

BIBLIOTECA
LANCISIANA



RICERCHE

SUL

TRYCHOPHYTON TONSURANS

COMUNICAZIONE

FATTA AL CONGRESSO MEDICO DI PAVIA

Settembre 1887

DAL

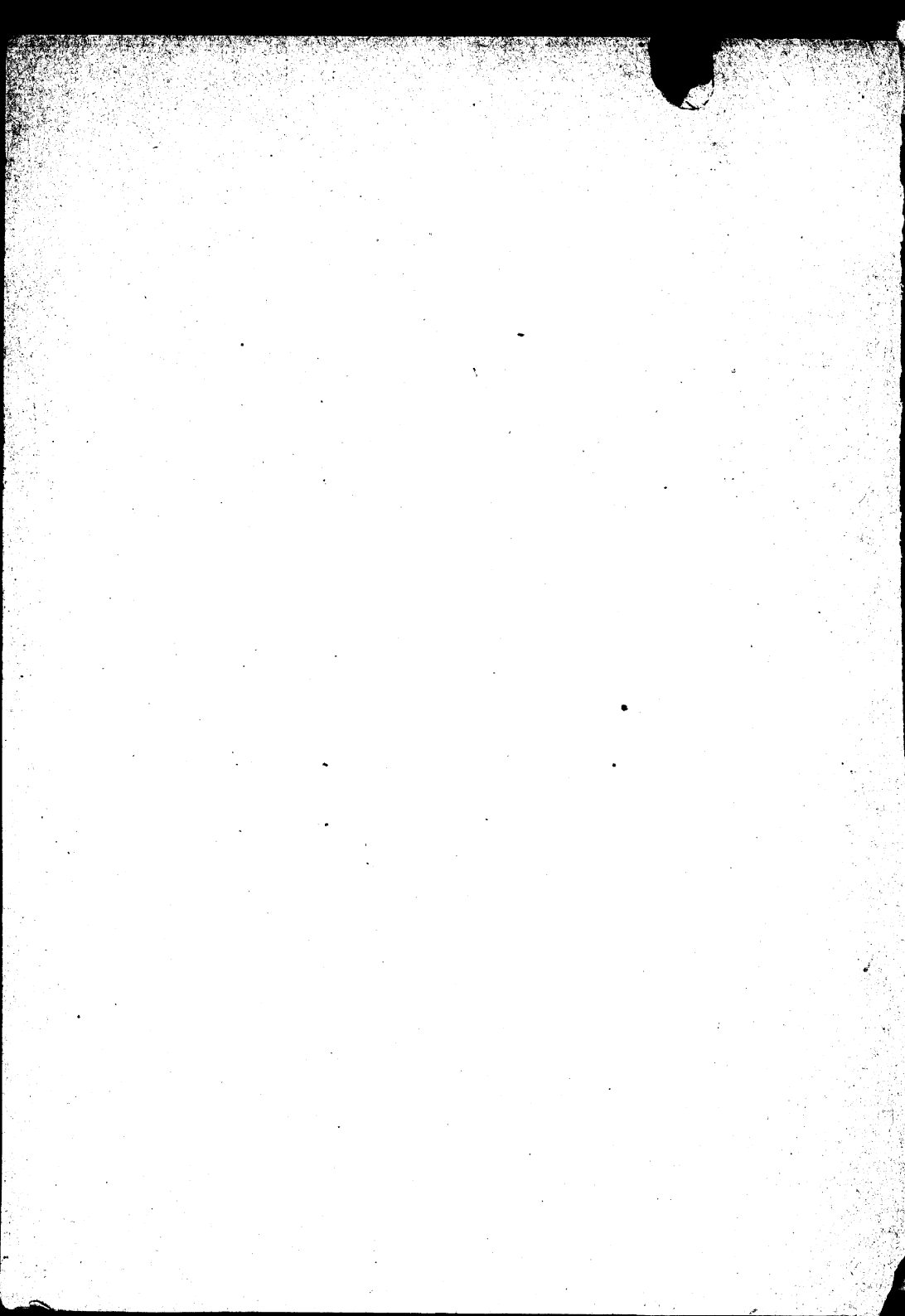
Prof. CELSO PELLIZZARI



MILANO

TIPOGRAFIA BORTOLOTTI DI GIUSEPPE PRATO

1888



RICERCHE

SUL

TRYCHOPHYTON TONSURANS

COMUNICAZIONE

FATTA AL CONGRESSO MEDICO DI PAVIA

Settembre 1887

DAL

Prof. CELSO PELLIZZARI



219

219

MILANO

TIPOGRAFIA BORTOLOTTI DI GIUSEPPE PRATO

—
1888

Estratto dal *Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*
Fasc. I — Marzo 1888.

Signori!

Vi parrà strano che volendo oggi comunicare ad un dotto consesso di Dermatologi qualcuna delle mie ricerche scientifiche, io sia andato precisamente a scegliere un soggetto che, per il numero e valore degli Osservatori che hanno scritto in proposito, potrebbe sembrare, almeno dal lato Clinico, completamente esaurito. Ma io l'ho scelto a bella posta, perchè mi si prestava più d'ogni altro a dimostrare come in mezzo a questa febbre di scoperte etiologiche, che ci possiede, noi tutti cultori delle scienze mediche, incomba ai Clinici l'obbligo di non trascurare il campo delle ricerche nosografiche, ove sono sempre tanti problemi da elucidare e tanti errori da correggere.

La ricerca clinica moderna, forte dei nuovi mezzi d'indagine, può e deve necessariamente portare dei lumi anche là dove, *a priori*, si potrebbe credere che non vi fosse più nulla da imparare.

Alieno da qualunque preconconcetto scientifico, anzi avendo messo per un momento da banda tutte quelle nozioni attinte dalla bocca o dagli scritti di maestri sommi, per seguire uno studio metodico di tutte le dermatosi che mi si presentavano, come se si trattasse di malattie per me sconosciute, io non ho la presunzione di aver fatto delle scoperte; ma credo sinceramente che le cose che vi esporrò abbiano una importanza non indifferente per la pratica medica.

Io lascerò da parte tutte le considerazioni di ordine generale, relative al *trychophyton tonsurans*, per non occuparmi altro che di alcuni particolari desunti dallo studio di 150 casi di tricofizia, i quali figurano fra i 3800 ammalati circa, che dal marzo 1885 al 31 agosto 1887 vennero a curarsi nella Clinica di Pisa od all'Ambulatorio annessovi.

I.

Ognun sa come, dopo aver lungamente discusso se i funghi delle tigne potevano attecchire sui punti sprovvisti di peli o di lanugine e dopo aver cercato di spiegare qualche raro caso di tigna favosa o tonsurante in sedi ove la pelle è completamente glabra, con la presenza anormale di peli vani, gli Autori abbiano finito per ammettere che il tricofito possa vegetare su tutta la superficie cutanea.

Ma è altresì indiscusso che tutti i Dermatologi sono concordi nel ritenere che il detto fungo deve allignare con grandissima difficoltà sul palmo della mano e nella pianta dei piedi; e non ho bisogno di ricordare come il Neumann nel suo trattato, allorchè parla della diagnosi differenziale fra la tricofizia cutanea e certe forme girate di sifilide, invoca come criterio principalissimo la relativa frequenza delle lesioni sifilitiche nel palmo delle mani o nelle piante dei piedi.

E non solo si ritengono quelle localizzazioni eccezionali; ma vari Autori esprimono più o meno esplicitamente la loro opinione, che nelle parti ove la pelle è glabra il parassita abbia una vita effimera; quindi le lesioni da esso determinate, oltre ad essere estremamente rare, dovrebbero durare poco e guarire spontaneamente. È quindi naturale che nessuno scrittore si sia occupato fin qui di descrivere le apparenze ed il decorso della tricofizia del palmo della mano (1).

Con l'esame metodico al microscopio di frammenti di pelle tolti da tutti gli ammalati che presentavano lesioni del palmo della mano, io ho potuto raccogliere sette casi di tricofizia palmare in soggetti dei due sessi, dei quali il più giovane (uno studente di legge) aveva 16 anni, ed il più anziano (un segantino) cinquantacinque.

Il primo caso, che mi si presentò all'Ambulatorio il 1° aprile 1886, fu nella Maria G., di anni 19, tessitrice, pisana. Questa ragazza offriva un cerchio parasitario del dorso della mano sinistra che non aveva più i caratteri classici, perchè già curato con rimedi d'uso esterno; la forma eruttiva si estendeva negli spazi interdigitali fra indice, medio ed anulare; poi arrivando nel palmo della mano cambiava di aspetto. Infatti invece di presentarsi con l'aspetto di una chiazza rotondeggiante, arrossata, con elementi eruttivi alla periferia,

(1) Come fatti isolati, io conosco solo un caso pubblicato dal dott. Tilbury Fox (Tinea circinata of the Hand) nel *Brit. Medical Journ.*, Juli 30, 1870, concernente una bambina di 12 anni, nella quale il *Trychophyton* aveva provocato delle vescicole erpetiformi al polso, ed una forma eruttiva col tipo del psoriasi nel palmo della mano.

sembrava invece un conglomerato di grosse e larghe vescicole erpetiformi a contenuto purulento.

Volli su quel caso, che mi parve importante, fare un trattenimento Clinico lì per lì; e, forte di tutte le convinzioni scientifiche attinte dai miei Maestri, come se fossero altrettanti dogmi indiscutibili di Dermatologia, feci la diagnosi di tricotizia del dorso della mano e di complicante dermatite flictenulare, provocata probabilmente dall'uso del sublimato, usato esageratamente (tre volte al giorno) ed in dose troppo forte (al 2 %).

Benchè mi credessi sicuro della diagnosi, pure, per il metodo di studio impostomi, volli esaminare i brandelli d'epidermide distaccati dalla formazione delle flictene palmari; e vi trovai, con un po' di fatica, è vero, il micelio tipico del tricotito. Una settimana dopo, cessata ogni applicazione di sublimato e seccatasi la forma eruttiva, la dimostrazione del parassita sulle squamme che rimasero, divenne molto più facile. La malata guarì in poco più d'un mese.

Il caso narrato, avendomi mostrato la possibilità della presenza del tricotito nel palmo della mano con una forma eruttiva clinica non rispondente ai tipi classici descritti, fu quello che mi spinse a ripetere e ripetere ancora le ricerche microscopiche in casi, nei quali mai più avrei pensato di dover trovare quel fungo.

Senza fare una lunga e noiosa enumerazione di tutti e sette i casi osservati, dirò delle forme diverse che la tricotizia ha assunto nella sede di cui ci occupiamo e del suo andamento. Nello studente di legge la malattia occupava soltanto il dito medio della mano sinistra, partendo un poco dal disopra della piega metacarpo-falangica e scendendo fino alla metà del polpastrello; girando poi sulle parti laterali del dito, ne invadeva un poco anche il dorso e giungeva fin sopra il collaretto che ricuopre il solco sopra-ungueale.

Vedremo più tardi che importanza può avere questo modo di decorrere della malattia.

In questo ammalato l'affezione, che durava da più di due mesi, aveva preso l'aspetto genuino dell'eczema sudorale; e si avverta inoltre che un eczema sudorale vero e proprio, ma non molto avanzato, esisteva di fatto nelle faccie laterali delle altre dita; e l'ammalato, che ne aveva sofferto anche l'anno precedente, veniva a chiederci consiglio appunto per liberarsi di tale incomodo.

L'unico fatto che mi mise in sospetto in quel caso fu il prolungarsi del male con una desquamazione disposta a semi-luna verso il palmo della mano. In questo giovine non so dire se la guarigione fu sollecita come nel caso precedente; perchè dopo tre visite, chiu-

dendosi l'Università, esso se ne ritornò in famiglia; e non era ancora completamente guarito (1).

Nelle due osservazioni citate, ed in altre tre, la tricofizia palmare era, in fondo, accompagnata anche da malattia del dorso della mano; e nel primo, come abbiám visto, per quanto modificata dalla cura intrapresa, pure la disposizione figurata degli elementi eruttivi era stata sufficiente per fare la diagnosi; ma negli altri due ammalati la lesione palmare era la sola manifestazione sulla pelle. In nessuno poi dei sette ammalati esisteva tricofizia dei capelli o dei peli della barba.

