

BIBLIOTECA  
LANCISIANA



# Riforma Medica

Anno XIII.

Estratto — Luglio 1897



Istituto antirabico di Napoli (annesso alla 2.<sup>a</sup> Clin. Med. della R. Univ.)  
diretto dal Prof. Cardarelli

## CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLA RABBIA PARALITICA NELL' UOMO

NOTA CLINICA

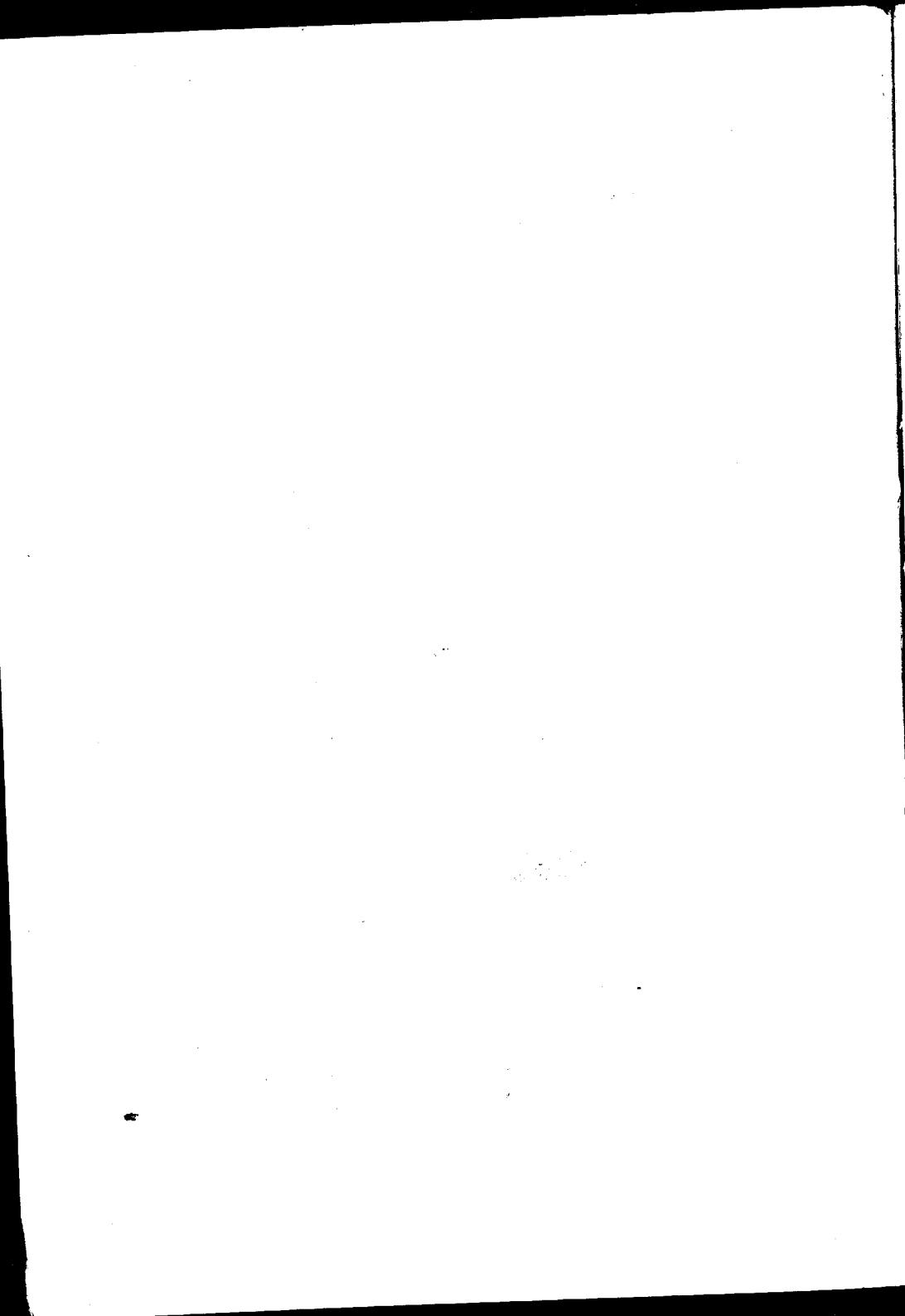
del

Dott. Alfonso Calabrese

Prof. paregg. di Patol. spec. med. dimostrativa  
e preparatore della 2.<sup>a</sup> Clinica medica nella R. Università di Napoli



