

DOTT. MARIANO CARRUCCIO

DELLE GLANDOLE LINFATICHE

Semiologia e valore semiologico di esse nelle malattie sifilitiche
e della pelle

Esstratto dal *POLICLINICO*, Vol. III-M, anno 1895

ROMA

SOCIETÀ EDITRICE DANTE ALIGHIERI

(896)



DOTT. MARIANO CARRUCCIO

DELLE GLANDOLE LINFATICHE

Semiologia e valore semiologico di esse nelle malattie sifilitiche
e della pelle



Estratto dal *POLICLINICO*, Vol. III-M, anno 1896

ROMA

SOCIETÀ EDITRICE DANTE ALIGHIERI

1896

Delle glandole linfatiche.

Semiologia e valore semiologico di esse nelle malattie sifilitiche
e della pelle.

CONTRIBUZIONE CLINICA E SEMIOLOGICA

per il dott. **MARIANO CARRUCCIO**, aiuto

I.

L'esame delle glandole linfatiche, per ricercarne le alterazioni in sé od in correlazione coi tessuti vicini, ha un grande interesse nello studio clinico di molti morbi infettivi locali e generali; quindi il poterne determinare i caratteri, in tutte quelle regioni ove è possibile un adatto esame di esse, è opera utile e vantaggiosa, specialmente se si riflette che finora non vi sono degli studi semiologici indirizzati al detto scopo.

Il sistema linfatico, per le sue condizioni anatomiche, è quello che presenta maggiori anomalie numeriche e morfologiche degli altri sistemi dell'organismo umano; per cui di esso l'anatomia ci insegna, ma non ci può insegnare tutto quello che è pei singoli casi: per questo sistema quindi bisogna fare un po' di anatomia anche sul vivente.

Una glandola linfatica normale, pei suoi caratteri di grandezza e consistenza, non deve essere accessibile al palpamento. Quando si rivela al palpamento è cresciuta di volume o per lo meno ha mutato consistenza, divenendo più dura di un tessuto connettivo sottocutaneo, nello stato normale, di persona giovane.

Coll'avanzarsi dell'età le glandole linfatiche tendono a farsi più piccole e dure.

Nell'esame delle glandole linfatiche noi possiamo servirci di due dei mezzi fisici attualmente usati in semiologia: dell'*ispezione*, cioè, e del *palpamento*.

Non è che gli altri metodi di ricerca semiologica non possano portare il loro contributo per la precisa determinazione di una qualsiasi alterazione delle glandole linfatiche; ma essi non sono utili in tutti i casi: lo sono solo allora quando entrano delle complicità alle alterazioni glandolari, che possono rendere il processo assai vario e non diagnosticabile. Allora, per esempio, vi può essere bisogno dell'ascoltazione per constatare se all'alterazione glandolare vada congiunta una lesione vasale dei vasi arteriosi o venosi, così pure vi può essere bisogno della percussione nelle regioni sopraclavicolari, nelle inguinali, nelle sottoascellari; se in caso di alterazioni glandolari vadano com-

plicati processi traumatici, recenti o di antica data, che possano aver dato luogo a spostamento di tratti di visceri provvisti d'aria. Dicasi lo stesso pel metodo di combinate pressioni sui vasi sanguigni e di contemporanea ispezione, palpazione ed ascoltazione, per constatare le variazioni inerenti all'organo ammalato ed ai suoi rapporti coi vasi centrifughi, od arteriosi, e centripeti, o venosi, della regione.

Qui non è che noi vogliamo parlare della semiologia nel caso di una semplice e parziale alterazione chirurgica: di questa i libri di chirurgia si occupano estesamente; ma vogliamo parlare del modo di ricercare le alterazioni di primo grado, che in seguito ad un'alterazione locale, ad una infezione, si possono produrre in una o più glandole linfatichè, così da nascerne un primo grado di alterazione differente in qualche qualità fisica, secondo la differente natura della causa. Son questi gradi minimi di alterazione, che vogliono essere rilevati e vagliati per trovare un aiuto nella diagnosi, nel pronostico e nell'indirizzo terapeutico medico o chirurgico di un determinato fatto morboso.

Il primo mezzo, cioè l'ispezione, non trova la sua applicazione molto di frequente; ed occorrono circostanze speciali, o nell'alterazione glandolare, o nell'organismo che ne è sede, o in ambedue, affinchè esso ci possa dare utili criteri nell'esame dei suddetti organi.

Il mezzo più positivo lo si ha nel palpamento, che deve essere indirizzato:

1. A ritrovare le glandole alterate;
2. Alla determinazione dei caratteri fisici di queste alterazioni.

Il palpamento delle glandole linfatichè, per conseguire il primo scopo, deve esser fatto con tal metodo, da non lasciare alcun punto impalpato; devesi, cioè, praticare la ricerca (nelle regioni in cui è possibile), facendo eseguire, alle dita delle mani, un metodico palpamento di tutta la superficie che è oggetto della nostra osservazione. Ciò si consegue facendo questo palpamento in guisa da seguire, coi polpastrelli delle dita, tante linee rette, parallele, ad eguale distanza, e distanti fra loro quanto è la superficie di un polpastrello di un dito.

Eseguendo questo palpamento per linee longitudinali e trasversali, in modo da far cadere sotto le dita tutta intiera la regione in esame, si avrà via facile per ritrovare dove sono glandole che, pei loro caratteri fisici, si sieno rese accessibili alla nostra osservazione.

La ricerca delle glandole linfatichè, per mezzo del palpamento, si pratica colle dita di ambedue le mani, e più precisamente coi polpastrelli delle ultime quattro dita. Nelle regioni che si prestano, l'esame si esegue contemporaneamente sia a destra che a sinistra, oppure in un sol lato e poi nell'altro (regione occipitale, cervicale posteriore, laterali ed anteriore del collo, sottomascellari, parotidèe, mastoidee e sopraclavicolari, pettorali anteriori, laterali, sottoascellari, inguinali, crurali, della coscia, del poplite, della piccola pelvi, dal retto sull'uomo, dalla vagina nella donna). Le quattro dita che servono a tale esame si applicano, quasi unite insieme, nella regione da esaminare. Come ho detto, si fanno seguire, a queste dita, delle linee il più possibilmente rette, ravvicinate e parallele fra loro: linee che devono percorrere, da un estremo all'altro, la regione in esame.

Ritrovata la sede di glandole linfatiche alterate, bisogna determinarne i caratteri di *forma, volume, consistenza, mobilità, rapporto cogli organi vicini, aderenze fra loro e colle parti vicine, aspetti speciali*.

Bisogna considerare poi i detti caratteri in rapporto alle parti della glandola: cioè alla *periferia, al centro, a tutta la massa glandolare*.

Forma. — La glandola linfatica può, nelle diverse condizioni patologiche in cui cade sotto la mano dell'osservatore, presentarsi sotto varie forme, sebbene non molto numerose. Così, noi potremo riscontrare che quest'organo ha assunto forma *rotonda*, di una vera sfera, oppure, ciò che più facilmente avviene, che non sia così matematicamente rotonda, e sia *rotondeggiante*; e può essere *elissoidale*; ma non essendo facile riscontrare la forma di una vera ellissi, noi la diremo *ovoidale*, o a forma di *mandorla*. Una forma non di rado assunta da una glandola linfatica è quella quasi *faccettata*. In alcuni casi richiama esattamente alla memoria la forma della testa di uno spillone, di una lente; la forma di un fagiuolo ed anche di una noce avellana, di una noce comune, di un uovo; e può essere appiattita, o globulare sensibilmente, quasi sferica. Queste diverse forme rispondono, specialmente pel collo e per gl'inguini, a stati speciali della glandola: la glandola è appiattita, nei processi flogistici, di essa glandola, cronici e delle malattie croniche di cui è sintoma anatomico la tumefazione di detta glandola. Quando questi processi flogistici cronici non sono più in azione nella glandola, la parte che si detumefà più facilmente è sovente la parte midollare di essa, per cui questa appare come un sacchetto, a pareti dure ed a contenuto scarso e non duro, come diremo parlando della consistenza di essa.

I processi che si svolgono in un modo acuto, o quasi, in una glandola, danno facilmente luogo ad ingorgo sferoidale od ovale di essa. Si vede, in queste glandole, avvenire quello che accade per la milza, negli ingorghi acuti istantanei di quest'organo.

Meno frequentemente poi si può riscontrare una glandola linfatica con superficie percorsa da solchi e divisa in lobi, o che presenti suddivisioni di altra forma.

Volume. — Per riguardo al volume, possiamo dire che esso è assai vario, e che, secondo i gradi di questa varietà, esso è la espressione, non di rado, di un processo piuttosto che di un altro. Si possono stabilire, come limiti approssimativi, da quello di un grano di frumento o di una lente, a quello di un arancio o ad un pugno di adulto, e più, forse, quando non sia la risultante del turgore di un sol ganglio.

