



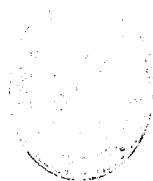
DOTT. M. CARRUCCIO

Misc. B. 5. 24

SIFILIDE PULMONALE

(616.24)

CONTRIBUZIONE CLINICA



Estratto dal POLICLINICO, vol. IV-M, anno 1897



ROMA

SOCIETÀ EDITRICE DANTE ALIGHIERI
Via delle Convertite, 8

1897

Sifilide pulmonale

[616.24]

Contribuzione clinica

del dott. **M. CARRUCCIO**, aiuto di Clinica dermosifilopatica
nella R. Università degli studi di Roma

SOMMARIO: I. Osservazione clinica — Considerazioni — Appunti sulla temperatura della febbre da sifilide e relativa cura. — II. Osservazione clinica — Alcuni studi sul modo di comportarsi delle cellule eosinofile del sangue durante la cura ipodermica mercuriale — Osservazione istologica — Riepilogo — Bibliografia.

I. OSSERVAZIONE CLINICA. — Scassaoli Rosa, d'anni 25, entra in Clinica il 30 novembre 1895. Racconta l'inferma che suo padre era abitualmente ubriaco. La madre morì, 18 anni or sono, all'età di 40 anni, a quanto pare, per un trauma grave al midollo spinale e conseguente paraplegia. Essa ha due fratelli, maggiori di lei di età, che hanno sempre goduto buona salute. Ha avuto una figlia, 8 anni addietro. All'età di 7 anni ha sofferto di morillo con gravi sintomi delle vie respiratorie e sputo sanguigno.

Fu mestruta all'età di 17 anni, e, fin dall'età di 16 anni, ha sofferto di stitichezza quasi costante, seguita da defecazione dolorosa. All'epoca del parto ebbe molte escrescenze carnose sui genitali esterni. Due anni addietro ebbe un'altra eruzione cutanea su molte regioni del corpo, che scomparve, dopo circa 25 giorni di cura, fatta per mezzo dell'unguento cinereo, e lasciò macchie grigio-giallastre che si osservano tuttora.

L'inferma ha abusato di vino e liquori. Ha avuto sempre poco appetito; dopo qualche eccesso alcolico soffriva di catarro delle vie respiratorie superiori. Ha subito anche notevoli disturbi nelle mestruazioni, che, dopo il parto, si fecero abbondantissime e prolungate.

L'origine della presente malattia daterebbe da 5 o 6 giorni prima del suo ingresso in Clinica; dice di essersi accorta quasi al medesimo tempo di avere delle macchie rossastre nelle mani e la piccola ulcerazione, che si osserva ora al faringe. Afferma di non aver sofferto altre volte di eruzione consimile.

Stato attuale: nutrizione discreta; sviluppo scheletrico regolare e normale; colorito delle mucose roseo, della cute normale.

L'inferma presenta sulla superficie cutanea un'eruzione maculo-papulosa, che ha sede sul volto e sugli arti superiori, e, particolarmente, sul dorso delle mani e degli avambracci, con una distribuzione quasi simmetrica.

Questa eruzione è fatta, in massima parte, da sollevamenti papuloidi, non molto rilevati, che hanno un colore vario, o rosso vivo, o rosso chiaro, o roseo pallido; in alcuni queste tre tinte differenti sono disposte concentricamente. I margini delle papule sono nettissimi e piuttosto sollevati: il colorito loro scompare quasi completamente alla pressione. Alcune sono piuttosto dure al tatto e la loro superficie è sollevata, le altre invece depresse un poco al centro, più molli, e presentano nella zona più periferica un tratto biancastro, che risulta da un lievissimo distacco epidermico dalle parti sottostanti. Sollevato questo distacco, con una punta di spilla, si mette allo scoperto un'erosione epidermica superficialissima, quasi asciutta. Questa chiazza, ove si ha il detto distacco, è rotonda, e, nel centro, presenta un colorito roseo; verso la periferia, color biancastro, nel contorno un colorito bruno fosco. La cute circostante alle eruzioni è lievemente più rossa e un po' più turgida di quella del rimanente delle parti vicine.

La predetta eruzione è distribuita nelle seguenti regioni, colle particolarità di forma e di sviluppo che andremo accennando.

Sulla fronte dove le dette eruzioni sono in numero di circa 12, grandi da una piccola lente a una moneta di 2 centesimi, esse non sorpassano, in alto, la linea d'impianto dei capelli, salvo una che si trova, fra il loro impianto, nella parte anteriore della regione temporale destra.

Sul volto l'eruzione ha una distribuzione quasi totalmente simmetrica nei due pomelli. A sinistra sonvi tre papule larghe come un centesimo, e confluenti in guisa da assumere l'immagine d'un trifoglio, con altre papulette sparse accanto; a destra vi ha pure una figura policiclica con papule sparse attorno. Se ne trovano inoltre isolate sul sopracciglio sinistro, nei due angoli interni dell'occhio, sull'ala destra del naso. Appena accennato si vedono sulle labbra, sul mento, sulle guance.

Il padiglione dell'orecchio sinistro è uniformemente arrossito, di un rosso violaceo, più accentuato al lobulo; così pure, ma molto meno, a destra.

Sul dorso delle mani l'eruzione è più spiccatamente policiclica; due, tre, fino a sei papule, confluiscono insieme. Le falangette e le falangine sono rispettate; non così le falangi, sulle quali la cute mostra, in ogni dito, una larga maculazione papuloide, di forma quasi quadrilatera.

Sulla faccia estensoria dei polsi e degli avambracci si trovano le stesse eruzioni, e più accentuate verso i polsi.

Sulla gamba destra, nella regione anteriore, in basso, si nota, qua e là, qualche macula, alcune un po' sollevate, di color roseo.

Sugli arti inferiori si presentano inoltre macchie di grandezza varia, di colore scuro, a margini irregolari ed indefiniti, in numero scarso. Alcune non hanno colore uniforme, ma son chiazze più chiare; come son quelle sul poplite destro.

Nel cellulare sottocutaneo nulla di anormale, se si eccettui che, in qualcuna delle eruzioni degli avambracci, l'indurimento della cute e la poca mobilità di essa, nei differenti propri strati, si estende anche al tessuto sottocutaneo.

I muscoli nulla presentano d'anormale; solo i loro attacchi, in vicinanza del gomito sinistro, sono un po' tumidi e dolenti.

Fra i capelli, di apparenza normale, si nota una grande quantità di squammelle bianche lucenti, non molto aderenti al cuoio capelluto.

Le mucose visibili nulla presentano di anormale.

Le glandole linfathe si presentano duro-fibrose, spostabili sui tessuti circonvicini, per lo più come un cece a un fagiolo, ed appiattite. Se ne trovano nelle regioni cervicali posteriori, nelle regioni sottomascellari, nelle sopraclavicolari e sottoclavicolari. Se ne palpano pure nelle ascelle, nelle regioni sopratrocleari ed inguinali.

Nella regione sopraioidea, sulla linea mediana se ne trova una grande come una piccola noce, sferoidale, dura, ma non come le altre spostabile. Anche nella regione cervicale posteriore destra ce n'è una grande come un fagiolo, con gli stessi caratteri. Entrambe queste glandole, al dire dell'inferma, divennero così grandi all'esordire dell'eruzione; allora erano un poco dolenti.

Il cuore nulla presenta di notevole quanto a segni rilevati colla percussione e palpazione; coll'ascoltazione si nota il primo tono sulla mitrale più prolungato e meno chiaro del normale.

Il fegato è normale.

La milza alla palpazione non appare indurita, nè sensibilmente aumentata di volume: alla percussione, in avanti, giunge oltre l'ascellare anteriore; in basso, rasenta il margine costale.

Sulla tonsilla sinistra esiste un'ulceretta lunga un centimetro e larga mezzo, disposta verticalmente con margini tagliati a filo, profondi e staccati dal fondo, che è di colore

grigio-perlaceo. La cavità di detta ulcerazione è più larga del suo forame d'apertura verso la superficie.

