

34

Mon. B. 1911

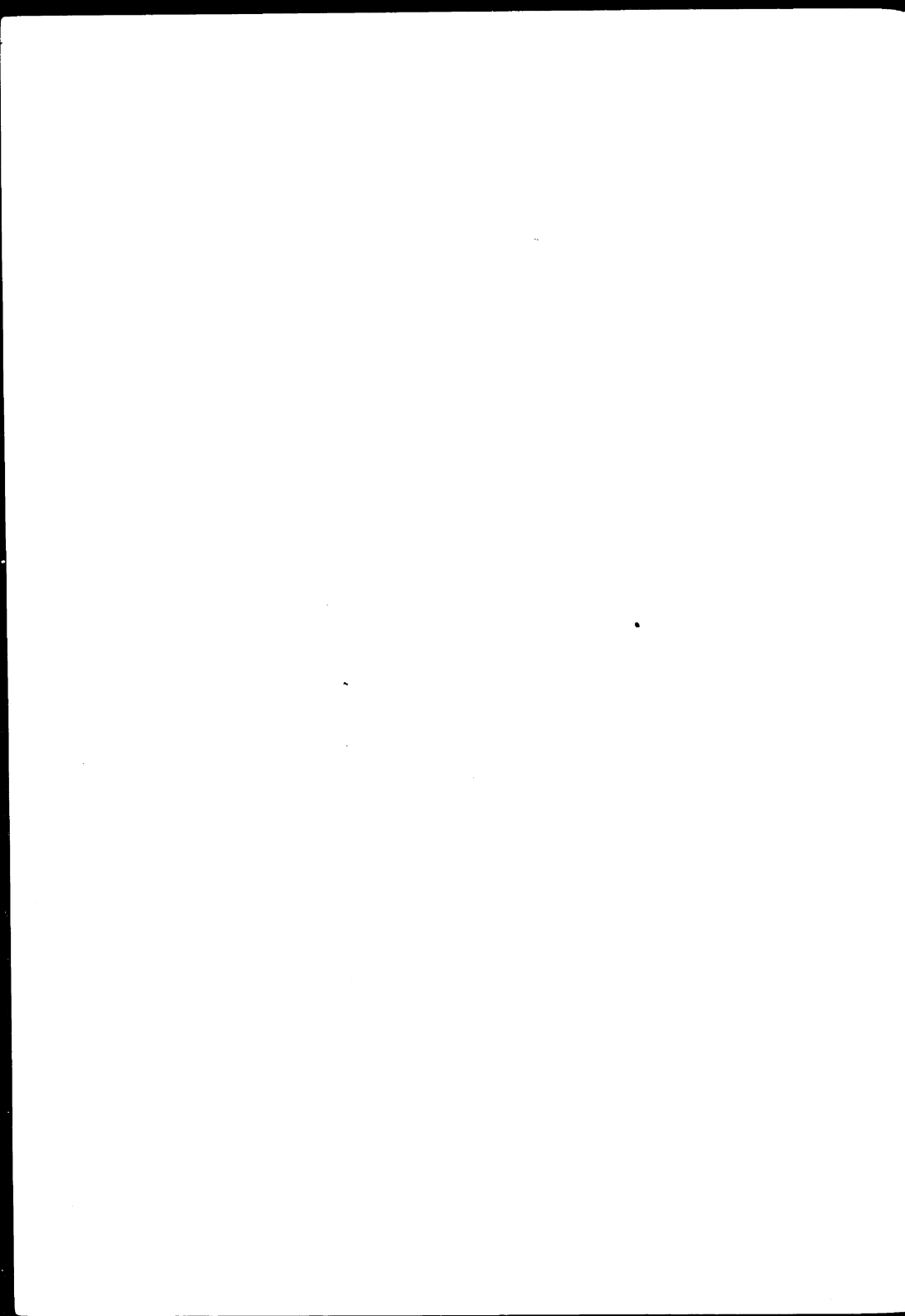
LUIGI SPOLVERINI



L'eritrodermia desquamativa del lattante

ESTRATTO DA "MEDICINA E BIOLOGIA" - VOL. I

Esemplare fuori commercio per
la distribuzione agli effetti di
legge.



LUIGI SPOLVERINI

L'eritrodermia desquamativa
del lattante

ESTRATTO DA "MEDICINA E BIOLOGIA" - VOL. I

SEN. PROF. LUIGI SPOLVERINI

L'ERITRODERMIA DESQUAMATIVA DEL LATTANTE

NUOVE VEDUTE ETIOPATOGENETICHE E TERAPEUTICHE

PREMESSA.

NON ostante siano oramai trascorsi 34 anni da quando Leiner descrisse in bambini lattanti il quadro morboso che porta tuttora il suo nome - eritrodermia desquamativa generalizzata -, esso appare anche oggi tutt'altro che definito non solo dal punto di vista etiopatogenetico e terapeutico, ma anche da quello nosologico.

Ad un tale fatto deve per certo avere contribuito anche la scarsa frequenza con cui nella pratica tale forma morbosa si osserva, tanto è vero che anche i più completi e moderni trattati di medicina poco spazio dedicano alla sua discussione, non ostante la gravità della prognosi.

Ed al presente non solo fra i pediatri, ma anche tra gli stessi dermatologi, la discussione è tuttora aperta sulla questione fondamentale, vale a dire se la malattia di Leiner debba essere considerata come un'entità nosologica a sè stante, e quindi come una malattia vera e propria, oppure come una complicazione o manifestazione nuova di affezione cutanea che sopraggiunge in soggetti che già presentavano altre manifestazioni morbose cutanee (ad esempio, eritema, intertrigine, dermite - in specie inguino gluteo crurale - eczematidi ecc.), ovvero anche come una di quelle manifestazioni cutanee - sia pure con caratteri speciali - che sogliono

con grande frequenza osservarsi in soggetti a costituzione diatesico essudativa.

E mentre il Leiner, e con lui tanti altri osservatori, hanno ritenuto e ritengono in base a molteplici elementi di fatto che la forma clinica di eritrodermia desquamativa più o meno generalizzata, che si osserva nel lattante durante i primi mesi di vita, deve considerarsi una malattia a sè stante con caratteri ben definiti, altri, tra cui, ad esempio (per citare i più autorevoli) Moro, la include nelle comuni forme di dermatite seborroiche, Labard e Mous-sous la chiama « eritema seborroico » e Finkelstein eczema seborroico universale, ritenendo così l'eritrodermia desquamativa quale una forma di eczema; mentre è noto, ed oramai pacificamente da tutti ammesso, che il vero quadro morboso dell'eritrodermia desquamativa di Leiner non presenta caratteri clinici, morfologici, istopatologici e prognostici per nulla rapportabili a quelli del comune eczema.

Presso di noi il Pacchioli non esita a definire il morbo di Leiner come una semplice manifestazione della costituzione diatesico-essudativa, fattore questo identico e fondamentale tanto nell'eritrodermia desquamativa (e. d.) - compresa nelle forme di dermatiti seborroidi - quanto nell'eczema del bambino. Soltanto, sempre secondo il Pacchioli, tutte queste manifestazioni, legate ad un'identica disposizione costituzionale, si presentano clinicamente in modo differente a causa dell'età; giacchè se esse si sviluppano nel primo trimestre di vita assumono l'aspetto di semplici dermatiti, se invece dopo tale epoca si presentano sotto forma di eczema, in maniera che l'uno sarebbe in realtà l'equivalente dell'altro. Un tale concetto, a vero dire, non solo urta contro molteplici ed indiscutibili dati di fatto di ordine etiopatogenetico, clinico, prognostico e terapeutico, dimostranti l'impossibilità di ammettere un simile concetto unitario; ma inoltre dalla lettura del lavoro non risulta invero che lo stesso A. sia potuto riuscire a darne una prova veramente convincente.

In effetto se non può mettersi in dubbio che, come per tutte le forme morbose anche pei soggetti nei quali si sviluppa l'e. d., debba esistere un fattore predisponente, d'altro canto è positivo che esso - al pari di quello determinante - è tutt'altro che noto

ed accertato. Giacchè se è vero che in alcuni casi è stata dimostrata l'esistenza sia della diatesi essudativa in altri membri della famiglia (mentre nella maggioranza dei casi il morbo di Leiner si suole manifestare nei figli primogeniti) e sia della successiva comparsa di manifestazioni cutanee di tale natura (eczema seborroico) dopo il primo trimestre di vita in qualche soggetto, che aveva precedentemente presentato la forma morbosa di Leiner, tutto ciò deve, peraltro, essere considerato un fatto eccezionale e di semplice coincidenza e non di ordine fondamentale, dal momento che le osservazioni cliniche sono concordi nel confermare che questo di regola non si verifica. Nè si può davvero oggi sostenere che l'intenso eritema gluteo-inguinale — così frequente ad osservarsi nel lattante, in specie se dispeptico — debba riportarsi ad una manifestazione di diatesi essudativa.

Invero ad un osservatore attento e minuzioso non può sfuggire il fatto che quasi tutti i piccoli lattanti affetti da e. d. presentano anche *seborrea capitis* più o meno accentuata. Ma ad una tale constatazione non può darsi alcun valore specifico, in quanto la semplice *seborrea capitis* è frequentissima — anzi potrebbe dirsi la regola — ad osservarsi nel neonato fino dal 2^o-3^o giorno di vita, senza che ad essa si possa o si debba attribuire alcun significato patologico, o comunque costituzionale o predisponente; tanto è vero che mentre ciò costituisce, come abbiamo detto, quasi la regola, in realtà solo pochissimi presentano, poi, nei mesi seguenti, sia l'e. d. e sia manifestazioni eczematoze od essudative.

Non è possibile quindi — come meglio vedremo in seguito a proposito della discussione dei casi studiati — alcun accostamento e tanto meno una specie di interdipendenza di origine o di causa comune tra l'e. d., l'intertrigo, la dermite eritematosa, la vera dermatite seborroica, il comune eczema e la diatesi essudativa. Recentemente (1940) il Bentivoglio è ritornato sull'argomento, ed in una pubblicazione *Note cliniche sul morbo di Leiner*, procede ad una disamina accurata del problema, cercando specialmente di mettere a punto la questione del quesito nosologico.

Orbene, pur dovendo fare delle riserve su alcune asserzioni riferentesi alla posizione nosologica di tale malattia, di cui in appresso discuteremo, si deve convenire che le considerazioni critiche e gli

argomenti addotti dal Bentivoglio, sia per quanto riguarda il quadro fondamentale della malattia e sia per la sua evoluzione, la prognosi e la negatività della comune terapia, sono veramente convincenti per addivenire alla conclusione che l'e. d. di Leiner non devesi in qualsiasi modo comprendere e neppure includere nel capitolo degli eczemi od in quello della diatesi essudativa. Del resto le recenti osservazioni rese ora di pubblica ragione a riguardo dell'etiopatogenesi e della specifica terapia dell'e. d., apportano una indiscutibile conferma a tale modo di vedere.

Invero è merito indiscutibile del Bentivoglio (1940) l'aver dato — sia pure con pochi (4) casi — la prima dimostrazione *clinica* che l'e. d. tipo Leiner possa e debba considerarsi quale espressione di una carenza vitaminica del gruppo della vitamina B e più precisamente, con ogni probabilità, della 6 (adermina proteina o pirodoxina).

György è stato il primo a dimostrare che nei ratti (già predisposti per la presenza di un fattore costituzionale X, dimostrabile negli allevamenti dei medesimi) sottoposti ad una dieta speciale ricca di proteine e grassi si può provocare, oltre a diarrea e perdita di peso, un arrossamento della cute accompagnato da intenso prurito in specie nelle parti distali del corpo, cui segue caduta dei peli, comparsa di desquamazione e sovrapposizione di croste con somiglianza con la seborrea umana. Di un tale quadro morboso si riesce ad ottenere la guarigione nello spazio di pochi giorni in seguito alla somministrazione di una sostanza specifica minimale da lui denominata Vitamina H (o antiseborroica).

In base a ciò il György si è creduto autorizzato, trasferendo senza altro tale quadro nella patologia umana, di attribuire alla sindrome cutanea da carenza di vitamina H osservate nel ratto una identità etiopatogenetica e clinica colle varie forme di dermatiti seborroidi *infantum*, ivi compresa anche l'e. d. descritta dal Leiner. Ma a parte che un tale accostamento appare alquanto arbitrario o per lo meno assai prematuro, perchè non suffragato da alcuna prova clinica, sta il fatto principale che (in base a quanto sopra è stato esposto) esistono invece molti argomenti e prove cliniche dimostranti la non identità dell'e. d. di Leiner con le comuni dermatiti seborroidi od eczema seborroide del lattante.

In conseguenza, ammesso e non concesso almeno per ora, che il quadro riscontrato nei ratti possa senz'altro venire paragonato alle dermatosi a carattere essenzialmente seborroico tanto frequenti nel bambino lattante dal 3° mese di vita in poi – particolarmente se tenuto ad allattamento naturale –, tale Vitamina H dovrebbe giovare in queste particolari forme morbose cutanee: ciò che sarà possibile dimostrare soltanto quando una tale vitamina potrà essere isolata e messa a disposizione per esperienze cliniche.

In seguito (1936) lo stesso György in collaborazione con Birch ed Harris poté dimostrare nel complesso vitaminico B l'esistenza di una speciale sostanza minimale – da lui denominata B6 o del trafilismo cutaneo – agente sul metabolismo della cute e capace di guarire la così detta dermatite pellagrosimile dei ratti tenuti a dieta speciale. Essa, come è noto, si presenta dopo 7-8 settimane di esperimento con lesioni cutanee che iniziano con un processo infiammatorio (rossore ed edema), cui segue caduta dei peli e dermatite desquamante per formazione di squame fine secche di colore bianco giallastro con produzione, in taluni punti, anche di croste in seguito a grattamento.

Tale Vitamina B 6 necessaria pel normale trofismo cutaneo del ratto fu possibile isolare allo stato puro nel 1938, tanto dalla pula di riso quanto dal lievito di birra, col nome di adermina proteina o piridoxina definendone anche la costituzione e soltanto nel 1939 si è riuscito ad ottenerla per sintesi, in maniera da poterla avere a disposizione per ricerche non solo sperimentali ma anche cliniche. È logico quindi che, tanto le proprietà fisiologiche di essa (nei tessuti sembra si trovi associata ad una proteina), quanto il suo meccanismo di azione, siano ancora poco noti, trovandosi tali problemi tuttora allo studio attraverso numerose esperienze di laboratorio. Ad ogni modo sembra che la sua presenza nell'organismo sia in rapporto col metabolismo dei grassi e dello zolfo e con l'eritropoiesi, favorendo specialmente i processi anabolici collo svolgere un'azione diretta ad attivare un fattore accessorio già esistente, trasformandolo nella vera sostanza attiva.

Degno di particolare interesse per il riflesso che può avere nella patologia umana – ed in particolare modo nel caso del bambino

ad allattamento naturale — è la conoscenza della quantità di Vitamina B 6 (determinata biologicamente) che si riscontra nei più comuni alimenti.

Riassumiamo in questa tabella le cifre indicate dal Lunde:

Sostanze	Unità ratti per gr.	Anno	Autori
Fegato di bua	3.5	1955	György
Carne di bua	1	"	"
Latte	0.1	"	"
	0.2	"	"
Fegato di nasello	0.5	"	"
" " "	4	1958	Lunde e Kringstad
Germi di frumento	5	1955	Birch, György e Harris
Mais	2	"	" " "
Lievito di birra	5 10	"	" " "
" " "	4	1959	Lunde e Kringstad
Pula di riso concentrata	10	"	" "

Per quanto riguarda le ricerche sull'uomo esse, iniziate nella fine del 1959, sono tuttora assai scarse e quelle rese fino ad ora di pubblica ragione riguardano i buoni risultati osservati in 4 casi di adinemia, 3 di anemia macrocitica e 4 di chelite (tutti in soggetti pellagrosi precedentemente trattati con la Vitamina P.P.), quelli mediocri nella distrofia muscolare pseudo ipertrofica, e negativi nelle paralisi agitante.

In merito alla patologia cutanea umana non si conoscono azioni terapeutiche accertate dovute a questa vitamina prima di quelle rese note nel decorso anno (1940) dal Bentivoglio a proposito di quattro casi di morbo di Leiner con risultati veramente lusinghieri.

È chiaro che l'argomento in discussione, oltre ad essere som-
mamente attraente e di grande attualità, riveste un carattere di note-
vole importanza dal punto di vista pediatrico, e tale da richiedere
una doverosa collaborazione da parte di tutti per poter giungere,
se possibile, ad una reale definizione di questo interessante capi-
tolo della patologia infantile.

L'argomento, inoltre, è reso anche più suggestivo da una recentis-
sima pubblicazione (marzo 1941) di Mitolo, nella quale tale A.
rende note le cifre da lui ottenute a riguardo del dosaggio della
Vitamina B 6 negli organi di ratti tenuti in avitaminosi B 6 a con-
fronto dei controlli.

Per maggiore chiarezza riassumo qui le cifre da lui comunicate.

mgr. di adermina per gr. 1 di organismo								
Ratti a vitto ordinario			Ratti in avitaminosi da giorni					
gr. 72	gr. 72	gr. 72	157 gr. 60	160 gr. 75	167 gr. 65	171 gr. 55	178 gr. 66	
Reni	46.7		52.6	12.0	15.5	58.4	—	57.2
Fegato	50.4	27.8	54.5	15.5	14.8	8.6	54.5	21.5
Tubo gastroenterico . . .	20.8	14.9	16.9	15.0	4.1	1.6	8.5	6.2
Pelle e mantello	1.92	1.86	1.65	0.45	0.00	0.14	0.12	0.17
Polmoni	50.1	51.2	64.0	15.0	55.7	45.7	64.0	58.5

Le differenze, come si vede, sono marcate per il rene, fegato e
tubo gastroenterico, ma soprattutto lo sono per la pelle col man-
tello ove la riduzione percentuale del contenuto di B 6 è notevolis-
sima — fino quasi a scomparire — e certo sono quelle relativamente
più alte a confronto di tutti gli altri organi: differenze che si ren-

dono ancora più appariscenti se si fa il calcolo della quantità di B 6 in rapporto al peso di tutto l'organo fresco.

E pertanto abbiamo creduto opportuno intraprendere una serie di ricerche al riguardo, approfittando dei casi clinici - quest'anno in vero singolarmente numerosi - presentatisi alla nostra osservazione.

Difatti durante l'anno 1941 abbiamo potuto ricoverare in clinica oltre 20 casi di e. d. di Leiner, cifra certo impressionante non solo in base alla nostra ormai lunga esperienza clinica, ma anche per quello che risulta dalle storie cliniche dei pazienti presentatisi alla Clinica Pediatrica di Roma durante questo ultimo decennio.

In effetto i pazienti di e. d. ricoverati nella Clinica durante gli anni 1931-40 sono stati in complesso 15 di età tra 1 e 2 mesi (ad eccezione di 2 di 3 mesi), tutti durante i mesi dal novembre al febbraio od al massimo marzo, e tutti ad allattamento naturale con sindrome eritrodermica-desquamativa più o meno diffusa (solo in tre casi con contemporaneo eczema suborlo al cuoio capelluto, ed eritema intertriginoso leggermente segregante alle grandi pieghe cutanee), con scariche diarroiche sempre numerose, rimasti ricoverati per un breve periodo di tempo - in media 15 giorni - trattati con comuni cure topiche ed usciti nella grande maggioranza migliorati.

I bambini osservati in ambulatorio durante questo stesso periodo sono stati 48, presentanti nel complesso gli stessi caratteri di quelli ricoverati.

Per quanto si riferisce all'esito, nulla possiamo dire di preciso, perchè soltanto 11 di essi si sono ripresentati per visite successive, di cui 9 assai migliorati dopo un mese di cura e 2 presso che stazionari.

In conclusione quindi 63 casi in 10 anni, e naturalmente con una media molto variabile per ogni singolo anno.

Le ricerche che noi abbiamo eseguito sopra i soggetti studiati recentemente sono state di vario genere tendenti a delucidare, fino dove possibile, non solo la posizione nosologica del morbo di Leiner, nonchè la presenza di alcuni stati patologici che l'accompagnano, ma anche la questione etiopatogenetica ed insieme gli effetti terapeutici della nuova cura vitaminica.

Il principio che ci ha guidati nel formulare lo schema delle nostre ricerche è stato la presa in attento esame, oltre che delle discussioni tuttora esistenti e degli argomenti addotti dai vari osservatori a proposito delle diverse questioni di ordine nosologico ed etiopatogenetico, anche di talune constatazioni – facilmente rilevabili – a proposito del morbo di Leiner e di taluni dati di fatto riguardanti la Vitamina B 6.

Ritengo utile riassumere questi ultimi in maniera schematica:

a) l'osservazione clinica dimostra in modo univoco che la comparsa dell'e. d. è sempre preceduta da una manifestazione a tipo di dermite eritematobollosa – più che semplice intertrigine – localizzata nella regione gluteo-inguino-crurale; affezione che rappresenta in genere il punto di partenza della comparsa dell'e. d. più o meno generalizzato tipo Leiner;

b) l'e. d. tipo Leiner si manifesta di regola nella seconda metà del 1° mese di vita o nel 2° mese, eccezionalmente nel 3°;

c) manifestazioni eritrodermiche desquamative più o meno diffuse, ma non però generalizzate come nel morbo di Leiner (e da tenersi ben distinta da questo, non ostante i caratteri morfologici simili) non sono rare ad osservarsi anche nei lattanti oltre il 4°-5° mese di vita, ed in soggetti anche già più grandicelli, insieme alla contemporanea presenza di manifestazioni a tipo eczematico di vario aspetto, compreso quello seborreico (eczema secco, umido, crosta latte ecc.);

d) l'e. d. tipo Leiner si osserva con sensibile frequenza nei soggetti primogeniti e di sesso maschile;

e) nei casi in cui si verifica la guarigione permane in genere il disturbo intestinale rappresentato dalla diarrea, e spesso anche l'anemia;

f) nei soggetti affetti da e. d. non è infrequente riscontrare anche sintomi di gastro e pilorospasmo;

g) in taluni casi – anche a guarigione avvenuta della forma morbosa di Leiner – persiste un arrossamento cutaneo più o meno intenso a tipo eritematico intertriginoso nelle pieghe dell'inguine, del collo o nel cavo ascellare (accompagnato per lo più da un lieve grado di trasudazione sierosa) insieme a *seborrea capitis* e talvolta addirittura ad una forma di eczema seborroico del capo;

- b) l'e. d. di regola si osserva nei bambini ad allattamento naturale; essa è del tutto eccezionale in quelli alimentati artificialmente;
- i) in qualche caso il rilevamento elettro-cardiografico ha dimostrato alterazioni a carico del muscolo cardiaco;
- l) il morbo di Leiner è dato di osservarlo presso che esclusivamente sui bambini delle classi povere della città; in via eccezionalissima nei bambini rurali ed in quelli delle classi agiate;
- m) casi di e. d. si osservano di preferenza durante il periodo invernale, oppure anche primaverile;
- n) essi sono divenuti più frequenti, almeno in Roma, durante l'anno corrente;
- o) sono stati segnalati casi di tale malattia notevolmente migliorati, ed anche guariti, con la somministrazione di fegato fresco di bue;
- p) in ricerche sperimentali è stato dimostrato che, usando latte vaccino a scopo terapeutico nell'avitaminosi B 6 sono necessari da 50 a 100 grammi *pro kilo* se il latte è prodotto in estate, mentre ne occorrono 200 grammi se d'inverno;
- q) è dimostrato (György) che l'alimentazione costituita in prevalenza da idrati di carbonio richiede un maggior consumo - e quindi una contemporanea maggiore introduzione - di Vitamina B 6;
- r) similmente è provato che i grassi introdotti - ed in specie quelli insaturi - esercitano un'azione di risparmio sul consumo della B 6; ed anzi si ritiene che l'organismo animale riesca ad utilizzare tale vitamina solo in presenza di questi.

In base a tutte queste considerazioni nei casi da noi studiati abbiamo ritenuto opportuno eseguire in via di massima - salvo talune eccezioni - le seguenti ricerche:

- 1° studio clinico sintomatologico, morfologico e terapeutico (corredato da iconografia);
- 2° indagini anamnestiche sugli ascendenti e sui collaterali;
- 3° indagini sul genere di alimentazione della madre durante la gravidanza;
- 4° esame completo del sangue nel bambino e nella madre;
- 5° ricerca quantitativa del Ca e P nel sangue della madre e del bambino;
- 6° tempo di riassorbimento del ponfo;

- 7° ricerca della cloremia nel bambino e nella madre;
- 8° esame del latte della madre;
- 9° esame delle feci del bambino dal punto di vista digestivo, ed in taluni casi anche batteriologico;
- 10° ricerche elettrocardiografiche sul bambino;
- 11° somministrazione di Vitamina B 6 al bambino, ovvero solo alla madre, od anche alla madre e contemporaneamente al bambino;
- 12° dosaggio - negli ultimi casi studiati - della Vitamina B 6 nel siero di sangue del bambino, della madre e nel suo latte prima e dopo la somministrazione di Vitamina B 6;
- 13° esatto rilevamento dell'evoluzione della malattia e degli effetti terapeutici prodotti dalla cura esclusiva con la B 6;
- 14° tentativi di terapia dei disturbi intestinali.