Consistenza. — Il palpamento delle glandole linfatiche può far rilevare consistenza molto varia; ed una stessa glandola può offrire consistenza differente nelle sue parti, cioè nella periferia, nel centro, od in un tratto qualsiasi; e si potrà osservare una glandola che avendo consistenza piuttosto dura alla periferia, si presenti molle, o molle pastosa al centro; meno facilmente si potrà verificare il contrario: il rammollimento alla periferia, ordinariamente, è tale da essere segno di raccolta liquida, con presenza, o no, della fluttuazione, della spostabilità del liquido, ecc.

Mobilità. — È un carattere di molta importanza e che nasce, in gran parte, dagli altri caratteri che si ricercano in una glandola linfatica: cioè la forma,

il volume, la consistenza, il rapporto e lo stato degli organi vicini (adiposità sottocutanea notevole, edema, cicatrici, retrazioni di tessuti, indurimenti flogistici, neoplastici) e le aderenze; alle condizioni che posson far variare la mobilità di una glandola linfatica si deve aggiungere principalissima la sede della glandola stessa.

Più facilmente la glandola sarà mobile, in mezzo ai tessuti in cui si trova, se essa avrà assunto forma rotondeggiante, od ovoidale, od altra forma simmetrica; dimensioni non molto notevoli, e consistenza, a preferenza, dura o simile a quella del lobo del naso. Per riguardo, poi, ai rapporti cogli organi vicini, si può ritenere che una glandola linfatica sarà tanto più mobile quanto minori cause di alterazioni saranno intervenute, o nei tessuti, o nella glandola stessa. Devesi però fare eccezione per l'infezione sifilitica, la quale, dando alla glandola linfatica una speciale durezza, la rende, sotto la pressione delle dita, nelle regioni in cui i tessuti lo consentono, più spostabile del normale. Le regioni poi che consentono la maggiore mobilità alle glandole linfatiche, indipendentemente da altre cagioni, sono le sottomascellari, le regioni anteriori del collo, le epitrocee, le clavicolari, le costali, le inguinali e le crurali.

L'esame delle glandole per essere completo, quando deve essere rivolto a tutte le glandole linfatiche di regioni palpabili dell'organismo, vuol esser fatto partendo dalle regioni alte del corpo, e, venendo, man mano, alle più basse.

I linfatici delle parti molli del cranio si raccolgono nelle glandole auricolari anteriori e posteriori, che debbono essere ricercate le prime al davanti del meato uditivo esterno, le seconde nelle vicinanze dell'inserzione mastoidea dello sterno-cleido-mastoideo.

I linfatici delle parti molli della faccia, del pavimento della bocca e della lingua, si raccolgono nelle glandole sottomascellari, varie di numero, e che trovansi lungo il margine inferiore della mascella inferiore.

Seguono le glandole cervicali superficiali che ricevono i linfatici superficiali della regione anteriore e posteriore del collo e delle reti linfatiche delle regioni più profonde delle cavità nasali, faringee, boccali e della faccia.

Queste glandole, nei loro gruppi principali, sono: una glandola tra la parte superiore della parotide e l'orecchio, presso il processo zigomatico; altra sita un poco più innanzi; una glandola presso la base della mascella al lato esterno della vena facciale; glandole sottomascellari; glandole vicino al muscolo sterno-cleido-mastoideo presso l'inserzione mastoidea; glandole sul margine interno dello sterno-cleido-mastoideo; glandole sulla parte posteriore del muscolo occipitale.

Noi cominceremo a dare le nozioni come esaminare le glandole linfatiche dell'occipite, della regione cervicale e delle regioni posteriori del collo. Le glandole linfatiche di queste regioni, sebbene anatomicamente distinte, pure si possono comprendere in una sola ricerca: infatti ricercheremo la glandola occipitale nella parte mediana di una linea che segue il limite inferiore del cuoio capelluto, le cervicali lungo una zona verticale che dai processi laterali delle vertebre cervicali scende in giù comprendendo gran parte dei gangli delle regioni laterali del collo. A questo scopo si impiegheranno i polpastrelli delle ultime quattro dita di ambedue le mani, che applicate contemporaneamente nella regione occipitale e cervicali si faranno scorrere dall'alto al basso anche ai lati delle vertebre cervicali sulle regioni e ai lati dei margini posteriori dello sterno-cleido-mastoideo. L'infermo potrà essere situato all'in piedi di fronte

all'osservatore, o meglio seduto, facendo assumere al capo delle inclinazioni favorevoli a rendere meno tesi i tessuti cutanei e muscolari delle regioni in esame.

La presenza delle glandole preauricolari si constaterà palpando immediatamente al dinanzi del trago, e le glandole, ove sieno rilevabili, potranno corrispondere esattamente alla parte mediana del medesimo, o qualche poco più in alto, o più in basso. Si potranno anche rilevare colla sola ispezione qualora tali glandole assumano grandezza mediocre e si presentino in un individuo poco provvisto di tessuto adiposo sottocutaneo.

Le glandole postauricolari, non infrequenti a palparsi, debbono essere ricercate anch'esse contemporaneamente per mezzo dei polpastrelli delle dita dietro il padiglione delle orecchie, sulle apofisi mastoidee; potranno trovarsi al disotto della cute, sull'osso, nel qual caso potranno anche vedersi, se di un certo volume, ma più facilmente si troveranno alla inserzione dello sternocleido-mastoideo. Le dita, indice, medio ed anulare, dovranno perciò percorrere la regione postauricolare, e precisamente quella che corrisponde alla porzione mastoidea dell'osso temporale.

L'esame per le glandole laterali del collo deve essere esteso anche sulla faccia, dove, presso il mento, nella superficie anteriore della mascella, sulla branca orizzontale, non sotto di essa, vi possono essere glandole linfatiche tumide, in caso di sifiloma delle labbra (Sifiloma primario. — Oss. n. 1).

Le glandole linfatiche sottomascolari possono trovarsi rilevabili lungo tutto il margine inferiore del mascellare e nel cavo sopraioideo.

Il palpamento di dette glandole sottomascolari deve essere fatto infossando le dita sotto il mento, e facendo prendere all'infermo acconce posizioni della testa, che facciano rilasciare la tensione della cute del collo.

Nei casi in cui sono piccole queste glandole e sfuggevoli, ed interessa determinarne la tumefazione, con termini precisi, è bene ricorrere alla palpazione combinata, dal collo e dall'interno della bocca, comprimendo con i polpastrelli delle dita, sulla base della bocca, al di sotto, ai lati della lingua, presso alle tonsille.

Tutti i linfatici poi del capo e del collo, unitamente a quelli della laringe, faringe, della tiroide, dei muscoli profondi del collo, sono in relazione diretta od indiretta con le glandole peritracheali e sopraclavicolari, che possono trovarsi abbastanza numerose nelle due fosse sopraclavicolari.

È facile la ricerca delle glandole linfatiche nelle due fosse sopraclavicolari, dove, negli individui con nutrizione molto scaduta, se ne potrà rilevare qualche carattere con la sola ispezione; palpando con le dita, occorrerà seguire una linea parallela al margine interno della clavicola, $\frac{1}{2}$ cm. circa all'indietro, premendo un po' in basso nella fossa clavicolare.

Le glandole linfatiche che hanno sede nell'ascella, per lo più numerose, raccolgono i linfatici della metà corrispondente del torace e del braccio. Si comprende, da ciò, quante cause differenti, per sedi, si dovranno tenere presenti nel ricercare la cagione delle tumefazioni che si possono constatare in queste glandole; più di tutto le cagioni morbose che si esplicano sull'albero pulmonale e tessuti connettivali e sacchi sierosi adiacenti.

Per le regioni sottoascellari la ricerca dovrà esser fatta così: palpare a mano distesa facendo tenere il braccio ad angolo retto sul corpo e l'avambraccio semiflessso. L'estremità delle dita devono esser dirette nella direzione dell'apice del cavo e colla mano palpare dall'alto in basso, sulla parete toracica e poi sull'omero.

La glandola epitrocleare raccoglie i linfatici del braccio e dell'avambraccio e della mano.

Nelle regioni epitrocleari la ricerca delle glandole va eseguita con una certa accuratezza, essendo forse questa la regione che offre maggiore difficoltà all'accertamento dell'esistenza o no di dette glandole, le quali, in condizioni normali dell'organismo, non sono di tale grossezza e consistenza da cadere sotto l'osservazione del palpamento. E d'altra parte non è difficile, se, come si è detto, la ricerca non è fatta con metodo esatto, cadere in errore per la presenza, nelle suddette regioni, di altre parti anatomiche che possono simulare le glandole epitrocleari.