La tonsilla destra presenta pure un colorito grigiastro sulla sua sommità; però non è ulcerata.

Urine: Colore giallo mattone torbido; densità 1025; reazione leggermente acida: sedimenti abbondanti; cloruri scarsi; solfati e fosfati abbondanti; zucchero assente: uroeritrina assente. — (Rel.: Dott. PASSERA).

* *

30 novembre. Nelle ore antimeridiane la temperatura segnava 37° 8; alle ore 14 ha raggiunto 39° 5. Si prescrive un grammo di solfato di chinina in 5 carte, e 6 grammi di salicilato di soda in 6 carte, da somministrarsi alternativamente ogni ora.

1° dicembre. Nelle ore della sera la temperatura che aveva raggiunto i 40° 2, si abbassò a 37° 8; stamani è risalita a 39° 6. L'eruzione conserva il colorito rosso fosco, ma si nota accentuato nelle singole papule un sollevamento flictenoide.

2. Si continua la somministrazione del solfato di chinina e salicilato di soda.

3. Continua la febbre, con leggiera remittenze mattutine.

4. Questa mane si nota sul dorso delle mani e degli avambracci una nuova eruzione, formata da papule grandi come una lente, non molto sollevate e di color rosso vivo. L'inferma accusa dolori piuttosto intensi alle articolazioni del gomito sinistro e mano corrispondente.

6. La temperatura, in questi giorni, ha oscillato tra 38° e 38° 5. L'eruzione, leggermente impallidita, si mantiene però abbastanza evidente.

8. La temperatura ieri oscillò fra 37° 7 e 38°: l'inferma ha un po' di tosse con espettorazione mucosa abbondante, mista a qualche globuletto sanguigno e molto aerea. Murre vescicolare abolito nella regione spinosa della scapola sinistra: rantoli crepitanti, percussione ottusa. Nel resto del medesimo lato, murre vescicolare aspro e prolungato all'inspirazione.

9. Diminuita nelle ore della sera la febbre. Questa mane persistono i fatti bronco-pulmonali, i cui fenomeni fisici furono registrati ieri: l'eruzione è leggermente impallidita.

10. Persistono le condizioni toraciche e febbrili di ieri.

11. La temperatura questa mane è discesa a 37° 4. L'ascoltazione del torace a sinistra non dà che un indebolimento del murre vescicolare e qualche piccolo rantolo umido. L'eruzione non mostra più sollevamenti papuloidi, nè flictenoidi, ma solo macchie di colorito rosso-fosco.

13. Nelle ore pomeridiane la temperatura risale a 38° 6: nella notte fu somministrato un grammo di solfato di chinina in 5 carte.

14. La temperatura essendosi riabbassata a 37° 5, viene somministrato nella notte un grammo di solfato di chinina in 5 carte. Si vede nascere un'ulcerazione lentiforme nella tonsilla destra.

15. Nelle ore pomeridiane si ha di nuovo elevazione di temperatura a 38° 6.

16. Nessuna nuova eruzione: le antiche sono quasi del tutto disperse: persiste colorito rosso-fosco. Espettorato mucoide purulento spumoso. Persiste qualche raro rantolo umido nella regione scapolare destra.

17-18. La temperatura ha continuato a mantenersi piuttosto elevata, oscillando fra 38° e 38° 8; non sono intervenuti fenomeni cutanei od interni. Le soluzioni di continuo piuttosto profonde esistenti in ambedue le tonsille, essendosi estese di più e ricoperte da detrito siero-puriforme, vengono disinfettate con tamponi bagnati in soluzione di sublimato e si causticano con soluzione saturata di nitrato d'argento.

L'esame microscopico dell'espettorato, ripetuto per parecchi giorni, e da differenti osservatori, è riuscito negativo per il bacillo della tubercolosi.

18-19. Disinfezione della retrobocca e tonsille con soluzione di sublimato corrosivo.

Anche oggi la temperatura dell'inferma è a 38°6: l'esame fisico del torace alla percussione fa rilevare a destra, posteriormente e anteriormente, sulla scapola e pertinenze, ridotta in modo notevole la risonanza polmonale. Coll'ascoltazione si ha mormorio vescicolare diminuito su tutti i punti, aspro e prolungato all'inspirazione.

La puntura con siringa di Pravaz, per vedere se vi sia essudato pleuritico, dà qualche goccia (3-4) di liquido, che al microscopio si fa riconoscere fatto di siero e di leucociti.

Nelle ore pomeridiane si danno, ogni due ore, 20 cgm. di bisolfato di chinina.

L'inferma ha pochissimo appetito e si denutrisce notevolmente. Queste condizioni generali, il progredire delle ulcerazioni faringee, l'accentuarsi di fenomeni fisici toracici di un tratto d'infiltrato flogistico polmonale cronico, in corrispondenza dell'ilo del polmone destro, il non cedere della febbre a qualunque mezzo, il non presentarsi della medesima in relazione coi fenomeni toracici e cutanei, consigliano ad annoverare tutti questi fatti morbosi concatenati al processo sifilitico; per cui si dà principio alla cura delle iniezioni mercuriali.

Si pratica la 2ª iniezione ipodermica di 1 cgm. di sublimato corrosivo.

20. Stamani la temperatura è scesa alquanto: 37°8. Si ripete la prescrizione del bisolfato di chinina: medicazione del faringe; 3ª iniezione ipodermica di sublimato corrosivo.

21. Nella giornata d'ieri vien somministrato un altro grammo di bisolfato di chinina; però nelle ore pomeridiane la temperatura sale e si mantiene a 38°8. Alla sera, alle ore 20, è discesa a 37°5: stamani segna 37°8. Si ripete la prescrizione di un grammo di bisolfato di chinina.

Disinfezione del faringe e delle tonsille con soluzione di sublimato, e delle gengive con soluzione fenicata. Si fa fare un bagno al sublimato: 4ª iniezione ipodermica di sublimato.

All'esame del torace si nota ottusità a destra, posteriormente, dalla regione sopraclavicolare alla base della scapola, e, anteriormente, fino alla mammella: a sinistra notasi ipofonesi.

22. La temperatura nelle ore pomeridiane è scesa quasi al normale, 37°2: questa mane è di poco aumentata. L'aspetto dell'inferma si presenta un po' meno abbattuto: 5ª iniezione ipodermica.

23. Solo nel mezzogiorno d'ieri si ebbe la temperatura di 38°, nella sera 37°2 e questa mane 37°4.

Sono migliorate sensibilmente le ulcerazioni esistenti alle tonsille, esse hanno tendenza alla cicatrizzazione. Il faringe è ricoperto da patina mucoso-purulenta piuttosto abbondante. La tosse è diminuita: 6ª iniezione ipodermica.

24. Disinfezione della bocca e faringe. Continua il miglioramento: 7ª iniezione ipodermica.

25. L'ulcerazione nella tonsilla destra è ridotta ad una piaga superficialissima; quella dietro il pilastro posteriore sinistro che era la più estesa e la più profonda (circa centim. 3 1/2) si è trasformata in una piaga di buon aspetto: l'altra, posteriormente, sul faringe a destra è parimenti trasformata in piaga semplice. Sul faringe essudato mucopuriforme.

In questi ultimi due giorni la temperatura ha oscillato fra 37°6 e 37°2. L'esame fisico del torace fa rilevare colla percussione, a destra posteriormente, leggermente ridotta la risonanza polmonale, e con l'ascoltazione si percepisce ancora un po' aspro il mormorio vescicolare e prolungato all'inspirazione: 8ª iniezione ipodermica.

26. Nulla di nuovo: 9ª iniezione ipodermica.

27. L'inferma è oramai completamente apirettica. Le lesioni della retrobocca e faringe continuano a migliorare e le forze vanno ritornando. Medicazione solita.