Riportiamo ora le storie cliniche dei singoli bambini studiati, corredate dai risultati delle varie ricerche eseguite, cercando di riassumerle schematicamente, tenuto presente che ciò ci è facilitato dalla contemporanea presenza della documentazione iconografica dei singoli casi.

I. - FUNARI GIANCARLO, m. 1.1/2. Entra in Clinica il 21 novembre 1940.

Anamnesi familiare: genitori viventi e sani. Due gravidanze a termine, l'altro bambino gode ottima salute e non ha mai presentato alcuna manifestazione cutanea, nè a carattere diatesico essudativo.

Anamnesi personale: nato a termine, da parto eutocico (kg. 4). Allattamento materno, esclusivo. Fin dai primi giorni alvo piuttosto diarroico. Al quindicesimo giorno di vita la madre ha notato la comparsa di arrossamento in corrispondenza delle regioni inguinali, che è andato poco per volta estendendosi a tutta la metà inferiore del corpo. La cute in genere non ha mostrato essudazione, salvo nelle pieghe ascellari.

Esame obiettivo: stato di nutrizione deficiente (kg. 4,230). La cute presenta alterazioni varie a seconda delle regioni del corpo che si esaminano. Al volto, in corrispondenza della regione periorale si nota una fine desquamazione cutanea, il tessuto sottostante è diffusamente arrossato. Lo stesso reperto si nota nelle regioni periauricolari. Al collo ed in specie in corrispondenza delle pieghe, nonchè alle ascelle è visibile un arrossamento diffuso con modica secrezione sierosa; al torace la cute non appare arrossata, ma toccandola si prova la sensazione di una superficie molto ruvida. Le manifestazioni cutanee più evidenti sono localizzate alla metà inferiore del tronco, e agli arti inferiori; quivi la cute è notevolmente arrossata, ruvida in taluni punti, in altri - cavo poplisco - modicamente secerne, infiltrata ed in qualche zona con presenza di desquamazione a tipo lamellare. Il cuoio capelluto è indenne.

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

Torace: di forma simmetrica ben conformato. Percussione e ascoltazione negativa. Cuore: nei limiti; toni netti. Addome di forma e volume normale, trattabile, indolente. Organi ipocondriaci nei limiti. Sistema nervoso: nulla di patologico.

Latte materno: grasso 2.70 %; prevalenza di globuli medi.

Il bambino è alimentato con latte materno gr. 80 con aggiunta di 40 gr. di Babeurre. Le scariche sempre numerose si sono mantenute in numero di 5-6 giornaliere durante i 12 giorni di degenza, malgrado la somministrazione di lattato di Ca. 1 gr. per pasto, senza per altro presentare fatti dispeptici.

Il 23 novembre 1940 si inizia la somministrazione di Vitamina B 6 (Lepetit) alla dose di 20 mgr. al giorno per 6 giorni (120 mgr.) e Vitamina B 6 (Lorenzini) 20 mgr. al giorno per altri 4 giorni; complessivamente 200 mgr. in 10 giorni.

Le condizioni cutanee rimangono invariate fino al 28 novembre, giorno in cui l'arrossamento cutaneo appare ovunque assai meno intenso.

Dopo altri 2 giorni (7^o di cura) il miglioramento è netto alle regioni glutee ed alle gambe ove la cute è scarsamente arrossata, tendente a divenire liscia, meno infiltrata e non più secernente. Nelle coscie tale miglioramento è meno evidente, qui vi è presente una desquamazione a scagliette.

Il 2 dicembre 1940 l'esame obiettivo mostra il colorito della cute ovunque impallidito ed in modo più marcato nelle regioni posteriori del corpo dove la cute ha riacquisito la normale levigatezza. Sull'addome persiste un modico stato infiltrativo del derma con presenza di abbondante desquamazione.

La manifestazione essudativa è rimasta pressochè invariata alle ascelle, e al collo. Il bambino ha guadagnato in 11 giorni di degenza 520 grammi.

La madre vuole uscire dalla Clinica.

Il 7 dicembre 1940 esaminato il piccolo paziente ambulatoriamente si nota che la manifestazione eritrodermica continua a migliorare in modo assai netto.

Riveduto il bambino dopo circa 6 mesi (31 maggio 1941) si presenta in ottime condizioni di salute, e la madre dichiara che dalla fine di dicembre la cute si è sempre mantenuta in condizioni normali.

II. — BIANCHETTI ANGELO m. 1 $\frac{1}{2}$ da Roma. Entra in Clinica il 22 dicembre 1940.

Anamnesi familiare: genitori viventi e sani. Unica gravidanza.

Anamnesi personale: nato a termine da parto autocico. Allattamento materno. All'età di 10 giorni è comparso arrossamento della cute alle coscie e alle regioni glutee. In poco tempo l'arrossamento ha invaso la cute di tutto il corpo, capo compreso, ove sono comparse croste biancastre; e alle pieghe del collo, alle ascelle e agli inguini presenza di secrezione sierosa piuttosto abbondante. Alvo diarroico con feci commiste a piccoli grumi.

Esame obiettivo: il bambino si presenta in condizioni di nutrizione piuttosto scadente (kg. 3.420 a 45 giorni di vita). La cute mostra modificazioni dal normale, sia di colorito e sia di consistenza, diffuse a tutto il corpo. Su tutto il cuoio capelluto si notano numerose squame piuttosto spesse con sottostante cute modicamente secernente. Alle pieghe del collo, specie posteriormente, e nei solchi retroauricolari, la cute è di colorito rosso acceso con

abbondante secrezione sierosa. Al volto l'eritrodermia è localizzata alle regioni periorbitarie e frontali con presenza di squame. Gli arti superiori sono notevolmente arrossati specie in corrispondenza delle superfici flessorie. Alle ascelle arrossamento e sensibile secrezione sierosa. Al torace, sia anteriormente che posteriormente, numerose squame a larghe lamelle con cute sottostante ruvida infiltrata e discretamente arrossata. Invece nell'addome, nella regione lombo sacrale ed agli arti inferiori la cute si presenta di colorito rosso acceso, ricoperta in genere da larghe squame secche, con modica secrezione sierosa in corrispondenza delle pieghe inguinali (ved. fig. 1 e 2).

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*



Fig. 1.



Fig. 2.

CASO II - Mesi 1 $\frac{1}{2}$ - Allattamento materno.

Capo di conformazione regolare. Fontanella ant.: 2×2 . Torace: simmetrico ben conformato. Nulla alla percussione e all'ascoltazione. Cuore: nei limiti; toni netti su tutti i focolai. Addome: trattabile, indolente. Il fegato a 1 cm. dall'arco di consistenza lievemente aumentata. Milza: nei limiti. Sistema nervoso: nulla di patologico.

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

Latte materno: grasso 3,50 %. Esame microscopico: corpuscoli del grasso pressochè in egual numero tra medi piccoli e grandi.

Il bambino è alimentato con latte materno 100 gr. in media (doppia pesata), e con una aggiunta (gr. 50) di Montefiore scremato. L'alvo presenta scariche 5-6 giornaliere con fini grumi, e tali rimangono durante i primi 8 giorni di degenza.

Il 22 dicembre 1940 Vitamina B 6 (Lorenzini) 20 mgr. al giorno per 9 giorni (totale 180 mgr.), cui il giorno 28 dicembre si aggiunge anche Nicotene fortius (una fiala al giorno per 4 giorni). Lo stato della cute non presenta variazioni apprezzabili durante i primi cinque giorni di cura; invece al 6° giorno il miglioramento è ben evidente soprattutto alle superfici estensorie delle gambe e alla regione sacrale, nel senso che l'arrossamento è sensibilmente diminuito e lo stato del derma appare meno infiltrato, tantochè i genitori vogliono lasciare la Clinica il 31 dicembre. Durante la settimana di degenza vi è stato un aumento in peso di 180 gr.

Il bambino rientra in Clinica il 9 gennaio 1941. La cute appare notevolmente migliorata in specie in corrispondenza del dorso, delle regioni glutee e dell'addome ove l'arrossamento è scarso e manca la desquamazione. All'apofisi del collo invece si nota ancora



Fig. 3.

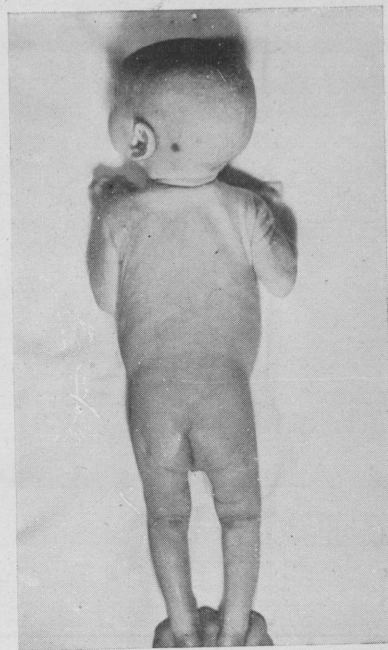


Fig. 4.

CASO II - Dopo 30 giorni.

colorito rosso acceso e modica secrezione sierosa. Al capo desquamazione a larghe lamelle senza presenza di vere croste.

Si riprende la cura con Vitamina B 6 (Lorenzini) alla dose di 20 mgr. per 7 giorni (totale 140 mgr.) e cioè fino al 15 gennaio. Il giorno 20 gennaio lo stato della cute si presenta pressochè normale ad eccezione di un lieve arrossamento alle regioni perianali, eritema intertriginoso delle pieghe inguinali, e lieve desquamazione alle braccia ed al capo (ved. fig. 3 e 4).

Il 21 gennaio sopraggiunge febbre con rinofaringite ed il giorno seguente si avvertono i segni di una bronco-polmonite sinistra con sintomi generali gravi, e peggioramento delle condizioni generali. La forma morbosa cede il giorno 26 (terapia usata: streptosil piridina. Trasfusioni. Fleboclisi). Il bambino migliora rapidamente nelle condizioni generali e nel peso, tanto che può lasciare la clinica il 1° febbraio completamente anche guarito della forma cutanea (ved. fig. 5 e 6).

A distanza di 5 mesi si ha la conferma che la guarigione fu definitiva.

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

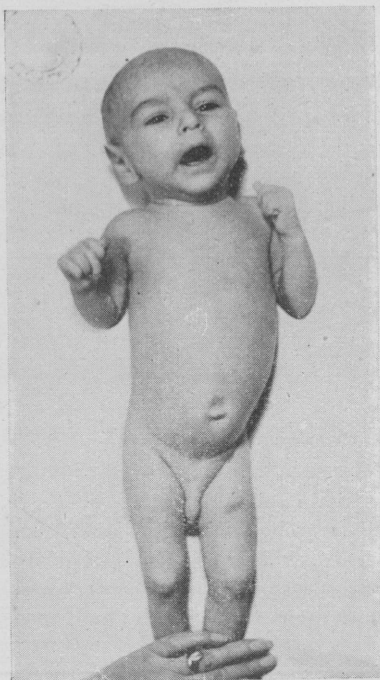


Fig. 5.

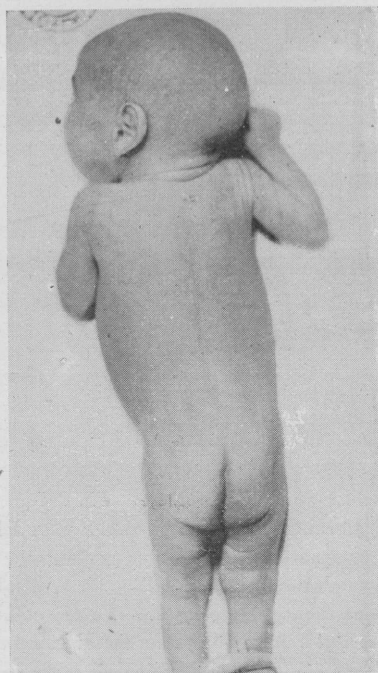


Fig. 6.

CASO II - Dopo 40 giorni.

III. — CERRUTTI VANDA m. 2. $\frac{1}{2}$, secondogenita, da Roma. Entra in ospedale il 29 gennaio 1941.

Anamnesi familiare: genitori viventi e sani, due gravidanze a termine, non aborti. L'altro figlio è morto nei primi mesi di vita per bronco-polmonite con manifestazioni morbose, sia dell'apparato digerente, sia della cute, simile a quella della bambina in esame.

Anamnesi personale: nata a termine, da parto eutocico (kg. 3.900). Allattamento



Fig. 7.



Fig. 8.

CASO III — Mesi 2 $\frac{1}{2}$ — Allattamento materno.

esclusivo materno, regolare. Fin dai primi giorni di vita vomito frequente. All'età di 15 giorni è comparso un arrossamento delle regioni glutee, delle coscie e dell'inguine (accompagnato in quest'ultima parte anche da essudazione), che in breve tempo si è diffuso ai quadranti inferiori dell'addome, al collo, e da ultimo al tronco, con presenza di essudazione nelle pieghe inguinali, e nel collo. Da 14 giorni sono comparse croste al cuoio capelluto. Alvo: 3-4 scariche al giorno.

Esame obiettivo: la bambina si presenta in condizione di nutrizione assai deficiente (kg. 3.300), mesi 2 $\frac{1}{2}$. Presso che tutta la cute del corpo, compreso il cuoio capelluto, è arrossata e ricoperta da fini squame di varia grandezza e in via di distaccarsi. Nelle regioni glutee alcuni tratti di cute presentano erosioni scarsamente secernenti (fig. 7 e 8).

Torace: simmetrico ben conformato. Percussione e ascoltazione negative. Cuore: nei limiti; toni netti. Addome di forme e volume normale, trattabile, indolente. Organi ipocondriaci: nei limiti. Sistema nervoso: nulla di patologico.

Latte materno: grasso 3.80 %.

Media di latte materno somministrato ad ogni poppata gr. 100 (doppia pesata); si completa la razione con aggiunta di latte acido scremato 30 gr. (Acidalpe).

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

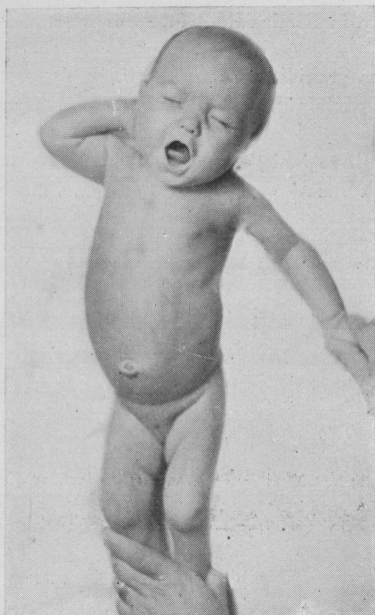


Fig. 9.

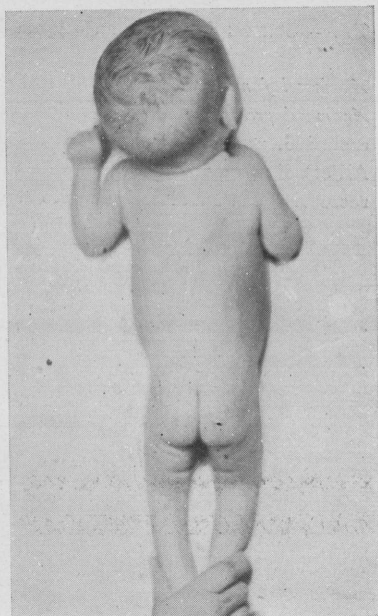


Fig. 10.

CASO III - Dopo 12 giorni.

Il vomito, che la bambina presentava in genere subito dopo la poppata, cessa entro 5 giorni in seguito a somministrazione di atropina. Le funzioni intestinali, che presentavano 3-4 scariche verdastre con muco e grumi, sono andate gradatamente migliorando pur persistendo sempre in numero di 3-4.

Durante i primi otto giorni di degenza in ospedale, con le semplici cure igieniche, non si è notato nessun miglioramento delle condizioni della cute, anzi si è avuta una accentuazione dell'arrossamento cutaneo. Si è pertanto intervenuti colla somministrazione di Vitamina B 6 (Lepetit) 2 fiale al dì da 10 mgr. per 9 giorni (totale 180 mg.) con esclusione di qualsiasi trattamento topico. Fin dal 4° giorno di cura le condizioni della

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

cute appaiono sensibilmente migliorate, nel senso che le squame vanno cadendo più rapidamente, il rossore e l'infiltrazione tendono a diminuire. Già il 12° giorno la cute di tutto il corpo si presenta di colorito e di aspetto vicino al normale, salvo un accenno di leggera desquamazione forforacea in alcuni punti, e lieve essudazione nel solco retroauricolare sinistro e al cavo popliteo destro (ved. fig. 9 e 10).

Anche le condizioni generali ed in parte le funzioni intestinali sono migliorate. La bambina ha guadagnato in 15 giorni di degenza 500 grammi.

IV. - SENSIMI MASSIMO, m. 3 ½ da Roma. Entra in Clinica il 12 febbraio 1941.

Anamnesi familiare: genitori viventi e sani. Unica gravidanza; non aborti.

Anamnesi personale: nato a termine (kg. 3,100) da parto eutocico. Allattamento materno esclusivo, regolare.

All'età di un mese è comparso eritema a carico delle regioni glutee e perineale di colorito rosso vivo che è andato in seguito estendendosi. A 2 mesi e mezzo sono comparsi nume-



Fig. 11.

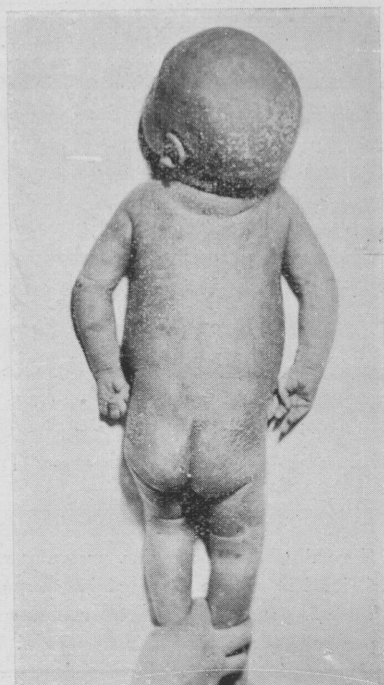


Fig. 12.

CASO IV - Mesi 3 ½ - Allattamento materno.

rosi elementi cutanei eritematiosi leggermente rilevati che rapidamente confluivano al viso al cuoio capelluto e al tronco, ricoperti da piccole squame. Da vari giorni numerose scariche semiliquide verdastre, con qualche grumo.

Esame obiettivo: condizioni generali e di nutrizione discrete (kg. 5.600). La cute di quasi tutto il corpo si mostra arrossata, più intensamente alle regioni glutee, in minore intensità in corrispondenza degli avambracci, con formazione di lamelle secche, grandi e lucenti. Nelle regioni ascellari e inguinali presenza di secrezione sierosa. Anche in corrispondenza del cuoio capelluto e del volto la cute è di colorito rosso acceso e ricoperta da squame piuttosto grandi (ved. fig. 11 e 12).

Capo di conformazione regolare. Fontanella ant.: 2×2 . Torace: simmetrico, ben conformato. Percussione e ascoltazione negative. Cuore: nei limiti; toni netti. Addome: di forma e volume normale. Organi ipocondriaci: nei limiti.

Sistema nervoso: nulla di patologico.

Fin dall'ingresso il bambino presenta 6-8 scariche alvine giornaliere, abbastanza digerite e tali rimangono per tutto il periodo di degenza (un mese) malgrado somministrazione di

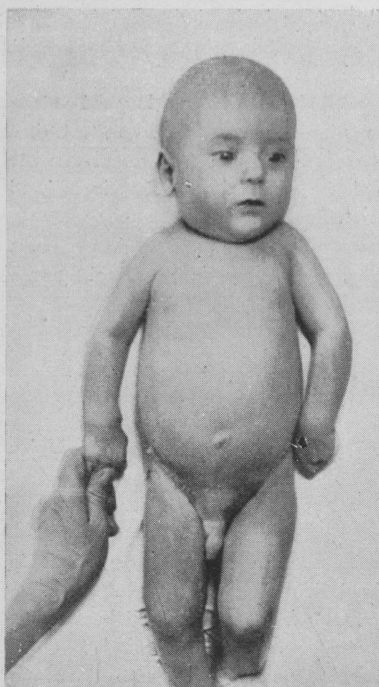


Fig. 13.



Fig. 14.

CASO IV - Dopo 20 giorni.

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

un grammo di lattato di Ca per ogni pasto e di aggiunta di Babeure al latte materno nella quantità media di gr. 120.

Il 20 febbraio si inizia somministrazione di Vitamina B 6 (Merck) alla dose di 25 mgr. al giorno che si continua per 10 giorni (totale 250 mgr.) seguita da Vitamina B 6 (Lepetit) alla dose di 20 mgr. al giorno per altri tre giorni. Complessivamente 310 mgr. di Vitamina B6.

Il 5 marzo 1941, sospesa la Vitamina B 6, si somministra Vogan gtt. 8 *pro die* per 15 giorni.

Il 22 febbraio 1941 (terzo giorno di cura) si nota a carico della cute una netta diminuzione dell'intensità del colorito rosso acceso notato all'ingresso. La desquamazione si presenta a larghe lamelle specie in corrispondenza del torace.

Il 25 febbraio 1941 (settimo giorno di cura) la cute, pure persistendo lo stato infiltrativo del sottostante derma, presenta ovunque un colorito roseo specie a carico degli arti inferiori con scarsa desquamazione. Le regioni inguinoaddominali sono invece ancora di colorito rosso con discreta secrezione in corrispondenza delle pieghe inguinali. Al capo numerose squame.

Le condizioni della cute rimangono pressochè invariate nei giorni successivi, mentre il 9 marzo 1941 si osserva un netto miglioramento nello stato della cute che non appare più infiltrata.

Il 12 marzo 1941, si osservano ancora piccole squame limitate al tronco, le quali cadono poi rapidamente nei giorni successivi (ved. fig. 13 e 14) tanto che il 20 marzo 1941, ultimo giorno di degenza, lo stato della cute può essere così riassunto: cute completamente indenne da eritrodermia; lieve arrossamento nelle pieghe del collo, retroauricolari, ai cavi poplitei. Al capo presenza di desquamazione furfuracea.

Il bambino durante la degenza ha guadagnato in peso gr. 470, pur persistendo numerose scariche intestinali. Il 50 maggio, visitato di nuovo, il bambino fu trovato in buone condizioni di salute, con cute rimasta sempre normale.

V. — MARCONI NARCISO, m. 1 $\frac{1}{2}$. Entra in clinica il 20 febbraio 1941.

Anamnesi familiare: genitori luetici; dichiarano però di avere fatto cura specifica. Unica gravidanza; non aborti.

Anamnesi personale: nato a termine (kg. 3.100) da parto eutocico. Allattamento materno, irregolare.

La malattia attuale ha avuto inizio nei primi giorni dopo la nascita con arrossamento delle regioni glutee che si è poi esteso agli arti inferiori, all'addome, ed al collo. Alvo diarroico: 12-15 scariche giornaliere piuttosto scarse, verdastre, ipercroniche, liquide. Raramente vomito.

Esame obiettivo: condizioni di nutrizione discreta (kg. 4-150). Sulla cute si notano alterazioni di colorito varie a seconda della regione che si considera. In corrispondenza della regione glutea e della faccia posteriore delle cosce, dello scroto e della metà inferiore dell'addome si nota un arrossamento diffuso della cute che si presenta lucente ed infiltrata senza desquamazione; la cute delle gambe e dei piedi è di colorito

meno acceso e presenta una desquamazione a lamelle piuttosto sottili e fini, quasi furfuracea. In corrispondenza della faccia anteriore del torace si notano piccoli elementi eritematosquamosi non confluenti. Alle pieghe ascellari eritema della cute con modica secrezione sierosa e sulle braccia formazione di squame. Anche al volto, specie alle regioni periorbitarie, e alla regione retroauricolare bilateralmente si nota arrossamento diffuso della cute con formazione di squame. Il capo è ricoperto da numerose squamo-croste grigiastre in parte rilevate (ved. fig. 15 e 16).

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*



Fig. 15.



Fig. 16.

CASO V - Mesi 1 $\frac{1}{2}$ - Allattamento materno.