Noi non sappiamo con quali fenomeni la malattia abbia cominciato negli altri cinque casi, che non riferisco per intiero; mi limiterò quindi a descrivere complessivamente i fenomeni clinici, potendo l'un caso servire a complemento degli altri. La dermatosi può dirsi che in tutti aveva assunto l'aspetto dello eczema cronico delle mani, avendosi anche la complicità di speciali modificazioni delle unghie, sulle quali dovremo ritornare più tardi.

Nei casi meno avanzati le lesioni palmari potevano ricordare i postumi di alcune disidrosi; in altri si avevano le apparenze del vero eczema cronico professionale; ed a questo si poteva pensare tenendo conto della condizione sociale delle ammalate (donne di servizio o contadine). In quelli più avanzati si avevano dei veri ammassi di lamelle cornee con le relative ragadi in corrispondenza delle pieghe articolari, proprio come negli eczemi cronici ragadiformi, o nelle ipercheratosi palmari.

Era appunto su questa speciale forma clinica che io desideravo di attirare la vostra attenzione perchè, non venendo descritta dagli Autori, gli errori sono facilissimi.

Per quanto la malattia sul principio possa assumere un aspetto figurato, è inutile ricercare più tardi una figurazione speciale. Non esistono più degli elementi eruttivi disposti alla periferia, come manca il prurito che suole provocare il tricofito nell'epidermide. L'unico fenomeno clinico per la differenziale è l'essere la lesione abitualmente localizzata ad una mano sola. Fra i nostri sette ammalati, uno soltanto lo era a tutte e due le mani. Ora l'unilateralità è già un fatto non comune negli eczemi professionali; ed in quanto poi alle così dette ipercheratosi, in generale la malattia si presenta oltre che sulle due palme, anche sulle piante dei piedi.

(1) Ho riveduto in questi ultimi giorni il giovane studente, ed è del tutto guarito.

Dicembre 1887.

La diagnosi poi si chiarisce con l'esame microscopico; però la dimostrazione del fungo è assai difficile e bisogna che gli esami siano ripetuti molte volte, tenendo specialmente i brandelli d'epidermide cornea (tolti non solo dalla superficie, ma anche dalle parti profonde dei punti ipertrofizzati) in soluzioni di potassa abbastanza concentrate. Allora può succedere di fare 6 o 7 esami a vuoto; ma viene poi il preparato nel quale s'incontrano micelii in grande quantità. In generale la forma che predomina è quella del micelio gracile e quasi vuoto; ma se ne trovano anche degli sporiferi: spore ne ho sempre trovate poche; e mai, fin qui, ne incontrai raccolte in ammassi.

Questa speciale localizzazione del tricotifo che ho tentato di descrivere, dura per moltissimi anni, tanto è vero che varii dei miei ammalati non mi hanno saputo specificare da quanto tempo ne erano affetti. In generale suol dare poca molestia; almeno fino al momento in cui si determinano delle ragadi.

Questa è la ragione per la quale tutti e cinque gli ammalati (dei quali non ho riferito la storia) appena migliorati, non si sono fatti più vedere (1); ed io non posso dire se sia facile raggiungere la guarigione. Logicamente crederei che non dovesse essere molto difficile l'ottennerla, usando prima (come abbiamo fatto) le applicazioni a lungo continuate del sapone di potassa e poi quei rimedii che servono a determinare una moderata esfoliazione epidermica e quindi una eliminazione del tutto meccanica del parasita.

Riassumendo: esiste, contrariamente a quanto fu fin qui ritenuto, una speciale forma eruttiva prodotta dal tricotifo nel palmo della mano, la quale può cominciare (sia contemporaneamente o poco dopo altre localizzazioni, sia isolata) con l'aspetto di un falso eczema sudorale, o di *herpes flictenulare*; e poi, rimanendo come manifestazione unica del parasita in questione, perdurare anni ed anni sotto l'aspetto di un falso eczema cronico o di una ipercheratosi palmare.

II.

Se prendiamo in esame le forme cliniche della tricofizia del cuoio capelluto, descritte nei Trattati di Dermatologia, noi vediamo che in quella sede la malattia può assumere tre aspetti differenti.

(1) In questi giorni, e dopo varii mesi che non ne sapevo più nulla, ho riveduto una vedova, Ferdinanda C., di anni 23, di Cascina, ed una ragazza, Eugenia T., di anni 19, di Barbaricina; e le ho trovate tutte e due migliorate, specialmente la seconda, ma non guarite.

Dicembre 1887.

1.° Il Cherion, che è la forma più grave per gli elementi eruttivi che la compongono, ma che è anche la più facile a guarire.

2.° Il vero e proprio erpete tonsurante, vale a dire quella chiazza rotondeggiante, occupata quasi per intiero da capelli troncati e con elementi eruttivi vescicolari alla periferia; forma che per essere la più comune, o forse la prima descritta e la più comunemente diagnosticata, ha portato nella nomenclatura dermatologica gli appellativi di erpete o tigna tonsurante, ecc., che male si addicono a talune forme determinate dal *trychophyton*.

3.° La pseudo-area, la meno conosciuta di tutte e il più spesso scambiata con l'*area Celsi*, rappresentata da una o più chiazze rotondeggianti, quasi completamente sprovviste di capelli o seminate di pochi e vani, senza elementi eruttivi, arrossamento od altro che accenni a reazione dermica, ricoperte da squamme pitiriache biancosporche o giallo-grigiastre, spesso aventi al centro un punto nero, che non è altro che il residuo di un capello, non più troncato a distanza di un millimetro o due dall'apertura follicolare ma letteralmente disfatto dalla presenza d'una miriade di spore tricotifiche; forma questa che sembrando la più lieve di tutte, perchè non accompagnata da nessuna molestia o dolore, è viceversa la più ribelle a tutti i mezzi di cura.

In ciascuna delle tre forme predette non manca dunque quel carattere quasi patognomnico e sul quale insistono tanto i Dermatologi per la diagnosi di Tricofizia, della figurazione a forma rotondeggiante.

L'esperienza clinica di tanti Osservatori avrebbe consacrato inoltre, come una verità assiomatica, che il tricotito del cuoio capelluto è malattia propria dell'infanzia o tutt'al più della pubertà.

Permettetemi che io faccia in proposito alcune citazioni, le quali servono a stabilire alcuni principi, generalmente accettati, sulla tricofizia del cuoio capelluto. Io trovo che Laillier dichiara non aver mai veduto la tricofizia del cuoio capelluto negli individui di 20 anni; che Hardy dice addirittura non averla mai osservata negli adulti; che Barthélemy e Colson scrivono il tricotito non attaccare i peli del cuoio capelluto dopo i venti anni; infine, che Besnier ritiene la tigna tonsurante non avere una durata indefinita come la favosa, e guarire spontaneamente senza lasciare alopecia.

In contraddizione alle cose suesposte, io porto il risultato di alcune mie osservazioni, per le quali ho potuto accertare intanto che non sempre la tricofizia del cuoio capelluto assume una delle tre forme descritte dai Classici; o, per lo meno, dopo un periodo rela-

tivamente molto breve, perde il carattere della figurazione. Essa può presentarsi come malattia in forma disseminata, il più spesso estesa a tutto quanto il cuoio capelluto.

Quando il fungo attacca così irregolarmente un capello si è uno no, ed in mezzo a due o tre capelli sani e ben conservati in tutti i loro caratteri fisici, si vede una piccola squametta con un puntino nero al centro, è ben difficile il fare la diagnosi di Tigna. Siamo troppo abituati a sospettare un' affezione simile, soltanto allorchè ci si presentano delle chiazze figurate, sulle quali o sorgono dei capelli scolorati, o esiste una alopecia più o meno completa, con presenza di elementi eruttivi, di croste o pseudo-croste, ecc. Nel caso nostro la diagnosi si fa solo quando, armati di una lente, si prende in esame una di quelle squamme, col punto nero centrale, che è in tutto e per tutto simile a quelle che ricuoprono le chiazze descritte col nome di pseudo-aree tricotiche. E l' esame microscopico dimostra all' evidenza che quei punti neri sparsi qua e là pel cuoio capelluto sono altrettanti peli, le cui fibrille sono disgregate da una quantità grandissima di spore, tutte di forma rotondeggiante.

Io credo, per le cose ora esposte, ed anche per aver veduto sotto i miei occhi la forma diffusa succedere in meno di un mese a quattro o cinque pseudo-aree non bene spiccate, che le due forme cliniche debbano essere ravvicinate. È strano che tale forma disseminata io l' ho dovuta studiare sopra 4 ragazzi di una medesima famiglia.

Come ho accennato avanti per la pseudo-area, anche questa forma di tricofizia disseminata non dà nessuna molestia, e quindi può passare inosservata per molto tempo; aggiungasi inoltre che, dando soltanto una relativa diradatura dei capelli, manca anche il fenomeno che più colpisce i malati stessi e le persone che più li avvicinano — la chiazza alopecica.

All' incontro tale affezione si mostra ribelle a tutti i mezzi più conosciuti di cura. La depilazione la quale, checchè se ne dica, è sempre il mezzo sovrano di cura delle tigne, non si può applicare; perchè i capelli, disfatti come sono dalla penetrazione di tante spore, non offrono alcuna resistenza. Ho tentato di portarli via con la pasta di Beau, come si farebbe nel Cherion, con varii cerotti agglutinativi, con applicazione di strati di collodione o di traumaticina, semplici o medicati; ma tutti questi mezzi non servono che ad allontanare quel pezzetto di capello che è compreso nella spessezza della squametta; il rimanente del pelo ammalato rimane entro il follicolo.

Non voglio fare una inutile enumerazione, esponendo tutti i metodi di cura impiegati senza risultato nei varii casi accolti in Clinica.

Dirò soltanto che in alcuni, dopo aver adoperato le consuete lozioni di sapone di potassa, le pomate al turbitto minerale, l'oleato di rame, le lozioni di sublimato, di acido fenico, ecc., ecc., io, che tengo tanto alla semplicità in terapeutica, ho messo in opera cure le più complicate; e basterà che io riferisca gli ultimi tentativi fatti sopra una bambina di 7 anni, certa Maria B., di Pisa, la quale è degente in Clinica fino dal 27 aprile. In essa, per tre mesi circa, ho tenuto il sistema di radere ogni quattro giorni col rasoio tutto il cuoio capelluto e poi tenerlo coperto con una specie di pasta fatta alla guisa di quella Beau, sciogliendo della canfora in olio di merluzzo; e per altri tre mesi dividendo il cuoio capelluto in quattro parti, ho frizionato ogni giorno uno dei quadranti con sapone antisettico (al sublimato ed acido fenico), poi ho rasato i capelli; mi sono quindi posto nuovamente a frizionare con pomata all'acido pirogallico, servendomi di un pennello ben duro per irritare maggiormente la parte; l'ho infine ricoperta con del collodione elastico. Come si capisce, io ho voluto tentare insieme l'azione parasitica, sostitutiva ed asfissiante. Dirò di più, che eccezionalmente ho voluto fare da me stesso o sorvegliare l'inserviente allorchè faceva tale medicatura complicata, per assicurarmi che l'insuccesso non dovesse attribuirsi a poco rigore nel seguirla. Ma tutto fu inutile fin qui (1).

Convinto come sono della giustezza dell'opinione espressa dal Besnier (2), che non esistano veri e propri parasitocidi contro gli ifomiceti, ma che tutte le sostanze adoperate agiscano nello stesso modo, attivando cioè la proliferazione degli elementi istologici e così (esagerandone anche la caduta) ottenendo meccanicamente l'allontanamento dei parassiti, credo che la guarigione di questa speciale forma tricotifica potrà raggiungersi provocando delle dermatiti sostitutive.

Nella terapeutica dermatologica è ben conosciuto il sistema di cura radicale e abbastanza sollecita della forma tipica tonsurante con l'olio di Croton; però la guarigione si ottiene in tal caso a prezzo d'alo-

(1) La bambina, di cui si parla, è sempre in Clinica; anzi devo aggiungere che in questi ultimi mesi ho ottenuto un sensibile miglioramento, ma non la guarigione della malattia che l'affligge, usando la pomata all'acido crisofanico, in guisa da provocare un eritema da prima, e poi un vero e proprio eczema fluente di tutto il cuoio capelluto. S'intende che in precedenza ho cercato d'impedire la congiuntivite crisofanica, avendo ricorso al compenso proposto dal prof. Scarenzio.

Dicembre 1887.