28. 10^a iniezione ipodermica.

29. Bagno al sublimato: 11^a iniezione ipodermica.

30. Peso kgm. 42.800: 12^a iniezione ipodermica.

31. Sono cicatrizzate le lesioni dei pilastri posteriori delle tonsille, e l'inferma ha notevolmente migliorato nell'aspetto e nelle forze. Da tre giorni gli viene somministrato ioduro di potassio a dose crescente di $\frac{1}{2}$ gm. al giorno: 13^a iniezione ipodermica.

1^o gennaio 1896. Bagno al sublimato: medicazione solita: 14^a iniezione ipodermica.

2. 15^a iniezione ipodermica.

3. Continua il miglioramento generale e locale del polmone: ioduro di potassio gm. 4: 16^a iniezione ipodermica.

4. L'inferma permane tutto il giorno fuori del letto: ha appetito, torna a nutrirsi. Peso kgm. 43.700.

I sintomi toracici all'ascoltazione danno ovunque murmure vescicolare un po' affievolito nel lato destro del petto, dal disotto della clavicola: 17^a iniezione ipodermica.

5. Bagno al sublimato: 18^a iniezione ipodermica.

6-7. 19^a e 20^a iniezione ipodermica.

8. Bagno al sublimato: 21^a iniezione ipodermica.

9-10-11. 22^a, 23^a e 24^a iniezione ipodermica.

12. Bagno al sublimato: 25^a iniezione ipodermica.

13-14. 26^a e 27^a iniezione ipodermica.

15. Bagno al sublimato: 28^a iniezione ipodermica.

16-17. 29^a e 30^a iniezione ipodermica.

18. Bagno al sublimato.

20. L'inferma esce completamente ristabilita di tutte le affezioni cui fu soggetta nella sua permanenza in Clinica.

Lo stato delle forze e della nutrizione è soddisfacentissimo. Peso kgm. 45.

Le lesioni faringeali completamente cicatrizzate e la mucosa della bocca sana: la cute non presenta altro che una colorazione brunastra e quasi ardesiaca del dorso delle mani e delle regioni laterali della fronte. Qua e là si nota anche un colorito rosso-fosco corrispondente alle pregresse papulo-flicene, il quale si attenua colla pressione ed è accompagnato dalla colorazione oscura più su ricordata.

Nel torace nulla di anormale — oltre di un leggiero affievolimento del mormorio vescicolare al disotto della clavicola del lato affetto.

Considerazioni. — Noi abbiamo riferito questa storia clinica per la rarità dei fenomeni con cui essa si è presentata e per la concatenazione rilevata in questi fenomeni.

La febbre, il dimagrimento dell'inferma, che, in compagnia di fenomeni toracici, facevano pensare ad un'infezione generale che sarebbe potuta essere la tubercolosi, non trovando sintomi sicuri per questa diagnosi, per l'assenza dei bacilli tubercolari, vi era ragione a pensare alla sifilide. Si diceva, le ulcerazioni faringeali, dal momento che non sono tubercolari, non possono essere che sifilitiche; e sifilitiche, più che tubercolari, per la loro morfologia, per la rapida distruzione del tessuto invaso dalla ulcerazione, per la sede faringeale, più che laringeale; e, secondariamente soltanto, laringeale.

Noi davamo anche all'alterazione pulmonale la specificazione di sifilitica perchè la sede dell'ispessimento pulmonale ci faceva parere così: queste pulmoniti sifilitiche prendono, più di tutto, gli ili dei polmoni, perchè, colà, penetrando bronchi e vasi, portano con sé più connettivo, che non sia in una semplice parete alveolare; e per questo una più notevole invasione della flo-

gosi, in questo punto che in altro, perchè più ricco appunto di connettivo, il terreno adatto per le localizzazioni sifilitiche.

Ciò è confermato dalla casuistica, la quale fa vedere che molti casi di pneumonite sifilitica hanno dato questo punto di localizzazione; cosicchè, semiologicamente, si dice che non negli apici, nè nella base dei polmoni si localizzi la sifilide; ma verso il centro, verso gl'ili pulmonali.

Difatti, osservazioni di questo genere sono riportate da M. HILLER, MAURIAC, LANCEREAUX, GIRAUDAU, FOURNIER, VIERLING, CUFFER e REMY, DIEULAFOY, MALASSEZ.

L'osservazione clinica ci dà animo a rifare un po' il quadro clinico della pneumonite sifilitica degli adulti.

Due ordini di fenomeni prevalgono in queste forme di pneumoniti: i fenomeni riferibili agli essudati bronchiali ed i fenomeni riferibili all'ispessimento pulmonale; di rado intervengono i fenomeni riferibili alla necrosi ed all'ulcerazione della neoplasia sifilitica.

Riguardo agli essudati bronchiali è da osservarsi, per quanto risulta dall'osservazione giornaliera fatta, che essi non corrisposero, in modo adeguato, alla gravità dei fenomeni pulmonali. Infatti, sia nell'inizio, che nel decorso dell'affezione, si ebbe espettorazione muco-purulenta, la quale solo nel principio presentò qualche scarso globuletto sanguigno, ma che, invece, si mantenne sempre aerea e che cessò completamente non appena migliorarono le condizioni dell'inferma per effetto della cura praticata.

Al contrario i fenomeni riferibili all'ispessimento pulmonale, per i segni fisici che presentarono e per la persistenza loro, si può ritenere che avessero apportato nel polmone una non superficiale alterazione.

Infatti, dopo un leggero miglioramento dell'eruzione, delle condizioni generali per l'abbassamento della temperatura, ed anche per la diminuzione dei primi fenomeni bronco-pulmonali, che si riscontravano nel lato sinistro del torace, si ebbe una riaccentuazione della febbre, con elevata temperatura, e l'inizio dei fenomeni bronco-pulmonali al lato destro del torace; e, dopo alcuni giorni dalla ripresa della febbre, l'esame fisico faceva rilevare a destra, posteriormente, sulla scapola e pertinenze, ed anteriormente, ridotta notevolmente la risonanza polmonale alla percussione.

Coll'ascoltazione si aveva mormorio vescicolare diminuito su tutti i punti, aspro, prolungato all'inspirazione ed accompagnato da rantoli umidi.

Inoltre la puntura fatta con la siringa di Pravaz diede qualche goccia di liquido, formato da siero e leucociti.

Questi fenomeni divennero ben manifesti sei giorni dopo la rilevazione della temperatura, che si mantenne sempre elevata, e si mostrarono notevolmente diminuiti, ma non scomparsi, dieci giorni dopo, quando, accertata la natura del male, all'inferma erano state praticate parecchie iniezioni di sublimato, e somministrato lo ioduro di potassio.

Ed infine, dopo sedici iniezioni, ed essendo trascorsi ventidue giorni dall'inizio del male, si poté dire completamente ripristinata la funzione del polmone destro, non rilevandosi, coll'esame fisico, che un leggero affievolimento del mormorio vescicolare al disotto della clavicola.

*
* *

Riguardo alla febbre, essa dal suo manifestarsi, raggiunse ben presto i 39° e, salvo lievi remissioni mattutine, si mantenne elevata.

All'elevazione della temperatura fu compagno lo stato di dimagrimento progressivo, in modo da ridurre, in pochi giorni, l'inferma affatto priva di forze, ed in stato di vera emaciazione.

Essendo stato escluso che si potessero, questi fenomeni, riportare ad un processo tubercolare, e non lasciando dubbio che traessero origine da un'infezione generale, ne venne di conseguenza che fossero ritenuti di origine sifilitica.

La sifilide polmonale, che fu creduta un tempo molto più frequente di quello che realmente è, e di cui furono descritti numerosi casi, deve, secondo MAURIAC, per essere realmente diagnosticata come tale, rispondere ai quattro seguenti criteri:

1. Filiazione netta, o molto probabile, tra la sifilide e l'affezione polmonale;
2. Quadro sintomatico e processo speciale nelle sue manifestazioni, che non si ritrova, d'ordinario, nelle comuni polmoniti;
3. Azione curativa pronta, decisiva, indiscutibile, sotto l'azione del mercurio e dell'ioduro, fino a completa guarigione;
4. Presenza di altre lesioni, o manifestazioni, sulla specificità delle quali non possa nascere dubbio.

