

MOLICBY 78

Istituto di Anatomia Patologica delle R. Università di Milano  
Direttore: Prof. MARIO CHIOVENDA

Ospedale d'isolamento per contagiosi « A. Bassi »  
Direttore: Prof. C. A. RAGAZZI

F. COLONNELLO

## LA SIFILIDE DELLA PROSTATA

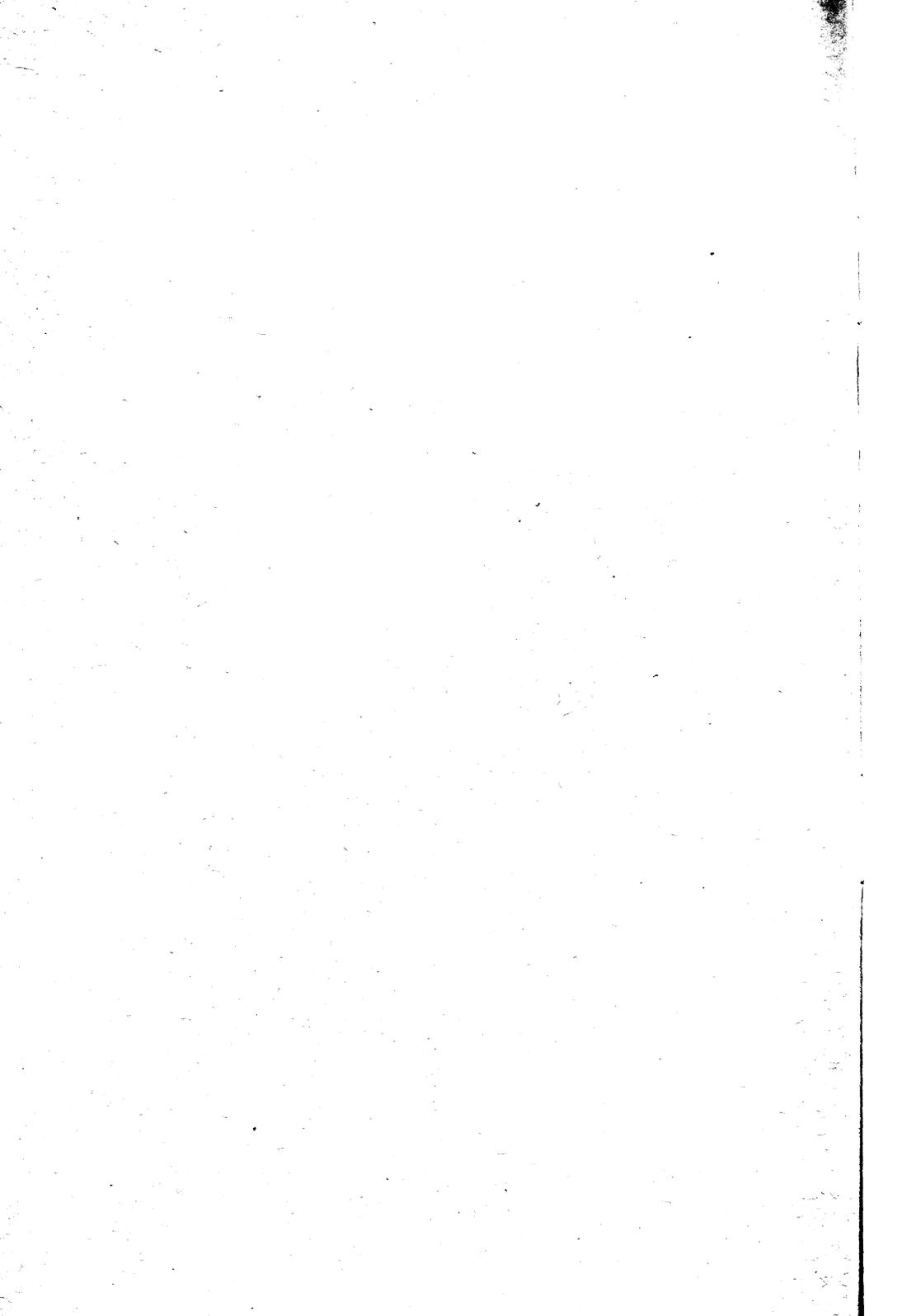
Estretto dall'« Archivio Italiano di Scienze Mediche Coloniali e di Parasitol. »

Vol. XXII (VII della Nuova Serie) - 1941-XXIX



« EDIZIONI UNIVERSITARIE »

VIA V. VENETO N. 34-B - ROMA



# LA SIFILIDE DELLA PROSTATA

F. COLONNELLO

La sifilide della prostata costituisce un reperto eccezionale nella pratica clinica ed anatomo-patologica.

Nella letteratura sono riportati 25 casi, di cui due appena con documentazione anatomo-patologica.

La diagnosi clinica non è stata posta nella massima parte dei casi che per esclusione, essendosi pensato volta per volta al cancro prostatico, all'adenoma o a processi flogistici acuti, o cronici di altra origine.

Si può dire che i due criteri che hanno guidato i clinici nella formulazione della diagnosi definitiva, sono stati il sierologico ed il terapeutico *ex iurantibus*. Infatti in una buona parte di casi si assistette alla scomparsa rapida o graduale della sintomatologia subiettiva e dei fatti flogistici sovrapposti, per ritenzione cronica delle urine.

A volte la coesistenza di infezione gonococcica di antica data, i sussidi terapeutici aggiunti a quelli specifici per la lue, la lenta regressione delle manifestazioni, rendono un poco delicata la valutazione di questi casi. Nè crediamo che a risolvere i dubbi sia sufficiente una R. W. positiva prima della cura, in quanto può essersi trattato di prostatite banale in luetico.

Forse nella valutazione circospetta di questo gruppo di casi, ha parte la nozione ormai sicura della maggiore frequenza di complicazioni prostatiche, con tendenza alla cronicizzazione, nell'infezione gonococcica.

È pur certo che alla lue non si pensa quasi mai, di fronte ad una tumefazione prostatica, appunto per la rarità di questa localizzazione rispetto, per esempio, a quella più frequente nel didimo; del resto ricerche sistematiche, soprattutto anatomo-patologiche non esistono in questo senso: e però sareb-

bero molto utili, perchè, se condotte su vasta casistica, potrebbero fornirci utili elementi di ragguaglio.

A tale proposito è bene notare subito, come processi infiltrativi luetici, a meno che non si tratti di forme ulcerate, sfuggono ad una semplice indagine macroscopica, o perchè la prostata è di poco aumentata di volume, oppure perchè l'ipertrofia dell'organo viene diagnosticata di altra origine.

Vedremo come dalla casistica nostra ed altrui, per quanto esigua, queste osservazioni trovino conferma.

I casi raccolti nella letteratura sono 25 e si possono così suddividere :

- 1) Con documentazione anatomo-patologica (n. 2).
- 2) Con precedenti esclusivamente luetici o reazioni sierologiche positive (n. 13).
- 3) Con anamnesi e reazioni sierologiche negative (n. 1).
- 4) Casi dubbi (n. 3).
- 5) Con anamnesi mista, luetica-gonococcica (n. 6).

### CASI DEL PRIMO GRUPPO

1) CASO DI WARTHIM (1921). — Si tratta di un giovane soggetto di 19 anni venuto a morte in breve tempo per violento trauma alla testa. Nell'anamnesi figura una siflide contratta due anni prima, curata recentemente con mercurio e ioduro.

All'esame microscopico furono rilevate sulla gamba sinistra, sulla parte destra del petto e sul fianco sinistro numerose cicatrici riferibili a lesioni luetiche guarite. Macroscopicamente oltre un ematoma extradurale e la frattura in sede del parietale, si constatò epato-splenomegalia, aderenze fibrose tra colecisti, pleura, duodeno e colon.

*La prostata ed i testicoli apparivano normali.*

L'esame istologico documentò alterazioni luetiche nelle meningi, nel fegato, nei reni, nella prostata e testicoli, in forma di infiltrazioni plasma cellulari diffuse o circoscritte a disposizione perivasale.

