

La Clinica

DIRETTORI:

PROF. ANTONIO GASBARRINI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA MEDICA
BOLOGNA

PROF. RAFFAELE PAOLUCCI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA CHIRURGICA
ROMA

REDATTORE CAPO
MARIO TRINCAS

REDATTORI PER LA MEDICINA

A. BASSI E G. SOTGIU

REDATTORI PER LA CHIRURGIA

A. QUIRI E E. RUGGIERI

SEGRETARIO DI REDAZIONE

E. BERNABEO

ANNO SESTO

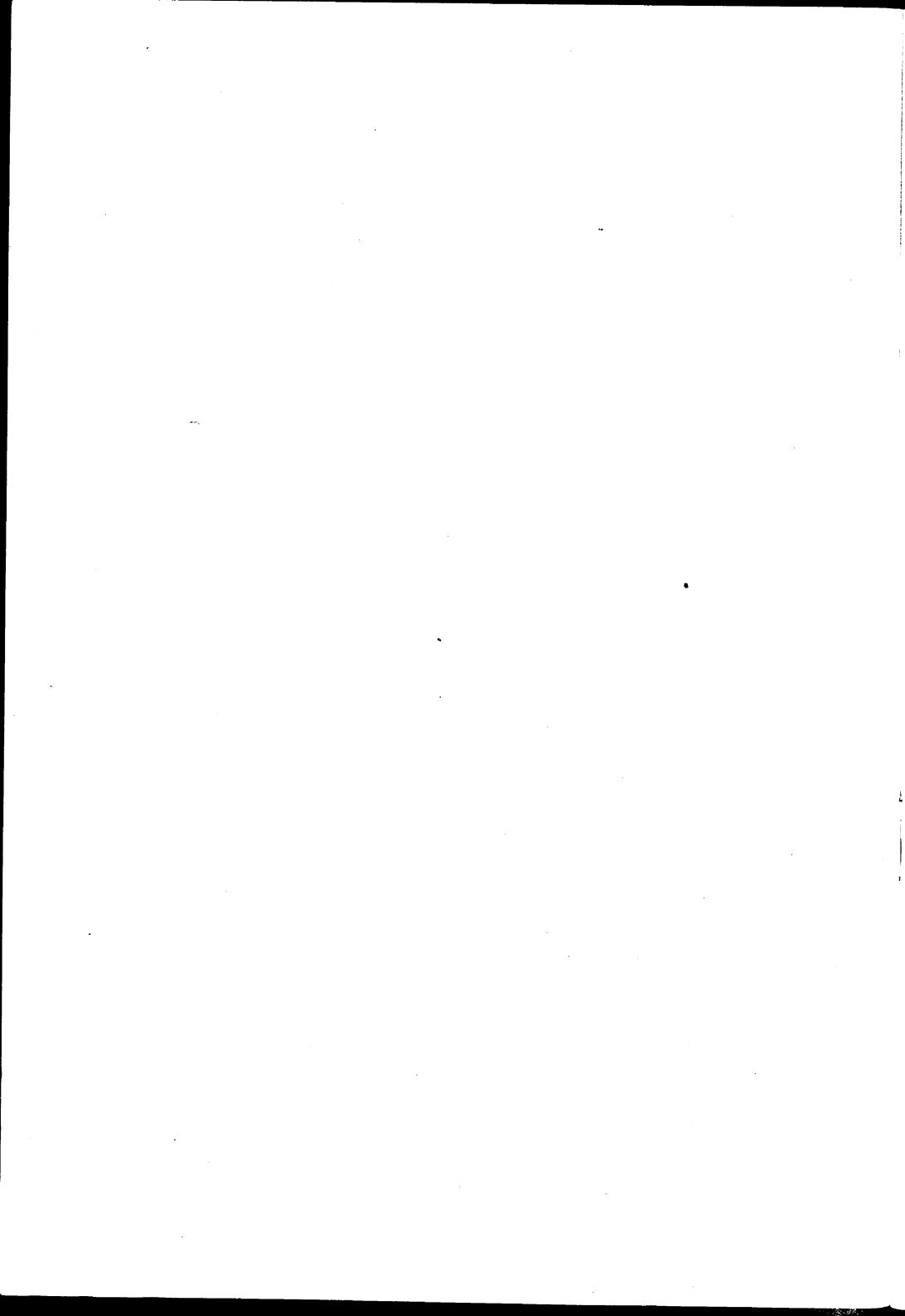
1940

La sifilide ai tropici.

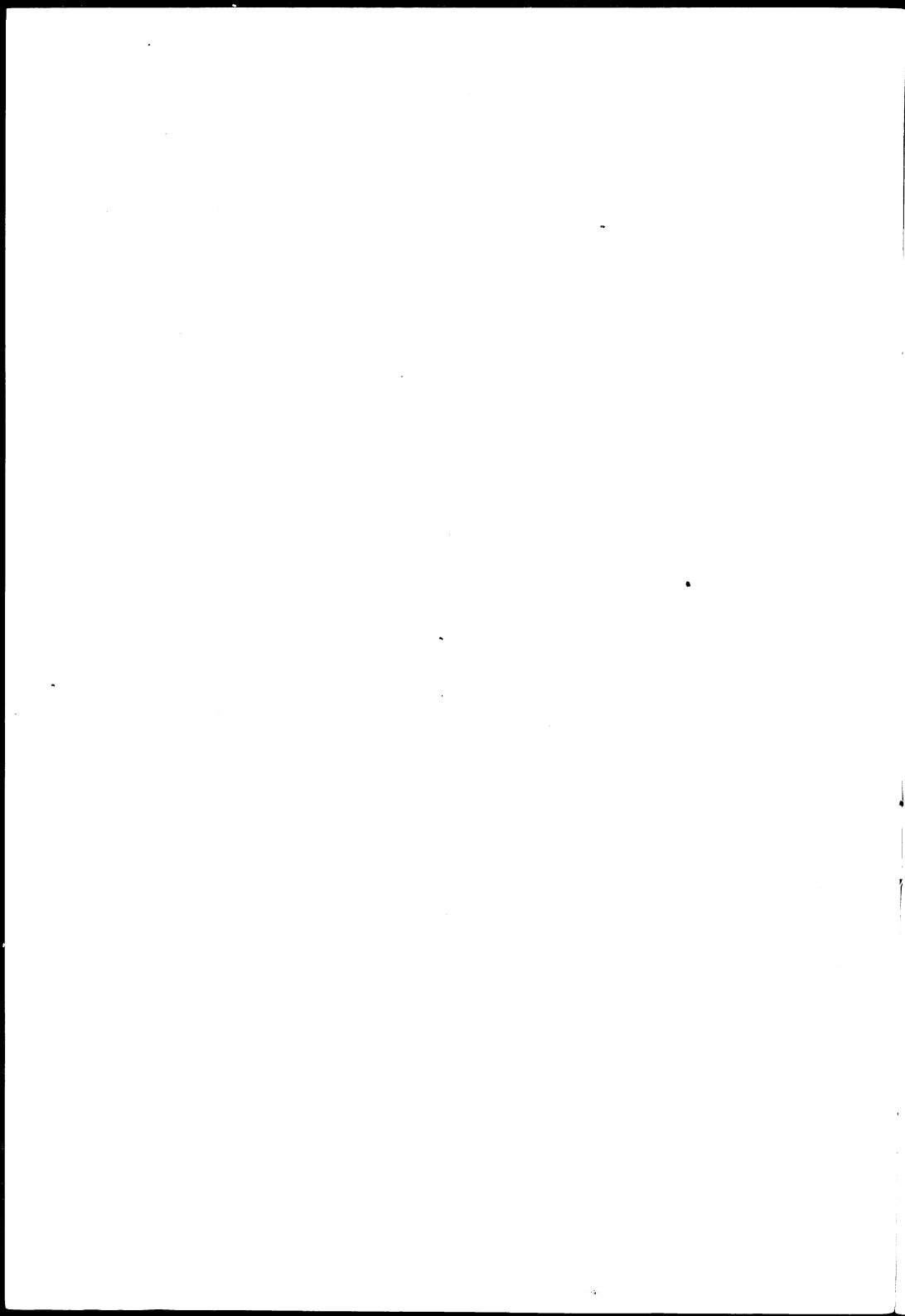
(Frequenza - Forme Cliniche - Profilassi).