Nel caso presente si hanno dati sufficienti per rispondere positivamente ai criteri suesposti.

Infatti, prima delle manifestazioni polmonali, si ebbero le ulcerazioni faringee, le quali, come si è detto già, erano indubbiamente sifilitiche: la figlia dell'inferma era manifestamente sifilitica e con manifestazioni ereditarie della sifilide.

Il modo come si manifestò e decorse la polmonite, come risulta dal diario, non si può certamente riportare al decorso di una comune polmonite, o di altro processo specifico polmonale.

L'effetto della cura mercuriale fu invero pronto, sicuro, indiscutibile. Ed infine fu in modo certo esclusa la presenza del bacillo tubercolare per i ripetuti esami fatti.

Nella *Patologia Medica* dello ZIEMSEN è riferita un'osservazione clinica che ha qualche analogia colla presente.

“ L'inferma era di 29 anni, ben nutrita e robusta, che oltre a ulcerette sul palato molle e sulla parete posteriore della faringe, presentava processi necrotici della cavità nasale e più tardi ulcere serpiginose, derivate da gomma sottocutanea e da pustole di ectima, nonchè tumore di milza e, di tratto in tratto, scarsa albuminaria, fenomeni d'infiltramento nel lobo superiore del polmone sinistro e di bronchite diffusa. La febbre, che da due mesi compariva a tipo remittente, si dileguò coll'ioduro di potassio, e la temperatura risali quando il rimedio fu sospeso. I fenomeni polmonali cessarono ancor essi, salvo i sintomi della bronchite. „

*
* *

La pneumonite sifilitica, studiata dal COLOMIATTI, in sei esemplari, è una pneumonite diffusa, cioè interstiziale ad un tempo e catarrale: con questo di speciale però che, mentre nei polmoni sezionati si trovano estesi tratti nei quali l'abbondanza del connettivo sclerosato interalveolare ed interlobulare, si può dire che rappresenta la parte principale del processo, non mancano fenomeni di essudazione catarrale e fenomeni di aumento dell'endotelio alveolare. Il tipo più esteso è quello della pneumonite diffusa prevalentemente interstiziale. In esso, una sezione scelta quale esemplare, esaminata ad un debole ingrandimento, ci dimostra subito come grande sia la diminuzione dell'area respiratoria in questi polmoni, e quanto sia accresciuto il connettivo peri-bronchiale, interlobulare ed interalveolare. Ciò che noi abbiamo verificato assai bene nella osservazione istologica che riporteremo più avanti. Infatti, oltre che quì è là si vedevano delle piccole zone d'ispessimento interalveolare, si notavano rilevanti accumoli di leucociti tutt'attorno ad un vaso. E ciò non nei tratti di polmone indurito e divenuto di aspetto quasi carnoso; ma dove macroscopicamente non si rilevava alterazione di sorta.

Gli alveoli polmonali e gl'infundiboli, che nello stato normale sono separati gli uni dagli altri da poco tessuto connettivo, che serve di sostegno ai vasi sanguigni, sono difatti ridotti di molto nei loro diametri, e disgiunti fra loro da tratti estesissimi di connettivo, il quale ha diversa apparenza e significazione a seconda delle località nelle quali lo si esamina.

Il COLOMIATTI e la grande maggioranza degli autori, che sonosi occupati dell'argomento hanno studiato la sifilide nei polmoni come possibile causa predisponente o determinante della localizzazione della tubercolosi sul polmone istesso.

Generalmente viene ammessa la coesistenza dei due processi e se ne discute in vario modo la influenza dell'uno processo sull'altro; ma dal COLOMIATTI la sifilide viene ritenuta direttamente predisponente alla tubercolosi.

L'osservazione da noi riferita non lascia adito a nessuna delle ipotesi suaccennate, poichè nella nostra inferma la sifilide si manifestò e decorse sotto la forma di pneumonite, senza che alcun'altra causa venisse ad alterarne il quadro clinico e senza ritardarne l'esito favorevole dal momento che l'inferma venne sottoposta all'opportuna cura mercuriale.

* OSSERVAZIONE II. — I. M., di anni tre e mesi dieci, nacque, secondo viene riferito dalla madre, apparentemente sana. A pochi giorni dalla nascita ammalò in ambo gli occhi, e, sottoposta a cura, questa fu eseguita per molti mesi, dando luogo ad una apparente guarigione. Cessato il periodo dell'allattamento, in cui, pare, le condizioni di salute della bambina si mantenevano mediocrementemente buone, seguì un periodo di deperimento con disturbi, specialmente del tubo gastroenterico, che durano tuttora. Da un mese, circa, si è sviluppata un'eruzione cutanea ai lombi, che è stata curata con medicazioni locali, e, da pochi giorni, anche coll'uso di cure ipodermiche. Della madre della bambina nulla si sa di notevole. I genitori di lei morirono in età avanzata. Un fratello ed una sorella vivono e godono buona salute. Non ha essa avuto le malattie dell'infanzia e nessuna malattia, all'infuori di un'affezione delle unghie della mano, che cominciò a svilupparsi circa tre anni or sono (precisamente quando era incinta della

bambina in parola), e che perdura tuttora, di natura parassitaria. Dice di non aver sofferto mai malattie polmonali. Maritossi a 17 anni, ebbe cinque figli, il primo ed il secondo dei quali morirono, il primo a 14 mesi per rosolia, l'altro a 10 giorni, di malattia che essa non sa precisare. Degli altri due dice che essi hanno sempre goduto, e che godono, buona salute. Del padre della piccola bambina non ci riesce a saper nulla, non essendosi voluto presentare e neppure ci riesce a sapere di lui qualche cosa dalla moglie, che non sa o non vuol darne notizie precise.

Stato attuale. — La bambina si presenta con nutrizione generale decaduta, con scarsissimo, quasi mancante tessuto adiposo sottocutaneo, con sviluppo generale deficiente, mucose visibili pallide, cute pallida, quasi cerea nel volto, bianco-sporca nel resto del corpo, sottile, sollevabile in sottili e larghe pliche, assai floscia e formante delle grinze in alcune regioni. È ricoperta in molti tratti simmetrici del corpo di peli molto sviluppati relativamente all'età della piccola inferma. Per la presenza di questi peli e per le condizioni della cute la bambina piglia uno stato di apparente senilità. Il naso è piccolo e schiacciato alquanto sul dorso. La piccola inferma giace con le gambe retratte sulle cosce e queste sull'addome. Piange facilmente e agita continuamente il capo, mostra di non vedere od almeno di vedere pochissimo, e non si ferma a guardare con sicurezza l'oggetto che si espone alla sua vista.

Sulla cute della piccola inferma si rileva un'eruzione nodulo-ulcerosa riunita in un vasto gruppo figurato, quasi semilunare, esistente nelle regioni del sacro e delle natiche. Essa è formata da lesioni di vario aspetto e dimensioni, perdite di sostanze degli strati superficiali del derma; hanno forma rotondeggiante ed ovoidale o irregolarmente poliedrica: margini tagliati a filo e un poco rilevati: fondo di colorito rosso-vivo poco evanescente, ricoperto da scarso detrito purissimile, facilmente sanguinante e circondato da un leggero alone rosso, un poco rilevato e più duro della cute circostante. Poche hanno margini che si continuano col fondo ricoperto in parte da nuovo epitelio. Variano per dimensioni da una lente a una moneta da due centesimi e più. Trovansi alcune sparse: ma più in gruppi di aspetto circolare ed in alcuni tratti riunite fra di loro. Oltre di questa eruzione si vedono qua e là delle papulette migliariformi superficiali, ricoperte da crosticine nere, che sollevate mostrano una depressione ricoperta da giovane o sottile epitelio. Questa eruzione è disposta in modo simmetrico sulla porzione inferiore e posteriore del tronco, ed occupa la parte inferiore della regione lombo-sacrale ed ambedue le regioni glutee, dove sono le lesioni cutanee di maggiore entità. Nel resto del corpo nessun'altra alterazione, soltanto sulla superficie interna di ambedue le cosce e sulla gamba destra si osservano quelle piccole papule descritte.