L'osservatore dovrà far ripiegare alquanto l'avambraccio sul braccio, e qualora esamini la parte destra, sostenere l'arto del paziente, afferrandolo al polso, colla sua mano destra, e praticare l'esame colla mano sinistra; il contrario qualora esamini la regione epitrocleare sinistra: si dovrà palpare sul terzo inferiore del braccio, nella direzione che segue una linea che parte dal mezzo del fondo dell'ascella e perviene all'epitroclea. Facendo trascorrere le quattro dita piccole della mano in questa direzione, mentre il pollice scorre, facendo contropressione, sul braccio preso a palpare, si riesce allo scopo. Se ne possono incontrare da due a tre, disposte a catena, dall'alto in basso. Questo palpamento, dall'alto in basso, mette al sicuro anche da errori che si possono incontrare muovendo le dita in senso trasversale, nel qual caso un fascio di tendini e di nervi si presta a darci la illusione della esistenza di corpi rotondeggianti in quella regione.

Potrà essere utile, in alcuni casi, praticare il palpamento sui margini e sul dorso delle prime costole; e si potranno rintracciare gangli molto piccoli, di consistenza cartilaginea, appiattiti e facilmente spostabili in individui con sifilide e più con scrofola ossea delle costole, o delle pleure.

I linfatici degli arti inferiori si versano nelle glandole linfatiche inguinali, crurali e pelviche, fatta eccezione di una parte dei linfatici, che partono dal piede e si raccolgono nelle glandole poplitee.

Le regioni inguinali e crurali possono essere esaminate contemporaneamente ad ambedue i lati, stando l'infermo in letto, ma l'esame si potrà anche praticare, tenendo in piedi il paziente e collocandosi l'osservatore di fianco, palpando colle dita della mano destra a destra, e della mano sinistra a sinistra, al disopra dell'arcata di Poupart e al disotto di essa, seguendo anche il perimetro del triangolo di Scarpa.

La ricerca delle glandole si farà palpando nel modo già detto nella parte generale; cioè prima facendo un palpamento sistematico da ritrovare tutte le glandole tumide, poi eseguendo il palpamento per singola glandola, palpando in guisa che si cerchi di discernere quello che è sopra da quello che trovasi disotto delle aponevrosi, specialmente del fascialata, perchè si sa

bene che tutte le ghiandole linfatiche di questa regione sono sopraaponevrotiche; la ghiandola cosiddetta di Rosenmüller si è quella che mette in comunicazione la vascolarità linfatica delle ghiandole inguinali colla vascolarità delle ghiandole linfatiche pelviche, mediante la via di passaggio che vi è tra le parti sopraaponevrotiche e le parti sottoaponevrotiche, mercè la scissura falceiforme la quale forma il termine inferiore della direzione del cosiddetto canale crurale. Nella regione inguinale non è raro che si deva applicare la ricerca colla percussione e coll'ascoltazione semplice, o, mista alla palpazione, nonchè accompagnata da sforzi di cammino, di spremere, da quelli che vengono osservati. Le ernie, in queste regioni, e qualche caso di aneurisma, sono fatti da tenersi presenti, come pure la non fuoriuscita dei testicoli.

II.

Venendo a parlare delle cause morbose che più di frequente esplicano la loro azione sulle ghiandole linfatiche e che imprimono a questi organi caratteri speciali, parleremo anzitutto delle alterazioni glandolari dipendenti da infezione sifilitica.

Come è noto, la sifilide è causa di ingorghi generalizzati e localizzati, ed i cui caratteri anatomici possono riassumersi nei seguenti:

1. facilità maggiore, ad ingorgarsi, dei gangli delle regioni laterali e posteriori del collo; sottomascellari, ascellari, epitroclei, inguinali e crurali, più di rado quelli delle regioni pettorali e delle altre regioni precedentemente enumerate;

2. tali gangli hanno grandezza varia, da una piccola fava ad una mandorla, raramente raggiungono quella di una noce; sono a preferenza ovoidi (*forma anigdaleide*), sono liberi dai tessuti circostanti, facilmente spostabili, con cute sovrastante inalterata, di durezza un po' elastica, come giovane tessuto di cicatrice (*resistenza medullare*);

3. hanno inoltre un carattere speciale quasi costante, quello cioè di palesarsi in regioni simmetriche e superficiali;

4. gli ingorghi glandolari da sifilide hanno sviluppo piuttosto rapido e contemporaneo in diverse regioni del corpo, senza sintomi di dolore; non suppurano nè si presentano con fasi di rammollimento, se non quando intervienga un processo settico, o una fase gommosa della ghiandola, od un processo di infezione caseosa;

5. la loro durata è in relazione colla durata della infezione sifilitica, ma dopo un lasso di mesi, essi non di rado assumono i caratteri degli ingorghi glandolari, dati da stimoli, che vengono a ripetersi per lungo tempo, ed a riprese, in una ghiandola.

Ecco alcuni esempi di alterazioni delle ghiandole linfatiche nella sifilide recente:

Sifiloma iniziale al labbro superiore. — Leonora C., di anni 14, nativa di Marino, donna di casa. Ha genitori viventi e sani e due fratelli.

È mestrata da due mesi. Ha avuto contatti con un uomo. Venti giorni addietro notò la comparsa di una piccola tumefazione al labbro superiore a destra, la quale alterazione si coprì ben presto di una crosticina ed andò sempre crescendo.

Attualmente sulla mucosa del labbro superiore a destra, a $\frac{1}{2}$ cm. dalla commessura delle labbra, ed occupante in tutto lo spessore il labbro suddetto, si nota un sollevamento papuloide della grandezza di una piccola avellana, di forma ovoidale un po' irregolare, a margini netti ben delimitati, a superficie erosa dell'epitelio e bagnata da liquido sieroso purissimo; la consistenza di detta tumefazione è duro-elastica ed è indolente alla palpazione. Sul margine anteriore del mascellare inferiore destro nella porzione mediana si palpa una ghiandola linfatica di forma rotonda, grossa circa quanto una avellana, a superficie liscia, consistenza dura, spostabile; i tessuti attorno sovrastanti all'osso si presentano alquanto induriti.

Nella regione prearticolare, presso il processo zigomatico si palpa un'altra ghiandola; più piccola della precedente, dura, a superficie liscia, rotondeggiante, poco mobile. Queste due ghiandole non si palpano a sinistra.

A destra, all'interno del margine inferiore del mascellare inferiore e presso la base della mascella, si palpa un gruppo di ghiandole della grandezza e forma d'una noce avellana, dure, lisce e spostabili. A sinistra si palpano pure ghiandole coi caratteri delle suddette.

Nulla nelle regioni epitrocleari.

Le ghiandole ascellari e le inguinali d'ambo i lati non presentano nulla di anormale, ma sono palpabili, dure e cresciute di volume — si palpano con difficoltà, avendo la inferna cute molto tesa e resistente, e pannicolo adiposo sottocutaneo sufficiente. Sulla superficie cutanea si notano alcune macchie di color rosso rameico, scompaiono alla pressione, di forma irregolare, grandi quanto un cece o poco più e non rilevate dalla circostante cute; se ne trovano varie sulla cute dell'addome e dei fianchi, alcune altre sulla parte alta del torace.

Organi interni normali.

Sifilide costituzionale recente; sifiliderma papuloso. roseola di ritorno, paradenopatia; ulceri settiche vulvari; edema linfatico, con lieve elefantiasi secondaria delle grandi labbra, ecc. — Carmela B., di anni 28, maritata, da Ripi.

Donna di costituzione e nutrizione abbastanza buone, sviluppo scheletrico regolare in parte, meno che nelle ossa del cranio e degli estremi articolari degli arti; masse muscolari e pannicolo adiposo sufficientemente sviluppati; cute di color bianco sporco, piuttosto spessa.

Sulla cute esiste una eruzione piuttosto scarsa, formata da macule e da papule.

Nelle regioni latero-posteriori del collo, tanto a destra che a sinistra, sonvi alcune ghiandole linfatiche un po' ingrossate, dure, rotondeggianti, lisce, spostabili. Un ganglio più piccolo di un cece, coi caratteri suddetti, si riscontra all'angolo destro del mascellare inferiore. In corrispondenza di ambedue gli epitroclei sonvi due gangli rotondi, duri, lisce, facilmente spostabili, grandi, quello di sinistra, quanto un cece; quello di destra, un po' meno. Agli inguini si hanno varie ghiandole ingorgate, dure, indolenti e lisce, di varia forma, e le cui dimensioni vanno da quelle di un fagiolo a quelle di una piccola avellana.