DOTT. GIULIANO GUALANDI

L. CAPPELLI — EDITORE — BOLOGNA



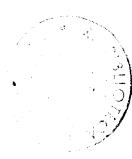




La sifilide ai tropici.

(Frequenza - Forme Cliniche - Profilassi).

DOTT. GIULIANO GUALANDI



Frequenza. - Chi ha avuto occasione di esercitare la medicina nei Paesi caldi, ha certamente potuto constatare quanto frequente sia la sifilide in quelle terre. È questa una nozione di vecchia data da tutti conosciuta e pressochè da tutti i medici coloniali accettata.

In questi ultimi tempi qualche voce discorde si è levata contro l'opinione corrente cercando di dimostrare che tale malattia non è poi tanto diffusa come si crede. Così D. LAURENT (7) che fu nel medio Congo francese per 2 anni, quale Capo del servizio di puericultura di Brazzaville. Questo Autore ammette d'accordo con altri medici coloniali che gli aborti, i parti prematuri, la mortalità infantile raggiungono nell'Africa Equatoriale francese cifre molto elevate. (40 % per i parti prematuri e gli aborti; 30 % per le Bordet-Wasserman positive in gravidanza). Ma contrariamente all'opinione comune ritiene inesatto pensare che nella quasi totalità dei casi sia in causa la sifilide.

Afferma questo Autore che nessuna importanza è devoluta alla positività della reazione di Bordet-Wasserman, troppo numerose essendo ai Tropici le malattie che tale reazione possono dare positiva; che solo eccezionalmente gli è avvenuto di osservare un bambino sifilitico, « vale a dire portatore in modo inequivocabile delle stimmate che caratterizzano la sifilide congenita »; che gli aborti e i parti prematuri

sarebbero da attribuire all'alimentazione impropria e alle aspre fatiche cui è sottoposta la donna nera anche nella stato di gravidanza. La mancanza di mortinatalità convaliderebbe questa ipotesi.

Conclude perciò che il concetto di una estrema frequenza della sifilide nell'Africa equatoriale francese è errata, e deve essere riveduto in base ad una più sicura interpretazione dei dati statistici raccolti. Questa la conclusione, che a mio avviso non si può accettare, proprio in considerazione dei dati forniti dallo stesso Autore che sono troppi significativi per essere svalutati anche da una critica severa.

È possibile che come dice il LAURENT si sia esagerato sulla diffusione della sifilide nei paesi tropicali e che un certo grado di scetticismo sia utile in materia ai medici coloniali; non si deve a priori vedere in ogni nativo un sifilitico. Ma è senza dubbio eccessivo ritenere sifilitici solo i bambini aventi le classiche stimmate dell'eredolue, quando anche per i bambini di razza bianca nati da genitori sifilitici i nostri pediatri (NASSO, 10) insegnano che spesso mancano per tutta la vita i segni tipici della lue congenita, o si presentano tardivamente e in forma larvata.

Così anche ammettendo che i traumi da lavoro e un'alimentazione inadeguata possano influire sulla interruzione della gravidanza, non si deve sopravvalutare l'importanza di questi fattori. La sifilide resta

pur sempre una causa principale di aborto e parto prematuro. In fine se è vero che molte malattie tropicali possono incidere sulla positività delle reazioni della sifilide, tuttavia queste non si possono svalutare del tutto, specialmente quando l'interpretazione di dette reazioni è in armonia con i dati clinici.

D'altra parte RIOUX (13), medico comandante del corpo di sanità coloniale dell'A. E. F., fa analoghe obiezioni all'Autore sopra citato, e ribadisce, in base a dati statistici molto interessanti, il concetto dell'estrema diffusione della sifilide nei paesi tropicali.

Sul problema della frequenza della s. ai tropici, in particolare in A. O. I.,

CHIONETTI e MARIANI (3), dell'Ospedale « Duca degli Abruzzi » di Addis-Abeba, portano un notevole contributo. Questi AA. hanno praticato la Meinike e la Kahn su nativi ripartiti in tre gruppi: adulti ricoverati per forme morbose varie e senza sintomi di s. in atto, bambini ricoverati per lesioni traumatiche, e prostitute.

Con i seguenti risultati:

	Esaminati	Luetici
Bambini dai 6 ai 12 anni	114	18 %
Adulti	109	60 %
Prostitute	138	83 %

Gli AA. hanno tenuto conto solo dei risultati decisamente positivi. L'importanza di queste ricerche è tanto maggiore in quanto l'attendibilità dei dati non può essere sminuita dalla

constatata positività delle reazioni della s. in molte altre malattie tropicali.

In Addis-Abeba infatti per la notevole altitudine (m. 2500 s. m.), che rende il suo clima non molto dissimile dal nostro, è più raro il riscontro di quelle malattie che possono incidere sulla positività delle reazioni della s. Un solo appunto si può fare ed è che per poter stabilire una media più sicura bisognerebbe fare ricerche sierologiche su materiale assai più numeroso.



Fig. 1. — Sifiladerma papulo-squamoso.
Papule anulari al braccio.

Le cifre su riportate sono certamente impressionanti anche se raccolte su nativi di un centro affollato, essendo risaputo che negli agglomerati la percentuale di sifilitici è maggiore, e stanno a testimoniare come anche nelle nostre terre dell'A. O. I. al pari che in altre zone africane la s. sia enormemente diffusa fra i nativi. Quali le cause di questa grande diffusione? Credo che si possano così riassumere:

1°) Mancanza assoluta delle più elementari regole igieniche. Cosicché un sifilitico con manifestazioni cutanee o mucose, pericolosissime per il contagio, può continuare a vivere in promiscuità con gli altri

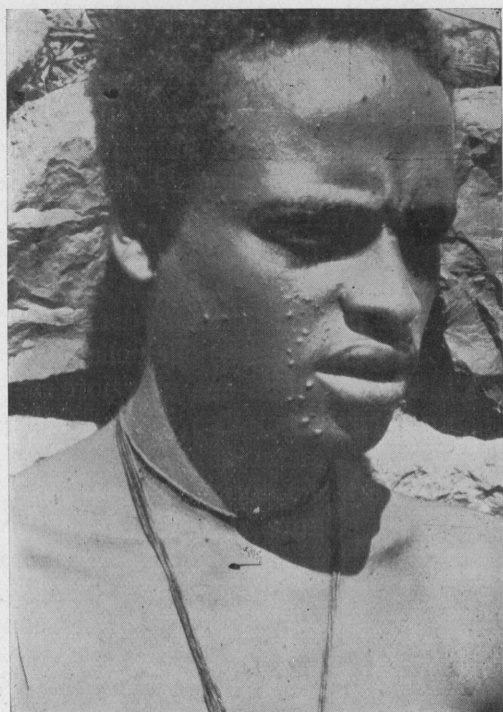


Fig. 2. — Sifiloderma acneiforme.

membri della famiglia, favorendo anche con la comunione degli oggetti domestici il contagio extrasessuale.