Torace: simmetrico ben conformato. Percussione e ascoltazione negativa. Cuore: nei limiti; toni netti. Addome: trattabile, indolente. Il fegato 2 cm. dall'arco di consistenza lievemente aumentata. La milza si palpa all'arco. Sistema nervoso: nulla di patologico. Il giorno 21 febbraio 1941 si interviene con somministrazione di Vitamina B 6 (Merk) alla dose giornaliera di 25 mgr. per 12 giorni (totale 300 mgr.). Il giorno 5 marzo 1941 si sospende la Vitamina B 6 e si somministra Vogan 8 gtt. 3 volte al giorno per 16 giorni (totale 1.680.000 U.).

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC,*

Al 7° giorno di cura è possibile rilevare l'inizio del miglioramento dello stato della cute ed al 9° giorno (30 marzo 1941) questa presenta ovunque un arrossamento meno intenso, con desquamazione diminuita ed al tatto meno infiltrata. Nei giorni seguenti continua il miglioramento: anche nelle regioni genito-crurali l'arrossamento è assai meno manifesto, pur persistendo modica l'essudazione sierosa. Questa il 9 marzo appare anch'essa ridotta sebbene sempre presente anche nel cavo ascellare.



Fig. 17.

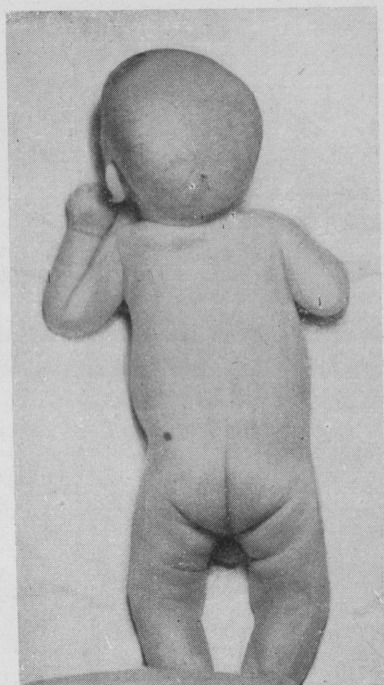


Fig. 18.

CASO V - Dopo 21 giorni.

Le condizioni della cute il 12 marzo sono le seguenti: stato eritrodermico scomparso al volto, cuoio capelluto, torace, ed addome; permane lieve arrossamento nelle parti interne delle coscie, modica secrezione sierosa nelle regioni inguinali e ascellari e modica desquamazione al capo.

Il giorno 20 il bambino lascia la clinica completamente guarito (ved. fig. 17 e 18).

Ricerche eseguite:

a) sulla madre: latte materno: grasso 4 %.

R. W. Meinicke + Kahn negative.

Calciofosfatemia alla madre: Ca. 9,05 %; P. 5,55 %.

b) sul bambino: elettrocardiogramma: normale.

Esame del sangue al bambino (20 marzo 1941): G. R. 4.000.000; Leucociti 10.500; Hb. 58; V. G. 0.72. Formula: n.34; Eos. 2; Linf. 56; M. 2; Metamielociti 6. Piastrine: presenti. Emazie di colore e di forma normale.

R. W., Meinicke: negativa.

Prova del ponfo: riassorbimento completo dopo 10'.

Durante la degenza (30 giorni) le feci sono apparse sempre digerite, ma le scariche frequenti (5-7 giornaliere) malgrado somministrazione di 2 gr. di lattato di Ca per ogni pasto e di tintura di Uzara (10 gtt. per pasto); il bambino si è alimentato con latte materno esclusivamente per 15 giorni circa 150 gr. (doppia pesata) poi una piccola quantità di latte materno viene sostituita con aggiunta di 35-40 gr. di Babeure. Il bambino ha guadagnato in peso nei 30 giorni di degenza 650 gr. Il 31 maggio il bambino presenta ancora, dopo cioè 70 giorni dacchè ha lasciato la Clinica, una lieve intertrigine retrocurvicolare, e residui di quella inguinale. Per tutto il resto la superficie cutanea è normale. La madre riferisce che 10 giorni dopo la dimissione si ripresentò nella metà inferiore dell'addome e parti interne delle cosce un modico grado di eritrodermia accompagnata da scarsissima desquamazione, che scomparì in 14-15 giorni.

VI. BUCENA LUIGI, m. 2. Entra in Clinica l'1 marzo 1941.

Anamnesi familiare: genitori viventi e sani. Unica gravidanza.

Anamnesi personale: nato a termine (kg. 2.850) da parto eutocico. Allattamento materno esclusivo, regolare. Fin dai primi giorni di vita il bambino ha vomitato a quasi tutti i pasti con latte in parte coagulato ipercido. Alvo sempre diarroico con numerose scariche giornaliere, con piccoli grumi.

La malattia attuale ha avuto inizio al 10° giorno di vita. È cominciata alle regioni glutee e perianali con notevole arrossamento che ha poi invaso le regioni lombari e l'addome; ed alla fine del primo mese di vita tutto il corpo, volto e capo compresi. Sono comparse poi squame piuttosto spesse al cuoio capelluto. Alle pieghe inguinali, al collo e alle ascelle si notava inoltre modica secrezione sierosa.

Esame obiettivo: il bambino si presenta ipotrofico (peso kg. 3.400). Sulla cute si osservano lesioni differenti a seconda delle varie regioni che si considerano. Al capo si nota la formazione di una crosta spessa, formata da lamelle grigiastre, non trasudanti, tenacemente adese al cuoio capelluto. Al volto la cute è di colorito rosso acceso e diffusamente infiltrata con presenza di sottili squamette, abbondanti specie alle regioni periorbitarie. Nelle grandi pieghe cutanee, al collo e alle ascelle arrossamento e modica secrezione sierosa. Al torace, agli arti e all'addome l'eritrodermia si presenta più evidente, sia per il colorito rosso acceso, sia per l'infiltrazione della cute come per la desquamazione di varia grandezza che è particolarmente abbondante (ved. fig. 19 e 20).

Capo: conformazione regolare. Fontanella ant.: 2×2 . Addome: ben trattabile. Fegato a un centimetro dall'arto. Milza: nei limiti. Torace: simmetrico ben confermato. Percussione e ascoltazione negative. Cuore: nei limiti; toni netti. Sistema nervoso: nulla di patologico.

Ricerche eseguite:

a) sulla madre: latte materno (1 marzo 1941): grasso 4 %. Esame microscopico prevalenza dei globuli medi. Latte materno: grasso 3.30 % (7 marzo 1941).

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

R. W. Meinicke e Kahn alla madre e al figlio: negative.

R. W. Meinicke e Kahn ++ alla zia.

b) sul bambino: Calciofostemia Ca 8.05 %; P. 4.16 %.

Prova del ponfo: riassorbimento completo in 10'.

Esame del sangue: G. R. 4.400.000; Hb. 50; V. G. 0.56; Leucociti 12.800. Formula: n. 58; Linf. 32; M. 6; Metamielociti 4. Piastrine ed emazie di aspetto normale. Elettrocardiogramma preponderanza del ventricolo sinistro (ved. fig. 21).

Fin dall'ingresso il bambino presenta vomito a quasi tutti i pasti e questo rimane frequente durante il mese di degenza malgrado somministrazione di atropina, 2 gtt. prima di ogni poppata. L'esame radiologico del tubo digerente ha messo in evidenza sparmo gastropilorico. Le scariche giornaliere sono in numero di 5-6 con residui digeriti e non diminuiscono nemmeno dietro somministrazione di lattato di Ca gr. 2 per pasto o di tintura di Uzara (10 gtt. per pasto) e di modificazioni dietetiche.



Fig. 19.



Fig. 20.

CASO VI - Mesi 2 - Allattamento materno.

Der. 1

Der. 2

Der. 3

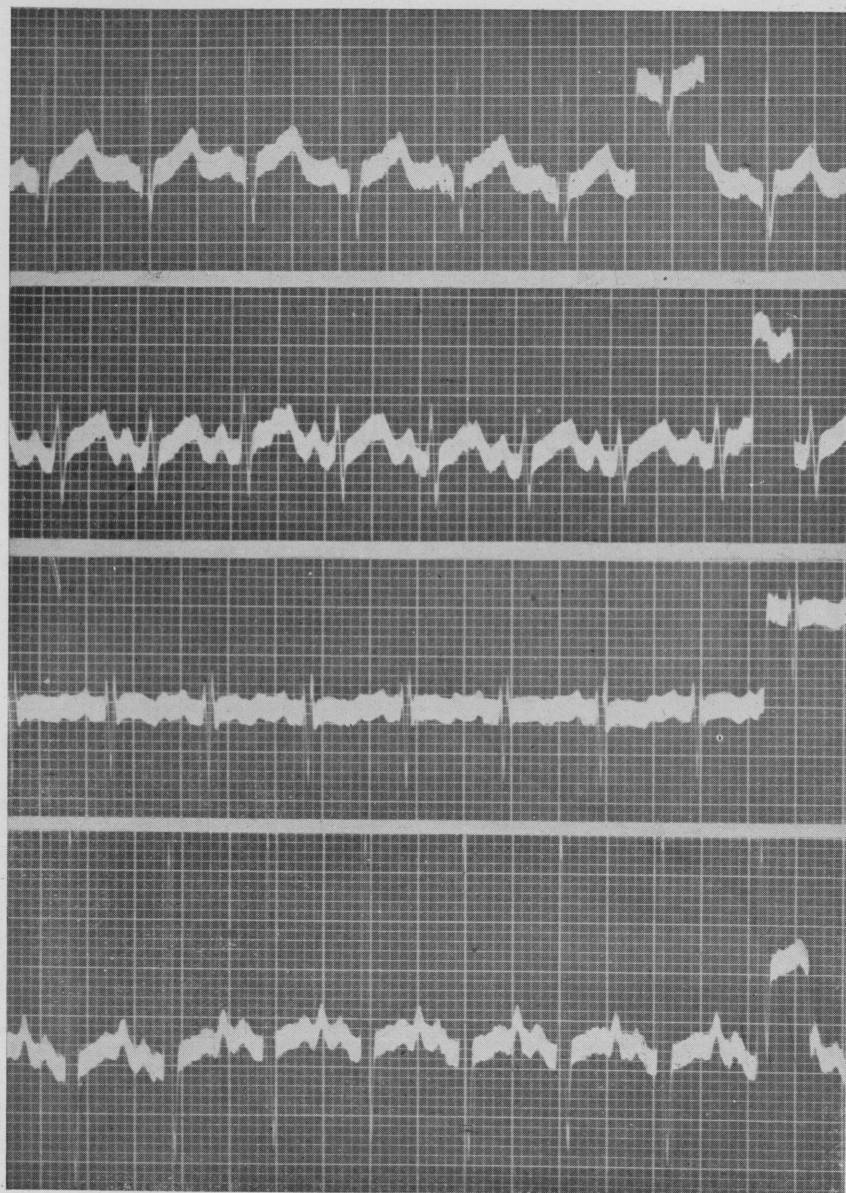


Fig. 21.

CASO VI - Preponderanza del ventricolo sinistro.

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

Il bambino è alimentato con latte di donna gr. 70 in media (doppia pesata) e aggiunta di vari latti in polvere acidi scremati.

Il giorno 2 marzo 1941 si inizia somministrazione di Vitamina B 6 (Lepetit) alla dose di 20 mgr. *pro die* e per un periodo di 13 giorni (complessivamente 260 mgr.) Dopo cinque giorni di cura 6 marzo 1941 si nota un certo impallidimento dell'eritrodermia; per altro tale inizio di miglioramento rimane stazionario nei giorni successivi. Soltanto il giorno 13 marzo (13° ed ultimo della cura) si constata un evidente miglioramento delle

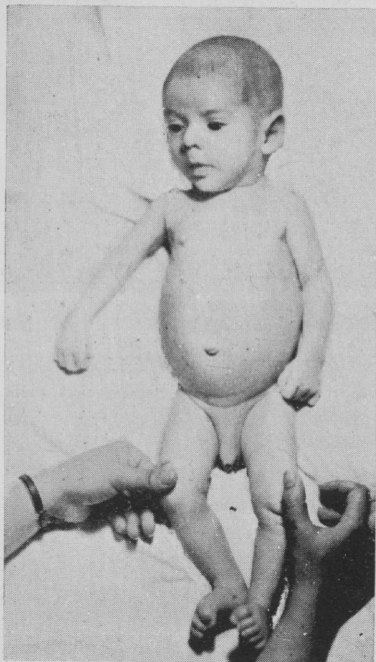


Fig. 22.



Fig. 23.

CASO VI - Dopo 23 giorni.

condizioni della cute. Essa nelle coscie e nell'addome ha perduto il colorito rosso acceso per divenire roseo con desquamazione a fine lamelle, pur mantenendosi ruvida al tatto, ed anche la essudazione è notevolmente diminuita in tutte le regioni. Tale miglioramento prosegue evidente nei giorni successivi; tanto che il 23 marzo (22° giorno dall'inizio della cura) un modico grado di infiltrazione del derma risulta circoscritto solo nella regione inferiore dell'addome e posteriore delle coscie; pel resto del corpo la cute è divenuta di consistenza normale e vellutata. Anche il capo è libero da lesioni

cutanee. Persiste ancora lieve essudazione al poplite, piega dell'inguine, solco retroauricolare.

Il 28 marzo 1941 è scomparsa ogni traccia di eritrodermia (ved. fig. 22 e 23).

Il bambino ha guadagnato in un mese di degenza 900 gr. di peso.

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

VII. — LAVA PIETRO, m. 2 da Roma. Entra in Clinica l'8 marzo 1941.

Anamnesi familiare: genitori viventi e sani. Unica gravidanza.

Anamnesi personale: nato a termine (kg. 3) da parto autotico. Allattamento materno regolare; dalla nascita non è mai aumentato di peso. A un mese di vita è comparso arrossamento agli arti inferiori e alle regioni glutee con consecutiva ed intensa desquamazione. L'arrossamento ha in pochi giorni rapidamente invaso presso che tutto il corpo, compreso il capo. Il bambino ha presentato sempre numerose scariche diarroiche specialmente dopo la poppata.

Esame obiettivo: aspetto sofferente; stato di nutrizione scadentissimo (kg. 2,750). La cute si mostra diffusamente ed ovunque arrossata, con massimo di intensità alle regioni glutee, perianali, inguinoaddominali, ascellari e cervicali con presenza di desquamazione a larghe lamelle; essa in taluni punti appare levigata ed in genere con derma infiltrato ed ispessito. In corrispondenza delle ascelle e delle pieghe inguinali si ha modica secrezione sierosa. Sul capo e alle regioni periorbitarie si notano inoltre numerose squame a forma di croste spesse, asciutte, giallastre.

Torace: simmetrico di forma regolare. Percussione e ascoltazione negative. Cuore: nei limiti; toni netti, ma deboli. Addome: avvallato, trattabile, indolente. Il fegato deborda un centimetro dall'arto, di consistenza normale. Milza: nei limiti. Sistema nervoso: nulla di patologico.

Ricerche eseguite all'ingresso:

Latte materno: grasso 2,60 %. Esame microscopico: prevalenza di globuli medi.

R. W., Meinicke e Kahn alla madre: negativa.

R. W., Meinicke e Kahn al bambino: negativo.

Calcemia al bambino: 7,54.

Si somministra dal primo giorno di degenza (8 marzo 1941) Vitamina B 6 (Lepetit) alla dose di 20 mgr. per via endovenosa per la durata di 5 giorni (totale 100 mgr.). Le condizioni generali vanno rapidamente peggiorando, tanto che il giorno 12 e 13 del 3 marzo 1941 si praticano due trasfusioni di cmc. 60 di sangue materno, oltre ad una fleboclisi glucosata (5 %) cmc. 60, visto che il peso era diminuito di 300 gr. in 5 giorni, senza contemporanea presenza di vomito od inappetenza (il bambino di regola consumava la quasi totalità del pasto) solamente con aumento delle scariche da 8 a 11 al giorno. Non febbre né sintomi patologici rilevabili all'esame obiettivo degli organi interni. Ciò nonostante la cute in alcuni punti tende a migliorare per quanto riguarda l'arrossamento.

Il 14, pur persistendo apiressia, si nota un respiro frequente con qualche colpo di tosse e qualche rantolo a medie bolle alla base dell'emitorace sinistro, ed il giorno seguente si rendono manifesti i segni di una broncopolmonite, che conduce a morte il bambino il giorno 16. Durante la settimana di degenza il bambino ha avuto sempre da 6 a 9 scariche

alvine giornalieri con feci iperacide e fini grumi malgrado somministrazione di 2 gr. di lattato di Ca per pasto ed allattamento misto (latte materno circa 100 gr. - doppia pesata - più piccola aggiunta di latte Alpe scremato e Larosan, gr. 30).

Reperto autopsico: Bronchite catarrale bilaterale e nodi di bronco polmonite ai lobi inferiori. Miocardio pallido. Fegato e reni con note di degenerazione torbida. Milza indenne. Timo iperplastico. Ipoplasi spiccata dei surreni. Tiroide, pancreas, ipofisi macroscopicamente di aspetto normale. Nulla all'intestino.

VIII. - BONGARZONE FERNANDO, mesi, 1 ½ da Roma. Entra in Clinica il 12 marzo 1941.

Anamnesi familiare: genitori viventi e sani, 4 gravidanze a termine. Due aborti. Gli altri tre figli hanno sofferto di intertrigine inguino crurale nel primo mese di vita. *Anamnesi personale:* nato a termine (peso kg. 3,350). Allattamento materno esclusivo regolare. Alvo quasi sempre diarroico con numerose scariche grumose e con tracce di muco. L'attuale malattia si è iniziata all'8° giorno di vita con eritema alle regioni perianali e glutee, con tendenza alla diffusione. Da circa 8 giorni l'arrossamento si è esteso al tronco ed al volto e sono cominciate a formarsi numerose squame su tutto il torace e sul cuoio capelluto.

Esame obiettivo: il bambino si presenta in stato di nutrizione scadente (peso kg. 3,120). Cute di colorito e con lesioni varie a seconda delle regioni che si considerano: al capo si nota un'abbondante desquamazione con formazione di croste spesse e secche. Al volto la cute è arrossata con numerose fini squame alle regioni frontale e periorbitaria. Al collo modica desquamazione senza secrezione. Al torace gli elementi dell'eritrodermia sono costituiti da macro e micropapule in parte confluenti rilevabili sulla cute circostante arrossata ed infiltrata. Le lesioni più evidenti si hanno nella parte inferiore dell'addome, ai glutei e agli arti inferiori. In tali zone la cute è di colorito rosso acceso con presenza di varie squame. Discreta secrezione alle pieghe inguino addominali e ascellari. Al tatto la cute si sente ruvida e infiltrata in tutte le regioni (ved. fig. 24 e 25).

Torace: simmetrico, ben conformato. Percussione e ascoltazione negativa. Cuore: nei limiti; toni netti su tutti i focolai. Addome di forma e volume normale. Organi ipochondriaci: nei limiti. Sistema nervoso: nulla di patologico.

Esami praticati: R. W. Meinel e Kahn: negative alla madre e al figlio. Latte materno: grasso 5%; ripetuto dopo due giorni 4,10%; prevalenza di globuli medi e piccoli.

Nel sangue del bambino: Ca mgr. 8,05%; P. mgr. 5,25%.

Nel sangue della madre Ca 8,65%; P. mgr. 5,80%.

Esame del sangue al bambino: G. R. 4.200.000; Hb. 60; Leucociti 8.500; V. Gl. 0,71.

Formula leucocitaria n. 60; Eos. 2; Linf. 58. Piastrine: ben rappresentate. Emazie: normali per forma e colorito.

Prova del pofo eseguita il 22 marzo 1941 dà riassorbimento completo in 15'. Un'altra eseguita dopo 4 giorni dà riassorbimento completo in 10'.

Elettro cardiogramma: normale.

Fin dall'ingresso (12 marzo 1941) il bambino presenta da 5 a 8 scariche giornaliere con grumi e muco e vomito frequente. Il bambino è alimentato con latte materno gr. 100 (doppia pesata) e 50 gr. di Babeurre.

Malgrado la somministrazione di un gr. di lattato di Ca per ogni pasto (6 pasti) le scariche, pur migliorando nei caratteri, permangono per tutto il tempo di degenza (un mese) numerose; il vomito cessa dopo qualche giorno ed in seguito riappare saltuariamente.

Fin dal giorno d'ingresso (12 marzo 1941) si somministra Vitamina B 6 (Lepetit) alla dose di 10 mgr. al giorno, per via endovenosa nei primi 4 giorni, in seguito per via sottocutanea e per la durata totale di 18 giorni (180 mgr.).

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC...*



Fig. 24.



Fig. 25.

CASO VIII - Mesi 1 $\frac{1}{2}$ - Allattamento materno.

Già al terzo giorno dalla somministrazione di Vitamina B 6 si comincia a notare lieve miglioramento delle condizioni della cute, al quarto e al quinto il miglioramento è netto. Il giorno 22 marzo 1941 (decimo giorno di cura) la cute in corrispondenza delle regioni glutee e del dorso si presenta notevolmente modificata con larghe chiazze rosee pallide senza più squame e con scarsa infiltrazione del derma. Persiste ancora un lieve grado di

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

eritema nelle regioni anteriori dell'addome e del torace con presenza di desquamazione, la quale è visibile ancora negli arti inferiori e superiori.

La desquamazione del capo è pure diminuita, non è più a grandi lamelle, è presente specialmente nelle regioni temporali. In corrispondenza delle pliche retroauricolari e del collo si nota un certo grado di essudazione.

1 aprile 1941 (18° ed ultimo giorno di cura). Le condizioni cutanee durante questo ultimo periodo sono andate continuamente migliorando (ved. fig. 26 e 27) e l'esame della cute dà questo reperto: eritema limitato alle regioni inguino-addominali, di colorito tendente al rosso, cute con presenza di fine desquamazione limitatamente al quadrante inferiore dell'addome, agli avambracci e cuoio capelluto.

Il 3 aprile 1941 (21° giorno di degenza) la cute, continuando a migliorare, appare liscia e di colorito normale in tutto il tronco, residuando solamente un modico arrossamento



Fig. 26.

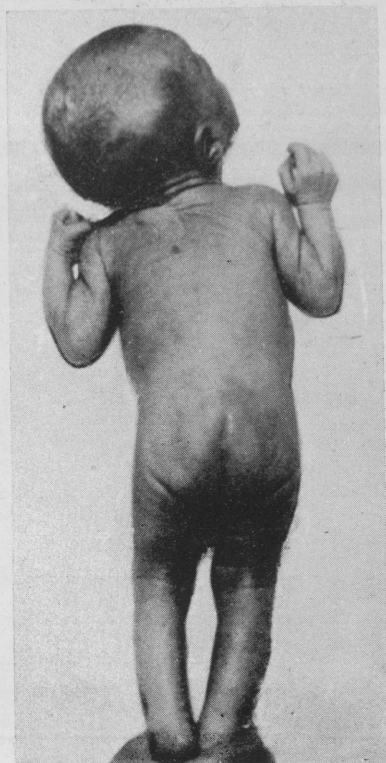


Fig. 27.

CASO VIII. - Dopo 20 giorni.

alla regione inferiore dell'addome ed inguino crurale. Il cuoio capelluto presenta piccole squame seborroiche.

Il bambino viene dimesso il 12 aprile 1941 (dopo un mese di degenza) con la cute di tutto il corpo tornata di aspetto normale ad eccezione del cuoio capelluto in taluni punti ancora arrossato ed a superficie un po' ruvida (ved. fig. 28). Alla distanza di 3 mesi si constata che le condizioni di salute sono rimaste buone.

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

IX. — VIGORITO GIANFRANCO, m. 4. Entra in Clinica il 17 marzo 1941.

Anamnesi familiare: genitori viventi e sani. Dieci gravidanze a termine e due aborti di pochi mesi.

Anamnesi personale: nato a termine (gr. 3000) allattamento materno esclusivo irregolare nei primi due mesi, indi artificiale. Lo sviluppo del bambino non è mai stato buono. Bronco-polmonite 2 mesi or sono. La affezione a carico della cute risale a 15 giorni di vita epoca in cui comparve arrossamento ed intertrigine all'inguine ed alle natiche e squame sul cuoio capelluto. Dopo pochi giorni in breve tempo una grandissima parte della cute del corpo si è arrossata e ricoperta di fine squame maggiormente evidenti al torace; al capo invece sotto forma di croste. Le pieghe inguinali e ascellari in tale epoca sono divenute secernenti. Alvo leggermente diarroico.

