

Definizione

Si intendono per malattie veneree le affezioni che colpiscono i genitali esterni sia maschili che femminili e che si trasmettono specificatamente per contagio sessuale. Questa definizione, forse troppo categorica, è ormai modificata con quella più comune di «malattie dei genitali esterni» o meglio «malattia la cui prima manifestazione è localizzata nei genitali esterni» poiché sia la sifilide che la blenorragia sono, in realtà, entità patologiche che spesso interessano l'intero organismo.

In accordo con la legge, comunque, si considerano malattie veneree le seguenti affezioni: blenorragia, sifilide, ulcera molle e linfogranuloma inguinale.

Per queste affezioni esiste da parte del medico l'obbligo di denuncia, ma si ritiene che sol tanto il 20-30% di tutti i casi siano denunciati e che la morbilità reale sia molto più elevata.

La blenorragia o gonorrea è causata dal gonococco di Neisser, batterio gram-, si contrae quasi sempre per contatto sessuale: la localizzazione, che si evidenzia dopo 2-7 giorni dal contagio, è all'uretra sotto forma di infiammazione acuta che in seguito può cronicizzarsi.

Si distinguono un'uretrite anteriore ed una posteriore: l'anteriore è la più frequente e si evidenzia con prurito, bruciore e arrossamento della parte più un'essudazione giallo-biancastra simile crema.

Se non curata si espande all'uretra posteriore con perdita di sangue con l'urina, dolore e bruciore durante e dopo la minzione; nella donna colpisce anche la porzione più esterna dell'utero che appare arrossata ed erosa. Le complicanze, per fortuna, sono abbastanza rare. Riguardo alla terapia, dopo aver conosciuto l'agente etiologico, si impiegano antibiotici, quali la penicillina e le tetracicline, con ottimi risultati.

Sono infine da ricordare le sempre più numerose **uretriti**, causate per contagio sessuale e non, dovute ad altri batteri più comuni quali lo stafilococco e lo streptococco, ma anche a virus o a miceti (funghi). Queste forme spesso sono mal diagnosticate o mal curate per la loro sintomatologia meno acuta, mentre ogni volta che ci si trova davanti ad un caso di uretrite è necessario fare accurati esami per poter praticare un'adeguata terapia.

La sifilide è ancora lontana da avere solo interesse storico, si distingue in sifilide congenita e sifilide acquisita. La forma acquisita, della quale ci occuperemo, è a sua volta divisa in 4 stadi: i primi due sono di interesse prevalentemente dermatologico, gli altri, per le lesioni ad organi interni che portano, interessano più di un campo della medicina.

L'agente etiologico è il *Treponema pallidum*, una spirocheta, che è trasmissibile per contagio diretto, sessuale o per trasfusione, e raramente indiretto (stoviglie ed oggetti), data la scarsa resistenza del *Treponema* in ambiente esterno.

Il primo stadio è rappresentato dal sifiloma e dalla linfoadenite satellite: il sifiloma è un nodulo rotondeggiante, di color rosso carne con una erosione al centro, duro, gemente siero e soprattutto indolente, per cui spesso i pazienti si rivolgono al medico quando la malattia è già in forma più avanzata; compare dopo 7-25 giorni dal contagio agli organi genitali e talvolta alle labbra e al cavo orale e scompare da solo dopo 2 o 3 settimane.

Il secondo stadio, detto anche della generalizzazione, è caratterizzato da esantemi e dal possibile interessamento di organi interni. Gli esantemi sono manifestazioni cutanee simili a quelle delle malattie infettive infantili; nel caso della sifilide consistono in eruzioni a forma di

macchie tondeggianti, piccole, rosee e non confluenti (rosolia sifilitica) o in eruzioni papulo-roseo-ramee, rilevate, non confluenti che, specie alle mani e ai piedi, possono erodersi secernendo un liquido fetido ricco di Treponemi e perciò altamente contagioso. Queste forme spesso coesistono e possono interessare anche le mucose.

La sifilide tardiva o terziaria si manifesta dopo molti anni di latenza con lesioni a carico delle cute e delle mucose (sifilodermi terziari) e di organi interni (gomme sifilitiche) fino ad interessare il sistema nervoso centrale nella cosiddetta

neurosifilide

quadrilatera

(tabe dorsale, paralisi progressiva); forme gravissime che, con l'avvento della terapia antibiotica, sono per fortuna sempre più rare.

La diagnosi e la terapia della sifilide hanno raggiunto oggi un grado di perfezionamento molto elevato: da una parte esami di laboratorio quali il test di Nelson e il test di immunofluorescenza garantiscono una specifica diagnosi che la famosa reazione di Wassermann non assicurava; dall'altra i cicli periodici di penicillina (a tutt'oggi non sono noti ceppi di Treponemi resistenti) permettono una prognosi più ottimistica che disstrugge l'antica convinzione di «incurabilità» della sifilide.

Un discorso più difficile è quello della profilassi; quella diretta è impossibile per omissioni o limitate denunce da parte dei medici, indirizzi falsi e difficile isolamento dei pazienti; le uniche armi in grado di dare un certo risultato si sono rilevate l'educazione igienica nelle scuole, case ecc. e la profilassi individuale. Le precauzioni individuali sono rappresentate dall'uso di profilattici e pomate a base di antibiotici nell'uomo, e da lavande vaginali antisettiche e sempre pomate a base di antibiotici nella donna.

In casi di contatto con individui infetti è consigliabile un trattamento profilattico e un certo periodo di incubazione. Queste misure preventive diventano obbligatorie nella donna in caso di gravidanza poiché il Treponema è trasmissibile per via placentare al feto (sifilide congenita).

Due parole infine **sull'ulcera molle o venerea** e sul **linfogranuloma inguinale**: si tratta di due entità oggi ormai rare, l'ulcera molle grazie all'avvento degli antibiotici e il linfogranuloma inguinale essendo una affezione quasi del tutto assente nel continente europeo.

LUCA GIOMI

pubblicazione del 1982