

R. UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA

# ANNUARIO

DELL'ANNO SCOLASTICO

1914-15



SESTRI PONENTE  
TIPOGRAFIA N. L. BRUZZONE  
1915

M. B. - Altra copia in F. 14/25

RELAZIONE DEL RETTORE

Prof. Gr. Uff. EDOARDO MARAGLIANO

SENATORE DEL REGNO

*per l'anno accademico 1914-915*

---

DISCORSO INAUGURALE

LA LEPPA IN ITALIA E LA NECESSITÀ DI PROVVEDIMENTI PROFILATTICI PER COMBATTERLA

LETTO PER LA SOLENNE INAUGURAZIONE DEGLI STUDI

DAL CHIARISSIMO Prof. Dott. Cav. AUGUSTO DUCREY

I NOVEMBRE MCMXIV

---



Gentili Signore e Signori, Colleghi illustri, Giovani carissimi,

Nel giorno della solenne apertura di un nuovo anno accademico, che in tutte le Università del Regno è giorno di festa perchè segna la ripresa, in ogni campo dello sconfinato scibile umano, di quel paziente, incessante, spesso febbrile lavoro che — sulla via illimitata del progresso — maestri e discepoli accomuna nella soluzione di problemi tuttora controversi e nella ricerca e nella conquista di nuovi veri, il discorso inaugurale dovrebbe essere preferibilmente pronunziato da un oratore, principe della parola, che per natura di studi e vastità di coltura potesse brillantemente e poderosamente assurgere alla trattazione di argomenti di generale sapere filosofico che a tanta solennità si addicesse, dando quel supremo godimento allo spirito, cui l'uditorio eletto avrebbe diritto.

Malgrado codesta considerazione, alla Facoltà Medica che designò me questa volta all'onore del grave compito, modesto cultore di una branca speciale della Medicina, io non osai declinare l'incarico, pensando che, la vostra benevolenza sorreggendomi, pur rimanendo nella sfera che mi è propria, io avrei potuto forse toccare qualche argomento, non dilettevole pur troppo, ma non privo nemmeno di generale interesse quando esso si collegasse a problemi d'indole sociale.

Fra questi argomenti, eliminatene subito, per molteplici ragioni di facile intuizione, alcuni male addicentisi alla natura dell'uditorio, che ne avrebbe reso troppo scabrosa la trattazione, ne prescelsi uno che ha carattere d'attualità e dolorosamente interessa anche in modo speciale la Liguria nostra.

Molti forse fra Voi che vivono lontani dal campo medico, all'annuncio del tema prescelto: « La lepra in Italia e la necessità di provvedimenti profilattici per combatterla » si saranno con sorpresa domandato: ma esiste tuttora la lepra? Ed esiste tuttora lepra in Italia? Si riparlerebbe ancora una volta di questa terribile malattia, la cui origine si perde nella notte dei tempi preistorici e di cui ciascuno ha sentito a parlare come di uno dei più grandi e vecchi flagelli dell'umanità, ma come di cosa lontana, di cosa che fu e della quale, come di un mito, non resta che il pauroso ricordo dalla storia o magari dalla leggenda trasmessoci?

Pur troppo la lepra che è una delle malattie più anticamente conosciute e descritte, della quale si trovano notizie nella storia del popolo ebraico e nei libri di Mosè, dopo di aver percorso la superficie della terra, seguendo i grandi movimenti dei popoli, accendendo talvolta epidemie spaventose, attraverso le vicissitudini più varie nei paesi che sotto i nomi più diversi andò visitando e devastando, non mai si spense affatto; ma, endemica o sporadica, si conserva tuttora, più o meno attivamente, in quasi tutti i paesi dell'uno e dell'altro emisfero; così che, anche ai dì nostri, il numero dei leprosi, sparsi in tutto il mondo, impossibile certo ad essere equamente valutato, in base a dati statistici, con grandi difficoltà e molto insufficientemente raccolti, si presume raggiunga il milione o lo superi e forse anche di molto.

Dall'Egitto o, prima ancora, dall'Asia Centrale e più specialmente dall'Arabia e dall'India, dove la triste malattia avrebbe avuto la sua prima origine, dalle fertili e popolose vallate del

Nilo e del Gange essa si diffuse trovando nel popolo ebraico una delle principali vie di propagazione. Vi contribuirono grandemente i Fenicii, intrepidi naviganti che, pel loro commercio e per i loro traffici penetrando dappertutto, trapiantarono la malattia nel Mediterraneo dapprima (sulle coste Africane, nel Marocco, in Algeria, in Tunisia, in Tripolitania) e nell'Atlantico più tardi, infettando le isole Britanniche e la Scandinavia.

In Europa, senza che possa esserne con precisione stabilita l'epoca, forse a mezzo delle armate di Alessandro il Grande o piuttosto a mezzo di quelle di Dario e di suo figlio Serse o anteriormente ancora, la Grecia sembra essere stato il primo paese affetto ed i Greci poi anch'essi, con le loro escursioni navali e le loro colonizzazioni, contribuirono alla ulteriore diffusione della malattia. In Italia essa fu introdotta, pare, dalla legione di Pompeo nel suo ritorno dalla Siria e dall'Egitto e di una seconda importazione per opera delle armate imperiali, ben maggiore della precedente, continuamente alimentata dall'immenso numero di schiavi che affluivano a Roma, ci fu lasciata descrizione esatta da Celso (de re Medica) nel primo secolo dopo Cristo. Furono poi invase la Lombardia e la Spagna, probabilmente in seguito al trasporto di truppe romane e poi anche la Gallia e la Gran Bretagna, rimanendo così infetto tutto l'Occidente. Cominciava quivi la lepra a decrescere quando, nel medio evo, per le grandi spedizioni, cui fu dato il nome di crociate e pel moltiplicarsi perciò dei rapporti fra l'Oriente e l'Occidente, si determinò nuova e violenta riaccensione, dovuta a focolai d'importazione numerosi che ai precedenti si aggiunsero e agevolata dalle mutate condizioni di vita, dalle fatiche, dai disagi, dal manco d'igiene che quelle spedizioni necessariamente inducevano. La riaccensione fu così notevole e vasta che furono accusati allora i crociati di aver importato essi l'immane flagello in Europa, quando invece quel flagello, molti secoli prima, aveva già fatto la sua apparizione in Occidente. E furono invase in quel tempo anche le regioni meno popolate d'Europa, la Batavia, l'Islanda, la Russia. Per lo spazio di secoli, dal quinto al decimoquarto, il morbo ferale, a migliaia ed a migliaia, mietè vittime umane, di ogni età, di ogni sesso e di ogni condizione, nell'Europa centrale e sulle coste Mediterranee dell'Asia e dell'Africa.

È necessario a questo punto notare che per i sostenitori dell'origine antica della sifilide, che non è il caso qui di discutere, le gravi epidemie medioevali di lepra sarebbero dovute, almeno in parte, all'altra gravissima e mondiale infezione.

Sia comunque, contro tanto flagello cominciò a sentirsi il bisogno di misure di difesa sociale e, dato lo stato di civiltà di quei tempi, non è difficile intendere come esse abbiano avuto piuttosto carattere di persecuzione, talvolta selvaggia più che crudele: si ebbero esempi di leprosi lapidati, di donne leprose bruciate vive col proprio figliuolo! Già nel 643 il re lombardo Rotario, proibendo il matrimonio ai leprosi, privandoli del godimento dei loro beni, li condannava alla relegazione e li considerava civilmente morti e le prescrizioni rigorose del codice lombardo furono da Pepino il breve e da Carlomagno parimenti con severità applicate nel settimo ed ottavo secolo. Fin dal 460 gli annali ecclesiastici fanno menzione di speciali asili pel ricovero degli infelici infermi ed a misura che il flagello dilagava, questi asili - leprosari - si andavano in Europa moltiplicando e parrebbe che nel 1244, in tutta la cristianità, essi abbiano raggiunto la bella cifra di 19.000! Gli infermi vi erano rigorosamente relegati sotto la guida d'infermieri o di religiosi dell'ordine di S. Lazzaro, fondato da papa Damaso II nel 1048. La disciplina interna dei leprosari, luoghi di relegazione piuttosto che di cura, era varia secondo i paesi: d'ordinario erano divisi per sessi ed agli infermi erano richiesti voti di obbedienza, di povertà e di castità ed era loro proibito di varcarne il recinto od era loro eccezionalmente permesso di farlo, in alcune ore speciali, indossando una cappa con cappuccio, calzando guanti, agitando una tabella per avvisare della loro presenza le persone che avessero incontrato sul loro cammino. Severe sanzioni colpivano i trasgressori. Se non che bisogna pur ammettere che in alcuni leprosari la disciplina interna dovesse essere poco rigorosa per rendersi conto dei casi più volte occorsi di individui non leprosi che vi si fecero accogliere frodando, sino a rendere necessaria la promulgazione di pene severe per tali frodatori. Ed è noto che sotto l'influenza della Chiesa si giunse talora a considerare il leproso con sentimento di carità, anzi a guardarlo come un prediletto del Signore; divenne egli allora quasi venerabile e fu detto il malato di Dio.

