

R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI PALERMO  
diretta dal Prof. L. PHILIPPSON

---

**Dott. Giuseppe SUNSERI**  
Capitano Medico Assistente Militare

# Sulle obiezioni che si fanno alla cura abortiva della sifilide

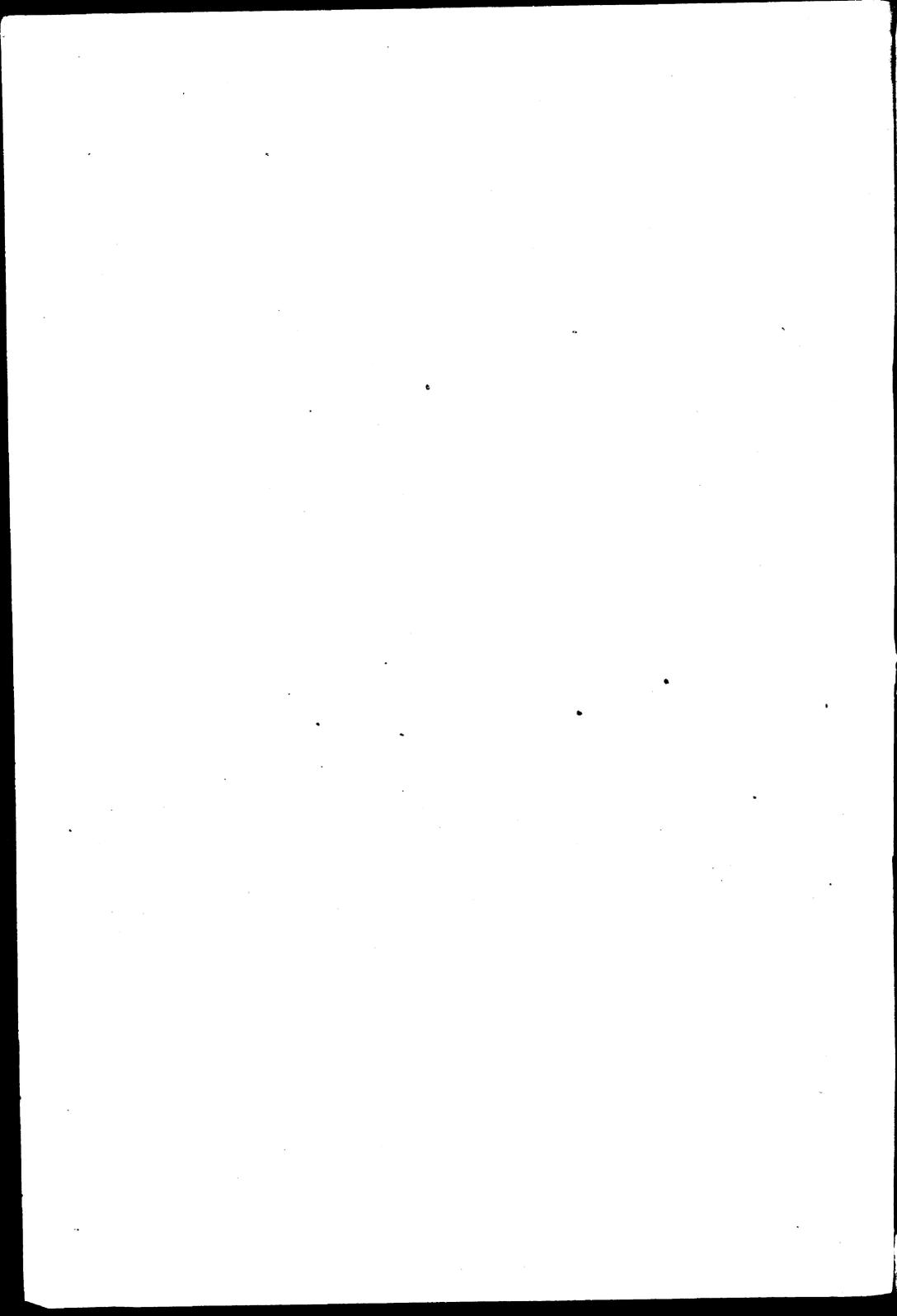
*m<sup>k</sup>*  
*B*  
*58*  
*44*



1923

Cultura Medica Editrice

PALERMO



R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI PALERMO  
diretta dal Prof. L. PHILIPPSON