2°) Poligamia, per cui è inevitabile che l'infezione passi dal marito alle varie mogli.

3°) Mancanza di principi morali: gli abissini considerano la prostituzione una occupazione redditizia senza ritenerla troppo disonorevole. Si pensi che solo in Addis Abeba, secondo CIONETTI e MARIANI, sono state librettate nel 1937 circa 860 donne, senza contare le prostitute clandestine.

4°) Mancanza di cure prima dell'avvento degli Italiani, e perciò mancanza di una bonifica umana, senza di che la malattia tende a diffondersi alla massa della popolazione per contagio sessuale, extra-sessuale, ereditario.

Forme cliniche. - Durante la mia permanenza di un anno in A. O. I. (Scioa) ho voluto tenere nota di tutti i casi di sifilide che occorreavano alla mia osservazio-

ne. Per varie ragioni: per rendermi conto della frequenza della s. nei nativi all'interno del paese e vedere se qui la sua diffusione fosse equiparabile a quella dei grossi centri; inoltre per sapere quali fossero le forme cliniche che più spesso ricorrono nella sifilide tropicale. I dati che qui riferisco sono stati raccolti in piccola parte a Ghedò nello Scioa, per la maggior parte a Tibè e a Bacò pure nello Scioa ma con popolazione galla, avendo in questi due ultimi paesi prestato servizio oltre che come medico alle centurie di militi lavoratori, anche come medico residenziale incaricato.

Premetto che non ho potuto eseguire ricerche sierologiche. Non per questo è minore l'attendibilità dei dati, avendo considerato sifilitici solo quei casi a sintomatologia evidentissima, e nei quali il criterio *ex iuvantibus* mi confermava la diagnosi. Di più: la framboesia, la malattia che nei confronti della sifilide ai tropici può creare più spesso imbarazzi sia per la diagnosi



Fig. 3. — Condilomi piani ascellari.

diretta che indiretta, raramente si trova sull'altopiano.

Naturalmente devono esser considerati

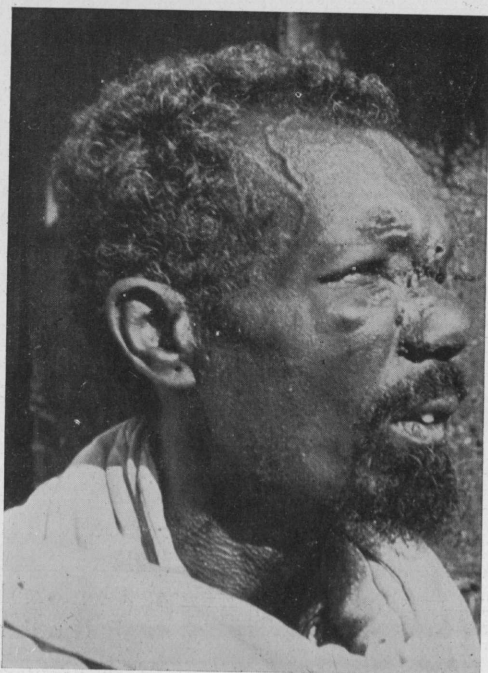


Fig. 4. — Osteoperiostite ossa nasali.

solo come dati approssimativi; ciò che vi è di errore deve essere valutato piuttosto in difetto che in eccesso, per la ragione che il nativo e soprattutto il sifilitico si presenta al medico solo quando la sua malattia è in forma evolutiva e causa di evidenti disturbi.

Nel 1939 su circa 1900 indigeni visitati ho trovato 630 casi di s. così ripartiti:

Sifiloma iniziale	27,14 %
Sifilodermi secondari	29,9 %
Sifilide delle mucose	6,13 %
Manifestazioni cutanee terziarie	11,67 %
Sifilide ossea	10,35 %
Sifilide cardiovascolare	2,64 %
Sifilide viscerale	0,95 %
Sifilide congenita	11,22 %
Sifilide nervosa	—, —

Da un esame sommario di questi dati si nota subito l'elevato numero di sifilitici che comparativamente a quello degli altri ammalati raggiungano il 33,10 %. Risulta

inoltre in accordo con una nozione di vecchia data, che nel quadro nelle varie manifestazioni sifilitiche, quelle cutanee sono nettamente prevalenti e assenti quelle nervose. Vediamo ora partitamente le caratteristiche delle manifestazioni sifilitiche osservate nei vari gruppi.

— *Il sifiloma iniziale* l'ho trovato nella maggior parte dei casi nel sesso maschile. Non sarebbe per questo esatto dedurre che è più frequente nell'uomo che nella donna. Quest'ultima infatti ha una maggiore ritrosia a presentarsi al medico, inoltre si deve ammettere che lesioni di scarsa entità nei genitali esterni, più complessi che nell'uomo, possono passare inosservate.

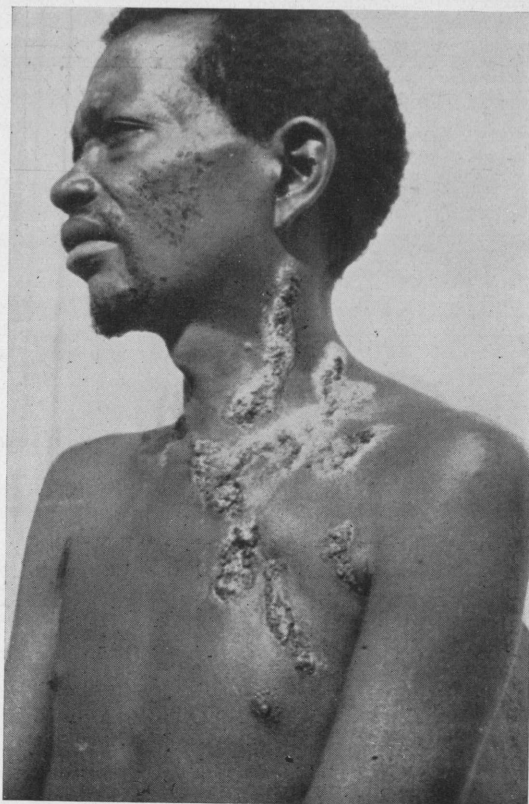


Fig. 5. — Gomme confluenti.