Non mancarono leprosari comuni ai due sessi.

Nei luoghi dove non vi erano Ospizi destinati ai leprosi, questi vivevano in capanne lontane dall'abitato, innanzi alle porte delle quali vi era abitualmente piantata una croce in

legno, cui era attaccata una cassetta per le elemosine. Era loro permesso di allontanarsi solo per qualche ora e nella speciale rigorosa acconciatura dianzi accennata. Sul tetto della capanna con apposito cerimoniale, si gettava un pò di terra del camposanto, mentre il prete pronunciava la nota sentenza: *sit mortuus mundo, vivas iterum Deo*. Dopo la morte del leproso, la capanna era data in preda alle fiamme.

Indubbiamente già nel secolo ottavo, di leprosari non ne mancavano in Italia e si ha notizia di asili per la lepra che, pel numero sempre crescente di infermi, andarono gradatamente istituendosi in quasi tutte le maggiori città italiane ed anche in città minori, dove focolai notevoli della malattia lo richiedevano. « *In Italia-vero vix ulla est civitas, quae non aliquem locum leprosis destinatum haberet, ubi publicis elemosynis pauperes eo morbo tacti alerentur* », scrisse il Muratori, nelle sue antichità italiane del medio evo. Alcuni di quegli asili meriterebbero, per una ragione o l'altra, qualche cenno storico speciale. Limitandomi alla Liguria, rammenterò col Ferrari che in Genova « fin da tempo antico vi fu nel suburbio occidentale un ospedale « con Chiesa, dedicato a S. Lazzaro e destinato al ricovero dei leprosi. Tale edificio durò sino « alla caduta della Repubblica, poi venne convertito in dogana dello Stato ed in seguito fu « demolito. I raccoglitori di notizie antiche genovesi (Accinelli, Giscardi, Federici) ne riferiscono « l'origine al 1150 od al 1153 per cura di Siro, primo arcivescovo di Genova. Essi mostrano « di aver avuto sott'occhio l'archivio di S. Lazzaro, citandone alcuni nomi di rettori, alcune « antiche iscrizioni, dispute relative ai diritti ecclesiastici e ad una confraternita costituita per « gli infermi, ma non ci trasmettono nulla intorno al modo del loro governo. Inoltre trovasi che « nel 1576 erano gli infermi in numero di 13 e nel 1622 di 16. Verso il 1661 poi lo spedale « di S. Lazzaro venne dal governo della Repubblica dato ad amministrare al *Magistrato dei poveri*, « a cui successe la commissione dell' *Albergo dei poveri*. I citati raccoglitori e la *Descrizione* di « Genova, pubblicata nel 1849, in occasione del Congresso degli Scienziati, dicono ancora che « la Commissione dell'Albergo dei poveri si appropriò le rendite, assegnando a ciascuno infermo « di S. Lazzaro soldi di Genova 14 al giorno, pigliando possesso dei libri e delle scritture, di « guisa che dovrebbe tuttora conservarsi l'Archivio. Anzi si dice nella citata *Descrizione* che « nell'Albergo si conservava ancora nel 1849 una sezione d'infermi di malattie somiglianti alla « lepra — (in quell'anno in numero di 10) — con un bilancio apposito di lire quattromila.

« Uno spedale, con annessa chiesa dedicata a S. Lazzaro, esiste in Varazze, come ne fa « testimonianza la rubrica dello Statuto Municipale dell'anno 1288: *demorantibus apud sanctum « Lazarum*, dalla quale viene prescritto che i sindaci dell'opera pia siano tenuti a ricevere « *omnes leprosos et feminas Albingae*.

« S'ignora la data precisa di quando fu istituito per la prima volta un leprosario nella « città di S. Remo. Sembra tuttavia, stando alla tradizione, che ve ne sia stato uno in antico « alla marina ed affidato alle cure dei monaci di S. Antonio.

« Ventimiglia ebbe per i leprosi un ospedale annesso alla chiesa di S. Michele, fondata « dai conti di Ventimiglia ai quali « *on attribuait généralement le pouvoir de guérir le mal sous « le nom de feu de S. Antoine, comme on attribuait aux rois de France celui de guérir les « ecrouelles* ». Queste precise parole si leggono nell'antico Cimelio esistente nella Biblioteca « nazionale di Francia, pubblicato nel 1875 da Ludovico di Vanzelles ».

Alla fine del decimoquinto secolo, la lepra fu segnalata in America, dove andò acquistando notevole estensione, mentre cominciò a decrescere in Europa, dove per la durata di secoli le misure d'isolamento più severe erano state quasi universalmente applicate. Moltissimi leprosari furono allora soppressi o andarono trasformandosi in ordinari stabilimenti ospedalieri e precisamente nel 1490 l'ordine di S. Lazzaro in Italia fu riunito all'ordine di Malta.

Se non che la lepra, pur quasi abbandonando l'Europa, restò ancora abbastanza comune nelle parti settentrionali del nostro Continente (Norvegia, -Islanda, Danimarca), sulle coste del Baltico, nella penisola balcanica, sulle coste del Mar Nero e del mar Caspio e può dirsi che non abbia lasciato ancora completamente immune alcuna terra europea: focolai e casi più o meno numerosi si contano tuttodì anche in Germania, Austria, Francia, Spagna, Gran Bretagna, Russia, Italia.

Permane poi in maniera endemica sulle coste dell'Affrica e nelle isole vicine, nonché in alcuni paesi dell'interno, nell'Asia Minore, in Siria e Palestina, sul litorale e nelle isole del mar delle Indie e del mar della China, nelle isole dell'Arcipelago australiano, in alcuni stati dell'America del Nord, nell'America Centrale e Meridionale.

Anche in Italia dunque la lepra non fu mai completamente estinta. Ridotta in alcune contrade a focolai molto circoscritti od anche a casi pressochè isolati essa fu come dimenticata e ragioni molteplici contribuirono a far credere quasi universalmente alla sua completa scomparsa. Quando si consideri anzitutto che precisamente alla fine del decimoquinto secolo, allorchè la lepra decresceva in Europa, sotto forma epidemica un'altra malattia contagiosa gravissima, considerata nuova, proprio in Italia divampava, durante l'assedio di Napoli per mano di Carlo VIII e fra i tre eserciti combattenti, il francese, lo spagnuolo ed il napoletano si diffondeva, attirando naturalmente sopra di sè tutta l'attenzione e la preoccupazione di cui un fenomeno nuovo e grave è capace; e si consideri d'altro canto che i sintomi della nuova malattia, nelle manifestazioni più appariscenti di essa — sulla cute — (macchie, noduli, ulceri, mutilazioni) la facevano molto somigliante alla precedente, non si dura fatica a comprendere come le due malattie dovessero andare facilmente confuse, la prima in via di notevole scomparsa fosse conglobata nella seconda tumultuosamente invadente e di lepra non più si parlasse, ma invece di mal francese, mal spagnuolo o mal napoletano, triplice denominazione con la quale allora il nuovo e pur troppo ai di nostri durevole flagello fu battezzato, per riversarne l'un sull'altro, i tre eserciti, la poco ambita paternità e spiacevole responsabilità d'origine. Se la forma tegumentaria della lepra, ulcerata o meno, si presta assai alla confusione con le manifestazioni cutanee del mal francese (cui il nostro Fracastoro più tardi, dal protagonista Sifilo del suo originalissimo poema, trasse il nome di Sifilide subito universalmente accettato perchè eliminava ogni spiacevole ricordo di paternità), la forma nervosa di essa con i fatti di anestesia, di paresi, di atrofie muscolari, di necrosi, di disturbi trofici più vari si presta alla confusione con malattie nervose di natura più diversa, centrale o periferica. Ecco come la identificazione della lepra andò perdendosi e col non più parlarne e non più riconoscerla venne fuori il generale convincimento che da qualche secolo la lepra in Italia non più esistesse. Anche nei medici la cognizione della forma morbosa e del quadro clinico variabilissimo, cui essa può dar luogo, venne poco a poco illanguidendosi e l'errore diagnostico non soltanto nelle forme iniziali, atipiche o fruste si fece comunissimo, ma anche in quelle evidenti e conclamate. E ciò accade non soltanto perchè la diagnosi è talvolta difficile molto e richiederebbe per giungervi uno speciale occhio clinico che si acquista solo attraverso ripetute, metodiche, diligentissime osservazioni, ma soprattutto e forse principalmente perchè innanzi ad un infermo con lesioni cutanee o nervose non comuni, il medico, che quelle lesioni non ha forse mai visto, nella diagnosi differenziale cui trovasi costretto, non passa in rivista la lepra perchè ne ha dimenticato l'esistenza e non vi pensa nemmeno. Sta di fatto che non v'ha neurologo e soprattutto dermatologo che non abbia visto qualche leproso già ripetutamente osservato da altri sanitari e sottoposto alle cure più diverse, nel quale la giusta diagnosi non era stata fatta, nè lontanamente sospettata.