Esame obiettivo: stato di nutrizione scadente (kg. 3.200). Sulla cute si osservano lesioni di grado e di tipo differente a seconda delle sedi che si considerano. Sul capo si notano numerose squame grandi un po' untuose e spesse, riunite insieme da formare una specia di calotta. Il cuoio capelluto softostante è arrossato, ma non presenta secrezione. Nel solco retroauricolare si nota un modico accenno a secrezione sierosa. Al volto è evidente un certo grado di arrossamento della cute con formazione di fini squame alle regioni frontali e periorbitarie; arrossamento che è manifesto anche sulle cute del collo e nelle ascelle senza secrezione. Gli arti superiori appaiono meno compromessi: in essi difatti si osserva solo una lieve desquamazione furfuracea. Al torace la cute pur essendo in genere di colorito roseo, presenta numerose squame di grandezza varia da una lente a quella di un soldo. Alle regioni glutee ed alle coscie la cute

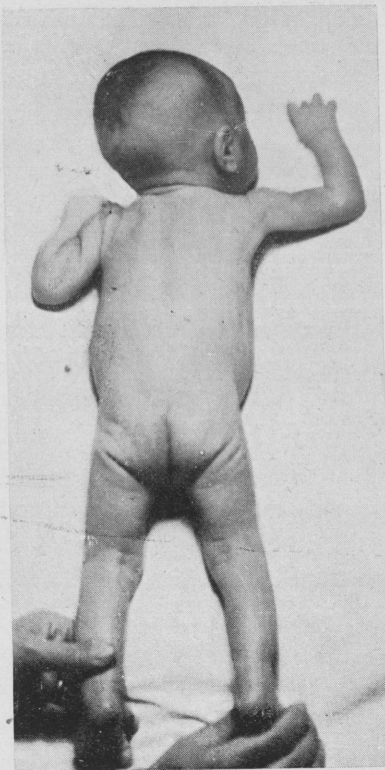


Fig. 28.

CASO VIII. — Dopo 28 giorni.

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

invece è di colorito assai acceso; ed in queste ultime è evidente anche una notevole desquamazione. Sulle gambe l'arrossamento è meno intenso e la cute si presenta arida e rugosa così che al tatto si ha una sensazione di cute tendente alla forma ittiosa (ved. fig. 29 e 30). Capo: conformazione regolare. Fontanella ant.: 2×2 . Torace: simmetrico, ben conformato; percussione e ascoltazione negative. Cuore: nei limiti; toni netti. Polso ritmico a discreta pressione.



Fig. 29.



Fig. 30.

CASO IX - Mesi 4 - Allattamento naturale pei primi due mesi, indi artificiale.

Addome di forme e volume normale con presenza di punte d'ernia ombelicale. Organi ipocondriaci: nei limiti. Sistema nervoso: nulla di patologico.

Il vomito presente nei primi giorni cessa in seguito a lavaggi gastrici e a somministrazione di atropina. Il bambino è alimentato con sei pasti giornalieri artificiali composti di latte vaccino convenientemente diluito a crema di riso; l'alvo presenta da 1-3 scariche giornaliere abbastanza digerite.

Il 20 marzo si inizia Vitamina B 6 (Lorenzini) alla dose di 10 mgr. al giorno e per la durata di 12 giorni (complessivamente 120 mgr.). Vogan 15 gocce al giorno per la durata di 12 giorni (e cioè fino al 31 marzo).

Il giorno 25 marzo la desquamazione cutanea appare ridotta. Anche lo stato eritrodermico della cute è diminuito, e meno arrossato,

Nei giorni successivi tali condizioni rimangono stazionarie.

Il 29 marzo, sopraggiunge febbre per un'infezione grippale con localizzazione naso faringea; le condizioni generali peggiorano e lo stato di nutrizione decade (diminuzione di 220 grammi di peso). Si interviene subito con trasfusioni di sangue, che si ripetono nei giorni seguenti unitamente anche a qualche fleboclisi, così che si riesce a mantenere stazionario il peso non ostante la persistenza della febbre e la comparsa di un focolaio di pleuro polmonite destra, la cui infezione cede soltanto il giorno 8 aprile presentando un lento ma continuo miglioramento.

La somministrazione di Vitamina B 6 sospesa il 31 marzo, viene ripresa per un secondo ciclo il 3 aprile (Viderma Lepetit) alla dose di 20 mgr. *pro die* e continuata per 5 giorni cioè fino al giorno 7 con un totale di 100 mgr. (tra il I ed il II ciclo sono stati così somministrati 220 mgr. di Vit B 6) e ciò in considerazione che le condizioni della cute non avevano presentato un progressivo ulteriore miglioramento, persistendo sempre un leggero grado di arrossamento con modica desquamazione furfuracea, più evidente al cuoio capelluto (ved. fig. 31). Un tale stato con alternative di miglioramenti e recrudescenze, e con comparsa in taluni punti anche di vescicolette microscopiche non trasudanti, ancora ha perdurato per circa altri 15 giorni.

Durante questo periodo le condizioni generali del bambino, che erano divenute alquanto preoccupanti, vanno lentamente ma progressivamente migliorando tanto che alla fine del mese di aprile si appalesa in modo manifesto il miglioramento dello stato eritrodermico della cute, che va progressivamente accentuandosi nei giorni seguenti; così che il giorno 11 maggio la cute appare normale e senza presenza di desquamazione. Permane solo uno leggero eritema inguinale, nonchè lo stato intertriginoso del collo e retroauricolare, sebbene sensibilmente ridotto.

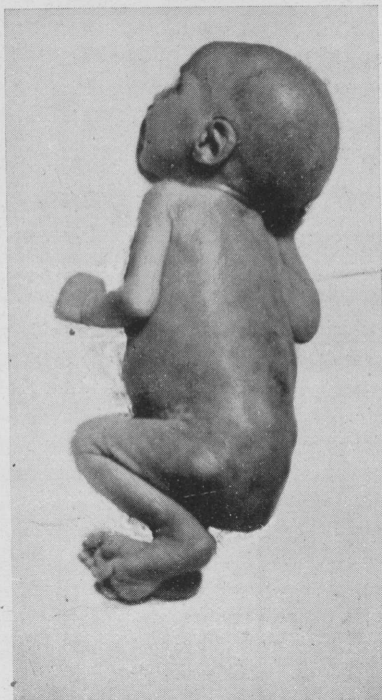


Fig. 31.

CASO IX - Dopo 17 giorni.

**L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.**

Il bambino viene trattenuto in Clinica fino alla fine di maggio allo scopo di ottenere una ripresa delle condizioni generali, ripresa che è andata sempre più accentuandosi tanto che il giorno della dimissione (29 maggio) era aumentato in peso di kg. 1,140; delle manifestazioni cutanee persisteva solamente l'intertrigine del collo e retro auricolare, e lieve *seborrea capitis*.

Ricerche eseguite:

29 marzo. Calcio fosfatemia: Ca 9,01 %; P. 4,16 %.

3 aprile. Calcio fosfatemia: Ca 10,56 %; P. 4,56 %.

R. W., M. K.: negative.

Esame del sangue: G. R. 5.710.000; G. B. 10.500 Hn. 55; V. G. 075.

Formula: n. 63; Eos. 4; Linf. 26; M. 4; C. Turk 2; — Metamielociti 2.

Piastrine: presenti. Erazie: ben conservate e colorate.

22 marzo. Prova del ponfo: riassorbimento completo in 20'.

23 aprile. Prova del ponfo: riassorbimento completo in 18'.

Elettrocardiogramma: normale

X. LEPRI MARIA PIA, m. 1 1/2 nata a Roma. Entra in Clinica il 23 marzo 1941.

Anamnesi familiare: genitori viventi e sani. Tre gravidanze; non aborti. La secondogenita a un anno ha sofferto di orticaria, a due anni di eczema poi impetigenizzato.

Anamnesi personale: nata a termine da parto eutocico (kg. 3.800). Allattamento materno esclusivo. La malattia risale a pochi giorni dopo la nascita e si è iniziata con arrossamento delle regioni glutee e delle cosce che si è esteso poi al tronco. Da 10 giorni l'arrossamento è comparso anche al volto con formazione di squame, nonché sul cuoio capelluto. Alvo diarroico 4-5 scariche giornaliere giallastre con grumi piccoli e muco.

Esame obiettivo: la bambina si presenta in condizione di nutrizione deficiente (kg. 3.420).

La cute è ovunque arida e presenta un'eritema esteso a tutto il corpo di due gradazioni diverse: rosso acceso al volto, alle regioni inguino-crurali, addominali inferiori e posteriore delle gambe; di colorito rosso un po' più pallido nelle restanti parti.

La desquamazione è soprattutto abbondante nella parte anteriore del corpo, capo compreso, con squame di media ampiezza e piuttosto sottili. Soltanto alla fronte e nelle regioni parietali le squame sono conglomerate e formanti una specie di crosta.

Torace: simmetrico ben conformato. Percussione e ascoltazione negative. Cuore: nei limiti; toni embriocardici. Polso ritmico, frequente, abbastanza valido. Addome di forma e volume normale, indolente. Organi ipocondriaci: nei limiti. Sistema nervoso: nulla di patologico.

Ricerche eseguite all'ingresso:

Alla madre ed al bambino.

R. W., M. e K.: negativa.

Calciofosfatemia al bambino: Ca 9,95 % P. 4 %.

Calciofosfatemia alla madre: Ca 9,45 % P. 5,45 %.

Prova del ponfo al bambino: riassorbimento completo in 15'.

Prova del ponfo alla madre: riassorbimento completo in 55'.

Solo al bambino:

Esame sangue al bambino: G. R. 4.300.000; Hb 60; Leucociti 10.000. Formula: n. 48; Eos. 2; Linf. 46; M. 4. Piastrine: presenti ben colorate.

Elettrocardiogramma (29 marzo 1941) (ved. fig. 32) probabile interessamento miocardico. (T 1 bass. volt; T 3 relativamente basso volt).

Elettrocardiogramma (3 aprile 1941) (ved. fig. 33). Dato l'aumentato voltaggio di T 1 e T 2 il presente tracciato può considerarsi migliore del precedente.

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

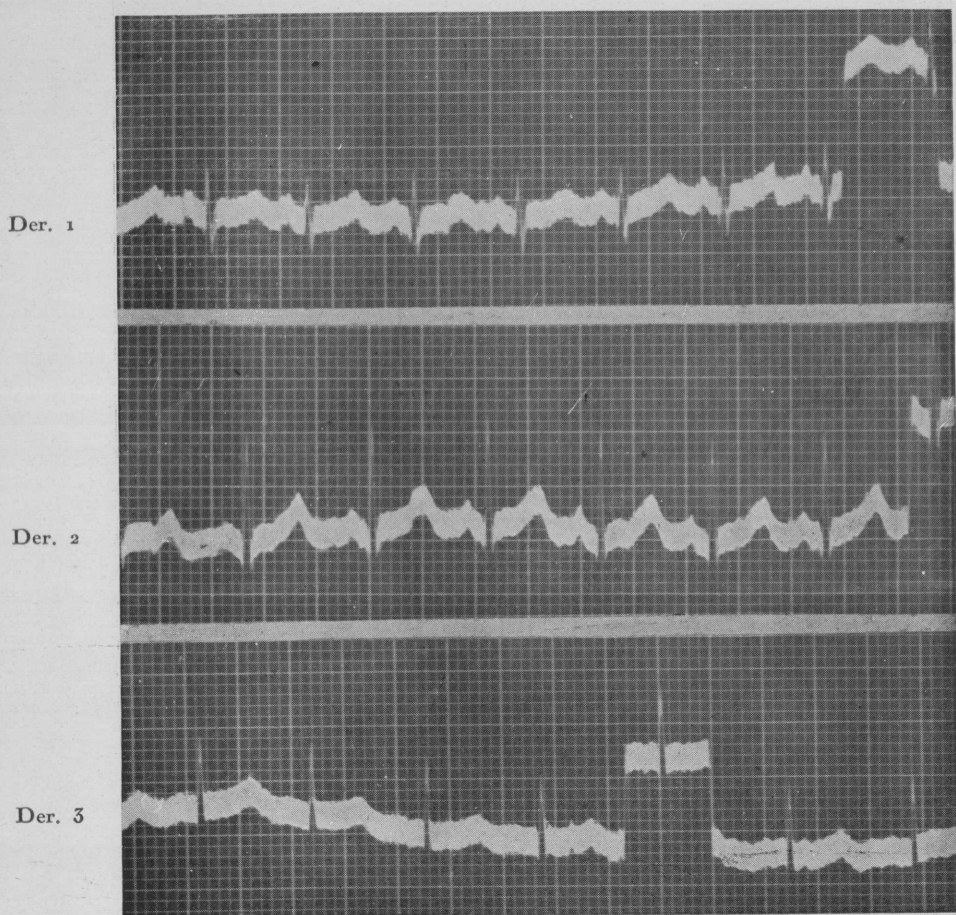


Fig. 32.

CASO X - Probabile interessamento miocardico.

Latte materno: grasso 4,50 %; prevalenza di globuli medi e piccoli.

La bambina è nutrita con latte materno 90 gr. in media (doppia pesata) più 40 gr. di Babeure. Le scariche alvine si mantengono nel numero di 5-6 al giorno durante i

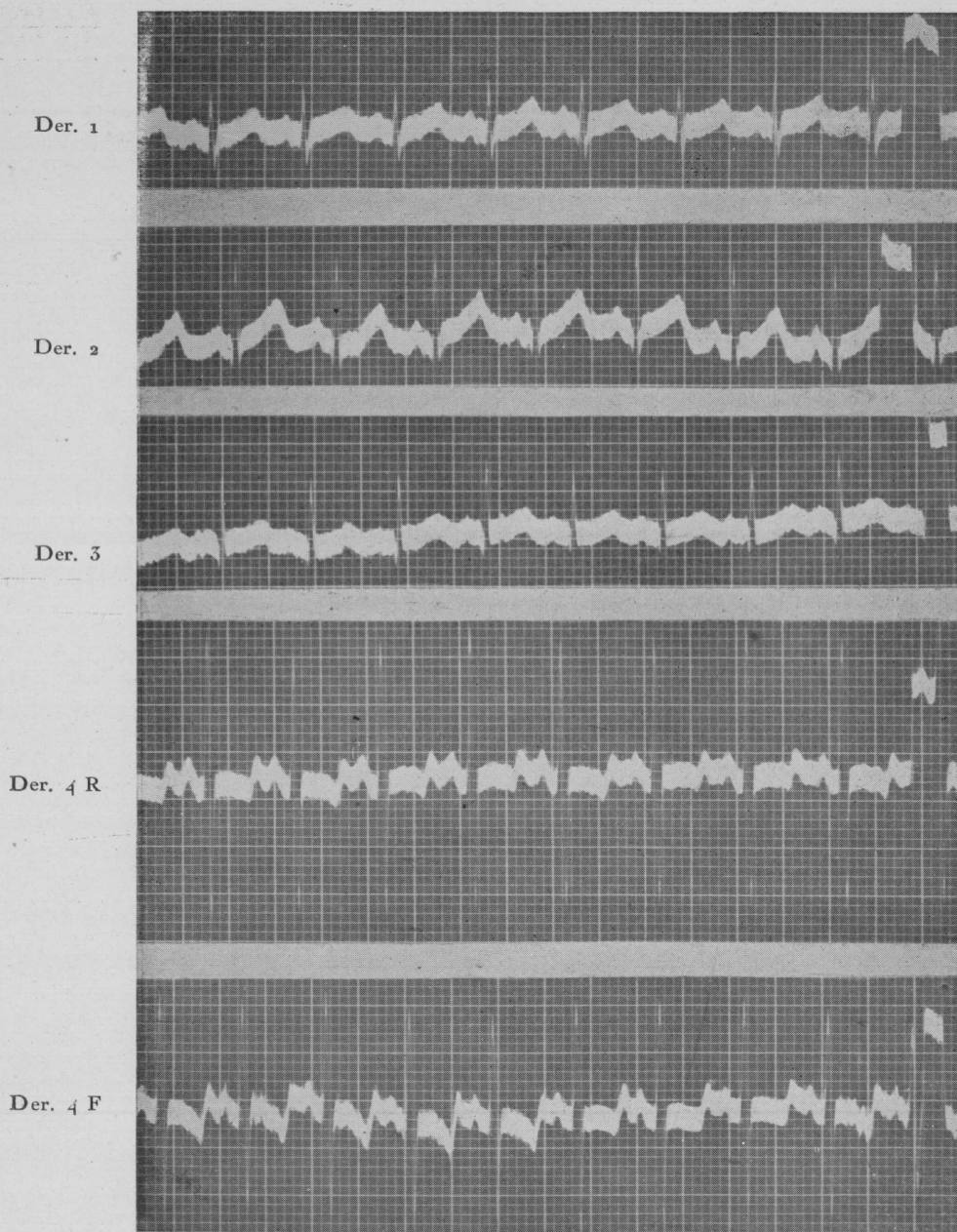


Fig. 33.

CASO X - Dopo 7 giorni evidente miglioramento.

20 giorni di degenza (malgrado somministrazione di 1 gr. di lattato di Ca per pasto) quasi sempre ben digerito, raramente con presenza di grumi e scarso muco.

Al 5° giorno (26 marzo 1941) dall'ingresso si inizia la somministrazione di Vitamina B 6 (Lorenzini) per 9 giorni nella quantità di 10 mgr. nei primi due giorni, 20 nei successivi (totale 160 mgr.).

Già al 4° giorno di cura (30 marzo 1941) si nota netta diminuzione dell'arrossamento cutaneo. La desquamazione è però sempre abbondante e così pure il distacco di squame, specie all'addome a tipo lamellare.

Il giorno 3 aprile 1941; ultimo giorno del primo ciclo di terapi (9° giorno), le condizioni della cute sono le seguenti: miglioramento sensibile dell'eritrodermia al capo e al volto nonché alle regioni estensorie degli arti e glutee; mentre al tronco l'arrossamento e l'infiltrazione della cute, sebbene diminuita, nonché la desquamazione sono ancora evidenti. Nello stesso giorno, sospesa qualsiasi cura al bambino, si inizia alla madre somministrazione di Vitamina B 6 (Merck) una fiala da 50 mgr. e lievito di birra gr. 12 *pro die* per la durata di 7 giorni (totale 350 mgr. di Vitamina B 6 Merck e 80 gr. di lievito di birra). Durante questo tempo sulla cute del bambino e precisamente al tronco, al collo e agli arti inferiori si avverte abbondante desquamazione a piccole lamelle con cute sottostante meno infiltrate e poco arrossata; mentre quella del volto appare pallida, e quella del capo arrossata solamente nella metà posteriore.

Il 21 aprile il bambino lascia l'ospedale per volontà della madre, contro il parere dei sanitari. Sulla cute si nota soltanto: modico arrossamento nella parte posteriore degli arti inferiori e nella metà inferiore dell'addome con scarsa desquamazione furfuracea; persistenza di essudazione nelle pieghe del collo, alle ascelle, al cavo del poplite; al capo ed al volto presenza di finissime vescicole a tipo miliario.

Durante i 20 giorni di degenza il bambino ha guadagnato in peso 410 grammi.

XI. D'ANGELI LUIGI, m. 2. Entra in Clinica il 26 marzo 1941.

Anamnesi familiare: genitori viventi e sani. Cinque gravidanze a termine. Un figlio morto per malattia intercorrente. Gli altri tre figli tutti hanno sofferto fin dalla fine del primo mese di vita e per la durata circa di 9 mesi, di affezione cutanea che sembrerebbe potersi identificare con una forma eritrodermica leggera, con croste diffuse al capo in seguito impetigenizzate.

Il penultimo dei figli (di 2 anni e mezzo) soffre presentemente di una eruzione tipo strofulo. La terzogenita (anni 4) soffre di bronchite asmatica.

Anamnesi personale: nato a termine da parto cesareo. Allattamento materno condotto irregolarmente. Ha sofferto di bronco-polmonite a 5 giorni di vita durata per circa 10 giorni. Verso la fine del primo mese la madre ha notato rilevante eritema alle natiche e alla regione perianale che ha in seguito interessato gli arti inferiori e il tronco con presenza di evidente desquamazione. Da qualche giorno questa manifestazione cutanea si è estesa anche al viso nelle regioni periorbitarie.

Alvo: 2-3 scariche al giorno.

Esame obiettivo: il bambino si presenta in condizioni generali e in stato di nutrizione buono (kg. 4,100). La cute degli arti inferiori, dell'addome, delle regioni glutee è viva-

**L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.**

mente arrossata e presenta zone di desquamazione lamellare che interessa soprattutto la regione antero esterna delle gambe e del dorso dei piedi. Piccole zone di arrossamento e di desquamazione si notano anche sulla faccia anteriore del torace e sul dorso ove la desquamazione è più evidente. Meno interessati sono gli arti superiori sui quali il processo critodermico è limitato solo a qualche zona. Entrambi le regioni zigomatiche si presentano anch'esse colpite da desquamazione. Sul cuoio capelluto piccole zone di arrossamento confluenti e diffuse con desquamazione. Le regioni ascellari ed inguino crurali sono anche un pò secernenti.

Capo: conformazione regolare. Fontanella ant.: $2\frac{1}{2} \times 2\frac{1}{2}$. Torace: simmetrico ben conformato. Nulla alla percussione ed ascoltazione. Cuore: nei limiti; toni netti. Addome di forma e volume normale. Organi ipocondriaci: nei limiti. Sistema nervoso: nulla di patologico.

Esami praticati all'ingresso, alla madre ed al bambino:

R. W., Meinike e Kahn, negativa; al bambino: Ca 9,65 %; P. 5,88 %; alla madre: Ca. 9,86 %; P. 5,40 %. Prova del ponfo al bambino: riassorbimento completo dopo 20'. Alla madre dopo 45'.

Esame del sangue al bambino: G. R. 4.500.000; G. B. 6.500; Hb. 55; V. G. 0,60. Formula: n. 36; Eos. 3; Linf. 58; M. 5.

Elettro cardiogramma: normale.

Latte materno: grasso 3 %, con prevalenza di globuli medi.

4-6 scariche alvine ben digerite; per tutti i 15 giorni di degenza esse rimangono nello stesso numero e con gli stessi caratteri.

Il bambino è alimentato con latte materno gr. 100 in media con aggiunta di 50 gr. di Baberre a scopo correttivo.

Il 27 marzo, 2° giorno di degenza, si somministra alla madre per 14 giorni consecutivi: Complesso B. Lorenzini due fiale al giorno e Vitamina B 6 Merk alla dose di 50 mgr. al giorno (quantità complessiva 700 mgr.) ed inoltre lievito di birra gr. 12 al giorno. Al bambino nessuna terapia.

Fin dal 30 marzo si nota che l'eritrodermia è in netta diminuzione, sia al tronco che al capo pur persistendo invariata la desquamazione.

Il 4 aprile (9° giorno di terapia praticata alla madre) la cute del bambino appare abbastanza liscia nella regione posteriore del tronco, alle natiche ed alle coscie con sensibile diminuzione della desquamazione. Arrossamento, sebbene meno accentuato, con desquamazione fine e scarsa, e modico grado di infiltrazione della cute è tuttora presente alle ascelle, ai due terzi inferiori dell'addome, alle regioni inguino-genitali, faccia interna delle coscie.

Il 9 aprile la cura viene interrotta perchè la madre vuole lasciare l'ospedale.

Lo stato della cute aveva peraltro continuato a migliorare tanto che al momento della dimissione persisteva soltanto un lieve rossore con fine e scarsa desquamazione all'addome ed alla faccia interna delle coscie. Una calcio-fosfotecnica eseguita il 4 aprile non presenta variazioni rispetto a quella eseguita il 29 marzo. Durante i 15 giorni di degenza il bambino ha guadagnato in peso 540 grammi.

XII. - SPIGA FRANCO m. 1 $\frac{1}{2}$. Visitato e curato ambulatoriamente.

L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.

Anamnesi familiare: madre sana, tre gravidanze a termine; non aborti. Il primogenito è morto per broncopolmonite. La secondogenita di due anni e mezzo ha sofferto di eczema seborroico (crosta latteaa) nei primi mesi di vita. Attualmente soffre di bronchite asmatica. *Anamnesi personale:* nata a termine (kg. 4). Allattamento materno esclusivo, non regolare. Fin dai primissimi giorni di vita numerose scariche diarroiche, verdastre con qualche grumo e un po' di muco. Al 10° giorno di vita è comparso arrossamento della cute nelle regioni glutee, nella faccia interna delle coscie, parte inferiore dell'addome e inguine, con interessamento anche del collo e delle ascelle. La cute nelle zone colpite presentò dopo qualche giorno una modica desquamazione a lamelle piuttosto piccole. Il bambino viene visitato ambulatoriamente per la prima volta l'8 maggio 1941.