---

**Dott. Giuseppe SUNSERI**  
Capitano Medico Assistente Militare

# Sulle obiezioni che si fanno alla cura abortiva della sifilide



1923

Cultura Medica Editrice

PALERMO

Estratto da "La Cultura Medica Moderna"

a. II, 1923 - n. 7-8

*Diritto di proprietà riservata*

---

Tip. GUSTAVO TRAVI - PALERMO Via Claverio, 15

noi ci proponiamo di raggiungere con la cura abortiva è di sterilizzare l'organismo semplicemente *infetto* da sifilide, e non di guarire un organismo già *malato*; in altri termini noi ci proponiamo di attaccare violentemente e distruggere le spirochete penetrate nell'organismo in uno stadio in cui esso non ha ancora sofferto alcun disturbo, neanche funzionale, per la presenza di esse, nè tanto meno un'alterazione dei suoi tessuti eccetto l'alterazione locale nel punto d'entrata del virus.

Essendo perciò i tessuti ancora sani e normali, noi nella lotta ci troviamo di fronte soltanto alle spirochete, uccise le quali, siamo sicuri che l'organismo resterà sano e normale quale era.

Occorre che questo concetto sia ben chiarito perchè alcuni autori non fanno una chiara distinzione fra infezione e malattia nella sifilide, mentre è evidente quanto diverse siano le condizioni dell'organismo e quanto diverso debba essere perciò l'indirizzo terapeutico nell'un caso o nell'altro; è chiaro che quando ci troviamo già di fronte allo stato di malattia non sarà più agevole l'impiego della cura abortiva e la *terapia sterilisans magna* deve lasciare il posto alla cura cronico-intermittente conosciuta.

La cura abortiva nella sifilide coi nuovi preparati arsenicali ha suscitato per quanto riguarda la sua applicabilità e i suoi effetti tali discussioni e divisioni nel campo dei sifilografi, e d'altra parte riveste tale importanza sociale che non sarà ozioso tentare di mettere la questione nella sua giusta luce perchè possa essere apprezzata per quello che realmente vale.

**Infezione e malattia.** — E prima di tutto occorre precisare che lo scopo che

**Latenza.** — Sebbene la sterilizzazione magna venga applicata da molti e in tutti i paesi vi sono ancora dei sifilografi che la mettono in dubbio e danno ai fatti che si osservano una interpretazione diversa.

Quello che principalmente si è osservato da coloro che hanno praticato tempestivamente la terapia abortiva è l'assoluta mancanza di sintomi clinici e serologici, mentre che questi nella grande maggioranza dei casi non sogliono mai mancare nel periodo che segue al sifiloma iniziale, cioè nel co-

sidetto periodo secondario; l'assenza dei sintomi in questo periodo costituisce un'eccezione (Fournier).

Ora pure la mancanza dei sintomi nei casi trattati abortivamente è stata interpretata da vari autori quale latenza dell'infezione.

Volendo considerare il non svilupparsi della malattia dopo la cura abortiva quale latenza della medesima, si verrebbe ad attribuire agli arseno-benzoli una particolarità biochimica del tutto speciale, appunto quella di mettere le spirochete soltanto in istato letargico, mentre tutti quanti i fatti sperimentali e clinici hanno dimostrato il potere spirocheticida dei medesimi.

Questo modo di vedere deriva ancora dai tempi in cui si usavano questi farmaci in dosi insufficienti per cui non poteva avvenire la sterilizzazione magna; nell'organismo cioè rimanevano ancora delle spirochete vive, le quali dopo un certo tempo provocavano nuove manifestazioni morbose. Invece quando ci si mette nelle condizioni favorevoli alla sterilizzazione, questa riesce con sicurezza e la mancanza dei sintomi altro non significa che la soppressione dell'infezione.

