



Istituto Dermosifilopatico della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. Tommaso De Amicis

Misc. B-10-13

La Fibrolisina nella terapia di alcune affezioni cutanee e dei restringi- menti uretrali

PER IL

Dott. GIACOMO DEFINE

Assistente ordinario

Comunicazione letta all'Adunanza della Società Italiana di Dermatologia
e Sifilografia, tenutasi in Roma nel dicembre 1908

(Estratto dal Giorn. Intern. delle Scienze Mediche - Anno XXXI-1909)



NAPOLI
LIBRERIA DETKEN & ROCHOLL
Piazza Plebiscito - Palazzo Prefettura
1909

Istituto Dermosifilopatico della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. **Tommaso De Amicis**

La Fibrolisina nella terapia di alcune affezioni cutanee e dei restringi- menti uretrali

PER IL

Dott. GIACOMO DEFINE

Assistente ordinario

**Comunicazione letta all'Adunanza della Società Italiana di Dermatologia
e Sifilografia, tenutasi in Roma nel dicembre 1908**

(Estratto dal *Giorn. Intern. delle Scienze Mediche* - Anno XXXI-1909)



NAPOLI
LIBRERIA DETKEN & ROCHOLL
Piazza Plebiscito - Palazzo Prefettura
1909



Dalla combinazione della tiosinamina con il salicilato di sodio Mendel ottenne nel 1905 un sale doppio, che chiamò fibrolisina, il quale pur avendo in grado spiccato il potere di rammollire il tessuto cicatriziale non presentava gli inconvenienti addebitati alla tiosinamina (pochissima solubilità nell'acqua, grande dolorabilità delle iniezioni).

La tiosinamina (alliltiocarbamide, allilsolfurea) che rappresenta la base chimica della fibrolisina, fu ottenuta la prima volta da Dumas e Pelouze sottoponendo all'azione dell'ammoniaca l'essenza di senape; essa si presenta in cristalli prismatici, incolori e splendenti, di odore leggermente agiaccio, di sapore amaro e solubili bene nell'alcool e nell'etere, quasi affatto nell'acqua.

Fu usata da Hebra, per il primo, per iniezioni ipodermiche in soluzione alcoolica (10 al 20 per $\frac{9}{10}$) con buoni risultati nella cura del lupus, delle cicatrici postume di lupus, di causticazioni ecc., e anche in casi di tumori cronici glandulari; in questi i soddisfacenti effetti vennero spiegati dall'Hebra attribuendo alla tiosinamina un'azione ricostituente sull'intero organismo, simile a quella esercitata dall'iodo.

Unna, invece delle iniezioni, che riuscivano molto dolorose, usò una medicatura locale con sapone alla tiosinamina (gr. 0,50 a 2 gr. di tiosinamina su 10 gr. di sapone grasso di potassa) e con sparadrapo alla tiosinamina (gr. 10, 20, 30 di tiosinamina per m.²), ottenendo risultati migliori.

Juliusberg trattò un caso di sclerodermia, con ottimo risultato, con iniezioni di una soluzione idro-glicerica di tiosinamina, che avevano il vantaggio di non produrre molto dolore.

Hanè e Remete usarono le iniezioni di tiosinamina nella cura dei restringimenti uretrali; Halinczuch e Latzko nei processi cicatriziali consecutivi a parametriti, salpingiti e tumori degli annessi uterini; Luker nei leucomi corneali, Celeky nelle stenosi esofagee, Schneider, Friedlander, Halasz nelle stenosi piloriche, Riese, Mellin nelle cicatrici da scottature, Sugar nei catarri cronici dell'orecchio medio, Hirschland nelle stenosi delle trombe di Eustachio, nell'ispessimento della membrana del timpano, Kassel in processi cicatriziali dell'orecchio medio e Fischmacher nella malattia del Dupuytren.

Però non tutti gli sperimentatori si sono mostrati entusiasti; chè invero ci è un numero non indifferente di giudizi addirittura demolitori del decantato valore terapeutico della tiosinamina. Infatti Doevenspeck l'ha trovato inefficace nelle forme cicatriziali degli organi genitali muliebri, Lexer nelle contratture della malattia del Dupuytren l'ha trovata di azione non duratura, Marzitelli non ha avuto alcun vantaggio in un caso di stenosi pilorica, in due di stenosi esofagea, in uno di leucoma, in uno di malattia del Dupuytren, Offegeld più che alla tiosinamina attribuisce ai metodi conservatori i successi ottenuti nelle cure delle affezioni infiammatorie del peritoneo, degli annessi e del parametrio, e Mankieviez ha ottenuto nei restringimenti uretrali un'azione poco efficace.

Appena quindi Mendel portò a conoscenza del mondo scientifico gli ottimi risultati ottenuti in vari processi cicatriziali (cicatrici da scottature parametriti, neuriti ecc.) con un nuovo preparato a base di tiosinamina, si riaccese l'entusiasmo che in verità si era intiepidito, e per i giudizi contraddittori sulla tiosinamina, e per le difficoltà che si riscontravano nel suo uso ipodermico, a causa del dolore abbastanza forte che produceva.

E ben presto molti lavori sono comparsi in breve tempo.