È difficile sorprendere un sifiloma allo stato di semplice erosione, data la scarsa importanza che a questa viene attribuita per l'assenza del dolore. Più spesso si ve-



Fig. 6. — Sifiloderma papuloso.

dono ulcere fagedeniche molto estese che possono coesistere assieme ad un avanzato sifiloderma secondario. La frequenza del fagedenismo si può spiegare e con le condizioni di depauperamento organico, frequente nei nativi, e con l'assoluta mancanza di cure per la persona, per cui la lesione viene lasciata in contatto con l'incredibile sudiciume dei panni e perciò esposta alle varie associazioni microbiche. Ne conseguono molto spesso distruzioni parziali del glande a cui residuano cicatrici deformanti.

Per la sede: mi è avvenuto non raramente di riscontrare la lesione iniziale o alla radice dell'asta o in corrispondenza dell'eminanza pubica; è probabile che in questi ultimi casi la porta d'ingresso dell'infezione sia costituita da piccole soluzio-

ni di continuo conseguenti alla abitudine di radersi i peli del pube.

L'adenopatia inguinale era evidente talora evidentissima e persistente a grande distanza di tempo dal contagio. Le forme miste non sono molto comuni.

Manifestazioni secondarie. - Il quadro delle manifestazioni secondarie è di gran lunga dominato dalle forme cutanee. E se da noi la roseola può essere qualche volta la sola espressione cutanea di una sifilide secondaria, alla quale dal paziente, per la breve durata può essere attribuita scarsa importanza, nel nativo il sifiloderma secondario è quasi sempre una manifestazione



Fig. 7. — Sifilide rupioide.

la cui imponenza spinge il paziente a richiedere l'opera del medico quando ciò è possibile.

Tutti i sifilodermi descritti dai trattati,

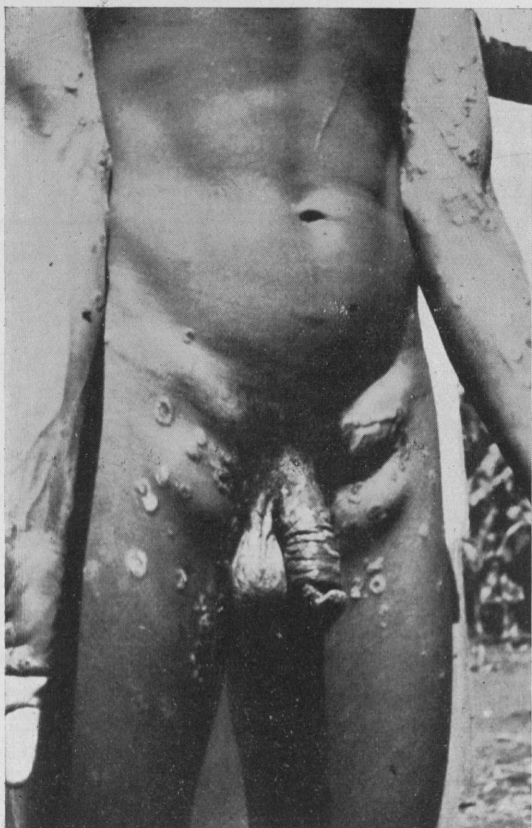


Fig. 8. — Sifiloderma papulo-squamoso anulare. Parziale distruzione del glande da sifiloma fagedenico.

tranne il maculoso che del resto sarebbe di difficile valutazione per gli individui di pelle nera, (eccezion fatta per i bambini di pelle assai più chiara) sono di comune osservazione. Frequenti le manifestazioni pustolose e le papulo-squamose con formazioni anulari e figurate. Quasi sempre nel sesso femminile, si osservano condilomi piani ano-genitali e ascellari (fig. 3) con larga base d'impianto, con superficie erosa. Di solito questi condilomi, che per essere erosi secernono sierosità, determinano la formazione di lesioni analoghe nelle opposte superfici di contatto. Sono manifestazioni queste che nelle sifilidi di vecchia data raramente mancano nelle donne, specialmente se si cercano nelle regioni suddette.

In qualche caso del sifiloderma secondario rimanevano solo delle piastre chera-

tosiche regionali, particolarmente nella regione poplitea (v. fig. 12), facilmente desquamanti, percorse da fessure lineari, che se non fosse stato per la sede atipica e per la sensibilità alla cura specifica si potevano attribuire alla psoriasi volgare. Talora residuano nelle pieghe articolari delle braccia delle formazioni discoidali isolate, circoscritte e prominenti, di aspetto corneo su di una base scarsamente infiltrata, che scompaiono rapidamente con la cura specifica.

— Abbastanza comuni le lesioni della

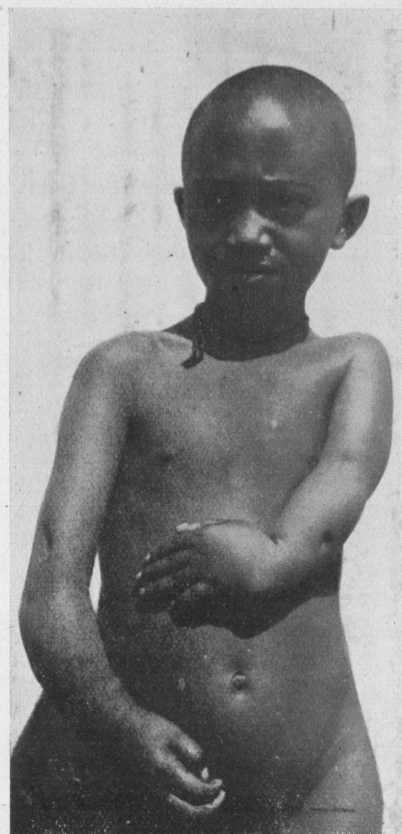


Fig. 9. — Esiti di sifilide ossea in eredo luetico.

mucosa orale che consistono per lo più in papule erose e in ragadi profonde e dolorose. Per contro non ho mai osservato nei nativi l'alopecia sifilitica che da noi è ritenuta assai frequente (FONTANA, 5).

Accanto alle manifestazioni cutanee non

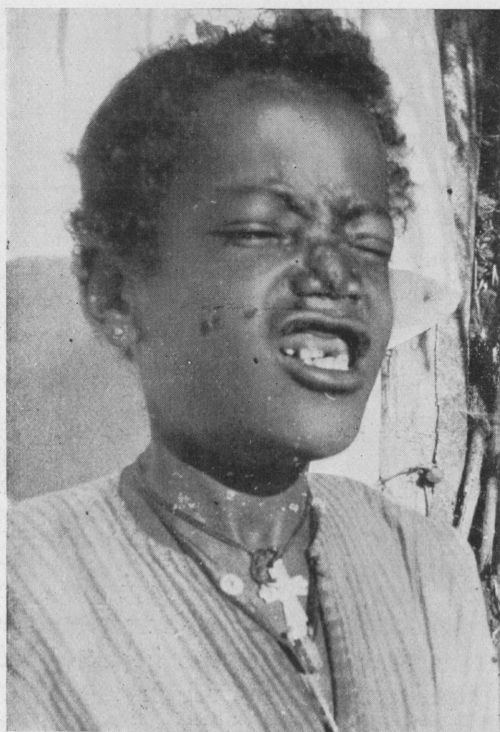


Fig. 10. — Stigmate di eredo lue.

mancano quelle generali del periodo secondario: poliadenopatie notevoli, interessanti particolarmente le linfoghiandole cervicali posteriori e le inguinali; cefalea, dolori osteocopi, dolori reumatoidi. Per questi ultimi bisogna tener presente che il nativo ha la tendenza per ogni malattia di generalizzare a tutto l'organismo le sensazioni dolorose.

