eruzioni sifilitiche, coincidenza morbosa illustrata dall'importante lavoro di Mauriac in questi ultimi anni, ma che disgraziatamente non dà che risultati temporanei.

Illustrò l'etiologia della siflide ereditaria pubblicando fatti che indubbiamente provano l'influenza della madre nel trasmettere al feto la siflide da essa acquisita prima del concepimento, come ammisero in seguito Lallemand, Bertherand, Bardinet, Bergeret. Propose poi di chiamare siflide congenita dei bambini quella contratta dalla madre durante la gravidanza. Rignardo a tale argomento si discute ancora ai nostri giorni sull'epoca precisa fino alla quale il feto possa rimanere infetto; sembrerebbe però accertato che passato il settimo mese non vi fosse più pericolo pel bambino di nascere sifilitico. Una sola eccezione si è pubblicata contro questa opinione da Chabaliere, che vide in seguito ad un'infezione avvenuta per un solo coito alla fine del settimo mese di gravidanza nascere un bambino sifilitico, sebbene la madre negli ultimi giorni decorsi tra l'apparizione dell'ulcero ed il parto, si fosse sottoposta a rigorosa cura.

Nel 1851 Cazenave con Huguier e Vidal, sostennero il carattere indubbiamente sifilitico del pemfigo dei neonati che era stato causa di tante e così vive discussioni tra gli autori.

Cazenave descrisse il tubercolo perforante e terebrante che si osserva talora nei bambini ereditariamente sifilitici.

Nel 1844 Colles formulava la famosa legge che ritiene nella scienza il suo nome, che cioè la madre di un bambino sifilitico non contrae la sifilide di esso allattandolo, mentre una nutrice estranea può rimanere infetta.

Non esiste finora esempio di ulcero al capezzolo materno provocato da bambini nati sifilitici, anche nei casi nei quali la madre non presenta e non ha presentato sintomo alcuno d'infezione. Ciò prova che questa madre, abbia essa o no avuto durante la gravidanza lesioni sifilitiche apparenti, è stata abbastanza tocca dalla sifilide per esser preservata e direi quasi vaccinata contro una nuova infezione.

Cazenave, Brizia, Cocchi, Muller, riferirono casi d'infezione materna da figli sifilitici, ma ciascuno di essi ha qualche lato debole che impedisce una certa conclusione.

Behrend e Deutsch narrano di madri che partorirono figli sifilitici, le quali passate a seconde nozze con uomini sani, ebbero poi figli esenti da ogni infezione.

Le lesioni sifilitiche della cavità orale e faringea formarono il tema di un lavoro di Vidal De Cassis (1844). Trascurando gli altri che si sono occupati di questo argomento, dobbiamo confermare che la più completa monografia si deve a Mauriac (1877) che trattò l'argomento sotto il nome di sifilosi faringonasale. Stabili che la lesione è terziaria, che può essere ulcerosa o tubercolosa; accennò alle conseguenze di cui può esser causa, come l'anchilosi faringo-velo-palatina, l'atresia dell'istmo, la voce nasale; mostrò come la cura e la guarigione ne fossero possibili, ed i guasti facilmente riparabili cogli apparecchi ideati da Harris ed Austen (1874).

Davasce e Deville (1846) resero noto il fenomeno della trasformazione in situ dell'ulcero sifilitico in placca mucosa, la quale avviene in specie per la posizione della lesione in regioni a pelle delicata o soggetta a contatto di secrezioni irritanti.

Simpson (1848) sostenne l'esistenza della vera peritonite nella sifilide ereditaria, ma i 31 casi da esso riportati lasciano dubbi riguardo al lato etiologico. Indubitatamente però si verifica la peritonite adesiva cronica più o meno localizzata derivata da modificazioni viscerali indotte dalla sifilide in specie riguardo al fegato.

Nel 1848 Deval accennò a certe amaurosi dipendenti da sifilide, ma un giudizio su queste lesioni non poté esser dato che dopo la sco-

perta dell'oftalmoscopio. Graefe, Foerster, Galezowski, Wecker hanno consacrato lunghi studi alle più importanti questioni oculistiche.

Abadie constatò le lesioni sifilitiche del nervo ottico, Graefe la retinite centrale recidivante, Foerster la metamorfopsia o deformazione degli oggetti, Galezowski la discromatopsia, Blessig la forma d'opacità in polvere del corpo vitreo, che esso crede assolutamente patognomonica della sifilide. Quaglino, Scarenzio, Soresina, Stefanini, De Magre, Bacchi, Del Toro cooperarono colle loro monografie alla completa distinzione delle malattie oculari.

Diday, il grande maestro della scuola Lionese (1849), sebbene unicista, aveva dimostrato con 17 esperienze che il sangue dei sifilitici non era inoculabile negli ultimi periodi della malattia; però col trionfo del dualismo le sue osservazioni non caddero, e furono ripetute e comprovate da Waller (1850), da Gibert (1859), da Pellizzari e da Lindwurm (1861). Questi provarono che sebbene il sangue di soggetti sifilitici non fosse più suscettibile di trasmettere il male nei periodi terziari, serviva invece di potente veicolo per l'infezione nella fase delle manifestazioni eruttive.

La prova del Pellizzari è memorabile per noi italiani, giacchè ci ricorda l'imitabile abnegazione di tre giovani medici, Bargioni, Rosi e Passigli, che per amor della scienza si sottoposero volentieri all'inoculazione del sangue di un sifilitico in pieno periodo secondario (1862). Bargioni, su cui s'innestò il sangue appena uscito dalla vena cefalica, contrasse la sifilide, Rosi e Passigli sfuggirono al male perchè il sangue era già raffreddato ed in parte coagulato.

Come corollario a questi lavori si dedusse la possibilità che nelle circoncisioni col rito Giudaico un bambino sifilitico potesse col sangue infettare il rabbino, o questo non lavandosi bene prima di una seconda operazione, comunicare ad un altro la sifilide.

Al Diday si deve la dimostrazione che l'alopecia nella sifilide non dipende da lesione speciale del bulbo, ma dalla sola influenza dei disturbi nutritizi causati dalla malattia.

Fu iniziatore dell'uso di non adoperare in tutte le sifilidi il mercurio, ma di riservarlo solamente per le forme gravi; non già che volesse proscriverlo dalla terapeutica, ma per limitarne l'uso nelle cure, le quali al suo tempo erano violentissime come affermano riputati autori e come nelle sue lezioni rammenta il Manassei. Anche Lancereau seguì le orme di Diday, il quale fu condotto ad intraprendere un tale metodo dal vedere che la sifilide abbandonata alle sole forze

della natura tende per lo più ad esaurirsi, eccetto i rari casi nei quali rivela di carattere invadente. Quindi egli stabilì due sistemi curativi limitandosi alle sole cure igieniche nella sifilide naturalmente decre-scente e riservando gli specifici per le altre forme.

Sperimentò anche la cura aspettante della sifilide seguita più tardi da Zeissl, e vide in molti casi guarirne le eruzioni, ma esserne più facile la riapparizione.

L'afonia sifilitica dei primi periodi senza lesioni apprezzabili, fu descritta in origine da Diday prima che si generalizzasse l'uso del laringoscopio.

Diday proseguendo le ricerche di Bassereau e di Langlebert sulle relazioni tra la forma iniziale, e le conseguenze di una sifilide, stabilì la *legge di concordanza* attribuendo agli ulcersi duri benigni le eruzioni sifilitiche benigne e viceversa. Ma Jullien (1879), portò un grave attacco a questa legge, allorché provò con dati statistici che le più gravi forme secondarie e terziarie possono tener dietro ad ulcerazioni le più superficiali, e che gli accidenti primitivi gravi terminano per lo più con lesioni terziarie rilevanti.

L'alcoolismo abituale fu dimostrato da Diday come causa di recidive nella sifilide, con ciò concordano i recenti lavori che provarono l'azione dell'alcool sulla pelle, la quale è una delle principali vie della sua eliminazione.

Diday (1863), stabilì la distinzione veramente clinica delle sifilidi forti e deboli propugnando l'astensione dal mercurio nelle cure delle seconde.

Descrisse il modo di trasmissione della sifilide per mezzo dei parassiti, osservazione convalidata da un lavoro di Profeta nel 1871.

Provò che il segreto della glandola lacrimale di un sifilitico inoculato non trasmetteva il morbo.

Fece diligenti ricerche sull'incubazione dell'ulcero duro, confermate da Rollet, Chaballier, Clerc e specialmente da Fournier.

Rimarcò che se l'organismo è poco resistente, l'invasione del virus si fa più rapidamente, il periodo d'incubazione è più corto, e le conseguenze dell'infezione più serie. Gli individui linfatici, poveri di pigmento, biondi, sono per la più colpiti da gravi forme di sifilide, e questa asserzione di Diday fu confermata luminosamente dai lavori di Ory e Dubuc (1876) sull'etiologia delle sifilidi maligne precoci.