Quante e quali siano le regioni d'Italia ancora più o meno infestate dalla lepra e quale il numero complessivo dei leprosi attualmente esistenti nel nostro bel paese, siamo lontani dal poterlo affermare con qualche precisione. Ve n'ha un po' dappertutto, in Sicilia come in Sardegna, nell'Italia settentrionale, centrale e meridionale; ma con evidente prevalenza di alcune regioni su di altre: la Liguria nostra è spiacevolmente fra le maggiori.

Prima del 1911 mancava affatto una Statistica di leprosi in Italia e l'Ufficio di Statistica dello Stato aveva registrato semplicemente per alcuni anni i pochi infermi che erano stati accolti negli ospedali civili e quelli che vi erano morti, con le indicazioni bensì della regione di origine, ma senza alcuna speciale indicazione atta per lo meno a far rilevare e distinguere i casi di lepra endemica od autoctona da quelli nei quali la infezione fu contratta in terra straniera ed importata — giacchè fin da ora è bene far notare — anche dal punto di vista

della profilassi — che in Italia, oltre alla presenza di focolai endemici di lepra, rappresentanti i resti delle notevoli endemie preesistenti, non mancano casi di lepra così detta autoctona e sono assai numerosi quelli in persona di emigranti che hanno fatto ritorno in patria dopo di avere più o meno lungamente vissuto in paese estero, nel quale la lepra sia comune (nel Brasile a mo' d'esempio), presentando già nell'arrivare le manifestazioni cliniche della infezione contratta o mostrandole solo qualche tempo più tardi, atteso il periodo d'incubazione, anche molto lungo, che la malattia può avere.

Nel 1897, alla Conferenza internazionale per la lepra tenutasi in Berlino, il Pellizzari in uno speciale rapporto, mettendo insieme i risultati di ricerche di scrittori medici, anche esteri, precedentemente eseguite e soprattutto di Colleghi dermatologi italiani, fra i quali prima fra tutti il Ferrari che si era occupato più specialmente della Sicilia, potè affermare che le regioni nelle quali la lepra perdurava come malattia endemica in Italia erano la Sicilia e le piccole isole finitime, la Sardegna, il circondario di Comacchio, l'isola d'Elba, la riviera ligure di ponente, le Marche, le Puglie; ma erano stati segnalati casi autoctoni od importati anche in Basilicata, nelle Calabrie, negli Abruzzi, nel Veneto, in Piemonte. Nel 1904 il Mantegazza, al V° Congresso Dermatologico, che ebbe luogo parimenti a Berlino, aggiunse il risultato di ulteriori ricerche dei dermatologi nostri sulla distribuzione geografica della lepra in Italia, portando un personale contributo più specialmente sulla Sardegna. Nel 1911 finalmente le indagini statistiche e lo studio epidemiologico di apposita Commissione Ministeriale riaffermò la presenza della lepra in tutte le regioni d'Italia già note, constatando 212 casi di lepra in 34 provincie e 108 comuni, con prevalenza in Liguria, in Sicilia, in Sardegna e nelle Provincie di Bari e di Ferrara.

Nella Sicilia le provincie più infette risultano quelle di Siracusa e di Messina, con gli importanti focolai di Pachino e di Avola; ma sono stati constatati casi, in gran parte di origine locale, anche nelle provincie di Catania, Palermo, Trapani, Girgenti. In Sardegna, dove due anni fa vivevano esattamente una cinquantina di leprosi disseminati in ventitre comuni, sono notevoli soprattutto i focolai di Cabras, Terralba ed Oristano. In Provincia di Bari i focolai di Acquaviva ed Alberobello. In quella di Ferrara il focolaio di Comacchio.

In Liguria la malattia persiste allo stato endemico, peculiarmente nella riviera di ponente, per quanto la diffusione sia meno grave che nel tratto di riviera francese. Nella provincia di Genova si hanno casi endemici nei comuni di Garbuta, Gosseria, Finalmarina, Campoligure, Savona, Toirano e Varazze e casi importati in altri ben sette comuni. In Provincia di Portomaurizio sono stati segnalati tutti casi di origine locale ed i centri più infetti sono S. Remo, Taggia, Ventimiglia, Castellaro.

Casi parimenti autoctomi furono notati in Piemonte, nelle provincie di Alessandria, Cuneo e Torino; in Lombardia, nelle provincie di Milano e di Como; in Toscana, nelle provincie di Livorno e di Massa; nelle Puglie, in provincia di Foggia; nelle Calabrie, in provincia di Reggio e casi di origine esotica in alcune di queste provincie ed in altre ancora: provincie di Cremona, Mantova e Pavia in Lombardia; di Venezia, Rovigo e Treviso nel Veneto, di Reggio Emilia nell'Emilia; di Firenze, Lucca e Pisa in Toscana; di Campobasso nel Molise; di Salerno e Caserta nella Campania.

La Commissione Ministeriale medesima, confrontando i dati da essa raccolti con le notizie più o meno attendibili di ricerche anteriori, si sarebbe formato il convincimento esservi stato in questi ultimi tempi qualche lieve diminuzione nella Liguria occidentale, nel Veneto e nella Sicilia, aumento nelle provincie di Genova, di Bari e nella Sardegna.

Possiamo ora noi considerare questi ultimi dati statistici come assolutamente esatti?

Possiamo essere propri sicuri che accanto a 34 provincie dimostrate infette ne restano ben 35 tuttora completamente immuni? Possiamo ritenere, nella cifra dei 212 casi segnalati, contenuto tutto il numero reale dei leprosi esistenti oggi in Italia? Permettetemi che io ne dubiti forte e che, anche senza pessimismo, io giudichi che non possa esser data risposta affermativa alle interrogazioni che mi sono rivolte. La diffusione della malattia ed il numero degli infermi debbono essere ben maggiori di quanto è apparso. La Commissione, in seno della quale non mancavano dermatologi illustri, rappresentata da scienziati eminenti, ha dovuto

necessariamente, per la raccolta degli elementi statistici, almeno in gran parte, poggiarsi sulle risposte ottenute a speciale questionario rivolto alle autorità locali ed ai sanitari. E questi, anche col maggiore interessamento e buon volere della inchiesta loro affidata occupandosi, non potevano pervenire a risultati di qualche precisione per le grandi e molteplici difficoltà che vi si opponevano: prima fra tutte la difficoltà diagnostica, cui abbiamo già innanzi accennato, massima in alcune forme cliniche dell'afezione, che solo una speciale abitudine e finezza di osservazione può eliminare. Anche del resto in forme comuni che dovrebbero essere non difficilmente riconosciute, l'errore diagnostico è assai frequente: la confusione con dermatosi varie e con manifestazioni della sifilide quasi abituale. Così al Mazza che in un apposito questionario, alcuni anni fa, richiedeva in Sardegna notizie epidemiologiche della lepra in quel paese, fu risposto che a Sassari *la malattia non più si conosceva* e pochissimi erano i leprosi che si trovavano a Cagliari, mentre poi una ispezione, da lui e da un suo assistente personalmente fatta sul posto, dimostrò che non ne mancavano a Sassari ed erano assai numerosi a Cagliari. Si ha esempio di focolai di lepra di vecchia data solo molto tardivamente scoperti. Il focolaio segnalato non prima del 1886 dal Dr. Jaja nel paese di Alberobello che si erge su due colline dell'Appennino Pugliese, a circa 425 metri sul livello del mare, nel quale su di una popolazione di 5731 anime egli poté studiare ben 16 leprosi, era passato inosservato, sebbene con tutta probabilità si fosse originato nel secolo decimoquinto, quando Andrea Matteo Acquaviva della Casa di Conversano dette asilo in una selva di sua proprietà a gente di ogni provenienza, fra cui è lecito pensare vi fossero stati dei leprosi, che in quel tempo erano molto numerosi in Italia. Parimenti sconosciuto era rimasto sino al 1900 il piccolo focolaio nella provincia di Pesaro-Urbino scoperto in quell'anno dal Medico Provinciale Dott. Ungaro. Nel Piemonte fino a pochi anni addietro nessun caso era stato segnalato e quella regione d'Italia lungamente considerata immune.