NAPOLI  
Tipografia del Giornale  
*Salita Pontecorvo, 60*  
1897



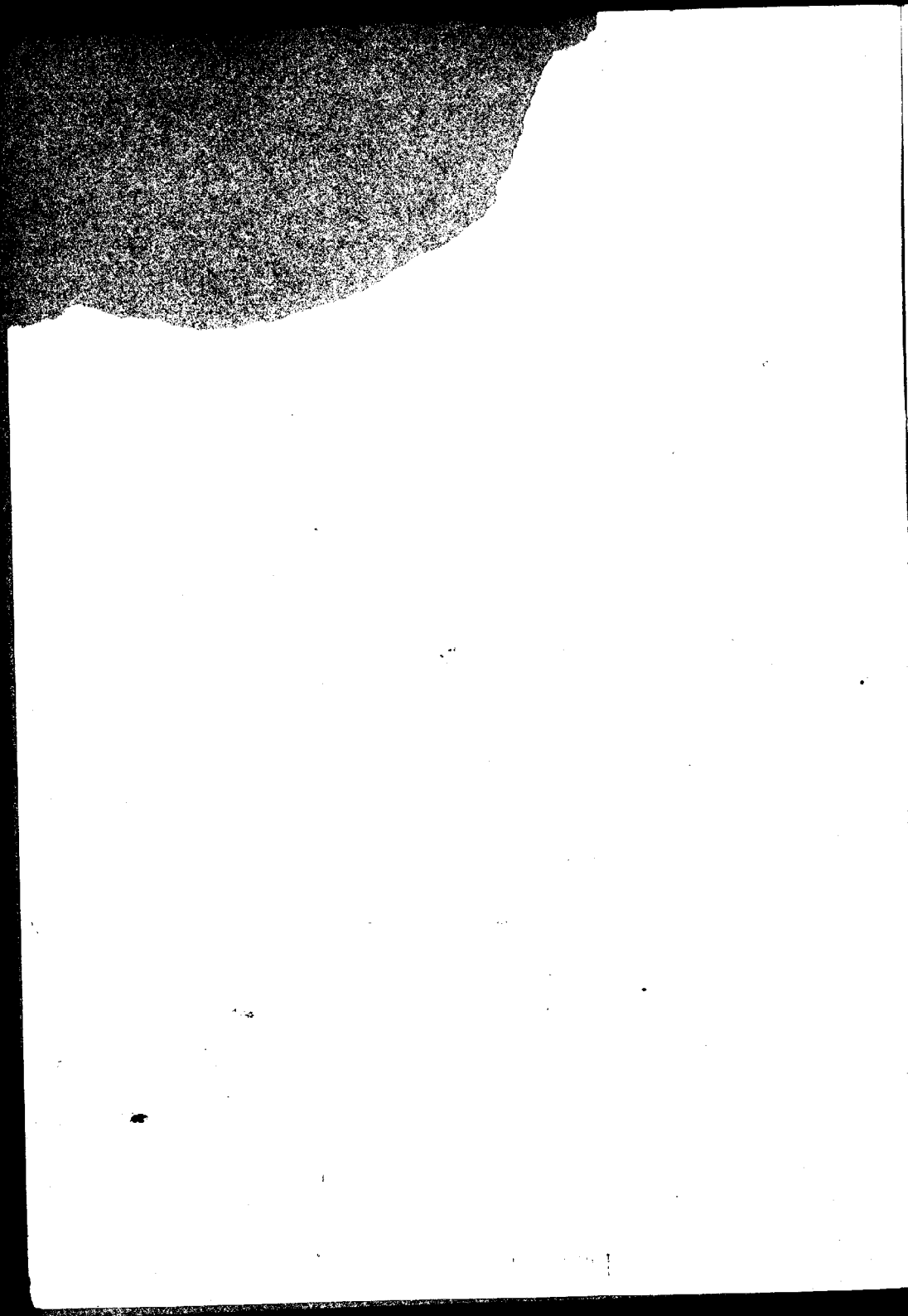


**CONTRIBUTO ALLO**  
**STUDIO DELLA RABBIA PARALITICA NELL' UOMO**

Nota clinica del dott. Alfonso Calabrese

Prof. paregg. di Patol. spec. med. dimostrativa  
e preparatore della 2.<sup>a</sup> Clinica medica nella R. Università di Napoli





.....