Troppo lungo sarebbe il solo accennare gli altri importanti lavori coi quali Diday illustra la sifilopatia, non essendovi parte di essa che non sia stata corroborata dalle sue sapienti ed esatte osservazioni cliniche.

Jobert (1849), nel suo trattato di chirurgia affermò esser necessaria una cura in quei sifilitici che doveano sottoporsi ad una operazione. Ricord, Lagneau, Boyer lo negarono, sebbene autorevoli chirurghi lo propugnassero. Verneuil il primo ricorse allo studio dei fatti clinici, seguito in ciò da Guillemin, Ambrosoli, Zeissl, Merkel. L'ultimo lavoro completo sull'argomento si deve a Petit (1875), il quale dimostrò l'inesattezza delle conclusioni assolute e l'impossibilità di riunire in una formula unica i rapporti dei traumatismi colla sifilide. Enumerò casi nei quali le lesioni traumatiche decorsero normalmente in soggetti infetti, ed altri abbastanza numerosi nei quali la lesione subito, od in un periodo avanzato prese i caratteri specifici, e non guarì se non colla cura mercuriale. In molti casi le operazioni ebbero esito anormale se furono praticate durante la permanenza dei sintomi specifici, donde il precetto di attendere che la cura abbia debellato in parte la diatesi per contare sopra un successo felice. Non è raro il caso che il traumatismo sia causa di richiamo di un'eruzione specifica, e ciò in specie quando gli accidenti cutanei sono scomparsi da poco tempo. Provò inoltre che le complicazioni delle piaghe, le emorragie, la piocemia, sono più facili ad aversi negli organismi debilitati dalla sifilide. Anche riguardo alle fratture può avvenire che il callo non si formi ad onta della semplicità della lesione, ma questo caso non è frequente e si corregge sollecitamente colla cura mercuriale. È interessante un fatto citato da Dron della disorganizzazione del callo già formato, per una sifilide sopravvenuta, ma che si consolidò nuovamente dopo un mese di cura jodo-idrargirica.

Dron (1849) descrisse pel primo l'epididimite sifilitica secondaria che può sopravvenire al terzo mese o dopo vari anni con fenomeni di transizione. Attacca la testa dell'epididimo e può esser semplice o bilaterale: guarisce senza cure locali ma col solo trattamento specifico. Ne trattarono in seguito Fournier, Lancereau ed in ultimo Balme (1876).

Nel 1850 Dubois richiamò l'attenzione dei sifilografi sulla presenza di focolai purulenti disseminati esistenti del timo di neonati sifilitici. Identici casi furono presentati da Weber, Spath, Vendl, Weisflog, Wiederhofen, ecc., ma si disse che poteano rinvenirsi anche in feti sani. In seguito Depaul e Lehmann poterono constatare vere gomme di questi organi.

Depaul (1851) annunziò di aver trovato masse particolari d'indurimento nei polmoni di bambini affetti da sifilide congenita, le quali esaminate da Lebert furono riconosciute per gomme.

La sinovite sifilitica fu conosciuta pei lavori di Richet (1851); le lesioni transitorie delle articolazioni furono studiate da Lancereau (1856), da Fournier, Voisin ed altri. Tali artralgie sono in specie notturne, e svaniscono talora senza rimedio ma meglio sotto una cura mercuriale. Fu distinta anche la poliartrite subacuta e l'idrartrosi curabili nella identica maniera.

Verneuil (1868) fece conoscere le lesioni sifilitiche delle borse tendinee, illustrate in seguito da Fournier, Roch e Vaffier.

Richet osservò affezioni sifilitiche gommose delle ovaie.

Zenker nel 1851 raccolse i pochi casi conosciuti di sifilide terziaria del fegato: poche aggiunte si fecero a questo lavoro da Wolks, Hutchinson, Jackson, Gregoire, Alling, Beer.

Nel 1852 Bassereau allievo di Ricord fondava il *dualismo*, stabilendolo sopra durevoli basi, e difendendolo contro strenui oppositori che ne combattevano la teorica, quali erano Gibert, Vidal, Cullerier, Langlebert, Sperino ed altri moltissimi.

A Bassereau si unirono Diday, Rollet, Dron, Fournier, manifestandosi partigiani delle nuove vedute cliniche. Nè l'Italia rimase ultima nel movimento scientifico per l'affermazione del dualismo: ne fanno fede i lavori di Gamba, Albertetti, Olivetti, Ricordi, Gamberini, Tanturri, Profeta.

Bassereau coll'aiuto di argomenti storici provò che la malattia costituzionale che chiamiamo sifilide, comparve per la prima volta in Europa sulla fine del secolo xv, e che essa è nettamente distinta dalle ulcere contagiose dei genitali comunicate col coito e già note agli antichi.

Altro potente argomento del Bassereau fu il confronto dei malati, col quale dimostrò costante all'infinito la distinzione tra le malattie veneree e sifilitiche. Se un soggetto affetto da sifilide comunicava la malattia ad altri, questi mostravano i fenomeni costituzionali; quando poi la malattia era locale in chi la trasmetteva, si ripeteva nell'identico modo anche in quello che la contraeva. E questa legge dura tuttora, non conoscendosi un solo caso autentico nel quale siasi prodotta sifilide coll'innesto del pus di ulcere molli tolto a persona che non avesse sifilide.

Bassereau studiò l'indurimento dei gangli e dei linfatici che accompagna l'ulcero duro; le cause occasionali che in rari casi ne determinano la suppurazione, ed il possibile riassorbimento spontaneo prima dell'apertura dell'ascesso. Rollet, Robert, Fournier, Turati, Gamberini, ne confermarono le deduzioni.

Mostrò il periodo di sviluppo delle placche mucose ritardare nel caso di pregressa cura mercuriale, e recidivare facilmente se non siasi intrapreso trattamento alcuno.

Dobbiamo eziandio ad esse l'osservazione che somministrando il mercurio per la lesione iniziale, questo vale a ritardare la comparsa delle manifestazioni secondarie.

Colla scorta dei fatti provò che confrontando i sifilitici con quelli da cui avean contratto la malattia, tutti senza eccezione mostravano che l'ulcero avea preceduto i fenomeni costituzionali. Clerc (1854) confermò luminosamente queste sperienze, finchè Fournier (1857) riportò 72 casi di trasmissione indubitata dell'ulcero duro nella sua forma distinta. Non rammenterò le moltissime sperienze di altri autori sullo stesso argomento.

L'ittero che accompagna le eruzioni sifilitiche precoci fu per la prima volta descritto da Gubler (1853) e più tardi da Luton, Foville e Lacombe (1874). Esso però non dipende da alterazioni specifiche, ma è un semplice catarro guaribile coi purgativi, e resistente ai mercuriali; si considera causato dai disordini generali che preludono alle eruzioni specifiche.

Lebert però nel 1855 segnalò la relativa frequenza dell'atrofia parenchimatosa acuta col principio della sifilide; molti casi trovansi riferiti da Ferreol, Fagge, Andreu, Fournier e Charcot. Anche qui la sifilide non è la causa, ma l'occasione del male pei disturbi gravi che arreca alla nutrizione.

Anche le lesioni epatiche dipendenti dalla sifilide ereditaria furono descritte la prima volta da Gubler. Contribuirono in seguito allo studio di questa importante questione Wagner, Diday, Rochebonne e particolarmente Parrot.

Wilde (1853) fu il primo a spiegare chiaramente la sordità repentina da sifilide caratterizzata dalla mancata percezione dei suoni esterni, mentre il paziente sente la propria voce; tale fenomeno fu da lui chiamato meningite sifilitica. Rosa, Sexton proseguirono le indagini cliniche sullo stesso argomento.

Alla sapiente descrizione fatta per la prima volta dal Richet (1853) dell'artrite sifilitica come fenomeno terziario tardivo, poco hanno aggiunto gli studi posteriori di Lancereau, Voisin, Dauzat, Sacchetti. Mentre però Ricord riteneva che la scrofola più della sifilide potesse influire nello sviluppo della malattia, i recenti, in specie Jullien, ammettono la sola lue come causa che da sè sola possa determinare queste artropatie.

La sifilide pigmentaria fu descritta la prima volta da Hardy nel 1853 ed impropriamente posta da Bazin tra le vitiligini. Si volle escluderla dal novero delle lesioni sifilitiche perchè renitente al mercurio, ma è accertato che si manifesta nei primi anni dall'infezione, che è frequente nella donna, che si limita al collo. Bazin e Pellizzari la negarono, ma fu ammessa da Fournier, Gamberini, Manassei e dalla maggioranza dei sifilografi. Tanturri negli esami microscopici non rinvenne differenza nella distribuzione del pigmento tra le macchie e gli spazi normali. Fox al contrario opina che i punti più oscuri ne abbondino, ed i chiari ne scarseggino. Pirocchi la crede dipendente da perversione di nutrizione nervosa.