Il cellulare sottocutaneo non presenta alcuna alterazione. Le ossa, minutissime, nella conformazione non presentano di anormale che un leggero ingrossamento delle epifisi. Le ossa nasali sono depresso a sella. I capelli, di un colorito oscuro, sono sottili, un poco scarsi e di un aspetto polverulento. Le unghie della mano non presentano nulla di anormale, alcune di quelle del piede, e precisamente quella dell'alluce, secondo e terzo dito del sinistro hanno, una superficie scabra per striature trasversali. La stessa alterazione, benché in grado minore, si osserva nell'alluce e nel secondo dito del piede destro. Nelle regioni laterali e posteriori del collo si notano alcune ghiandole linfatiche di forma ovoidale, a superficie liscia, di consistenza dura, della grandezza di una lente circa. Se ne notano pure agli angoli del mascellare inferiore, nelle regioni sottoascellari, inguinali ed al triangolo di Scarpa. Le tonsille sono tumide, le gengive facilmente sanguinanti. La mucosa nasale ricoperta da crosticine purissimili che dificultano un poco la libera respirazione. I denti sono alterati nella conformazione e nella disposizione. Gli incisivi medi superiori e inferiori sono erosi e mancanti di un tratto nella superficie anteriore e presentano i margini taglienti. Gli incisivi laterali inferiori sono poco sviluppati, i superiori sono rappresentati da un piccolo picciuolo e s'impiantano colla parte

basale dei medesimi non distrutta. Appaiono come residui centrali di quasi tutta la corona dentaria. I canini sono molto aguzzi, con una larga base d'impianto sul mascellare. I premolari sono conformati a guisa di un cono tronco al loro apice. I molari non presentano nulla di anormale.

Esame degli organi interni.

Polmoni. Respiro corto-diaframmatico, superficiale. Alla percussione nulla di anormale. All'ascoltazione si sente il mormorio vescicolare un poco aspro, accompagnato da qualche rantolo umido.

Cuore. All'ispezione e alla percussione nessuna alterazione apprezzabile si rileva nell'area cardiaca. L'atto della punta si sente nel 5° spazio intercostale, sotto la papilla mammaria. All'ascoltazione il primo e secondo tono son normali. Il polso è piccolo e dà in media 125 pulsazioni al minuto.

Fegato. La ottusità epatica ha i seguenti limiti: A sinistra giunge ad un mezzo centimetro dallo sterno in corrispondenza dell'inserzione sternale della 5ª costola sinistra. Il margine superiore è, sulla parasternale e mammillare, al 4° spazio, sull'ascellare anteriore al 5°, sulla media al 6°, sulla posteriore alla 9ª costola. Il margine inferiore, cominciando dall'ascellare media, segue l'arcata costale, fino all'appendice ensiforme dello sterno.

Milza. La sua area, in alto, nell'ascellare anteriore (suo estremo limite in avanti) e media, giunge all'ottava costola; sulla scapolare, al margine inferiore della 7ª, in basso sorpassa appena l'arcata costale, ove si arriva a palparla.

Il peso della bambina è di kg. 6.300. La temperatura oscilla dai 36° ai 36° 8.

L'inferma giace a preferenza sul fianco sinistro. Le estremità superiori e la testa sono agitate continuamente da movimenti spasmodici laterali. Frequentemente stringe le mascelle e fa stridere i denti. Perde le urine e le feci, senza darne alcun segno. Ha tendenza, la bambina, a grattarsi nelle lesioni di continuo.

Esperimentata in varie regioni la sensibilità termica con un corpo freddo ed uno abbastanza riscaldato, si nota che la bambina reagisce con deboli movimenti a questi stimoli: altrettanto si osserva per la sensibilità dolorifica, esperimentata per mezzo di leggere punture.

Da questo momento, siccome le osservazioni principali si riferiscono allo stato dell'eruzione cutanea, del fegato, del sangue e del peso del corpo, così noi non riportiamo che un sunto di quanto si riferisce in proposito, od in semplici accenni; non riportando neanche i quadri sinottici delle ottusità fisiologiche e patologiche addominali, studiate durante la cura. — (Relatore: Dott. Carruccio).

Novembre 14. Si cominciano le iniezioni ipodermiche di un centigrammo di bicloruro di mercurio. Ad intervalli di qualche giorno bagni al sublimato. Cura di ioduro di potassio.

27. Si pratica la 14ª iniezione. Il peso del corpo è di kg. 6.800.

Dicembre 6. Si è praticata la 23ª iniezione. È totalmente scomparsa l'eruzione nodulo-ulcerante alla regione sacro-lombare e nelle natiche.

8. Si fanno preparati di sangue, per la ricerca delle cellule eosinifere. Se ne trovano abbondanti in ogni preparato.

20. Iniezione 30ª. Peso del corpo kg. 7.

27. Preparati di sangue, n. 6. Cellule eosinifere abbondanti in ogni preparato, se ne vedono perfino due in uno stesso campo microscopico.

Gennaio 4. 37ª ed ultima iniezione di bicloruro di mercurio.

6. Si cominciano le iniezioni ipodermiche di citrato di ferro.

10. Preparati di sangue, n. 5. Cellule eosinifere molto abbondanti in tutti i preparati.

20. 8ª ed ultima iniezione di ferro. Peso del corpo kg. 7.400. Si fanno fare bagni di nettezza a giorni alterni.

29. Preparati di sangue, n. 4. Cellule eosinifere abbondanti, non però in tutti i preparati.

Febbraio 2. Preparati di sangue, n. 2. Cellule eosinifere scarse.

7. Preparati di sangue, n. 2. Cellule eosinifere scarse. Peso del corpo kg. 7.400.

12. Preparati di sangue, n. 2. Cellule eosinifere scarse.

Marzo 1. Preparati di sangue, n. 5. Cellule eosinifere in tre preparati.

9. Preparati di sangue, n. 6. Cellule eosinifere in tutti i preparati. Peso del corpo kg. 7.600.

16. Preparati di sangue, n. 6. Cellule eosinifere in tutti i preparati.

28. Preparati di sangue, n. 6. Presenza di cellule eosinifere in tutti i preparati.

Peso del corpo kg. 8.

Aprile 4. Preparati di sangue, n. 6. Cellule eosinifere in tutti i preparati.

12. Preparati di sangue, n. 6. Presenza di cellule eosinifere in quattro preparati.

In due non riuscì la colorazione per mancanza di materiale.

16. Peso del corpo kg. 8.300.

Maggio 1. Peso del corpo kg. 8.300. Si esamina il volume della milza. Si trova nei seguenti limiti: margine anteriore all'ascellare media, margine posteriore a due centimetri dalla colonna vertebrale; limite superiore, nell'ascellare posteriore, alla terza costola, nella scapolare egualmente. Il margine inferiore non sorpassa l'arcata costale.