Sifiliderma papuloso lenticolare perianale e vulvare; erosione granulosa del muso di tinca. — Fazzi A., di anni 24, maritata.

Nutrizione generale dell'inferma, discreta; pannicolo adiposo sottocutaneo, poco abbondante; sistema muscolare, bene sviluppato; scheletro, regolare.

Sul tronco si osserva una eruzione maculosa.

Nella regione cervicale e nelle regioni laterali del collo, qualche piccolo ganglio della grandezza di un cece, a forma rotondeggiante; nel cavo ascellare destro, una tumefazione di forma ovale, della grandezza di una piccola noce; ed in ambedue le regioni inguinali, delle tumefazioni della grandezza di una piccola avellana. Queste tumefazioni hanno superficie liscia, uniforme, non aderente alla cute soprastante; di consistenza dura, omogenea; sono indolenti alla palpazione.

III.

Come terza parte trattiamo dell'adenite gommosa, valendoci principalmente degli studi del prof. CAMPANA, che ha descritto per primo la forma clinica di questa alterazione, e di uno studio del dott. G. SANGUINETI, eseguito nella Clinica del prof. CAMPANA.

Il localizzarsi delle manifestazioni tardive della siflide nelle glandole linfatichè non è un fatto di puro interesse casuistico, cioè non ha solo importanza sotto il punto di vista che la siflide si localizzi più in un organo che in un altro, più in un tessuto che in un altro; ma esso ha un interesse patologico ed uno terapeutico: *patologico*, perchè non è facile pensare a questa manifestazione della siflide nelle glandole, quando queste sono sempre tocche da altra alterazione della siflide medesima, e perchè una lesione cosiddetta *gommosa* può simulare processi glandolari d'altra natura; mentre se ben riconosciuta e per tempo come tale, può essere sottoposta a conveniente ed efficace *terapia*, la quale non si ottiene ove non si tratti di questa forma speciale d'adenopatia sifilitica.

Il concetto anatomico patologico dell'età non virulenta della siflide, fondato sull'osservazione che i sintomi inerenti ad esso dovessero avere un carattere neoplastico, non esclude la possibilità di una nuova localizzazione nelle glandole linfatichè, tanto più che viene accennata dagli studi dei moderni anatomisti.

Volendo noi intanto ricercarne la dimostrazione nei fatti clinici, non crediamo fuor di proposito esaminare, avanti tutto, le ragioni per le quali tali forme ed altre sono potute passare dimenticate fino ad ora.

E per verità non sapremmo vederne altrove che tenendo conto e della facilità con cui esse possono andar confuse con lesioni d'altra origine, e della rarità con la quale si sogliono ritrovare. Nè si può ovviare a quell'errore quando non si consideri tutto l'andamento clinico delle forme sifilitiche, e quando non si voglia ritenere che come può insorgere, nel periodo gommoso della siflide, una gomma di molti altri organi, possa anche insorgere una gomma di una glandola linfatica, senza che la scrofola o qualche cagione comune vi abbia alcuna parte. (2, 3).

Così pure, d'altro canto, non si può negare la rarità di queste localizzazioni, la quale è causata, crediamo, e dalla difficoltà di accumularsi di diversi processi in uno stesso organo, onde gangli iperplasici e, più, atrofici, non possono facilmente infiammare e dar luogo a neoproduzioni, come farebbero tessuti sani; e da una legge di compenso, che si riscontra nel processo sifilitico, per la quale vediamo prima attaccati certi tessuti, poi altri senz'ordine di precedenza, ma in guisa che i primi ad essere lesi, come le glandole linfatichè, la cute, successivamente non vengono presi o per poco e circoscrittamente.

Osteoperiostite gommosa con necrosi e sequestro (fronte). Gomma sottocutanea della palpebra destra. Ulcerazione residuale gommosa della faccia. Osteo-periostite gommosa della settima costola sinistra (1879). Poi Adenite gommosa (1889). — M. S., d'anni 26, nubile. Anni 1879-80 e '89.

L'inferma non sa direi di qual malattia sia morto il padre di lei; crede però che sia stato affetto da malattie veneree, poichè può accertare che la madre ne fu conta-

giata. All'inferma, secondo dice di aver sentito raccontare, pochi giorni dopo la nascita, si presentò un'eruzione cutanea, che persistè a lungo sul suo capo.

Nell'età di sette od otto anni soffrì di frequente cefalea; a 12 anni, dolori alle gambe, che persistarono per più mesi. Dopo qualche anno ebbe arrossimento e gonfiore agli occhi con deterioramento della vista. Nell'età d'anni 19 rimase incinta, e nel quinto mese di gestazione osservò un'escrescenza sulla parte inferiore del gran labbro destro. Partorì una femmina che dopo un paio di settimane morì. Cinque anni or sono le si manifestarono eruzioni ulcerose in buon numero all'interno delle grandi labbra, le quali scomparvero dopo una sessantina di giorni; ebbe poco dopo dolori al capo, bruciori alla gola, e le si arrestò il flusso mestruo; tre anni or sono le si manifestò una tumefazione sulla fronte, che andò gradatamente aumentando sino a raggiungere il volume di un uovo di gallina; riparò in quest'ospedale, nel quale le fu incisa la tumefazione e le venne prescritta la cura d'ioduro di potassio. Essa cicatrizzò dopo pochi mesi. Qualche tempo dopo s'accorse di tumefazioni all'avambraccio destro, clavicola sinistra, sullo sterno e, più tardi, sul torace posteriormente; le quali rammollirono, s'ulcerarono ed in parte cicatrizzarono. Dalla cicatrice che portava sulla fronte, cominciò un gemizio di liquido — si formò una piaga. Si presentarono poi varie soluzioni di continuità, con perdita di sostanza, in diverse regioni della faccia: come, alla regione sopraorbitale sinistra, alla regione palpebrale destra, parotidea e zigomatica e pinna del naso nello stesso lato.

Stato attuale (dicembre 1879): Scheletro ben conformato, nutrizione scarsa, masse muscolari fioche, mucose visibili pallide, colorito della pelle pallido, elasticità della stessa normale, tessuto sottocutaneo scarso, temperatura e secrezioni cutanee normali.

All'esame dell'inferma si osservano lesioni in diverse parti del corpo, fra cui una sulla regione frontale, alquanto verso il vertice; altra sulla regione sopraorbitaria sinistra; altra sulla regione palpebrale, sulla parotidea, zigomatica e pinna del naso del lato destro, ed altra sul torace. Di esse quella che osservasi sulla parte mediana della regione frontale si presenta sotto l'aspetto di una larga soluzione di continuo con perdita di sostanza, che s'approfonda fino all'osso, circondata da tessuti cicatricei sparsi in tutta la periferia per l'estensione di circa tre centimetri.

Questa depressione è riferibile non solo alle parti molli, ma anche all'osso sottostante. La soluzione di continuo, che è nel centro, si presenta della lunghezza di cinque centimetri circa e di due e mezzo di larghezza, a margini assottigliati, fimbriati e insozzati di pochissima quantità di un materiale purisimile. Forma il fondo di questa perdita di sostanza l'osso frontale, che nella parte centrale, per la estensione di circa due terzi della porzione scoperta, si presenta annerito, scavato ai margini, con perforazioni puntiformi alla superficie; premendo su quest'osso, si nota che è mobile, e dal disotto di esso esce un liquido purisimile filamentoso, non dell'apparenza del pus ordinario, ma mucoide.

Asportato questo tratto di osso mobile, si vede costituito da una massa necrotica di cinque centimetri in lunghezza e di due di larghezza, e dello spessore di $\frac{1}{2}$ centimetro. La superficie inferiore di quest'osso si mostra scabra, coperta da essudato simile a quello che gemeva all'intorno dell'osso. Nella superficie messa allo scoperto esiste un tessuto di granulazione facilmente sanguinante, il quale si perde insensibilmente con la parte sana. Nella parte mediana di esso, toccasi la lamina profonda del tavolato osseo resistente, liscia, regolare; nella parte antero-inferiore vi si riscontra egualmente, ma meno resistente ed alquanto infossato; in alto si nota un infossamento maggiore, che è della grandezza del polpastrello d'un dito; nel fondo di questo tratto si sente una resistenza ossea non ben manifesta.

Oltre di questa lesione se ne riscontra altra nella regione sopraorbitaria sinistra, alquanto verso l'esterno.

Anche in questa l'osso è allo scoperto. Introducendo lo specillo sotto le parti molli, nei punti marginali, si osserva un distacco delle medesime di circa un centimetro in ogni

direzione; inoltre si nota che la superficie dell'osso alterata è separata da quella dell'osso sano vicino da una soluzione di continuo non ben precisabile in tutti i punti. Introducendo lo specillo in alcune di queste interruzioni, si rende mobile l'osso e si solleva alquanto, mentre geme da questa scontinuità un materiale purulento, di apparenza mucoides. Attorno a questa lesione la cute presenta vecchie cicatrici aderenti alle ossa.