Dall'uso delle iniezioni intra-venose di fibrolisina Frank ha ottenuto buoni risultati in 12 casi di restringimenti uretrali, in

un caso di ispessimento doloroso del tendine di Achille, in altri due di affezioni pure dolorose dei tendini e della sostanza connettivale delle ossa del tarso e in un altro di dilatazione infundibolare della vescica.

Weisselberg e Michaelis hanno comunicati gli esiti favorevoli di stenosi esofagee sottoposte a tale metodo curativo. Von Planta ha usato con successo la fibrolisina in casi di cicatrici da scottature, e così pure Emmerich in un caso di una cicatrice formatasi fra stomaco e intestino per trauma, Bruno in cheratiti e coroiditi essudative, Auverny in un caso di artrite fibrosa e anchilosi delle due articolazioni dei ginocchi e della coxo-femorale destra, Costa in un caso di vasta cicatrice da scottatura che aveva prodotto aderenza del braccio destro con il tronco, ottenendo il rammollimento del tessuto cicatriziale e così la facilitazione dell'atto operativo, che altrimenti sarebbe riuscito molto arduo a causa delle innumerevoli briglie fibrose formatesi, Schourp e Lang nei restringimenti uretrali. Vogelsanger in casi di cordoni cicatriziali del tessuto cellulare pelvico consecutivi a parametriti acute pregresse, a parametriti atrofizzanti e a lacerazioni profonde della cervice, ha ottenuto in circa la metà risultati completi, mentre negli altri il solo rammollimento e non la scomparsa del tessuto cicatriziale per ottenere la quale dovette ricorrere al massaggio. Ancora buoni risultati sono stati comunicati da Groskurth in casi di miositi ossificanti, da Murray, da Steuart nella malattia del Dupuytren e nelle stenosi piloriche, da Plesch e da Hagenback-Burchhardt nelle stenosi esofagee, da Gara nelle anchilosi delle articolazioni, da Hirschand in varie affezioni otologiche e rinologiche, da Krusinger nelle pneumoniti erupali, da Becker, da Sugar ecc.

Accanto alle ricerche di quelli che mi hanno preceduto, ho creduto di aggiungere il mio modesto contributo sperimentale in ciò spinto dalla considerazione che non sono mai superflui gli esperimenti, specie quando si tratti di un medicamento nuovo e di un medicamento che troppi entusiasmi accenda.

Ho studiato quindi, per incarico del Prof. De Amicis nell'Istituto Dermo-sifilopatico da lui diretto, l'azione della fibrolisina Merck nei seguenti casi clinici: 1 caso di sclerodermia generaliz-

zata, 1 di sclerosi fibroide dei corpi cavernosi dell'asta, 1 di elephantiasi dello scroto e dell'asta e 10 di restringimenti uretrali: questi ultimi veramente sono stati in numero maggiore; ma non li riferisco tutti perchè non li ho potuto seguire sino alla fine, alcuni malati non essendosi fatti più rivedere all'ambulatorio, appena ottenuto un po' di miglioramento.

CASI CLINICI.

I Caso. — S. N. di anni 28 da Nola, maritata.

Viene a consultare il Prof. De Amicis, nell'Ambulatorio annesso alla Clinica Dermosifilopatica il 28 maggio 1908.

Storia Clinica. — Dall'anamnesi si rileva che l'inferma, per il suo carattere eminentemente neuro-patico, è andata soggetta spesso a forti patemi di animo. Circa un anno fa, ebbe a provare un grandissimo spavento per aver assistito ad un violentissimo alterco fra due suoi congiunti: in seguito a questa emozione ebbe per parecchi giorni una febbre fortissima e la mestruazione, che le era stata sempre regolare sino allora, le cessò bruscamente per ricomparire regolarmente dopo quattro mesi di interruzione. Circa due mesi dopo, senza che ci fosse stata qualche causa determinante apprezzabile, essa si accorse un giorno che i polpastrelli delle dita delle mani erano divenuti gonfi, dolenti e di colorito rossastro e, pochi giorni dopo, che anche il dorso delle dita e delle mani aveva assunto gli stessi caratteri: inoltre, insieme a questi disturbi, avvertiva un senso di freddo nelle parti malate e come un senso di stiramento della cute nei movimenti delle dita. Dopo qualche mese cominciò ad avvertire in corrispondenza delle regioni radio-carpiiche, malleolari, sacro-iliache, dei gomiti, delle spalle e dei ginocchi dolori che erano un po' più intensi la notte: contemporaneamente notò che la cute di dette regioni, come anche quella dei pomelli, si era fatta più spessa e di colorito brunoastro.

Lo stato generale di nutrizione andò decadendo. Mai ebbe febbre.

Visitata finalmente da un medico questi, poichè l'inferma sei anni fa era stata contagiata dal marito di due ulcere ai genitali esterni (che guarirono in pochi giorni e che non furono seguite da eruzioni cutanee nè da disturbi di ordine generale) sospettò la sifilide e le praticò 10 iniezioni di sublimato corrosivo, non ottenendone però alcun vantaggio; quindi le praticò una quarantina di iniezioni di iodipina, in seguito alle quali si calmarono un poco i dolori; gli altri disturbi non si modi-

ficarono affatto chè anzi, appena finita la cura, si aggravarono notevolmente.

Stato attuale. — Denutrizione profonda e astenia così accentuata da non permettere all'inferma di reggersi a lungo in piedi.