(2) E. BESNIER: « Considérations sur les affections parasitaires », ecc. (*Bullettin de l'Académie de Médecine*, 1884).

pecie permanenti, complete o incomplete a seconda dell'energia e del tempo per il quale si è eseguita la frizione. Quindi, se tale inconveniente non può spaventare allorchè si tratta di guarire una piccola chiazza, credo che nessuno penserebbe ad applicarlo su tutto il cuoio capelluto, tenuto conto anche della gravità dei fenomeni reattivi.

Questa straordinaria resistenza che la malattia offre ai più svariati mezzi di cura deve metterci dunque in sospetto sull'esattezza dell'idea che la tricofizia non ha una durata indefinita, anzi che guarisce spontaneamente, quindi che non si verifica negli adulti. Forse tale opinione, oltre che dai casi certamente guariti benchè abbandonati a sè stessi, dipende dal fatto che fin qui non era conosciuta (o per lo meno descritta) la tricofizia disseminata del cuoio capelluto.

A riprova di quanto asserisco mi contento di far notare incidentalmente che ho veduto la forma disseminata di tricofizia in individui che avevano già passato la pubertà; e senza parlare di altri casi meno spiccati, mi basta di riferire quello di una certa Albina R. di Arcidosso, la quale, venuta a farsi vedere al nostro Ambulatorio il 7 ottobre 1886 perchè ammalata di sclerodermia, fu poi accolta in Clinica e vi rimase dal 25 gennaio al 7 giugno 1887. Orbene in questa donna oltre la sclerodermia esisteva, come vedremo più tardi, la tricofizia delle unghie fino dai primi anni della vita, e contemporaneamente la tricofizia disseminata del cuoio capelluto; e si avverta che la donna aveva allora 44 anni.

Riassumendo: esiste una speciale affezione determinata dal *trychophyton* sul cuoio capelluto, la quale con assoluta assenza di fenomeni irritativi, colpisce soltanto i capelli in un modo disseminato, dando luogo quindi ad una semplice diradatura anzichè a delle chiazze alopeciche; che resiste ai mezzi più conosciuti di cura, e non avendo alcuna tendenza a guarire spontaneamente, può durare in modo indefinito e presentarsi anche in individui avanzati in età (1).

III.

Io ho sempre creduto che i casi di così detta sicosi non parassitaria debbano essere molto meno numerosi di quel che non si dia-

(1) In una memoria pubblicata dal dott. Thin, in questo anno (*The Practitioner, April-August, 1887*), e che non era a mia conoscenza, quando feci la comunicazione al Congresso Medico di Pavia, l'A. ha notato pure varie cose, che confermano le conclusioni da me esposte in questo secondo paragrafo, e delle quali non avevo trovato parola in alcuno dei lavori che figurano nell'annessa bibliografia.

gnostica comunemente; e molte volte non ho voluto escludere il sospetto di tricotizia benchè esami microscopici reiteratamente fatti, mi avessero dato un risultato negativo.

Le ricerche di questi ultimi anni anzichè togliermi quel preconetto, gli hanno assicurato un fondamento più solido e mi sono sentito spinto a porre innanzi una ipotesi, che volentieri enuncio in questo mio lavoro, benchè abbia bisogno di essere illustrata con studii più completi e con più numerose ricerche. Ecco intanto le osservazioni di fatto che io ho raccolte e che genuinamente espongo.

Scelgo fra i casi clinici quelli che mi servono meglio per seguire un filo logico nel mio ragionamento, e li riassumo in breve.

Il 30 novembre 1886, veniva al nostro Ambulatorio Jacopo B., di anni 48, il quale da 4 mesi presentava una sicosi di tutta la barba con i caratteri i più classici della sicosi semplice; mancanza di figurazione, grande diffusione del male, mancanza assoluta di peli troncati, ecc. Tutti i peli, tolti dai punti ove esistevano delle pustole, si presentarono con il loro bulbo completamente o in parte disfatto dalla suppurazione: ma in nessuno fu possibile vedere il tricotito, che non può sfuggire mai a chi abbia un po' di pratica in simili esami. Invece studiando una chiazza squamosa che esisteva sul dorso della mano sinistra, fino dal primo esame si era trovato il parasita con i suoi caratteri più spiccati; e ripetendo più volte le osservazioni microscopiche sulle squamette tolte dalla periferia dell'affezione della barba si era riesciti ad avere anche lì un reperto positivo. Per quanto si ripetessero gli esami sui peli, dopo quanto si era trovato sull'epidermide, non se ne rinvenne mai uno annalato.

Di casi simili me ne sono capitati varii: orbene sarebbe egli logico l'ammettere la coincidenza della tricotizia epidermica con la sicosi semplice? — Credo di no: e passo oltre.

L'osservazione che segue, e riguarda un bravo Assistente della nostra Facoltà Medica di Pisa, serve a completare ciò che precede. Questo giovinotto quand'era ancora studente, ebbe un cerchio parassitario alla guancia destra. Io lo vidi e confermai la diagnosi al microscopio. Per il desiderio grande che aveva di guarire presto egli si dette a fare delle ripetute applicazioni di sublimato e, come succede in casi simili, la chiazza vescicolo-squamosa si convertì ben presto in chiazza sicotica. Gli esami microscopici, ripetuti allora parecchie volte dettero sempre i risultati positivi quanto alla presenza del tricotito; i peli tolti dal centro delle pustole sicotiche si presentavano troncati e ripieni di spore con la disposizione che

tutti conoscono. La forma clinica era quella classica della sicosi parasitaria.

A poco per volta però, sia per l'esagerata azione del rimedio, sia indipendentemente da questo, le tuberosità della barba si fecero imponenti per grossezza e profondità; si ammassarono, si estesero a tutta la faccia senza disposizione ordinata; si convertirono in ascessi abbastanza grossi, che davano tali molestie all'ammalato da impensierirlo seriamente. In tutto quel periodo si cominciò, è vero, a trovare che i peli estratti da quelle nodosità erano il più spesso con il loro bulbo alterato ed immuni dal tricotifo; ma ve ne era sempre qualcuno troncato in grande prossimità dello sbocco del follicolo e ripieno di spore.

L'ammalato sospese ogni applicazione di pomata e di soluzioni di sublimato, per ricorrere da prima a delle fomentate calde, e poi a delle semplici lavande con spirito di sapone. I fenomeni infiammatorii gravi cederono abbastanza presto e si poté ricorrere alla depilazione. Però ad onta di tutte le cure adoperate, oggi, dopo due anni e più, la malattia esiste sempre.

L'aspetto dell'affezione a poco per volta è cambiato; e chi vedesse oggi l'ammalato direbbe certamente che si tratta di una sicosi semplice. E si avverta di più che in tutte le ricerche ripetute, da noi quattro o cinque volte a distanza di mesi, e dal paziente stesso, divenuto molto abile negli esami microscopici, non è stato più possibile lo scorgere un micelio, o delle spore che per la loro forma e disposizione potessero essere ritenute come tricotifiche.

Noi abbiamo dunque assistito alla trasformazione vera e propria di una sicosi parasitaria in sicosi semplice: ed ecco perchè io ho detto che la presente osservazione completava quanto aveva esposto in precedenza.

Mi sembra intanto logico il porre innanzi questo principio: che molte delle così dette sicosi semplici possono originariamente essere state delle sicosi tricotifiche.

Ma come spiegarle? La osservazione clinica da molto tempo ha dimostrato che data una cagione irritante ben determinata, anche dopo che questa abbia cessato di agire, può rimanere nella località una condizione speciale la quale spiega l'insorgere ed il perdurare di altri fenomeni morbosi. Così, ad esempio, certi eczemi provocati da una causa meccanica, perdurano anche dopo che la causa locale ha cessato di agire. Da primo si ammise che la cagione transitoria non servisse che di stimolo per risvegliare un vizio o una diatesi latente. Più tardi si disse che le modificazioni anatomiche, prodotte

dal primitivo agente patogeno, erano sufficienti per spiegare i successivi fenomeni morbosi; e, data la inalienabilità di alcune modificazioni, anche il loro ripetersi incessante e la loro durata indefinita. Però anche questa seconda teoria, confortata dalle accurate indagini istologiche, se può spiegare, e ci spiega di fatto molti fenomeni, non ci rende ragione di tutti. E per alcuni (come nel caso nostro, mi sembra) è necessario l'ammettere che lo stimolo esiste sempre.

Noi dobbiamo dunque cercare, per quanto è possibile, la cagione materiale che mantiene questo determinato processo di follicolite e perifollicolite. Ora le supposizioni che si possono fare in proposito sono due: o l'agente irritante è sempre lo stesso, il *trychophyton*; e si tratta di dimostrare il perchè non riusciamo più a metterlo in evidenza: oppure le lesioni da esso determinate in sul primo hanno servito ad aprire la strada ad un secondo agente patogeno, che si è sostituito al primo; ed è quello che mantiene la forma morbosa attuale: si tratta allora di dimostrare in questo secondo caso qual'è questo nuovo agente.

Una regola di buona filosofia scientifica vuole che si proceda sempre dal più semplice al complicato: o in altri termini prima di andare a ricercare se nella sicosi vi siano altri parassiti, che si debbano ritenere patogeni, è bene dimostrare avanti se il primitivo agente, quello che la osservazione clinica ha oramai consacrato come la prima cagione della malattia, esiste o non esiste più. Io non voglio dunque oggi dimostrare che nella sicosi semplice vi è uno speciale parassita (che sarà forse un micrococco piogeno e magari lo stesso al quale si deve la suppurazione, anche della sicosi parasitaria); ma sibbene invece esaurire il primo compito di ogni Osservatore che vuole procedere con metodo ordinato. Desidero cioè risolvere il quesito, se in molte delle così dette sicosi semplici, quando si sa specialmente che hanno succeduto alla forma parasitaria, il trichofito vi sia sempre o non vi sia più: e dato che vi sia, perchè non lo si dimostra; ed esistendo se spiega il perdurare della malattia ed i fenomeni per i quali si estrinseca.

Cominciamo dallo stabilire che con il metodo col quale procediamo abitualmente alla ricerca del *trychophyton*, noi non possiamo accertarne la presenza che: sull'epidermide, specialmente nello strato corneo della superficie dermica; sul pelo; e tutt'al più sulle guaine del pelo e del follicolo. Ma vi ha di più: allorchè spremiamo il contenuto di una pustola sicotica e lo esaminiamo insieme al pelo, che si presenterà con la sua porzione intrafollicolare mezzo disfatta e

con i lacerti delle sue guaine, noi supponiamo che la follicolite sia dovuta alla presenza immediata del parasita.

Ma noi dimentichiamo che un follicolo può ammalarsi anche in via secondaria, cioè in seguito alla malattia di un follicolo vicino, o partecipando ad un processo flogistico abbastanza diffuso del derma; quindi che si può avere una perifollicolite, prima della follicolite vera e propria. Questo fatto ci chiarisce intanto il perchè si trovi sempre nelle sicosi parasitarie, ad esempio sulla medesima tuberosità, un pelo tutto distrutto dalle spore tricotifiche, ed accanto a questo altri tre o quattro peli che, anche essendo il centro di una pustola sicotica e mostrando le alterazioni determinate dalla suppurazione, sono pur tuttavia esenti dal parasita.

In questi casi però il fungo occupa sempre la medesima sede anatomica, e si può soltanto supporre che spieghi la sua azione irritante a distanza. Ma allorchè noi ci troviamo di fronte ad uno di quei casi (come sarebbe l'ultimo narrato) dove non è più possibile il dimostrare il parasita sulla epidermide o nei follicoli, bisogna ricorrere necessariamente alla ipotesi che esso abbia varcato i limiti che gli sono proprii, se vogliamo con esso spiegare la persistenza della malattia.

Ed eccoci arrivati alla famosa questione della tricotifizia dermica. Vi sono, come ognuno sa, anche oggi moltissimi Dermatologi che non ammettono che il *trychophyton* possa vegetare nel derma; ed altri invece che sostengono il contrario. Il nostro egregio collega professor Campana ha ultimamente rimesso sul tappeto la questione, pubblicando una sua osservazione positiva (1). Mi piace di ricordare come nell'Adunanza del 4 novembre 1883, della Società Medica di Roma l'altro egregio collega prof. Majocchi illustrò una varietà di tricotifizia da lui denominata *granuloma tricotifico*. Tale forma eruttiva, anatomicamente costituita da una neoformazione flogistica con i caratteri del granuloma, con numerose cellule giganti, ecc., sarebbe secondo l'A., prodotta dalla penetrazione nel derma del parasita, allo stato di filamento ifico. In essa il parasita invece di dar luogo ad una flogosi acuta con suppurazione, come si verifica nel *cherion* o nella sicosi, provocherebbe una follicolite e perifollicolite lenta, produttiva di un tessuto giovane. In questa forma, come del resto nel *cherion* e nella sicosi, secondo il Majocchi le lesioni flogistiche sarebbero determinate dal fungo, soltanto in vegetazione ifica.