Il mal applicato concetto della latenza ha condotto pure al seguente ragionamento veramente strano; si dice: la maggior parte dei tabici e paralitici sono persone le quali hanno avuto soltanto segni di una leggera infezione, per cui esse si sono curate poco o niente affatto. Ora siccome quelle curate abortivamente non hanno avuto che pochi sintomi della malattia, anch'esse saranno probabilmente predestinate alla stessa sorte. E vi sono magari autori che credono di potere già dimostrare che fra i casi curati con 606 il numero dei paralitici sia già in aumento e che queste malattie si svi-

luppano più presto oggi che non nei tempi in cui si usava il mercurio.

**Reinfezione.** — Dopo l'introduzione della terapia abortiva si sono osservati accidentalmente vari casi di reinfezione, la quale rappresenta fino ad oggi la prova più sicura dell'avvenuta guarigione.

Anche prima, con gli antichi sistemi di cura, si erano osservate la reinfezioni, che erano però rarissime; in questi ultimi anni invece è stato registrato un numero di casi che proporzionalmente alla diffusione della sifilide è sempre sparutissimo, mentre paragonato ai casi rari del periodo mercuriale risulta notevolmente aumentato.

Alcuni autori (Cappelli) si meravigliano di questa maggior frequenza di reinfezioni osservate in questi ultimi anni, mentre qualche altro (Martinotti) pensa che non si concepisce il fatto che proprio gli individui che già hanno preso la sifilide siano più facili degli altri a reinfezzarsi, quasiché l'organismo guarito di sifilide venga a trovarsi in istato di maggiore vulnerabilità di fronte alla sifide di quel che non sia l'organismo precedentemente sano.

Non mi pare sia il caso di meravigliarsi di questa aumentata frequenza delle reinfezioni.

Prima, con gli antichi sistemi di cura mercuriale i casi di reinfezione si notavano a una lunga distanza di tempo dalla prima infezione, dopo decenni, e quindi era difficile che l'ammalato ritornasse allo stesso sifilografo che lo aveva visitato la prima volta, ed era ancora più difficile che questi avesse conservato per così lungo tempo delle annotazioni precise e che lo avesse poi seguito per un così lungo periodo di anni; quindi era molto difficile e molto raro in quelle condizioni che il sifilografo potesse

affermare con sicurezza assoluta se si trattava di una reinfezione.

Oggi invece queste reinfezioni si sono potute verificare a brevissima distanza di tempo dalla prima infezione, ciò che rende molto più facile e sicuro il giudizio del sifilografo, il quale avendo da poco tempo curato per la prima infezione lo stesso ammalato (ed è molto più facile in queste condizioni che l'ammalato torni dallo stesso medico), ha potuto più facilmente tenerne nota e seguirlo nell'andamento della sua malattia, e quindi con maggiore facilità e sicurezza avrà potuto fare la diagnosi di reinfezione.

Il fatto nuovo è appunto questo: la brevissima distanza di tempo alla quale è divenuta possibile l'eventualità di una reinfezione, fatto nuovo che dipende appunto dalla soppressione immediata dell'infezione, per cui dopo cura abortiva l'organismo riesce del tutto normale e suscettibile ad una nuova infezione come uno mai, prima, toccato dall'infezione.

Nè è giustificato pensare a una maggiore vulnerabilità di fronte ad una nuova infezione degli individui che la subirono già una prima volta, se si considera con quanta leggerezza essi si espongono ad una nuova infezione persuasi come sono, in base agli insegnamenti dell'antica sifilografia, di godere la immunità.

Gioverà ricordare a tal proposito il caso pubblicato dal Prof. Philippson nella Rivista Sanitaria Siciliana nell'agosto 1922 ed il caso analogo pubblicato dal Dottor Pdiconi nel Fascicolo N. 29 del Policlinico 1922.

Nel caso del Prof. Philippson si tratta di un giovane collega il quale gli si presentò il 23 Gennaio 1920 con un sifiloma che datava da 10 giorni al foglietto

interno del prepuzio: agli inguini si palpavano le ghiandole linfatiche ingrossate, e la R.W. era negativa. Gli venne praticato un primo periodo d'iniezioni endovenose di 5 gr. di neosalvarsan; dopo la seconda iniezione il sifiloma cadde in necrosi ma rimarginò sollecitamente. In maggio la R.W. era sempre negativa. Dal giugno all'agosto ricevette, col secondo turno d'iniezioni endovenose, altri gr. 4.50 di neosalvarsan; stato obbiettivo e subbiettivo sempre normale, R.W. sempre negativa.