L'affezione è distribuita simmetricamente sulle due metà del corpo, di cui occupa il volto e le superfici estensorie (spalle, gomiti, regioni sacro-iliache, collo del piede). La cute di dette regioni si presenta di colorito brunastro, ispessita, aderente ai tessuti sottostanti di modo che non si può sollevarla in pliche; le pieghe naturali sono scomparse. Il volto ha acquistato l'aspetto caratteristico della — facies sclerodermica — i movimenti della mimica sono quasi aboliti. La deformazione è più accentuata alle mani: irrigidite le articolazioni radio-carpiche, carpiche, carpo-metacarpee e metacarpo falangee, le dita flesse sulla palma delle mani; sono possibili solo i movimenti di maggiore flessione delle ultime falangi.

Fatta diagnosi di sclerodermia generalizzata crediamo di tentare, insieme ad una cura tonico-ricostituente e al massaggio della cute malata, il trattamento ipodermico della fibrolisina, incoraggiati in ciò dagli ottimi risultati ottenuti dallo Juliusberg in tale malattia con la tiosinamina. Pratico quindi, per incarico del Prof. De Amicis, le iniezioni ipodermiche di fibrolisina, ciascuna di 2,3 c.c., nelle spalle, in giorni alterni: esse sono ben tollerate dall'inferma e non producono localmente alcun gonfiore o rossore. Dopo una quindicina si notano leggere modificazioni: la cute delle spalle, dei gomiti, delle mani e della regione radio-carpica sinistra è divenuta più morbida, lo stato generale sembra migliorare e l'inferma può restare un po' di più nella stazione eretta; però tale miglioria si arresta sul nascere e nonostante continui a praticare le iniezioni (di cui ne fo 30 in tutto) lo stato dell'inferma peggiora notevolmente; riteniamo quindi inutile insistere con tale cura.

II Caso. — C. F. di anni 48, da Reggio Calabria. Viene all'ambulatorio il 12 giugno 1908.

All'esame obiettivo del pene, si rilevano in corrispondenza della sua superficie, al di dietro del ghiande, due chiazze sclerotiche che fanno corpo con il tessuto cavernoso ricoverte da cute integra e perfettamente stabile su di esse, della lunghezza di due cent., dello spessore di un mezzo centimetro, a margini netti e regolari ed estese quasi egualmente da ciascun lato della linea mediana; e più in alto verso la radice dell'asta altre due indurazioni lunghe due cent. e mezzo e con gli identici caratteri.

La palpazione non produce sensazioni dolorose. Nell'erezione l'asta s'incurva verso l'alto, rendendo così il coito impossibile.

Niente di anormale si riscontra all'esame del corpo cavernoso dell'uretra.

All'esame dell'urina si rileva glucosio in quantità di 40 g. per litro e albumina $\frac{1}{2}$ ‰; assenza di cilindri (diabete mellito).

In questo caso, diagnosticato sclerosi fibroide dei corpi cavernosi, il Prof. De Amicis m'incarica di sperimentare la cura della fibrolisina.

Insieme alla cura generale per il diabete, pratico delle iniezioni parenchimali nelle regioni glutee, prima in giorni alterni e poi ogni giorno, nel numero complessivo di 30. Non si ottiene alcuna miglioria della lesione.

III Caso. — T. R. fu Giovanni di anni 45 da Monteforte Irpino (Avellino), pescivendolo. Viene ricevuto in Clinica il 18 febbraio 1907.

È affetto di elefantiasi molto sviluppata, iniziata quattro anni fa, dello scroto e dell'asta. Lo scroto è infatti aumentato enormemente di volume ed ha un impianto sul pube della lunghezza di 20 cm. ed una lunghezza di 24 cm. con la massima circonferenza di 46 cm.

L'asta poi si presenta sotto l'aspetto di una massa informe lunga 20 cm. e con una circonferenza di 20 cm. Per scovrire l'orifizio prepuziale e osservare il ghiande, bisogna non solo sollevare questa massa carnosa ma spostarla verso destra; e tra solchi profondi e pieghe si riesce finalmente a vedere il ghiande che sembra di volume e aspetto normale. Identico procedimento deve seguire l'infermo quando vuol urinare.

Per l'elefantiasi dell'asta s'interviene chirurgicamente, escidendo buona porzione della massa: Guarigione per prima.

Per l'elefantiasi dello scroto, si tenta la cura con le iniezioni di fibrolisina, che vengono praticate, nelle regioni glutee, ogni giorno in numero di 22.

Non avendo ottenuto nessuna modificazione nella massa elefantistica, credo inutile insistere con tale trattamento.

IV Caso. — S. P. di Vincenzo di anni 31 da Torre del Greco (Napoli) corallaio.

Viene all'Ambulatorio il 21 febbraio 1908.

Storia Clinica. — Quattro anni fa ha avuto un'uretrite blenorragica non complicata; ha fatto varie cure (trattamento interno con capsule di sandalo e iniezioni locali di soluzioni di permanganato di potassio, di

solfato di zinco ecc.) ma in maniera molto irregolare: non si è guarito completamente, residuando la goccetta e una certa dolentia dell'uretra nella minzione. Da due anni inoltre non può urinare più liberamente.

Esame dell'uretra. — Facendo pressione con le dita sull'uretra, dal bulbo verso il meato uretrale, si riesce a far uscire da questa una goccia di secrezione biancastra opalina. L'urina dell'infermo raccolta in due bicchieri è chiara; nel 1° si notano dei filamenti. Si riesce a stento a introdurre la candeletta n.° 6 della filiera francese, notando delle callosità in corrispondenza dell'uretra bulbare e membranosa.