(1) R. Campana « Tricotiftiasi dermica » (*Giorn. Ital. delle Malattie veneree e della pelle*. — Fascicolo Luglio-Agosto 1887).

In un'adunanza tenuta il 16 agosto 1884 dai Cultori delle scienze mediche in Siena, io mostrava i miei preparati fatti nel dicembre 1883, sopra un pezzetto di pelle estirpata da una chiazza di *cherion*, che un contadino di Carmignano presentava sopra l'avambraccio destro; e riferiva anche ulteriori ricerche fatte in altri casi di *cherion* del cuoio capelluto e di nodosità granulomatoze simili a quelle descritte dal Majocchi. Le conclusioni alle quali venivo in quella mia comunicazione erano le seguenti: che le nodosità del granuloma tricoftico accompagnano talora il *cherion*; che anche nel *cherion*, oltre ai focolai suppurati si può avere un tessuto di granulazione e, quello che è più, con cellule giganti in casi dove la malattia dura da poco tempo (1); che anch'io aveva trovato il *trycophyton* nel derma, ma però sotto forma di spore; quindi non riteneva indispensabile il suo sviluppo miceliale per spiegare le alterazioni istologiche più gravi.

Da quanto ho adesso sommariamente esposto (e da quanto verrò esponendo fra non molto) resta adunque dimostrato che il *trycophyton* può penetrare nel derma. Ma io ho da produrre un documento assai importante, quanto alla presenza del fungo nel derma, in rapporto alla sicosi, nell'osservazione seguente.

Il 27 maggio 1886 veniva al nostro ambulatorio, Pasquale M., d'anni 32, di Riglione, ammalato di sicosi, che per il modo col quale era incominciata, per essere l'individuo di un borgo ove in quel momento si trovavano tanti ammalati di tricoftizia, e soprattutto perchè dopo ripetuti esami si era potuto, alla fine, scoprire il parassita in una delle piccole squamette che si trovavano al contorno della barba, doveva ritenersi di natura parasitaria. Ad onta di tutto ciò, non si aveva un pelo troncato; in prossimità dei follicoli rimasti sprovvisti di peli non si rilevava presenza di tricoftito; da tutte le nodosità si potevano estrarre molto facilmente e senza dolore dei peli; ma non se ne incontrava uno che presentasse una spora od un micelio.

In mezzo alle varie intumescenze ve ne erano di quelle più grosse, più profonde, abbastanza pastose, anzi con una sensazione di mollezza nel centro, come se contenessero del pus, e ricuoperte da

(1) La presenza della cellula gigante, con un tessuto di granulazione, nel *cherion*, fu già constatata dal Forlanini; però in un lavoro inteso a dimostrare che non esiste nesso fra il *Trycophyton* ed il *cherion* stesso. — (Vedi *Giornale italiano delle Malattie veneree e della pelle*. Anno 1880). Al Congresso di Pavia io ho portato e fatto vedere i preparati che mi servirono per la comunicazione fatta a Siena. — (Vedi *Bollettino della Società dei Cultori delle Scienze mediche*. Anno 1884).

pelle lucente, di colorito rosso-vinaccioso, ma sprovviste assolutamente di peli. Ne scelsi una, grossa come una mandorla, che era nella regione sotto-mentoniera, e vi infissi profondamente una lancetta. Ne esci appena una goccia di pus misto a sangue: penetrai allora con la mia piccola cucchiara a sgorbia, per la ferita e portai fuori del tessuto giallo-roseo, molliccio, molto simile a quello delle nodosità scrofolose. In mezzo a quella poltiglia io potei ritrovare al microscopio, rischiando i preparati fatti a fresco con una soluzione di potassa al 10 per 100, dei piccolissimi frammenti di pelo tutti invasi dalle spore del *trychophyton*, e qualche brandello di tessuto epiteliale; ma per la massima parte io trovai del tessuto di granulazione giovane; e in mezzo a questo, delle spore tricotifitiche riunite in catena, e qualcuna di esse già in incipiente sviluppo miceliale.

Ho io bisogno di dilungarmi per dimostrare il significato di un simile reperto? Credo di no.

Riassumendo e ritornando quindi al punto dal quale siamo partiti, io formulo la mia ipotesi nei seguenti termini. È egli possibile che in varii casi di così dette sicosi semplici, specialmente quando è certo che ha preceduto una forma eruttiva tricotifitica, il parassita esista sempre nel derma e che per la sede che occupa, possa favorire dei processi di perifollicolite primitiva e di follicolite secondaria, e non essere facilmente rintracciato?

I dati di fatto che possedeva li ho esposti: ai miei Colleghi e ad ulteriori ricerche il determinare la loro importanza patogenica.

IV.

Una delle localizzazioni meno studiate e certamente poco conosciute del *trychophyton* è quella delle unghie; è per questo che desidero chiudere la mia comunicazione riferendo i risultati delle mie ricerche sull'onicomicosi tricotifitica.

È inutile che io ricordi come nei trattati della prima metà del secolo, il Willan e Bateman, il Rayer, il Cazenave, il Rochard, lo Chaussit, il Gibert, il Simon, il Milton, ecc., non facciano parola della tigna delle unghie. Il primo a parlarne fu, nel 1829, il *Mabon jeune*, il quale si occupò tanto dell'onicomicosi favosa, quanto della tricotifitica; e di quest'ultima, benchè in poche parole, dette i caratteri più salienti ed anche più giusti. Però le teorie che professava circa alla costituzionalità ed ereditarietà delle tigne, e il carattere che rivestiva di *Empirico specialista*, devono aver fatto sì che il suo libro non sia stato letto o per lo meno considerato da molti.

Infatti dopo la sua pubblicazione molti dermatologi, fra i quali mi piace di citare il Bazin ed il Michelacci, che hanno pubblicato delle monografie veramente classiche sulla tricofizia, e fra quelli che hanno scritto dei trattati, il Gamberini, il Profeta, il Piffard, il Duhring, il Neumann, il Kaposi e l'Hardy, perchè i più recenti, hanno parlato della onicomicosi solo incidentalmente; dedicando, in caso, qualche parola di più al favo delle unghie, come se si trattasse in fondo di malattia molto rara e da non prendersi in grande considerazione.

Soltanto il Kleinhans nel suo trattatello delle affezioni cutanee parasitarie, compilato sulle lezioni del Bazin, si meraviglia che questo autore abbia trascurato di parlare dell'onicomicosi tricotifica: e cerca di colmare questa lacuna sulla base dei pochi casi fino allora conosciuti, e specialmente di quattro osservazioni da lui rese antecedentemente di pubblica ragione (1).

Se noi lasciamo da parte i trattati e manuali di *Dermatologia*, vediamo che la Bibliografia è molto povera anche di lavori speciali. Le pubblicazioni del Meissner, Ripping, Hipping, Wagner e Waldenström riguardano la onicomicosi favosa. Il Bärensprung nel suo lavoro sulla tricofizia, facendo la divisione delle varie forme prodotte da quel parassita ammette anche la varietà — *herpes unguium*. Ben poco si può dire del lavoro col quale il Virchow fino dal 1856 accennava alla somiglianza di certi funghi trovati nelle unghie grififiche con quelli dell'*Herpes tonsurans*.

Nel 1861 il Köbner pubblicava due casi di onicomicosi tricotifica, come una rarità, dicendo che erano gli unici occorsi su 100 ammalati di tricofizia da lui esaminati.

Il Bergh nel 1869 in un suo lavoro sulla onicomicosi dice, che sopra 144 ammalati da lui curati di tigna o favosa o tonsurante, gli occorsero tre sole localizzazioni alle unghie; e di queste, due erano per favo. E più tardi (2) riferì che in 14 anni aveva veduto 16 casi di onicomicosi favosa sopra 285 ammalati, e un caso di onicomicosi tricotifica su 39 ammalati.

Il Vidal, in un lavoro speciale stampato nel 1880, dice che si tratta di un'affezione rara. Infine il Geber, nel suo trattatello che fa parte della Patologia speciale dello Ziemssen, accenna pure alla sua rarità, facendo notare, contro l'opinione di quasi tutti i Dermatologi, che crede più rara ancora l'onicomicosi favosa.

(1) KLEINHANS. — Ueber Herpes unguium der Autoren, etc. — Coblenz, 1863.

(2) BERGH. — (Riassunto fatto dall'autore stesso nel *Jahresbericht für die Leistikunst*, etc., 1881).

Il Tilbury Fox è l'unico che nel suo trattato dica che l'onicomicosi nella tigna tonsurante è *tutt'altro che rara*; ma all'incontro per descriverla riporta le parole con le quali il Purser (1) ne riferì due casi nel 1868. Io trovo abbastanza strano che il Fox, avendo avuto frequenti occasioni di studiare casi di onicomicosi, come sembra, non ci abbia data una descrizione propria, più completa e sopra tutto più esatta di quel che non racchiudono le parole del Purser.

Riassunto così in breve lo stato della questione al momento nel quale scrivo, dirò che per conto mio in 30 mesi circa, e sopra un totale di 150 casi di tricofizia, ho potuto raccogliere 20 osservazioni di onicomicosi: il che ci dà una media circa del 13 per 100.

Dei 20 casi, uno mi è stato fornito dall'ottimo collega Maffucci, professore di Anatomia Patologica in Pisa, il quale avendo trovato in un cadavere varie unghie molto alterate e modificate nella forma, mi inviò, perchè le studiassi, le ultime falangi di due dita che presentavano tale alterazione. Degli altri 19 ammalati, 9 erano uomini e 10 donne; il più giovane, un bambino di 12 anni, il più anziano un uomo di 57. Quanto alla professione, le più grandi differenze: un medico, uno studente in matematiche, un impresario, un segantino, un barrocciaio, varii coloni o braccianti fra gli uomini: fra le donne un'ostetrica, delle spose attendenti a casa, o donne di servizio, due prostitute e tre tessitrici.

In quattro individui la malattia era limitata ad un dito solo; in due a più dita di una mano; ed in altri due a più dita di ambo le mani, senza che si avesse in altre parti del corpo altra lesione tricofitica. Invece in cinque ammalati l'onicomicosi coincideva con la malattia già da me descritta del palmo della mano (ragione per la quale si poteva pensare tanto più ad un eczema cronico delle mani); in altri tre con la tricofizia del cuoio capelluto, e negli ultimi tre con una localizzazione di altre parti del tronco o degli arti. In un certo Attilio P. barrocciaio di Vecchiano, ammalato già da parecchi anni, si aveva malattia di tutte e cinque le unghie, del palmo e del dorso della mano destra, che si estendeva anche all'avambraccio, e contemporaneamente, malattia della gamba destra: quivi il male aveva cominciato dal polpaccio; ed ora occupa la regione malleolare, il dorso del piede, fin sopra il dito medio: esaminate le unghie dell'alluce e del dito piccolo dello stesso piede, che sono alterate nella loro forma, volume e lucentezza, le si trovano pure attaccate dal tricofito.

(1) PURSER: *Dub. Quaterly Journ.*, nov. 1868.

Se volessimo andare a spigolare qua e là fra i casi pubblicati, le nozioni raccolte dai varii Osservatori per fare poi una descrizione sistematica della malattia, del suo andamento e della sua cura, ci troveremmo nell'impossibilità di fare qualche cosa di completo e di esatto; e così mi sembra sia successo fin qui a coloro i quali hanno dovuto trattare l'argomento da un punto di vista un po' generale, in un capitolo di Trattato o di Manuale Dermatologico. Noi vediamo per esempio la maggior parte degli Scrittori ripetersi nel descrivere nell'onicomicosi tricotifica dei piccoli focolai, che trasparirebbero dalla parte profonda dell'unghia, di un colorito *giallo-rosso*; il che, stando a rigore di termine, mi fa supporre che talora si sia scambiato la onicomicosi tricotifica con quella favosa; essendo il fatto di tali piccoli focolai nella prima non tanto frequente come in quest'ultima, e presentandosi con delle differenze abbastanza salienti. Mi riservo del resto di dare la ragione di tali differenze allorchè, raccolto un maggior materiale, tratterò forse un giorno anche l'argomento del favo ungueale.