Sulla cute del cuoio capelluto si osservano cicatrici lisce, piane, della grandezza da una lente ad una moneta di due centesimi. Sulla regione parotidea e zigomatica si notano due perdite di sostanza superficialissime, con fondo granuloso di forma irregolare. Sulla regione palpebrale destra osservasi una tumefazione che interessa tutta la palpebra; nel mezzo è rossa, molle, poco calda, con perdita di sostanza irregolare, crateriforme, a margini ripiegati all'interno.

Infossando lo specillo, si nota che esso si approfonda in una cavità estesa a tutta la tumefazione, di tre centimetri in lunghezza ed uno in larghezza.

Sulla pinna destra del naso vi ha una perdita di sostanza rotondeggiante, del diametro di due centimetri, a margini irregolari, sanguinante e circondata da un'alone rosso fosco.

Altre lesioni si notano sotto forma di cicatrici, le quali interessano o la sola cute od anche i tessuti sottostanti. La superficie di esse è per lo più piana, bianca, liscia, lucida, alquanto raggiata alla periferia, dove si nota un colore più oscuro della cute normale; sono rotondeggianti. Di queste ve ne ha una sulla clavicola sinistra, una sul manubrio dello sterno a sinistra, una posteriormente sul torace.

Alcune cicatrici sono profonde come quella della regione latero-esterna dell'avambraccio destro, la quale è infossata in molti punti ed è aderente qua e là alle aponevrosi sottostanti. La cute è tanto assottigliata che fa trasparire una vena sottostante. Altra cicatrice profonda è sul corpo dello sterno, verso destra, dove essa aderisce alquanto all'osso, che presenta una perdita di sostanza alquanto profonda.

Sulla regione della settima costola sinistra, in corrispondenza dell'ascellare media, s'osserva una tumefazione della grandezza e forma di un uovo di Colombo, a cute intatta molle fluttuante, la quale s'addentra nell'osso, tanto da potersi limitare i margini dell'osso medesimo. Essa è dolorosa alla pressione. In corrispondenza e al disotto del malloleo interno sinistro si nota un'altra cicatrice, che presenta i caratteri delle prime.

I gangli linfatici inguinali sono induriti, aumentati in volume, duri, multipli, rotabili. I gangli latero-cervicali sono ingranditi ed in alcuni tratti schiacciati, della grandezza di un cece.

Nella bocca dell'inferma s'osserva che gran parte del palato molle è distrutta; una cicatrice ne limita la porzione residuale, della quale la parte destra è aderente al fondo del faringe; sul palato duro si vede una perdita di sostanza, di forma ovale, della grandezza di una piccola noce avellana, nel mezzo di cui s'avanza un brano d'osso necrosato, del quale si riesce ad estrarne un pezzo della grandezza d'un fagiolo.

L'ammalata lascia la Clinica dopo circa tre mesi, guarita delle lesioni locali e migliorata nella nutrizione generale, avendo fatto uso soltanto di qualche polvere antisifilitica del Pollini e più di 30 iniezioni ipodermiche di bicaloro d'idrargirio e preso circa 150 grammi d'ioduro di potassio. La sua fisionomia è ricomposta tanto per la cicatrizzazione delle molte lesioni, come per adatta protesi dentaria palatina applicata all'inferma.

La stessa M. S. si presenta nuovamente nel corrente anno (1889) alla Clinica dermosifilopatica e si fa la seguente diagnosi:

Sifilide costituzionale antica; anemia; ipotrofia; cicatrici da antiche lesioni gommose sifilitiche; stato atrofico di molte glandole linfatiche; linfadenite gommosa.

La regione inguinale sinistra è lievemente tumida; vi si palpano molte glandole linfatiche cresciute di volume e di grandezza, e forma come una buona noce avellana.

S'osserva pure una soluzione di continuo ovalare, della grandezza di una moneta di due centesimi, che prende la spessezza della cute e del connettivo sottostante e mette allo scoperto una cavità poco profonda, tappezzata da un tessuto biancastro, il quale fa massa comune con una glandola linfatica sottoposta, tumefatta, della grandezza d'una noce, schiacciata dall'avanti all'indietro. Accanto a questa soluzione di continuo, verso l'interno, si nota una tumefazione come una noce avellana, a cute rosea e perforata in un punto, dalla quale perforazione, premendo, fuoriesce una piccola quantità di materiale purissimile gommoide, piuttosto denso, giallo-rossastro, sotto di cui si palpa anche una glandola tumefatta, che è unita con la massa di tessuto biancastro descritta precedentemente.

Marzo 26: Estirpazione della detta glandola e medicazione antisettica. La descrizione anatomica di detta glandola vien data qui appresso.

Aprile 7: S'incominciano le iniezioni ipodermiche di sublimato corrosivo all'1 %.

Aprile 13: Oltre la iniezione, prende l'ioduro di potassio da $\frac{1}{2}$ grammo a 2 grammi.

Maggio 5: Le lesioni dipendenti dall'asportazione ed ulcerazione spontanea dell'adenite gommosa son perfettamente cicatrizzate, come pure la nutrizione è molto migliorata. Abbandona l'ospedale.

Riportiamo l'esame istologico, eseguito dal dott. SANGUINETI col dott. RISSO nel gabinetto della Clinica diretta dal prof. CAMPANA:

Trattavasi di una glandola linfatica, della regione inguinale sinistra, presa da gomma sifilitica e riguardante l'inferma dell'osservazione clinica precedente.

Essa fu asportata, perchè essendo avvenuta la fusione gommosa di molte altre glandole linfatiche della stessa regione, ed esistendo degli scollamenti sottocutanei, la persistenza di quella glandola avrebbe difficoltà la completa cicatrizzazione.

Asportata praticando una piccola incisione della cute, tra le perforazioni cutanee esistenti, ed aiutandone col dito il distacco delle parti vicine, essa si presentava della grossezza di una buona noce avellana.

Prima di essere tagliata, si presentava coi seguenti caratteri: di forma lievemente ed irregolarmente ovale, qua e là tempestata da qualche piccolo bitorzolo, piuttosto dura, senza punti di rammollimento e senza esistenza di cavità dalle quali si fosse già versato un qualche liquido patologico. Al taglio era roseo-giallastro, e, premuta, non dava quasi sangue, nè liquido citrino, come linfa, ma poco siero e qualche granulo di detrito giallastro, che si staccava, dietro pressione, da qualche tratto della superficie del taglio.

Indurita, parte in alcool assoluto e parte in liquido di Müller, venne poscia inclusa in paraffina e sezionata al microtomo, per ricerche micologiche ed istologiche.

Vennero eseguite delle colorazioni con ematossilina, ma particolarmente ne furono fatte molte per la ricerca del bacillo della sifilide, col metodo di Lüstgarten, e con quello di Dentrépoint, che si vale, in dette ricerche, di un procedimento simile a quello per la dimostrazione del bacillo tubercolare, o d'altri colori d'anilina, con decolorazione a mezzo di tenui soluzioni acide.

Torneremo poi su queste ricerche, per ora notiamo i fatti istologici che hanno un notevole interesse.

Con un esame a piccolo ingrandimento si constata: notevole aumento di elementi simili a leucociti, specialmente nella parte centrale, dove i setti dei cordoni midollari sono ispessiti. Molti di questi elementi non sono più regolarmente colorabili coi soliti mezzi di ricerca, non presentano nucleo, presentano protoplasma granuloso ed irregolare: molti sono ridotti in piccoli frammenti, tanto nella parte centrale o midollare della glandola come nella parte periferica o follicolare della medesima. Si osservano ispessite le fibre connettivali che formano il reticolo follicolare, come le trabecole dei cordoni midollari.

I vasi sanguigni presentano pareti ispessite specialmente nella membrana interna, cosicchè molti appaiono quasi occlusi.

Questo ispessimento nei vasi più grandi si vede benissimo provenire dall'intima. Circonda questi vasi così obliterati un notevole ispessimento ed infiltramento dell'avventizia — che si estende soventi in un largo perimetro, ciò specialmente presso l'ilo, nella periferia della glandola e nei seni midollari. Scarsi i capillari nella periferia.