La prostata mostrava una riduzione del tessuto glandolare e sviluppo dello stroma ove si notavano infiltrati plasmacellulari diffusi o circoscritti, a sede prevalente perivasale. Infiltrazioni vi erano attorno ai capillari ed alle vene, qua e là

cellule giganti; l'aspetto prevalente era della gomma miliare, senza fatti di necrosi e caseosi, qua e là ispessimenti ed obliterazioni vasali. Mancavano infiltrazioni perighiandolari, che sono un poco caratteristiche della prostatite gonococcica.

Con il metodo Levaditi furono dimostrate nelle lesioni spirochete.

Secondo l'Autore, si osservano nella sifilide, ipertrofie prostatiche e fibrosi diffuse, frequentemente, senza però aspetti tipici come quelli qui sopra ricordati; si tratta in genere di infiltrazioni parvicellulari fatte da plasmacellule e linfociti attorno a vasi apparentemente neoformati. La diagnosi istologica di questi casi è molto difficile, perchè resta il dubbio che si tratti di prostatiti di altra eziologia. La negatività della ricerca delle spirochete in tutti questi casi impedisce un più esatto apprezzamento delle lesioni.

Queste conclusioni dell'Autore non ci sembrano molto giuste; infatti la dimostrazione di spirochete nelle lesioni sifilitiche terziarie, è del tutto eccezionale. La diagnosi di una aortite luetica per esempio, non viene posta in base alla presenza o meno di spirochete nelle pareti vasali, che, come è noto, sono molto raramente dimostrate, ma dai caratteri dell'infiltrazione, anche se a volte questa non è del tutto caratteristica e può lasciare dubbi. Possiamo piuttosto convenire che in alcuni organi, e soprattutto nell'aorta, la diagnosi è molto più facile, perchè la lue è tra i processi granulomatosi cronici che con quasi esclusività, si impiantano in questo vaso.

Si può invece convenire con l'Autore che probabilmente il riconoscimento microscopico della sifilide nella prostata, può essere notevolmente ostacolato dalla sovrapposizione di un processo flogistico subacuto o cronico di natura spesso gonococcica.

2) CASO DI STARRY ALLEN. — Uomo di 73 anni, ritenzionista cronico.

Non figurano malattie veneree nell'anamnesi, viene diagnosticata una ipertrofia adenomatosa della prostata e si procede all'asportazione in due tempi.

L'esame macroscopico dell'organo rivela una struttura ghiandolare normale, la consistenza è aumentata.

Istologicamente si constata aumento notevole della capsula e del tessuto interstiziale, mentre le ghiandole sono più piccole che di norma. Nello stroma e nella capsula, lesioni granulomatoose in vario stadio, dalla forma miliare recente a quella di più antica data ed in via di cicatrizzazione. L'infiltrazione è fatta da plasmacellule e scarsi linfociti a sede prevalente perivasale; si nota neoformazione vasale. Mancano cellule giganti. Nelle lesioni furono dimostrate spirochete.

Secondo l'Autore la diagnosi differenziale rispetto ad una prostatite cronica gonococcica è stabilita dalla mancanza di infiltrati a sede perighiandolare e sottoepiteliale.

### CASI DEL SECONDO GRUPPO

La prima osservazione clinica sembra spetti a HESSE (1913); si trattava di un uomo 35enne che aveva contratto una lue nove anni prima. Attualmente presentava fenomeni di ritenzione. L'esame obiettivo fece constatare una prostata ingrossata, poco dolente, dura. R. W. positiva. La cura anti-luetica soltanto fece ridurre sino quasi alla norma la prostata, i fenomeni di ritenzione scomparvero, ed il paziente fu dimesso guarito.

Nel 1918 COHN riferisce la seguente osservazione: uomo di 60 anni con precedenti luetici risalenti a quindici anni prima. Da circa un anno soffriva di ritenzione, che è andata man mano accentuandosi sino a richiedere il pronto ricovero; all'esplorazione rettale la prostata si apprezza di volume normale; il lobo sinistro alquanto appiattito, si continua senza netta distinzione con i tessuti laterali ed è dolente durante la manovra, nel suo mezzo si percepisce una sacca molliccia quanto un pisello, con contorni duri. L'esame cistoscopico mostra fatti di iperemia della mucosa.

La diagnosi fu di prostatite gommosa. Non furono fatte reazioni sierologiche.

Il paziente guarì dopo sei mesi, soltanto con la cura specifica.

Di questo caso notiamo il lungo periodo di cura occorso, prima di ottenere dei risultati, che non furono assoluti, in quanto residuò un modico stato di ritenzione.

In genere sembra che queste forme gommose della prostata migliorino e quindi guariscano più o meno rapidamente in seguito alla cura antiluetica. Forse data l'età del paziente, esisteva anche una incipiente adenomatosi della prostata, che naturalmente non poteva migliorare con cure antiluetiche.

FERNANDEZ (1921), riporta un caso di gomma del lobo destro della prostata, in un soggetto di trentotto anni, contagiato otto anni prima. R. W. positiva. Gli effetti della cura mercurio-arsenicale si resero evidenti già dopo la terza iniezione, con scomparsa dei fatti di ritenzione e con riduzione della tumefazione prostatica. A terapia ultimata, residuò soltanto indurimento del lobo ammalato probabilmente per fatti di sclerosi.

Interessante è l'osservazione di MAC DONAGH (1922) in cui la localizzazione si ebbe a distanza di 14 settimane dal contagio.

Si trattava di un uomo di 28 anni che presentava contemporaneamente una eruzione papulo-lenticolare cutanea ed una ulcera sull'osso parietale destro.

La sintomatologia urinaria era insorta quasi acutamente, con stimolo frequente alla minzione, e comparsa di tracce di pus e filamenti nelle urine. All'uretroscopia fu rilevata uretrite della parte prostatica dell'uretra, mentre, all'esplorazione rettale il lobo destro della prostata risultava della grandezza di un uovo di gallina, di consistenza ineguale, molliccia con zone più dure.

Alla quarta iniezione di Neosalvarsan endovena, tanto la prostata quanto l'uretra tornarono normali, ciò che permise all'Autore di considerare come luetiche anche quelle manifestazioni.

Nel caso riferito da BRUNO (1925) fu sospettata una forma *neoplastica*; infatti l'organo, all'esplorazione rettale risultava trasformato in un grosso nodo del volume di un uovo, a superficie irregolare di consistenza durissima, indolente; l'esame palpatorio dava l'impressione che la prostata fosse saldata alla sinfisi pubica.

Nell'anamnesi del paziente, che aveva 36 anni, risultava una lue. La reazione Wassermann fu positiva.

Per quanto la diagnosi clinica orientasse verso il tumore, fu tentata una terapia antiluetica; già dalla prima iniezione

il paziente riprese ad urinare spontaneamente, le urine si fecero limpide. Guarigione dopo tre mesi.

COHN (1926), pubblica due casi in cui la diagnosi fu fatta in base ai dati anamnestici, che parlavano chiaramente per la lue, e ai caratteri obiettivi presentati dalla prostata, trattandosi di tumefazione ben circoscritta, indolente, dura. Le reazioni sierologiche furono negative. I pazienti guarirono perfettamente con la cura antiluetica.

In un caso esisteva ematuria e la sindrome urinaria si era stabilita in poco tempo : da tre settimane.

Singolare è l'osservazione riportata da HENNIS (1926) : si tratta di un individuo di 72 anni, il quale non ha precedenti venerei di sorta. Ebbe un'ulcera in una gamba, di natura non ben precisata. Da otto giorni difficoltà all'emissione di urina, pollaecuria intensa con getto debole, intermittente e dolore lungo il pene dopo la emissione. Essendosi stabilita una ritenzione completa, il paziente venne caterizzato. All'esame obiettivo fu constatata una cicatrice pigmentata alla gamba destra ; prostata aumentata di volume, specie a destra, mentre il lobo sinistro è duro e fisso.

Reazione Wassermann intensamente positiva.

Viene istituita una cura antisifilitica.

Già dopo quattro giorni il paziente orinava spontaneamente, la prostata ritornò normale in seguito alla terapia.

Questo caso è veramente interessante, perchè, trattandosi di un vecchio con anamnesi del tutto negativa per malattie veneree, si sarebbe prestato ad una diagnosi di ipertrofia adenomatosa della prostata, malattia propria dell'età avanzata, se la R. W. intensamente positiva, non avesse fatto sospettare una probabile lesione luetica.