Esame obiettivo: condizioni generali e di nutrizione discrete. L'esame della cute mostra alterazioni varie a seconda delle regioni che si considerano: al capo piccole squame fini ed asciutte. Al collo e alle ascelle discreto arrossamento. Nulla di speciale a carico della cute del tronco. In corrispondenza dei glutei, della faccia interna delle coscie e delle gambe, nonché della regione sopra pubica, si nota un arrossamento molto evidente con desquamazione a piccole lamelle. Alle coscie e all'addome piccoli ascessolini sottocutanei in via di fluidificazione.

Negativo l'esame degli altri apparati.

Ricerche eseguite: formula leucocitaria al bambino: n. 50; M. 4; Linf. 46. Formula leucocitaria alla sorella di anni 2: n. 58; Eos. 4; Linf. 38. Lo stesso giorno (8 maggio) si iniettano 50 mgr. di Vitamina B 6 Merck e si consiglia la somministrazione di acqua II di calce (5 cucchiaini prima di ogni poppata).

A distanza di sette giorni il 15 maggio in una seconda visita ambulatoria, senza aver praticato altre iniezioni di Vitamina B 6, si nota che l'eritrodermia è notevolmente migliorata. Infatti alle coscie e al glutei è scomparsa la desquamazione, ed è assai diminuito lo stato di infiltrazione e l'arrossamento della cute che al tatto appare liscia. Anche le regioni ascellari e del collo appaiono di colorito roseo e sul cuoio capelluto si avvertono scarsissime squame furfuracee; invariata la piodermite notata dell'addome e alle coscie. Si iniettano altri 50 mgr. di vitamina B6 Merck.

Il 22 maggio all'esame obiettivo la cute appare completamente libera da qualsiasi manifestazione di eritrodermia. Le condizioni intestinali un po' migliorate (3-4 scariche giornaliere con residui ben digeriti).

Il 31 maggio si constata che anche la piodermite è scomparsa.

In totale al bambino sono stati somministrati 100 mgr. di Vitamina B 6 in due sole volte.

XIII. - DI CARO ANGELA, m. 2. Entra in Clinica il 24 maggio 1941.

Anamnesi familiare: genitori luetici. Unica gravidanza.

Anamnesi personale: nata all'8° mese (kg. 1.410) da parto eutocico. Allattamento materno esclusivo. Sviluppo scarso (800 gr. di accrescimento). La malattia attuale risale a pochi giorni dopo la nascita. In tale epoca è cominciato arrossamento della cute, dapprima leggero dopo assai intenso, alle regioni inguinali e glutee che rapidamente ha invaso tutto

**L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.**

il corpo volto compreso, con conseguente formazione di squame a lamelle piuttosto larghe, dapprima al tronco e agli arti, in seguito, e precisamente alla fine del primo mese di vita, anche sul volto. Nello stesso tempo anche al capo sono comparse squame molto spesse. Fin dai primi giorni di vita l'alvo è stato diarroico (6-7 scariche) con piccoli grumi. In questi ultimi giorni si è presentato anche vomito intermittente subito dopo i pasti. *Esame obiettivo:* stato di nutrizione deficiente (kg. 2.230). Sulla cute si notano varie lesioni a seconda dei distretti presi in considerazione; sul capo presenza di numerose squame che confluendo insieme formano come una leggera calotta interessante tutto il cuoio capelluto. Sulle regioni frontali e periorbitarie numerose squame che tendono quasi a invadere completamente le palpebre. La cute del volto si presenta arrossata con numerose lamelle di media grandezza che si distaccano lasciando un fondo arrossato. Tutta la superficie del torace, dell'addome e degli arti inferiori è intensamente arrossata e ricoperta di numerosissime squame piuttosto larghe. Non tracce di essudazione alle pieghe cutanee (ved. fig. 34 e 35).



Fig. 34.



Fig. 35.

CASO XIII - Mesi 2 - Allattamento naturale
(trattamento indiretto - colla somministrazione cioè di Vit. B 6 alla madre
e guarigione entro 20 giorni).

Capo: conformazione regolare. Fontanella ant. 2×2 . Torace: simmetrico ben conformato; percussione e ascoltazione negative. Cuore: nei limiti; toni netti; polso ritmico. Addome: forma e volume normale. Fegato: nei limiti. La milza si palpa all'arco di consistenza un po' aumentata. Latte materno: grasso 5 %.

Ricerche eseguite alla madre ed alla bambina:

Calciofosfatemia: bambina Ca. 8.75 %; P. 3.32 %; madre Ca. 10.40 %; P. 4 %.

R. W. + + + Meinicke + + + figlia.

R. W. + + + Meinicke + + + madre.

Esame del sangue bambina: G. R. 3.800.000; Hb. 40; V. G. 0.50; G. B. 8.500. Formula leucocitaria: n. 40; Eos. 3; M. 2; Linf. 55, Erit. Ortoc. 2. Modica anisopolichilotosi.

La bambina è alimentata con latte materno gr. 80, in più 40 gr. di latte vaccino debitamente corretto con aggiunta di farine. Durante una settimana di degenza sono continuate 6-7 scariche giornaliere discretamente digerite con piccole tracce di muco.

Lo stesso giorno dell'ingresso (24 maggio) si somministra alla madre Vitamina B 6 Merck alla dose di 50 mgr. *pro die*; inoltre tre fiale al di di complesso B Lorenzini e 10 gr. di lievito di birra al giorno. Complessivamente la cura è consistita in 350 mgr. di Vitamina B 6, 21 fiale di Complesso B e 70 gr. di lievito di birra.

Il 27 maggio si constata che l'assottigliamento cutaneo tende alquanto a diminuire.

Il 30 maggio la madre vuole lasciare la Clinica conducendo seco la bambina in condizioni generali pressochè stazionarie (peso aumentato di gr. 60 e numero delle scariche invariato) e cutanee invece sensibilmente migliorate in specie per quanto riguarda l'arrossamento, pur presentante sempre bene visibile la desquamazione.

Il 3 giugno si rivede ambulatoriamente la piccola, la cui cute appare nel complesso di colorito roseo un poco intenso, ed invece modicamente arrossata solamente alle regioni glutee. La desquamazione a lamelle piuttosto grandi ed-un leggero grado di infiltramento del derma è sempre presente in specie sul tronco e sul cuoio capelluto. Si iniettano alla madre altri 50 mgr. di Vitamina B 6 Merck.

Il 7 giugno, dopo cioè 14 giorni dall'inizio della cura, ad un nuovo controllo ambulatorio si constata che l'arrossamento cutaneo in genere è presso che scomparso, la cute degli arti superiori ed inferiori è liscia e vellutata, mentre sul tronco si nota ancora la presenza di piccole squame fini con sottostante cute di aspetto roseo, soltanto squame più spesse sul cuoio capelluto.

La bambina non è stata più ripresentata alla nostra osservazione.

XIV. - RICCARDI VITO, m. 1. Entra in Clinica il 16 settembre 1941.

Anamnesi familiare: genitori viventi e sani. Unica gravidanza; non aborti.

Anamnesi personale: nato a termine (kg. 5.100) da parto eutocico. Allattamento materno. A circa 15 giorni di vita è comparso arrossamento della cute nella regione perianale, inguino crurale e glutea. Da tre giorni l'arrossamento si è rapidamente esteso a quasi tutto il corpo. Scariche alvine frequenti.

**L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.**

Esame obiettivo: il cuoio capelluto è ricoperto da numerose squame seborroiche che invadono in parte anche le regioni sopraccigliari. La cute delle regioni sottomentoniera, collo e parte superiore del torace si presenta arrossata e infiltrata con desquamazione a tipo furfuraceo; più intensamente arrossata e infiltrata nelle regioni ipogastrica, sopra-cubica, inguinoscrotale, delle coscie e dei glutei, ed è pressochè ovunque ricoperta da squame numerose a tipo lamellare. Numerose piccole chiazze di arrossamento su cute



Fig. 36.



Fig. 37.

CASO XIV — Mesi 1 — Allattamento naturale.

leggermente infiltrata si osservano anche sul tronco, sul dorso e alle pieghe del gomito senza desquamazione (ved. fig. 36 e 37). Esame degli organi interni: negativo.

Il bambino è alimentato con latte materno gr. 90 in media a cui si aggiungono 30 gr. di latte acido scremato (Acidalpe). Latte materno: grasso 3.50 % con prevalenza di globuli medi. Durante tutto il periodo di degenza (24 g.) le scariche rimangono numerose (8 in media) malgrado anche le somministrazioni di lattato di Ca. (2 gr. p.p.);

Il 17 settembre, 1941 si incomincia la somministrazione al bambino di Vitamina B 6 (Lepetit) alla dose di 20 mgr. *pro die*.

Il giorno 22 settembre 1941 (5° di cura) si nota che, pur persistendo invariata la desquamazione, la cute appare ovunque meno arrossata e sembra al tatto anche meno infiltrata.

Il 23 e 24 settembre si somministrano 50 mgr. di Vitamina B 6 e il 25 settembre si sospende la somministrazione avendone iniettata in totale 200 mgr.

Il 27 settembre (10° giorno di cura) l'esame della cute dimostra che lo stato eritro-

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

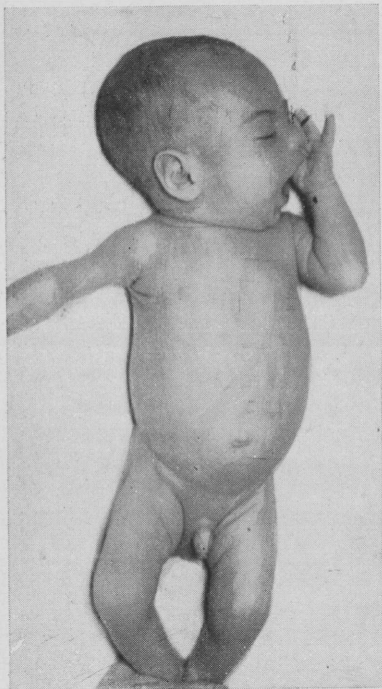


Fig. 38.



Fig. 39.

CASO XIV - Dopo 16 giorni.

dermico è diminuito di intensità su tutto il corpo, capo compreso; pur essendo presente sempre la desquamazione a larghe lamelle.

Il 30 settembre appare assai evidente l'impallidimento della cute su tutte le regioni del corpo, nettamente diminuito lo stato di infiltrazione del derma; la desquamazione tende a diminuire assumendo un carattere semplicemente furfuraceo; la cute del volto e delle coscie si mostra liscia e vellutata.

Tale miglioramento va aumentando continuamente, tantochè il 4 ottobre, la cute di tutto il corpo si presenta di colorito presso che normale, solamente ancora un po' ruvida al tatto e con assenza di desquamazione che persiste solo sul cuoio capelluto (ved. fig. 38 e 39).

**L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.**

L'8 ottobre il bambino lascia la Clinica presentando solo lieve arrossamento nelle regioni inguinale ed ancora modica desquamazione al cuoio capelluto. Ovunque la cute appare liscia e vellutata. Il bambino durante 23 giorni di degenza ha guadagnato in peso 350 grammi.

XV. — CORSINI BRUNO, giorni 10. Entra in Clinica il 50 novembre 1941.

Anamnesi familiare: quattro gravidanze a termine di cui l'ultima gemellare. Tre figli viventi e sani, e senza alcuna manifestazione di diatesi essudativa (non eczemi durante l'allattamento, non orticaria; non bronchiti di tipo asmatico). La madre è stata sempre in buona salute e durante la gravidanza non ha avuto disturbi degni di nota; asserisce però avere avuto una alimentazione piuttosto scarsa ed uniforme a base di carboidrati con particolare difetto di sostanze grasse e di carne.

Anamnesi personale: il presente bambino è nato a termine da parto gemellare (l'altro gemello ricoverato contemporaneamente in condizioni gravissime e affetto anch'esso da eritrodermia generalizzata a tutto il corpo con superficie cutanea quasi non più funzionante in alcun punto muore al 2° giorno di degenza senza avere ancora ricevuto alcun trattamento specifico). Allattamento materno esclusivo, regolarmente condotto. La malattia attuale risale a circa il 20° giorno di vita. Si è iniziata con eritema alle regioni glutee. L'arrossamento della cute poco per volta, ma rapidamente, si è diffuso a tutto il corpo. Da circa 10 giorni è comparsa desquamazione cutanea a piccole e a larghe lamelle diffusa ovunque, compreso il volto ed il capo. Il piccolo ha presentato qualche volta vomito, scariche frequenti con piccoli grumi bianchi e tracce di muco; sembra non sia cresciuto di peso.

Esame obiettivo: aspetto sofferente. Respiro difficoltoso per rinite. Pianto discretamente valido. Nutrizione scadente.

La cute presenta lesioni di vario grado a seconda delle regioni che prendiamo in esame. A carico degli arti inferiori si nota ovunque arrossamento abbastanza accentuato con massima intensità in corrispondenza della faccia interna delle coscie; con presenza di desquamazione notevole a lamelle molto grandi che si distaccano facilmente dalla superficie cutanea. Alle regioni poplitee si nota invece una modica essudazione sierosa.

La cute del tronco presenta un arrossamento meno accentuato di quello delle regioni descritte, ed una desquamazione a lamelle piuttosto piccole, facilmente distaccabili. Anche agli arti superiori in specie alle braccia e meno all'avambraccio l'eritrodermia e la desquamazione hanno all'incirca gli stessi caratteri. Alle pieghe ascellari si notano segni di scarsa essudazione.

La cute del collo è arrossata con desquamazione manifesta. Il volto è tutto interessato dalla eritrodermia accompagnato da desquamazione; ciò che raggiunge il massimo di intensità in corrispondenza della fronte e delle regioni periorbitarie, tanto che gli occhi appaiono quasi sempre chiusi e le rime palpebrali rimpiccolite. Sul capo si nota una desquamazione a fini lamelle che interessa uniformemente tutto il cuoio capelluto. La cute in tutte le regioni si presenta notevolmente infiltrata e ruvida avendo perduto il carattere vellutato della cute normale (ved. fig. 40 e 41).

Torace: simmetrico. Palpazione, percussione e ascoltazione negative. Cuore: nei limiti; toni netti; polso ritmico. Addome: trattabile indolente. Organi ipocondriaci: nei limiti. Sistema nervoso: nulla di patologico.

Il bambino è alimentato con latte materno in media 90 grammi, come correttivo si aggiunge Babeurre (30-40 gr.).

Durante tutta la degenza l'alvo presenta 4-6 scariche giornaliere (malgrado somministrazione di 1 gr. di lattato di Ca. per pasto) bene digerite.

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*



Fig. 40.



Fig. 41.

CASO XV - Mesi 1 $\frac{1}{2}$ - Allattamento naturale.

Il giorno 11-12 e 14 novembre, si somministra Vitamine B 6 alla dose di 50 mgr. al giorno (complessivamente 150 mgr.). Già il giorno 13 novembre si nota un miglioramento delle condizioni cutanee in quanto l'arrossamento appare diminuito ovunque.

Il 15 novembre il miglioramento è visibile anche negli arti inferiori e sul viso. In questo giorno si somministra alla madre Vitamina B 6 nella dose di 60 mgr.

Il 17 all'esame della cute risulta evidente la sensibile diminuzione sia dell'arrossamento e sia dello stato di infiltrazione nelle varie parti del corpo; tanto che la cute in alcuni

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

punti appare liscia e la desquamazione, pure continuando a manifestarsi, sebbene in modo ridotto, a carico della metà superiore del corpo, nelle rimanenti parti non è più visibile.

Il 19 ed il 20 si iniettano ancora al bambino 50 mgr. di Vitamina B 6 *pro die*.



Fig. 42.



Fig. 43.

CASO XV - Dopo 11 giorni (trattamento combinato, alla madre ed al bambino).

Il 23 l'arrossamento cutaneo è appena rilevabile, lo stato di infiltrazione nettamente diminuito e la desquamazione residua solamente nelle regioni laterali dell'addome e al capo (ved. fig. 42 e 43).

Il miglioramento continua progressivamente così che il 28 novembre il bambino lascia l'ospedale nelle seguenti condizioni: stato eritrodermico scomparso; cute quasi dappertutto liscia ad eccezione d'alcune parti del dorso, dei glutei e delle gambe dove, benchè di colorito normale, appare un poco ruvida. Permane soltanto modica desquamazione furfuracea al cuoio capelluto, alla regione frontale e periorbitale e scarsissima essudazione al cavo ascellare (ved. fig. 44 e 45).

Complessivamente sono stati somministrati al bambino in sole 5 volte 250 mgr. di Vitamina B 6 oltre a 60 mgr. alla madre). Il bambino in 18 giorni ha guadagnato in peso 580 gr. *Ricerche eseguite:* latte materno: grasso 4%; prevalenza dei globuli piccoli. R. W., Meinike, Kahn alla madre e al bambino: negative.

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*



Fig. 44.

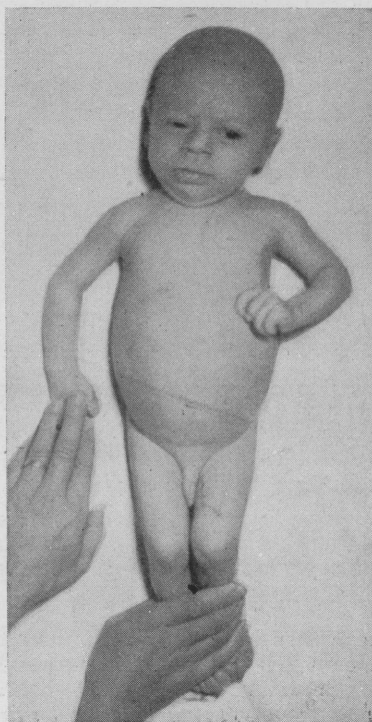


Fig. 45.

CASO XV - Dopo 16 giorni del trattamento combinato.

Ca. e P. alla madre: Ca. 9,10; P. 4,60; al bambino: Ca. 9; P. 4,10.

Elettrocardiogramma: reperto normale.

Prova del ponfo: riassorbimeto completo dopo 18'.

Esame del sangue: G. R. 3.940.000; G. b. 11.600; H. b. 0,63; V. G. 0,80. Formula: Neutrofili 22; Eos. 1; Linf. 77.

Gentilizio: genitori sani. La madre ha avuto 2 gravidanze a termine; non aborti. L'altra bambina gode buona salute non ha mai presentato nessuna manifestazione di diatesi essudativa.

La madre riferisce che circa 6 anni or sono il marito ha presentato ulcere ai genitali di cui ha contagiato anche la moglie. La reazione di Wasserman praticata in entrambi ha avuto risultato negativo.

L'alimentazione in famiglia è stata prevalentemente costituita da farinacei, con scarsi condimenti e scarso apporto di carne.

Anamnesi personale: nato a termine da parto eutocico (sembra kg. 3000). Allattamento materno esclusivo, abbastanza regolarmente condotto.

La malattia attuale risale a circa 20 giorni (10° giorno di vita). Ha iniziato con arrossamento diffuso alle regioni glutee, che poco per volta si è andato estendendo alle coscie ed alla parte inferiore dell'addome. Da circa 8 giorni l'arrossamento ha cominciato ad interessare anche il volto e rapidamente si è diffuso anche al tronco ed arti superiori ed in parte anche agli inferiori, seguito a breve distanza da una desquamazione a lamelle sottili in prevalenza alle coscie, al volto ed in minor misura alla parte inferiore dell'addome.

Fin dalla nascita il bambino ha presentato scariche molto frequenti, commiste a muco e con numerosi piccoli grumi. La crescita è stata alquanto stentata.

Esame obiettivo: aspetto indifferente, nutrizione discreta. Respiro tranquillo. Pianto valido. Polso radiale ritmico.

La cute presenta lesioni differenti a seconda delle regioni che si esaminano: a carico degli arti inferiori si nota diffuso ed intenso arrossamento con derma sottostante infiltrato, specie in corrispondenza della faccia interna delle coscie; delle regioni glutee e perineale, scroto compreso, ove è visibile una desquamazione a lamelle piccole e trasparenti. Assenza di essudazione alle regioni poplitee. La parte inferiore dell'addome presenta la cute notevolmente arrossata, tuttavia con intensità ed infiltrazione minore delle regioni già descritte. Sul torace posteriormente ed anteriormente si osservano numerose papule della grandezza da una lenticchia ad un centesimo arrossate e costituite da un raggruppamento di micripapule su talune delle quali è possibile mediante una lente, mettere ancora in evidenza una minuscola vescicola. I tratti di cute interposti tra queste maculo-papule sono arrossati notevolmente; ed in talune parti anche finemente desquamanti.

Gli arti superiori presentano una modica eritrodermia con squame piuttosto limitate. Non si nota essudazione alle regioni ascellari.

Tanto la regione cervicale quanto il volto appaiono di color rosso acceso con formazione di numerose squame, specie intorno alle regioni periorbitarie. La cute del capo presenta seborrea con squame un po' spesse e più evidenti alle regioni frontali (ved. fig. 46 e 47). Capo di conformazione regolare. Fontanella anteriore: 2×3 . Addome: trattabile indolente. Organi ipocondriaci: normali. Cuore: nei limiti; toni netti; polso ritmico. Apparato respiratorio e nervoso: nulla di patologico.

Il bambino è alimentato con latte materno in media gr. 100 e a scopo correttivo si aggiunge Babeurre gr. 20 per pasto. Le scariche alvine permangono sempre frequenti 6-7 nelle

24 ore senza grumi con reazione fortemente acida malgrado somministrazione di lattato di calcio (1 gr. p.p.).

Il giorno 15 novembre si somministra alla madre Vitamina B 6 nella dose di 100 mgr. *pro die* per sei giorni, lievito di birra 12 gr. al giorno per 10 giorni. Tenuto conto del risultato

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*



Fig. 46.



Fig. 47.

CASO XVI - Mesi 1 - Allattamento naturale.

dell'analisi del Ca. e P. nel sangue della madre (P. mgr. 3 %) e del bambino (P. 3.40 %) il giorno 18 si somministrano al bambino Vitamine D 2 nella dose di 800.000 e alla madre 1.280.000 Unità.

Il giorno 19, cioè dopo 4 giorni dall'inizio della somministrazione di B6 alla madre, si nota che l'arrossamento cutaneo nel bambino è diminuito di intensità in tutte le regioni colpite e le squame si distaccano con facilità.

Il 22 novembre (8° giorno dell'inizio della cura materna) l'esame della cute dimostra: eritrodermia sensibilmente diminuita di intensità; cute scarsamente arrossata nelle regioni inguino addominali e del collo, però ancora abbastanza infiltrata. La desqua-

**L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.**

mazione è presente a fini lamelle agli arti inferiori ed al capo. Al torace, sia anteriormente che posteriormente residuano piccole squame sottili e trasparenti (ved. fig. 48 e 49). Il 26 lo stato eritrodermico non è più rilevabile. La cute si presenta liscia e abbastanza vellutata al dorso e alle regioni glutee; un po' ruvida nelle restanti regioni, residua scarsa e fine desquamazione furfuracea al volto e agli arti inferiori. In tali condizioni il bambino completamente guarito (ved. fig. 50 e 51) lascia l'ospedale il 27 novembre, avendo guadagnato in peso 240 gr. in 13 giorni.



Fig. 48.

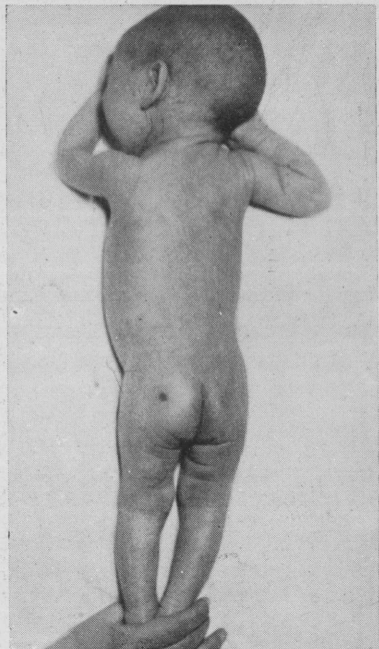


Fig. 49.

CASO XVI - Dopo 8 giorni (trattamento indiretto, colla somministrazione cioè di Vit. B 6 alla madre).

Riveduto il 10 dicembre 1941 ed il 20 dicembre esso appare in buone condizioni generali con la cute normale ad eccezione del cuoio capelluto (ove si notano squame di aspetto grasso) e del solco retro auricolare circostante arrossato (soggetto con costituzione diatesico essudativa, ricerche eseguite).

Esami praticati: elettro cardiogramma del bambino: normale.