Fatta diagnosi di uretrite blenorragia cronica e restringimento uretrale bulbo membranoso, comincio le iniezioni parenchimali di fibrolisina, nelle regioni glutee, in giorni alterni. Esse non producono dolore nè alcuna irritazione locale. L'infermo avverte in bocca dopo pochi minuti dall'iniezione un sapore leggermente agliaceo, che scompare dopo un quarto di ora a venti minuti.

L'urinazione diventa più libera già dopo le prime iniezioni. Dopo 10 iniezioni pratico il 1° passaggio delle candelette: riesco ad introdurre liberamente il n. 9 (cominciando dal 6); voglio ancora un po' forzare l'uretra, ma incontro difficoltà e provo un po' di emorragia. Dopo altre 9 passo il n. 13; dopo altre sei il n. 19 e dopo altre cinque il n. 24.

In tutto 30 iniezioni.

Alla fine della cura le condizioni generali dell'infermo sono migliorate.

V Caso. — C. G. di Luigi di anni 25 da Napoli, pittore.

Viene all'Ambulatorio il 20 marzo 1908.

Storia Clinica. — Nell'anamnesi v'è un'uretrite blenorragica contratta quattro anni fa e delle ulcere semplici contagiose sofferte tre anni fa al ghiande e al meato uretrale e che, guarendosi, gli hanno residuato una cicatrice all'orificio dell'uretra.

Infatti all'esame obiettivo si rileva, in corrispondenza del meato uretrale, una cicatrice dura, circolare che restringe l'orificio, estrinsecandosi sino alla metà anteriore del ghiande. A stento si può introdurre la candeletta n.° 6.

Diagnosi. — Restringimento cicatriziale del meato uretrale.

Come cura, in principio si prescrive la dilatazione con la laminaria; ma non ottenendosi vantaggi soddisfacenti si pratica la cura della fibrolisina. Vengono fatte le iniezioni parenchimali nelle regioni glutee ogni due giorni. Esse sono ben tollerate e danno anche a quest'infermo l'identica sensazione gustativa provata dal precedente.

Dopo 10 iniezioni, cominciando dal n. 6, arrivo sino al n. 9; noto però un punto ristretto verso il bulbo (restring. uret. bulbare). La cicatrice si è fatta un pò morbida. Dopo altre 10, introduco il n.° 12; dopo altre 5 il n.° 19; dopo altre 5 il n.° 22.

La cicatrice si è completamente rammollita. Non riesco ad ottenere una maggiore dilatazione. In tutto 35 iniezioni.

Anche in quest' infermo si avvantaggiano le condizioni generali.

Rivedo l'infermo dopo due mesi: persiste la guarigione.

VI Caso. — B. L. fu Tranquillo di anni 64 da Orio di Chiari (Brescia), pensionato (guardiano notturno delle Ferrovie). Viene all' Ambulatorio il 3 febbraio 1908.

Storia clinica. — Ha sofferto 15 anni fa blenorragia uretrale, che in seguito si è riacutizzata molte volte. Ha fatto delle cure irregolari.

Da dieci anni avverte difficoltà nell'urinazione; si è sottoposto per parecchie volte alla cura delle candelette, non raggiungendo mai una dilatazione completa; da un sei anni inoltre avverte frequenza nell'urinazione e bruciori nell'uretra. L'urina dell'infermo raccolta in due bicchieri è torbidissima in tutti e due, inoltre al fondo dei recipienti si depositano dei filamenti muco-purulenti. S' introduce nell'uretra la candeletta n.° 6, notandosi dei punti ristretti callosi al bulbo e alla porzione cavernosa dell'uretra.

Fatta diagnosi di restringimento uretrale bulbo-cavernoso e cistite cronica, comincio subito a praticare le iniezioni parenchimali di fibrolisina, che sono ben tollerate.

Dopo 10 iniezioni riesco a stento ad arrivare al n.° 8; si notano ancora induriti i punti ristretti dell'uretra; l'uretra sanguina facilmente; dopo altre 10, al n.° 12, dopo altre 10 al n. 15; si verifica sempre la tendenza dell'uretra all'emorragia. Sospendo per un mese la cura; dopo questo tempo, senza che l'infermo abbia usato le candelette, si è conservata la dilatazione già ottenuta. Gli faccio altre sei iniezioni, dopo le quali riesco ad introdurre nell'uretra il n.° 18. L'infermo si dichiara contento e non vuole più oltre continuare il trattamento. In tutto 36 iniezioni. Le sue condizioni generali sono migliorate. Nonostante abbia preso internamente perle di trementina, salolo, *elmitolo*, urotropina, non si è molto modificato il catarro vescicale: gli consigliamo la medicazione topica della vescica.

VII Caso — Der. G. di Pietro di anni 24 da Napoli. Eletttricista. Celibe. Viene all' Ambulatorio il 4 febbraio 1908.

Storia clinica. — Si è contagiato di blenorragia uretrale una prima volta sei anni fa: si guarì completamente. Dopo due anni ha avuto la stessa forma, della quale però nonostante le varie cure non si è potuto liberare completamente.