Il paziente tornò dal Prof. Philippson l'anno dopo, nell'agosto 1921, per informarlo della sua sifilide e gli disse che aveva un *ulcera* al rafe del pene.

Il Prof. Philippson trovò al punto indicato un sifiloma tipico, ben circoscritto sollevato, di colorito rosso prosciutto, verniciato, da sollevarsi in massa, durissimo, da diagnosticarsi a distanza; le ghiandole inguinali sporgevano in ambo i lati, e, sollevando la camicia si presentò la roseola ben pronunziata, di cui egli non si era ancora accorto.

Confessò di avere frequentato donne e credette in sulle prime di trovarsi di fronte ad una manifestazione della prima infezione, tanto era convinto della sua immunità acquisita; dopo un pò di esitazione convenne che aveva addosso una sifilide fresca di due mesi circa e che aveva preso per la seconda volta l'infezione.

Anche nel caso citato del Dott. Pedicone si tratta di un giovane medico, il quale si era contagiato per la prima volta nel maggio 1919 e fu curato da lui abortivamente con iniezioni endovenose dopo 15 giorni dall'inizio della lesione e con R.W. negativa. Non volendo credere ad una guarigione vera dopo il trattamento precoce, abortivo, seguì ad esporsi a con-

tagio ostentatamente senza remora sinacchè nell'agosto 1921 tornò a reinfettarsi.

Inoltre le reinfezioni vengono diversamente interpretate dai varii autori: alcuni difatti le considerano come possibili manifestazioni tardive recidivanti dalla prima infezione; pensano cioè che il nuovo sifiloma iniziale possa essere un sifiloma recidivante *in situ*: *chancre redux di Fournier*; oppure che si possa trattare di una manifestazione secondaria che assume l'indurimento: *Pseudo chancre induré di Fournier*; o una speciale forma gommosa che può simulare per il suo aspetto obbiettivo la lesione iniziale: *syphilome tertiaire chancriforme di Fournier*, o anche un'ulcera molle che innestandosi in un sifilitico può dar luogo ad una forma ulcerosa, indurata: *ulcero indurato di Tarnowski ecc.*

Or tutte queste eventualità sono prima di tutto abbastanza rare e, se noi le identifichiamo, come si vorrebbe, con la maggior parte delle reinfezioni pubblicate in questi ultimi anni, dovremmo concludere, ciò che sarebbe abbastanza strano, che esse proprio oggi son divenute frequenti; inoltre è molto difficile che non si possa fare in tali casi la diagnosi differenziale basandosi sulla sede della lesione, sulla forma dell'ulcerazione, sul decorso, sulla concomitanza o meno di altre manifestazioni specifiche, sul suo modo di evolvere, sullo stato dei gangli, sull'anamnesi dell'ammalato sulla possibilità o meno che egli si sia esposto ad un nuovo contagio ecc.

D'altra parte queste diagnosi di reinfezione sono state fatte da sifilografi che pure per il passato non ne avevano fatto una sola, e sarebbe strano pensare che questi autori d'un tratto fossero divenuti così corrivi e così facilmente ingannabili in tali diagnosi.

È logico invece ammettere che tali autori avranno tenuto ben presente la possibilità di tali errori ed avranno sottoposto ad una severa critica i loro casi prima di dare il giudizio definitivo; però, per le ragioni già dette, essi si saranno trovati in condizioni molto più favorevoli, di quanto non fosse per il passato, per potere fare con sicurezza la diagnosi di reinfezione.