Latte materno: grasso 2%, prevalenza globuli medi. 17 novembre: madre Ca. 9.58 %; P. 3 %. Bambino P. mgr. 3.40 %; Ca. mgr. 10.28. R. W., M. K. alla madre e al figlio:

negative. Cloruremia madre: 5 %. Cloruremia figlio: 5.26 %. Urine madre: Cloruri 11.70 su 100 cc. Cloruri eliminati nelle 24 ore gr. 12.87. Bambino: prova del ponfo: riassorbimento completo in 12'. Esame sangue: G. R. 3.710.000; G. B. 15.000; Hb. 0,65; V. G. 0.86. Formula leucocitaria: n. 424.50, Eos. 8. Esame culturale delle feci del bambino: non si osserva sviluppo di enterococco in modo sensibile.

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*



Fig. 50.

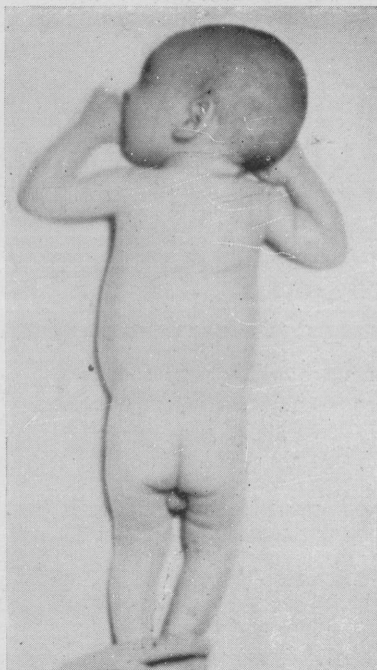


Fig. 51.

CASO XVI - Dopo 14 giorni (trattamento indiretto).

XVII. - FANTUZZI VINCENZO m. 1. Entra in Clinica il 2 dicembre 1941.

Anamnesi familiare: genitori viventi e sani.

Due gravidanze; non aborti. L'altro figlio è vivente e sano.

Anamnesi personale: nato a termine, da parto eutocico, kg. 3.000. Allattamento materno, irregolarmente condotto. La malattia risale ai primissimi giorni di vita, epoca in cui sono comparse chiazze eritematose nelle regioni glutee, che si sono diffuse interessando le regioni inguinali e la parte interna delle coscie. Al 22° giorno di vita l'eritema è com-

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

parso anche al volto, al cuoio capelluto ed agli arti; con intensa desquamazione. Sette, otto scariche alvine quotidiane verdastre. Non vomito.

Esame obiettivo: la dermatosi si presenta a tipo eritrodermico squamoso con due aspetti differenti. In corrispondenza delle grandi pieghe e nelle regioni viciniori agli orefici delle



Fig. 52.



Fig. 53.

CASO XVII - Mesi 1 - Allattamento naturale.

cavità naturali si presenta sotto l'aspetto di vaste chiazze uniformemente arrossate con il sottostante derma infiltrato, desquamante in lamelle grandi, ed essudanti nel punto delle linee delle pieghe.

Inoltre agli occhi ed al naso si osservano croste di aspetto giallastro, il cui distacco mette in evidenza una secrezione muco purulenta (impetigenizzata).

Al tronco e sugli arti (in specie superiori) e sul viso la dermatosi di recente apparizione si presenta a piccole chiazze sia puntiforme che lenticolare di aspetto eritemato popaloide rilevate e circondate in specie in talune parti, da cute d'aspetto presso che normale. Tali chiazze alcune sono isolate, altre confluenti in macchie più o meno grandi, con

squame al centro a tipo eczemate psoriariforme. Distaccando queste squame è possibile mettere in evidenza piccole erosioni superficiali (vescicole in riassorbimento). Alcune di queste forme papoloidi non presentano invece vescicole centrali (forma abortiva) (ved. fig. 52 e 53).

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*



Fig. 54.



Fig. 55.

CASO XVII - Dopo 18 giorni.

Sul cuoio capelluto si osserva una chiazza a tipo seborroico in corrispondenza prevalentemente della regione occipitale.

Torace: simmetrico, ben conformato; percussione e ascoltazione: negative.

Addome di forma e volume normale, indolente. Organi ipocondrici: nei limiti.

Cuore: nei limiti; toni netti; polso ritmico. Sistema nervoso: nulla di patologico.

Il bambino è alimentato con latte materno, cui si aggiunge, come correttivo Babeurre gr. 40. Le scariche si mantengono numerose ed acide, malgrado somministrazione di lattato di Ca I gr. pp.

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

Il giorno 4 dicembre 1941 si somministrano mgr. 50 di Vitamina B 6 (Lepetit); tale dose si ripete il giorno seguente.

Il 6 si iniettano mgr. 100 ed il giorno 8 ancora mgr. 50. Complessivamente in 5 giorni mgr. 250.

Il 6 settembre la dermatosi è invariata; soltanto che al tronco gli elementi maculo popa-

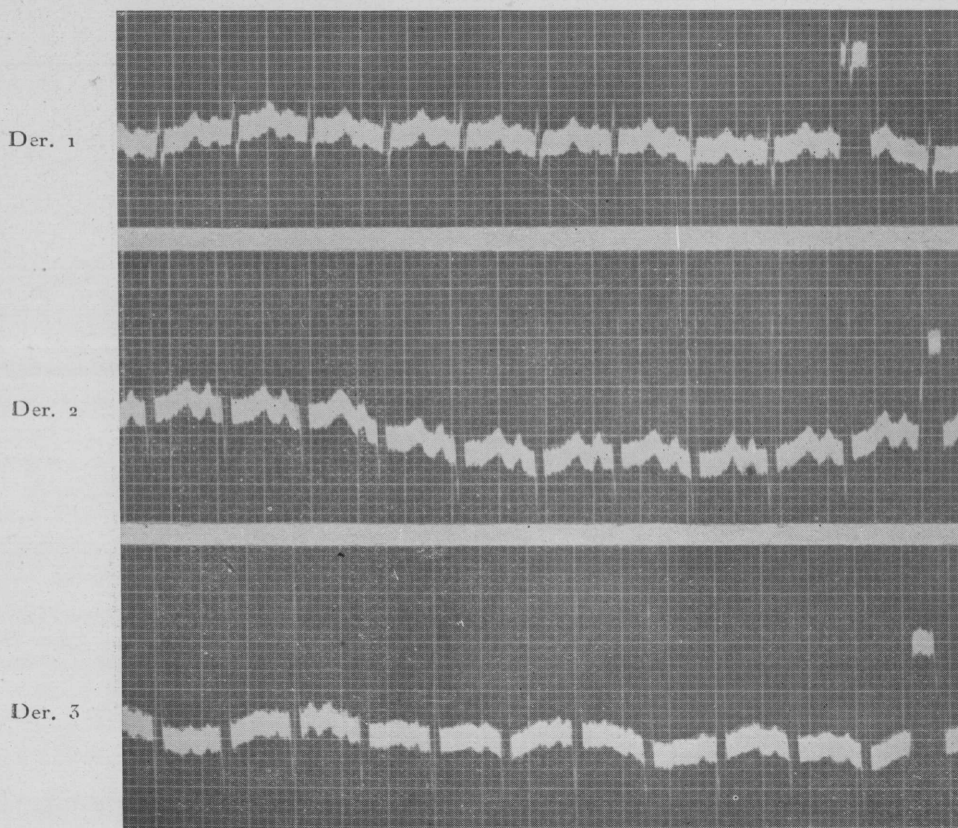


Fig. 56.

CASO XVII - Segni di interessamento miocardico.

lroidi avanti descritti manifestano la tendenza a confluire in macchie più grandi, e comincia ad apparire visibile lo stato eritrodermico della cute.

Il 9 dicembre. Tale stato non presenta alcuna ulteriore variazione; invece i punti vicino alle grandi pieghe e vicino agli orifici naturali, presentano un fondo sensibilmente meno congesto, come se l'aspetto eritrodermico avesse tendenza a regredire.

Il 15 dicembre, tanto sul viso e sul tronco quanto sul cuoio capelluto il fondo della cute appare evidentemente meno congesto ed assai meno arrossato, con accentuata desquamazione. Nelle linee delle grandi pieghe è ancora evidente un leggero grado di essudazione. Nel complesso la dermatosi ha subito un evidente stato di arresto e di miglioramento.

Il giorno 15 e il 16 si somministrano ancora mgr. 50 di Vitamina B₆.

Il 20 dicembre il bambino lascia l'ospedale con un sensibilissimo miglioramento, come dimostra la figura 54 e 55, avendo guadagnato in peso gr. 380 in 18 giorni.

Il giorno 30 dicembre il bambino torna alla nostra osservazione. L'esame della cute dà quanto segue: a carico della superficie cutanea si avverte solo un leggero grado di eritema e di intertrigine della regione inguino addominale e crurale. Per il resto la cute appare normale e liscia, salvo che sulla gota destra e alle rime palpebrali dove si nota ancora la presenza di lamelle e di squame mentre sul cuoio capelluto, nella metà anteriore della testa permangono croste residue però con cute sottostante normale. *Ricerche eseguite durante la degenza:*

a) sulla madre: latte materno: grasso 3,50 %; prevalenza dei globuli medi.

Calcio fosfotemia Ca. 10,40 %; P. 4,11 %; R. W., M. K.: negative.

Cloruri nel sangue totale 4,25 % 4,90 %; Plasma 5 %; Emazie.

Cloruri nelle urine (1.700 cc. in 24 ore): 11,80 %.

b) sul bambino: Elettro cardiogramma fig. 55: segni di interessamento miocardico.

Esame sangue: G. B. 15.000; G. R. 5.750.000.

Formula: n. 51; Linf. 72; Eos. 5; M. 4; Eritroblasto ortocromatico 1.

Prova del ponfo: riassorbimento completo in 16'.

Calcio fosfotemia: Ca. 9,50 %; P. 4 % A E, R. W., M. K.: negative.

XVIII. -- CIOTOLI ROSA MARIA, m. 1.^a₂. Entra in Clinica il 6 dicembre 1941.

Anamnesi familiare: genitori viventi e sani, unica gravidanza, non aborti.

Durante gli ultimi mesi di gravidanza la madre è stata a vitto bianco, dietro consiglio di sanitari.

Anamnesi personale: nato a termine, da parto eutocico. Allattamento materno irregolarmente condotto.

La malattia attuale risale a 15 giorni or sono quando è iniziato eritema alle regioni gluteo che si è poi esteso all'inguine ed alla faccia interna delle coscie. Da tre giorni sono comparse maculo papule sulla metà inferiore del tronco e desquamazione lamellare sia al cuoio capelluto e sia in corrispondenza delle regioni marginali dell'eritema.

Esame obiettivo: all'esame della cute si mette in evidenza una dermatosi diffusa, simmetricamente disposta, costituita da chiazze eritrodermiche con squame che occupano le grandi pieghe (inguine crurale, popliteo, ascelle, gomito, solco retroauricolare) in alcuni tratti delle quali vi è tendenza all'essudazione, con formazione anche di vere croste. Sul tronco e sugli arti chiazze puntiformi lenticolari isolate o confluenti di aspetto pur esse eritrodermico-squamoso; le squame sono secche di colorito bianco micaceo polistratificate aderenti; col grattamento si mette in evidenza le pellicole di Durean, ma non si verifica il vero fenomeno di Auopitz (emorragia puntiforme).

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

Il capillizio è ricoperto da chiazze di aspetto seborreico. In sintesi si tratta di eritrodermia presentante un aspetto eczematide psoriasiforme sul tronco (elementi comparsi per ultimo), ed inoltre di una forma d'aspetto seborreico del capillizio e delle sopracciglie; ed insieme di uno stato intertriginoso delle pieghe inguino crurali, cavo popliteo, ascelle, gomito (ved. fig. 57 e 58).

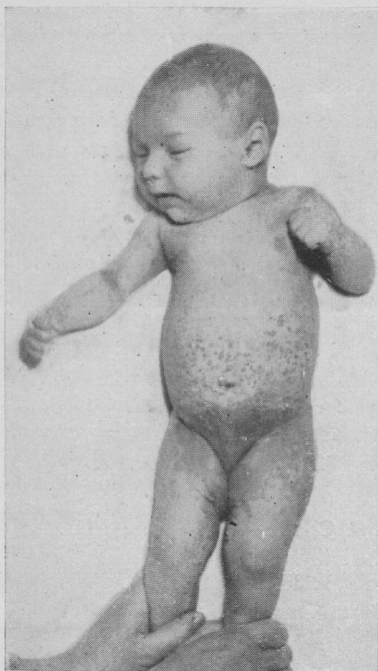


Fig. 57.



Fig. 58.

CASO XVIII - Mesi 1 $\frac{1}{2}$ - Allattamento naturale.

Torace: simmetrico ben conformato; percussione e ascoltazione negative.

Cuore: nei limiti; toni netti; polso ritmico.

Addome: di forma e volume normale. Organi ipocondrici: nei limiti.

Sistema nervoso: nulla di patologico.

Il bambino è alimentato con latte materno. Le scariche liquide, gialle, iperacide rimangono numerose durante il periodo di degenza, malgrado somministrazione di lattato di Ca. gr. 1 per pasto e gr. 40 di latte vaccino scremato.

Il giorno 9 dicembre si inietta al bambino Vitamina B 6 (Lepetit) mgr. 50.

Il 13 si nota che la dermatite non presenta più tendenza all'estensione. Il fondo eritematico va decongestionandosi e le squame, che sul tronco presentavano l'aspetto psoriasico tipico avanti descritto, attualmente sono in gran parte cadute, salvo su alcuni elementi confluenti sui quali si nota ancora qualche squama lamellare in via di distaccarsi. Il 17 l'esame della cute mette in evidenza una notevole accentuazione della decongestione.

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

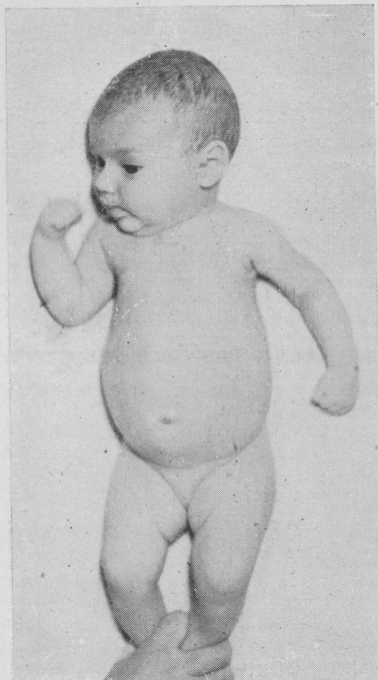


Fig. 59.

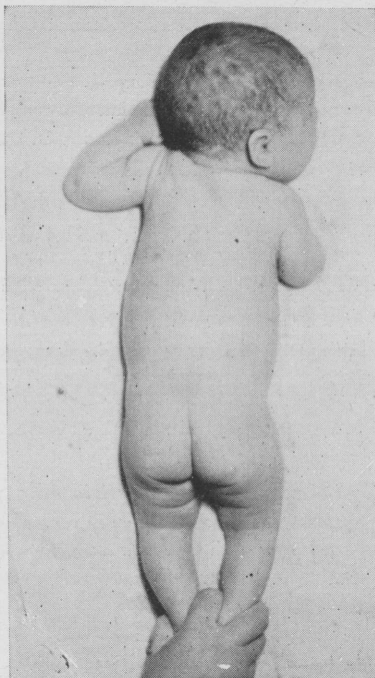


Fig. 60.

CASO XVIII. — Dopo 13 giorni.

Nello stesso giorno si somministrano mgr. 100 di Vitamina B 6 e il giorno dopo mgr. 40 (in complessivo mgr. 190).

Il giorno 20 (12° dall'inizio della cura) il bambino lascia la Clinica nelle seguenti condizioni (ved. fig. 59 e 60): lieve arrossamento della cute alla regione inguino-addominale; le manifestazioni critrodermiche sul tronco e sulle grandi pieghe sono pressochè scomparse; la cute però è sempre ruvida e presenta ancora in qualche parte un accenno di desquamazione. Al capo e alle regioni periorbitarie sono presenti ancora discrete quantità di squame grasse.

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

Il bambino ha guadagnato in 14 giorni di degenza gr. 320.

Ricerche eseguite:

a) sulla madre: latte materno: grasso 3.10 %; prevalenza di globuli piccoli.

R. W., M. K.: negative.

Calciofosfotemia: Ca. 10.50 %; P. 3.57 %.

Cloruri: sangue, totale 4.80 %; Plasma 5 %; G. R. 3.29 %.

Cloruri urine quantità complessiva 24 ore, cc. 2.300; Cloruri 12.20 %.

b) sul bambino: Calciofosfotemia: Ca. 8 %; P. 4.54 %.

R. W.: negativa.

Cloruri: sangue totale 5.17 %.

Prova del ponfo: riassorbimento completo in 15'.

Esame del sangue: G. B. 15.000; G. R. 3.700.000. Formula: n. 50, Linf. 67, Eos. 3, Piastrine presenti.

XIX. SCARABELLO RIFA, m. 2.¹/₂. (Registro dell'ambulatorio). 27 dicembre 1941.

Anamnesi familiare: genitori sani; madre 5 gravidanze a termine.

Anamnesi personale: nata a termine da parto eutocico (kg. 3.500).

Allattamento materno; vomito frequente; alvo diarroico con scariche mucose e con grumi.

La affezione cutanea risale ai primi giorni di vita. Si è iniziata con arrossamento diffuso alle regioni perianali; alla faccia interna delle coscie ed ai glutei che in breve si è esteso anche alle gambe.

Dopo circa 15 giorni dall'inizio dello stato eritematoso è stata notata la formazione di squame piuttosto grasse sulla testa, e sulle zone arrossate si è iniziata una desquamazione a lamelle fini e soffici. La madre ha praticato, dietro consiglio di un sanitario, dieta aclorurata per un mese senza nessun beneficio per la dermatosi della bambina.

Esame obiettivo (27 dicembre 1941).

Costituzione scheletrica: regolare. Nutrizione sufficiente (kg. 4.920). La cute presenta varie lesioni a secondo delle regioni che si esaminano. Al capo si nota la formazione di varie squame grasse, senza essudazione. Al collo, alle regioni perigenitali, alle cosce e ai glutei arrossamento abbastanza intenso della cute. Sul tronco piccole papule non confluenti della grandezza di una testa di spillo con desquamazione a fini lamelle, furfuracea, intercalate da tratti di cute dall'apparenza pressoché normale.

Nelle zone dove sono state descritte le varie lesioni non si osserva in genere evidente infiltrazione del derma.

Capo: conformazione regolare. Fontanella 2×2 .

A carico dell'apparato respiratorio, circolatorio, digerente e nervoso nulla di particolare. Si consiglia la madre di fornire a dieta normale, ed alla bambina non si prescrive alcuna terapia desiderando vedere l'evoluzione della dermatosi.

5 gennaio 1942. Lo stato della dermatosi si mantiene immutato, solo nella regione sovrapubica si è resa evidente una lieve infiltrazione del derma.

10 gennaio. La dermatite nelle regioni inguino crurali e glutee si è accentuata. Anche la regione del collo si presenta diffusamente arrossata e con lieve trasudazione sierosa.

Identica manifestazione un po' più attenuata si nota alla regione ascellare ed alla piega del gomito.

Sul cuoio capelluto croste giallastre con cute sottostante arrossata ed infiltrata. Al volto e su alcuni punti del tronco anteriormente e posteriormente micropapule, talune delle quali con vescicole microscopiche, situate sullo sfondo della cute arrossata ed infiltrata con presenza quasi dappertutto di piccole squame a forma furfuracea.

La bambina vomita ancora pressochè a tutti i pasti; e l'alvo si mantiene diarroico. Si prescrive soluzione di atropina (2 gocce) prima di ogni pasto, ed una piccola aggiunta di latte in polvere scremato.

I. - *Iniezione di 50 mgr. di Vitamina B 6 (Lepetit).*

15 gennaio. Vomito diminuito, scariche sempre frequenti con scarsi grumi.

La dermatosi è migliorata nel senso che l'arrossamento è diminuito e non vi è più alcun accenno ad estensione; presenza di notevole desquamazione.

II. - *Iniezione di 50 mgr. di Vitamina B 6 (Lepetit).*

17 gennaio. Le scariche intestinali sempre numerose di 8-10 nelle 24 ore. La dermatosi è ulteriormente migliorata. Assai evidente l'impallidimento della cute, ed in alcuni punti è anche scomparso lo stato eritrodermico. Permangono le fini manifestazioni puntiformi sul tronco insieme a sensibile desquamazione. Diminuita l'essudazione nelle grandi pieghe cutanee, e così pure la *seborrea capitis*.

20 gennaio. Febbre elevata con tosse e respiro frequente. L'esame obiettivo mette in evidenza una faringite catarrale e una bronchite diffusa, per cui si procede al ricovero in Clinica.

Fra tanto la dermatosi continua nella sua regressione.

Lo stato febbrile a carattere intermittente ha perdurato fino al 31 gennaio, senza particolari fenomeni degni di nota.

Durante questo tempo lo stato della cute è andato continuamente migliorando, tanto che la dermatosi appare ora scomparsa in quasi tutte le regioni; persistendo solo modico arrossamento alle regioni inguinali con fine desquamazione furfuracea; intertrigine alle regioni del collo e dei gomiti e seborrea del cuoio capelluto. Pressochè invariate, non ostante qualsiasi accorgimento tecnico, le funzioni intestinali.

Il 12 febbraio le condizioni della cute sono tornate ovunque normali, ad eccezione della persistenza di un modico stato intertriginoso alle pieghe ascellari ed inguinali.

Ricerche coenulite:

a) sulla bambina: Leucociti 11.000; Neu. 45; Eos. 7; Linf. 45; Mon. 5.

Prova del ponfo: riassorbimento completo dopo 7'.

b) sulla madre: Grasso del latte: 2,80 %; prevalenza dei globuli medi.

Dosaggio Vitamina B 6 nel sangue e nel latte della madre, nel sangue della bambina.

17 gennaio. Madre: siero mgr. 16,50 $\frac{0}{100}$; latte mgr. 10 $\frac{0}{100}$. Bambina: siero mgr. 25 $\frac{0}{100}$; (ha avuto 100 mgr. B 6);

22 gennaio. Madre: siero mgr. 14,25 $\frac{0}{100}$; latte mgr. 12,20 $\frac{0}{100}$. Bambina: siero mgr. 12 $\frac{0}{100}$; (febbre grippale in atto).

5 febbraio. Madre: siero mgr. 15,55 $\frac{0}{100}$; latte mgr. 9,52 $\frac{0}{100}$. Bambina: siero mgr. 11,87 $\frac{0}{100}$.

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

9 febbraio. Madre: siero mgr. 13,42 ‰; latte mgr. 10,58 ‰.

11 febbraio. Madre: siero mgr. 21,7 ‰; latte mgr. 15,20 ‰ (La madre ha avuto 40 mgr. di Vitamina B6 di cui 20 mgr. il 9, e 20 mgr. il 10 febbraio).

XX. — SALVAZZI ANTONIO, m. 1 ½. Ricoverato il 5 febbraio 1942.

Anamnesi familiare: genitori hanno sofferto infezione malarica. Madre 2 gravidanze a termine ed 1 aborto al 2° mese. L'altro bambino è vivente e sano.

Anamnesi personale: il bambino è nato a termine, allattamento materno regolarmente condotto. Fin dalla nascita ha presentato scariche verdastre, in numero di 5-6 nelle 24 ore, acide con muco e piccoli grumi.

La malattia attuale risale a 2 giorni di vita. Si è iniziata con una eruzione finemente bollosa alla faccia interna delle coscie, rapidamente scomparsa, mentre lea cute sottostante andava diventando di colorito rosso acceso. Tale forma eritematosa in poco tempo si è diffusa ai glutei, alla metà inferiore dell'addome ed alle gambe. Da circa 10 giorni è stata notata la comparsa di alcune squame piuttosto grasse al capo.

Esame obiettivo: costituzione scheletrica regolare. Nutrizione scadente (kg. 3,760). La cute presenta varie lesioni a seconda delle regioni prese in esame. Alle pieghe retroauricolari, ascellari, inguino addominali, poplite e si nota arrossamento con scarsa essudazione. Nella metà inferiore dell'addome, regione glutea, parte interna delle coscie e gambe la cute si presenta di colorito rosso acceso, infiltrata, con la presenza di numerose squame di varia grandezza e spessore. Al capo numerose squame d'aspetto grasso, secche, in gran parte confluenti, con cute non segregante.

A carico dell'apparato respiratorio, circolatorio, digerente e nervoso nulla da segnalare. Il bambino è alimentato con solo latte materno, con l'aggiunta di 1 gr. di lattato di calcio e di Bolus alba prima di ogni pasto. Per altro l'alvo si mantiene sempre diarroico, con 6-8 scariche nelle 24 ore, verdastre, un po' liquide, acide senza grumi. Durante i primi 6 giorni di degenza non viene praticata alcuna cura specifica allo scopo di constatare l'andamento della dermatosi e si procede al dosaggio della B6, nella madre e nel bambino; soltanto alla madre si somministrano 10 gr. di lievito di birra al giorno.