Chi legge il ZIEGLER (*Trattato d'anatomia patologica*, traduzione del prof. ARMANI) naturalmente trova indicato che “ le infiammazioni delle glandole linfatiche istologicamente non presentano alcuna particolarità. L'accumulo di cellule rotonde nei follicoli, nei cordoni follicolari e nelle vie linfatiche suole essere molto significante; anche la capsula e lo stroma dell'ilus sono infiltrati di cellule. „

Ormai è risaputo che anatomicamente il processo d'infiltrazione sifilitica che dà luogo al granuloma, non è differente, nella forma cosiddetta eritematosa, come nella tardiva, che per la fase necrobiotica in massa che subisce una forma tardiva; sia che essa si conservi come una massa caseificata dura, sia che essa cada in rammollimento dando luogo ad un prodotto filamentosso, liquido, simile a soluzione di gomma; e perchè nella forma eritematosa, ove non intervengano altre cagioni irritanti, non esiste alcuna alterazione capsulare (Vaida) mentre quest'alterazione capsulare in quelle forme più tardive, o schiettamente gommose, esiste, ed è soventi manifesta anche macroscopicamente.

Ora, mentre è rara questa necrobiosi in massa nelle forme cosiddette eritematiche, ove è più frequente la necrobiosi elementare, di ciascun elemento, la quale o non dà evidenti lesioni macroscopiche, o si manifesta sotto forma d'una ulcerazione che distrugge via via il tessuto neoprodotto — questa caseificazione in massa e la endoarterite noi l'abbiamo trovata nel caso esaminato, per cui questa forma l'abbiamo definita, dal lato anatomico, per *gommosa*.

Ci siamo intrattenuti un poco sulle particolarità anatomiche di una gomma e di una manifestazione condilomatosa per venir a dire: che se è vero il principio che a misura che la sifilide invecchia presenta lesioni più gravi, conseguenza dei prodotti, diciamoli così, venefici che emanano dal batterio della sifilide medesima, i quali hanno le stesse proprietà di molte altre sostanze lesivo della nutrizione dei tessuti e dei vasi, come per esempio l'alcoolismo; — dall'altro canto notiamo che la differenza anatomica tra una gomma ed un condiloma, nei propri effetti, sta appunto in questa esistenza di obliterazioni vasali, la quale è cagione, nella gomma, di caduta in necrosi in massa di larghi territori di tessuto; mentre nelle lesioni sifilitiche di giovane data gli elementi cadono ciascuno per conto proprio in necrobiosi, sol perchè l'effetto lesivo a distanza, o in vicinanza, del bacillo sifilitico, toglie vitalità a ciascun elemento isolatamente.

S'intende che se in una gomma non intervenga necrosi in massa, il tessuto può vivere ancora ed organizzarsi in tessuto fibroso.

Da quanto ho detto mi son preparato la via alla distinzione clinica ed anatomica delle forme di adeniti gommose, cioè:

1. *Adenite gommosa*, propriamente detta.
2. *Adenite gommosa fibrosa*.

Ma, come è naturale, altre cagioni possono predisporre il tessuto di un ganglio linfatico a risentire irritazioni esterne: la scrofola, la tubercolosi, stati di predisposizione ed ingorghi iperplastici adenolinfatici (costituzione strumosa). Ma queste altre cagioni vogliono essere tenute presenti da chi parli di tutte le adenopatie semplici e miste, e non da chi discorre dell'adenopatia gommosa.

La quale vuole essere distinta da quelle poliadeniti iperplastiche che sogliono essere prodotte nelle glandole di un individuo sifilitico per l'azione di irritanti settici, chimici, ecc., esercitatasi sulla cute o mucosa vicina.

IV.

La tubercolosi imprime anch'essa caratteri speciali alle glandole linfatiche, sebbene non così spiccati come ne imprime la sifilide.

Regioni anatomiche da essa preferite sono quelle del collo, delle parti alte del torace, delle ascelle e dell'inguine, di quei tratti, cioè, dove è maggiore la vicinanza con un organo facilmente soggetto alla tubercolosi, o dove può entrare più facilmente la tubercolosi. Quivi esplica la sua azione sia sulle glandole profondamente che superficialmente situate.

Il volume che assumono le glandole linfatiche, sotto l'azione della tubercolosi è generalmente maggiore di quello delle glandole sifilitiche; se ne possono riscontrare grandi quanto una mandorla, quanto una noce avellana, quanto un uovo di gallina ed anche più. La forma non offre alcuna particolarità, potendo tali glandole assumere le più svariate, ed in genere si presentano irregolari nella forma e nella superficie, non solo se riunite fra di loro in gruppo, ma nelle diverse parti di una stessa glandola. Più di frequente però si risconterà, nelle glandole affette da un processo tubercolare, la forma rotondeggiante più o meno regolare e frequentemente anche lobata.

La consistenza propria delle glandole tubercolari non è così caratteristica come per le sifilitiche; e sebbene possano esse talora presentare un indurimento abbastanza notevole, tuttavia è più facile che la loro consistenza sia molle elastica, o molle pastosa; e sarà anche facile notare consistenza diversa nella parte periferica della glandola, da quella della parte centrale: molle, molle pastosa, fluttuante al centro, di consistenza dura alla periferia.

Bene spesso le glandole tubercolari contraggono aderenze coi tessuti circostanti, o, per lo meno, non si presentano così facilmente spostabili e libere come le glandole sifilitiche. (Oss. I e II).

Possono inoltre presentare una certa dolorabilità, che non si riscontra nelle glandole affette da sifilide.

Altro carattere differenziale tra le glandole affette da infezione tubercolare e quelle affette da infezione sifilitica si ha nel fatto che le prime più facilmente si riscontrano alterate in una sola regione del corpo e non nella regione corrispondente del lato opposto; mentre il contrario avviene per la sifilide, la quale altera quasi costantemente in modo uniforme le glandole delle regioni omologhe del corpo. Di più, nelle glandole tubercolari vi ha sempre un focolaio che rappresenta da un lato il tratto più sviluppato dell'alterazione, dall'altro quasi il centro da cui è partito il male, o partono le cagioni di rinforzo di esso. Non è così della sifilide, in cui soltanto nei rari periodi di caseificazioni gommose glandolari si possono vedere delle alterazioni delle glandole linfatiche isolate ed asimmetriche; in altri vi ha più uniformità e simmetria.

Abbiamo già detto come sieno sedi preferite dalle glandole tubercolari anzitutto le regioni laterali del collo e sottomascellari, le sopraclavicolari, le sottoascellari e le inguinali; sebbene, per queste ultime, siano superficiali che profonde, dobbiamo notare che molti dei processi di iperplasia e consecutivo rammollimento suppurativo, anche a lentissimo decorso, ritenuti causati da tu-

bercolosi, sono stati oggi dimostrati dipendenti da lesioni croniche dell'uretra nell'uomo, specialmente della porzione profonda; e da lesioni croniche settiche dell'uretra e delle altre parti dei genitali nella donna. (Oss. I, I, III, p. V).

L'anemia in grado piuttosto avanzato dà facilmente luogo a tumefazione delle ghiandole linfatiche.

*OSSERVAZIONE I. Lupus nodulare semplice del naso con cicatrici per cure praticatevi. Ri-
liadente iperplastica delle regioni del collo.* — Caterina A., di anni 20, entra in Clinica per farsi curare di una affezione al naso.

Dal lato ereditario risulta solo che uno zio materno ebbe delle affezioni glandolari al collo, in seguito alle quali egli sarebbe morto.

L'inferma dice di aver goduta buona salute fino a molti anni or sono, quando soffrì di febbri malariche. Guaritane, notò che le ghiandole delle regioni laterali del collo si tumefacevano lentamente senza arrecarle alcun disturbo. Questo gonfiore è andato sempre aumentando.

L'inferma fu mestruada a 18 anni: le mestruazioni si ripeterono per tre mesi soli, accompagnate costantemente da dolori al basso ventre ed alla schiena, indi cessarono senza cause apparenti, per riapparire irregolarmente, a lunghi intervalli.

Poco più di un anno fa, l'ammalata notò che sul dorso del naso erasi formata una piccola protuberanza, che paragona a un foruncolo, e che si aprì spontaneamente dando esito a poco materiale mortificato: in seguito ebbe una seconda eruzione, simile alla prima, accompagnata da prurito: in questo modo, a poco a poco, la malattia prese la forma e la estensione che attualmente si osservano.

L'inferma è ben nutrita, con sviluppo scheletrico e muscolare normali, e con pannicolo adiposo sottocutaneo non abbondante. Cute e mucose visibili, un po' pallide. Sulla regione del dorso e delle pinne del naso esiste un'alterazione nodulo-squammosa di forma elissoidea, interrotta da tratti cicatriziali. Nei margini vi è ispessimento duro e consistente, nel fondo poca mobilità dei tessuti e indurimento. Alcune delle scaglie asportate si mostrano untuose e non mettono allo scoperto soluzioni di continuo, ma lasciano una superficie liscia, tempestate di mammilloni carnosì, irregolari e duri, della grossezza di un grano di miglio e poco più.