Il concetto che una buona parte delle reinfezioni debbano considerarsi come manifestazioni tardive della prima infezione è sostenuto anche da Cappelli (Giornale Italiano Malattie Veneree 1221), il quale fra l'altro dice che è stata riscontrata una facilità di recidive a tipo primario in sifitici trattati precocemente, a scopo abortivo, sopra tutto con iniezioni endovenose, e spiega queste recidive come "dovute a possibili risvegli di spirochete in terreno anergico." Ma queste osservazioni sono state molto efficacemente controbattute dal Mibelli (Giornale Italiano Malattie Venere Fasc II-1922), al quale lascio senz'altro la parola:

Il Cappelli, egli dice, ammette la possibilità di un risveglio di spirochete in terreno anergico; perchè non ammettere invece, il che sembra più probabile, che in questo terreno spirochete provenienti che un nuovo ceppo infettivo vi si comportino come in un terreno vergine e vi determinano una seconda infezione? e di fronte, per converso ad una reinfezione, perchè non ammettere che il terreno è vergine e che la prima infezione pertanto più non esiste? Certo si è, soggiunge lo stesso autore, che l'affermazione di una reinfezione deve avvenire solo dopo una prudentissima critica, ma la più prudente critica non riesce a distruggere il valore clinico di tutte le reinfezioni pubblicate in questi ultimi anni.

Nel sostenere la sua tesi delle recidive il Cappelli richiama inoltre nel lavoro già citato le esperienze fatte da Neisser sulle scimmie nel 1905 (Neisser-Beiträge. pag. 191, Ed. 1911). Nel riportare le conclusioni di quest'ultimo autore mentre riconosce che la sifilide sperimentale non appoggia la sua tesi delle recidive, d'altra parte traducendo erroneamente il tedesco fa dire al Neisser che « *gli animali sifilizzati sono suscettibili verso organi di altri animali ammalati* » cosicchè verrebbe ad ammettere come sperimentalmente provata da Neisser la possibilità di attecchimento di una nuova infezione in animali già infetti, cioè a dire una superinfezione. Mentre il Neisser nel lavoro citato dice testualmente: « *Un grande numero di animali operati ed autoinoculati venne anche inoculato con materiale estraneo ma senza alcun effetto*, ed aggiunge subito:

*Non si potè così stabilire per quanto riguarda la autoinoculabilità alcuna differenza tra virus estraneo e virus proprio.*

E' chiaro che il Neisser aveva detto perfettamente il contrario di quanto il Cappelli certo per difetto di traduzione gli aveva attribuito; cosicchè non risulta sperimentalmente provata da Neisser la possibilità di attecchimento di organi ammalati in animali già infetti, cioè la superinfezione.

**Superinfezione.** — Vi sono tuttavia dei sifilografi che considerano molte delle reinfezioni come possibili casi di superinfezione.

Di superinfezione nella sifilide si parla dopo gli esperimenti di Finger e Landsteiner, i quali si proposero di risol-

vere il problema come mai era possibile, malgrado l'immunità che si sviluppa nella sifilide che le spirochete proprie di un organismo riuscissero patogene per l'organismo stesso mentre quelle estranee non più.

Essi allora inocularono del materiale virulento nel derma di sifilitici che si trovavano in vari periodi della loro malattia, e riuscirono a provocare in tal modo al punto di inoculazione delle lesioni che per il loro aspetto esteriore corrispondevano a quelle spontanee del rispettivo periodo, papule, gomme, etc. Questi esperimenti riuscirono però soltanto quando la malattia si trovò nello stadio di manifestazioni; mentre negli stadii di latenza non riuscirono. Gli autori ne conclusero che l'immunità assoluta non esiste nella sifilide.

Intanto il solo fatto sperimentale cui si potrebbe ricorrere per sostenere la superinfezione nei casi giudicati da altri come reinfezioni dopo cure abortive è appunto quello che si riferisce alle inoculazioni fatte dagli autori sopranominati; ma il fatto che esse non attecchirono proprio nei casi di latenza mentre attecchirono nei casi con manifestazioni, verrebbe piuttosto a confermare anzicchè a confutare il giudizio dei sostenitori della reinfezione.

Sin qui ho cercato di confutare le obiezioni che si fanno alla cura abortiva della sifilide portando nella discussione soltanto argomenti e fatti clinici, fatti che principalmente provano la possibilità di vere reinfezioni in individui già infettati di sifilide e curati abortivamente.

Ma anche la sifilide sperimentale offre un contributo di fatti comprovanti che la possibilità di tali reinfezioni esiste anche negli animali opportunamente curati.