Noi vediamo pure gli Autori ripetersi nel descrivere fra i reperti microscopici più costanti dell'onicomicosi tricotifica, gli accumuli di spore in focolai; descrizione non esatta in tesi generale: e relativamente alla cura nel vantare i ditali di *caoutchouc*, il sapone alcalino ed il raschiamento con l'uso contemporaneo dei varii parasitocidi: mezzi tutti i quali, come vedremo, riescono insufficienti e con ragione.

Senza stare a confutare caso per caso di quelli descritti, il che ci porterebbe a delle lungaggini interminabili, io cercherò di tessere la descrizione clinica della malattia, basandomi soltanto sui fatti da me studiati.

La malattia, se si deve giudicare dai casi più recenti, dai pochi dati che si sono potuti raccogliere dagli ammalati, e specialmente dalle dichiarazioni dell'alunna ostetrica Elisa N. che, ammalata al solo dito medio della mano destra, diceva di esserlo solamente da un anno, sembra che incominci con una modificazione di colorito dell'unghia. Compariscono infatti dapprima, o dei punti staccati, disposti senza ordine, oppure delle strie longitudinali colorate in bianco, che si vedono per trasparenza della superficie. Talora queste striature hanno un riflesso simile a quello che si ha in certi cristalli di quarzo, come se l'unghia fosse incrinata. Quasi subito però cominciano delle ineguaglianze che si avvertono al tatto, e che cadono più facilmente sotto i nostri sensi quando appunto si verificano in corrispondenza delle linee longitudinali biancastre. Però l'unghia ha cominciato ad ingrossare tutta nella sua porzione più pro-

fonda; solo l'ingrossamento si fa più palese nei punti accennati, esagerandosi i rilievi che esistono normalmente e che sono mascherati dalla lamina cornea, splendente, di rivestimento dell'unghia stessa.

Talora questa colorazione biancastra dell'unghia può occupare un lato dell'unghia; ed in questi casi, appunto per la limitazione della malattia, si verifica una speciale modificazione di forma, che non è delle più comuni e che consiste nel sollevamento e accartocciamiento, con concavità superiore, di uno dei margini dell'unghia stessa mentre il rimanente mantiene la sua normale convessità: in questi casi si vede più presto il forte ingrossamento della sostanza propria dell'unghia e a poco per volta il distacco della lamina cornea superficiale.

In generale però l'ingrossamento e la modificazione di colorito dell'unghia tricotifica si fa uniformemente su tutta la sua estensione, dalla lunula fin verso il margine libero, con la sola maggiore accentuazione lungo le linee longitudinali. Qualche volta, anche dopo molti anni, le unghie si presentano sempre con la loro lamina superficiale intatta e discretamente lucida, molto ingrossate e di un colorito bianco, simile a quello che prendono quando le si siano sottoposte alla bollitura. Tanto è vero che mi sono servito spesso in clinica dell'espressione *unghie lessate*, perchè gli studenti affer-rassero presto tale caratteristica.

Contemporaneamente si nota al margine libero dell'unghia l'ingrossamento di tutta la sostanza propria ungueale, fino agli strati più superficiali del letto dell'unghia, cosicchè viene a scomparire il solco anteriore o sotto-ungueale. L'ingrossamento è tale che l'unghia misura 8 o 10 volte, e talora molto più, il suo spessore normale.

In seguito la superficie dell'unghia diviene anche meno uniforme, perchè si formano dei nuovi rilievi, i quali seguono delle linee trasverse; e questo suole avvenire specialmente nella porzione corrispondente al limite anteriore della lunula; l'unghia allora si fa gibbosa. Così comincia anche il colorito biancastro a farsi meno spiccato o per lo meno non tanto uniforme. Talora non accade nemmeno che l'unghia si colori in bianco uniformemente; ma rimangono invece dei veri e propri focolai staccati, che si fanno più evidenti via via che delle parti profonde divengono più superficiali; e può accadere che, per eccezione, prendano un colorito più giallastro; ma sempre molto differente, come tóno di colore, dai focolai giallo-solfo che si verificano nell'onicomicosi favosa. Nella tricotifica quel giallo-sporco un po' tendente al bigiastro deve essere un fatto abbastanza

raro, perchè io non l'ho osservato che una volta sola, e coesisteva con la colorazione bianca diffusa. Se si distrugge la lamina ungueale superficiale, si trova l'unghia in via di disfacimento e se ne possono estrarre delle lamelle con le apparenze quasi dell'amianto.

Qualche volta la modificazione di colorito è pochissimo accentuata fino da principio; tal'altra scompare a poco per volta, e l'unghia prende un colorito giallo-cereo smorto. In ogni modo dunque la principale modificazione, quanto al colorito, nell'onicomicosi è la scomparsa di quel tono roseo, che l'unghia deve alla sua trasparenza ed alla iniezione vascolare diffusa nel derma del letto ungueale.

L'ingrossamento dell'unghia può talora farsi esagerato lungo una linea mediana che va dalla radice all'apice: mentre in cotesto punto si forma uno spigolo rilevato, le due parti che sono laterali rimangono depresse a guisa di tettoia, precisamente come accade quando uno ha ricevuto un colpo che gli ha spaccato per metà l'unghia. Noi abbiamo avuto occasione di veder ciò in due infermi; uno di questi un certo L. Secondo di Badia, a Settimo, uomo di 46 anni, pretendeva appunto che la lesione del pollice sinistro fosse dovuta ad una ferita avuta nel 1867, mentre lavorava alle spallette dell'Arno; ma contemporaneamente esisteva in lui oltre quella del pollice, la tricofizia dell'unghia del dito minimo della stessa mano, e del dorso della mano. E si noti, che stando alle dichiarazioni dell'ammalato, esso avrebbe avuto la tricofizia della barba a 20 anni.

In generale però l'ingrossamento si fa esagerandosi la convessità normale dell'unghia, alla quale si accompagna l'aumento di volume in lunghezza; e si ha allora una maniera di onicogrifosi.

Due esempi di onicogrifosi si sono avuti in due sorelle, una delle quali, l'Albina R., mi ha fornito precedentemente occasione di stabilire l'esistenza della tricofizia del cuoio capelluto negli adulti.

Il fatto che in queste due donne, una di 44, l'altra di 47 anni, si avevano le forme grifotiche più spiccate, mentre tutte e due si ostinavano a dichiarare che era una malattia congenita, e della quale soffrivano tutti in famiglia, mostra come si debbano considerare quali forme più vecchie le onicomicosi caratterizzate da maggiore ipertrofia.

Oltre a quelle del colorito e del volume, l'unghia presenta altre modificazioni importanti. Come abbiamo accennato, da prima essa mantiene la sua lucentezza; perchè è un fatto positivo che la lamina superficiale è l'ultima ad essere attaccata; anzi si può dire che le modificazioni, che essa subisce, il più spesso, se non sempre, siano assolutamente secondarie. Ma più tardi la lamina superficiale

viene a perdere i suoi rapporti con gli strati sottoposti: quindi si fa opaca; comincia a sfaldarsi, a rompersi, e finalmente cade per intero: questo fatto il più spesso comincia alla periferia e specialmente dalla parte anteriore dell'unghia, che è la prima a rimanere scoperta; e poi si estende verso la lunula e ne rimangono spesso solo le traccie verso il solco sopra-ungueale. Qualche volta per eccezione questo rompersi e disgregarsi della lamina superficiale si fa a punti isolati, non più alla periferia, ma in corrispondenza dei focolai bianco-grigiastri poc' anzi descritti; ed allora si hanno delle piccole perdite di sostanza che sembrano quasi ulcerazioni dell'unghia.

Talora, dopo essere ingrossata enormemente tutta l'unghia, si distrugge, come abbiamo accennato ora, la lamina superficiale; però fino a due o tre millimetri al davanti della lunula; si mortifica in seguito, come se venisse intarlata, tutta la porzione al disotto di quella, fin sopra il letto dell'unghia: anzi questi strati intermedi fra letto e lamina superficiale vengono distrutti anche più indietro di quest'ultima lamina; cosicchè l'unghia si presenta con uno strano aspetto, avendo la lamina superficiale troncata irregolarmente e con una concavità verso l'apice del dito, formante un semicerchio concentrico a quello del colletto dell'unghia; sollevata e con un vuoto al disotto che si estende fino alle parti più vicine alla matrice, coperte dal colletto medesimo; il letto dell'unghia intanto si mostra in tutta la sua estensione inegualissimo, con brandelli di unghia più rilevati, al solito nella direzione delle linee longitudinali, e con piccoli avvallamenti alternantisi con i rilievi stessi.

È indubitato però che nel maggior numero dei casi questa mortificazione e questa caduta per disgregamento degli strati mediani dell'unghia non avviene; ma si ha invece distruzione della lamina superficiale, e viceversa grande ipertrofia degli altri strati, la quale compensa ad esuberanza quello che si distrugge. E l'aumento di volume si fa inegualmente in tutti i sensi; quindi l'unghia diviene bernoccoluta, frastagliata ai contorni e specialmente alla estremità anteriore.

Che la lamina superficiale possa mantenersi libera dal parassita, mentre questo occupa gli strati sottoposti, e che la sua mortificazione possa essere secondaria dei disturbi nutritivi che subiscono le altre parti dell'unghia stessa, lo dimostra il fatto seguente. Succede talora che, dopo distrutta in tutta la sua estensione la lamina superficiale ricresce uniformemente, liscia e lucente, ricuoprendo a poco a poco il letto dell'unghia, alterato come si è detto avanti:

l'unghia allora si presenta di colorito bianco-grigio, abbastanza uniforme, come se si trattasse di una onicomicosi incipiente; se si prende un ago, lo si può introdurre al disotto della lamina cornea penetrando con facilità e senza dolore fino verso la lunula: viceversa, se si gratta la superficie superiore di detta lamina, non si riesce a trovare traccia di parassita. Io ho avuto occasione inoltre, facendo delle sezioni longitudinali in un'unghia, alterata nel modo accennato ed estirpata completamente con il suo letto e col colletto sopra-ungueale, di trovare soltanto le prime tracce del parassita negli strati più profondi della lamina cornea, nei punti però ove questi mantenevano i loro rapporti con il letto ungueale stesso.

I fenomeni subiettivi sono quasi nulli; tanto è vero che noi abbiamo quasi sempre scoperto l'affezione in discorso accidentalmente, non perchè gl'infermi avessero ricorso a noi per essere liberati di qualche sofferenza. Qualcuno interpellato in proposito di quali sensazioni provasse, ha risposto che tutto al più riceveva certe impressioni più vive alle dita malate che non a quelle sane: in generale tutti hanno lamentato piuttosto un po' d'imbarazzo che vere e proprie molestie: od hanno chiesto un consiglio per essere liberati da una deformità. Se noi invece andiamo analizzando i pochi casi pubblicati, si vede che qualche infermo ha accusato senso di prurito all'apice delle dita, e talora anche un po' di dolorosità, tenendo le mani troppo a lungo esposte al fuoco, oppure immergendole nell'acqua fredda.

Come abbiamo veduto, la onicomicosi può accompagnarsi con altre manifestazioni tricotiche. Queste possono essere talora antecedenti, talora successive alla onicomicosi stessa. Studiando i soggetti che meglio ci hanno aiutato a rifabbricare un'anamnesi, fra le forme che hanno preceduto, o per lo meno che si sono determinate presso a poco contemporaneamente alla onicomicosi, noi dobbiamo dare singolare importanza alla tricofizia del dorso della mano. Infatti in molti casi, siamo autorizzati a ritenere che la malattia dell'unghia, anzichè essere l'effetto del trasporto diretto del fungo, avvenuto nell'atto del grattamento, abbia piuttosto succeduto all'estendersi dell'*herpes tricofitico* dal dorso della mano al dorso ed ai lati del dito, fino al colletto dell'unghia, prendendo poi stabile dimora tanto nell'unghia quanto nella faccia palmare della mano corrispondente.

Ci confermano in questa idea: prima di tutto i criterii clinici desunti dal caso dello Studente in Legge, del quale ho parlato nel primo paragrafo di questa comunicazione, ove vedemmo la lesione dalla faccia laterale del dito estendersi verso il palmo e verso il

dorso del dito stesso arrivando fin sopra all'unghia: e dalla coincidenza dei cinque casi di affezione palmare cronica con l'onicomicosi; avvertendo che in tutti quei malati le lesioni palmari si estendevano alle piegature corrispondenti alle articolazioni delle ultime falangi, più specialmente nei diti ove l'unghia era ammalata.