Ci si potrebbe domandare quale importanza aveva quell'ulcera alla gamba, come prima porta d'ingresso della infezione, ancorchè essa stessa non fosse un'ulcera luetica terziaria. Più difficile sarebbe ammettere una lesione eredo-luetica che avesse dato manifestazioni cliniche così tardive.

Nel caso di LUGUE (1929), la sifilide della prostata fu sospettata in base ai rilievi palpatori dell'organo, che presentavano una tumefazione del lobo destro, di consistenza dura ma non lignea, indolente. Il paziente aveva 50 anni ed aveva contratta infezione luetica 20 anni prima ; si era curato incompletamente. Da 5 mesi soffriva di attacchi di ritenzione di urina.

I caratteri della tumefazione prostatica e le reazioni sierologiche positive indussero a fare una terapia antiluetica, che portò in breve tempo alla regressione dei fenomeni subiettivi e della tumefazione stessa.

Nel 1930 CASTANO comunica un caso di ritenzione acuta di urina, in soggetto di 37 anni, portatore di una grossa gomma del lobo destro: dalla vescica si estrae urina purulenta, color cioccolato: lo stesso aspetto ha il liquido che fuoriesce alla spremitura della tumefazione prostatica. Il malato ha contratto lue sei anni prima.

I caratteri della raccolta del lobo destro fecero pensare in un primo tempo all'ascesso, che peraltro non tendeva a migliorare con alcuna terapia.

Il trattamento misto, Neosalvarsan e bismuto, produsse invece la guarigione, ciò che permise all'autore di fare diagnosi di gomma rammollita della prostata.

Anche nel caso di COMOLLI (1931), si tratta di una tumefazione prostatica in vecchio luetico, che per i caratteri di indolenza, di netta circoscrizione, di consistenza molle elastica ed in alcuni punti dura, richiamarono l'attenzione su una forma prostatica luetica; la reazione Wassermann positiva e l'esito favorevole della cura confermarono la diagnosi.

Interessante dal lato clinico è l'osservazione di PICCINELLI e BISSI (1931), perchè dimostra gli errori diagnostici e terapeutici cui può esporre la sifilide ignorata del tratto uro-genitale.

Si trattava di un uomo di 38 anni con precedenti di uretrite di natura non ben precisata, contratta a 29 anni e curata con lavande di permanganato e bicloruro di mercurio. A 36 anni, in seguito a strapazzi il paziente ebbe bruciori e difficoltà nella minzione; fu diagnosticata una uretrite cronica con restringimenti multipli e prostatite cronica.

Fu curato con balsamici, dilatazioni uretrali, massaggi prostatici, supposte di ioduro di potassio senza alcun giovamento. I disturbi urinari si accentuarono due anni dopo sino alla ritenzione completa delle urine. Prostata ingrandita a superficie irregolare, dura, indolente.

Reazione Wassermann e reazione Meiniche intensamente positive.

Le cure antiluetiche ottengono ragione della sintomatologia; la prostata si riduce gradatamente sino a ritornare di volume normale.

Nel caso di OLIVIERI (1932) la durezza particolare dei noduli, i limiti irregolari del lobo sinistro, che si apprezzava durissimo, fecero pensare ad un processo blastomatoso. Però i precedenti luetici del soggetto e le reazioni sierologiche positive consigliarono un tentativo di cure antiluetiche che furono coronate dal più completo successo.

### CASI DEL TERZO GRUPPO

Ugualmente interessante riesce il caso di PAGLIAI (1934), per la mancanza di precedenti anamnestici in favore della lue e per la persistente negatività delle reazioni sierologiche.

La grossa tumefazione prostatica che causava accessi di ritenzione acuta di urina nel paziente, non regredi completamente che solo con cure antiluetiche, nello spazio di 45 giorni, mentre ogni altro tentativo terapeutico era fallito.

Possiamo accettare la natura luetica di questo caso, perchè abbiamo visto nell'esposizione della casistica del secondo gruppo, che le tumefazioni veramente sifilitiche della prostata regrediscono, e in breve tempo, solo con la terapia causale, mentre gli altri medicamenti urinari sintomatici producono un transitorio benessere, ma non la guarigione.

Se la negatività delle reazioni sierologiche nella lue terziaria non impedisce di pensare a questa malattia, quando vi siano fondati elementi di sospetto, si può convenire che più rara è l'assenza di manifestazioni di prima infezione; noi conosciamo però casi in cui il sifiloma iniziale manca, perchè il treponema può entrare in circolo senza dare lesioni locali.

Come più sopra abbiamo detto, è più difficile pensare ad una manifestazione tardiva di lesioni eredo-luetiche a localizzazione esclusiva, o quasi, prostatica.

### CASI DEL QUARTO GRUPPO

I seguenti casi ci sembrano di dubbia interpretazione per la mancanza di indagini accurate sierologiche e anamnestiche, per i risultati piuttosto incerti della terapia, per la sovrapposizione di elementi patologici che non furono completamente studiati, ecc.

1) CASO DI DEL BANCO (1923). — Individuo di anni 60 il quale contrasse molti anni addietro una uretrite gonococcica non più guarita: nega assolutamente lue.

L'Autore non fece ricerche sierologiche.

È portatore di una grossa tumefazione prostatica che condiziona ritenzione di urina. Nel sedimento urinario si repertano gonococchi.

Una prolungata cura di ioduro di potassio ed il vuotamento della vescica con catetere, fanno regredire parzialmente i fatti subiettivi, mentre la prostata si riduce in parte.

In base a questi dati l'Autore si sente autorizzato a fare diagnosi di prostatite luetica su vecchia blenorragia.

2) CASO DI NOGUÈS (1922). — Uomo di 43 anni con sintomi di ritenzione urinaria da quattro mesi; soffre anche di una sciatica destra molto dolorosa.

L'esame rettale rivela una prostata ingrossata, dura, non bene delimitabile e continuantesi con le pareti del bacino; nel lobo destro si apprezzano due noduli molto duri che inglobano le vescichette seminali. Le cure locali non ottengono alcun successo. Cinque mesi dopo i fenomeni di ritenzione si aggravano, compare ematuria, e più tardi gangli nella fossa iliaca destra.

Reazione Wasserman negativa.

Diagnosi di neoplasia prostatica con invasione pelvica. La cura consiste in applicazioni di radium e iniezioni antiluetiche.

Da queste terapie combinate si ottengono risultati parziali.

L'Autore pensa che si sia trattato di una prostatite luetica.

A noi sembra invece che il sospetto di una neoplasia resta, data l'estensione delle lesioni, la comparsa di adenopatie iliache, i risultati parziali della cura, che quasi certamente dipendono dalle applicazioni di radium.

Il paziente inoltre non fu seguito che per pochi mesi. Confermano questo dubbio l'anamnesi muta per ogni infezione venerea e la reazione Wassermann negativa. In quanto alla cura antiluetica praticata, non si saprebbe quale importanza assegnarle, dato che essa fu fatta contemporaneamente a quella col radium.

3) CASO DI CIMINO (1925). — Uomo di 70 anni nel cui passato patologico figura un'ulcera sifilitica del prepuzio, contratta a 14 anni. Il paziente si era curato saltuariamente con ioduro di potassio ed iniezioni di sublimato.

A 68 anni comparvero strabismo e diplopia che furono ritenuti di natura leutica e come tali curate. Da un anno soffre di dolori toracici in rapporto a tumefazione di alcuni segmenti costali e febbre.

Una terapia con frizioni di unguento mercuriale deve essere sospesa a causa della insorgenza di stomatite e nefrite.

Una terapia con frizioni di unguento mercuriale deve essere sospesa a causa della insorgenza di stomatite e nefrite.

Da sei mesi ritenzionista. La prostata è ingrossata, dura, tende sempre più ad aumentare di volume, estendendosi verso il retto e il trigono. Il malato è in istato di cachessia. La Reazione Wassermann è negativa.

*Diagnosi.* — Carcinoma prostatico con metastasi ossee. La cura con neosalvarsan endovena fa regredire le tumefazioni costali, ma il paziente viene a morte cinque mesi dopo in preda a grave cachessia.

Questi dati, che per l'Autore sono sufficienti per porre diagnosi di prostatite luetica, orientano secondo noi piuttosto verso la neoplasia.

In fondo il paziente aveva fatto numerose cure antiluetiche che in riferimento alla casistica già riportata, tendono a migliorare rapidamente il quadro clinico quando si tratta effettivamente di lue.