Molte cause d'errore dunque possono aver reso insicura ed imprecisa nei suoi risultati anche l'ultima statistica. Ad intralciare la ricerca concorrono la studiata cura con la quale alcuni infermi cercano di tenersi occulti ed anche le denominazioni varie che alla lepra in tempi ed in luoghi diversi furono date, non sempre e non a tutti note quali denominazioni indicanti la stessa malattia. Per accennarne solo qualcuna rammenterò che la lepra fu detta anche *elefantiasi dei Greci* che non ha nulla a che vedere con la elefantiasi degli arabi o pachidermia e nulla a che vedere con la lepra dei Greci o lepra vulgaris che è la psoriasi comune; fu detta *vittiligo* che non ha nulla a che vedere con altra dermatosi cui il nome di vitiligo è oggi esclusivamente riservato; fu detta *mal di S. Antonio* o *fuoco di S. Antonio*, come abbiamo visto accennando ai conti di Ventimiglia, mentre con lo stesso nome va segnalata un'altra malattia di natura ben diversa, lo zoster. E se volessimo anche tener conto di qualche denominazione tutta locale e del volgo, dovremmo aggiungere che gli abitanti di Alberobello davano il nome di *mal ciuccigno* alla malattia che, riconosciuta per lepra dal Dr. Jaja, dai sanitari del posto pare fosse stata confusa precisamente con la elefantiasi degli arabi; ed a Comacchio essa era indicata col nome di *mal di formica* o *mal del fegato*.

Quale che sia il numero dei leprosi attualmente esistenti in Italia, per le ragioni sopra accennate indubbiamente maggiore di quello che la Statistica ufficiale ha potuto constatare, essi rappresentano, sparsi come sono dappertutto nella Penisola, con centri qua e là di focolai maggiori, un pericolo costante di diffusione della malattia. La storia ci insegna che, in un paese dove la lepra non è spenta, possono aversi inattesa e vistose riaccensioni; ma più spesso ancora essa può sembrare che resti inattiva, mentre con subdolo e lento lavoro d'infiltrazione prepara nuovi focolai, talora tardivamente riconosciuti. Accadde precisamente così in Liguria dopo l'abolizione di ogni misura profilattica: nella Riviera di Ponente, fra Genova e Nizza, la lepra andò riguadagnando terreno lentamente ma sicuramente, tanto che re Carlo Alberto riconobbe urgente la necessità d'instituire un leprosario, non essendovene più alcuno in quel tempo in Liguria e nel dicembre 1846 ne decretò la istituzione, destinando a dotazione di esso la rendita della così detta Commenda di Montenero che gli apparteneva ed alla quale, insufficiente alla bisogna, dispose fosse aggiunto il fondo degli annui sussidi

che l'Ordine Mauriziano era in obbligo di elargire ai leprosi. Ma, come pur troppo spesso accade, le cose andarono in lungo e il desiderio del re, malgrado egli avesse a tutto provveduto, forse per vicende politiche, non fu realizzato che dodici anni più tardi, quando il 17 Ottobre 1858, per decreto di re Vittorio Emanuele II che volle fosse data piena esecuzione alle disposizioni paterne, nell'ex convento di S. Niccola in S. Remo venne finalmente aperto il leprosario, il solo che in Italia risorgesse e che dal giorno di sua apertura al Giugno del 1882 accolse circa un centinaio di leprosi. Dal Giugno di quell'anno esso subì delle modificazioni, divenne sede dell'Ospedale Civile ed ai leprosi rimase soltanto una speciale infermeria intitolata al re Carlo Alberto, con la necessaria divisione per sessi e capace complessivamente di venti letti, con l'obbligo al Comune della loro manutenzione. Ma anche quella infermeria oggi può dirsi quasi affatto vuota. Nel momento in cui ho l'onore di parlarvi, non vi restano che quattro uomini ed una donna! S. Remo, incantevole cittadina, che può dirsi internazionale pel gran numero dei forestieri di ogni nazionalità che vi svernano, non vuol essere sede di leprosario e trova la maniera di non accogliervi infermi. Per i sanremesi fin troppo si parlò di leprosario a S. Remo!

Oltre che in Liguria, una maggior diffusione della lepra fu notata in Sardegna e nella Provincia di Bari, come fu sopra accennato.

E la lepra cresce e si diffonde perchè è malattia contagiosa e gli elementi del contagio in Italia, oltre che nei focolai residuali delle endemie pregresse, si trovano e si rinnovano negli individui che numerosi rimpatriano dopo di aver contratto la malattia, spesso anche ignorandolo, nei paesi dove essa è largamente endemica, facendosi inscientemente centro di nuovi possibili focolai.

Anche in Italia, come altrove, ciascun dermatologo ha il ricordo di compatrioti che egli ha riconosciuto leprosi al loro ritorno da paesi infetti, che più o meno lungamente abitarono. Questo che fu dimostrato accadere per le notevoli e sempre rinnovanti correnti migratorie nostre, soprattutto con le Americhe, dovrà naturalmente ripetersi per gli scambi, commerciali o militari che sieno, che diverranno sempre maggiori, con le nostre nuove colonie, nelle quali la lepra è comune.

La contagiosità della lepra, che dai tempi più remoti ai nostri, dalla massa del popolo, in tutti i paesi del mondo, fu assiomaticamente ammessa e portò naturalmente seco la paura del leproso e di tutto ciò cui tocca e la segregazione spietata di lui, quando sommosse popolari accaccate dal panico del contagio non si lasciarono trasportare anche a mezzi ben più selvaggi e sommari di difesa, questa contagiosità, che sarebbe sembrata indiscutibile innanzi al diffondersi della malattia, non fu parimenti sempre dai medici condivisa. Ammessa negli antichi tempi dai medici greci e dagli arabi, fu più tardi da moltissimi negata ed anzi nel secolo scorso da medici e leprologi più che mai illustri strenuamente combattuta. Dopo la scoperta dell'Hansen, nel 1873, di uno speciale bacillo, costante ed abbondantissimo, soprattutto in alcune produzioni leprose, la contagiosità fu quasi universalmente riammessa. Nella storia della Medicina il caso resta tutt'altro che isolato ed il buon senso del popolo, nel giusto apprezzamento dei fatti, fu molte volte precursore di scoperte scientifiche posteriori.

Numerose furono le argomentazioni degli anticontagionisti, principalissima fra esse l'affermazione pressochè unanime di dermatologi e leprologi, anche di gran fama, di non aver potuto mai constatare nei servizi ospedalieri, dove spesso i leprosi erano tenuti in infermerie comuni senza alcun riguardo e negli stessi leprosari, alcun caso veramente ben dimostrato di trasmissione della lepra per contagio; infermi delle malattie più varie (tubercolosi cutanee, scrofulodermi, cancro, sifilide), che per errori di diagnosi convivevano per anni in asili di leprosi, senza che avessero contratta perciò la lepra; infermieri rimasti immuni; donne di leprosi — esempio di fedeltà coniugale unico più che raro — le quali accompagnarono i loro mariti nei leprosari e vi vissero maritalmente per anni, senza ammalare; riuscendo financo a conservarsi sane — senza che per verità meritassero premio al loro cattivo gusto — donne che in leprosari, dopo la morte del loro primo marito leproso, ne sposarono un secondo ed un terzo ancora, tenendosi così esposte al contagio per venti o trent'anni consecutivi, quasi avessero voluto dar la prova provata della più assoluta non contagiosità della malattia.



Furono visti focolai notevoli di lepra progressivamente spegnersi, senza che fossero state insituite misure profilattiche di sorta alcuna.