Da due anni e mezzo la minzione si compie con una certa difficoltà. Si è fatto praticare, in vari periodi, il passaggio delle candelette, non superando mai il n.° 15 a causa della sua grande impressionabilità, essendo l'infermo di carattere eminentemente neurastenico.

All'esame dell'uretra, si notano umettate le labbra di essa. L'urina, raccolta nei bicchieri, è chiara e contiene dei filamenti solo nel primo bicchiere. Si può introdurre nell'uretra il n.° 13 della filiera francese: in corrispondenza della porzione cavernosa e della bulbo-membranosa si notano dei punti ristretti.

Diagnosticato questo caso come uretrite cronica, restringimento uretrale della porzione cavernosa e bulbo-membranosa, pratico le iniezioni di fibrolisina, in giorni alterni ottenendo il seguente risultato: dopo 10 la dilatazione corrispondente al n.° 18, dopo altre 8 quella corrispondente al n.° 21 e dopo altre 7 quella corrispondente al n.° 24.

In tutto 25 iniezioni che vengono ben sopportate e producono la solita sensazione gustativa.

Rivedo dopo due mesi l'infermo: perdura la guarigione.

VIII Caso. — E. C. di Luigi di anni 28 da Napoli, meccanico, celibe. Viene alla consultazione dell'Ambulatorio il 27 luglio 1908.

Storia clinica. — Tre anni fa si è contagiato di blenorragia uretrale, di cui guarì dopo cinque mesi di cure. Si è ricontagiato due anni fa; ha fatto uso di molte iniezioni astringenti a base di sali di zinco; è residua la gocciola. Da un anno avverte anche difficoltà nell'urinazione.

Non si è fatto fare mai la dilatazione uretrale. L'infermo è anche sifilitico dall'età di 19 anni.

All'esame dell'uretra, si riesce a far venire fuori dal meato uretrale un po' di secrezione biancastra.

L'urina è chiara e contiene dei filamenti solo nel 1° bicchiere. Si può introdurre nell'uretra la candeletta n.° 11 — la porzione cavernosa e la bulbare presentano dei punti ristretti.

Fatta diagnosi di uretrite cronica, restringimento uretrale bulbo-cavernoso; gli pratico le iniezioni di fibrolisina, che sono ben tollerate e gli danno la solita sensazione gustativa.

Dopo 10 iniezioni, fatte in giorni alterni, arrivo al n.° 17, dopo altre 10 al n.° 21 e dopo altre cinque al n.° 24. In tutto 25 iniezioni.

IX Caso. — S. P. fu Nicola di anni 36 da Napoli, operaio, celibe. Si presenta all' Ambulatorio il 28 agosto 1908.

Storia clinica. — A 16 anni si è contagiato di blenorragia, per la quale ha fatto varie cure (iniezioni astringenti specialmente). A 21 anni, è stato operato di uretrotomia interna. E' stato così bene sino a sei anni fa, epoca nella quale ha cominciato di nuovo ad avvertire difficoltà nell'urinazione. Si è fatto fare quindi la dilatazione graduale con le candelette. Da qualche anno ora soffre gli stessi disturbi.

Si riesce ad introdurre nell'uretra appena la candeletta n. 6; l'uretra presenta dei punti ristretti in corrispondenza della porzione cavernosa e della bulbare.

Vien fatta diagnosi di restringimento uretrale bulbo-cavernoso.

Con le iniezioni di fibrolisina, praticate in giorni alterni, ottengo i seguenti risultati: dopo 5 la dilatazione corrispondente al n. 11, dopo altre 5 al n.° 15, dopo altre 5 al n.° 20 e dopo altre 5 al n.° 24.

Le condizioni generali migliorano. Complessivamente 20 iniezioni che sono anche ben tollerate e che danno la solita sensazione gustativa.

X Caso. — B. L. fu Pietro di anni 61 da Vasto (Chieti) portinaio.

Viene all' Ambulatorio il 31 agosto 1908.

Storia clinica. — A 16 anni si contagiò di uretrite blenorragica, della quale si guarì con l'uso interno del balsamo copaive. A 20 anni si ricontagiò; prese internamente il balsamo copaive e fece delle iniezioni astringenti: non si guarì del tutto. Dopo qualche anno cominciò ad avvertire difficoltà nell'urinazione; si fece fare parecchie volte e in diversi periodi la dilatazione con le candelette. Sei anni fa fu operato di uretrotomia esterna, si guarì. Da tre anni l'urinazione non è più libera. Inoltre ha voglia frequente di urinare.

L'urina è torbidissima e di odore ammoniacale. A stento si può introdurre nell'uretra la minugia filiforme: si notano molti punti ristretti callosi nella porzione cavernosa, bulbare e specialmente nella membranosa. All'esame, per la via del retto, della prostata, questa si presenta aumentata di volume.

Fatta diagnosi di cistite-cronica, prostatite cronica e restringimento uretrale — faccio le iniezioni di fibrolisina prima in giorni alterni e poi ogni giorno. L'infermo le tollera bene e non avverte alcun senso gustativo in bocca.

Dopo dieci iniezioni riesco ad introdurre la candeletta n.° 8; noto due false strade in corrispondenza del bulbo dell'uretra.

Dopo altre 5 introduco il n.° 10; dopo altre 5 il n.° 14, dopo altre 10 il n.° 19 e dopo altre sei il n.° 24.