In questo caso invece il progressivo rapido aumento di volume dell'organo e lo stato grave di cachessia, avvalorano fortemente il sospetto di neoplasia maligna piuttosto che di infezione sifilitica.

La mancanza di un controllo autoptico, lascia le più ampie riserve sul caso.

### CASI DEL QUINTO GRUPPO

In questo ultimo gruppo di casi la diagnosi di lue prostatica fu molto delicata, a causa di precedenti gonococcici spesso cronicizzati che orientavano naturalmente verso una prostatite cronica.

Nella osservazione di ULRICH (1915), per riguardo al paziente, esistevano una infezione luetica progressa, un'ulcera nella gamba sinistra ed una Reazione Wassermann positiva che orientarono l'Autore verso una prostatite sifilitica, in quanto i caratteri palpatori di indolenza, di consistenza duro elastica dell'organo gli facevano escludere una flogosi di altra origine.

La ritenzione completa si era notata quindici giorni prima: l'ammalato, uomo di 44 anni, aveva contratto tre volte la blenorragia che aveva curato incompletamente da sè.

In questo caso è suggestivo il risultato favorevole ottenuto con le prime iniezioni di neosalvarsan endovena, mentre le cure locali soltanto, erano fallite; peccato che non si potè controllare più a lungo l'ammalato perchè questi volle essere dimesso prima di avere ultimata la terapia.

Di più difficile apprezzamento sembra il caso di HESS (1920) perchè furono associate diverse cure, locali e generali.

Il paziente, uomo di 32 anni, aveva contratto lue otto anni prima; ebbe a soffrire contemporaneamente ripetute blenorragie di cui l'ultima datava da pochi giorni. È in ritenzione completa; all'esplorazione rettale, prostata del volume di un piccolo mandarino di consistenza dura, a superficie liscia, dolente alla pressione; vescichette aumentate di volume e di consistenza, con noduli irregolari. Dall'uretra fuoriesce liquido ematico, contenente stafilococchi.

Reazione Wassermann positiva.

Fu istituita una cura a base di lavande di permanganato potassico e urotropina, catetere in permanenza. In sesta giornata fu fatta una iniezione di neosalvarsan e contemporaneamente una vasotomia bilaterale con iniezione nelle vescicole di collargolo. Con questo trattamento misto si ottenne un discreto miglioramento e il paziente venne dimesso.

La diagnosi di sifilide terziaria della prostata, posta dall'Autore ci sembra molto dubbia; se mai si potrebbe mettere in discussione una forma mista, gonococcica luetica, con prevalenza però di fenomeni flogistici di origine gonococcica o mista, come succede spesso in questi casi (streptococchi nell'urina). Credo che il miglioramento si ottenne con l'associazione di energiche cure locali.

Del resto il paziente fu dimesso ancora con una ipertrofia del lobo medio. Nelle forme esclusivamente o prevalentemente luetiche i risultati si sono ottenuti con la terapia specifica soltanto.

Una dimostrazione del genere viene offerta dal caso di SALLERAS, per quanto l'Autore chiaramente si fosse orientato verso una neoplasia della prostata.

Il paziente, uomo di 55 anni, aveva contratto in precedenza lue e blenorragia; da un anno pollachiuria, disuria, dolori alla fine della minzione, con peggioramento progressivo.

All'esame palpatorio, prostata aumentata di volume, dura, quasi legnosa, dolente alla pressione, limiti laterali e superiori non netti, posteriormente aderente alla faccia anteriore del retto. Per quanto il clinico fosse orientato verso una neoplasia, volle istituire una cura antiluetica; regressione graduale di tutta la sintomatologia, prostata ritornata nei limiti normali, nello spazio di due mesi.

Dei due casi pubblicati da PINI (1927), il primo ci sembra dubbio, perchè l'ipertrofia del lobo medio persistette anche dopo il trattamento antiluetico; è probabile che il maggiore ingrandimento di questo, durante le fasi di riacutizzazione della sintomatologia, fosse in dipendenza di fatti congestizi in seno al tessuto, che in verità sono facili a verificarsi.

Più convincente è la seconda osservazione, in quanto ci dimostra una associazione tipica gonococcica luetica.

Si tratta di un uomo di 37 anni che aveva contratto lue e uretrite gonococcica a 21 anni. Presenta una uretrite in atto. La sindrome da ritenzione si è stabilita acutamente; la prostata è ingrandita in toto, dolentissima alla palpazione; esiste febbre a 40°. Nelle urine si rinvennero leucociti, emazie, e piogeni.

La diagnosi è di ascesso prostatico e come tale il paziente viene curato per circa un mese.

Dimesso migliorato, ritorna con la medesima sintomatologia 15 giorni dopo. Nuove cure mediche che non riescono ad avere ragione completamente dei fatti locali. Si associa cura antiluetica, che in breve tempo riporta la prostata al volume normale.

Attendibile ci sembra anche il caso di RIVA (1928); uomo di 47 anni già sofferente di uretrite gonococcica da 20 anni.

Da due anni ematuria saltuaria poi pollachiuria e difficoltà nella minzione.

Attualmente in ritenzione.

All'esame obiettivo, testicolo sinistro atrofico, piccola intumescenza in corrispondenza dell'epididimo; prostata ingrossata, specialmente a carico del lobo sinistro, irregolare per presenza di noduli, male delimitabile in alto per infiltrazione che si estende fino alle vescicole seminali.

La diagnosi è di neoplasia maligna.

La Reazione Wassermann fortemente positiva. Cura antiluetica; gradualmente in sei mesi, la prostata si riduce di volume, sino a ritornare quasi normale. Naturalmente si attenuano sino a scomparire i disturbi soggettivi.

## CASISTICA

Le osservazioni che riportiamo sono state fatte in seguito ad una insospettata diagnosi istologica di lue prostatica, in un soggetto di 64 anni, che aveva sicuri precedenti luetici anamnestici, reazione Wassermann positiva. Al tavolo anatomico non presentava alcuna lesione sifilitica negli organi come tale classificabile macroscopicamente.

La prostata era di volume normale, anzi un po' più piccola che di norma, e la sua sezione istologica venne fatta a puro scopo di esercizio dal personale che doveva istruirsi.

L'esame di fette colorate ci permise il rilievo di una lesione granulomatosa, per cui l'organo venne affettato in serie e studiato.

Riportiamo di questo caso i rilievi più importanti:

Uomo di 64 anni, viene ricoverato all'Ospedale per malattie infettive « A. Bassi » di Milano il 3 giugno 1940, con diagnosi clinica di meningite cerebro-spinale.

Dalle notizie anamnestiche risulta che il paziente ha sofferto spesso di tonsillite acuta. A 30 anni contrasse infezione luetica, che fu curata. A 46 anni fu sottoposto ad appendicectomia. Un mese prima dell'attuale malattia, soffersse mastoidite.

L'ultimo episodio morboso iniziò bruscamente con brividi di freddo, febbre a 38°-39°, emicranie. In quarta giornata ebbe dolori alla colonna vertebrale, rigidità nucale, delirio.

All'ingresso in Ospedale, presenta i sintomi classici del meningitico.

All'esame del liquor, furono rilevati notevoli quantità di leucociti poliformo-nucleati e streptococchi.

Reazione Wassermann positiva sul sangue.

Il paziente venne a morte dopo due giorni di degenza.

La diagnosi anatomica (registro di autopsia, n. 2 dell'Ospedale « A. Bassi ») fu la seguente :

« enfisema polmonare essenziale, esiti sclerotici di tonsillite e peritonsillite, esiti di endocardite mitralica condizionante insufficienza ; esiti sclerotici di miocardite, di appendicectomia, di peritiflite e di pericolite destra ; adenomi multipli tiroidei, mastoidite bilaterale purulenta, leptomeningite purulenta diffusa ; stato tossinfettivo ; tumore infettivo di milza ; stasi e degenerazione torbida epatica ; edema polmonare e cerebrale ».

Di questo caso furono esaminati istologicamente tutti i visceri.

Lesioni di tipo granulomatoso furono riscontrate soltanto sulla prostata e, come si è detto, furono per noi un reperto per nulla sospettato.