In tesi generale io credo che sia molto difficile la tricofizia primitiva delle unghie; ma non posso dire la cosa impossibile, specialmente per quelle persone che, come i Medici specialisti e più gli inservienti addetti ai servizi ospitalieri per le malattie cutanee, sono più esposte ad acquistare la malattia. Fra le concause, credo, debba essere messa in prima linea la mancanza di cure di nettezza; ma non si devono trascurare le modificazioni precedenti delle unghie stesse. Anzi ho ragione di supporre che gl'ingrossamenti delle unghie dovuti ai mestieri, specialmente le scabrosità, e forse anche le rotture della lamina superficiale possano in qualche modo favorire l'attecchimento del parassita.

Che si possano avere anche delle manifestazioni tricofitiche successive, e quindi implicitamente che la presenza della tricofizia di un'unghia possa costituire perenne sorgente di nuovi focolai e di contagio, è logico l'ammetterlo *a priori*. Ma l'osservazione di varii casi me ne ha fornito la riprova, avendo io notato la coincidenza di onicomicosi molto avanzate con la forma di *herpes tricofitico* così tipico e così circoscritto, da doversi considerare per forza come una manifestazione recentissima della tricofizia. Mi basta di citare il caso di una certa Erminia D., giovane prostituta di 25 anni, la quale, entrata a curarsi nel sifilicomio di Pisa per una malattia venerea il 25 giugno 1886, ci mostrò contemporaneamente l'onicomicosi dell'indice e medio della mano destra e dell'indice della sinistra. Dieci giorni dopo essa presentava una piccola chiazza eritematosa alla parte inferiore della coscia destra, prodotta dal *trychophyton* e certamente dovuta al grattamento.

Quando l'onicomicosi è accompagnata da altra forma eruttiva, specialmente poi da quelle forme che sono più tipiche, si comprende facilmente come la diagnosi sia abbastanza facile; poichè è certo che le lesioni ungueali che accompagnano l'eczema cronico, il psoriasi, ecc. male possono paragonarsi, in genere, a quelle dovute al *trychophyton*; ma è anche più certo che la diffusione e le caratteristiche proprie delle dermatosi in discorso servono, indipendentemente dalle modificazioni ungueali, a stabilire la differenziale.

Le difficoltà diagnostiche aumentano allorchè le lesioni ungueali sono isolate. Non parlerò tanto delle differenze che corrono fra

l'onicogrifosi essenziale e quella dovuta al *trychophyton*. In fondo nella donna Albina R., che si diceva ammalata fino dalla prima infanzia, figlia e sorella di persone che avevano la stessa alterazione delle unghie, e che di fatto veniva da noi accompagnata da una sorella la quale aveva le unghie deformi come lei, si poteva pensare che il fatto fosse dovuto ad una vera e propria distrofia congenita. E se si vuole anche la coincidenza in quella donna di una sclerodermia, per l'idee confuse che noi abbiamo anche oggi in proposito, poteva benissimo essere presa in considerazione. Eppure io non pensai nemmeno un minuto alla onicogrifosi essenziale, ma invece sospettai subito la tricotifizia. Perché? — Perché aveva notato insieme ad alcune unghie molto ipertrofiche, altre che presentavano gli stadii meno avanzati della tricotifizia, che ho descritto avanti: ma sopra tutto perchè l'onicogrifosi tricotifica, sebbene costituita da uno stato ipertrofico, è però in preda ad una degenerazione regressiva, mentre nella onicogrifosi essenziale si ha un'evoluzione nel senso progressivo; quindi l'unghia si avvicina più alla struttura vera e propria del corno; ha un colorito giallo-scuvo, ma lucente sempre, e mostra al suo apice la medesima struttura e compattezza di tessuto in tutta la sua grossezza.

Ma la difficoltà vera è quando si deve decidere fra una onicomicosi e certi ingrossamenti dell'unghia, specialmente del letto, che si riscontrano in generale nei lavoratori, talora in seguito a irritazioni continue che subiscono per il genere di lavoro che compiono, talora come postumo di altre malattie delle dita.

Allora noi possiamo avere un criterio diagnostico positivo se esistono alcuni particolari più spiccati della tricotifizia *unguium*; ma se questi mancano, non rimane che la ricerca microscopica; la quale deve essere fatta necessariamente tutte le volte che, mancando le caratteristiche che sopra, si vuole sapere se una determinata modificazione dell'unghia è o no parasitaria.

Negli esami che si fanno a scopo diagnostico non è sempre facile, quando si trovano dei funghi, il decidere alla prima se si tratta di una micosi tricotifica o favosa. Non tutti i Medici hanno l'occhio abituato tanto da farlo; e per gli stessi specialisti occorrerebbe talora, per decidere, il ricorrere alle culture. Ma questi studi, oltre all'essere nella loro infanzia, richiedono troppo tempo perchè si possano adoperare comodamente per scopo diagnostico. È bene quindi che noi insistiamo sui caratteri clinici differenziali fra le due malattie, studiate nei vari periodi.

Le principali differenze che io (basandomi sopra 6 o 7 casi sol-

tanto di favo delle unghie che fin qui ho potuto raccogliere) stabilisco, sono le seguenti. In primo luogo il favo attacca talora primitivamente la lamina cornea superficiale; si vedono dei piccoli punti depressi a scodellino, senza colorazione speciale, come se si trattasse di atrofie punteggiate dell'unghia, quali sogliono succedere ad altre dermatosi croniche delle mani, ma dove si può riscontrare il parassita. Esiste anche nel favo un apparente aumento nello spessore dell'unghia, visibile specialmente verso il solco ungueale anteriore, ed anche con più facilità lateralmente. Anzi in questo ultimo caso è abbastanza difficile il differenziare una micosi favosa da quella tricotifica che incomincia prendendo una porzione sola dell'unghia: però il carattere dell'ingrossamento è diverso. Nella tricotifizia è veramente la sostanza dell'unghia che ha raggiunto uno spessore straordinario; nel favo è invece un tessuto giallo-bruno molliccio che sembra essersi interposto fra il letto e la sostanza propria dell'unghia stessa spingendola in fuori. Ho veduto in un caso di favo, al dito minimo di un bambino, il margine libero dell'unghia aver preso un aspetto tale da somigliare lo zoccolo del cavallo e misurare da quattro a cinque millimetri di spessore: però con una cucchiajetta con facilità si estraeva tutta questa specie di zoccolo; e rimaneva l'unghia staccata e spinta in avanti, presso a poco della grossezza normale.

L'*Achorion* ed il *Trycophyton* si comporterebbero per conseguenza nell'unghia, presso a poco come nei capelli, avendo il secondo una maggior potenza di penetrazione.

Inoltre nel favo è la regola che si formino dei piccoli focolai di colorito giallo-zolfo, sparsi più qua e più là per l'unghia, prima che quella si sia molto modificata nella sua totalità. Questi focolai si vedono assai bene, perchè all'intorno l'unghia conserva abbastanza i caratteri e la trasparenza normale; essi, crescendo, si avanzano a poco a poco verso la lamina superficiale, che poi viene perforata.

Queste sono le principali differenze cliniche che io credo di potere stabilire fra le due onicomicosi.

Veniamo ora alla parte relativa alle mie ricerche anatomo-patologiche. Queste sono state fatte sopra frammenti d'unghie presi metodicamente da tutti gli ammalati; sopra la materia informe tolta da quei particolari focolai di colorito biancastro, sia che fossero ricoperti, sia sprovvisti della lamina superficiale; sopra unghie estirpate per intero, per ragione di cura, in quattro ammalate; e specialmente poi sopra le unghie ancora attaccate alle falangi, tolte dal cadavere.

Non è mia intenzione di entrare nei particolari morfologici e molto meno nello studio biologico del *trychophyton*, perchè è tutt'altro lo scopo che mi sono prefisso, ed essendo oramai tanti gli Osservatori che se ne sono occupati.

Ho voluto soltanto in una piccola figura (Fig. 2) far vedere l'esistenza di un immenso intreccio di micelii sottili, poco sporigeni, abbastanza ramificati, ma con una ramificazione che è tanto differente da quella dell'*Achorion*. Debbo però avvertire, a questo proposito, che anche l'*Achorion* modifica talora nelle unghie le sue apparenze; in modo che la diagnosi differenziale al microscopio è possibile soltanto con molteplici esami. Quei micelii si trovano soprantanti ad altri già in parte distrutti, ed i cui avanzi si trovano in mezzo a quelle speciali guaine di Keratojalina, descritte così bene dal Majocchi (1), le quali, per la loro disposizione, ricordano esattamente quella dei micelii tricotitici stessi. Ho voluto mettere in evidenza questa disposizione, perchè la sede occupata dalle guaine in discorso, subito al disopra degli strati più superficiali delle cellule del letto ungueale, mostra che la malattia si estende dalla parte profonda verso le più superficiali, come si è già avuto occasione di accennare.

Del resto, quanto alla forma ed allo sviluppo del fungo, mi basta d'accennare che in generale io ho trovato la forma del micelio gracile prevalente; in punti speciali, vale a dire verso la superficie dell'unghia, ho trovato il micelio con uno sviluppo di spore endogene. In pochi casi ho trovato catene di spore, e soltanto in una malata, nella quale la lesione era molto avanzata e tutta la lamina superficiale distrutta, andando a prendere dei frammenti di unghia in una di quelle anfrattuosità corrispondenti ai piccoli focolai (d'apparenza biancastra a lamina superficiale intatta), ho trovato la forma del *trychophyton* gigante e unitamente a questo dei piccoli accumuli di spore, ed anche delle catenelle di grossi conidii. In modo che mi sembra molto verosimile che nella funzione sporigena influisca grandemente l'essere il fungo in maggiori rapporti con l'aria esterna.

Sono dispiacentissimo di non aver potuto applicare allo studio del *trychophyton* nell'unghia nessuno dei metodi di colorazione elettiva, che riescono abbastanza bene quando lo si colora nei capelli. Ma pur troppo qualunque sostanza colorante e qualunque metodo di decolorazione successiva mi hanno fallito; in questo senso che o la sostanza ungueale rimaneva colorata come e più del para-

(1) D. MAJOCCHI: « Sopra alcuni cambiamenti morfologici del *Trychophyton*. (Giornale ital. delle Malattie veneree e della pelle, 1884).

sita o, se si arrivava a decolorarla, il fungo era più decolorato che mai.

Mi sono contentato adunque di riprodurre in una tavola soltanto dei preparati colorati al picrocarminio, perchè mi servivano meglio degli altri a porre in evidenza certi rapporti, e specialmente la topografia del fungo; ed è appunto ciò che ho inteso prendere di mira in questo mio lavoro.

La figura 1, che per quanto fatta con ingrandimento molto piccolo si è dovuta tenere in proporzioni un po' minori del vero, rappresenta una sezione longitudinale dell'unghia tagliata nel suo centro; e comprende: il colletto, che ricuopre il solco sopra-ungueale (*s*), la matrice, il letto e l'unghia tanto nella sua parte posteriore quanto per un buon tratto della porzione al di fuori del solco. La sostanza ungueale nel preparato si riconosce per il suo colorito giallo-pallido; le cellule del letto e della matrice ungueale, invece, sono più intensamente colorate in rosso. Si trovano nello spessore dell'unghia dei vuoti (*v*), e questi anche indipendentemente dalla presenza di miceli. Questi si vedono (*m*) in una quantità straordinaria, e gli ammassi specialmente crescono via via che ci si avvanza verso il margine libero dell'unghia. La figura mostra all'evidenza, benchè a così piccolo ingrandimento, che il parassita esiste nelle parti più direttamente a contatto con il letto ungueale, fino alla matrice dell'unghia. Risultato questo della ricerca microscopica che ha la più grande importanza pratica, come vedremo fra un momento.

Il punto racchiuso fra le due lineette punteggiate e riunite ad angolo (*a*), è quello che è stato riprodotto nella figura 2.