In tutto 36 iniezioni. Anche le condizioni generali dell'infermo migliorano. La cistite, con l'uso di perle di trementina, di salolo, di uropina e di elmitolo, non si è affatto modificata; così pure la prostatite. Gli consigliamo la medicazione topica vescicale.

XI Caso. — U. C. di Luigi di anni 29 da Napoli, commesso. Celibe. Viene all'Ambulatorio il 25 ottobre 1908.

Storia clinica. — All'età di 19 anni si è contagiato di blenorragia uretrale, della quale non guarì completamente.

In seguito ha avuto recidive dello stesso processo altre tre o quattro volte. Da tre anni non può urinare liberamente.

S'introduce nell'uretra la candeletta n.° 12, rilevandosi dei punti ristretti alla porzione bulbare e membranosa dell'uretra.

Fatta quindi diagnosi di restringimento uretrale comincio la cura con la fibrolisina, facendo ogni giorno le iniezioni. Dopo cinque introduco il n.° 16; dopo altre cinque il n.° 21 e dopo altre cinque il n.° 24.

In tutto 15 iniezioni. L'infermo non ha avvertito mai alcun senso gustativo.

XII Caso. — O. C. di anni 42 da Lattarico (Cosenza), calzolaio, ammogliato.

Viene all'Ambulatorio il 12 novembre 1908.

Storia clinica. — All'età di 22 anni si contagiò di uretrite blenorragica della quale non si guarì completamente, nonostante avesse fatto varie cure (balsamici, iniezioni astringenti); a 27 anni si ricontagiò, e; dopo un'iniezione endo-uretrale di una soluzione di permanganato di potassio 1:100, ebbe a soffrire un'inflammatione rilevante dell'uretra che durò per parecchi giorni; residuò così un restringimento uretrale del quale si guarì mercè la cura dilatatrice con le candelette e con le sonde del Beniqué.

Da un quattro anni a questa parte ha cominciato di nuovo ad avvertire una difficoltà nell'urinazione; inoltre da più di un anno soffre anche di frequenza nell'urinazione e dei dolori alla regione lombare e perineale. L'urina dell'infermo è torbidissima e di odore ammoniacale. Molto muco-pus si raccoglie nel fondo del recipiente. La prostata, all'esame per la via del retto, si presenta un po' ingrossata. S'introduce nell'uretra a stento la candeletta n.° 7; si notano punti ristretti e callosi nell'uretra

bulbare e cavernosa. Si fa diagnosi di restringimento uretrale, cistite cronica e prostatite.

Gli pratico le iniezioni parenchimali di fibrolisina ogni giorno in numero di 15: esse vengono ben tollerate; non producono alcun senso gustativo.

Dilatazione uretrale ottenuta dopo 5 iniezioni n.° 15.

» » » dopo altre 5 » 21.

» » » dopo altre 5 » 24.

Persiste la cistite e la prostatite.

XIII Caso. — Did. F. di anni 43 da Aversa, infermiere.

Storia clinica. — A 20 anni si è contagiato di blenorragia uretrale della quale non si guarì completamente; in seguito si è ricontagiato per altre tre volte e l'ultima circa due anni fa. Da un anno avverte difficoltà nell'urinazione.

Introduciamo nell'uretra a stento la candeletta n.° 8, notando dei punti ristretti al bulbo e alla porzione membranosa dell'uretra.

L'urina dell'infermo, raccolta in due bicchieri, è chiara e contiene dei filamenti solo nel 1°.

Fatta diagnosi di uretrite cronica e restringimento uretrale bulbo membranoso, pratico all'infermo quotidianamente, nel numero complessivo di 15, le iniezioni di fibrolisina, che sono ben tollerate e producono all'infermo la sensazione gustativa caratteristica.

Otengo i seguenti risultati:

Dopo 5 iniezioni una dilatazione uretrale corrispondente al n. 15, dopo altre 5 al n. 19 e dopo altre 5 al n. 24.

XIV Caso (1). — C. C. fu Antonio, di anni 56 da Napoli, Cantiniere.

Viene all'Ambulatorio a consultare il Prof. De Amicis, l'11[1]2[1]1908.

Storia Clinica. — All'età di 17 anni si contagiò di uretrite blenorragica, che si complicò con orchite bilaterale: in seguito a cure opportune si guarì nello spazio di qualche mese.

A 22 anni, si ricontagiò di blenorragia uretrale: praticò varie cure (balsamici internamente e iniezioni endo-uretrali di sostanze astringenti) ma molto irregolarmente: residuò la gocciola e sopravvenne dopo un

(1) Alle precedenti osservazioni cliniche ne aggiungo ora questa e le due ultime, che sono state fatte da me dopo la presentazione del presente lavoro al Congresso.

quattro anni restringimento uretrale. Da allora si è fatto fare parecchie volte la dilatazione dell'uretra, mediante le candelette.

Da qualche anno ha sospeso tale trattamento.

Diagnosi. — Restringimento uretrale bulbo-membranoso: non si riesce ad introdurre nell'uretra la minugia.

Vengo incaricato, dal Prof. De Amicis, di sottoporre l'infermo alla cura della fibrolisina. Con venti iniezioni parenchimali di fibrolisina, praticate quasi ogni giorno, ottengo in quattro sedute una dilatazione uretrale corrispondente al N. 24 della filiera francese.