Il rilievo nella prostata di alterazioni che a noi sembrano di natura sicuramente luetica, come unica localizzazione istologicamente documentabile della sifilide contratta diversi anni addietro dal paziente, ci ha portato a studiare tutte le prostate di soggetti venuti al tavolo anatomico nell'Istituto di Anatomia Patologica delle R. Università dell'annata 1940-1941, che presentavano indubbe note di sifilide di altri organi.

Si sono raccolti così altri undici casi ; di ciascuna prostata si sono fatte numerosissime sezioni seriate onde cogliere anche localizzazioni minime, parcellari, che su poche fette potevano sfuggirci.

Di ciascun caso riferiamo la diagnosi anatomica e il reperto istologico particolareggiato.

Non vengono riportati i casi con esame istologico della prostata, negativo.

Caso 1<sup>o</sup> - Aut. N. 2. (Registro Ospedale A. Bassi).

*Diagnosi anatomica.* - Vedi sopra.

*Reperto istologico.* - Istologicamente si notano processi infiltrativi flogistici circoscritti e di tipo cronico.

Si tratta di una flogosi a carattere granulomatoso di cui si colgono stadi diversi.

Le lesioni più piccole sono rappresentate da minuti centri linfoplasmacitari più o meno rotondeggianti, attorno a vasi precapillari ; in altre parti il granuloma è più

esteso, la configurazione rotondeggiante od allungata, con disposizione prevalente perivasale. Alcuni vasi sono certamente neoformati.

In altre parti si sono costituiti nodi abbastanza grossi, caratterizzati da un ricco affollamento linfo plasmocitario e fibroblastico; spesseggiano in queste formazioni cellule giganti disposte irregolarmente nel mezzo e alla periferia, con nuclei a corona oppure ammassati al centro. Mancano costantemente, in tutti questi noduli, fatti di necrosi o di caseosi, anzi vi è una manifesta tendenza alla sclerosi.

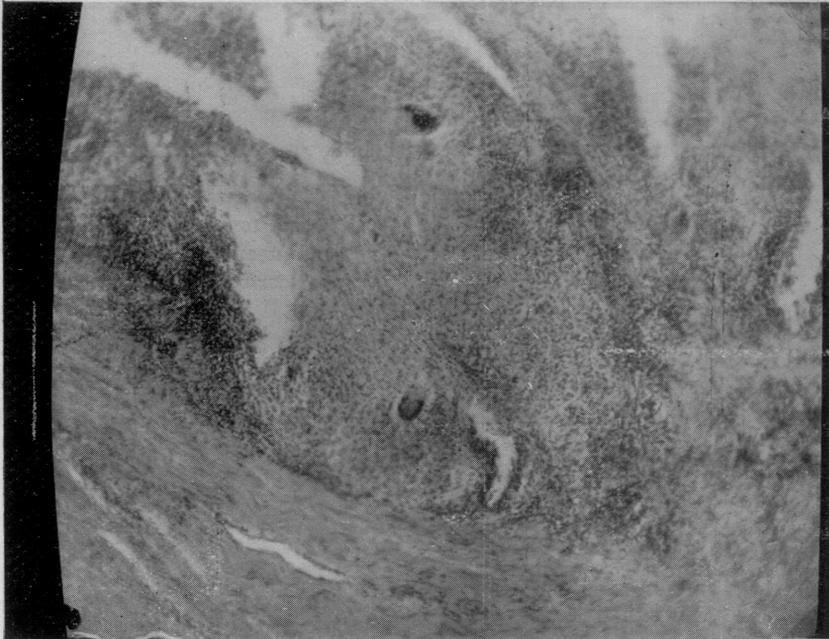


Fig. n. 1 — Granuloma luetico con cellule giganti.

Centralmente infatti si notano numerose fibrille argentofile da cui originano vero similmente centri di connettivizzazione. Alla periferia dei noduli si ha talvolta una netta circoscrizione, per addensamento connettivale. Questi fatti flogistici si svolgono esclusivamente nel tessuto interstiziale fibro muscolare della prostata, mentre la parte ghiandolare è sana, anzi ristretta di volume.

Alcuni granulomi, ingrandendosi possono estendersi fin sotto la lamina basale di sfondati ghiandolari; in genere le ghiandole prostatiche vengono rispettate. Vicino a singoli aicni, si formano a volte numerosi granulomi con disposizione manifestamente perivasale e perciò indipendenti da alterazione di essi.

Il tipo prevalente di flogosi è quello nodulare più grosso con cellule giganti.

Numerose sono anche le zone di sclerosi ialina a configurazione abbastanza ben delimitata, e alla periferia delle quali si possono trovare residui di cellule linfocitarie e fibroblasti; la loro grandezza è varia, e rappresentano verosimilmente stadi di evoluzione fibrosa di granulomi.

I vasi di medio e piccolo calibro sono ispessiti, con fatti di endo e perivasculite. Si nota qua e là anche iperplasia dell'elastica inerna. Alterazioni a tipo endo-periflebitico si notano nella vena più piccola.

La ricerca della spirocheta (metodo Levaditi) è stata negativa. Ugualmente negativa la ricerca di bacillo di Koch.

Nel testicolo e nelle veschichette seminali, non è dimostrabile alcuna alterazione patologica.

Sono stati esaminati istologicamente e in modo più particolareggiato i reni, surreni, fegato, milza, polmoni, linfoghiandole ilari, della biforcazione e tracheali, senza riscontrare alterazioni del genere.

CASO 2º - Aut. 20333. — Uomo di 62 anni.

*Diagnosi clinica.* — Aortite luetica, scompenso di circolo.

*Diagnosi anatomica.* — Esiti fibroadesivi parziali di pregressa pleurite bilaterale, processo arteritico luetico gravemente ectasiante l'aorta toracica, particolarmente il tratto superiore dell'arco con interessamento del tronco anonimo, degli imbocchi e del primo tratto delle coronarie delle valvole semilunari aortiche, insufficienza aortica,

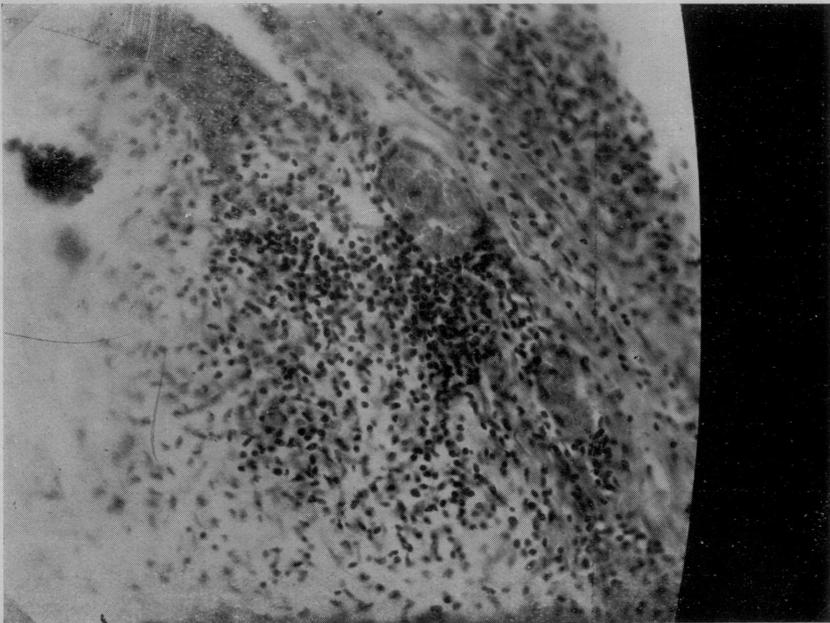


Fig. n. 2 — Granuloma linfo plasmocitario riccamente, vascolarizzato.

dilatazione ed ipertrofia del ventricolo sinistro. Dilatazione ed ipertrofia della cavità ventricolare destra. Stasi nel grande circolo. Rene grinzoso, vascolare modestamente atrofico. Minuta e diffusa miocardio sclerosi, degenerazione torbida grassa del miocardio.

*Esame istologico della prostata.* — In numerose fette da tagli seriatî non si notano fatti patologici; questi invece esistono soltanto su poche sezioni. Si tratta di fatti flogistici abbastanza circoscritti, a sede quasi esclusiva nel tessuto fibro muscolare.