22. La bambina non è più agitata da movimenti spasmodici laterali della testa e delle braccia. Presenta strabismo ad intervalli. Perde ancora le urine e le feci, senza dare segno di avviso: ma non più involontariamente come prima, perchè non le perde mai se trovasi, per esempio, nella braccia di una persona qualunque; ma solo quando sta sulla sua sedia o a letto. Non sta più colle gambe retratte sull'addome. Le sensibilità termica, tattile, dolorifica sono bene conservate a sinistra, meno bene a destra. Reagisce meglio agli stimoli freddi che ai caldi. I riflessi superficiali sono conservati, come pure è conservato il riflesso rotuleo, solo è un poco diminuito a destra. L'inferma mostra di avere più padronanza del lato sinistro che del destro, cosicchè col lato sinistro può trovare un punto di appoggio colla mano, fare un passo colla gamba, mentre non riesce a fare tutto questo col destro. L'intelligenza è pochissimo sviluppata: ride se eccitata dalla vista di qualche persona che conosca; non parla, emette soltanto qualche suono laringale. Piange facilmente: in alcuni giorni riconosce e seconda meno facilmente, col capo, colla vista e coll'ubbidire nel mangiare chi è solito di avere un certo ascendente su di lei.

novembre 18. La bambina viene riammessa in Clinica, notevolmente deperita nelle condizioni generali. Nelle ore della sera bagno di nettezza tiepido con sublimato. La madre dell'inferma dice che la piccola bambina ha presentato dei lievi aumenti di temperatura.

20. Somministrazione per la via dello stomaco di ferro con marsala.

25. La bambina iersera è stata colta da febbre a 39°. Nella notte ha presentato delle contrazioni e movimenti coreici del capo e degli arti. Stamani è tremula più del solito nella testa e negli arti superiori: temperatura 38°5. La bambina tosse ed espettorava muco torbido. Escursioni toraciche 45. Polso 150.

26. La bambina presenta fenomeni d'inflammazione polmonare. Le escursioni toraciche sono frequenti. Qualche rantolo a medie bolle nella metà superiore di entrambi i polmoni posteriormente. A sinistra i fenomeni si estendono più in alto. Murmure vescicolare aspro. Lieve ipofonesi a sinistra alla percussione. Si fanno frizioni di olio di menta sul torace. Nella sera il respiro è frequente (42); pallore notevole; lieve stato comatoso. Si è sospeso da due giorni il ferro e si è somministrato del latte e qualche nuovo. Fu praticato un clistere di acqua tiepida, che produsse evacuazione ventrale, da cui diminuzione della tensione dell'addome e dell'affanno. Si somministra, a cucchiaini, acqua di melissa con liquore anisato d'ammonio.

27. Stamani la temperatura è a 37°. Le condizioni polmonari si mantengono stazionarie: sono frequenti i fenomeni coreiformi.

28. Persistendo i fenomeni coreici e i fenomeni toracici, mentre è diminuita la febbre e lo stato di prostrazione, si riprende la cura ipodermica di bicaloro di mercurio, non sospendendo ciò che si dava finora.

29. Diminuiti i fenomeni coreici, così pure i fenomeni toracici. La bambina è apiretica. Iniezione ipodermica di HgCl_2 .

30. Iniezione ipodermica di HgCl_2 . Questa mattina i fenomeni coreici sono accentuati; la bambina ha le gote arrossite. Tossisce ed emette una certa quantità di muco: il respiro è frequente; si nota la presenza di rantoli umidi a piccole bolle, posteriormente sull'area polmonare di sinistra in basso. La temperatura ieri sera era di 37°1. Stamani è di 37°. Oggi, nelle ore pomeridiane, continuano ad essere visibili i fenomeni coreici, specie del braccio destro. Si sentono rantoli a piccole bolle sull'area del polmone sinistro in basso; ipofonesi alla percussione posteriormente. La temperatura è salita a 38° a mezzogiorno: il polso dà 130 pulsazioni: il respiro 34.

Dicembre 1. Questa mattina la temperatura era di 37°: nella notte ha riposato un poco; però rigetta quello che le si dà a bere. A mezzogiorno la temperatura è salita a 38°. I fenomeni polmonari stazionari.

2. La bambina ha smaniato tutta la notte, persistono i fenomeni coreici: seguita a rigettare quello che inghiotte: la temperatura stamani è a 37°. L'inferma pare un po' sollevata, però la temperatura va aumentando e oggi alle 2 è a 38°3. I fenomeni polmonari sono stazionari, persistono i rantoli a piccole e medie bolle in basso e posteriormente. L'alito è di cattivissimo odore. Si disinfetta la bocca e si fa la frizione di olio di menta sul torace.

3-5. La bambina, riguardo agli organi respiratori, si mantiene pressoché nelle identiche condizioni degli altri giorni. I movimenti coreici sono frequenti. Durante la notte si è lamentata continuamente. L'alito è fetidissimo. Si somministra assa fetida e acqua di camomilla; marsala a cucchiaini.

6. Disinfezione ripetuta della bocca: l'inferma è molto abbattuta, sono scomparsi i fenomeni coreici, persistenti i fenomeni polmonari, si sente qualche rantolo tracheale. Si somministra nuovamente l'assa fetida ed il marsala. La temperatura nella giornata è andata crescendo, alle ore 20 il termometro segna 39°9.

7. Verso le ore 23 l'inferma è stata presa da affanno; il respiro si è fatto frequente ed aritmico; il polso 150. Alle ore 6 di stamani la bambina ha cessato di vivere.

*
*
*

Autopsia, eseguita 26 ore dopo la morte.

Diagnosi clinica. Sifilide ereditaria. Sifilide cerebrale. Sifilide degli organi emopoietici. Polmonite basilare.

Rigidità cadaverica conservata; lievi ipostasi cadaveriche alle natiche. Sulla cute delle natiche cicatrici per eruzioni cutanee di antica data.

Aperta la cavità toracica vi si trova lievissima quantità di materiale sieroso. Polmone sinistro con piccole aderenze pleuriche nella parte posteriore. Nella parte posteriore il polmone di entrambi i lati è pallido, quasi anemico, molle; nella parte anteriore duro, bruno rossastro, qua e là macchiato di chiazze di aspetto carnoso connettivale. Polmone destro con numerose aderenze pleuriche che si estendono anche in avanti. Nella cavità pericardica nessun versamento. Cuore, ventricoli ed orecchiette normali all'esterno. Valvole sigmoidee ed atrioventricolari normali.

Cavità addominale senza alcun versamento apparente. Intestina ripiene di gas e poche feci normali. Nell'esofago e nello stomaco, cibo liquido non digerito. Glandole linfatiche mesenteriche notevolmente cresciute di volume. Milza relativamente piccola e senza alte-

razioni apparenti. Fegato relativamente più grosso del normale, di colorito giallastro specialmente nel margine libero, di consistenza dura. Pancreas relativamente grosso e in istato normale. Cuscinetto adiposo perirenale quasi totalmente disparso. Rene sinistro: capsula piuttosto aderente e un po' difficile a distaccare; relativamente all'età dell'inferma, meno apparenti le lobature perirenali. Rene pallido al taglio, poco distinta la parte corticale dalla parte midollare. Il rene destro ha gli stessi caratteri esteriori ed interni. Glandole linfatiche pelviche cresciute di volume e in stato atrofico. Lobo inferiore e medio del polmone destro induriti, ispessiti e al taglio si presentano di un colorito rosso-brunastro: premuti, fanno uscire, dai grossi bronchi, una tenuissima quantità di materiale mucoido.

*
* *

Esame istologico del polmone della bambina M., di cui abbiamo riferita l'autopsia. — Il lobo inferiore del polmone sinistro, nel suo confine verso il lobo superiore, si presenta indurito quasi trasformato, in parte, in una massa carnosa come si è riferito in avanti. Questa parte di polmone debitamente indurita è stata, nei modi convenienti, ridotta in frammenti per ricerche microscopiche. E in questi, su sezioni eseguite al microtomo, larghe possibilmente, si son rilevate le seguenti particolarità:

Oltre che qua e là si vedevano delle piccole zone d'ispessimento del connettivo tra alveolo ed alveolo polmonare, si notava che in vicinanza dei vasi, in molti tratti si aveva un notevole accumolo di leucociti che circiniva tutto il vaso. Inoltre l'endotelio di molti alveoli era staccato e rigonfio. Ciò non nei tratti di polmone indurito e divenuto di aspetto quasi carnoso, come di carne connettivale, ma dove macroscopicamente non si rilevava alterazione di sorta.