Manifestazioni terziarie cutanee. - Nei bianchi per la migliore educazione igienica, e per la possibilità che tutti hanno d'intraprendere e portare a termine una cura antiluetica, le manifestazioni terziarie cutanee, secondo l'opinione dei nostri sifilografi (FONTANA, 5), si vanno riducendo. Tra gli indigeni dell'A. O. I. invece, dove mancava prima dell'avvento degli Italiani ogni provvidenza sanitaria, (il sifilitico si curava mangiando un capretto nero, secondo i dettami dello stregone) la sifilide dal sifiloma iniziale alla gomma seguiva il

suo normale decorso senza essere influenzata dalle cure specifiche. Non deve pertanto meravigliare la relativa frequenza delle lesioni cutanee terziarie riscontrate. Figurano spesso: sifilodermi nodulari con andamento serpiginoso e formazioni figurate, sifilodermi nodulo-ulcerosi, gomme ulcerate isolate e confluenti. Frequente è la sede genitale negli uomini, più spesso ano-genitale e ascellare nelle donne. Mi è avvenuto di osservare fra l'altro un interessante caso di s. rupioide con la caratteristica disposizione di croste ostracee sovrapposte; si trattava di una s. di vecchia data, che cedè lentamente all'intenso trattamento specifico istituito.

La diagnosi delle forme terziarie può presentare qualche difficoltà, è qui in par-



Fig. 11. — Dattilitoe sifilitica.

ticolare modo che si mostra utile il criterio ex iuvantibus. Ad esempio certe gomme cutaneo-periostee ulcerate del terzo inferio-



Fig. 12. — Pseudopsoriasi sifilitica.

re della gamba possono presentarsi per l'azione delle varie associazioni microbiche simili all'ulcera tropicale. In questo caso già dopo la prima, o al massimo la seconda iniezione di arsenobenzolo (Neo ICI) è possibile dirimere il dubbio. È vero che gli arsenobenzoli si dimostrano efficaci anche nelle ulcere tropicali, ma la loro azione non è mai così rapida come nelle forme luetiche.

Talvolta alcune forme cutanee vengono incluse nel quadro delle manifestazioni sifilitiche solo quando si risolvono nel corso di un trattamento antiluetico. Così mi è avvenuto in due casi. Nel primo si trattava di un bambino ereditario (fig. 20) che si era presentato a me per una periostite specifica tibiale. Appena iniziata la cura vidi scomparire rapidamente una formazione cheratoide della guancia, protrudente a guisa di piccolo corno e senza infiltrazione basale. Nel secondo caso si trattava

di un vecchio sifilitico il quale accusando dolori reumatoidi vaghi mi chiedeva insistentemente una cura antiluetica. E anche in questo alla seconda iniezione vidi attenuarsi, in seguito scomparire, una formazione cheratoide in corrispondenza del padiglione dell'orecchio, con i caratteri di quella descritta sopra.

Lesioni delle mucose in periodo terziarie raramente mi è avvenuto di riscontrarne, così si dica per le caratteristiche leucoplasie orali che dalla maggior parte dei venereologi sono attribuite alla s.

Manifestazioni ossee. - Vengono subito dopo quelle cutanee. Con maggior frequenza le ho trovate agli arti inferiori: osteomieliti, osteoperiostiti, il più delle volte a cute integra, talora invece con dotti fistolosi e con gomme ulcerate cutaneo-periostee. In qualche caso ho trovato distruzioni imponenti. Così in una donna con osteoperiostite del femore e della tibia:

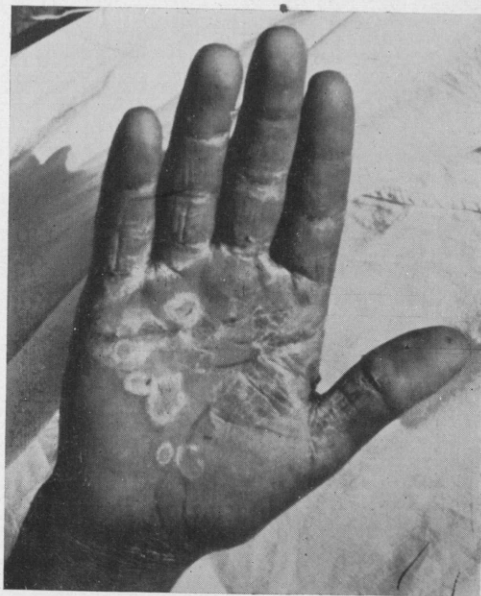


Fig. 13. — Papule palmari.

l'aspetto dell'arto era impressionante per le ulcerazioni, lo sfacelo dei tessuti, i numerosi dotti fistolosi, le cicatrici deformanti. Con un'intensa cura specifica combinata,



Fig. 14. — Condilomi ano-genitali.

in circa tre mesi si ebbe la regressione delle lesioni e una buona restaurazione della funzione. Mentre il riscontro di osteomielite gommosa è stato abbastanza frequente nelle ossa lunghe, non ho mai trovato tale forma nelle ossa della calotta che da noi sembrano essere colpite con certa frequenza nel terziarismo sifilitico (KAUFMANN).

Manifestazioni viscerali e cardiovascolari. - Per queste forme devo sottolineare il fatto che i dati da me raccolti sono certamente di molto inferiori alla realtà. Solo una piccola parte delle lesioni luetiche interne, clinicamente evidenziabili, può cadere sotto l'osservazione del medico. Sia perchè destano nel nativo poca preoccupazione, sia perchè il più delle volte decorrono con sintomatologia frusta. Così si sono presentati nativi affetti da vizi aortici solo quando erano in stato di grave scompenso. Qualche volta ho osservato forme di epatiti e nefrosi con anasarca imponente, che i buoni risultati conseguiti con una cauta cura specifica mi facevano mettere nel conto della s. Dati più esatti circa la frequenza delle lesioni interne nella s. si potranno raccogliere solo in ambiente ospedaliero, ove siano possibili le ricerche sie-

rologiche e tutti gli altri accertamenti diagnostici e specialmente autoptici.

Sifilide congenita. - CHIONETTI e MARIANI hanno trovato come risulta dai dati su riportati, che gli esami sierologici sono positivi per la s. nel 18 % dei bambini dai 6 ai 12 anni. Tale cifra è ancora inferiore alla realtà se si tiene conto che gli esami sono stati praticati nella seconda infanzia, alla quale non tutti gli ereditari arrivano per la miseria fisiologica e la scarsa resistenza agli agenti morbosi che in loro induce l'infezione sifilitica.