A Baerensprung (1854) soprattutto dobbiamo la preziosa nozione che l'ulcero sifilitico è l'effetto e non la causa dell'infezione, e che dal giorno della sua comparsa l'individuo è refrattario ad ogni nuova inoculazione, prova irrefragabile dell'infezione generale.

Propose una classificazione anatomo-patologica delle lesioni sifilitiche distinguendole in iperemie ed essudazioni semplici, nella qual classe raggruppava le lesioni secondarie come le eruzioni cutanee e mucose, le congestioni periostee e degli organi interni; ed in lesioni tubercolari comprendenti l'ulcero sifilitico e le lesioni terziarie.

Segnalò il primo le alterazioni patologiche della milza nei neonati sifilitici, questione ancora irrisolta ed oscura ad onta dei lavori di Gee, Barlou, Zeppel, Parrot. Negli stessi soggetti constatò le alterazioni delle capsule surrenali, e quelle dei gangli mesenterici sintomatici di lesioni viscerali.

Nel 1854 il dualismo fu vivamente attaccato da Rodet colla questione da esso proposta dell'ulcero cefalico. Pressochè assolutamente le ulcere che hanno sede alla testa sono seguite da fenomeni di sifilide; da ciò desunse che la natura dell'ulcerazione dipendesse solo dal terreno su cui sviluppava. Per qualche tempo questa asserzione mantenne vive polemiche tra le diverse scuole, ma i risultati dell'inoculazione

provarono sperimentalmente e praticamente la possibilità dell'ulcero molle sulla faccia. Ricord, Diday, Basseran, Fournier, Robert, Taylor, Profeta ed altri si occuparono in ispecie di questo argomento.

Che ulcero duro più facilmente si verifichi sul volto è spiegato dal fatto che esso può esservi innestato da fenomeni secondari, oltrechè da rapporti anormali, i quali se sono possibili con una balano-postite infettante o coll'ulcero duro che può trascorrere indolente ed inavvertito, sono però difficilissimi se l'individuo è affetto da ulcersi molli, che abitualmente sono dolorose, segreganti, e difficilmente nascondibili.

Alcuni sostennero anche essere la faccia un terreno improprio per lo sviluppo dell'ulcero molle, il quale difatti vi percorre rapidamente le sue fasi e presto guarisce, mentre ciò non avviene sulle braccia ed alle coscie ove l'ulcero ha tendenze al fagedenismo anche se si adoperi un pus identico. Boeck e più recentemente Le Fort dimostrarono meglio quest'influenza oscura ma innegabile della localizzazione.

Langlebert avendo curato un giovane che aveva contratto un ulcero duro da una donna con placche mucose alle grandi labbra, pubblicò il fatto nel 1854 opponendolo alle teorie di Ricord, e stabilì che le manifestazioni secondarie poteano trasmettere la sifilide, e che questa avea per origine un ulcero duro. Rollet (1859) sviluppò le idee di Langlebert con numerosi esempi; Fournier si dichiarò fautore delle stesse idee ed infine lo stesso Ricord (1859) si arrese all'evidenza cessando dall'opposizione.

Nel 1856 Langlebert spiegò la trasmissione della sifilide per mezzo dell'allattamento. Rollet, Pellizzari, Ricordi, Balducci, Taylor ed altri proseguirono e perfezionarono l'identico studio, e ne risultò che tanto il neonato che la nutrice possono per contagio diretto o mediato trasmettersi l'infezione. Le epidemie di Casorezzo, Marcallo, ecc., prodotte da bambini sifilitici hanno dato piena ragione ai predetti autori. Nello scorso anno 1885 ho avuto occasione di esaminare al Sifilicomio di Roma 27 individui di Gallese, ai quali unitamente ad altri che si curarono in paese erasi trasmessa la sifilide per mezzo di un bambino sifilitico allattato oltrechè dalla nutrice, anche da alcune sue compagne, mentre essa attendeva durante il giorno ai lavori campestri. L'infezione dal bambino passò alle nutrici, ed in seguito ai mariti, ai figli ed alla maggior parte degli abitanti del piccolo paese.

Al Langlebert dobbiamo la conoscenza dell'ulcero duro epiteliale riunione di punti ulcerati in una sola superficie denudata e segregante che si osserva in ispecie sul glande e può scambiarsi con una balanite

semplice. Mauriac (1875) la illustrò col nome di balano postite infettante.

La riulcerazione dell'ulcero già guarito, in ispecie se la durezza residuale sia prominente, non isfuggì al nostro autore, e la sua potenza infettiva fu da lui dimostrata identica. Fournier chiamò ulcero di ritorno questa riapparizione del fenomeno iniziale.

Langlebert emise tra i primi il parere che l'eredità paterna in materia di siflidi avesse una potenza molto ristretta. Uomini sifilitici non ancora guariti hanno potuto avere figli sani; in un caso un sifilitico ebbe dalla moglie infetta un aborto cachettico e dall'amante rimasta immune un bambino sanissimo. Lo stesso autore cita il caso di un uomo sifilitico che ammogliato, si ebbe un bambino sano, al quale due anni più tardi comunicò la siflide baciandolo sulle labbra accidentalmente screpolate, ed inoculandovi un ulcero: conclude da ciò che se il bambino non fu refrattario all'inoculazione, ciò dipendeva dal non avere esso contratta l'infezione nella vita intrauterina. La maggioranza degli autori ammette oggi la trasmissibilità paterna della siflide; questi casi inesplorati dimostrano però che essa non si avvera fatalmente.

Verso il 1854 Sperino cercava di fare accettare la sua teoria sulla sifilizzazione, cioè l'inoculazione di un considerevole numero di ulceri finchè l'organismo non arrivasse alla saturazione del virus; esse ulceri doveano prevenire e curare la siflide. La sifilizzazione fu accettata e difesa da Augias-Turenne, da Boeck ed in specie da Lindmann che si inoculò più di 2000 ulceri, ed invece di garantirsi dalla siflide la contrasse. Le numerose sperienze seguite da risultati nulli o dannosi fecero ben presto cadere questa teoria, che però ebbe un vantaggio, quello cioè di dimostrare la reinoculazione pressochè infinita dell'ulcero molle.

Allo Sperino dee attribuirsi il merito degli importanti studi sull'ulcero endo-uretrale, e sul fagedenico. Riguardo a quest'ultimo osservò che se ad un malato di ulcero fagedenico s'inocula il pus di un ulcero semplice, vi sono grandi probabilità che il risultato dell'innesto si complichì di fagedenismo.

Lo studio clinico e medico legale delle ulceri anali costituì lo scopo di rimarchevoli lavori di Gosselin (1854), Tardieu, Despres, proseguiti da Pean, Malassez, Sauri (1872) e completati da Molliere (1876), il quale mostrò l'insufficienza degli argomenti coi quali si volle provare

il rapporto delle ulcere fagedeniche dell'ano cogli stringimenti, sebbene in qualche caso essi possano ripetersi da questa causa.

A Gosselin dobbiamo anche la storia didattica delle lesioni sifilitiche del retto in ispecie degli stringimenti, sibbene esso li credesse dipendenti da modificazione, che l'ulcero iniziale portava sulle tuniche intestinali. Molti anni dopo (1874) si volle perfino sostenere che la sifilide non entrava come causa di tali lesioni, finchè il dubbio è perfettamente svanito dopo le osservazioni cliniche di Fournier, Molliere e Barduzzi, i quali oltre la causa specifica stabilirono l'epoca in cui si manifesta tale alterazione, cioè dai 20 ai 30 anni, e ne provarono l'esistenza pressochè esclusiva nella donna. See ideò il più utile dilatatore applicabile in questi casi. Lefort propose l'elettrolisi nei casi ribelli, Panas e Verneuil la rettotomia. Si occuparono di questa lesione anche Laure, Zappula, Galassi.

Gosselin nel 1864 in due malati riconobbe la presenza di gomme sviluppate nel connettivo che forma la membrana esterna e l'inviluppo delle vene safene: guarirono coi mercuriali.

L'autoinnesto dell'ulcero sifilitico è nel maggior numero dei casi impossibile. Dobbiamo a Clere la conoscenza di un tal fatto (1855). Lee, Langlebert, Auzias-Turenne, Davasse lo confermano, avvertendo però che irritando un ulcero con una pomata alla sabina, cantaride, ecc., la secrezione diviene purulenta e suscettibile d'innesto; niuno però arrivò mai a riprodurre un ulcero infettante coi suoi caratteri essenziali. Fournier ebbe un caso di autoinnesto su 99 insuccessi, Puche 2 in 52, Laroyenne (1858) non riuscì mai in 19 casi.