L'aspetto della flogosi è varia; in alcune parti si nota una infiltrazione linfocitaria un po' rada attorno a gruppi di vasellini, frammiste vi si trovano cellule di tipo istiocitario e fibroblastico; il tessuto collageno è abbondante.

Si ha l'impressione di essere di fronte ad una fase evolutiva di un processo flogistico che tende a guarigione. Queste figure di zone sclerotiche con residui di cellule linfocitarie e fibroblastiche sono numerose nella porzione muscolare.

In altri tratti si notano micronoduli ricchi di cellule linfocitarie e plasmacellulari, oppure noduli più grossi qualcuno disposto anche nelle vicinanze di gruppi di acini ghiandolari. Endoarterite obliterante dei vasi, in seno ai granulomi come nelle zone di sclerosi. Mancano cellule giganti.

La porzione ghiandolare è normale, non si notano fatti desquamativi, accumuli di secreto e di cellule essudatizie, con fatti di diffusa pericanalicolite.

Ricerca della spirochete e del bacillo di Koch: negativi.

CASO 3° — Aut. 419. — Uomo di 60 anni.

*Diagnosi clinica.* — Bronco polmonite, insufficienza cardiaca.

*Diagnosi anatomica.* — Aortite luetica con sovrapposti fatti aterosclerotici, aterosclerosi diffusa di modico grado, ipertrofia del ventricolo sinistro, idrotorace bilaterale,



Fig. n. 3 — Pericanalicolite nella prostata gonococcica. Corpi amilacei intraghiandolari.

edema polmonare, prostata aumentata di volume, consistenza duro elastica, qualche nodulo rilevato in superficie.

*Esame istologico della prostata.* — Note di flogosi ghiandolare diffusa, caratterizzati da intensi fatti desquamativi e ristagno, con allargamento nel cul di sacco ghiandolare, iperplasia e metaplasia epiteliale, presenza di numerosi corpi amilacei, intra-ghiandolari, reazione flogistica di modesto grado perighiandolare.

Nel tessuto muscolare si notano numerose zone sclerotiche, vasi di medio e piccolo calibro ispessiti, inoltre rare note di endoarterite. Attorno a questi vasi si trovano, con una certa frequenza, infiltrazione linfoplasmacitarie e sclerosi periazzventuale.

Ricerca della spirocheta: negativa.

CASO 4<sup>o</sup> - Aut. 392. — Uomo di 70 anni.

*Diagnosi clinica.* — Carcinoma gastrico.

*Diagnosi anatomica.* — Aneurismi seciformi multipli dell'aorta su base probabilmente luetica (conferma istologica), aterosclerosi diffusa di medio grado, involuzione atrofica dei vari visceri, canero ulcerato della regione antrale, metastasi nodose multiple nel fegato, interessamento metastatico imponente delle linfoghiandole parapancreatiche con compromissione e atrofia del pancreas, cachessia, Ipertrofia prostatica semplice.

*Esame istologico della prostata.* — Processi infiltrativi flogistici della porzione ghiandolare e fibromuscolare, la flogosi interstiziale è discreta ed interessa solo zone limitate di tessuto, mentre la maggior parte dell'organo è risparmiata come appare dall'esame di numerosi preparati in serie.

Si hanno caratteri di netta circoscrizione, di cronicità essendo l'infiltrato costituito da linfociti, istiociti, grosse cellule binucleate, fibroblasti.

Mancano fatti di necrosi o caseosi. La disposizione di singoli noduli è perivascolare, indipendente, trovandosi in pieno tessuto muscolare; qua e là grossi aggregati flogistici attorno a lumi o sfondati ghiandolari. Nei lumi ghiandolari si notano frequenti metaplasie epiteliali, desquamazione abbondante di cellule, accumulo di granulociti e di secreto: numerosi corpi amilacei, zone di sclerosi interstiziale. Vasi normali.

Spirocheta: negativa la ricerca.

CASO 5<sup>o</sup> - Aut. 20451. — Uomo di 65 anni.

*Diagnosi clinica:* Angina Ludwig.

*Diagnosi anatomica.* — Enfisema polmonare di grado modesto, arteriosclerosi generalizzata, lue aortica e delle arteriole cerebrali, atrofia aterosclerotica (o da arteriopatia luetica?) renale, in reni congenitamente cistici, Ipertrofia del cuore sinistro, Esiti di tonsillite e peritonsillite sinistra, ascesso necrotico tonsillare sinistro, infiltrazione flemmonosa delle parti molli del collo, del mediastino, edema glottideo, Milza settica, Congestione dei visceri, Esiti di intervento chirurgico sottomascellare.

*Esame istologico della prostata.* — Fatti infiltrativi a carattere prevalentemente info-plasmocellulare, numerosi soltanto nella porzione stomatica. La flogosi è circoscritta in nodi di varia grandezza: frequentemente si ha disposizione attorno a vasi arteriosi e venosi. In altre parti si nota una diffusa infiltrazione interstiziale con i medesimi caratteri. Mancano negli infiltrati elementi polinucleari, mentre spesseggiano plasmacellule, istiociti, cellule ad ampio protoplasma.

Fatti infiltrativi si notano qua e là attorno a qualche tubulo ghiandolare che per altro appare sano.

Non si notano necrosi, nè ascessi da colliquazione. Vas ispessiti con note di endoperiarterite. Iperplasia dell'elastica interna. Estesi fatti di sclerosi interstiziale e prinodulare.

Ricerca della spirocheta : negativa.

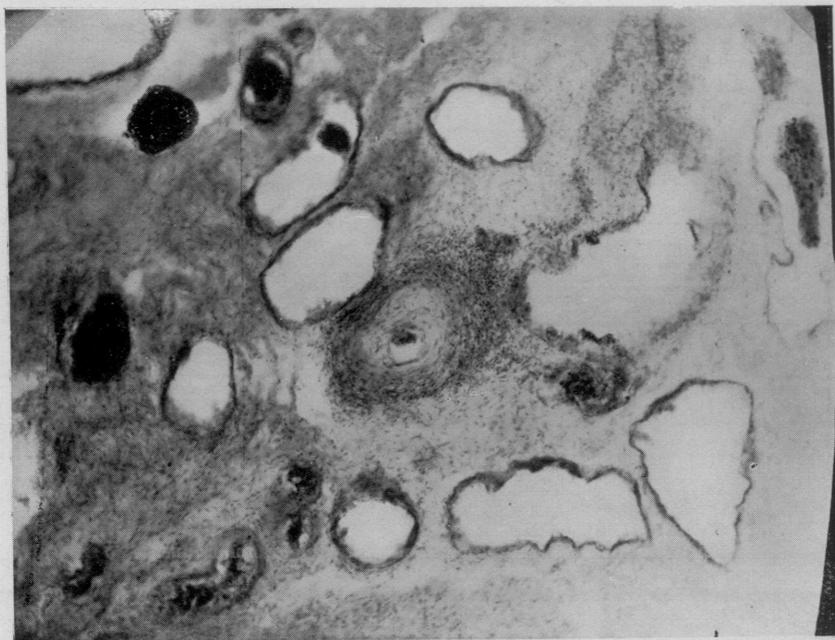


Fig. n. 4 — Endoperiarterite luetica, dotti ghiandolari sani.

CASO 6 — Aut. 20010. — Uomo di 73 anni.

*Diagnosi clinica.* — Aortite luetica.

*Diagnosi anatomica.* — Aortite luetica con insufficienza aortica di modico grado, arteriosclerosi di grado elevato dell'aorta e dei vasi periferici. Ipertrofia e sclerosi del miocardio. Reni arteriosclerosi. Enfisema senile. Fatti atrofici degenerativi e di stasi nel fegato. Prostata aumentata in toto di volume, dura, presenta noduli grigio rosei rilevati sulla superficie di taglio, ugualmente distribuiti nei due lobuli. Questi sono ben circoscritti verso il tessuto circostante.

*Esame istologico della prostata.* — Si rinvencono minuti granulomi a sede esclusivamente perivasale : si tratta di piccoli manicotti di cellule, allungati o rotondeggianti, a seconda della sezione con cui è stato colpito il vaso, costituiti da plasmacellule e linfociti.

Nel tessuto muscolare si notano esiti sclerotici numerosi. I vasi presentano fatti distrofici dell'intima e del terzo interno della media, sclerosi periavventiziale. La porzione ghiandolare è normale per aspetto ed estensione. Ricerca della spirocheta : negativa.