XV Caso. — P. P. di Michele di anni 28 da Torre Annunziata, Calzolaio. Viene all'Ambulatorio l'11 dicembre 1908.

Storia Clinica. — Si è contagiato di blenorragia uretrale all'età di 22 anni: ha fatto molte iniezioni endo-uretrali a base di sali di zinco: da due anni avverte difficoltà nella minzione.

Diagnosi. — Restringimento uretrale bulbo-cavernoso (N. 10 della filiera francese).

Pratico a quest'infermo le iniezioni parenchimali di fibrolisina, nel numero complessivo di quindici, ottenendo in tre sedute una dilatazione uretrale corrispondente al N. 23 della filiera francese.

XVI Caso. — G. G. fu Luigi di anni 44 da Napoli, Cameriere.

Si presenta all'Ambulatorio il 15 gennaio 1909.

Storia Clinica. — A 14 anni si contagiò di uretrite blenorragica, della quale guarì dopo tre anni ed in seguito ad iniezioni endo-uretrali di un sale di zinco; dopo qualche anno cominciò ad avvertire difficoltà nell'urinazione. Si fece praticare la dilatazione dell'uretra, mediante le candelette: ha fatto, da allora, varie volte e in vari periodi tale cura.

Da due anni ha sospeso ogni trattamento.

Diagnosi. — Restringimento uretrale della porzione balanica e bulbo-membranosa dell'uretra: si riesce a stento ad introdurre la candeletta N. 10. In seguito a diciotto iniezioni di fibrolisina, che vengono praticate quotidianamente, ottengo in tre sedute una dilatazione dell'uretra corrispondente al N. 24 della filiera francese.

RIASSUNTO

Come si rileva quindi da questi sperimenti, il risultato terapeutico è stato negativo nei casi di sclerodermia generalizzata, di sclerosi fibroide dei corpi cavernosi e di elefantiasi dello scroto;

però essendo stato, per ciascuna di queste forme morbose, uno solo il caso sottoposto alla cura della fibrolisina non posso in verità, con elementi così insufficienti, permettermi di dare un giudizio più o meno esatto sul valore terapeutico del medicamento in esame.

Invece nei vari casi di restringimenti uretrali, la fibrolisina ha risposto bene al suo compito, dimostrandosi specialmente efficace nelle forme gravi.

Nella tecnica delle iniezioni ho preferito il metodo ipodermico o inframuscolare a quello intravenoso perchè, a parte la sua grande semplicità, dà lo stesso buon risultato.

Dette iniezioni, di cui ciascuna della capacità di 2,3 cm. corrispondente a 0,20 di tiosinamina, vengono fatte preferibilmente ogni giorno; esse non producono alcun dolore locale o altri fenomeni irritativi in genere; anzi in alcuni individui defedati (Casi IV, V, VI, IX, X) agiscono come un ottimo ricostituente, (fatto già notato da Hebra nell'uso della tiosinamina).

La sensazione gustativa leggermente agliacea e un po' dolciastra, che compare un quindici minuti dopo l'iniezione in alcuni infermi (in quelli cioè dotati di un senso gustativo abbastanza sviluppato) dura in media un venti minuti e non riesce affatto sgradevole; tale fenomeno è stato dimostrato dal Mendel e dal d'Essen come dipendente dalla formazione e consecutiva eliminazione, insieme con l'aria espirata, del solfito etilico.

CONCLUSIONE.

Credo quindi che la fibrolisina, usata in condizioni opportune, possa dare nella terapia dei restringimenti uretrali buoni risultati. La sua specifica azione di rammollire il tessuto cicatriziale la rende infatti un prezioso sussidio degli altri metodi comuni di cura dei restringimenti uretrali, specie quando vi siano delle callosità dell'uretra e quando si tratti di individui dotati di grandissima sensibilità, poichè essa può supplire completamente l'intervento operativo e attenuare di molto le sofferenze prodotte con la dilatazione dell'uretra, mediante le candelette.

*
* *

Vadano i sensi della mia devotissima riconoscenza all'illustre e venerato mio maestro Prof. Tommaso De Amicis, che mi ha guidato efficacemente e amorevolmente in questo studio sperimentale.

LETTERATURA SULLA FIBROLISINA.