Esiste anche un'immunità naturale che alcuni vollero far dipendere dalla resistenza degli epiteli ed altri ripeterono dalla sifilide, per la quale non solo gli infetti, ma anche i loro discendenti per trasmissione ereditaria sarebbero immuni dal contagio. Ratier, Cullerier, Lagade s'inocularono senza successo il secreto di lesioni secondarie. Sarrhos ripeté gl'innesti inutilmente 30 volte. Altri fatti sono citati da Mauriac e Lee. Ma se gli autori sopradetti rimasero incolumi, molti altri contrassero la malattia. Non possiamo che ammirare e lodare quei generosi che sottoposero se stessi alle sperienze come i nostri italiani Galligo e Bargioni; ma non sapremmo come giudicare la condotta di altri che posero a rischio la salute di persone sane procurando loro una malattia che in qualche caso produce disastrosi risultati per sé e per la prole.

Secondo Clere le infiammazioni cancerenose dell'ulcero sifilitico

avrebbero l'effetto di neutralizzarne la virulenza, giacchè caduta l'escara l'ulcero si ripara come una piaga semplice. Talora l'ulcerazione fagedenica acuta distrugge l'ulcero duro ed il suo indurimento; a questa complicazione Clerc diede il nome di rammollimento acuto dell'ulcero duro, o della sclerosi iniziale. Spesso però la distruzione non è limitata, ma si diffonde sulle parti vicine producendo guasti considerevoli come riportano Horteloup e Mauriac.

La prima osservazione di sifiloma ovarico scleroso diffuso si deve a Lécorché (1856), la seconda a Lancereau. Riguardo alle alterazioni gombose degli organi stessi abbiamo casi riportati da Richet e da Lancereau che ne ebbe guarigione col trattamento mercuriale. La rarità delle osservazioni permette di asserire che l'ovaio solo in casi eccezionali è colpito da manifestazioni sifilitiche.

Nel 1856 Lee provò che l'ulcero sifilitico non suppara, giacchè il microscopio vi rinviene solo sierosità tenenti in sospensione una quantità variabile di frammenti epiteliali e di cellule linfatiche a differente grado di sviluppo. Se vi si riscontrano globuli di pus essi dipendono sempre da cause irritanti.

Hutchinson (1857) annunciò il primo che quella forma speciale di keratite interstiziale diffusa che si nota in bambini linfatici o scrofolosi dal 6° al 15° anno di vita, dovea considerarsi come sintomo evolutivo della sifilide ereditaria, e la chiamò keratite eredo-sifilitica. Ulteriori lavori di Galligo, Stanley, Taylor, Panas hanno mostrato che la sifilide può benissimo esserne la causa, ma che il linfatismo, la scrofola possono avere la stessa influenza causale nella sua produzione.

Le alterazioni che possono colpire le altre parti dell'occhio come l'iride, la corioide, la retina, il nervo ottico, il vitreo, il cristallino, in seguito a sifilide ereditaria furono illustrate anch'esse dall'Hutchinson. Secondo Galezowski la retinite pigmentaria deriverebbe da causa specifica.

Le lesioni dell'orecchio interno e dei centri uditivi non sfuggirono alle indagini dell'egregio illustratore della sifilide ereditaria. Richiamò l'attenzione sulla frequenza della sordità nei soggetti ereditariamente sifilitici senza adeguate lesioni dell'organo, dipendente secondo esso da causa nervosa, fatto constatato da Dalby, che crede essere la lue ereditaria la più feconda causa di sordomutezza in bambini nati con facoltà uditiva normale e perfetta.

Studiò anche il sistema dentario che in quei bambini è imperfetto, debole. I denti permanenti sono piccoli, bruni, opachi, irregolari, radi, striati, fragili, dentellati come si vede in specie negli incisivi superiori. Le lesioni dei denti facilmente coincidono colla keratite ereditaria.

Constatò la mancanza dell'adenite subacuta generale, che immane nella sifilide acquisita, non si rinviene mai nell'ereditaria. Però vide le adeniti consecutive a lesioni attive della bocca, della gola e del capillizio terminare anche colla suppurazione. In un'autopsia rinvenne i gangli bronchiali infiltrati.

Cullerier (1858) mise in rilievo l'azione dei vescicanti nel miglioramento delle sifilidi, giacchè l'apparizione concomitante di un processo ulcerativo sembra servire come di derivativo, ma al miglioramento possono presto tener dietro le recidive.

Sostenne che nella sifilide ereditaria l'influenza paterna sia nulla, e che essa totalmente dipenda dalla madre. Questa teoria conosciuta col suo nome, si basava su imperfette osservazioni, giacchè non si teneva menomamente conto del padre; fu combattuta da Kassowitz contro Follin, Notta, Charrier ed altri.

Rollet (1858) studiando sperimentalmente il pus dell'ulcero molle giunse a stabilire che il potere contagioso appartiene esclusivamente ai globuli e non al siero. Avendo collocato del pus sopra un filtro, ed umettata la punta della lancetta nel liquido che raccoglievasi sotto di esso, ebbe esito negativo in tutte le inoculazioni praticate. Oggi ancora si ritiene essere il siero del pus ulceroso sprovvisto d'ogni specificità; rimane però dubbio se i globuli o qualche altra forma solida in esso contenuta, come granulazioni, cristalli, vibrioni, sieno i veicoli del contagio.

A Rollet dobbiamo anche la scoperta, o per dir meglio l'interpretazione semplice e logica dell'ulcero misto, quando cioè le due lesioni venerea e sifilitica sviluppando sopra uno stesso punto danno origine ad un ulcero infettante insieme ed inoculabile. Il dualismo fondato dal Bassereau fu assicurato e posto su basi durature, specialmente da questo solo fatto che ne poteva costituire il lato debole. Ulteriori studi di Diday, Ricordi, Sigmund, Basset, Nodet, Mazziotti confermarono sempre la verità dell'asserto.

Lindwurm (1861) studiando il virus sifilitico che da alcuni si credeva perdesse le sue proprietà se fosse commisto con pus derivato da

ulceri molli, lo inoculò sopra una giovane, e vide che guarito l'ulcero molle si ebbe induramento della cicatrice seguito da leggera suppurazione e dai fenomeni secondari dell'infezione. In seguito a tale lavoro Fournier e Profeta provarono che l'inoculazione fatta con pus derivante da ulcere molli e dure assieme commisto, dava origine nello stesso tempo alle due lesioni. Si vide anche l'applicazione di pus venereo sopra un ulcero duro preesistente, determinare l'immediata apparizione di un ulcero suscettibile a trasmettere i due contagi.

Nello studio dell'ulcero sifilitico contratto dalle nutrici per l'allattamento, Rollet osservò che le lesioni primitive possono essere molteplici, e che talora occupano i due capezzoli e le areole.

Provò coi risultati dell'inoculazione che inoculando in un soggetto sano il pus di un ulcero fagedenico non si ottiene che un ulcero semplice che non va incontro a quel processo.

Il fatto che i vetrai possono trasmettere facilmente la sifilide l'uno all'altro per mezzo delle canne colle quali lavorano e che passano da una all'altra bocca, fissò per la prima volta l'attenzione di Rollet nel 1858. Esso poté non solo riconoscerne l'origine professionale, ma fare ricerche sulla diffusione della malattia che inoculata nelle madri, nei figli, e di famiglia in famiglia fu causa talora di vere endemie locali. Diday, Viennois proseguirono questi lavori, ed in ultimo Chassagny propose un ingegnoso apparecchio profilattico. Studiando la sifilide dei vetrai Rollet confutò l'opinione emessa da parecchi e già combattuta dal Diday che cioè le tonsille non potessero essere sede di ulceri duri: dimostrò anzi che non solo si poteva avere quella lesione; ma che essa era relativamente frequente.

La prima osservazione di sifilosi dei tessuti profondi delle dita, o dactilite sifilitica, si deve a Chassaignac (1859); seguirono quelle di Nelaton, Luche, Erlach, Berg, Taylor, Scarenzio, Galassi ed altri. La lesione è rara e si osserva in ispecie nei bambini ereditariamente sifilitici, oltrechè negli adulti.

Chalons (1859) riporta l'unico caso conosciuto nella scienza di lesione sifilitica delle glandole lacrimali in un individuo affetto da forme terziarie, il quale guarì sollecitamente colla cura mercuriale.