Non mi sembrano perciò nel vero quelli che ritengono sia debole ai tropici la pro-

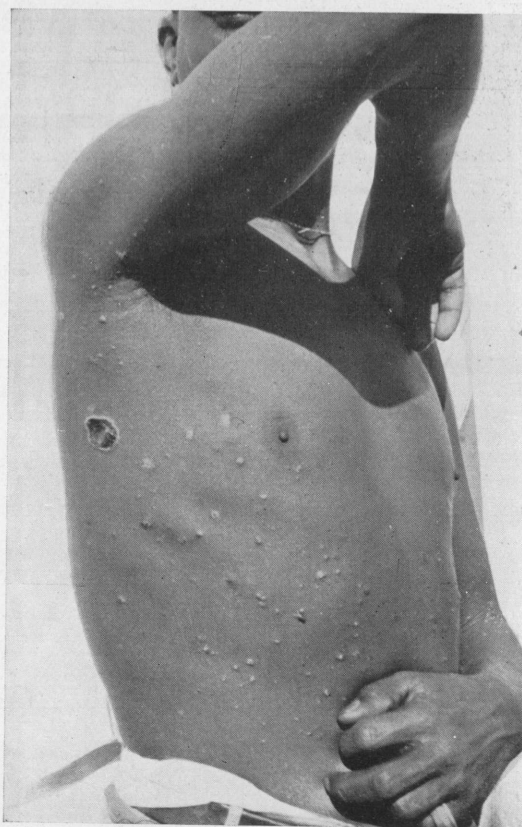


Fig. 15. — Gomma ulcerata.

porzione degli ereditari nei confronti dell'elevata percentuale delle forme acquisite. Si deve piuttosto dire che scarso è il numero dei bambini sifilitici con le carat-



Fig. 16. — Sifiloma iniziale fagedenico.

teristiche stimate della sifilide congenita. E anche questo mi sembra debba essere riferito al particolare comportamento della razza nera di fronte all'azione patogena del treponema.

Tra i tanti bambini eredoluetici visitati nessuno ho trovato affetto di cheratite parenchimatosa. Tale resistenza dell'occhio si osserva anche per l'infezione gonococcica che pure è tanto diffusa fra i nativi dell'A. O. I. I denti di Hutchinson che da noi si osservano con una certa frequenza negli eredoluetici (15 % secondo PINKERLE, II), sono stati riscontrati nei miei casi solo due volte. Per spiegare questa rarità delle alterazioni dentarie negli eredoluetici nativi, si può pensare che oltre alla maggiore resistenza sopra ricordata siano in gioco altri fattori. È noto come le distrofie dentarie siano attribuite più che ad una azione diretta del treponema sugli odontoblasti, ad una turba della fissazione del calcio da parte della dentina. Ora non mi sembra illogico pensare che essendo possibile in limiti più ampi nella razza nera la fotosin-

tesi della vitamina D. calcio-fissatrice, siano per questo più difficili nei vari stati patologici le turbe del metabolismo del calcio e nel caso particolare della sua fissazione da parte della dentina.

Sulla cute si osservano, specialmente nella prima infanzia, degli esantemi maculo-papulosi che facilmente prendono la forma dell'intertrigine in corrispondenza della regione ano-genitale per l'azione irritante degli escrementi, dell'urina, e dei luridi panni nei quali è avvolto il bambino.

Delle altre stimate di eredolue il naso a sella è stato riscontrato in proporzione scarsa relativamente al numero degli eredoluetici, così si dica per le ragadi periboc-



Fig. 17. — Lieve deformazione a sciabola della tibia.

cali, per la corizza sifilitica e per le lesioni della mucosa. È specialmente nella seconda infanzia che sono comuni i segni della sifilide congenita e più spesso come mani-



Fig. 18. — Noduli e gomme cutanee.

festazioni a carico delle ossa lunghe: l'ostecondrite e la periostite ipertrofica a cui consegue nella tibia la caratteristica deformazione a sciabola sono le più frequenti. Dopo la tibia le ossa lunghe più colpite sono quelle dell'avambraccio e la clavicola. Queste forme sono a sintomatologia modesta e a lenta evoluzione. Clinicamente si presentano come tumefazioni fusate a limiti sfumati, con la cute sovrastante tesa, lucida, dolente alla palpazione. Rari sono i casi gravi in cui quasi tutte le ossa lunghe sono compromesse da processi distruttivi. Interessante il caso di una ragazza Galla (fig. 9) di circa 10 anni che presentava una periostite in atto delle tibie, denunciata dalla deformazione a sciabola, accorciamento e deformazione della clavicola, del braccio e avambraccio sinistro per processi distruttivi iniziatesi certamente

nella vita endouterina, cicatrici da fistole pregresse nel braccio e avambraccio destro e in corrispondenza del terzo inferiore del femore. Non esistevano distrofie dentarie. Le condizioni generali di nutrizione si possono mantenere buone anche nelle forme ossee più gravi.

Come per le forme congenite così per quelle acquisite è difficile sapere in che misura siano colpiti gli organi interni. Ad esempio come stabilire con il solo esame clinico, quanto di un ingrossamento del fegato o della milza è dovuto alla s. congenita e quanto alla malaria od altre malattie? In due bambini ho trovato alterazioni nefrosiche probabilmente in dipendenza di



Fig. 19. — Fistole da osteoperiostite sifilitica.

una eridolue che altre stimmate mettevano in evidenza.

Accanto a forme congenite manifeste, ne esistono certamente molte a sintomatologia frusta o del tutto assente, in cui l'infezione è rilevabile con gli esami sierologici o



semplicemente con l'anamnesi. È così che ho potuto ritenere sifilitici gli ultimi nati di genitori infetti che mai avevano subite cure e i cui primi nati presentavano segni indiscutibili di ereduolue. Tipico il caso di

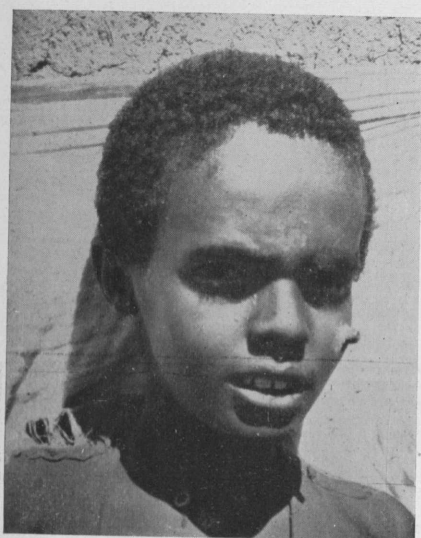


Fig. 20. — Formazione cheratoide.

una donna Galla sui trent'anni che presentava come unica manifestazione in atto ed evidente una dattilite specifica; dei tre figlioli il primo nato, una bambina di circa 7 anni, presentava una periostite tibiale, un'osteoperiostite delle ossa nasali con fistolizzazioni, distrofie dentarie (fig. 10). Nel secondo e nel terzo nato rispettivamente di quattro e due anni, non era presente alcuna stigmata di ereduolue, ma solo un certo grado di scadimento generale. Osservazioni analoghe ho fatto in altri casi. Questa diminuzione dell'azione distrofizzante del treponema sugli ultimi nati è probabilmente da riferirsi alle reazioni immunitarie che l'organismo materno oppone col passare degli anni all'infezione sifilitica.

Intorno all'influenza della s. sulla gravidanza della donna abissina ho voluto raccogliere alcuni dati riguardanti un centinaio di madri abissine sifilitiche che qui

sotto raffronto con quelli ottenuti in madri bianche pure sifilitiche (NASSO, 10).