**Esperienze di Neisser.** — Ricorderò a tale scopo le esperienze sulle immunità fatte da Neisser sulle scimmie nel 1905 (Neiser Beitrage ed. 1911), per mezzo delle quali egli potè provare che l'attecchimento di una reinoculazione di virus sifilitico non era possibile in animali non trattati con la cura specifica e perciò ancora infetti, mentre ottenne un'altra percentuale di reinoculazioni, positive col tipico sifiloma iniziale, in scimmie che egli aveva trattato con una cura specifica appropriata; inoltre egli potè constatare che gli organi di quegli animali in cui la reinoculazione non era attecchita, innestati ad altri animali sani produssero la malattia; ciò prova che la causa del mancato attecchimento della reinfezione stava appunto nel fatto che detti animali erano ancora ammalati.

**Esperienze di Kollé.** — Ricorderò ancora i risultati importanti delle recentissime esperienze condotte da Kollé sui conigli ai fini della cura abortiva e pubblicate col titolo « *Experimentelle Untersuchungen über die abortivheilung der syphilis nel "Deutsche Medizinsce Wochenschrift"* » del settembre scorso.

Per potere apprezzare tutto il valore di queste esperienze bisogna premettere che il Kollé lavora nei suoi laboratori da circa un decennio con uno stipite di spirochete (stipite di Truffi) della Casa Speyer, col quale, mediante continui e successivi passaggi nei conigli ha ottenuto di *potere avere un attecchimento dell'infezione tutte le volte che egli la tenti in conigli sani*, fatto molto importante che gli permette di attribuire ai mancati attecchimenti nei conigli sifilitici tutto il valore biologico che essi meritano.

Egli perciò, forte di queste circostanze

favorevoli si accinse alle sue esperienze e, dopo lunghe ed accurate ricerche trovò che conigli infettati sperimentalmente con lo stipite di Truffi, che non avevano ricevuto alcun trattamento antisifilitico non si lasciarono più infettare di sifilide durante la loro vita; egli osservò bensì in qualche caso infiltrazione e ulcerazione, mai però un tipico sifiloma.

In una altra serie di conigli infettati nello stesso modo applicò il trattamento specifico a cominciare da 3 giorni, 15, 30, 45 sino a 120 giorni dopo l'infezione con tre grossi dosi di Salvarsan, e successivamente li reinfettò con spirocheta pallida 110 sino a 120 giorni dopo l'infezione.

Egli iniettò forti dosi di Salvarsan allo scopo di provocare un *ictus immunizatorio quanto più possibile* forte ad uccidere così possibilmente tutte le spirochete.

Nei conigli nei quali intervenne con la cura in un periodo inferiore ai 45 giorni dall'infezione ottenne reinoculazioni positive col tipico sifiloma iniziale quasi nel cento per cento dei casi, mentre le reinfezioni tentate nei conigli nei quali intervenne con la cura dopo i 45 giorni restarono senza effetto in una percentuale progressivamente crescente, sino a chè negli animali trattati dopo i 90 giorni non gli fu più possibile di reinfettarne uno solo col tipico sifiloma iniziale.

Concluse che nei conigli nei quali s'interviene con la cura prima dei 45 giorni è possibile raggiungere la sterilizzazione magna e quindi la guarigione biologica, mentre tale risultato si fa sempre più raro intervenendo dopo i 45 giorni.

Tutto fa pensare che quanto avviene nei conigli trattati abortivamente da Kollé debba avvenire anche negli uomini con le

opportune variazioni sul tempo d'intervento e sulla misura delle dosi; cosicchè sia le esperienze di Neisser che quelle di Kolle danno nuovo valore all'interpretazione da noi data dei fatti clinici osservati negli uomini sifilitici trattati abortivamente.

**Conclusione.** — Riassumendo, le varie obiezioni che si fanno alla cura abortiva della sifilide più che da constatazioni serie provengono dalla maniera con la quale ancora oggi viene considerato il problema della guarigione della sifilide.