Nella figura 1 in *c* si è voluto riprodurre la parte dell'unghia corrispondente alla matrice. Quivi la colorazione col picrocarminio mostra anche a debole ingrandimento dei piccoli punti rossi (che non si sono potuti riprodurre in una tavola non colorata, perchè non generassero confusione) entro la sostanza propria dell'unghia, i quali rappresentano le cellule divenute più evidenti, perchè contengono eleidina, e che perciò vengono colorate dal picrocarminio. Ora questo fatto della sostituzione della eleidina alla sostanza onicogena vera e propria, secondo le ricerche di Suchard (1), mostra che quelle cellule, ritornando ad un tipo più semplice, obbediscono alle leggi generali dell'inflammazione. E questa è una prova dello stato irritativo nel quale si trovano le parti adiacenti al letto dell'unghia.

(1) SUCHARD: « Des modifications des cellules de la matrice et du lit de l'ongle dans quelques cas pathologiques » (*Archives de Physiologie*, N. 7, 1882).

Se ora noi ricordiamo l'interpretazione data dal Ranvier, e accettata successivamente anche dall'Unna, al colorito bianco che presenta normalmente la lunula (attribuendo cioè la minore trasparenza dell'unghia, in quel punto, alla maggior attività nella formazione della sostanza onicogena), si capirà facilmente come la presenza di un parasita negli strati più direttamente a contatto con il letto dell'unghia debba, irritando, attivare ed esagerare la funzione di quelle cellule; e quindi darci la spiegazione di uno dei principali fattori della modificazione di colorito, che è, come abbiám veduto, uno dei fenomeni più comuni e più precoci dell'onicomicosi tricotifica. Dimostra poi una volta di più come il processo morboso cominci dalle parti profonde, per estendersi in seguito a quelle più superficiali.

La figura 1 fa vedere inoltre come l'ingrossamento dell'unghia, oltre alla proliferazione vera e propria degli elementi cellulari dell'unghia, debba riconoscere altri due fattori che sono: la straordinaria quantità dei miceli, e la disgregazione che questi producono fra lamina e lamina dell'unghia, in modo che rimangono dei vani nel suo spessore medesimo. A questi vani, che hanno ai loro contorni la maggior quantità di elementi parasitari ed un detrito vero e proprio di sostanza ungueale, corrispondono quei focolai biancastri che si vedono talora isolati e per trasparenza negli stadii non tanto avanzati dell'onicomicosi.

Avendo voluto vedere come si comportava il parasita con le parti adiacenti all'unghia, specialmente nel colletto che cuopre il solco sopra ungueale, io ho fatto delle sezioni in senso verticale sopra la porzione di unghia, che rimane in rapporto col collaretto in discorso, sulle parti laterali. La fig. 3, che riproduce appunto una di tali sezioni verticali, mostra come si differenzia difficilmente per la sua struttura la epidermide (*e-e*), del colletto, dalla sostanza propria dell'unghia (*u-u*) e quanto sia difficile il segnare i limiti precisi fra l'unghia ed i tessuti circostanti. Però io ho riprodotto nella figura 3 una di tali sezioni dell'unghia soltanto per avere agio di richiamare l'attenzione sul punto compreso fra le due linee punteggiate e riunite ad angolo (*a*), che si vede nella fig. 4, a un ingrandimento molto più forte.

Questa fig. 4 è importantissima perchè mostra all'evidenza la penetrazione del micelio dall'epidermide nel derma, a poca distanza da un fascio (*n*), ove si trovano, come per caso ravvicinati, una piccola arteriuzza, due piccoli tronchi nervosi sezionati trasversalmente, ed un frammento di duto probabilmente di glandola sudorifera. Ora, se un poco di dubbio persistesse sempre nella mente di

qualcheduno sulla possibilità che il tricotifo invada il derma, per le cagioni svariate d'errore che si potrebbero invocare contro le pubblicazioni antecedenti (essendosi trattato sempre o di dimostrazione nel derma di semplici spore, o di sezioni fatte in tessuti sfacelati, come quelli che costituiscono il *Cherion* e la Sicosi), il preparato che io vi mostro, e che ho riprodotto fedelmente nella figura 4, basta a troncare definitivamente la questione.

Avrei voluto anche poter mostrare che il tricotifo può, com'io sospetto, dall'epidermide che ricuopre il colletto dell'unghia, penetrare negli strati dermici, girare al disotto della matrice dell'unghia e invaderla così dal di dietro in avanti: ma questo non mi è stato possibile, per quanto per più di un anno io abbia seguito a fare delle sezioni in tutti i sensi.

In ogni modo la topografia del fungo dimostra all'evidenza come è inutile discorrere di guarigione dell'onicomicosi da ottenersi per mezzo del grattamento o dell'applicazione di sostanze parasiticide. Si capisce facilmente come anche procedendo, come io ho fatto due volte nella donna Albina R. e nella ragazza Armida R., alla estirpazione dell'unghia e successiva medicatura con sublimato od altri preparati mercuriali, la unghia ricresca presentando dopo quattro o cinque mesi il suo parassita. Infatti quando si estirpa l'unghia, sono troppi i lacerti che rimangono aderenti al letto ed alla matrice dell'unghia, non che all'epidermide del colletto dell'unghia stessa, i quali possono sempre contenere il germe della malattia.

Mi occorre perciò immaginare, dopo le prime delusioni, una cura con la quale fosse possibile di provocare artificialmente un processo di perionichia, abbastanza grave da produrre la suppurazione periungueale e così uccidere il parassita, rendendo più deboli i rapporti dell'unghia con le parti vicine, ma non tale da sostituire completamente un tessuto di cicatrice alla matrice ed al letto ungueale. Ricorsi perciò all'uso dell'acido pirogallico, a parti eguali con olio di oliva, come lo aveva già adoperato Campana (1) in un caso di onicomicosi favosa, benchè non ritenesse il parassita trovarsi così profondamente.

Ho provato questa cura due volte, ed ecco come ho proceduto. In primo luogo ho tenuto per varii giorni l'apice del dito ricoperto con sapone di Hebra e con ditali di guttaperca: rammollita così l'unghia ed i tessuti circostanti, ho cominciato ad applicare la po-

(1) R. CAMPANA: « Clinica Dermosifilopatica di Genova » (Anno I, 1884).

mata predetta, e ne ho ripetuta l'applicazione cercando specialmente di farla entrare al disotto dell'unghia e nel solco sopra-ungueale, finchè non si è formata la piccola suppurazione superficiale, precisamente come nei comuni *giraditi*. Ho lasciato poi che l'unghia cominciassse a muoversi e ne ho fatto infine la esportazione, dopo aver inciso torno torno il guscio epidermico che la circondava; poi ho medicato la piaga con pomata all'iodoforme.

Di un caso, trattandosi di certa Teresa O., prostituta, non conosco il risultato definitivo, perchè quando fu licenziata dal sifilicomio era corso troppo poco tempo; ma in un'altra ammalata, certa Celide G., di anni 17, la quale entrò in Clinica il 28 maggio presentando la onicomicosi a 4 dita della mano sinistra (eccettuato il pollice), e tre dita della mano destra, al più alto grado, con completa distruzione della lamina superficiale, ed escai dalla Clinica stessa l'8 di agosto, dopo che su di lei si era usato il metodo di cura predetto, per quanti esami si facessero nelle unghie che via via si riproducevano non riuscimmo mai a trovare traccia di parassita (1).

È egli possibile che l'onicomicosi guarisca spontaneamente? Benchè il fatto sia raro, rispondo di sì. Teoricamente già si può concepire come nell'unghia possano avvenire cambiamenti tali, quali succedono nei peli e nell'epidermide, da renderla terreno non più adatto alla vita del fungo. Aggiungerò che fra i miei ammalati ho veduto la ragazza Eugenia T., dopo molti mesi guarire senza la estirpazione dell'unghia, al mignolo della mano sinistra (che presentava la onicomicosi più avanzata), mentre la malattia persisteva sempre alle unghie dell'indice destro, del pollice, medio ed anulare sinistro. E certamente, in questo caso, non si poteva attribuire la guarigione al sapone di potassa da noi ordinato alla prima visita, che la malata ci confessò ingenuamente non aver più adoperato dopo i primi giorni. Mi piace però d'avvertire che questa ragazza, essendo contadina, dei pressi di Pisa, fa continuamente il bucato, tenendo per ciò spesso e a lungo le mani nella liscivia, ecc.

(1) Ho riveduto il 17 dicembre la malata, ed ho trovato in primo luogo che tutte le unghie avevano la forma normale: la superficie superiore ben convessa, levigata, lucente, quasi senza disuguaglianza. Soltanto quelle dell'indice e medio della mano destra e del minimo di sinistra (e le prime due erano quelle maggiormente ammalate) si mostrano sempre un poco ingrossate nella porzione libera, nella parte corrispondente al solco sotto-ungueale. Presi dei frammenti di unghia e posti in una soluzione forte di potassa, non si è potuto nè il giorno stesso, nè i giorni successivi, in molteplici esami, riscontrare una spora od un micelio: quindi la considero come completamente guarita.

Riassumendo: la onicomicosi tricotifica è più frequente di quello che non si è creduto fin qui; essa può presentarsi tanto contemporaneamente ad altre manifestazioni tricotifiche, e di queste la più facile la tricotifizia palmare, quanto isolata; essa può abbastanza facilmente essere distinta dalle lesioni delle unghie che accompagnano i principali processi cronici di dermatite, dalla onicogrifosi essenziale e dal favo ungueale; è malattia curabile, benchè di difficilissima guarigione, stante la sede profonda che occupa il parassita, e la possibilità che questo si trovi anche nel derma, al di fuori dell'astuccio epidermico che racchiude l'unghia.

Lavori consultati.

BÄRENSPRUNG. Herpes, Serpigo, Ringwurm (*Riassunto dagli Charité annalen*, 1855, nel *Canstatt's Jahresbericht*, 1856, e nella *Gazz. Hebdom.*, Numeri 17-18, 1856). — BAZIN. Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parassitaires - Paris, 1862. — ID. Recherches sur la nature et le traitement des teignes - Paris, 1853. — BERGH R. Fälle von Onychomikosis, etc. (*Archiv. für Derm. und Syphil.*, 1870). — CAZENAVE. Leçons sur les maladies de la peau - Paris, 1856. — ID. Traité des maladies du cuir chevelu - Paris, 1850. — CHAUSSE. Traité élémentaire des maladies de la peau - Paris, 1853. — DEVERGIE A. Traité pratique des maladies de la peau - Paris, 1854. — DUHRING A. Ein Fall von Tinea trychophytina unguium (*Philad. med. und Surg. Reporter* 1878 e *Vierteljahres. für Derm.*, etc., 1879). — ID. Traité pratique des maladies de la peau. (Trad. con note di Barthélemy et Colson - Paris, 1883). — FABRE. Traité des maladies de la peau - Paris, 1848. — FERRARI P. Lezioni di Dermatologia generale - Napoli, 1884. — FOX TILBURY. Malattie della pelle - Milano, 1873. — ID. Tinea circinata of the Hand (*Brit. Med. Journ.* Juli 30, 1870). — GAMBERINI P. Le malattie dei peli e delle unghie - Bologna, 1882. — ID. Manuale delle malattie cutanee, 1871. — GEBER. Alterazioni morbose dell'unghia e della gronda ungueale (*Patolog. e Terap. Speciale* di Ziemssen, vol. XIV, 1887). — GIBERT G. M. Traité pratique des maladies de la peau - Paris, 1860. — GREEN J. Practical compendium of the Diseases of the Skin - London, 1837. — HARDY. Traité pratique et descriptif des maladies de la peau - Paris, 1886. — HEBRA F. und KAPOSI M. Lehrbuch der Haut-Krankheiten - Stuttgart, 1876. — HILTON FAGGE. Malattia parasitaria delle unghie (*Giorn. Ital. di Malattie Veneree*, 1868). — HIPPIG. Ueber die Therapie der Onychom. (*Canstatt's Jahresbericht*, 1866). — KAPOSI M. Leçons sur les maladies de la peau. (Traduzione