- Tedeschi*. — Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche 1905, n. 145.
Doewenpeck. W. — Therap. d. Gegenw, 1905.
Mendel F. — Therap. Monatsh, 1905.
» » — Therap. d. Gegenw, 1905.
» » — Berliner Klinik 1907.
Planta A. — Corresp. Bl. f. Schweiz Aerzte, 1906 n. 18.
Plesch J — Wein. Klin therap. Wochenschr 1906 n. 16.
Salfeld B. — Therap. Monatsh. 1906.
Schourp. — Therap. Monatsh 1906.
Teschemecher. — Therap. Monatsh 1906.
Facisch L. — Münch med. Wochschr. 1906 n. 41.
Weisselberg. » » Wochenschr 1906 n. 33.
Fogelsanger — Corresp. Bl. f. Schweiz Aerzte 1906 n. 2.
Woltke O. — Medizinskoe Obosrhenie 1906 n. 10.
Auverny G. A. — La Medicin Italiana 1906 n. 30.
Bravo D. — Rivista Intern. di Clinica e Terapia 1906 n. 2.
Combe. — Revue médicale de la Suisse romande 1906 n. 2.
Becker. — Deutsche med. Wochenschr. 1907 n. 43.
Brandenburg G. — Medizinische Klinik 1907 n. 30.
Diamant S. — Nederl Tydschrift voor Geneeskunde 1907 n. 12.
Dominici L. — Policlinico 1907 Vol. XXV.
Emmerich. — Allgem Med. Centr. Zeitg 1907 n. 6.
Frank. — Bulletin de l'Ass. franc. Urologie 1907.
Castellani A. — Journal of Tropical Medicine and hygiene 1907.
Gardiner. — Mercks Archives 1907.
Hagenbach. — Burkhardt E. Medizin. Klyk. 1907 n. 27.
Hirschell G. — Folia Therapeutice 1907.
Hirschland L. — Arch. f. Ohrenheilk.
Irsai A. — Budapesti Orvosi Ujsag 1907 n. 46.
Lang. H. — Dent. med. Wochschr 1907 n. 48.
Laurie D. — The Lancet 1907.
Lülk W. — Mediz. Klinik 1907 n. 10.
Michael C. — Berlin. Klin. Wochenschr 1907 n. 50.
Michaelis P. — Mediz. Klinik 1907 n. 10.
Nicolai. — Deutsche Militärärztl Zeitschr 1907.
Pope M. — Brit. Med. Journal 1907.
Sachs E. — Therap. d. Gegenw 1907.
Urbantschitsch E. — Monatsh. f. Ohrenheilk 1907.
» » — Klinik therap. Wochenschr 1907.
Kob. — Medizn. Klinik. 1908 n. 3.

- Costa T.* — Gazzetta Int. di Medicina 1908 n. 3.
Maranaldi L. — Odierni Argomenti di farmacologia e di terapia 1907.
Murray B. Stuart. — The British Medical Journal 1908.
Groskurth. — Deutschen Milizärärztlichen Zeitschrift 1908.
De Michele. (1) — Giornale Internazionale 1909 fasc. 2. (Gli effetti della fibrolisina sulle neoformazioni connettivali).

27768

27768

(1) All'ultimo momento, alla correzione delle bozze, ho avuto cognizione di questo lavoro dell'egregio Prof. De Michele sulla fibrolisina e sono ben lieto che anche egli sia venuto, sebbene in altro campo, alle stesse mie conclusioni.

GIORNALE INTERNAZIONALE DELLE SCIENZE MEDICHE

Con annesso "Bollettino Farmacologico e Terapeutico"

DIRETTO DAI

Prof. L. BIANCHI

Direttore della Clinica Psichiatrica
della R. Università di Napoli

Prof. P. F. CASTELLINO

Professore ord. di Patol. Med. Dimostr.
della R. Università di Napoli

Prof. V. COZZOLINO

Dir. della Clin. di Otolatria e Rinolatria
della R. Università di Napoli

Prof. T. DE AMICIS

Dirett. della Clin. Dermo-Sifilopat.
della R. Univ. di Napoli

Prof. V. DE GIAXA

Dirett. dell'Istituto d'Igiene della
R. Univ. di Napoli

Prof. G. GALEOTTI

Dirett. dell'Istit. di Patol. Gener.
nella R. Univ. di Napoli

Prof. P. MALERBA

Profess. di Chimica Fisiologica nella
R. Università di Napoli

Prof. G. MIRANDA

Direttore della Clin. Ostetrico-Ginecolog.
della R. Università di Napoli

Prof. D. MORISANI

Prof. ordin. di Patol. Chirurgica dimostrate
nella R. Università di Napoli

Prof. T. SENISE

Titol. della II Cattedra di Patol. Med.
della R. Univ. di Napoli

Redattori:

Dott. Berardino Perli

già Conduttore nella Clinica Medica
della R. Università di Napoli

Dott. Luigi Maramaldi

Prof. Paregg. di Mat. Medica e Terapia
nella R. Università di Napoli

Comitato di Redazione

Dott. G. Basile — Prof. M. Bucco — Prof. F. Camaggio — Prof. A. Capaldi — Prof. F. Capobianco — Prof. O. Caro — Prof. V. Chirivino — Prof. R. Cimmino — Dott. M. Cipolla — Prof. M. De Amicis — Dott. G. Define — Prof. P. De Michele — Prof. G. Fabiani — Prof. C. Frugiele — Prof. G. Gallo — Dott. C. Gargano — Prof. C. Gioffredi — Prof. A. Montefusco — Prof. G. Ninni — Prof. A. Pirera — Prof. F. Scalese — Dott. Sipari — Dott. P. Stancanelli — Prof. G. Tria — Prof. G. Verrotti — Prof. A. Virnicchi.

Segretario della Redazione Dott. C. Pavone

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

Si pubblicano due fascicoli al mese di 56 pagine cadauno.

Il prezzo di abbonamento per l'Italia e di L. 12 — per l'Estero (Unione Postale) di L. 15 anticipate. Gli abbonamenti partono dal Gennaio di ogni anno. Fascicolo separato L. 1.

INSERZIONI A PAGAMENTO

Prezzo delle inserzioni: Cent. 50 la linea di colonna (70 mm.) di corpo sette o spazio di essa. Dirigere le commissioni all'Amministrazione del Giornale Internazionale delle Scienze Mediche Piazza Plebiscito — Napoli.

Redazione ed Amministrazione presso

Enrico Detken

Piazza Plebiscito — Napoli — Palazzo Prefettura