Virchow (1860) divise le manifestazioni della sifilide in due classi: lesioni attive o irritative come infiammazioni, neoplasmi; e lesioni passive come marasmo, cachessia e degenerazioni viscerali.

Tentò spiegare le recidive che avvengono nel decorso di una siflide assegnando ai gangli linfatici il compito di ricettacoli nei quali il virus moltiplicandosi desse poi luogo a nuove eruzioni di sintomi, ma tale veduta dell'eminente patologo rimase allo stato di proposta.

Nella patologia dei tumori descrisse le lesioni sifilitiche dei vari organi e delle ossa indicando col nome di carie secca l'usura delle ossa che Jullien crede dipendere da formazione di gomme le quali spiegano egregiamente la forma della lesione.

Studiò le modificazioni che la siflide porta nelle piccole arterie del cervello, seguito da Huebner, Corazza, Jackson, Rabot.

La linfoadenopatia terziaria fu rischiarata dagli studi di Virchow, Lancereau, Verneuil, Campana e Cornil.

Trovò nei sifilitici la degenerazione grassa completa delle capsule surrenali.

Descrisse le lesioni sifilitiche della placenta, cioè l'endometrite placentare gommosa, e la placentite interstiziale diffusa.

Ebbe la fortuna di vedere un tumore gommoso del corpo ciliare, diagnosticato da altri coll'oftalmoscopio per sarcoma: la guarigione ottenutane colla cura specifica ne confermò la diagnosi.

Per non dilungarci di soverchio possiamo dire che pochi argomenti della sifilopatia non furono illustrati dal Virchow.

Benoit (1860) sperimentò con eccellenti risultati la cura secca degli Arabi nella siflide. Il malato prende mattina e sera una pillola di mercurio, beve 1 o 2 bicchieri di decozione di sarsaparilla nelle 24 ore, e si ciba di biscotti, mandorle, fichi, uva. Lallemand, Boyer, Tribes, ecc. la raccomandano anch'essi come assai utile.

Lancereau, fino dal 1860, riconobbe all'autopsia un'alterazione sifilitica della glandola submascellare, caso osservato più tardi da Fournier e Verneuil nella glandola sublinguale, e classificato tra le lesioni terziarie.

Riporta casi di sifiloma della glandola mammaria, constatati anche da Horteloup ed Ambrosoli, specialmente in individui di sesso maschile e riconosciuti specialmente per gomme. Non è facile distinguere questa lesione dal cancro: l'unica pietra di paragone è lo joduro di potassio che secondo Sauvage, Richet, Icard, ecc., portò guarigione in casi nei quali l'aggiornare l'operazione sembrava pericoloso.

I due unici ed autentici casi di gomme del pancreas accertati dall'esame microscopico debbonsi a Lancereau e Rostan.

Raccolse i pochi documenti relativi alla sifilosi del corpo tiroide.

Notò anche l'alterazione gommosa della glandola pituitaria, fatto attestato anche da Virchow e Meyer.

Riscontrò in vari casi la sclerosi specifica dei reni, e confermò la rarità delle gomme di quest'organo.

Fu uno dei primi che fermasse l'attenzione sulle alterazioni microscopiche del sangue nei diversi stadi della sifilide ereditaria, seguito in queste ricerche da Hutchinson e Bacresprung.

Hirsch, nel 1860, raccolse tutti i documenti anche di persone estranee alle scienze mediche, che trattavano della distribuzione geografica della sifilide; imitato in seguito da Lancreeau e Lagneau.

Nel 1861 Turck intraprese lo studio delle sifilidi della mucosa laringea constatando l'eritema laringeo, le papole, le erosioni. Dance, Roth, Fournier, Duplay, Ferras ed altri proseguirono e completarono tali osservazioni. Krishaber e Mauriac constatarono le placche mucose di quell'organo: Fauvel, le vegetazioni e le ipertrofie delle corde.

Violet (1863) fece conoscere il fatto che talora rinvengonsi nell'orecchio medio di bambini ereditariamente sifilitici goccioline purulente, senza che apparisca lesione alcuna della parte; esso crede che raggiungano quella cavità, risalendo le trombe di Eustachio.

Förster (1863) nelle autopsie di bambini sifilitici già affetti da diarrea cronica, che, secondo esso, potrebbe derivare da affezioni eritematiche delle vie digestive, simili a quelle che si osservano nella bocca e nella faringe, rinvenne degenerazioni fibroidi delle placche del Peyer. Osservazioni simili furono fatte da Eberth, Roth, Oser, ecc., che notarono anche la mucosa di colore ardesiaco, e più o meno ulcerata.

Al Bazin (1863) dobbiamo la descrizione clinica della sifilide maligna precoce, quasi a complemento degli studi di Diday sulle forme forti e deboli di quella malattia. Ai nostri giorni la sifilide maligna è assai rara; di essa si occuparono Mauriac, Ory, Horteloup, Taylor, ecc.

Lo stesso autore, alla sifilide primitiva, secondaria e terziaria di Ricord, volle aggiungere un periodo quaternario nel quale comprese le lesioni viscerali gommosose o sclerosiche per completare così tutto il quadro della sifilide.

A Doyen (1864) siamo debitori dell'esatta clinica descrizione dell'erpate genitale, e della diagnosi differenziale di esso da altre lesioni

veneree e sifilitiche. Vidal e Douand ne inocularono con successo la segrezione anche per due successive generazioni. Recentemente Mauriac ha fatto notare la coincidenza di questa lesione coi disturbi nervosi reumatoidei, e la somiglianza che ha collo zoster.

L'idea d'iniettare il mercurio per la via ipodermica si deve a Sca-renzio (1864), il quale preferì il calomelano. Barkley-Hill (1866) si servì del sublimato corrosivo, adoperato in seguito la prima volta in Italia dal Manassei. Il metodo delle iniezioni fu diffuso da Ambrosoli, Lewin, Diday, Profeta, Ragazzoni, Soresina, Bertarelli, Gamberini.

Dubuc (1864) descrisse l'ulcero sifilitico erpetiforme, consistente in 10 a 15 ulcers riuniti in piccoli gruppi di 3 o 4 simulanti un'eruzione erpetica, ad ulcerazione superficiale e base non indurata, ma resistente come un foglio di pergamena.

Windsor (1865) segnalò alcune piccole ulcerazioni secondarie sifilitiche di color giallo-rameo, le quali possono mostrarsi sulla congiuntiva e sul bordo palpebrale e confondersi con una blefarite ciliare.

Charcot (1865) riferì i particolari di una rottura di milza nel caso di un neonato con sifilide ereditaria. Parrot spiegò quest'evenienza colla pregressa flogosi dell'organo che termina con formazione di false membrane attorno alla capsula di esso, donde consecutive degenerazioni lardacee tardive.

Bälz (1865) riportò un rarissimo caso di trasudamento ematico spontaneo nella cute di un sifilitico da un anno, guarito coll'uso dello joduro. Taylor ne vide un secondo caso; è impossibile però dire se questa condizione emorragica non fosse che mera coincidenza, o se era etiologicamente legata alla sifilide.

Tanturri (1865) dimostrò che le ultime manifestazioni della sifilide non possono trasmetterla nè per contagio, nè per inoculazione. Esso innestò senza effetti in un individuo sano il prodotto d'una gomma sottocutanea. Profeta (1871) proseguì le sperienze colla secrezione di tubercoli sifilitici, ma anch'esso senza risultati positivi.

Notò anche la non inoculabilità sulle mucose del pus raccolto da un'ectima sifilitico cutaneo: Vidal confermò questo risultato.

La sifilide acneica, particolarmente la forma marginata dell'acne sifilitico cronico, fu la prima volta ben descritta dal Tanturri.

Al Pellizzari dobbiamo la prova dell'innocuità del latte dato da una nutrice sifilitica ad un bambino sano (1866), osservato in cinque casi accuratamente studiati; questione che aveva in suo favore, oltre gli antichi sifilografi, anche i nomi di Beaumes, Diday, Robert, Langlebert, Ricord, Cerasi; e per oppositori Berthier, Swediaur, Barbantini, Rollet, Profeta, Padova, il quale ultimo, colle sperienze riguardanti la nullità d'azione del succo gastrico sulle lesioni sifilitiche, avea distrutto l'ipotesi che le segrezioni stomacali neutralizzassero il contagio.

Padova (1866) proclamò l'innocuità del latte di una sifilitica inoculato su persona sana o colla lancetta o sopra la pelle privata dall'epidermide per mezzo di un vescicante, o colle iniezioni ipodermiche Profeta ebbe identici risultati.

Bouchard e Lepino (1866) riportano l'unica osservazione di salpingite gommosa sifilitica osservata in un'autopsia.