Il 9 febbraio, la dermatosi si presenta invariata. Si pratica la 1ª iniezione alla madre di 100 mgr. di Vitamina B6 (Lepetit) che si ripete il giorno seguente.

Il 12 febbraio, l'eritrodermia appare visibilmente migliorata, in quanto la cute è ovunque meno arrossata, sempre però infiltrato il sottostante derma, e la desquamazione più abbondante e tumultuosa.

Il 15 febbraio, 100 mgr. di B6 alla madre, ed altri 50 mgr. nel giorno seguente.

14 febbraio. L'arrossamento della cute è ulteriormente migliorato, tanto che non si nota più in modo uniforme ma solo in alcuni punti a chiazze, circoscritto da tratti di cute divenuta quasi rosea in specie nella parte inferiore dell'addome. Alle gambe invece ed alle coscie la dermatosi è appena accennata, mentre ai glutei permangono piccoli elementi papulosi. Limitatamente a quelle zone dove sussiste ancora lo stato critrodermico si nota

desquamazione abbastanza intensa. L'arrossamento della cute è ancora persistente alle regioni ascellari e alle pieghe dei gomiti. Al capo è diminuito lo stato seborroico.

18 febbraio. Un modico grado di arrossamento sussiste ancora al pube, in qualche piccolo tratto dell'addome e alle pieghe flessorie degli arti superiori ed inferiori con lieve desquamazione.

Il giorno 20 il bambino lascia la Clinica in condizioni generali di poco migliorate (kg. 4,100) e cutanee invece pressochè normali, tranne che alle pieghe inguinali, poplitee e periombelicali. Tenuto conto che non gli era stata praticata direttamente alcuna cura specifica, prima della dimissione, gli vengono iniettati 50 mgr. di B 6 (Lepetit).

Il 4 marzo. Si torna a rivedere il bambino che presenta cute normale ovunque, tranne un lieve arrossamento e scarsa secrezione alle pieghe inguinali ed ascellari: sul cuoio capelluto leggera forfora, stato generale soddisfacente, peso sensibilmente aumentato (kg. 4,810).

Ricerche eseguite:

a) madre: latte grasso: 5,60 $\frac{0}{100}$; prevalenza di globuli rossi.

Reazione di Wassermann, Meinicke e Kan: negative.

b) bambino: Esame urine: negativo.

Esame del sangue: G. R. 5,800.000; Hb. 0,72; G. B. 8.200; Neu. 57; Eos. 4; linf. 54; Mon. 6.

Prova del ponfo: riassorbimento dopo 10'.

Esame delle feci: notevole prevalenza di enterococco.

Dosaggio Vitamina B 6 nel sangue e nel latte materno, nel sangue del bambino.
6 febbraio. Madre: siero mgr. 16, 2 $\frac{0}{100}$; latte mgr. 9,45 $\frac{0}{100}$. Bambino: siero mgr. 10,52 $\frac{0}{100}$.

9 febbraio. Madre: siero mgr. 15,40 $\frac{0}{100}$; latte mgr. 11,50 $\frac{0}{100}$ (ha preso 20 gr. di lievito di birra per os.). Bambino: siero mgr. 11,6 $\frac{0}{100}$.

11 febbraio. Madre: siero mgr. 25,25 $\frac{0}{100}$; latte mgr. 16,40 $\frac{0}{100}$ (ha praticato due iniezioni di Vitamina B 6 - 100 mgr. il 9 e 100 mgr. il 10 febbraio).

13 febbraio. Madre: siero mgr. 12,40 $\frac{0}{100}$.

15 febbraio. Madre: siero mgr. 12,60 $\frac{0}{100}$; latte mgr. 10 $\frac{0}{100}$. Bambino: siero 11,90 $\frac{0}{100}$.

COMMENTO.

La dettagliata relazione dei singoli casi studiati, corredata dalla esposizione delle ricerche eseguite e dalla copiosa riproduzione iconografica, ci dispensa dal discutere e dal commentare nei singoli particolari il materiale clinico osservato.

L'ERITRODER-
MA DESQUA-
MATIVA ECC.

Esso rappresenta indubbiamente una fonte degna di rilievo da cui è lecito trarre alcune fondamentali considerazioni e deduzioni di ordine generale sulle varie questioni ancora dibattute a riguardo del morbo di Leiner.

I. — POSIZIONE NOSOGRAFICA.

Per potere definire tale importante quesito conviene avanti tutto intendersi sull'essenza dell'e. d. dal punto di vista anatomico-patologico, e se la forma che si osserva nel morbo di Leiner presenta delle differenze, oltre che cliniche e sintomatologiche, anche anatomico-patologiche da quelle forme di e. d. più o meno diffuse che si possono osservare anche in bambini più grandicelli ed in soggetti di varia età.

Nell'e. d. il sintomo saliente è rappresentato da un intenso arrossamento della cute i cui capillari assai più visibili che di norma si presentano tortuosi ed aggrovigliati ed in cui il derma sottostante appare con un quadro infiammatorio (dermatite) donde la conseguente comparsa di due processi bene distinti:

a) uno predominante e fondamentale conseguenza inevitabile dello stato del derma (e quindi sempre presente) con conseguente esagerata produzione di cellule della cute le quali — a causa dell'alterato metabolismo cutaneo (discheratosi) — vengono in breve tempo espulse ed eliminate (anche a causa delle altre che con ritmo accelerato continuamente si vanno formando), sotto forma di lamelle più o meno grandi e più o meno spesse, producendo quindi una desquamazione completamente anormale e necessariamente esuberante;

b) l'altro — che quasi sempre accompagna il primo sebbene in maniera meno evidente e comunque meno clamorosa e che si rende, come è naturale, più appariscente in talune parti del corpo in specie ove esistono peli (capillizio e sopracciglie) — rappresentato dalla esagerata funzionalità anche delle ghiandole sebacee della cute, onde un certo grado di seborrea (con massimo di intensità alla testa quando il processo eritrodermico ha invaso anche la faccia ed il cuoio capelluto) che interessa ed entra a far parte

delle lamelle dello strato corneo, di cui è costituita la desquamazione che si osserva nell'e. d.

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVE ECC.*

Orbene nel morbo di Leiner questo quadro anatomo-patologico e clinico si riscontra senza dubbio al completo anzi, si potrebbe dire nella sua massima espressione; ma esso, se si eccettua il fatto della rapida diffusione e della generalizzazione, non presenta differenze o caratteri anatomici particolari tali da farlo differenziare dal quadro eritrodermico che i dermatologici sono soliti osservare su vari soggetti per altre cause e durante altre affezioni, quali, ad esempio, in seguito a certi medicamenti, ad esposizione del corpo ad una luce intensa, ai raggi solari, ovvero in soggetti affetti da psoriasi con improvvise manifestazioni di eritrodermia ecc.

Ciò premesso dallo studio delle storie cliniche dei bambini con morbo di Leiner - non solo nostre ma anche di tutti quelli degli altri osservatori - risulta chiaro il fatto costante ed indiscutibile della maniera di insorgenza del processo morboso. Si tratta cioè in genere di lattanti che poco dopo i primi giorni di vita presentano un arrossamento intenso e diffuso alla regione glutea, accompagnato talvolta da scarsa secrezione sierosa, arrossamento che mentre da taluni erroneamente viene chiamato intertrigine, deve invece essere riferito ad una vera ma semplice dermite eritemato-bollosa, la cui causa, secondo le più recenti vedute dei dermatologi, va ricercata nello streptococco ospite abituale della cute; il cui impianto e la cui azione nociva in queste speciali regioni di predilezione viene facilitata dalla causa predisponente rappresentata dalle feci e dalle urine, con le quali il lattante continuamente si imbratta. Orbene una simile dermite eritemato-bollosa è tutt'altro che rara ad osservarsi nei teneri bambini lattanti, in specie se presentanti disturbi della sfera digestiva; ma nella generalità dei casi essa o scompare con la terapia opportuna (igienica-dietetica) ovvero se anche persiste, di regola rimane localizzata ed invariata e non dà luogo ad ulteriori diverse manifestazioni a carico della cute.

Invece nei lattanti, presentanti il morbo di Leiner, si assiste, di regola, al fatto che dopo alcuni giorni dalla presenza di questa dermite eritemato-bollosa compaiono nelle zone prossimiori del tronco e prevalentemente sulla regione addominale, sul tronco, sugli arti, e poi anche sul viso e sul capillizio (modo di insorgenza

e di evoluzione) piccolissime macchie esantematiche costituite da piccole papule o micronoduli arrossati scarsamente prominenti, grossi come una capocchia di spillo o poco più, assai spesso ricoperti da piccolissime vescicole difficilmente rilevabili ad occhio nudo, e su cui rapidamente si forma una piccola squama. Tali micronoduli da principio isolati vengono in seguito, pel sopraggiungere della formazione di altri, a confluire in formazioni più o meno ampie. Durante questo primo stadio dell'espulsione cutanea, mentre questi elementi patologici si presentano intensamente arrossati, i tratti di cute indenne, intercalati tra essi, non manifestano i segni dello stato eritrodermico, il quale invece più o meno rapidamente in seguito di regola suole comparire.

Invero allo stesso Leiner non era sfuggito il fatto che talora la comparsa dell'eritrodermia da lui descritta è preceduta appunto dalla presenza di questi esantemi, caratterizzati da questi micronoduli e sulla quale posteriormente anche Moro ha richiamato l'attenzione col nome di eruzione preritrodermica di tipo morbilliforme.

In realtà lo stato eritrodermico nei tratti di cute indenni da questa eruzione micronodulare si manifesta sempre in un periodo secondario, in maniera però più o meno rapida, più o meno intensa e più o meno diffusa a seconda del soggetto.

Questo stato eritrodermico assai intenso e diffuso prende poi il sopravvento in maniera da rendere quasi trascurabili e non più visibili i micronoduli primitivamente formati, per cui quando questi soggetti colpiti dal morbo di Leiner si presentano all'osservazione del medico – e si presentano sempre quando la malattia è bene conclamata – questi deve necessariamente rimanere colpito dal quadro eritrodermico totalmente predominante. Che se invece capita all'osservazione un lattante all'inizio della malattia, rappresentata da questi micronoduli o eruzione preeritematosa di tipo morbilliforme, e si interviene rapidamente con la terapia specifica massiva, come noi abbiamo più volte potuto constatare, si può evitare la comparsa del tipico e diffuso quadro eritrodermico, o farlo abortire se anche iniziato. In tali casi si assiste ad una specie di desquamazione forforacea a tipo psoriasiforme limitata in genere a quei tratti di cute che presentavano la manifestazione

maculo-papulosa, costituita dai suddetti micronoduli; manifestazione a cui i dermatologici danno l'appellativo di « eczematide psoriasiforme ».

È naturale che, se questa manifestazione di eczematide, invece di presentarsi e di osservarsi sul tronco e sugli arti, si rende manifesta in vicinanze delle sopracciglie o meglio ancora sul cuoio capelluto (ove come abbiamo in precedenza notato è presso che regola costante riscontrare nel neonato un grado più o meno sensibile di seborrea), e ad essa fa seguito la comparsa dello stato eritrodermico della cute, in tale caso sarà facile riscontrare la presenza di croste seborroiche, più o meno spesse, talvolta accompagnate anche da un certo grado di trasudazione.

Deve rimanere quindi ben chiaro e stabilito, onde potere giungere ad una esatta posizione nosologica del morbo di Leiner, che il quadro clinico dell'e. d., che si manifesta nel piccolo lattante, è costantemente preceduto da questa forma di eczematide od eruzione preeritematosa, e che l'eritrodermia in genere la segue, eccezionalmente può anche fare difetto od essere appena accennata. Alla mancanza di questa netta, ma pur fondamentale, distinzione tra le due manifestazioni morbose della cute presente nel morbo di Leiner, crediamo debba attribuirsi la causa prima del mancato accordo tra gli studiosi per quanto riguarda la posizione nosografica dell'e. d. di Leiner.

Alla stregua di quanto sopra, risultato delle nostre numerose osservazioni cliniche e sperimentali, appare evidente che tale malattia non può nè deve essere considerata come una vera entità nosologica con individualità propria; in quanto lo stato eritrodermico che si osserva in questi bambini, oltre a non rappresentare l'unica manifestazione morbosa cutanea (contemporanea esistenza di dermite eritomatobollosa, e di forme di eczematide), non presenta alcun carattere speciale differente anatomo-patologico, tranne la facile diffusione, da quello che si può osservare in altri stati eritrodermici che compaiono per altre cause. Soltanto può ed anzi è utile conservare ad essa una individualità clinica in quanto lo svolgimento del quadro morbo si presenta con caratteristiche tutt'affatto speciali per motivi che avremo occasione di illustrare a proposito dell'etiopatogenesi.

Onde è che si è indotti a ritenere l'e. d. nel morbo di Leiner quale una complicazione più o meno frequente, più o meno obbligata che compare in taluni soggetti particolarmente predisposti o per ragioni costituzionali o per fatti carenziali, o per ambedue le cose insieme: fattori questi ultimi che possono esercitare la loro influenza anche su quanto riguarda la comparsa, l'intensità e la rapida diffusione delle stesse manifestazioni.

È chiaro pertanto che anche le prime – per ordine di tempo – manifestazioni cutanee (dermite eritemato-bollosa della regione glutea, inguino-addominale e parte interna della coscia) che si riscontra sempre nei bambini presentanti l'e. d. di Leiner non ha nulla a che fare con questa forma morbosa, non ostante da taluni sia stata ritenuta quale il *primum movens* della malattia in discussione. Ne consegue che tale affezione non può logicamente venire inclusa nel gruppo degli eczemi e nella sottodivisione di quelli seborroici, in quanto per le molteplici ragioni di vario ordine esposte al principio del presente lavoro, ed inoltre per l'età del soggetto colpito, per la notevole diffusione della forma morbosa, per l'assenza di prurito, pel modo di evolversi e per gli effetti così evidenti della cura vitaminica (effetti che, come l'esperienza ha dimostrato, anche a noi, risultano negativi nei casi di vero eczema suberroico, limitandosi tutt'al più a ridurre un poco lo stato di notevole arrossamento del derma che si osserva nelle regioni colpite da eczema seborroico in certi dati periodi) non è logicamente possibile nessun accostamento nè clinico, nè etiopatogenetico, nè terapeutico con l'eczema.

Neppure è possibile aderire al concetto espresso recentemente da Pehu e Aulegnier e cioè che il morbo di Leiner debba venire classificato tra le dermatiti eczematiformi, ritenendo che la maggior parte delle dermatiti del lattante hanno spiccata tendenza ad eczematizzarsi, dal momento che l'esperienza clinica dimostra che il così detto morbo di Leiner non presenta affatto questa particolare tendenza.

Più logica potrebbe apparire a prima vista l'opinione espressa da Moro di comprendere tale affezione nel capitolo delle dermatiti seborroiche completamente distinte dagli eczemi; ammettendo che nel morbo di Leiner una tale dermatite si presenterebbe in modo

tutt'affatto particolare a causa di una tossidermia. Peraltro le ragioni sopra esposte circa l'effettiva posizione nosologica di questa malattia, ci dispensano di insistere ulteriormente sulla non possibilità di aderire a questo concetto.

Parimenti non vi ha dubbio che la teoria unitaria sostenuta dal Pacchioli - di manifestazioni cioè di diatesi essudativa costituzionale nei piccoli lattanti - non può essere accolta.

Giacchè se è vero che taluni soggetti affetti da morbo di Leiner presentano contemporaneamente segni di diatesi essudativa (in specie se la malattia è comparsa dopo il primo mese di vita) consistenti di regola, sia in una forma di eritema od intertrigine localizzata alla regione retro auricolare, alle pieghe del collo, del braccio, o dell'inguine, sia nella presenza della così detta crosta lattea e di un certo grado di eosimofilia (come risulta anche dai casi da noi illustrati) e di rapido riassorbimento del ponfo (prova cutanea), talora manifesta anche sulla madre, non per questo appare logico venire alla conclusione che l'e. d. di Leiner, e perfino la dermite eritemato bollosa, debbano considerarsi quale espressione di uno stato diatesico essudativo del lattante.

Tanto è vero che mentre questo stato diatesico costituzionale è piuttosto diffuso nel bambino, come l'esperienza clinica dimostra, il morbo di Leiner invece è abbastanza raro, e d'altro canto, mentre la terapia specifica vitaminica conduce a rapida guarigione l'e. d. del Leiner, a nulla, o tutt'al più in modo pressochè insignificante, giova per far scomparire le suddette manifestazioni di ordine diatesico essudativo.

Non è quindi possibile riunire in un unico gruppo queste due sindrome morbose solo perchè talora si possono riscontrare contemporaneamente nello stesso soggetto. Tutt'al più un certo accostamento potrebbe avvenire sul principio che nei bambini con diatesi essudativa costituzionale è più facile che si presenti l'e. d., pel fatto che in questi soggetti la cute, come è noto, è meno resistente, più sensibile e quindi più facilmente vulnerabile.

Concludendo la discussione su questo importante capitolo osiamo sperare che sul concetto da noi sopra espresso, a riguardo della posizione nosografica dell'e. d. di Leiner, possa intervenire l'accordo dei vari studiosi.

È questo un argomento avvolto ancora nell'oscurità, non ostante le varie teorie emesse al riguardo: forse oggi in seguito alle osservazioni del Bentivoglio ed a queste nostre si è aperto uno spiraglio di luce, almeno per quanto riguarda la causa predisponente.

È noto che per lo sviluppo di qualsiasi affezione morbosa è necessaria l'azione combinata e simultanea tanto della causa predisponente quanto di quella determinante, nonchè dell'intervento del fattore individuale, sempre di capitale importanza in ogni manifestazione morbosa, tanto da assumere in certi casi (eredità, costituzione) ad elemento addirittura predisponente.

Orbene, nessuna delle varie teorie fino ad ora emesse per spiegare l'etiopatogenesi del morbo di Leiner tiene in modo particolare conto di questi indispensabili fattori, tanto che tutte sono apparse poco soddisfacenti, incomplete ed unilaterali, soprattutto perchè non aderenti completamente alla sindrome clinica nel suo complesso ed inoltre perchè non suffragate da alcuna prova scientifico-sperimentale.

Senza entrare a discutere su di esse crediamo che l'unica ipotesi seducente (per quanto non mai dimostrata) sia quella enunciata nel 1932 da Morò che ritiene le dermatiti seborroidi (ed il morbo di Leiner, come abbiamo visto, sarebbe secondo lui da comprendersi in questo gruppo) come l'espressione di una tossidermia legata alla carenza di speciali sostanze ad azione vitaminica, di cui è assai povero il latte di donna; a differenza quindi degli eczemi che dovrebbero invece riferirsi ad un fatto di sensibilizzazione per lo più di origine alimentare.

Indubbiamente questo ultimo fattore non sarebbe possibile chiamare in causa nel morbo di Leiner, in considerazione, sia del fatto che assai spesso esso si presenta dopo pochissimi giorni della nascita, in un'epoca cioè in cui non vi sarebbe stato il tempo sufficiente per provocare una sensibilizzazione, e sia che tali bambini guariscono dall'affezione, pure continuando a nutrirsi con lo stesso alimento.

Recentemente (1939) Glanzmann si è associato al concetto di Moro tanto per quanto riguarda la dermatite seborroica, quanto

pel morbo di Leiner da considerarsi quale un'espressione generalizzata di dermatite seborroide. Peraltro per quanto riguarda l'etiopatogenesi - non potendo per necessità prescindere da quella che l'esperienza clinica dimostra - è costretto a fare una sottodivisione etiopatogenetica e cioè a parlare di forma carenziale (che presto guarisce con opportuna cura) e forma costituzionale (che dura più a lungo spesso diviene latente, con eczematizzazione e non di rado con passaggio al tipico eczema). In base a questa descrizione devesi peraltro dedurre che si tratti allora di due manifestazioni morbose differenti, nella prima delle quali è facile riconoscere il morbo di Leiner, e nella seconda invece la vera dermatite seborroica, che pei motivi più avanti illustrati non è possibile identificare con l'altra.

Il Glazmann inoltre cerca di dare la prova che nella dermatite seborroica (Leiner compreso) si tratta di un disturbo nutritivo della pelle dovuto a fatti tossici di origine alimentare con carenza di Vitamina H (esperienze sui ratti alimentati con albume d'uovo come unica proteina, nei quali si provocano manifestazioni seborroiche di varia intensità accompagnate anche in taluni punti da dermatite e desquamazione: manifestazioni che si aggravano aggiungendo dei grassi alla dieta).

Orbene è noto attraverso l'esperienza concorda dei clinici che nel morbo di Leiner il latte muliebri più o meno ricco di grassi non influenza in alcun modo il decorso della malattia, nè questa risente alcun giovamento effettivo e palese da una qualsiasi correzione della dieta somministrata al lattante; mentre invece è pacifico che la correzione esercita un'influenza assai marcata e bene evidente nei bambini affetti da dermatiti od eczemi a tipo seborroico. Comunque il Glazmann, in base a queste esperienze sui ratti, ritiene che anche nel bambino lattante possa verificarsi un'analogia azione tossica (non sensibilizzante) sulla sua cute attraverso l'albumina del latte materno e precisamente a causa di certi prodotti intermedi incompleti delle proteine del latte, la cui permeabilità attraverso le pareti intestinali in specie per le albumine immo-dificate, è - come è noto - assai spiccata nelle prime settimane di vita, d'onde la facile comparsa della dermatite seborroica nel primo trimestre di vita.

Non riesce certo agevole accogliere un tale concetto in quanto — a parte le molteplici e fondate obiezioni che potrebbero venire sollevate a riguardo di una simile ipotesi etiopatogenetica — basta pensare da un lato alla scarsa quantità di sostanze proteiche contenute nel latte di donna e dall'altro che la pratica clinica dimostra che l'affezione regredisce e scompare — se adeguatamente curata — pure mantenendo il soggetto con la stessa alimentazione. Caso mai un tale concetto potrebbe, ed anzi dovrebbe, avere valore nei casi di allattamento innaturale per la notevole quantità di sostanze proteiche, introdotte coll'alimento e per giunta di natura eterogenea e quindi più facilmente permeabili nel torrente circolatorio in maniera imm modificata.

Invece l'esperienza clinica è concorde nel dimostrare che il morbo di Leiner non si osserva di regola — salvo rarissime eccezioni — quasi mai nei bambini ad allattamento artificiale.

È lecito invece convenire che l'ipotesi primitivamente enunciata da Moro è quella che secondo le nostre osservazioni pare debba corrispondere alla realtà per la parte che riguarda la carenza di speciali sostanze ad azione vitaminica di cui Bentivoglio e noi abbiamo fornito la prova.

Che una tale carenza, la quale dovrebbe rappresentare il fattore predisponente, esista nei soggetti colpiti da morbo di Leiner deve ritenersi oramai provato in base:

- a) al dosaggio (*) della Vitamina B6 ricercata nel sangue e nel latte della madre allattante e nel sangue del bambino;
- b) al fatto che il quantitativo di tale Vitamina risulta notevolmente aumentato nel sangue del bambino che ne era deficiente in seguito ad inoculazione di essa, la quale fa assistere;
- c) all'effetto terapeutico, talvolta sorprendente, consistente in un primo tempo nell'arresto della diffusione eritrodermica e poi nel miglioramento rapidissimo e bene visibile (entro 7-8 giorni) ed infine nella pronta scomparsa dell'eritrodermia;

(*) Questo argomento sarà oggetto di un interessante lavoro dei miei assistenti, i cui risultati serviranno a chiarire ancora meglio gli effetti terapeutici da noi ottenuti.

d) al fatto che, come abbiamo dimostrato, somministrando la B 6 alla madre, il risultato terapeutico sul bambino, che succhia il latte al seno, si verifica egualmente, sia pure con rapidità meno evidente.

Si deve pertanto concludere che l'organismo del lattante affetto dal morbo di Leiner si trova in uno stato carenziale di sostanze vitaminiche, tra cui certamente la Vitamina B 6.

Nessuno può dire in questo momento se lo stato carenziale debba riferirsi soltanto ed esclusivamente alla B 6; quello, peraltro, che può assicurarsi è che quest'ultima nel morbo di Leiner giuoca una parte fondamentale ed importante per lo sviluppo della malattia. Si deve ritenere quindi che il bambino che andrà incontro al morbo di Leiner viene alla luce con un tale carenza — e quindi nasce predisposto a questa affezione — in quanto la madre doveva essere anch'essa carente, in maniera più o meno sensibile.

Ora è noto che una donna — a parte la questione degli alimenti di cui tra poco ci dovremo occupare — pel solo fatto di trovarsi in stato di gravidanza va incontro facilmente soprattutto pei bisogni del feto a vari stati carenziali, tra cui anche quello vitaminico e quindi ha necessità di introdurre coll'alimentazione una maggiore quantità di vitamine.