Credo degno di pubblicazione un caso di rabbia paralitica, osservato in questo anno, sia perchè questa forma di rabbia è abbastanza rara a riscontrarsi, sia perchè si verificò in soggetto, non sottoposto affatto alla cura P a s t e u r, e sia perchè il quadro morboso offrì delle particolarità interessanti, che mi porgono l'opportunità di fare alcune considerazioni circa la patogenesi e la forma clinica della malattia.

Prima di esporre però la storia clinica dell'inferma, piacemi riferire concisamente lo stato attuale delle nostre conoscenze circa quella forma morbosa, affinchè poi si possano meglio apprezzare le particolarità del caso in esame.

Chi legge il capitolo della rabbia nei manuali di patologia di alcuni anni fa — anche nei due grandi dizionari francesi — facilmente si convince che mentre di quella malattia è oscura l'etiologia, è incerta l'anatomia patologica, ed è infruttuosa la cura, al contrario la forma clinica è sempre ben definita, costante, chiara e tipica.

Si trova da tutti quegli autori ripetuto che la rabbia nell' uomo percorre i noti tre periodi:

- 1° dei prodromi o periodo melanconico ;
- 2° dell'irritazione o idrofobico;
- 3° stadio paralitico.

A proposito di questo ultimo periodo, tutti concordemente affermavano essere sempre di corta durata. Brouardel (1) per es. dice che è raro che sorpassa qualche ora. Böllinger (2) afferma che talvolta è di così corta durata, che potrebbe farsi quistione se debba costituire una epoca distinta nel corso della malattia. E Doléris (3) dice: « lo stadio convulsivo si termina in qualche caso in una fase, che è molto netta negli animali (fase paralitica), ma che si osserva eccezionalmente nell' uomo, ed in ogni caso è molto breve e rappresenta la fase di spossamento, che succede all' eccitazione del periodo precedente. Infine il Peter (4) alla tribuna dell' Accademia di medicina di Parigi si espresse in questi termini:

— « il arrive parfois que des phénomènes paralytiques se montrent chez l' homme enragé, mais la rage paralytique d'emblée, qui commen-

(1) Brouardel. — Rage chez l' homme, Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 3.<sup>a</sup> Serie, P. II, p. 217. Paris, 1874.

(2) Böllinger. — Articolo « Rabbia » nel Trattato di Patologia e terapia medica di Ziemssen, vol. II, pag. 145.

(3) Doléris. — Rage chez l' homme. Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Tomo XXX, p. 422, Paris, 1881.

(4) Peter. — *Bulletins de l' Académie de médecine*, 11 gennaio, 1887, p. 63.

ce par la courbature et finit par l'abolition des mouvements est un fait extraordinaire qu'on ne rencontrait jamais jusqu'ici que chez le lapin ».

A dimostrare l'erroneità di questo concetto comparvero nel 1887 l'articolo del Gamaleja (1) e la tesi di Ygouf (2) che dimostrano inconfutabilmente esistere nell'uomo, oltre alla forma ordinaria della rabbia, anche la rabbia paralitica *d'emblée*, e che le paralisi in tali casi sono primitive e non già la conseguenza di eccitazione o di convulsioni precedenti.

Dalle osservazioni raccolte dai precitati autori risultò il quadro clinico di questa forma di rabbia, che venne espresso in questi termini:

La malattia comincia con i segni di un' infezione acuta, come malessere generale, torpore, cefalea, febbre intensa. Si ha pesantezza o dolore premuntorio nel sito della morsicatura; e possono osservarsi anche contrazioni fibrillari. Compare ben tosto la paralisi di uno o più arti, la quale si estende poi al tronco, alle altre membra, al retto, alla vescica e non risparmia i muscoli del viso, della lingua, degli occhi. *La lesione dei centri bulbari e specie del respiratorio manca, o è tardiva*; e si manifesta sotto forma di dispnea interrotta da inspirazioni profonde, difficoltà d'ingerire i liquidi, ecc. La morte accade d'ordinario per paralisi cardiaca. La durata della malattia è più lunga che nella forma ordinaria della rabbia, potendo durare fino a 7 giorni.

Si devono dunque ammettere indiscutibilmente

(1) Gamaleja. — La rage paralitique chez l'homme. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1887, n. 2, p. 63.