E quasi tutto ciò non bastasse, fu argomento di gran valore per gli anticontagionisti il risultato negativo registrato in seguito a ripetuti tentativi di inoculazione di prodotto leproso, che qualche medico osò fare sopra sè medesimo o sopra infermi che ne dettero loro l'autorizzazione. Ben 37 inoculazioni di frammenti di tubercoli, di sangue e di pus di leprosi sarebbero rimaste inattive: fra i medici che osarono affrontare i pericoli del grave contagio, a titolo d'onore, mi sia permesso di rammentare i nomi del Profeta, illustre mio predecessore in questo Ateneo e del venerando Danielsen, leprologo fra i più eminenti. E con orgoglio mi sia lecito a questo punto di accennare che non soltanto in questa prova, a servizio della scienza e della umanità, i medici si offersero in sublime olocausto; ma lo esempio fu rinnovato ben più frequentemente di quanto si pensi. Furono parimenti tre medici e tutti e tre italiani, i Dottori Bargioni, Rosi e Passigli, che offersero sè medesimi alla inoculazione del sangue di una donna sifilitica per risolvere il quesito della presenza o meno del virus di quella infezione nel sangue circolante ed il primo di essi rimase vittima di tanta abnegazione. Sia gloria a questi valorosi, sommi campioni delle più alte idealità! Il risultato positivo che nelle isole Sandwich il Dr. Arning ottenne da una inoculazione di prodotto leproso eseguita al braccio di un condannato a morte, certo Kéann, che ebbe salva la vita a condizione di sottoporsi allo esperimento e nel quale due anni dopo l'infezione si sviluppò iniziandosi precisamente dal punto d'inoculazione subita, fu, dagli anticontagionisti soprattutto, dichiarato di nessun valore, perchè il Kéann apparteneva ad una famiglia dove la lepra era comune e viveva in un paese leproso.

Il convincimento della non contagiosità della malattia in qualche medico giunse sino a permettere che il domestico di casa fosse un leproso, al quale fossero per giunta affidati i propri figliuoli.

Nel periodo, diremo, anticontagionista ebbe credito la dottrina etiologica alimentare della lepra e la trasmissibilità della malattia per via esclusivamente ereditaria. Si disse in considerazione anche della grande frequenza della lepra sulle coste marittime, lungo i fiumi o intorno ai laghi, che ne fosse causa l'alimentazione con pesci salati e mal conservati ed in genere l'alimentazione insufficiente ed insana, anche con grassi e carne di porco o carni salate più o meno guasti oppure con frutta di alcune piante esotiche, come l'Araucaria Brasiliensis nel Brasile, la Dioscorea alata a Madera. E con la cattiva ed insufficiente alimentazione, furono tenuti in considerazione agenti etiologici i più vari, le condizioni climato-telluriche, la costituzione fisica del terreno, l'addensamento della popolazione, il manco di igiene, la miseria.

E la malattia, con ricerche genealogiche dimostranti che in alcune famiglie essa si ripeteva di generazione in generazione, fu creduta trasmissibile solamente o quasi per eredità e si andò fino all'atavismo e si affermò da qualche leprologo che la malattia sia speciale di alcune razze, l'ebraica in peculiar modo, mentre sarebbero in certa guisa refrattarie altre, quale ad es. la razza nera Africana.

Un crollo a queste teorie ed a queste ipotesi, alcune delle quali assolutamente fantastiche, fu dato dall'Hansen con la scoperta del bacillo specifico che porta il suo nome: la contagiosità della lepra, alla quale le masse popolari di ogni paese aveva sempre ciecamente creduto, si riaffermò su base scientifica e la più gran parte degli anticontagionisti cedette le armi, pur rimanendone un manipolo, cui malgrado la scoperta del bacillo che era venuta ad aggiungersi alle prove cliniche di trasmissibilità della malattia per contatto, non parve fosse stata raggiunta ancora la prova scientifica assoluta e completa della contagiosità di essa. In questo manipolo primeggia la figura di Virchow che al Congresso di Berlino del 1897, volendo rimanere nel campo della più rigorosa sperimentazione, disse non potersi elevare a dogma la contagiosità della lepra prima del giorno nel quale si fosse ottenuta la coltura artificiale del bacillo e la riproduzione della malattia in seguito alla inoculazione della coltura stessa.

La constatazione frattanto della natura bacillare e specifica della malattia spiega agevolmente come essa, al pari di altra malattia bacillare e specifica — la tubercolosi — possa trovarsi in ogni paese, in ogni clima, in soggetti di ogni razza, di ogni età, di ogni sesso, con le abitudini di vita e di alimentazione più varie. A determinare l'insorgenza della malattia il fatto necessario è uno solo: la penetrazione nell'organismo umano dell'elemento specifico che trovi

però in esso le condizioni opportune allo attecchimento ed allo sviluppo. Ed è così che la lepra, se si trova con frequenza sui littorali o sulle sponde di laghi o lungo i fiumi, non manca nell'interno dei paesi, nelle pianure come sui monti; prende gli ebrei come i cristiani, la razza bianca come la nera e se naturalmente abbonda nei poveri — che disgraziatamente sono anche i più numerosi — non è infrequente nella media borghesia e non è rara fra i ricchi. Il Babes è giunto ad affermare che in Rumenia tutte le classi della popolazione sono affette in uguali proporzioni. Certo vi ha esempio di lepra in personaggi appartenenti alla più alta aristocrazia del sangue e della finanza e teste coronate non furono rispettate: la regina Teresa d'Aragona fu leprosa anch'essa.

La trasmissibilità per contagio della lepra, dimostratasi malattia bacillare, ben spiega i frequenti, pur troppo, casi di emigrati (manovali, contadini, mercatanti, suore, missionari) che ritornano in patria, alle dolcezze del focolare domestico lungamente sospirato od in seno alle comunità loro, dopo innumerevoli stenti, con la soddisfazione del dovere compiuto, ma anche con la triste infezione raccolta nelle terre infide alle quali, forse per lunghi anni, largirono i tesori delle loro energie e della loro attività. Rende agevole anche la interpretazione della insorgenza di nuovi focolai della malattia dove precedentemente non mai la si era vista; del perpetuarsi di vecchi focolai e soprattutto del riaccendersi e del dilagare di una endemia locale che sembrava più o meno spenta — come attraverso i secoli si è più volte constatato — con una rapidità ed intensità di ripresa che la dottrina un tempo preminente della trasmissione esclusivamente ereditaria della malattia non sarebbe riuscita in alcuna guisa a spiegare.

I casi negativi di contagio in soggetti lungamente ed anche intimamente coabitanti con leprosi che gli anticontagionisti hanno con tanta insistenza messi in luce, numerosi tanto da farli considerare come abituali, epperò sufficienti a dimostrare la non contagiosità della malattia, perdono ogni valore innanzi ai positivi, molto meno numerosi ma ben sufficienti a dimostrare perentoriamente il contrario. Qualche medico, alcune suore, qualche frate, una direttrice di leprosario, alcune lavandaie divennero leprosi, prestando le loro cure ad infermi di lepra o lavandone le bende e la biancheria.

E si noti che non si ebbero solamente esempi di contagio di persone sane e con gentilizio immune, le quali ebbero rapporti con leprosi in paesi dove la lepra è comune; ma furono sorpresi casi ben evidenti di contagio in Italia, del pari che in altri paesi non leprosi, fra reduci da contrade esotiche infette o con lepra autoctona e persone di loro famiglia od altre, con essi abitualmente conviventi, che non si allontanarono mai dalla terra nativa: ne furono segnalati, in maniera che non ammette dubbio, con le più circostanziate condizioni di fatto, nel Napolitano, in Lombardia, in Piemonte, in Liguria. Forse ogni dermatologo è al caso di produrre qualche osservazione in proposito che gli appartiene. Il fatto è degno di nota perchè infirma la distinzione che nella lepra, dal punto di vista della contagiosità, si è insistentemente da taluni voluta, affermando che mentre essa ha indubbiamente potere contagioso nelle contrade dove infierisce sotto forma endemica, dimostra invece di aver profondamente modificato la sua virulenza dove non è più endemica, tanto da doversi considerare incapace di trasmettersi per contagio.