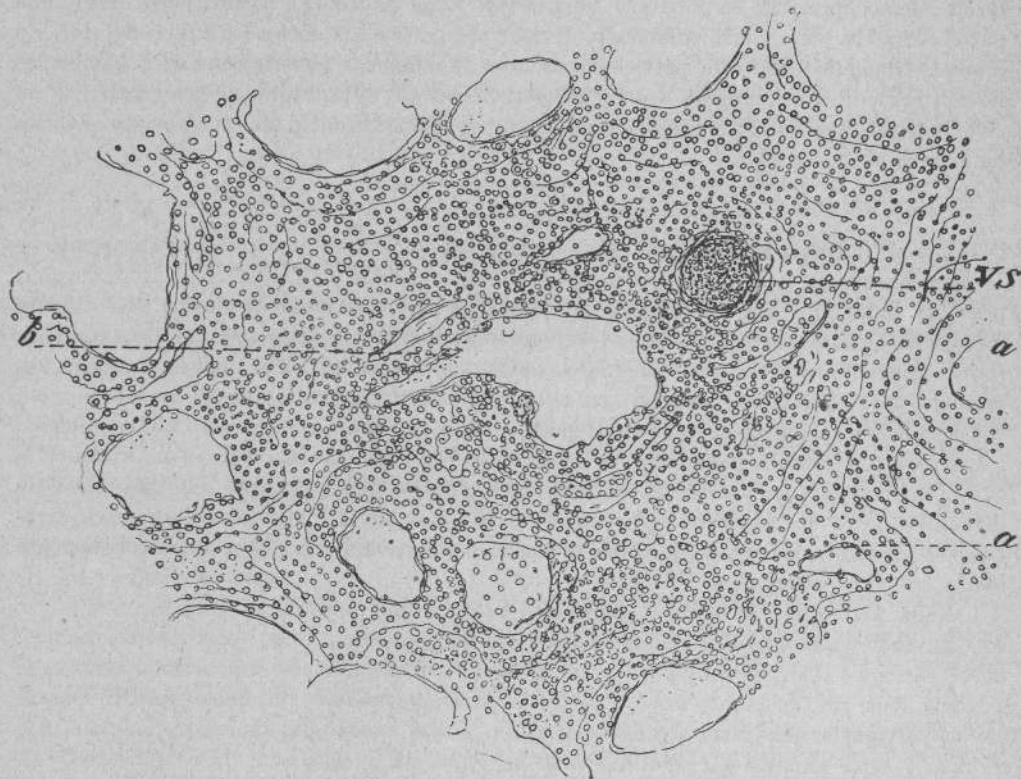
Nella parte, poi, indurita e carnosa si osservavano le seguenti particolarità:

Essendo stati eseguiti preparati tinti con picrocarminio, con ematossilina neutra, decolorazione con alcool acidificato in acido cloridrico, seconda colorazione con eosina ecc., si sono avuti dei preparati assai chiari, che facevano vedere, in quasi tutto il parenchima polmonale del tratto alterato nel modo che si è detto più sopra, un'ispessimento di tutti i setti connettivali interalveolari, in guisa da aver ridotti di volume assai gli alveoli istessi, o da averli fatti scomparire del tutto. Dove l'ispessimento era minore, colà questo ispessimento era costituito da un infiltrato, non molto denso, di cellule simili a leucociti, le quali si trovavano sparse in mezzo alle sottili maglie del connettivo interalveolare.

Questi setti erano ispessiti del doppio, del triplo del normale; cosicchè gli alveoli apparivano diminuiti ad una metà, un terzo del normale. Il rivestimento endoteliale di questi alveoli si presenta qua e là alterato: dove manca, dove è costituito da cellule alquanto rigonfie e granulose, in un solo strato, dov'è costituito da più strati, due o tre, disposti concentricamente.

Dove l'ispessimento dei setti è maggiore (fig. I, *a a*), o dove tutta l'alterazione è tale da aver mascherata la struttura alveolare dei polmoni; colà non si vede altro che un reperto istologico di un tessuto di granulazione. Cellule simili a leucociti, addensate e separate di rado da qualche filamento di fibra connettivale. Queste cellule, tutte eguali, tinte quasi nel solo nucleo, presentano in gran parte un residuo di protoplasma, granuloso, e nucleo ora intero, ora fragmentato, ora ridotto in una piccola sferula. In alcuni tratti il nucleo è il solo esponente visibile, e soventi assai piccolo. In mezzo, qua e là, si vede qualche po' di detrito addensato, da ricordare un piccolo agglomerato di cellule leucocitoidi degenerate e disfatte. Qualche raro vaso che si vede in mezzo a questo granuloma, è ripieno di emazie e di parecchi corpuscoli bianchi. La detta alterazione si riscontra cosparsa in gran parte della sezione superiore del lobo del polmone sinistro.

Nei tratti in cui la predetta alterazione è più intensa e più avanzata, colà si rileva che qualche elemento di nuova formazione ha una forma oblunga, fusiforme; ma essi son pochi e non si potrebbe dire con precisione se sia qualche endotelio connettivale restato in mezzo al tessuto lesa.



Sezione microscopica di un tratto di parenchima polmonale colorata con ematossilina allumi nosa neutralizzata.

- a) Tessuto di granulazione nei setti connettivali tra alveolo ed alveolo.
- b) Residui di alveoli polmonali compressi e ristretti.
- vs) Vaso sanguigno, circondato da un denso accumolo di leucociti.

Ingrandimento 2-3 Zeiss.

La parte istologica collima colla parte anatomica e clinica del caso; perchè riferma la diagnosi, e fa vedere, nella bambina ereditata la stessa minore resistenza nello stesso organo, così debilitato nella madre.

Nella madre (di cui qui non abbiamo riportata la storia clinica, e rimasta in clinica, per varie manifestazioni sifilitiche guarite poi colla cura mercuriale) un polmone suscettibile alle flogosi ed una localizzazione sifilitica di quest'organo, curata col mercurio e coll'ioduro di potassio: nel cadaverino della infelice bambina, polmonite interstiziale caratteristica sifilitica.

Queste predisposizioni ereditarie, anche in condizioni così differenti sono molto importanti a considerarsi. Dicerlo è degno della nostra osservazione il fatto che, tanto nella madre, che la contrae per contagio, come nella figlia, che la eredita, si ha una localizzazione dello stesso male nello stesso organo.

Letteratura.

Autori che ritennero esistere una tisi sifilitica:

- BAGLIVI, *Opera medica*, pag. 200 (*).
 LEFEBVRE DE SAINT-JULFONSE, *Collectanea Societatis medicae Havniensis*, tomo I.
 PLENK, *Tubercula venerea*.
 SIMPS, *Malattie epidemiche*, pag. 118 419.
 HUNTER.
 BAUMUS, *Phthisie pulmonaire*, tomo I, sez. 2.
 pag. 421.
 MORTON, *Opera medica*, pag. 406.
 HOFFMANN, *De lue venerea*, tomi III e IV.
 MORGAGNI, *De sedibus et causis morborum*.
 FABRE, *Traité des maladies récurientes*, 1773.
 SANTÉ BRANCA, *Trattato delle malattie sifilitiche*.
 ASTRUC, *De morbis venereis*.
 SCHRÖDER, *Tractatus medicus de pneumonite insque specibus*. Gottinga, 1779.
 G. FRAUX, *Trattato di patologia interna*.
 PETIT-RADEL, *Cours des maladies syphilitiques*, 1812.
 PORTAL, *Observations sur le traitement de la phthisie pulmonaire*.
 BÄUHLER, *Deutsch. Archiv klin. Med.*, vol. 3, 1872.
 BAYLE, *Recherches sur la phthisie pulmonaire*. (Non ammette la tisi sifilitica).
 LEMONNIER, *Thèse de Paris*.
 LAENNEC e ANDREAL non l'ammettono.
 VAN DER KOLK, *Obserr. anatomo-patolog.*
 DESRUELLES, *Traité des maladies vénériennes*, 1836.
 RICORD, *Clin. iconog.* tav. XXVIII e XXVIII bis.
 DITTRICH, *Prager Vierteljahrschrift*, 1850.
 VIDAL, *Cannstatt's Jahresbericht*, 1855.
 BAERENSprung, *Mittheil. aus d. Abth. und klin. f. syph. Krankheiten*.
 VIRCHOW, *La sifilide costituzionale*.