Nel 1866, Gamberini, illustre sifilografo già noto pei suoi numerosi lavori, richiamò l'attenzione degli specialisti sopra una varietà di epiteloma ulceroso che frequentemente si scambiava coll'ulcero molle. Questa lesione si mostra in forma di un'ulcerazione granulosa a lungo decorso, specialmente nelle giovani prostitute.

Col nome di iperplasia amorfa ganglionare descrisse il primo una forma particolare di bubone consistente in una periaadenite che guadagna man mano le parti profonde fino ad attaccare l'articolazione coxo-femorale, e determinare un'artrite seguita da morte. Queste evenienze sono confermate da Langenbeek. Tale complicazione non si verifica solo nei soggetti strumosi come già si credeva.

Riguardo all'influenza della sifilide sulle malattie cutanee provò che in queste si verificavano modificazioni che le ravvicinavano al tipo sifilitico per l'estensione, pel colorito rameico ed i bordi arrotondati, e che la guarigione non si otteneva se non colla cura antisifilitica.

Sebbene l'assenza di dolore e prurito caratterizzino le eruzioni specifiche, pure in alcuni casi questi sintomi si presentano in modo esagerato in soggetti deboli, di età avanzata, ed in cattive condizioni igieniche, forse a cagione della prolungata irritazione del derma. Carattere speciale di questo sintomo è che non cede al mercurio, nè allo jodio, nè all'arsenico, mentre, secondo Gamberini, sparisce col liquore di Donowar, ove quei tre specifici sono riuniti.

Propose e sperimentò lo joduro di sodio come succedaneo di quello di potassio.

Gee (1867) annunciò l'ipertrofia della milza nei bambini sifilitici cachettici, che secondo esso si verifica in una metà almeno dei casi di lue ereditaria, e che talora è eccessiva ed accompagnata da una condizione simile dei linfatici e del fegato. Mai rinvenne infiltrazione gommosa o degenerazione amiloide di quell'organo. Barlon ed Hirschfeld fecero identiche osservazioni.

Profeta (1867) s'inoculò a più riprese la saliva di soggetti sifilitici in periodo secondario senza che però esistessero lesioni alla bocca. Ne dimostrò anche l'innocuità nel periodo terziario.

Si temeva che il feto potesse, durante il passaggio per le vie genitali, rimanere infetto dalla madre la quale offriva manifestazioni sifilitiche; quest'opinione fu combattuta da Profeta e da Violet che sulla scorta dei fatti mostrarono l'insussistenza di tali timori, attesa che il feto oltre al non presentare mai lesioni di continuo, è bastantemente protetto dall'intonaco sebaceo e dalle acque amniotiche.

Jullien propone di chiamare col nome di legge di Profeta il fatto da esso osservato, che un bambino riconosciuto sano, nato da una donna sifilitica, non corre alcun pericolo d'infezione, sia per l'allattamento che per i baci della madre, per quanto sieno trasmissibili gli accidenti da cui quest'ultima è affetta. Ma più tardi quando l'organismo crescendo è stato completamente rinnovato, il fanciullo perde la sua invulnerabilità contro la sifilide. Gailleton e Violet ammettono la verità di questa legge, alla quale d'altronde non furono ancora fatte serie obiezioni.

Fränkel (1868) in un caso di sifilide ereditaria infantile constatò ulcerazione profonda e pericondrite. Lefferts vide casi di lesioni nell'epiglottide; Mackenzie oltre le lesioni laringee studiò quelle della bocca e delle cavità nasali.

Confermò i reperti di Virchow sulle malattie della placenta nella sifilide ereditaria; ed all'endometrite decidua e placentale aggiunse la malattia della parte villosa della seconda fetale. Waldeyer proseguì nelle stesse indagini.

Osterloh (1868) trovò alterazioni del pancreas prodotte da sifilide ereditaria, verificate in seguito da Oedmansson, Wegner, Hirschfeld. Il pancreas aumenta di volume, di peso, di consistenza; il connettivo interstiziale è molto aumentato.

A Jackson (1868) si debbono i fatti riguardanti le malattie del sistema nervoso causate da sifilide ereditaria, studi proseguiti da Hut-

chinson, Barlou, Douse. Dimostrarono che tali bambini vanno facilmente soggetti alla chorea, ed alle paralisi di varie specie e che possono rinvenirsi in essi gomme dei nervi cranici.

Nel 1868 Veale riportò qualche esempio di gomme dell'uretra causanti uno stringimento, nei quali casi esso proponeva di evitare la cura jodo-mercuriale onde questi medicamenti non comunicassero azione irritante alle urine.

Hulke (1869) ed in seguito Arcoleo, Barbar, Schott, analizzarono le lesioni sifilitiche del nervo ottico, dimostrandone la nevrite e la perinevrite.

Molliere (1869) fu tra i primi a richiamare l'attenzione sulle alterazioni dei reni nei neonati sifilitici. Lancereau, Bradley, Klebs, Parrot esaurirono questi studi dimostrando che tali organi ingrossati prima per infiltrazione di cellule embrionali, finiscono per atrofizzarsi quando si verifica l'atrofia delle nuove cellule.

Periflebite sifilitica fu chiamata da Schüppel (1870) un'infiltrazione cellulare circostante all'esterno ed all'interno le pareti della vena porta e le vene maggiori in casi di sifilide ereditaria.

L'infiammazione acuta che può complicare l'ulcero molle fu illustrata da Gailleton (1870) in un'eccellente descrizione di questo stato da lui studiato in 50 casi, in sei dei quali vide per cause locali prodursi gravi emorragie, che causarono estese perdite dei tegumenti e del glande.

Laurenzi (1871) narrò un rimarchevole caso di gomme grosse come una lente ricuoprenti il peritoneo parietale e viscerale, somiglianti per la loro disposizione ad un vajuolo discreto. Al microscopio si riconobbero formate da tessuto fibroso. Sui punti del gracile ove erano sviluppate davan luogo ad una serie di restringimenti alternati con dilatazioni.

Biaasson (1872) e dopo esso Betelli e Ludwig eseguirono splendide ricerche del mercurio nelle segrezioni, e lo rinvennero nelle urine, nella saliva, nel sudore, nel latte, nelle feci, ed anche nei vari tessuti molto tempo dopo cessata la cura.

Lostofer (1872) annunciò di aver scoperto col microscopio nel sangue dei sifilitici alcuni corpi particolari che credea potessero ritenersi causa della malattia; opinione che cadde ben presto nell'oblio.

Klebs asserì aver rinvenuto monadi elicoidi a bastoncini; poco dopo Pisarewski (1880) osservò nell'esame di ulceri duri gruppi di organismi inferiori della forma di zoglee e negò l'esistenza delle monadi di Klebs.

Bermann descrisse micrococchi e corpi fungoidi occupanti il lume dei linfatici.

Seguirono i lavori di Aufrecht, Leistikow, Morison, Chiari, Pick, Birch-Hirschfeld, Neisser, Barduzzi, ma niuno finora ha evidentemente mostrato che questi microrganismi possano essere i veicoli del contagio sifilitico.

Staub (1872) surrogò le iniezioni ipodermiche dei vari preparati mercuriali con quelle di albuminato di mercurio, metodo popolarizzato da Bamberger, che in seguito sostituì il peptone all'albumine. Neumann, Grünfeld, Martineau esposero in particolari lavori i vantaggi ottenuti coll'uso di un tale metodo.

Bamberger (1872) e Stöhr notarono che la vaccinazione può attivare l'evoluzione della sifilide e determinare nuove eruzioni. Videro poi in soggetti infetti colpiti dal vaiuolo trasformarsi sul posto le pustole in placche mucose. Jullien osservò uno di tali cambiamenti del vaiuolo in eruzione papolosa lenticolare specifica.

La periostosi fu completamente studiata da Popescu (1873) che ne stabilì la comparsa da uno a quattro mesi dopo lo sviluppo dell'ulcera e ne precisò le sedi più frequenti.

Col nome d'ittiosi linguale Plumbe (1873) riferì casi di una rara affezione linguale nel corso della sifilide, ricordati in seguito da Weir, Fournier ed altri. Hugonneau però sostenne che tali lesioni non debbano ritenersi veramente specifiche, benchè la sifilide possa predisporne lo sviluppo.

Segnalate da Verneuil (1873) le lesioni delle borse sierose o sinoviti terziarie, il loro studio fu completato da Moreau, Petit, Keyes, che ne provarono la natura gommosa, ed ottennero perfette guarigioni colla cura mista.

Verneuil ebbe occasione di vedere un tumore gommoso a carico del cordone spermatico, raro caso di complicazione dell'orchite sifilitica.

A Kaposi (1873) dobbiamo l'anatomia patologica e la microscopica delle ulcere molli e dure; argomento illustrato in seguito da Caspary Auspitz ed Unna. Ci diede anche i caratteri microscopici delle varie eruzioni sifilitiche.