Le squamme sono di color giallo sporco, più spesse verso il terzo inferiore del naso, più rare in alto, ove l'alterazione è costituita da un arrossimento ed ispessimento della cute, abbastanza delimitati dalle parti vicine.

Sulla pinna destra vedonsi in corrispondenza delle ghiandole sebacee, di cui chiudono lo sbocco, dei punticini nerastri che sono costituiti da materiale sebaceo.

L'apparecchio glandolare linfatico presenta delle alterazioni nelle regioni laterali del collo. Nel lato sinistro del collo, dal processo mastoideo in giù, si palpano parecchie ghiandole linfatiche cresciute di volume ed alterate. Quest'alterazione si riscontra anche con la ispezione, la quale fa notare un manifesto grado di esuberanza nel lato sinistro del collo a fronte del destro. Esaminate partitamente queste ghiandole si appalesano della grandezza da una buona avellana ad una mandorla; sono riunite in gruppo quasi in un sol piano. Se ne palpa in corrispondenza del processo mastoideo di sinistra una grossa quanto una buona noce, di forma irregolare, poco mobile, leggermente appiattita, di consistenza duro-elastica, indolente alla palpazione.

Nella corrispondente regione destra evvi una ghiandola grossa quanto un piccolo cece, poco mobile, liscia, elastica. Seguono a questa, in basso, molte altre ghiandole con i caratteri accennati. Agli angoli del mascellare inferiore si hanno due ghiandole fortemente ingrossate, e a destra, più che non a sinistra, sono dure, poco mobili. Quella di destra è grossa quanto una noce e ha due lobi; quella di sinistra ha la grossezza di una noce avellana ed è liscia; ambedue sono indolenti.

Sul margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo di sinistra notasi una piccola ghiandola della grossezza di un fagiuolo, ovoidale, poco spostabile, liscia, indolente. Nella regione sopraclavicolare si riscontrano due piccole ghiandole, grosse quanto un piccolo fagiuolo, facilmente spostabili, lisce.

Lo stato della mucosa orale è buono, meno che nella gengiva marginale dell'arcata dentaria inferiore, in corrispondenza degli incisivi, dove essa è distrutta, ed un materiale poltaceo ricopre il dente privo della carne gengivale. Questo margine è scontinuo, è coperto da detrito puriforme e sanguigno ad ogni piccola pressione. I denti sono cariati in parte, ed al terzo molare inferiore di sinistra manca del tutto la corona. Organi toracici, nulla di anormale. Lo stomaco è alquanto dilatato, come ingrossata è la milza, che deborda per circa un dito e mezzo dal margine costale e può palparsi durante una forte inspirazione. Nessuna alterazione notevole del sistema nervoso; i riflessi sono normali, salvo il rotulieno, che mostrasi alquanto esagerato in ambedue le gambe.

Analisi delle urine: peso specifico 1030; reazione acida; colore giallo chiaro; aspetto limpido; albumina, glucosio, sedimenti assenti.

OSSERVAZIONE II. *Polienterie iperplastica e cistica. Fimosi congenita.* — Ambrosini Andrea, di anni 21, fruttivendolo. Racconta di non aver mai avuto malattie degne di rilievo, eccetto due accessi d'itterizia all'età di diciassette anni.

Durante il servizio militare contrasse una blennorragia, che persiste tuttora. Qualche mese fa ebbe anche un'ulcera sul glande, cui seguì un'abbondante eruzione cutanea, in parte composta di macchie rosse ed in parte simile a quella che ancor oggi presenta. Nello stesso tempo andò soggetto a forti dolori delle ossa e delle articolazioni, specie degli arti inferiori, che di notte divenivano spontanei e molto più intensi.

Fu sottoposto a cura mercuriale e ricavò notevole vantaggio nelle condizioni locali e generali. Durante questo periodo di miglioramento gli si manifestò un ingorgo glandolare nelle regioni sottomastoidee di ambedue i lati, ingorgo che è venuto sempre aumentando specialmente a sinistra.

Non sa dire con precisione da quanto tempo soffra dei disturbi nelle mucose nasale e laringo-faringee, donde ne segue difficoltà di respirazione e molto affievolimento di voce, che acquistò un tono nasale tuttora persistente.

Il sistema scheletrico è regolare e bene sviluppato: scarse le masse muscolari ed il pannicolo adiposo; pallido il colorito delle mucose visibili e della cute. Sulla cute esiste una eruzione molto abbondante in alcune regioni, scarsa e deficiente in altre; è situata essenzialmente nei quattro arti e con prevalenza sulle superficie estensorie. L'eruzione è papulo-pustolosa, con scarse macule. Nel collo, nella regione sottomastoidea di sinistra, si osserva una notevole tumefazione che raggiunge la grandezza di un arancio, di forma tondeggiante irregolare bilobata, rilevata tre o quattro cm. sul livello circostante e di curvatura quasi sferica nella sua parte superiore, molto meno spessa in basso ed indietro, ove va man mano assottigliandosi, ed è assai schiacciata dall'avanti all'indietro. Si estende dall'apofisi mastoide fino al margine posteriore della branca montante della mandibola, discendendo fino in corrispondenza di una linea orizzontale tirata dal margine superiore della cartilagine tiroide.

La sua consistenza è varia; in alcuni punti duro-elastica, come in alto ed in basso, in altri è quasi fluttuante, il che si osserva specialmente nella parte posteriore. La superficie è liscia con qualche depressione qua e là, come se volesse accennare ad una lobulazione. È poco spostabile fra i tessuti circumambienti, anzi sembra abbia aderenza piuttosto resistente con le parti sottostanti.

La pelle che la ricopre è alquanto arrossata, tesa e poco mobile. La temperatura è un poco aumentata; dà un lieve dolore spontaneo, che s'accresce alla palpazione.

Nella regione sottomastoidea di destra si nota un'altra rilevante tumefazione glandolare, che raggiunge la grossezza di una piccola mela.

È di forma ovoidale, con superficie liscia, consistenza duro-elastica, poco spostabile sul tessuto sottostante, e ricoperta da cute normale assai mobile. Indolente spontaneamente, dà dolore alla palpazione.

V.

Le tumefazioni glandolari linfatiche nei catarri della mucosa genito-urinaria. — Come abbiamo considerato finora le tumefazioni glandolari in rapporto alle infezioni generali, ora le studiamo in rapporto a delle infezioni locali, dei genitali, manifestatesi sotto forma ulcerosa e sotto forma catarrale. Sono da prendere in considerazione quelle che vengono da ulcerazioni del sacco prepuziale e della vulva, quelle più rare che vengono da lesioni delle parti profonde dell'uretra e che danno una forma di poliadenite descritta dal prof. CAMPANA.

OSSERVAZIONE I. *Uretrite cronica; ulcerazione del frenulo; adenite iperplastica e settica inguinale sinistra.* — Fraticelli Domenico, di anni 24, fornaio. Nel 1891 contrasse delle ulcere nell'asta, che gli durarono circa una ventina di giorni e che non diedero luogo ad altre complicanze morbose.

Nel 1893 ammalò, per la prima volta, per blenorragia, che si protrasse per vario settimane. Nell'anno seguente la blenorragia riapparve più intensa della prima e si protrasse più a lungo, e non sa dire se ne sia guarito del tutto. Qualche tempo addietro (due mesi circa) notò che le glandole della regione inguinale sinistra si andavano ingrossando, senza però che egli ne risentisse molto fastidio. Quindici giorni or sono notò in corrispondenza del frenulo varie piccole ulcere, che si andarono man mano ingrandendo fino allo stato attuale.

Individuo di sviluppo scheletrico regolare, masse muscolari alquanto sviluppate, pannicolo adiposo scarso: cute sottile e mucose pallide.

Nella regione inguinale sinistra si nota una tumefazione della grandezza di un grosso limone, di forma ovoidale, la cui maggior sezione misura cm. 12 circa e la minore circa 8. Tale tumefazione corrisponde quasi esattamente, colla parte mediana, al legamento di Poupert ed occupa totalmente la regione inguinale sinistra. La pelle che la ricopre si presenta di color rosso fosco, un po' tesa.

Colla palpazione si rileva che la tumefazione è poco spostabile e vi corrisponde una massa lobata della grandezza quasi di un pugno di bambino, profondamente impiantata, e che nella porzione inferiore presenta consistenza quasi uniformemente più dura dei tessuti vicini, ma pastosa, mentre nella parte superiore, e specialmente verso la regione inguinale esterna, si ha evidente senso di fluttuazione.

La palpazione riesce poco dolorosa all'infermo.