Esso infatti viene trattato con gli stessi criteri di venti anni fa, come se nulla, nessun fatto nuovo fosse sopraggiunto d'allora a modificare a nostro vantaggio i termini della lotta impegnata contro il flagello della lue.

Sta di fatto invece che noi oggi con la scoperta della spirocheta pallida, della R. di Vassermann e del nuovo preparato di Ehrlich ci troviamo in una situazione che si è modificata in questi ultimi anni tutta a nostro vantaggio, inquantochè abbiamo acquistato i mezzi per l'accertamento precocissimo delle diagnosi, per il controllo della malattia e della cura e un mezzo potente di distruzione delle spirochete, tutte condizioni che hanno un valore incalcolabile ai fini della cura, e che rendono il problema della guarigione della sifilide di assai più facile soluzione.

Guardati con questi criterii i risultati eccellenti della cura abortiva non dovrebbero lasciare più alcuno ancora dubbioso o perplesso, ed io persuaso della bontà di questo metodo di cura, quando venga sapientemente applicato, mi auguro che esso si diffonda e si affermi sempre più nell'interesse dei pazienti, della società e per il prestigio della classe medica stessa.

Però per una più larga e più opportuna applicazione di questa terapia occorre anche che la classe dei medici abbandoni completamente il vecchio pregiudizio che ha sino ad oggi dominato per quanto riguarda la sifilide, e cioè, che essa sia da considerarsi quale malattia cronica sin dal principio.

In realtà questo concetto deriva dalla vecchia patologia umorale che regnava nelle malattie infettive prima che si conoscesse la parassitologia.

Allora si paragonava la sifilide alla scrofula, alla malaria, al reuma; la sifilide fin dal suo inizio era una diatesi e come tale non poteva scomparire o guarire che con delle lunghe cure e col tempo. Era quindi da escludersi anche la possibilità di sopprimere la malattia fin dal suo iniziarsi.

Colle prime scoperte dei microrganismi quale causa di malattie infettive invece, questo modo di vedere cambiò del tutto già prima della scoperta della spirocheta, e perciò anche una cura abortiva della sifilide sembrò fin d'allora realizzabile e fu tentata col mercurio.

Occorre inoltre far conoscere al pubblico la necessità di farsi visitare per qualsiasi lesione che si verifica ai genitali dopo un coito sospetto e di non aspettare come succede di solito la comparsa dell'*ulcera*, e se attualmente difatti sono pochi gli ammalati che possono beneficiare della cura abortiva ciò avviene perchè la maggior parte dei medesimi va dal medico ad infezione già inoltrata.

A tale scopo mira la propaganda che in tanti paesi si fa per istruire il gran pubblico sui pericoli delle malattie veneree.

Ma già fin d'ora il medico potrebbe migliorare le condizioni curative qualora prestasse più attenzione e tenesse più conto

delle lesioni d'aspetto banale, le quali in realtà possono essere già focolai primitivi dell'infezione sifilitica.

Se non lo fa ciò dipende più che altro dagli insegnamenti della sifilografia, la quale nella descrizione del sifiloma iniziale porta ancora le vestigia della sifilografia puramente medica o clinica. Ora dacchè si conosce la spirocheta pallida l'infezione si può già diagnosticare prima dello sviluppo del sifiloma per mezzo della sua ricerca, fatta col paraboloide, in lesioni che si presentano quali semplici abrasioni, quali graffiature, quale balanite incipiente, quale follicolite del solco coronario e via dicendo.

Anche queste lesioni si trovano già accompagnate dall'ingrossamento di qualche ghiandola linfatica nella regione corrispondente, la quale ancora non avvertita dall'ammalato si può scoprire con la palpazione, che suscita anche un leggero dolore.

Se noi siamo chiamati ad intervenire quando le lesioni sono a tal punto, e se la R. di W, negativa confermerà il recente inizio di esse, noi certamente ci troviamo nelle migliori condizioni per applicare la sterilizzazione magna.

Prima di finire sento il dovere e il bisogno di ringraziare pubblicamente il Chiarissimo Prof. Philippson, che è stato l'ispiratore di questo mio lavoro e che, con la sua larga dottrina, mi è stato di sapiente guida nel condurlo a termine.

h 6 2 1 0