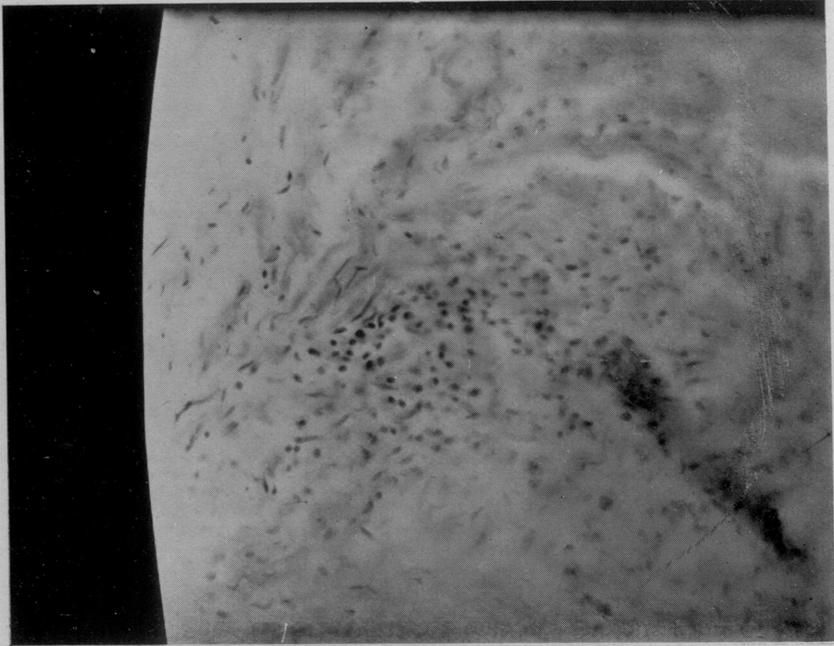


Fig. n. 5 — Aspetti cicatriziali in prostata con granulomi luetici.

### COMMENTO ALLA CASISTICA

Nel primo caso riportato la diagnosi istologica di lue ci sembra certa.

Nell'anamnesi del paziente figura soltanto una sifilide contratta a trent'anni, curata saltuariamente.

Una forma gonococcica si esclude, perchè questa malattia non fu mai contratta, e mancano inoltre istologicamente segni di flogosi ghiandolare che caratterizzano questa infezione.

Tra i processi granulomatosi a configurazione istopatologica simile è da prendersi in considerazione la tubercolosi, dato che questa malattia con una certa frequenza si localizza nella prostata.

Si dovrebbe trattare nel caso nostro di tubercolosi cosiddetta primitiva; il concetto di primitività è naturalmente molto discutibile, nel senso che il bacillo tubercolare oltrepassi una determinata barriera (respiratoria, mucosa, cutanea, ecc.),

senza lasciare traccia, localizzandosi primitivamente in un dato organo interno, ove inizia la serie delle alterazioni.

Seguendo i concetti della nostra scuola noi riteniamo che è molto difficile che il bacillo tubercolare arrivi in organi interni, quali: prostata, milza, ecc. senza provocare delle alterazioni nel punto di ingresso.

Nella quasi totalità dei casi, si trovano sempre esiti di processi patologici, di solito a carico dell'apparato respiratorio, che permettono di stabilire dove l'infezione tubercolare si è per prima impiantata.

Nel nostro caso un esame accurato, macro e microscopico dell'apparato respiratorio e delle linfoghiandole ilari e mediastiniche, ci ha permesso di escludere alterazioni del genere. Nessuna importanza invece può avere la mancata dimostrazione di bacilli tubercolari nelle sezioni istologiche, perchè questi sono difficilmente reperibili nei vecchi tubercolosi.

Le tonsille sclerotiche presentavano qua e là centri di flogosi cronica banale per nulla caratteristici. Del resto ci consta che il paziente aveva sofferto in vita di tonsilliti acute banali, che avevano poi dato origine alla otite media bilaterale, causa a sua volta della meningite streptococcica.

Gli esiti fibrosi della periviscerite destra crediamo metterli in rapporto alla flogosi tifoappendicolare, di cui il paziente aveva sofferto.

L'aspetto microscopico delle lesioni ci indirizza anche verso la diagnosi di lue più che di tubercolosi.

La disposizione prevalentemente perivasale dei granulomi, le alterazioni dei vasi, la nessuna tendenza dei noduli più grossi alla necrosi, o alla caseosi, anzi la manifesta evoluzione fibrosa di essi denunciata dalla prevalenza in alcuni stadi di fibroblasti, la sclerosi interstiziale diffusa sono elementi che, assommati al dato anamnestico, ci indirizzano verso la diagnosi di lue.

Nè può avere importanza la mancata dimostrazione di spirochete nel granuloma, perchè il loro reperto nelle alterazioni terziarie è eccezionale.

Una localizzazione tubercolare della prostata avrebbe prodotto un ingrandimento dell'organo, per inevitabili fatti di caseosi e colliquazione proprii di questa malattia.

È pur vero che anche nella prostatite luetica, stando ai dati riportati nella letteratura clinica, può aversi ingran-

dimento e colliquazione unica o multipla dell'organo, ma i caratteri istologici sono verosimilmente differenti, avvicinandosi a quelli delle lesioni gommose ormai note, di altri visceri.

È interessante nel nostro caso che la prostata era l'unica localizzazione, insospettata, della lue di cui soffriva il paziente: infatti in nessun altro viscere furono dimostrate alterazioni sifilitiche.

L'aspetto macroscopico era quello di una prostata senile ridotta di volume, dura, con qualche nodulo saliente sulla superficie di taglio, che faceva pensare a piccoli adenomi.

L'esame istologico dava invece spiegazione di questa apparenza, dovuta agli stessi fatti di sclerosi, alla riduzione della porzione ghiandolare, alla formazione di microgomme.

Il nostro caso, somiglia a quello di WARTHIN, già ricordato qui sopra in cui la prostata ed i testicoli erano microscopicamente normali per volume e per aspetto; anche istologicamente il quadro è uguale.

Nell'osservazione di WARTHIN la sifilide prostatica era una tra le tante localizzazioni che si avevano negli altri visceri.

\* \* \*

Nel secondo caso siamo di fronte a lesioni luetiche molto estese dell'albero circolatorio.

Macroscopicamente la prostata sembrava di volume e d'aspetto normale relativamente anche all'età del soggetto. Istologicamente invece si è riscontrata una flogosi a carattere cronico in verità poco estesa e forse per questo non condizionante un ingrandimento dell'organo.

Le lesioni somigliano molto a quelle descritte da STARRY ALLEN nel suo caso di sifilide prostatica, che deve ritenersi sicuro, perchè furono dimostrate spirochete.

Si trattava infatti di una flogosi granulomatosa in vario stadio, dalla gomma miliare minuta a quella di più antica data, senza cellule giganti, alcune in via di cicatrizzazione.

Questi stadi figurano nella nostra seconda osservazione in cui la mancanza di alterazioni ghiandolari, gli estesi fatti di endo e periarterite presenti anche nelle zone di sclerosi, l'evoluzione altamente sclerosante dei granulomi, sembrano

valorizzare la quasi sicura eziologia luetica di questa prostatite cronica, anche con reperto negativo di spirochete.

Che non si tratti di una prostatite cronica gonococcica, lo dimostra molto bene il caso numero tre, in cui furono notati accanto a zone di sclerosi e di infiammazione interstiziale, chiari segni di flogosi ghiandolare cronica diffusa.

Si deve notare peraltro che questo terzo caso offre a considerare una eventuale sovrapposizione luetica, dato che qua e là furono notati ispessimenti vasali, alcuni con manifeste note di endarterite, sclerosi periaivventiziale ed infiltrazioni a manicotto linfoplasmocitarie, caratteri che non sono certo tipici per le prostatiti croniche aspecifiche.

Abbiamo riferito nella letteratura osservazioni accurate che dimostrano la possibile coesistenza di infezione gonococcica e luetica nello stesso soggetto, in cui la guarigione si ottenne associando una energica terapia antiluetica. Una eventuale eziologia tubercolare, per gli esiti fibro adesivi bilaterali di pleurite, va scartata perchè tutto il quadro istologico sarebbe eccezionale per una forma del genere.