Nell'asta, in corrispondenza del frenulo, si nota una ulcerazione la quale ha distrutto il frenulo stesso, e nella corrispondente mucosa del glande si nota una piaga lineare, mentre che nella mucosa prepuziale la soluzione di continuo è ulcerata e grande quanto una moneta da un centesimo. Tali soluzioni presentano margini un po' irregolari, fondo un po' esuberante formato da granulazioni carnose, piccole, molli, di colorito roseo e ricoperte da essudato siero-purissimile.

La mucosa che ricopre il meato urinario si presenta un po' arrossita. Le glandole linfatiche delle altre regioni non presentano nulla di anormale.

29 novembre — Eseguita una estesa incisione, di oltre dieci centimetri, nella direzione dell'arcata crurale, fuoriesce dalle parti incise una mediocre quantità di marcia mista a sangue (circa 5 o 6 gm.), allontanata la quale, si mette allo scoperto una profonda cavità anfrattuosa, qua e là interrotta da numerose glandole linfatiche tumefatte, dure ed esuberanti.

Disinfezione con sublimato, emostasia, zaffamento e fasciatura.

1° dicembre - Previa disinfezione esterna ed interna della ferita, si asportano varie ghiandole linfatiche, riunite insieme in un ammasso della grandezza di un grosso uovo di piccione: tali ghiandole all'esterno presentano numerosi piccoli ascessi e incise fanno vedere gli stessi ascessolini migliari nell'interno.

Largo lavaggio antisettico della cavità, zaffamento con garza al sublimato e fasciatura.

3 - Colle solite cautele antisettiche vengono asportate altre ghiandole linfatiche iperplastiche e suppuranti.

Zaffamento delle cavità con garza al sublimato e fasciatura. Si prescrive all'infermo il ferro ed il solfato di chinino.

4 - Dalla ferita cutanea si è avuta un po' di emorragia, non vi sono più ghiandole con ascesso, ma alcune dure tuttora. Largo lavaggio con soluzione di sublimato, zaffamento con garza e fasciatura.

6 - La cavità non presenta punti suppuranti; persiste l'indurimento di alcune ghiandole. Disinfezione esterna ed interna della ferita; zaffamento con garza sterilizzata; fasciatura.

8 - Cavità asciutta e non settica, alcune poche ghiandole un po' prominenti; zaffamento con garza sterilizzata e fasciatura.

11 - Cavità asettica con fondo rosso granulante: previa accurata antisepsi esterna ed interna si asportano altre due ghiandole iperplastiche; zaffamento con garza asciutta.

14 - Si trova la piaga di color rosso vivo e con belle granulazioni; previa antisepsi esterna ed interna, si applicano attraverso le labbra della ferita tre fili doppi di catgut; si zaffa la ferita con garza sterilizzata e si avvolgono i fili in garza bagnata in soluzione di sublimato. Non si annodano i detti fili, ma si fanno passare sopra la medicatura di garza, perché nella cavità oggi vi era un po' di sepsi, che si troverà allontanata domani.

15 - Lavata la ferita con soluzione di sublimato, si annodano i fili ieri applicati e si rinforzano con altri due punti superficiali; medicatura e fasciatura.

17-18 - Si rinforza la fasciatura.

19 - Essudato sieroso che bagna gran parte della medicatura; punti di sutura conservati ma allascati. Dal cavo, premuto nei margini, non esce liquido di sorta. Asepsi. Medicatura con garza e fasciatura.

24 - Ferita riunita in tutti i punti; all'esterno vi è un piccolo tratto con granulazioni esuberanti, che vengono causticate con nitrato d'argento: medicatura con polvere borica e garza asciutta.

25 - Si tocca con nitrato d'argento un punto ancora esuberante; si medica con garza al sublimato e fasciatura.

27 - Le granulazioni esuberanti si sono appianate; si disinfetta e si medica con garza al sublimato e fasciatura.

28 - Si medica con pasta iodoformata, garza al sublimato, garza asciutta e fasciatura compressiva.

30 - Si ripete la medicazione con pasta iodoformata della piccola lesione di continuo che ancora rimane. Essendosi presentato un ascessolino sottocutaneo a circa otto centimetri dalla cicatrice in basso, forse dipendente da sepsi inoculata nel radersi i peli all'infermo, si incide e ne esce qualche goccia di pus sanguinolento. Zaffamento e fasciatura.

31 - Si rinnova la medicazione come ieri. Asepsi.

3 gennaio - Persiste un punto eroso dell'epitelio di circa mezzo centimetro. Si prescrivono giornalmente iniezioni ipodermiche di liquore arsenicale ed acqua distillata a parti eguali e di citrato di ferro ammoniacale.

Prima iniezione di citrato di ferro; prima iniezione di liquore arsenicale.

4 - Seconda iniezione di citrato di ferro; seconda iniezione di liquore arsenicale.

5 - Terza iniezione di citrato di ferro; terza iniezione di liquore arsenicale.

6 - Bagno generale al sublimato. Completamente chiuse le due piccole lesioni di continuo; si riapplica la fasciatura compressiva ed espulsiva.

7 - Quarta iniezione ipodermica di ferro.

8 - La cicatrice si presenta di colorito naturale non molto infossata.

9 - Quarta iniezione di liquore arsenicale.

10 - Quinta iniezione di citrato di ferro.

11 - Quinta iniezione di liquore arsenicale.

12 - Bagno al sublimato. L'infermo esce guarito.

OSSERVAZIONE II. *Poliadenite crurale destra, iperplastica e settica.* — Panella Giuseppe, di anni 43, da Roma. Ebbe anni fa qualche ulcera, e contrasse per la prima volta una blenorragia nel dicembre scorso. Circa due mesi e mezzo dopo notò nella regione crurale destra una piccola tumefazione indolente, che man mano andò crescendo e che in seguito a medicazione divenne quale presentemente si osserva.

Individuo di regolare sviluppo scheletrico e di sufficientemente buona nutrizione organica; cute bianco-pallida, piuttosto spessa.

Immediatamente al disotto del ligamento del Poupart si nota una tumefazione della grandezza di circa un uovo di gallina, di forma ovoidale, di consistenza molle, fluttuante nella parte centrale, poco mobile dalle parti circostanti. La pelle che la ricopre è tesa, non sollevabile, e si presenta di color bianco-sporco nella parte centrale ed arrossita nella parte periferica. Corrisponde alla tumefazione un indurimento che si estende per circa quattro centimetri nei tessuti profondi della regione.

Nulla di anormale nelle regioni inguinale e crurale di sinistra.

Esame delle urine: vi si vedono sospesi dei filamenti mucoidi che all'esame microscopico risultano di cellule epiteliali e di leucociti.

OSSERVAZIONE III. *Poliadenite iperplastica e settica biinguinale; uretrite cronica posteriore; piaghe e cicatrici per sifilidermi; panadenopatia (periodo atrofico).* — In rapporto alla presente infermità sa dare notizie poco precise.

Racconta solo che verso la metà del dicembre scorso cominciò ad avvertire delle tumefazioni dure e dolenti in ambedue le pieghe inguinali: le quali, modificandosi successivamente, raggiunsero lo stato attuale.

L'infermo ha aspetto sofferente: la sua nutrizione generale è scaduta: la pelle sottile, poco colorita, mucose visibili pallide; scarso pannicolo cellulare sottocutaneo, muscoli poco sviluppati, conformazione scheletrica regolare.

Osservando i genitali dell'infermo vedesi il prepuzio lievemente tumefatto. Esso ricopre tutto il glande, ed è ristretto nella sua estremità. Scoprendo il glande si osserva la pseudomucosa del sacco balanoprepuziale normale, meno che nel solco balanicò, dove è uniformemente arrossita.

Anche le labbra dell'orificio uretrale sono arrossite, e ne fuoriesce scarso liquido di aspetto mucoso.

Le regioni inguinali sono deformate, e in luogo dei due solchi fisiologici vi si osservano due tumefazioni ovoidali, con superficie lievemente bernoccoluta, della grandezza di un pugno di bambino. La pelle, in corrispondenza di esse, in parte ha colorito normale, in parte è arrossita e lucente, specialmente a destra: non è sollevabile in pliche.

La consistenza di tali tumefazioni è assai varia. Sopra una base piuttosto dura e pastosa, si avvertono più superficialmente dei tratti rammoliti, con netto senso di flut-

tuazione, corrispondenti ai punti più arrossiti, che, nel lato destro, sono tre, e nel sinistro uno solo, esteso per gran parte della tumefazione su notata.

Corrispondono alle dette tumefazioni degl'indurimenti riferibili alle glandole linfatiche più profonde della regione; e si estendono verso la direzione della cavità iliaca, dove non è possibile determinarne con precisione il limite posteriore.

Queste masse dure sono lobate alla superficie. Sulla regione inguinale destra, sul punto inferiore rammollito, vi ha una soluzione di continuo, quanto un seme di cocomero, dalla quale geme materiale purissimo.



3457