con note di Besnier e Doyon - Paris, 1881). — KLEINHANS. Die parasitären Hautaffectionen. Nach Bazin's Leçons théoriques, etc. (Erlangen, 1864). — KÖBNER H. Ueber Sycosis und ihre Beziehungen zur mycosis tonsurans (*Arch. für path., an.* 1861). — LESSER E. Malattie della pelle. (Traduzione con note di T. De Amicis nella *Patologia Speciale* di Strümpell - Napoli, 1886). — MAHON M. Recherches sur le siège et la nature des teignes - Paris, 1829. — MANASSEI C. Raccolta di casi clinici delle malattie della pelle - Roma, 1876-1877. — MEISSNER G. Pilzbildung in der Nägeln (*Canstatt's Jahresbericht. Würzburg*, 1854). — MICHELACCI A. Lezioni Cliniche di Dermatologia - Firenze, 1871. — ID. Saggi teorico-pratici di Dermatologia - *Lo Sperimentale*, 1864-65, e *Giorn. It. di Mal. Ven.*, ecc., 1867). — MILTON J. L. The Pathology and treatment of diseases of the skin - London, 1872. — MORELLI C. Guida pratica e razionale alla cura dei morbi cronici della pelle - Firenze, 1863. — NEUMANN I. Traité des maladies de la peau - Paris, 1880. — PROFETA G. Trattato delle malattie cutanee - Palermo, 1881. — QUINQUAUD. Des teignes (*Semaine médicale*, 1886). — RAYER. Trattato teorico-pratico delle malattie della pelle - Firenze, 1845. — RIPPING. Beiträge zur Lehre von den pflanzlichen, etc. (*Canstatt's Jahresbericht*, 1865). — ROCHARD F. Traité des maladies de la peau - Paris, 1860. — SCHILLING P. Compendio clinico delle malattie cutanee - Roma, 1877. — SCHULTZ H. Haut, Haare, und Nägel (Leipzig, 1885). — SIMON G. Le malattie della pelle - Venezia, 1854. — TANTURRI V. Intorno all'esistenza della Fitosicosi, etc. (*Morgagni*, 1870). — VIDAL E. Onychomycose trichophytique, etc. (*Gazz. des Hôpitaux*, 1880). — VIRCHOW R. Beiträge zur Lehre von den beim Menschen vorkommenden pflanzlichen Parasiten (*Archiv. für path.*, etc., 1856). — WAGNER B. Fall von Nagelpilz, etc. (*Canstatt's Jahresbericht*, 1866). — WALDENSTRÖM J. A. Fall af. Onychomycosis (*Jahresbericht über die Leist.* 1871). — WARION J. P. ADRIEN Du Sycosis (*Thèse de Strassbourg*, 1861 dal *Canstatt's Jahres*, 1862). — WEYL. Malattie della pelle prodotte da parassiti vegetali (*Patologia e Terapia speciale di Ziemssen*, vol. XIV, 1887).



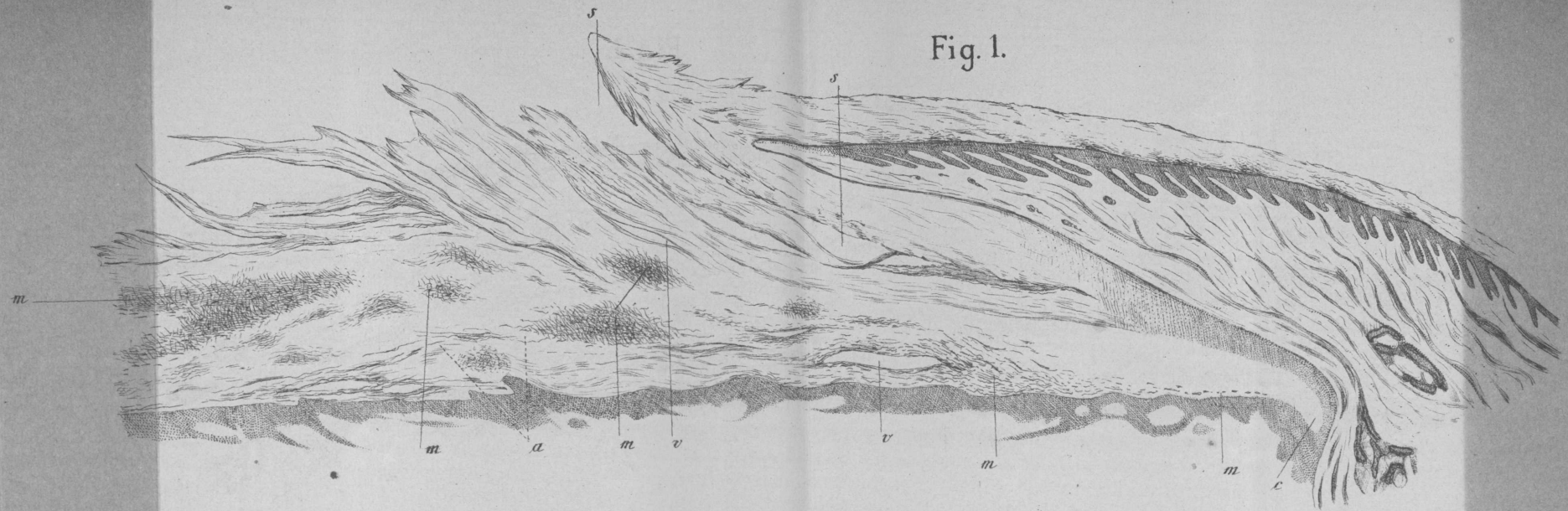


Fig. 1.

Fig. 4.

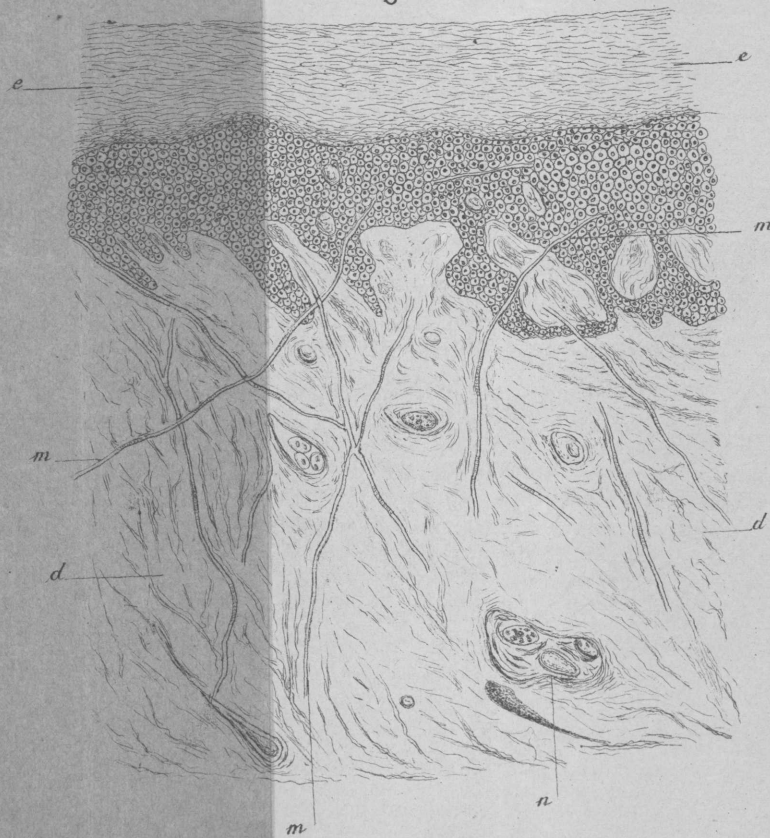


Fig. 3.

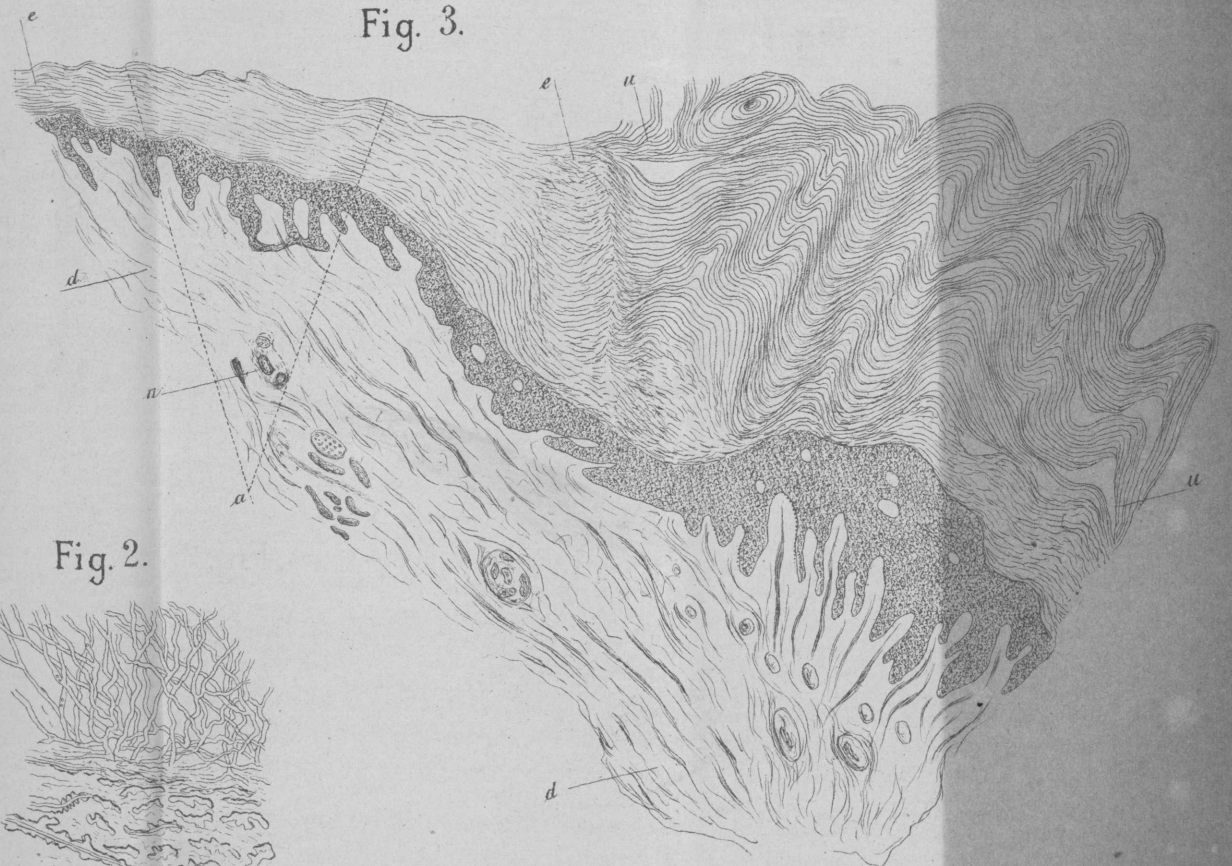
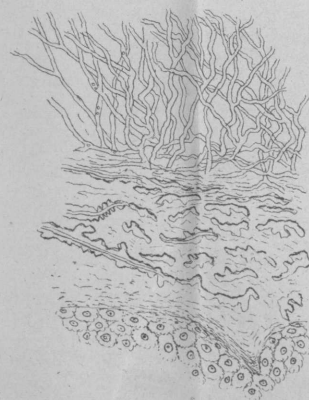


Fig. 2.



SPIEGAZIONE DELLA TAVOLA.

Fig. 1. Sezione verticale e nel senso longitudinale della unghia, dalla matrice fino a metà della sua lunghezza, del letto e del collaretto sopra-ungueale, a piccolo ingrandimento.

c. Porzione dell'unghia corrispondente alla matrice.

m. m. m. Micelii di *trychophyton*.

v. v. Spazii vuoti nella grossezza dell'unghia.

s. s. Solco sopra-ungueale.

Microscopio Koristka. Oc. 3. Ob. 4, tubo chiuso.

Fig. 2. Punto della figura 1, compreso fra le due linee punteggiate, riunite ad angolo in *a*, con fitta rete di micelii e guaine di keratojalina, a ingrandimento forte.

Oc. 3. Ob. 8., tubo chiuso.

Fig. 3. Sezione verticale in senso trasverso della porzione laterale dell'unghia e del suo collaretto, a piccolo ingrandimento.

u. u. Sostanza ungueale.

e. e. Epidermide cornea del collaretto peri-ungueale.

d. d. Derma.

n. Punto ove si trovano riuniti vaso, nervi e dutto di una glandula.

Fig. 4. Parte della figura 3, compresa fra le due linee punteggiate, riunite ad angolo in *a*, veduta a più forte ingrandimento.

e. Epidermide.

d. Derma.

m. m. Micelii di *trychophyton* nel reticolo Malpighiano e nel derma.

n. Punto ove si trovano due piccoli nervi sezionati trasversalmente, un piccolo vaso ed una parte di dutto di glandula sudorifera.

Oc. 3. Ob. 6, tubo mezzo alzato.

Estratto dal *Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*

Fasc. I. Marzo 1888.