Parrot (1873) può considerarsi come l'illustratore degli studi riguardanti la sifilide ereditaria. Spiegò la voce rauca e dissonante dei neonati sifilitici coll'esistenza di lesioni laringee; infatti cita casi di rossori, erosioni ed anche ulcere netti con scopertura delle cartilagini; osservazioni simili furono fatte da Roger, Frank, Ratnesque, Rey, l'ultimo dei quali poté constatare anche un restringimento tracheale.

A Parrot deve attribuirsi il merito di avere illustrato le alterazioni che si manifestano sullo scheletro in seguito alla sifilide ereditaria, già accennate da Furth nel 1868 e consecutivamente da Wegner ed altri. Indicò quel prezioso segno diagnostico per la sifilide dei neonati, costituito dal cranio natiforme prodotto dagli osteofiti sviluppati al bregma ed alle suture. Illustrò le anomalie di sviluppo come le sinostosi precoci, le microcefalie, l'idiotismo, le lesioni periostali.

Distinse col nome di condro-calcosi quello strato bleuastro che si nota al limite delle cartilagini epifisarie nei bambini sani, e che nei sifilitici aumenta di spessore, e si mostra di colore giallo cretaceo e sparso di irregolarità e dentellature nella superficie riguardante la cartilagine.

Descrisse la trasformazione gelatiniforme delle ossa che si osserva particolarmente sul tessuto spugnoso che guarnisce l'estremità della diafisi, spiegando così la genesi delle fratture e delle pseudo-paralisi di bambini sifilitici.

Notò inoltre la necrosi delle ossa del naso, e la dactolite studiata anche da Taylor.

Le lesioni specifiche ereditarie sviluppate nei testicoli, epididimi e cordoni dei neonati furono determinate dal Parrot, seguito da Hutinel, Henoc, North, Bryant, Obédenciere.

In due casi notò anche qualche alterazione sebbene incerta sulle ovaie.

Schwarz (1873) pubblicò una tesi sulle ulcerazioni semplici e specifiche del collo uterino, mostrandone la frequenza contrariamente a quanto asseriva la maggior parte dei sifilografi anteriori, e rendendone l'onore della scoperta a Ricord che primo le aveva osservate. Questi studi furono completati ai nostri giorni dal Fournier.

Fioupe (1874) ed Engel riportarono casi di ulcere perforanti dello stomaco nei sifilitici; tale lesione era stata già notata avvenire più facilmente in individui infetti dalla lue. Difettiamo però completamente di ricerche istologiche capaci di darci spiegazione di questo fatto. Dal loro aspetto però sembra che si possano riportare a gomme ulcerate.

Heubner (1874) in una eccellente monografia completò le scarse ed insoddisfacenti cognizioni che si aveano degli effetti della sifilide sulle arterie cerebrali. Secondo esso il virus specifico eccita irritazione dell'endotelio, donde contrazione del lume arterioso per neoproduzione cellulare, e consecutivamente stenosi completa, per un processo che rassomiglia assai alle gomme od al tessuto di granulazione.

Friedländer, Koster, Baumgarten, verificarono i reperti di Heubner. Rabot e Charcot descrissero una periarterite sifilitica osservata anche da Gowers. Moxon illustrò un'inflamazione acuta sifilitica dell'arteria basilare, in cui notavasi gonfiezza di tutte le tuniche e corpiccinoli purulenti.

A Jullien (1874) autore di uno dei più completi trattati sulle malattie veneree dobbiamo la conoscenza di un rarissimo caso di roseola della lingua osservata in un soggetto che presentossi in piena eruzione di una sifilide eritematosa.

Weill (1874) riportò la prima menzione dell'ingrossamento della milza nel periodo iniziale della sifilide, contemporaneo alle altre lesioni del sistema linfatico, fatto confermato da Werver e Bumstead. Essa è causa di disordini ematici e stomacali, i quali ultimi da Jullien sono spiegati colla teoria di Baccelli sull'influenza che ha la milza nella digestione stomacale.

Hierschfeld (1875), Oedmansson, Winkel nel cordone ombelicale di feti macerati la cui morte attribuivasi a sifilide, rinvennero stenosi della vena ombelicale dipendente da processo ateromatoso, lesione che costituisce un elemento importante nell'etiologia della morte dell'embrione sifilitico.

Fenwick (1875) narrò un singolarissimo caso di edema della glottide e del laringe provocato dall'uso dello joduro di potassio spiegatosi dopo l'ingestione di quattro esigue dosi di questo medicamento; non si salvò il paziente che colla tracheotomia.

In un lavoro di Cernatesco pubblicato nel 1875 si dimostrò particolarmente l'influenza della gravidanza sull'ulcero primitivo, che in quelle condizioni assume un decorso speciale ed una inusitata persistenza in causa della stasi congestiva dei genitali e delle mucose. La controprova di ciò si ha nella facile guarigione delle lesioni che hanno sede in quegli organi quando l'uscita del feto rende nuovamente normali le condizioni del circolo.

Fece anche rimarcare che la durata delle sifilidi vulvari, dipende specialmente dal trattamento che loro si oppone.

Zeissl (1875) nella sua opera sulla sifilide accennò alla diagnosi differenziale tra le ulcere gommose e l'ipitelioma della lingua. Illustrò inoltre molti punti della sifilopatia particolarmente riguardo alla terapeutica.

Sostiene con Sigmund che tranne circostanze eccezionali si dee aspettare ad intraprendere una cura mercuriale fino alla comparsa dei sintomi secondaria.

Fournier (1875), noto per i suoi numerosi e dotti lavori in sifilopatia, merita particolare autorità per quanto spetta particolarmente alla sifilide della donna. Studiò la leucorrea e le nevralgie uterine, i disordini della mestruazione in specie le soppressioni temporanee, dimostrò falsa la pretesa sterilità sifilitica sostenuta da alcuni, e comprovò essere questa malattia la più comune causa di aborti se la terapeutica non soccorra il nuovo essere, curando la madre.

Constatò l'ulcero sifilitico uterino e la sua non rara coesistenza col l'erpete vulvare e perivulvare. Determinò la situazione dei gangli induriti secondo la sede variante dell'ulcero.

Notò nelle donne in seguito a sifilide la produzione di due condizioni gravi: la cloroanemia e l'astenia. Avvertì primo i disordini vari della sensibilità generale come l'analgnesia, in specie limitata al metacarpo sul dorso della mano.

Distinse la varietà della roseola come l'orticata, la granulare; le varie forme di onissi, le sclerosi e le gomme linguali, la degenerazione terziaria specifica della glandola sublinguale.

Pubblicò interessanti lavori sulle malattie del sistema nervoso prodotti dalla sifilide.

Contro l'opinione di Diday e di Zeissl riguardo alla cura aspettante nella sifilide difese l'uso del mercurio continuato sebbene interrottamente per parecchi anni, ed alternato ed unito collo joduro di potassio, come propugnano anche Martinau e Manassei.

Nel 1875 Rosen, Coupland, Kantzow riferirono casi di sifilosi cardiaca dei neonati. Weneit e Forster segnarono la sclerosi e la cardite. Shüppel la periflebite.

Le più esatte analisi delle urine dei sifilitici si debbono a Stefanoff (1875). Le proporzioni dei vari compimenti si mantengono in genere normali, aumenta solo la quantità dell'urea al momento delle eruzioni secondarie, ma tale aumento è ben presto frenato dalla cura mercuriale.

Perroud (1867) segnalò primo l'albumina, caso più raro e che si verifica nei periodi avanzati. Alcuni la fanno dipendere da abuso di cure mercuriali. Secondo Dub, Seegen e Servantre (1876) esiste anche una glicosuria sifilitica, della quale si ebbero casi di guarigione collo joduro di potassio. E che questo diabete dipenda dalla sifilide è provato dal fatto, che nei diabetici che rimangono infetti la glicosuria si sospende per tutta la durata delle manifestazioni, riapparendo solo quando il trattamento ha debellata e vinta la malattia.

I fratelli Ulicini di Pavia (1876) proposero per la cura della sifilide l'uso del tayuya, pianta indigena dell' America del Sud. Questo rimedio destò un certo interesse in Italia, ma quando nel 1881 potei raccogliere le osservazioni fatte da altri e da me in unione al Manassei, potei concludere che nel vantato rimedio non si riscontrava facoltà alcuna antisifilitica.

Kassowitz (1876) cooperò anch'esso al perfezionamento degli studi sulla sifilide ereditaria. Constatò che $\frac{1}{10}$ dei bambini procreati da sifilitici nascono morti, e dei nati il 20 per cento muore prima del sesto mese.