	Donne abissine sifilitiche	Donne bianche sifilitiche
Gravidanze a termine	154 %	436 %
Parti prematuri	20 %	20,5 %
Nati morti	79 %	11,2 %
Aborti	97 %	118 %
Parti gemellari	4 %	3,9 %

Comparativamente alle cifre che si riferiscono alle madri bianche, si nota subito come il numero globale delle gravidanze nelle native sia di circa la metà. In questo può avere importanza la frequente coesistenza nella nativa dell'infezione sifilitica con la gonococcica. Alla differenza ancora più notevole che si ha per il numero dei nati morti, nettamente superiore nelle madri abissine, può contribuire la vita di duro lavoro cui è sottoposta la nativa anche negli ultimi mesi di gravidanza. Fattore questo che naturalmente ha importanza occasionale e non essenziale come vorrebbe il LAURENT (7).

Manifestazioni nervose. - Si sa da lungo tempo che nei paesi caldi mentre sono comunissime le manifestazioni cutanee, sono eccezionali quelle nervose (FERRANNINI, 4). Anche nella mia statistica queste ultime non risultano, per quanto le abbia sistematicamente ricercate nei nativi che capitavano alla mia osservazione. Bisogna però ammettere che al solo esame clinico possono sfuggire forme fruste che con adeguate ricerche di laboratorio (esami sul liquor) potrebbero essere messe in evidenza. Riferisce infatti RIOUX (13) che a Kamen a N.-E. del lago Tchad su 488 casi di sifilide evolutiva controllata con la Meinike nel 3,7 % si trattava di forme nervose. In queste però non figurano nè la paralisi progressiva nè la tabe. Ed è specialmente per la mancanza di queste ultime forme che la s. tropicale differisce clinicamente dalla nostra.

Come spiegare questo mancato riscontro

della tabe e della paralisi progressiva in paesi ove tanto diffusa è la sifilide e quando sappiamo che da noi i luetici diventano paralitici in ragione del 4-5 % (FRAGNITO, 6)? Si deve ammettere un peculiare organo-tropismo del virus o piuttosto una refrattarietà all'infezione sifilitica del sistema nervoso degli individui di razza nera.

Alcuni danno una spiegazione richiamandosi alle classiche esperienze di LEVADITI e MARIE (9) sulla pluralità del virus sifilitico. Questi Autori avrebbero dimostrato l'esistenza di una varietà dermatropa e di una neurotrofa, differenti tra loro principalmente per la virulenza e per le reazioni immunitarie che inducono nell'organismo infetto. Così il virus dermatropo conserva potere patogeno per l'uomo anche dopo ripetuti passaggi nel coniglio, mentre la varietà neurotrofa è sprovvista di virulenza per l'uomo e per la scimmia (all'inoculazione cutanea). Di più se un coniglio è inoculato con virus dermatropo, acquista una volta guarito refrattarietà alla reinfezione omologa, non a quella con virus neurotrofo e viceversa. Senonchè ci sono alcuni fatti di osservazione clinica in contrasto con tale concezione patogenetica dualista. Ad esempio nei paesi caldi si sono constatati casi di europei che contagiati da fonte indigena, e perciò da virus che doveva essere spiccatamente dermatropo, venivano ugualmente colpiti da paralisi progressiva (FERRANNINI, 4). Così si è osservato che i paralitici non contraggono mai un'altra infezione sifilitica dermatropa. Questi fatti farebbero pensare, in antitesi con la concezione dualista, che la diversa localizzazione dello stesso virus nell'uno e nell'altro sistema, sarebbe in funzione di una diversa suscettibilità dei tessuti variabile da individuo ad individuo e da razza a razza. In definitiva la questione non è ancora risolta.

Tuttavia non può sfuggire l'importanza del terreno, specialmente per la razza nera.

Mi sembra infatti che il diverso comportamento della s. nei nativi si potrebbe in gran parte attribuire al complesso di modificazioni umorali ed istogene costituitosi come qualità di razza sotto lo stimolo con-



Fig. 21. — Adenopatia cervicale.

tinuo di un'infezione diffusissima e contro la quale, a differenza di quanto avviene nei bianchi, l'organismo si è trovato a combattere solo per generazioni e generazioni senza sussidi terapeutici. In altri termini la localizzazione del virus nella cute e nello scheletro, che riveste per quanto imponente una minore gravità di quella viscerale e nervosa da noi più frequente, sarebbe conseguenza della migliore difesa che può opporre il nativo all'infezione. Analogamente a quanto avviene per i popoli che vivono da secoli in zone intensamente malariche, i quali offrirebbero una speciale resistenza all'infezione malarica (CASTELLANI-JACONO, 2).

Terapia. - In genere tutte le manifestazioni della s. tropicale risentono immediatamente il beneficio degli arsenobenzoli (Neo I. C. I.). Solo in un caso di s. rupioide è stato necessario un trattamento assai intenso perchè si notasse una evidente riduzione delle lesioni.

Il nativo accetta con entusiasmo le iniezioni endovenose (marfiago), che spesso viene a chiedere insistentemente al medico non solo per la sifilide ma per tutti i mali che lo affliggono. Le iniezioni endomuscolari e sottocutanee non lo soddisfano, forse perchè non lo impressionano come quando il farmaco viene immesso direttamente nel sangue. Sono convinto che la grande considerazione in cui è tenuto il medico in A. O. I. è dovuta in gran parte al fatto che egli può ottenere la rapida scomparsa di imponenti manifestazioni sifilitiche che duravano da mesi ed anni: e questo ha per il nativo del miracoloso. In nessun caso ho potuto fare una cura prolungata: appena scomparse le manifestazioni esterne il nativo si ritiene guarito e non si fa più vivo, salvo a ripresentarsi a breve scadenza per recidive.

Anche il bismuto si mostra molto efficace; tra gli altri preparati ottimi risultati mi ha dato il Bivatol (Bi liposolubile) meno il Bi colloidale. La tolleranza è buona per ambedue i medicamenti. Con gli arsenobenzoli di solito arrivavo a grammi 0,90 senza preoccupazione. Naturalmente bisogna tener conto delle condizioni organiche del paziente, del sesso, della razza.

Così nei Sudanesi che si trovavano nello Scioa per lavori stradali cominciavo con grammi 0,60 per arrivare senza incidenti fino a gr. 1,05-1,20 per iniezione.

Profilassi. - Se la lotta contro la s. ha in Patria una grande importanza dal punto di vista demografico, sociale, razziale, importanza maggiore riveste nelle terre dell'Impero. Qui gli Italiani, per mettere solide radici, devono mantenere efficienti tutte le forze lavorative e più che mai intatte le qualità di razza su cui così profondamente incide la s. Provvidenziali a questo proposito le leggi che tendono ad evitare incroci tra bianchi e neri, degradanti e contrari ai principi dell'eugenica. È invece tollerato, per ovvie ragioni, che le indigene eserciti-

no la prostituzione dove sono numerosi nuclei di operai addetti a lavori stradali e d'altro genere. È qui che il medico ha l'importante compito profilattico da svolgere. I mezzi a sua disposizione sono: la propaganda antivenerea e il controllo della prostituzione con la possibilità di ricovero ospedaliero delle donne malate.

Con la propaganda antivenere si consigliano:

— In primo luogo l'astinenza, la sola a dare la certezza del non contagio. Ma esigua è la schiera di quelli che la seguono per lunghi periodi di tempo, troppo spesso l'istinto sessuale ha ragioni dei principi morali ed igienici.