Il più delle volte la ricerca nella filiazione del contagio è ardua se non impossibile, tenendo presente che fra il momento in cui il contagio ebbe luogo e quello in cui la malattia si dichiara può decorrere un tempo notevolissimo, anche di qualche anno e le prime manifestazioni di essa possono essere tenuissime e non di raro conservarsi per lungo tempo molto difficilmente apprezzabili. Non parrebbe che il periodo di incubazione propriamente detto possa essere così lungo, ma per la lepra — come fu dimostrato per altre malattie infettive — non è escluso che si possa essere portatori del bacillo senza ammalare ed il bacillo attecchire poi ed iniziare il suo periodo di attività infettiva per mutate condizioni bio-chimiche od altre del terreno sul quale fu deposto. Una infezione non può svilupparsi nell'organismo se non trova in esso il terreno recettivo e questo può esserlo o divenirlo per condizioni molteplici che non sempre ci sono ben note. Così nella lepra, malgrado l'immenso materiale di osservazione e gli studi indefessi e profondi di dermatologi e leprologi di ogni paese, alcuni dei quali con abnegazione da apostoli hanno trascorsa buona parte della loro vita fra i leprosi per lo studio e la cura di essi e malgrado le ricerche numerosissime e le indagini etiologiche di

speciali Commissioni mediche a tale scopo dai rispettivi governi dall'Europa inviate nelle contrade ove largamente ed abitualmente il detestabile flagello infierisce, bisogna pur troppo confessare che le vere e precise condizioni nelle quali il contagio si accende restano tuttora quasi affatto sconosciute. E sorprende non poco la constatazione concorde della immunità della quale par che godano moltissimi, i quali, nella prolungata convivenza con leprosi si conservano sani, pur trascurando ogni norma più elementare d'igiene e di profilassi in un ambiente saturo di bacilli che, nella lepra tegumentaria, a milioni vi si diffondono dalle numerose specifiche infiltrazioni delle mucose e della cute, spesso largamente ulcerate. Ignote affatto sono a noi le condizioni che realizzano questa che potrebbe sembrare una vera immunità. Oscura è anche la via che il contagio più abitualmente segue nell'assalto all'organismo sano: è sembrato spesso che l'infezione s'iniziasse sulla mucosa schneideriana, talvolta dalle vie digerenti o dalle prime vie respiratorie, tal'altra dalla cute dei piedi in soggetti che non fanno uso di calzature, lasciando pensare in quest'ultimo caso a diffusione per la via del terreno variamente inquinato da prodotti leprosi. E moltiplicando le ipotesi e lasciandosi guidare da fatti bene accertati per le altre infezioni, fu pensato alla possibilità di contagio a mezzo di insetti che lo trasportassero e lo inoculassero (zanzare, mosche, cimici, acari della scabbia, simulidi) e non sono mancati studi e ricerche sperimentali in proposito, che non hanno dato finora risultati probatori. Né alcun vero progresso sui problemi concernenti le vie di trasmissione del contagio leproso fu segnato dalla dimostrazione che alcuni ricercatori hanno data di una malattia analoga alla lepra umana, dalla quale possono trovarsi affetti alcuni animali e specialmente ratti e pesci.

In attesa di luce che rischiarerà tutti questi punti oscuri della etiologia della lepra, noi ora si può soltanto affermare che essa è malattia indubbiamente contagiosa, da persona a persona, qualunque sia il modo — diretto o mediato — con cui il contagio si trasmette.

Il terrore che ha sempre ispirato la lepra nelle masse popolari è naturale conseguenza di tre fattori: il convincimento profondo della contagiosità di essa, portato sino alla più fantasiosa esagerazione; la inguaribilità sua; lo strazio spaventoso che essa può fare dell'organismo umano quando ne abbia preso pieno possesso. Chi abbia visitato un leprosario, popolato da infermi numerosi, alcuni dei quali già da molti anni in preda al lavoro d'inesorabile e progressiva devastazione delle loro membra e dei loro organi, accecati, mutilati, paralitici, ricoperti da luride ulcerazioni ed impiagamenti, spesso afoni o con voce rauca e come in preda a stupore, pressochè inebetiti, quasi più non serbando resti di effigie umana, non dimenticherà mai il quadro orrendo e pietoso che gli si offerse alla vista e che per buona ventura alcun'altra malattia al mondo è capace di realizzare.

Ma è necessario subito dichiarare che se la lepra è capace di tanta devastazione, essa può vedersi in forma molto più attenuata, quasi abortiva, con sintomi ridotti nella intensità e nel numero fino a renderla irrisconoscibile e molti leprosi anche da qualche decennio affetti si conservano in condizioni di salute discreta.

I tentativi innumerevoli di cura, più varia, seguiti sopra tutto nella ricerca di un farmaco o di un sussidio terapeutico che avesse valore specifico contro la gravissima infezione, riuscirono sino ai di nostri infruttuosi affatto. Dimostratisi inefficaci quasi tutti i farmaci di cui la farmacopea disponga, variamente e ripetutamente saggiati, fu tentata, senza risultati di reale importanza, la sieroterapia in tutte le modalità di una sua applicazione che fossero compatibili con la difficoltà e l'insicurezza di ottenere colture pure del bacillo leproso su terreni nutritivi artificiali. E fu anche proposta la opoterapia e non fu dimenticata la fisico-terapia, con le applicazioni idriche, semplici o mediate, di luce e di elettricità. Anche il radio e la radioterapia furono usate e quest'ultima talora con qualche vantaggio.

Uno solo fra i farmaci merita veramente speciale menzione, l'olio di Chaoulmoogra che si ricava dalla Gynocardia odorata e dal quale si ottiene l'acido ginocardico, meglio tollerato dell'olio, ma anche meno efficace. Quando quel farmaco possa essere molto lungamente — per la durata di anni — e ad alte dosi somministrato, con perfetta tolleranza delle vie digerenti, ciò che non è comune, o con formola modificata, a mezzo d'iniezioni intramuscolari,

meglio ancora sull'inizio della malattia e l'infermo possa trapiantarsi in clima salubre e godere di una buona igiene e di sana ed appropriata alimentazione, i vantaggi della cura possono essere evidenti ed anche notevolissimi. Al pari di altri dermatologi ho potuto così ottenere, in infermi propri, remissioni della malattia per 10, 12, 15 anni ed anche 20, con attenuazione graduale dei sintomi, sino a far credere ad una quasi-guarigione. Una mia inferma fra questi, dell'isola d'Elba, giovane contadina e robusta, che non mai si era allontanata dal suo paese natio, con gentilizio immune, che rappresentava perciò uno di quegli esempi di lepra autoctona, da contagio oscuro ed inesplicabile, con manifestazioni eritematose e nodose del volto ed arti in pieno sviluppo, sulle quali è inutile dire con quanta sorpresa e dolore dell'inferma e della famiglia io feci diagnosi clinica e microscopica di lepra, dopo circa sei anni di cura raggiunse una quasi guarigione. Accolta ed operata per fibroma della matrice in una Clinica Chirurgica Universitaria del Regno, ne uscì guarita, senza che alcuno — anche fra i sanitari, compreso l'operatore — avesse non che riconosciuta, ma solo sospettata la lepra, di cui la paziente naturalmente non aveva tenuto parola con chicchesia. Ma questi casi rappresentano pur troppo rare eccezioni e la malattia d'ordinario, sia pure con qualche periodo anche lungo di remissione, segue il suo cammino fatalmente progressivo verso l'esito letale.

La presenza bene assicurata di numerosi piccoli focolai endemici di lepra in Italia; l'aggiungersi continuo ad essi di nuovi casi importati dai nostri emigrati; l'aumento necessario di questi ultimi, per i rapporti di commercio e militari con le nostre nuove colonie; la contagiosità innegabile della malattia; la gravezza e la inguaribilità sua; la constatazione non dubbia di una cresciuta, per quanto limitata diffusione di essa in Italia; lo esempio dei risultati ottenuti dalla istituzione di mezzi di difesa sociale che valsero in ogni tempo a limitare, ridurre e financo a spegnere quasi affatto numerose ed anche vaste endemie costituiscono un insieme di fatti che, mentre da un lato non permette più oltre di far considerare la lepra in Italia un elemento trascurabile, impone il dovere di opporsi risolutamente ad ogni sua maggiore diffusione, combatterla e possibilmente spegnerla del tutto.

Già in altri paesi d'Europa che erano nelle condizioni nostre, con alcuni piccoli focolai endemici e casi d'importazione più o meno numerosi, fu sentito il bisogno in questi ultimi tempi di gettare l'allarme sui pericoli di una maggiore diffusione della lepra e di reclamare la istituzione di provvedimenti profilattici contro di essa. Così in Francia, in Svizzera, in Germania, nella quale ultima sin dal 1897, dopo la Conferenza Internazionale di Berlino di quell'anno, misure profilattiche severissime furono decretate ed imposte.