(*) Nel riportare una buona parte della letteratura della sifilide pulmonare, naturalmente noi abbiamo tenuto conto della evoluzione degli studi nei nuovi tempi, per intendere le idee degli autori che si sono occupati della complicità della sifilide pulmonale col processo tubercolare pulmonale; s'intende che per noi non è possibile vedervi altro rapporto che quello che dà la predisposizione individuale ad essere più suscettibile o meno alla invasione della tisi e degli altri processi patologici ereditati od acquisiti, della quale predisposizione speciale danno un esempio assai caratteristico le osservazioni da noi riferite.

BENTISTON DE CHATEAUNEUF, *De l'influence des certaines professions sur le développement de la phthisie pulmonaire*.

- BAZIN, *Leçon sur les syphilides*.
 FOURNIER, *De la phthisie syphilitique*. *Gaz. hebdom. de médecine et de chir.* Paris, 1875.
 CALOMIATTI V. F., *La sifilide nella produzione della tisi*. *Giornale it. delle malattie veneree e della pelle*, fasc. I, 1877.
 I. CLEMENS TOD, *Venereae phthisicae felix sanatio ope mercur. subl. corros.* *Societatis med. Havinaesis collectanea* 1774, 171.
 DE MEZA, *De phthisi gallica*. *Acta societatis med. Havinae*, 1779, 211.
 LONGROIS, *Sur la pulmonie*. Paris, 1783.
 ZADIG'S, *Behandlung und Heilung einer anfangenden Lungensucht, die Veneriphen Gift veranlasst wurde*. *Hufeland's Journ.* Jena, 1791, pag. 478.
 V. J. K. PROKSCH, *Zur Geschichte der Lungensucht*. *Wiener med. Blätter*, 1879.
 LAGUEAN, *Des maladies pulmonaires causées ou influencées par la syphilis*. Paris, 1851.
 GOODHARDY, *Note on fibroid changes in the lung and their relation to syph.* *British med. Journal*. London, 1877, II, Sept. 15.
 SACCHAJIN, *Ueber die syphilitische Pneumonie*. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1878, n. 3.
 LEHMANN, *Nyere Erfaringer og Underso gøtzer om Lungensyph.* *Bibl. for Laeger*. Kjöbenhavn, 1881.
 HILLER, *Ueber Lungensyphilis und syphilitische phthisis*. *Charité-Annalen*. Berlin, 1882-1884.
 W. H. PORTER, *Observations on phthisis and pneum. in their relation to syph.* *New York med. Journal*, 1885.
 SÄUGER, *Ueber die Beziehungen der Lungensyphilis zur Tuberculose*. Berlin, 1883.
 Inoltre studiarono la sifilide pulmonale e ne riferirono casi clinici i seguenti autori:
 GRANDIDIER, *Berliner klin. Wochenschr.*, 1875.
 ROLLETT, *Ueber Lungensyphilis*. *Wiener med. Presse*, 1875.
 L. PENTIMALLI, *La sifilide pulmonale*. *Movim. med.-chir.*, 1876-77.
 SCHNITZLER, *Sifilide pulmonale in rapporto con la tisi*. Vienna, 1879.
 GAMBERINI, *Riassunto in rari casi di sifilide*

polmonale. Gior. it. delle malattie veneree e della pelle, 1880.

DE RENZI. Rivista clinica e terapeutica, ottobre 1883.

G. CARLIER, *Etude sur la syphilis pulmonaire*. Paris, 1882.

POORE. The Lancet, gennaio 1880.

GAUTHIER. Un caso. Annales de derm. et syphil., 1881.

CUBE, *Eien Beitrag zur Lungensyphilis*. Annales de dermatologie, 1882.

ENGEL. Annales de dermatologie, 1883.

PANCITICUS. Ibidem, 1883.

POTAIN. Ibidem, 1885.

DIEULAFOY. Ibidem, 1890.

G. CASTELLANA, *Un caso*. Giorn. it. delle malattie veneree e della pelle. Palermo, 1890.

JULLIEN, *Diagnosi e trattamento della sifilide polmonale*. Union médicale, 1893.

CROcq. Un caso. Presse méd. belge, 1891.

LANCEREAUX. Annales de dermatologie et de syphilographie, 1891.

M. BARBE. Ibidem, 1892.

FEULARD. Ibidem, 1893.

JULLIEN. Ibidem, 1893.

MAFFUCCI, *Un caso di sifilide ereditaria infantile* (con tavola litografica).

NEUMAUN, *Syphilis*. Wien, 1896.

WILKS, *Lecture on syphilitic affections of internal organs*. Guy's Hosp. Report. London, 1863, Schmidt's Jahrbücher, 1864, CXXIII.

VERNEUIL, *Syphilitische Verengerung der Trachea und des linken Bronchus*. L'Union méd. Paris, 1866, pag. 462.

PONIKLO, *Fall von syphilitischer Narbenstenose der Trachea und des rechten Bronchus*. Przegląd lekarski. Krakowie, 1878.

VERLING, *Syphilis der Trachea und der Bronchien*. Deutsches Archiv für klin. med. 1878.

KELLY, *Syphilitic ulcer of the right bronchus opening in to the pulmonary*. Transact. of the

phatol. soc. of London 1872, XXIII, 45 u. Virchow-Hirsch' Jahresbericht, 1872, II, 150.

MUNK, *On the syphilitic diseases of the lung*. London, med. Gaz., 1842, vol. XXVIII, 218.

MAURIAC, *Syphilis dert. du poumon*. Gazz. des hôpitaux. Paris, 1888, pag. 414.

GERHARDT, *Ueber syphilitische Erkrankungen der Luftröhre*. Deutsches Archiv für klin. med., 1867, II, pag. 535.

CARLIER, *Etude sur la syphilis pulmonaire*. Paris, 1882.

BELIN, *Contribution à l'étude des gommes du poumon*. Paris, 1879.

PAWLINOFF, *Diagnose und Behandlung der Lungensyphilis*, ecc. Virchow's Archiv, 1879, pag. 162.

RAMDOHR, *Zur Casuistik der Lungensyphilis*. Archiv der Heilkunde, 1878.

G. SÉE et TALAMON, *Maladies spécifiques (non tuberculeuses) du poumon*. Paris, 1885.

JACQUIN. Thèse de Paris, 1884.

ROUBIEFF. Thèse de Paris, 1891.

HASLEND, *Syphilis du poumon*. Gaz. des hôpit., 1891, pag. 159.

RUBINO, *Contributo alla casuistica della sifilide polmonale*. Rivista clinica e terapeut., 1892.

DEPAUL, *Alterations spécifiques du poumon dans la syphilis congénitale*. Ann. des malad. de la peau, 1850; Gaz. méd. de Paris, 1851.

E. GAUCHER et DUBOUSQUET, *Syphilis héréditaire tardive avec phthisie syphilitique*. Revue de méd., 1884.

LINGUITI, *Intorno un caso di sifilide ereditaria tardiva del polmone*. GI' incurabili, 1890, pag. 23-23.

PARROT, *La syphilis héréditaire et les rachitis*, 1886.

CORNIL et RANVIER, *Manuel d'histologie pathologique*. Paris, 1884, vol. I.

P. OLIVARI, *Delle cellule eosinofile e neutrofile nella sifilide*. Clin. dermosif. di Roma, 1896.