Per quanto riguarda più specificamente quella del gruppo B a tutto oggi sono note soltanto le ricerche sul fabbisogno della B 1 (aneurina) durante la gravidanza, l'allattamento e nei neonati. Troverud difatti recentemente ha reso note le sue ricerche da cui risulta che il fabbisogno di B 1 negli ultimi mesi di gravidanza è 4-5 volte maggiore di quello normale, mentre che durante l'allattamento tale proporzione diminuisce sensibilmente, e nel latte il contenuto di B 1 è piuttosto basso.

Oltre a ciò conviene tenere presente, come fatto fondamentale di enorme valore nella pratica, che il fabbisogno di B 1 varia a seconda del cibo col quale la persona si nutre, in quanto esso aumenta sensibilmente se si fa uso di molti idrati di carbonio, nonchè di sostanze proteiche.

Ne consegue che praticamente può occorrere, con una certa frequenza, in specie in determinate condizioni ed in determinate classi sociali, che non solo una donna gestante vada incontro ad

una ipovitaminosi B₁, ma anche il suo bambino; e ciò in considerazione che nel latte la B₁ è contenuta in scarsa quantità, e che questa dovrà essere quasi tutta consumata nel metabolismo dei carboidrati e delle proteine introdotte col latte; d'onde la necessità di provvedere ad aumentarla.

Orbene queste nozioni così importanti a riguardo della B₁ possono logicamente venire estese anche alla B₆. Difatti, come è stato già detto nella parte introduttiva del lavoro, György ha dimostrato che un'alimentazione a prevalenza di idrati di carbonio richiede un maggiore consumo e quindi una contemporanea maggiore introduzione di B₆. Inoltre è provato che i grassi introdotti – ed in specie quelli insaturi – esercitano un'azione di risparmio sul consumo della B₆, la cui utilizzazione sembra non possa verificarsi nell'organismo umano in assenza di questi acidi grassi. Altro fatto segnalato pure di notevole importanza è che usando latte vaccino a scopo terapeutico nell'avitaminosi da B₆ sono necessari da 50 a 100 gr. di esso *pro kilo* se il latte è prodotto in estate, mentre ne occorrono 200 gr. se di inverno.

Pertanto tenuti presenti tutti questi dati di fatto risulta evidente l'importanza che riveste l'alimentazione – in specie della donna gravida – per quanto riguarda l'installarsi di uno stato carenziale di Vitamina B in genere, ed in particolare della B₁ e B₆, della donna gestante.

Ciò premesso riesce abbastanza facile trovare la spiegazione di talune delle constatazioni fatte dagli osservatori a proposito del morbo di Leiner in precedenza elencate, e che apparivano fino ad ora abbastanza oscure.

Tra esse ricordiamo: il morbo di Leiner

- a) si osserva presso che esclusivamente nei bambini delle classi povere di talune grandi città, ed in via eccezionalissima nei bambini rurali ed in quelli delle classi agiate;
- b) si presenta più frequentemente durante il periodo invernale, oppure anche primaverile;
- c) si constata quasi sempre in bambini ad allattamento materno, e solo in via eccezionalissima nei soggetti ad allattamento innaturale;
- d) si manifesta di regola nella seconda metà del primo mese di vita, oppure nel secondo mese;

e) può ottenersi un vantaggio terapeutico assai più evidente con la somministrazione di latte vaccino prodotto durante l'estate, perchè contenente maggiore quantità di Vitamina B 6.

Infine può anche trovare una plausibile spiegazione il fatto che tali casi siano divenuti più frequenti in questo ultimo anno (periodo di emergenza). E gli stessi risultati negativi da noi constatati con la somministrazione di dosi, anche generose, di B 6 in bambini presentanti varie forme di eczema e così pure nella così detta crosta latteata (i miglioramenti osservati si riferivano soltanto alla diminuzione dello stato eritrodermico circoscritto che accompagna la manifestazione eczematosa) trovano una adeguata spiegazione; mentre d'altra parte confermano la nessuna identità patologica tra le due forme morbose.

D'altro canto benchè così individuato il fattore predisponente, almeno nella sua parte fondamentale, riesce tutt'altro che agevole interpretare il modo di azione.

Appare logico ritenere che la carenza di questo fattore eserciti un'azione dannosa sul normale e regolare funzionamento della circolazione del derma e quindi sulla funzione basale per un fisiologico trofismo cutaneo.

Forse l'azione si esplica su quella delicatissima rete nervosa che accompagna anche le ultime ramificazioni dei vasi capillari del derma, e regola e controlla il normale funzionamento di essi; i quali in queste speciali condizioni finiscono per cadere in uno stato di disordine, provocando condizioni patologiche molto simili a quella che si riscontra nello stato iniziale di una flogosi, d'onde il nome di dermatite o di stato eritrodermico.

Una simile interpretazione ci appare per lo meno plausibile nel momento attuale.

Nulla di preciso per altro possiamo dire per quanto riguarda la causa determinante.

Difatti, anche accettando in linea di massima, come sopra abbiamo espresso, l'ipotesi di Moro e cioè che la dermite seborroica (e quindi, secondo lui, anche il morbo di Leiner) possa essere considerata l'espressione di una tossidermia legata alla carenza di una sostanza vitaminica, non può con questo intendersi che la mancanza di questa ultima provochi per se stessa l'intossicazione della cute;

ma piuttosto che un fattore tossico riesca a provocare il quadro clinico dell'e. d. in difetto della normale quantità di sostanza vitaminica del trofismo cutaneo.

Questo fattore tossico potrebbe venire individuato anche in un agente batterico, a somiglianza cioè di quanto, come abbiamo visto, i dermatologi ritengono debba verificarsi nella così detta dermite eritemato-bollosa (regione glutea, inguine addominale e parti interne delle coscie) assai frequenti a manifestarsi nel neonato e nel lattante durante i primi mesi di vita.

Una simile ipotesi è stata quella che ci ha spinto a fare in qualche caso alcune ricerche sulle fecce per svelare la presenza o meno di una flora intestinale prevalentemente enterococcica, con risultato per altro assai incerto.

Indubbiamente il fattore tossico è quello che appare più adatto per un'adeguata spiegazione, sia del quadro anatomico patologico, e sia dello svolgimento e della rapida diffusione del processo morboso nell'e. d. di Leiner. Attraverso di esso ed insieme per la contemporanea presenza dell'alterata funzionalità di una talvolta notevolissima superficie della cute, come si osserva nel morbo di Leiner, nonché per un possibile riassorbimento di prodotti di disintegrazione proteica, possiamo renderci conto dei fatti patologici rilevati in taluni elettrocardiogrammi di alcuni nostri bambini, dimostranti un interessamento del miocardio, che poi è scomparso a guarigione avvenuta, come già era stato osservato da Nadrai nel 1940.

Allo stesso motivo noi crediamo debba attribuirsi lo stato di anemia ipocronica tanto per quanto riguarda il numero dei globuli rossi (eritropenia iniziale) quanto pel deficiente contenuto in emoglobina; anemia che l'osservazione clinica ci ha dimostrato migliorare sensibilmente dopo alcun tempo dell'avvenuta guarigione dell'affezione morbosa.

È positivo, peraltro, che le due cause fino ad ora discusse predisponenti (carenza di Vitamina B6) e determinante (presenza di un fattore tonico) non sarebbero da loro sole sufficienti in tesi generale a determinare l'insorgenza e lo sviluppo del morbo di Leiner senza l'intervento anche del fattore individuale, il quale deve giuocare una parte assai importante nella comparsa della malattia; giacchè

diversamente i casi di tale affezione dovrebbero essere assai più frequenti a riscontrarsi nella pratica.

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

Quale esempio tipico di tale importanza può essere citato il caso descritto da Gaunther e Rominger i quali in una coppia di gemelli monocori riscontrarono in uno il classico morbo di Leiner, e nell'altro invece un semplice eczema seborroico del capo.

Un tale fattore individuale — così detto terreno adatto — che facilita l'insorgenza della malattia deve necessariamente essere ammesso, per quanto tuttora esso sia ignoto nella sua essenza.

Difatti non può pensarsi nè a qualche cosa di ereditario e neppure di costituzionale, in quanto (come risulta del resto da tutte le ricerche dei vari AA., le nostre comprese) nulla ci autorizza a ritenerlo.

E neppure la diatesi essudativa linfatica, da taluni validamente sostenuta, può ragionevolmente essere invocata non resistendo, come in precedenza abbiamo dimostrato, nè alla documentazione clinica, nè alla prova delle ricerche sperimentali; tanto è vero che in talune regioni d'Italia, ad esempio, nella Lombardia mentre in genere le diatesi essudative e le forme eczematoze sono assai frequenti nei bambini, invece l'e. d. di Leiner è rarissimo ad osservarsi; mentre invece in altre regioni si verifica il fenomeno inverso. Le stesse ricerche da noi praticate a riguardo della cloremia nel sangue del bambino colpito dal morbo di Leiner e nella madre allattante e dei cloruri nelle urine di quest'ultima non hanno messo in evidenza alcunchè di patologico dal punto di vista quantitativo. Del resto è noto che non solo gli allattati artificialmente, i quali benchè introducano abitualmente una maggiore quantità di cloruri (in relazione al contenuto superiore nel latte vaccino a confronto di quello di donna) non vanno incontro all'e. d. di Leiner, ma anzi riescono più facilmente a guarire con la somministrazione di latte vaccino, in specie di quello prodotto durante l'estate.

III. — PROGNOSI.

In base alla nostra recente statistica — comprendente un numero notevole di casi tutti guariti ed in brevissimo tempo — si deve concludere che la prognosi del morbo di Leiner debba oramai ritenersi

Esce in commercio
la distribuzione agli effetti
leggo.

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MITIVA ECC.*

fausta, e completamente differente da quella fino ad ora descritta. In vero tutti gli AA. erano concordi nel ritenerla grave (sia pure in grado maggiore o minore a seconda dei diversi criteri seguiti nella classificazione o nella delimitazione della forma morbosa) e ciò non tanto in rapporto alle lesioni cutanee, quanto ai disturbi di ordine generale che l'accompagnano (dispepsia con conseguente stato di atrofia grave, e facili infezioni secondarie e sepsi).

Difatti, mentre la mortalità fino ad ora registrata dai vari osservatori oscillava e talora sorpassava la cifra del 50 % dei lattanti colpiti, oggi essa in conseguenza del nuovo trattamento terapeutico potrà scendere a cifre trascurabili.

IV. — TERAPIA.

La possibilità di una terapia veramente utile e rapida dell'e. d. di Leiner — o per essere più esatti della grandissima maggioranza dei sintomi che accompagnano il morbo di Leiner ed in modo più particolare ed evidente della sindrome cutanea — risulta oramai dimostrata in modo evidente dai numerosi e concordi risultati documentati ed illustrati nell'esposizione della varia casistica osservata. La somministrazione di Vitamina B6 sintetica al bambino, sia direttamente per via parenterale e sia indirettamente attraverso il latte di donna (alla quale sia stata iniettata Vitamina B6 ed in taluni casi somministrato per bocca anche lievito di birra) ha costantemente provocato la scomparsa dell'e. d. e la guarigione del morbo di Leiner, in maniera certo più rapida e più evidente nei casi in cui il bambino era direttamente trattato.

Un miglioramento evidente nei primi casi da noi curati con modica quantità di B6 (e cioè con iniezione sottocutanea giornaliera di 20 mgr.) si è osservato in media dopo 6-7 giorni di trattamento e la guarigione completa si è avuta in media tra i 18-20-25 giorni al massimo. Invece nei soggetti trattati successivamente, ed ai quali abbiamo praticato una terapia massiva con l'iniezione giornaliera di (50 e talora 100) mgr. di Vitamina B6 nei primi tre o quattro giorni, abbiamo potuto constatare un notevole vantaggio dal punto di vista terapeutico, in quanto il miglioramento si rendeva manifesto

fino dal 3^o-4^o giorno di cura e la guarigione completa si poteva ottenere con una media di 15-18 giorni.

Inoltre l'esperienza ci ha dimostrato - e le ricerche di laboratorio a proposito del dosaggio della B 6 nel sangue ci hanno confermato - che, in specie nelle forme di e. d. non eccessivamente diffuse, è sufficiente talora un'unica dose di 100 ovvero 150 mgr. introdotta in due volte ed in giorni alterni, per avere ragione dell'affezione morbosa; senza dovere ricorrere a dosi continuate e ridotte per altri 5-6 giorni. Infatti le ricerche di laboratorio ci hanno dimostrato che con questa introduzione massiva di B 6, tale vitamina rapidamente e notevolmente cresce di quantità nel sangue (ad es. da 12-13 mgr. $\frac{0}{100}$ a 24-25 $\frac{0}{100}$, e nel latte da 8-9 a 15-17 $\frac{0}{100}$). Un così cospicuo aumento si raggiunge in genere entro le prime 12-24 ore, al massimo, dopo di che tale percentuale tende subito a discendere per soffermarsi ad un livello medio - in modo più evidente per quanto riguarda al latte - entro le 48 ore; e ciò a causa evidentemente di una rapida eliminazione, tanto più marcata quanto più il soggetto trattato si trovava in stato vicino all'equilibrio quantitativo normale, che, secondo le ricerche eseguite col metodo da noi adoperato, nel sangue dell'adulto sarebbe rappresentato dalla cifra media di mgr. 14 $\frac{0}{100}$.

Una tale constatazione ci fornisce un indice prezioso per le modalità da seguire a proposito del trattamento curativo; in quanto ci indica l'opportunità, da un lato dell'introduzione della vitamina a dose massiva nei primi tre o quattro giorni onde mettere in esecuzione una terapia d'assalto, utilissima ed anzi necessaria in un primo tempo per saturare l'organismo di sostanza vitiminica eliminando qualsiasi carenza, e dall'altro di continuarla, poi, in dosi meno forti, a giorni alterni - ed in qualche caso tutti i giorni - nel periodo successivo, per garantirlo in giusto e stabile equilibrio.

Il primo effetto terapeutico è dimostrato dal fatto che il processo eritrodermico - e sembra anche la così detta eruzione precritematosa o morbiliforme od eczematide che, come abbiamo visto, precede la comparsa dell'eritrodermia - si arresta nei punti ove era comparso, e rimane per così dire bloccato senza diffondersi ulteriormente. A questo primo fatto segue poi l'impallidimento dello stato di notevole arrossamento nel quale si trovava la cute, impallidimento

che va sempre più accentuandosi nei giorni successivi con persistente desquamazione, la quale, peraltro, va anch'essa diminuendo d'intensità, fino ad osservarsi, dopo la terza o la quarta settimana al massimo, la cute ritornata liscia ed allo stato normale nelle regioni che erano state colpite dalla forma di e. d.

Risultato presso che nullo si ha invece con una tale cura nelle regioni della cute presentanti un vero eczema seborroico tanto sulla testa quanto sulla faccia, e risultato limitato nei tratti di cute arrossata, e più o meno segregante in corrispondenza delle pieghe del collo, ascelle, avambraccio, inguine, e poplite; manifestazioni cutanee queste che con una certa frequenza sogliono anche riscontrarsi in taluni lattanti colpiti dal morbo di Leiner.

Con questo unico ed esclusivo trattamento terapeutico abbiamo osservato non solo la rapida guarigione del quadro sintomatologico tipico e più imponente del morbo di Leiner cioè l'e. d.; ma abbiamo in via generale riscontrato anche un miglioramento dello stato generale in specie per quanto si riferisce, sia alla crasi sanguigna e sia al peso corporeo: fatti questi ultimi registrati da taluni AA. su individui adulti, come abbiamo accennato nella letteratura avanti riportata.

In modo particolare il peso è andato migliorando, tanto che i bambini all'atto della dimissione dalla Clinica (in media la degenza ha oscillato sulle 3-4 settimane) erano quasi tutti sensibilmente aumentati; quasi che la terapia avesse agito in senso benefico sul trofismo, non solo della cute, ma anche su quello delle varie funzioni dell'organismo. E ciò è tanto più da rilevarsi in quanto la turbe della funzione digestiva impropriamente denominata dispepsia, - rappresentata dalla diarrea (8 ÷ 10 scariche al giorno) liquida, acida, talora verdastra con presenza di muco e grumi - è rimasta in genere invariata, nonostante qualsiasi accorgimento dietetico-medicamentoso, e nonostante la terapia specifica da noi adottata. Questa difatti, pure riuscendo a vincere ed a guarire il morbo di Leiner, nelle sue più importanti manifestazioni morbose, non riesce ad avere alcuna ragione delle alterazioni a carico delle funzioni digestive; sulle quali, del resto, anche i tentativi da noi fatti in certi dati casi con la somministrazione di calcio o di Vitamina D₂, tanto alla madre quanto al bambino, sono riusciti senza alcun effetto.

Evidentemente questa esagerata peristalsi intestinale che presentano i bambini colpiti dall'e. d. di Leiner non solo non ha alcuna relazione colla composizione del latte materno — il più di sovente riscontrato normale — ma non può essere nemmeno attribuita ad un vero fatto dispeptico, in quanto i grumi che spesso si trovano nelle feci di questi soggetti (costituiti da grassi neutri od acidi grassi) non possono venire considerati come esponente di una deficiente digestione, ma semplicemente quale espressione di una esagerata velocità di transito dell'alimento introdotto e conseguentemente di una mancata possibilità del normale svolgimento della digestione stessa.

Questo specifico stato patologico, che è un appannaggio costante e quasi obbligato del morbo di Leiner (ma che, in base all'esperienza clinica ed al trattamento terapeutico, deve considerarsi non facente parte effettiva del morbo stesso, in quanto non solo non risente l'effetto di alcuna terapia, ma persiste in genere invariato per alcun tempo anche dopo scomparsa la malattia di Leiner), depone con ogni probabilità per l'esistenza in questi bambini di una turbe neuro-vegetativa, che solo si riduce e scompare col crescere coll'età, raggiungendo il soggetto un più stabile equilibrio.

Se ora noi vogliamo tentare di renderci conto del modo di agire terapeutico della Vitamina B₆, dobbiamo convenire che il problema appare, almeno in questo momento, di non facile spiegazione.

Logicamente, in base ai fatti osservati, si deve ammettere che essa giuoca sul fattore predisponente inibendo la diffusione prima e regolarizzandosi poi (col ricondurre dallo stato patologico allo stato normale e fisiologico) il terreno (tessuto dermico) sul quale l'affezione si sviluppava e pregrediva.

Se una simile azione debba attribuirsi solo al principio vitaminico od anche ad un'azione complementare e medicamentosa che accompagna le vitamine sintetiche non è facile dire.

È noto difatti che ogni vitamina, oltre ad avere una determinata e prevalente azione specifica per una data funzione ne possiede un'altra (e talora anche di più) così detta elementare, che può agire su altre funzioni dell'organismo non solo da sola, ma sovente in sinergia, e talora anche in contrasto, con altre vitamine; in modo

da influire sullo sviluppo o meno di talune manifestazioni morbose, o comunque attenuarne il quadro caratteristico.

Orbene a giudicare, sia dal modo col quale la somministrazione di Vitamina B 6 ha agito nei casi da noi studiati, sia alla notevole quantità che in genere è necessaria introdurre, e sia dall'effetto notevolmente superiore che si ottiene colla somministrazione massima di dosi notevoli di Vitamina B 6 si dovrebbe concludere — in base alle nozioni generali tuttora vigenti sull'azione fisiologica della vitamina — che nel caso nostro la B 6, oltre all'azione così detta vitaminica specifica, deve avere esercitato anche una notevole azione di ordine medicamentoso complementare.

Difatti si ritiene che in genere le vitamine — sostanze minimali — agiscono più per presenza che per quantità; in quanto bastano porzioni infinitesimali di tali sostanze perchè si producano sensibilissimi fenomeni vitali e funzioni fisiologiche.

Ma anche nel caso oramai ben noto del rachitismo, basandosi su tale concetto, si era per molti anni adottato il trattamento terapeutico con la Vitamina D a piccole dosi, talchè erano necessari molti giorni (in media 3 settimane) per constatare dei risultati evidenti, sia dal punto di vista emochimico (rapporto Ca P) e sia dal punto di vista dell'ossificazione. Senonchè da oltre due anni è stato dimostrato che con una dose massima (dose d'urto) di D₂, somministrata anche in una sola volta, si ottiene invece rapidamente la regolarizzazione emochimica.

Evidentemente i concetti primitivi sul modo di agire delle vitamine in genere ed in specie di quelle pure sintetiche deve subire un processo di revisione più corrispondente ai risultati sperimentali delle ricerche di questi ultimi anni; e noi possiamo intanto ritenere che l'azione della Vitamina B 6 nel campo particolare di cui ci occupiamo debba svolgersi in modo analogo a quello che l'esperienza concorde ha dimostrato esercitare la D₂ nel campo specifico ad essa riservato.

BIBLIOGRAFIA

L'ERITRODER- MIA DESQUA- MATIVA ECC.

- BENTIVOGLIO G. C., *Note cliniche sulla malattia di Leiner*. « Il Lattante », Parma, 1940;
Su alcuni casi di eritrodermia desquamativa del lattante trattato con vitamina B 6. « Boll. Soc. Med. Ch. », Pavia, 1940.
- BIRCH, GYÖRGY e HARRIS, « Biochem J. », 29, 2850 (1935).
- BIRCH e GYÖRGY, « Biochem J. », 50, 504 (1956).
- GAUTHIER U, ROMINGER, « Zeit. für Kinder », vol. XXXVI, 1925.
- GYÖRGY P., « Biochem », 29, 760 (1935).
- GLANZMANN, *Einführung in die Kinderheilkunde*. Springer, Wien, 1939.
- LEINER C., *Erythrodermia desquamativa*, in « Handbuch der Haut und Geschlecht Krankheiten », Berlin, Springer, 1950.
- LUNDE, *Vitamine in frischen und Hanvervierten Nahrungsmitteln*. Springer, Berlin, 1940.
- MORO E., *Eczema infantum und Dermatitis seborrhoidea*. Berlin, Springer, 1952.
- MITOLO, *Tentativi di dosaggio istofotometrico della vit. B 6 in organi e liquidi animali*. « Boll. Soc. Ital. di Biol. Sper. », Milano, 1941.
- NADRAI, « Zeit. für Kinder », vol. 61, 1940.
- PÉHU et AULAGNIER, *L'eczema de Nourisson*. Gauthier Villars, 1951.
- PACHIOLOI R., *Contributo allo studio delle manifestazioni cutanee della diatesi esudativa nel lattante al seno ed al loro trattamento con dieta ipocolesterata della nutrice*. « Riv. Clinica Pediatrica », Firenze, 1956.
- TOVERUD, « Zeit. Vitaminf. », Bd. 10 (1940).

RIASSUNTO

L'A., premessa una breve rassegna critica sulla posizione nosologica tuttora controversa dall'e. d. di Leiner, passa a discutere delle varie teorie etiopatogenetiche della medesima, elencando sommariamente i molteplici dati di fatto già acquisiti in relazione alla sua comparsa, nonché alla sua diffusione nelle varie classi sociali. E, dopo avere richiamato in modo particolare l'attenzione su talune ricerche sperimentali di ordine vitaminologico e sulle recentissime osservazioni cliniche del Bentivoglio, accenna all'ipotesi, abbastanza fondata, che la presenza di un fattore carenziale di natura vitaminica sia necessaria perché nel lattante si determini l'insorgenza di tale forma morbosa.

In base a questo orientamento ha sottoposto a ricerche di vario ordine e ad una accurata osservazione clinica 20 lattanti, affetti da e. d. diffusa ed intensa, sottoponendoli, con modalità diverse, alla cura esclusiva della Vitamina B 6, tanto direttamente quanto indirettamente attraverso cioè il latte della madre, a cui veniva somministrata la suddetta Vitamina.

In taluni casi si è proceduto anche al dosaggio della medesima, sia nel sangue e nel latte della madre e sia nel sangue del bambino prima e dopo la somministrazione della B 6. I risultati constatati su tutti e 20 i soggetti — come comprova il numeroso documentario iconografico — hanno dimostrato in modo indubbio gli effetti benefici della vitamina B 6,

*L'ERITRODER-
MIA DESQUA-
MATIVA ECC.*

adeguatamente impiegata, la quale da sola riesce a provocare la scomparsa – in maniera in genere rapida – della specifica dermatite.

L'A. pertanto nel commentare lo studio clinico e le ricerche sperimentali eseguite, esprime le sue conclusioni tanto sulla posizione nosologica che dovrebbe essere attribuita all'e. d. di Leiner, quanto sulla etiopatogenesi della medesima ed in modo particolare sul suo più razionale trattamento terapeutico.

37954

346712

1000