Quando si voglia andare diritti allo scopo, senza alcun'altra considerazione oltre quella di raggiungerlo ad ogni costo il più completamente e sollecitamente possibile, s'intende da se che i mezzi di difesa sociale contro la più gran parte se non tutte le infezioni debbano poggiare su due capisaldi: la denuncia obbligatoria di tutti gli infetti e lo isolamento parimenti obbligatorio di essi. E così precisamente fu decretato in Germania per la lepra, e vi si aggiunse anche il divieto assoluto ad ogni leproso di penetrare in territorio tedesco, principalmente dal lato della Russia, donde si giudicò abbia dovuto trarre origine il contagio che accese nella Prussia orientale il piccolo focolaio di Memel allora scoperto e che fu causa precipua della preoccupazione delle autorità tedesche e dei provvedimenti presi.

Se non che misure profilattiche così radicali, a base di denuncia ed isolamento obbligatori, se possono essere perfettamente giustificate e ragionevolmente imposte nelle infezioni acute, nelle quali possono in brevissimo tempo accendersi gravi ed estese epidemie, non può dirsi che lo sieno parimenti nelle infezioni a decorso cronico, nelle quali l'applicazione loro urta contro difficoltà di ogni natura e le rende spesso irrealizzabili.

Nello stabilire le norme di profilassi e di polizia sanitaria, il legislatore non può seguire un concetto unico, ma ogni infezione deve essere considerata nella sua speciale epidemiologia, che fornisce gli elementi di apprezzamenti sulla utilità e legittimità delle misure profilattiche.

Nè può essere dimenticato che ai di nostri, tranne che dinanzi a pericoli imminenti e gravi di epidemie estensive, le misure di profilassi eminentemente restrittive della libertà personale non sono più possibili; contro di esse si levano insofferenti popolo e legislatore.



Chi penserebbe mai a rendere obbligatori denuncia ed isolamento nella sifilide, contro la quale del resto tali severe misure profilattiche, associate ad una cura attiva e ben diretta, potrebbero essere limitate ad un periodo di tempo bensì lungo, ma non certo estendersi a tutta la durata della vita, come dovrebbe esser abitualmente nella lepra? Chi può avere dimenticato il senso di sollievo che si provò tutti in Italia quando un legislatore di senno e di cuore aprì le porte di quelle prigioni che si dicevano sifilicomii, nelle quali, senza alcun reale vantaggio sociale, si compieva ufficialmente tutti i giorni il più grave scempio della dignità umana?

Chi mai penserebbe ad imporre denuncia ed isolamento obbligatori contro la tubercolosi che si dimostra indubbiamente più contagiosa della lepra, incomparabilmente più frequente ed in tutti i paesi fonte veramente inesauribile di mortalità e di miseria?

Io giudico che per la lepra in Italia, mentre non debba più oltre durare il nikilismo profilattico che attualmente si deplora, debbono essere reclamate disposizioni statali che realizzino una sufficiente difesa sociale, senza esagerazioni reazionarie, non giustificate dal grado del pericolo che ci sovrasta.

Certo non può essere più oltre tollerato lo spettacolo che oggidi non raramente si ripete di leprosi che per difficoltà burocratiche insormontabili e per regolamenti ospedalieri talvolta inumani ed assurdi, non riuscendo a farsi accogliere in alcun luogo di cura, si trascinano per le vie portando in giro le loro miserie o si nascondono in tugurii dove la insufficiente ed impropria alimentazione, l'assenza di ogni più elementare igiene, le privazioni e lo sconforto, mentre offrono alla malattia terreno sempre più propizio al suo progredire, fanno di quegli infelici un centro d'infezione sempre maggiormente pericoloso. La mancanza di ogni provvedimento legislativo, concernente la profilassi contro la lepra, rese possibile, in un paese della Toscana, il caso, che resterà memorabile, di un farmacista ridotto per lepra nelle condizioni di salute più miserevoli, cieco già d'un occhio e quasi dell'altro, ischeletrito, con ulcerazioni della bocca e sulla cute che lo rendevano ripugnante, il quale, in una retro-bottega, continuava ciò malgrado a preparar farmaci ed a spedir ricette, senza che l'autorità sanitaria e prefettizia, alle quali erano stati più volte d'urgenza richiesti provvedimenti, fossero mai riuscite a trovarne alcuno. Dopo anni quell'infermo fu inviato alla R. Clinica Dermosifilopatica di Pisa da me diretta in quel tempo perchè io sentenziassi se egli fosse veramente affetto da lepra! E si sarebbe certamente tuttora alla ricerca di un provvedimento per lui, se la morte, troppo tardivamente benefica, non fosse venuta a chiudere per sempre questo triste episodio, che parrebbe inverosimile e si direbbe comico, se non fosse stato invece profondamente grave e pietoso.

Nello insieme delle misure profilattiche a prendere contro la lepra:

a) sarebbe necessario che a speciali Commissioni, delle quali facciano parte dermatologi di notoria competenza, fosse attribuito lo incarico, in tutte le regioni d'Italia, d'iniziare e di condurre pazientemente a termine, nel più breve tempo possibile, una rigorosa e minuta inchiesta, diretta a stabilire se oltre i focolai di lepra già noti ne esistano altri che sieno sfuggiti alle ricerche precedenti, più sommariamente seguite.

b) su tutti i focolai endemici di lepra che sieno stati constatati, dovrebbe essere esercitata da parte delle Autorità Sanitarie una rigorosa e costante vigilanza, tenendosi al corrente dello stato degli infermi, delle condizioni igieniche loro e delle persone che li circondano e che ne prendono cura; agevolando ogni mezzo di terapia e di soccorsi; dando tutte quelle istruzioni e quei consigli di profilassi che la malattia richiede; insistendo negli infermi di lepra tegumentaria sulla necessità di medicazioni occlusive delle superficie ulcerate, quando ve ne sieno; di non sputare sul suolo, quando si abbiano localizzazioni orali o delle vie del respiro; di far la disinfezione della biancheria ed in particolar modo delle bende che abbiano servito per le fasciature e dei fazzoletti da naso per la quasi abituale sede di lesioni nella mucosa schneideriana.

c) su tutti i piroscafi che trasportano emigranti in patria od altre persone da contrade dove la malattia è endemica, dovrebbero il medico Commissario, che più frequentemente è un medico della R. Marina ed il medico di bordo assicurarsi se vi sieno infermi di lepra ed in tal caso farne denuncia al Prefetto del porto di sbarco e questi alle Autorità Sanitarie del paese dove l'infermo va a stabilirsi per le opportune norme igieniche e profilattiche delle quali si è testè fatto cenno.

d) a tutti gli infermi poveri e soprattutto ai più pericolosi per la diffusione del contagio (lepra tegumentaria ulcerata), dovrebbe essere consigliato il ricovero e la cura in Ospedale, ed in ogni caso dovrebbe questo essere con grandissima facilità e gratuitamente accordato a tutti quelli che ne facessero richiesta.

E dovrebbero essere istituite apposite sale ospedaliere o meglio appositi padiglioni, da annettersi alle diverse Cliniche Dermosifilopatiche del Regno, dove gli infermi, mentre avrebbero la opportunità di fruire di tutti i mezzi di terapia che possono, l'un l'altro coadiuvandosi, dare i migliori risultati contro la infezione, fornirebbero d'altro canto prezioso materiale di osservazione e di studio clinico ed anche di esperimento per nuovi tentativi di cura. I giovani studenti apprenderebbero a conoscere la lepra in tutte le sue più varie modalità cliniche, dalle più comuni alle più rare ed alle più difficilmente diagnosticabili ed i medici del domani, con questo corredo di cognizioni che ai loro predecessori non fu dato di acquistare, disseminati in tutta Italia, là dove saranno chiamati a spendere l'opera benefica del loro sublime ministero, diverrebbero i più fattivi e preziosi elementi nella lotta sociale contro la triste malattia.

Naturalmente le apposite sale o padiglioni ospedalieri, non dissimili da tutti gli altri per malattie comuni, non dovrebbero prendere il nome di leprosari, come fu abolito quello di sifilicomio ed i leprosi, che si vedrebbero considerati non altrimenti che gli infermi comuni, non sentirebbero più pesare su di sé angosciosamente quel sentimento di generale profonda repugnanza e disprezzo dal quale furono sempre ingiustamente circondati, quasi che la malattia, di cui non hanno alcuna colpa, avesse fatto loro perdere il diritto alla dignità umana: sentimento angoscioso di disprezzo che ha sempre indotto i leprosi di ogni tempo a nascondersi con ogni cura nella più profonda umiliazione, quasi a sopprimersi. Questo che rappresenterebbe un progresso di civiltà, sarebbe anche un gran passo dato sulla via della profilassi.

e) l'obbligo da farsi ai sanitari di disporre per le debite disinfezioni della casa quando il leproso cambia abitazione;

f) la proibizione ad esso, quando ne sia il caso, di esercitare alcuni mestieri o professioni maggiormente atte a disseminare il contagio;

g) il consiglio di far possibilmente allevare i figliuoli fuori dell'ambiente infetto della casa, dovrebbero completare lo insieme delle disposizioni profilattiche che a me parrebbero per momento le più opportune e le meno difficili ad ottenersi.