— L'uso del preservativo, il mezzo profilattico più seguito, limita ma non esclude la possibilità del contagio. Non è rara la sua rottura per la minore resistenza che la gomma offre nei climi caldo-umidi. Più di una volta io stesso ho osservato il contagio venereo in individui che sicuramente tale mezzo avevano usato.

— I lavaggi, e le applicazioni di pomate antiluetiche si mostrano efficaci ma per mia esperienza tale profilassi è poco seguita dagli operai.

Con il controllo della prostituzione si tende ad impedire che questa sia esercitata da donne con malattie veneree in atto. Per queste c'è il ricovero immediato in ospedale. Tale provvedimento è indubbiamente utile ma spesso arriva in ritardo. Come escludere che prima d'arrivare a riconoscere la lesione macroscopicamente evidente nei genitali e nelle mucose della prostituta ci sia un periodo di tempo durante il quale c'è ugualmente la possibilità del contagio?

Per raggiungere più completamente lo scopo della profilassi antisifilitica ho cercato di colpire il male alla radice, valendomi della bismuto-profilassi che LEVADITI e SONNENBERG hanno studiato rispettivamente nelle scimmie e nell'uomo.

LEVADITI (8) ha constatato che il Bivatol,

se iniettato in dose sufficiente, conferisce alle scimmie uno stato refrattario antisifilitico che le mantiene al riparo da successive e ripetute inoculazioni infettanti.

SONNENBERG (14) dimostrò nelle prostitute di Lodz l'efficacia profilattica del sottonitrato di Bi (73 % di Bi) in sospensione oleosa al 10 % alla dose di un cc. per settimana (in seguito usò iniezioni di due cc. ogni due settimane). Su centodieci prostitute che esistevano a Lodz nel 1926, 60 subirono la profilassi bismutica. Di queste solo due ammalarono alla fine del 1927 e altre tre in seguito. Delle cinquanta che rifiutarono la profilassi venti, si contagiaronno, cioè il 40 %.

Osservazioni dello stesso Autore negli anni che vanno dal 1930 al 1934 compreso, stabiliscono che il contagio avviene nelle profilassate in ragione di un minimo del 4,2 % e di un massimo dell'8,4 % annualmente. Si deve sottolineare che in questi casi l'infezione si è verificata perchè il potenziale metallico tissulare era insufficiente o per irregolarità nel seguire il trattamento o perchè si era ancora all'inizio di questo.

Sulla scorta di questi incontestabili risultati positivi, ho ritenuto opportuno praticare la bismuto-profilassi a 30 prostitute dei centri di Bacò e Tibè. Devo precisare che con questo non ho voluto stabilire in che misura il Bismuto eviti l'infezione nelle prostitute (sarebbe necessario per tale controllo disporre di accertamenti sierologici), ma solo fino a che punto fosse diminuita la possibilità di contagio sifilitico per gli operai che con tali prostitute avevano contatti sessuali.

Ho usato Bismuto liposolubile (Bivatol) come quello che mi aveva dato anche in terapia migliori risultati. Iniettavo una volta alla settimana ad ogni donna il contenuto di due fiale di Bivatol equivalenti a 16 centigrammi del sale di Bismuto liposolubile. Preferivo iniettare nel sottocutaneo perchè da questo tessuto più lentamente il

Bismuto viene distribuito all'organismo, dopo avervi subito quelle trasformazioni in composti proteino-metallici che gli conferiscono proprietà spirochetolitiche e perciò profilattiche (LEVADITI). Per evitare che nei primi tempi del trattamento, quando il Bismuto non ha ancora raggiunto un potenziale tissulare abbastanza elevato, la donna potesse essere ugualmente contagiata e perciò fonte di contagio, facevo nelle prime tre settimane tre iniezioni di Neo I. C. I. da 0,30 a 0,60, a tutte indistintamente. Dopo 12 settimane quando presumibilmente l'organismo era a sufficienza saturato di Bismuto, riducevo la dose a 8 centigrammi di Bivatol per settimana. I risultati di tale trattamento furono ottimi. Nessuna delle prostitute presentò lesioni luetiche dopo l'inizio della bismuto-profilassi, nonostante avessero clandestinamente rapporti sessuali anche con Sudanesi e nativi di cui gran parte è costituita da sifilitici. Ma ciò che interessa è che in un semestre su circa 350-400 operai non uno fu contagiato di s., mentre nel semestre precedente si osservarono casi di contagio sifilitico almeno due volte al mese. Purtroppo il tempo di osservazione è stato breve ed esiguo il numero delle donne profilassate per trarre conclusioni definitive. Il numero dei nazionali che contraggono la s. è già abbastanza modesto per merito dell'organizzazione antivenerea a cui molti sforzi hanno dedicato le autorità civili e militari (BASILE, I; PISANI, I2).

Tuttavia dal momento che si può affermare che la bismuto-profilassi praticata alle prostitute indigene può diminuire nei nazionali ancora di più la proporzione dei contagi, sarebbe opportuno sperimentare il metodo su vasta scala. Almeno per questi primi anni di assestamento. In seguito quando più numerosi saranno i nuclei familiari, il pericolo della prostituzione indigena per il nazionale scomparirà automaticamente.

RIASSUNTO

Sono riportati alcuni dati intorno alla s. in A. O. I., che confermano il concetto di una estrema frequenza di tale malattia nei paesi caldi, e della forte prevalenza delle forme cutanee sulle altre. Le forme di neurolue sembrano mancare assolutamente. È stata sperimentata la bismuto profilassi su prostitute indigene per preservare i nazionali dal contagio: nonostante il breve tempo di osservazione i risultati sono sembrati assai buoni.

BIBLIOGRAFIA

- (1) BASILE A. - *Min. Med.*, n. 19, 403, 1940.
- (2) CASTELLANI A. JACONO - Manuale di Clinica tropicale. Pag. 12. Rosenberg Sellier, Torino, 1937.
- (3) CHIONETTI U. e MARIANI - *Rass. Sanit. dell'Impero*, 1, 42, 1937.
- (4) FERRANNINI L. - *Min. Med.*, n. 50, 1934.
- (5) FONTANA - Diagnosi e terapia della s. e delle malattie veneree. Pag. 66 e 114. Utet, Torino, 1933.
- (6) FRAGNITO O. - In *Trattato di Med. Interna*, pag. 114; *Minerva Medica*, Torino, 1932.
- (7) LAURENT D. - *Paris Medical*, febb. 1930, pag. 8.
- (8) LEVADITI C. - *Prophylaxie de la Syphilis*. Librairie Maloine, Paris, 1937.
- (9) LEVADITI e MARIE - *Annales de l'Institut Pasteur*, 37, 189, 1923.
- (10) NASSO I. - Manuale di Pediatria. A. Wasmann, edit. Milano, 1937.
- (11) PINKERLE - *Min. Med.*, n. 27, 1937.
- (12) PISANI E. - *Minerva Medica*, n. 19, 403, 1940.
- (13) RIOUX - *Paris Medical*, n. 22, p. 8, 1939.
- (14) SONNENBERG - In *Prophylaxie de la Syphilis* (v. sopra).

34657