Nel quarto caso le alterazioni riscontrate sono indubbiamente di natura flogistica cronica, non luetica. Infatti l'aspetto è di una tipica prostatite, ad inizio quasi sicuramente ghiandolare con successiva propagazione all'interstizio.

Nulla possiamo dire sulla sua eziologia.

\* \* \*

Il caso quinto ci dimostra un soggetto con note di lue vascolare abbastanza estesa dell'aorta, delle arterie cerebrali, e dei reni.

Uguali alterazioni vascolari si sono riscontrate nella prostata ove i caratteri cronici della flogosi, la frequente circoscrizione attorno ai vasi, la mancanza di alterazioni ghiandolari, e la sclerosi diffusa dell'interstizio depongono per un processo di natura luetica.

\* \* \*

Nel caso sesto la prostata aumentata di volume e consistenza aveva l'aspetto di una delle solite ipertrofie adenomatose. In verità l'esame istologico ci ha dimostrato una estesa

flogosi a carattere cronico, rappresentata da granulomi in vario stadio, e da fatti di sclerosi interstiziale.

Le alterazioni vasali sono poco bene interpretabili, per fatti distrofici sovrapposti, molto cospicui. L'ispessimento dell'avventizia non è però peculiare delle forme aterosclerotiche.

Il complesso delle manifestazioni è uguale a quello dei casi 2 e 5, perciò pensiamo che si tratti anche qui di lesioni di tipo luetico terziario.

\* \* \*

Lo studio della nostra casistica, per quanto esiguo, ci sembra ugualmente interessante per alcune considerazioni di ordine generale.

In nessuno dei casi infatti che al tavolo anatomico presentavano chiare lesioni luetiche terziarie di altri visceri interni e soprattutto dell'aorta, ci fu possibile emettere diagnosi di lue prostatica; all'esame macroscopico, le prostate, anzi avevano apparenza normale e solo qualcuna sembrò più grossa che di norma raffigurandoci allora il tipo di lieve ipertrofia adenomatosa.

All'esame istologico, abbiamo invece trovato lesioni flogistiche croniche in cinque casi, di cui tre secondo noi sono di indubbia natura luetica.

Questa discordanza di aspetti macro-microscopici con apparenza di normalità dell'organo, può spiegarci la rarità dei reperti istologici, perchè è difficile che si vada ad esaminare un viscere che macroscopicamente sembra normale o anzi ristretto di volume, come nella osservazione di WARTHIM e nel caso primo nostro.

Noi crediamo però che la nozione della eccezionalità della localizzazione prostatica della lue, non abbia fatto meglio valutare in passato certe flogosi croniche, che vengono descritte come di natura aspecifica.

Si leggono infatti qua e là accenni ad alterazioni vasali a tipo più o meno nettamente periarteritico della prostata, con o senza compromissione dell'apparato ghiandolare, in cui il sospetto o almeno la discussione di una probabile eziologia luetica gonococcica, o luetica soltanto, è mancata, a questa ultima malattia come causa di processi granulomatosi anche della prostata, non si è mai pensato.

Del resto lo stesso WARTHIM, che ha esaminato un certo numero di prostate, si dichiara incerto nella classificazione di alcuni reperti che, secondo lui potrebbero essere l'esito di processi flogistici aspecifici.

Il caso successivo di STARRY ALLEN però, in cui si aveva una notevole ipertrofia pseudoadenomatosa ci dimostra che vi possono essere aspetti flogistici uguali a quelli rilevati da qualcuno in passato (senza cellule giganti), che sono di natura luetica.

Perciò la diagnosi istologica di lue non può dipendere dalla presenza o meno di elementi gigante cellulari nel granuloma e dalla dimostrazione obbligatoria di spirochete in questo (fatto già rilevato per le lesioni luetiche terziarie di altri visceri).

Si devono piuttosto valorizzare molti elementi, quali lesioni vasali caratteristiche, tipo dell'essudato, stadi differenti evolutivi dei granulomi, con tendenza alla sclerosi, eventuale presenza di spirochete nel tessuto (eccezionale), mancanza di lesioni ghiandolari, che però potrebbero coesistere, attesa anche la frequenza di infezioni miste luetiche gonococciche. È la valutazione del complessivo quadro istologico ed anatomo patologico, che in assenza del rarissimo reperto batteriologico, deve farci decidere per una affezione o per l'altra.

Del resto se si prescinde dall'infezione gonococcica, che di solito si propaga per via canalicolare e determina lesioni prevalentemente ghiandolari, le malattie capaci di dare processi granulomatosi della prostata, a carattere cronico evolutivo, sono la tubercolosi, la lebbra, l'actinomicosi e il granuloma maligno; forme morbose che a parte la eccezionalità di localizzazione (esclusa naturalmente la tbc.), si differenziano molto bene, in base a caratteristiche proprie.

La localizzazione treponemica nella prostata può essere anche relativamente precoce, infatti essa può aversi già dopo quattordici settimane dalla prima infezione (MACH DONNAGH).

Uno studio su casistica più vasta potrà chiarirci in avvenire la frequenza di localizzazione della lue nella prostata.

Queste prime nostre osservazioni documentano l'importanza soprattutto dello studio istologico della casistica, poichè macroscopicamente il viscere può essere di volume ed aspetto normale, come nel primo caso nostro ed in quello di WARTHIM. Saranno inoltre sospette anche quelle prostate grosse, dure, con abbondante sviluppo di connettivo e che ad un esame

macroscopico vengono ritenute come di natura fibro-adenomatosa.

L'importanza pratica di queste ricerche è ovvia: chi legge la casistica clinica più sopra riportata rileverà gli aspetti differenti con cui una sifilide prostatica può presentarsi ed i risultati brillanti che si ottengono dalla semplice terapia specifica.

È nostra impressione che, coll'allargarsi delle ricerche, la sifilide della prostata ci si presenterà con una frequenza maggiore che prima non sia stata sospettata.

### BIBLIOGRAFIA

- BRUNO G. — Un caso di sifilide della prostata. « Arch. Ital. di Urologia ». Vol. I, 1925.  
 CASTANO G. — Retencion de orina por goma resblandecido de la prostata. « Reviste de especialidades ». T. IV. 46. 1936.  
 CIMINO T. — Atti del III Congresso della Società Italiana di Urologia. Roma, 1925.  
 COHN TH. — Ueber Syphilis de Prostata. « Berlin Klin. Wochenschrift », 55 Jarh 11 Hallgahr. 1928.  
 COHN TH. — La Syphilis de la prostata. « Zeitsch. f. Urol. », XX, 6. 1926.  
 COMOLLI A. — Archivio Italiano di Urologia. — Vol. VII, fasc. II, 1931.  
 DEL BANCO E. — Dermat. Wochenschrift. — Vol. 76, pag. 515. 1923.  
 FERNANDEZ V. — Caso de sifilis prostatica. « Medicina iberica », 1921.  
 OLIVIERI GIACOMO. — Riforma medica. settembre 1932.  
 HENAS H. — The journal of Urology. — Vol. XV, pag. 411. 1926.  
 HESS E. — Syphilis de la prostata. « The urologic and cutaneous Review », Vol. VIII, n. 9, 1920.  
 HESSE H. — Ein Fall von Syphilis de Prostata. « Dermatologischen Wochenschrift ». Vol. 56, H. 25, 1913.  
 LUGUE T. M. — Prostata sifilitica. « Revista espanola de cirugia y urologia », Anno XI, n. 10.  
 MAC DONNACH E. R. — Britisch Med. journal 1922.  
 MONGUES P. — Syphiloma de la prostata. « Soc. Franc. di Urologia », 1922.  
 PAGLIAI E. — Dermosifilografo, 1934, maggio.  
 PICCINELLI e BISSI. — Revista Sud America de endocrinologia, 1931.  
 PINI G. — Archivio italiano di Dermatologia, sifilografia e venereologia, 1727.  
 RIBA L. W. — Syphilis of the prostata; report of case. « The American Journal of Syphilis », Vol. XII, 1928.  
 SALLERAS J. — Semana medica. — Buenos Aires, 1925.  
 STARRY ALLEN. — American Journal Syphilis. — Ottobre 1924.  
 UBIRICH J. — Rev. Ass. Med. Argent., 1915.  
 WARTHIM S. H. — A case of syphilis of the prostate. « The American Journal of Syphilis », 1921.