Provò che la gravità del male diminuisce in ciascun figlio successivo. Annisce l'influenza paterna nella sifilide ereditaria, che però può combattersi colle cure mercuriali protratte, e non adoperate per breve tempo nel primo anno d'infezione. Criticò e distrusse la teoria di Cullerier che la sifilide ereditaria dipendesse unicamente dalla madre la quale solo allora trasmette la lue, quando cioè la malattia esiste nel suo organismo costituzionalmente. Colla scorta dei fatti provò che la sifilide della madre acquisita durante la gravidanza non può essere trasmessa al feto mediante la circolazione utero-placentale. Mostrò che una madre sana può avere un figlio sifilitico in opposizione a quanto pensavano Gardien, Ricord ed altri. Precisò l'epoca di comparsa e di evoluzione dei sintomi nei bambini ereditariamente infetti.

Auspitz nel 1876 tentò di far rivivere il metodo della escissione dell'ulcero duro praticata molti anni or sono ed abbandonata perchè inutile. L'assorbimento del virus sifilitico comincia nello stesso tempo che si compie l'atto contagionante. Jullien narra un caso nel quale le più attive disinfezioni e cauterizzazioni pochi minuti dopo che un dato ferito toccò un ulcero duro non valsero a preservare dalla sifilide.

Ricord aveva già tentato la cura abortiva dell'ulcero colla cauterizzazione, seguito in ciò da Sigmund e da Diday, ma tale metodo non resse alle prove della clinica, giacchè la sifilide si contrae in modo quasi istantaneo.

Kolliker, Otis ed altri difesero l'escissione dell'ulcero duro e ne riportarono pretesi risultati; la maggioranza però dei sifilografi la ripudiarono perchè tale cura abortiva è basata sopra un errore. Convinto dell'inutilità dell'operazione, ed autorizzato dal confronto dei pazienti io escissi un ulcero duro 12 ore sole dopo la apparizione e vidi seguirne lo sviluppo dei sintomi secondari, sebbene fosse questo il primo caso nel quale era decorso un tempo tanto breve tra la comparsa e la distruzione del sintomo primario.

Odmason ed altri credono che sebbene l'escissione non possa impedire lo sviluppo della lue, pure sia capace di rendere più miti i fenomeni della sifilide. Gli ultimi lavori su quest'argomento si debbono a De Luca, Gamba, Mannino.

Nel 1876 Podres attribui una gangrena spontanea sviluppata sulle estremità inferiori di un sifilitico da sei anni, alla preceduta infezione. Null'altro si sa di questa conseguenza o complicazione della lue.

Morrou (1876) descrisse un'anomalia di aspetto dell'ulcero sifilitico che disse differite del glande, perchè appunto somigliante ad una placca ditteritica. Bumstead e Taylor ne osservarono vari casi.

Nella tesi di Sany (1876) si descrivono i rari casi di sifilide papolosa aventi sede sulla congiuntiva oculare. Lallier ed Hortelsup ne videro anch'essi. Tutti sono concordi nell'utilità della cura mercuriale.

Allo Smee poi si deve l'osservazione di una papola congiuntivale formante rilievo sotto la cornea guarita anch'essa col mercurio. Jullien descrive alcune papolo-pustole sviluppate sulla faccia congiuntivale della palpebra superiore.

Guilland (1876) e Lambron misero fuori di dubbio l'efficacia delle acque solforose per esasperare le eruzioni sifilitiche, o farle apparire

se la malattia esiste ancora allo stato latente: giacchè lo zolfo agisce come eccitante e si elimina per la pelle in forma di solfuro o d'iposolfuro alcalino. Di qui l'uso comune tra i sifilografi di prescrivere dopo terminata la cura qualche bagno solforoso per accertarsi con questa pietra di paragone se rimangono o no vestigia della malattia.

Simian e Paget (1877) descrissero una paralisi delle corde vocali osservata negli stadi avanzati di sifilide. Libermann osservò in seguito ad identica causa l'afonia completa, e ne ebbe la guarigione con una cura mercuriale ipodermica.

Poyet (1877) pubblicò un interessante studio sulle paralisi del laringe, lesione dubbia ed oscura in specie dal lato patogenitico, la quale non era stata mai studiata per l'innanzi.

Chuoostek (1877) riporta un caso rimarchevolissimo per la sua rarità di alterazione sifilitica gommosa delle capsule surrenali.

Nel 1877 Cellard intraprese ricerche sull'ipertrofia persistente allo stato di tumore elefantico che non è rara nei genitali muliebri in seguito ad eritemi ed eruzioni sifilitiche che mantengono una permanentemente iperemia ed edema della parte. Queste masse elefantiasiche possono in seguito aumentare, estendersi, e giungere a formare volume considerevole.

Adamkiewitez (1878), in un caso gravissimo di acne jodico, dimostrò la presenza dello joduro nel pus dell'eruzione, e provò che le glandole sebacee costituenti le pustole acneiche sono i veri organi secretori dello joduro.

Altre lesioni prodotte dall'uso dello joduro furono notate dagli autori; così Mercier parlò dell'eczema jodico; Bumstead ed O. Reilly di un'eruzione bollosa prodotta dallo stesso agente; Hutchinson e Fax dell'idroa; Fournier e Makenzie della porpora.

Hulot (1879) riportò il solo esempio conosciuto di ulcero duro sull'orecchio esterno. Nel 1883 Manassei mi mostrò un secondo rimarchevole esempio di ulcero auricolare sifilitico, permettendomi cortesemente di pubblicarne la storia.

Schuster (1882) propose di eseguire le frizioni nella cura della sifilide col così detto sapone napoletano, mezzo efficace oltrechè elegante

e non disgustoso all'odorato. Le analisi delle urine di malati curati con questo metodo fecero riconoscere la presenza del mercurio comprovandone così l'assorbimento.

Nella stessa epoca Oberländer adottò lo stesso metodo, servendosi però di un sapone composto con mercurio e sapone verde.

Liebreich (1883) aggiunse alle preparazioni idrargiriche conosciute il formiamido di mercurio, basandosi sulla teoria che l'amido passa per l'economia animale senza decomorsi, eccetto nel caso in cui sieno combinati con un metallo, che lasciano libero nello sdoppiamento.

Gilles de la Tourette (1883) consigliò le iniezioni ipodermiche di joduro di potassio nei casi d'intolleranza dello stomaco, nel coma da sifilide cerebrale, e quando la deglutizione è impedita da una qualsiasi causa. Entro 24 ore rinvenne tracce del medicamento nelle urine.

Besnier nello stesso anno si occupò dell'argomento identico.

Marion-Sims (1883), vantò nella cura della sifilide una decozione di erbe adoperata dagli Indiani: secondo le sue asserzioni e quelle di Mac Dade, ottenne buoni risultati.

La questione è ancora irrisolta. Anche Manassei usò questo rimedio senza notevoli effetti.

Smirnoff (1883), per impedire l'ascesso consecutivo alle iniezioni ipodermiche di calomelano, propose di adoperarlo in dose di 10 centigrammi unito alla glicerina.

Questo metodo è stato sperimentato da Scarenzio e Soffiantini che ne fecero una relazione nel 1885 al Congresso Medico di Perugia. Nei pochi casi nei quali lo adoperai non ebbi mai suppurazione.

Superfluo sarebbe un riepilogo della rivista sommaria fatta sui principali progressi della sifilopatia nel nostro secolo; possiamo però a buon dritto essere orgogliosi circa l'attuale stato delle nostre cognizioni in una materia di tanto interesse scientifico ed umanitario.

Dalle incerte dubbiezze nelle quali avvolgevasi i primi sifilografi siamo passati alla chiara cognizione di ogni sintomo della sifilide; ci è dato diagnosticarla dal suo fenomeno iniziale, predire con certezza l'epoca di eruzione delle manifestazioni secondarie, opporre ad esse un valido ed adatto trattamento.

Possiamo combattere vantaggiosamente e con pieno successo la

maggior parte delle lesioni indotte dalla malattia negli stadi terziari. Siamo in grado di prevenirla se ereditariamente trasmessa, salvando così numerose esistenze. Riguardo ai metodi curativi, essi sono semplici, facili, tollerabili ed applicabili a tutti, nè da essi si ripetono più i gravissimi disturbi che verificaronsi in altri tempi. Rarissime infine sono divenute le morti e certissimi ed autentici i casi di vere guarigioni.

Un' eletta schiera di sifilografi di ogni nazione, quotidianamente si adopera a dilucidare i punti dubbiosi; numerosi sono i giornali della specialità, anzi a nostra gloria il primo di essi sorse in Italia per opera del Soresina. Infine la sifilografia occupa oggi un posto meritamente acquistato tra i più importanti rami dello scibile medico.

3670