E qui fo punto, nella speranza che il Governo, cui la salute pubblica dei cittadini non dovrebbe essere l'ultimo dei suoi pensieri, ascolti la voce che da qualche anno dai dermatologi si leva insistente sulla necessità di provvedimenti di difesa contro la lepra in Italia e noi non rimanessimo ultima fra le nazioni civili che questa necessità abbiano compresa e ad essa abbiano provveduto.

I dermatologi d'Italia, mi è doveroso ricordarlo, malgrado i mezzi inadeguati di cui dispongono, con le loro ricerche ed i loro studi sulla lepra, hanno largamente contribuito a dimostrare ancora una volta in quale altissima considerazione debba essere tenuta la Medicina italiana. Dopo la scoperta dell'Hansen, due argomenti della maggiore importanza nello studio di questa infezione hanno affaticato gli scienziati di ogni paese: la possibilità o meno di ottenere il bacillo specifico in coltura pura e la possibilità o meno della trasmissione della malattia agli animali con la inoculazione delle colture stesse, desiderando raggiungere così quella rigorosa dimostrazione scientifica della contagiosità della lepra che la clinica aveva luminosamente dimostrata. L'uno e l'altro quesito ebbero contribuzioni preziose di dermatologi italiani. E mi è grato qui rammentare il nome di altro mio predecessore, quello dell'illustre Prof. Campagna, che è nome caro a Genova. Egli ottenne per il primo su terreno anaerobio la coltura del bacillo leproso, che io ebbi la soddisfazione di confermare poco più tardi, contribuendo così, sin dal Congresso Dermatologico di Vienna del 1892 dove ebbi l'onore di presentarla, a diffonderne la conoscenza e farne base dei successivi esperimenti d'inoculazione agli animali.

Queste cose mi son permesso di rammentare non per un senso di vanagloria, ma perchè sia noto che il nome di Genova — pel suo Ateneo — resterà legato ad uno dei più importanti periodi storici degli studi sulla lepra.

Nel gravissimo momento internazionale che attraversiamo, nel quale — come trasognati e sgomenti — noi assistiamo allo spettacolo selvaggio tutti i giorni desolantemente rinnovantesi di violazione di ogni diritto e di stragi spaventose di vite umane, quello spettacolo ci appare come la più crudele irrisione alla diuturna opera nostra, che al letto degli infermi e nei laboratorii, attraverso fatiche ed abnegazioni ininterrotte, costantemente si riassume nella ricerca ansiosa di ogni mezzo atto a salvare la vita preziosa dell'uomo, sia singolarmente con la cura diretta dell'infermo, sia collettivamente con provvedimenti di profilassi sociale. Nondimeno, anche sugli sterminati campi di battaglia, ci conforta il vedere quanto possa riuscire benefica l'opera nostra ed una considerazione sempre maggiormente ci sorregge: cesserà questo turbine di follia, cesseranno le stragi che tanto vuoto e tante desolazioni indussero, ma vivrà nei secoli eternamente consolatrice l'opera del medico, la più umana e la più sublime fra tutte.

Ed ora, giovani carissimi, permettete che io rivolga una parola più specialmente a voi.

In qualunque campo di studi si svolgerà l'attività vostra, date ad essi tutto l'entusiasmo e l'energia che dell'età vostra sono il tesoro, considerando che solo la scienza è la fonte delle maggiori e più vere soddisfazioni della vita e nelle applicazioni — in ogni ramo della multiforme attività umana — dei suoi meravigliosi trovati che tutti i giorni si moltiplicano stupefacendo il mondo, nelle manifatture, nelle industrie, nell'agricoltura, nei commerci essa è fonte inesauribile di pubblica ricchezza e può dirsi maestra e donna dell'economia nazionale.

E nei vostri studi abbiate larghe concezioni e stabilite largamente e solidamente le basi della vostra coltura. Per l'immensità del campo che anche ogni singolo ramo del sapere ha raggiunto, molti fra voi, col vivo desiderio di eccellere e di portare sempre maggiore e più sicuro incremento alla scienza, sentiranno il bisogno di circoscrivere più tardi la loro speciale attività in una particella sola del vasto campo e scrutandola e rinvangandola cercare e spesso trovarvi la chiave che apra la via a nuovi progressi e nuove conquiste.

Questa necessaria divisione del lavoro, senza di che ogni perfezione in esso ed ogni progresso diventerebbero pressochè impossibili, con brutta parola fu detta *specializzazione* e spesso accusata di poter riuscire dannosa piuttosto che utile alla scienza. Già fin dal secolo scorso Federico Schiller, lamentando il soverchio sminuzzarsi della scienza e della industria umana, scriveva: « Sempre condannato a non avere che un frammento dell'insieme, l'uomo « finisce per non essere egli stesso che un frammento. Avendo sempre nell'orecchio il solo « monotono rumore della ruota che egli gira, non è più in grado di percepire l'armonia delle « cose ed in luogo di esprimere in sè stesso l'umanità intera egli non è che un riflesso del « proprio lavoro e della propria scienza ». L'accusa non è giusta. La divisione del lavoro quando sia preceduta ed accompagnata dalla conoscenza profonda delle leggi che debbono essere a base del lavoro comune e segue il generale movimento, non può significare separazione e distacco del proprio lavoro dal lavoro degli altri. Chiunque non gira automaticamente la sua ruota, ma con intelletto d'amore la segue nel suo movimento e cerca di perfezionarne il meccanismo, dopo di aver ben studiato ed appreso l'ingranaggio generale del complesso organismo di cui essa fa parte, non può compiere opera da solitario o che possa riuscire disarmonica. Egli fa certamente opera di progresso.

Nell'arduo cammino che vi si schiude d'innanzi immensa è la responsabilità vostra, giovani carissimi, perchè immenso è il tesoro che le generazioni precedenti faticosamente andarono raccogliendo e vi affidarono. Questo tesoro voi lo accrescerete e nel vostro lavoro vi sarà guida sicura, benevola, costante quella dei vostri Maestri: stringetevi con amore intorno ad essi, serbandone naturalmente integra la indipendenza del vostro carattere, del vostro giudizio, dei vostri apprezzamenti ed uno solo sia il culto che vi appassioni, quello, altissimo e purissimo della scienza; una la meta delle vostre aspirazioni, la gloria del vostro Ateneo!

RETTORI  
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI GENOVA  
dall'anno 1849

TORTI GIOVANNI, dal 5 febbraio 1849 alla sua morte (15 febbraio 1852).

ISNARDI P. LORENZO, dal 23 gennaio 1853 al 18 dicembre 1863.

DE NOTARIS Prof. GIUSEPPE, dal 1.º gennaio 1864 al 31 ottobre 1865.

TARDY Prof. PLACIDO, dal 1.º novembre 1865 al 31 ottobre 1868.

CAVERI Prof. ANTONIO, dal 1.º novembre 1868, alla sua morte (23 febbraio 1870).

CABELLA Prof. CESARE, dal 19 aprile 1870 al 31 ottobre 1878.

TARDY Prof. PLACIDO, pred., dal 1.º novembre 1878 al 31 ottobre 1881.

SECONDI Prof. RICCARDO, dal 1.º novembre 1881 al 31 ottobre 1893.

PONSIGLIONI Prof. ANTONIO, dal 1.º novembre 1893 al 31 ottobre 1896.

LACHI Prof. PILADE, dal 1.º novembre 1896 al 31 ottobre 1898.

MORERA Prof. GIACINTO, dal 1.º novembre 1898 al 15 dicembre 1900.

PONSIGLIONI Prof. ANTONIO, pred., dal 10 gennaio 1901 al 31 gennaio 1903.

BARRILI Prof. ANTON GIULIO, dal 1.º febbraio 1903 al 31 ottobre 1904.

PARONA Prof. CORRADO, dal 1.º novembre 1904 al 31 ottobre 1905.

ROSSELLO Prof. ADOLFO FRANCESCO, dal 1.º novembre 1905 al 31 ottobre 1907.

MARAGLIANO Prof. EDOARDO, dal 1.º novembre 1907.