(2) Ygouf. — Contribution à l'étude de la rage paralitique. *Thèse de Paris*, 1887.

te nell' uomo due forme cliniche della rabbia : la forma furiosa , o idrofobia volgare e la forma paralitica. Questa però è incomparabilmente più rara di quella. Essa è piuttosto frequente in Russia, tanto che Bro u a r d e l afferma trovarsi la forma paralitica nella metà dei casi di rabbia ; ma al contrario presso di noi è affatto rara. Nell' Istituto antirabico di Napoli dalla sua fondazione (anno 1887) fino ad ora si era osservato, tra i morsi curati e non curati, appena 1 caso di rabbia paralitica, che fu descritto da D i V e s t e a e Z a g a r i (1) : un altro fu a questi riferito dai dottori V i v e n z i o e G r i l l e t, ed un altro dal T e d e s c h i n e l l' 89. D e B l a s i e R u s s o - T r a v a l i (2) asseriscono che in 9 anni non ne hanno osservato alcun caso a Palermo.

A quali cagioni si deve il determinarsi della forma paralitica anzichè della ordinaria forma furiosa della rabbia in un dato individuo ?

Gli oppositori e denigratori della cura P a s t e u r, profittando di fatti paralitici apparsi in alcuni individui assoggettati dopo la morsicatura alle iniezioni profilattiche, dissero che la forma paralitica della rabbia era dovuta ad un virus speciale, il virus modificato mediante le ricerche di laboratorio, onde la dissero rabbia da laboratorio. Essi, abusando del *post hoc ergo propter hoc*, dissero : i fenomeni osservati nei

(1) D i V e s t e a e Z a g a r i. — *Giornale internazionale delle scienze mediche*, 1889.

(2) D e B l a s i e R u s s o - T r a v a l i. — *Statistica delle vaccinazioni eseguite nell' Istituto antirabico di Palermo dal marzo 87 al dicembre 95. Il Pisani*, fasc. II, maggio-agosto 1896.

morsicati, trattati con la cura Pasteur, sono anormali, dunque devono essere attribuiti ad una rabbia particolare, e questa è la rabbia del coniglio; onde chiamarono la forma paralitica «*rabbia pasteuriana*» ovvero «*rage lapino-canino-experimentale*».

Tale credenza fu dimostrata completamente assurda da Brouardel, Grancher, Vulpian, Verneuil (1). Essa derivò dall'essere questa forma di rabbia poco o niente conosciuta fino alle scoperte del Pasteur, passando essa facilmente inosservata o essendo scambiata con altre malattie.

Non è a credere infatti che non fosse esistita precedentemente. Già Van Swieten nei commentari di Boerhave (1771) si esprimeva in questi termini:

— «*Habetur tamen observatio hydrophobi, qui absque ulla convulsione, imo absque agone, moriebatur ac si universalis paralysis mortem induxisset: in hoc autem aegro incipiens morbus post dolores molestos veram paralyisin fecerat in brachio demorso*» —.

Inoltre nei lavori di Gamaleja ed Ygouf si trovano registrati parecchi casi di rabbia paralitica sparsi nella letteratura prima della cura Pasteur, come pure moltissimi casi in persone che non furono sottoposti affatto alla detta cura.

Recentemente la quistione è venuta di nuovo sul tappeto. Rendu (2) ha comunicato all'Acca-

(1) Brouardel, Grancher, Vulpian, Verneuil. — *Accadémie de médecine*, 87.

(2) Rendu. — *Accidents médullaires à forme de paralysie ascendente aiguë dans le cours d'un traitement antirabique*. *Semaine médicale*, 1897, n. 29, p. 280.

demia di medicina di Parigi, nella seduta del 15 giugno, il caso di un inserviente del teatro anatomico, il quale nel prelevare il pancreas dal cadavere di un individuo idrofobo, si produsse una lesione ad un dito, che fu lavata e disinfettata. Tre giorni dopo cominciò la cura Pasteur, ma all'11° giorno del trattamento comparvero i primi sintomi di una paralisi ascendente acuta, che in 6 giorni crebbe al punto da far temere prossimo l'esito letale. Però ad onta che la cura Pasteur fosse stata continuata fino al termine, la paralisi migliorò ed in 19 giorni scomparve. Il Rendu crede che le tossine delle iniezioni antirabiche, favorite da una predisposizione del soggetto, consistente nelle cattive condizioni igieniche, in cui vivea, siano state la causa dei fatti paralitici.

Se ciò fosse stato vero, fece osservare il Roux nella stessa seduta dell'Accademia, i fatti paralitici avrebbero dovuto crescere a misura che si procedeva nell'iniettare nuove quantità di tossine; mentre al contrario la paralisi scomparve, pur continuando le iniezioni. Grancher credette piuttosto si fosse trattato in questo caso di un fatto isterico. E Brouardel disse che la mielite a forma di paralisi ascendente acuta, piuttosto che alle tossine delle iniezioni antirabiche, forse fu dovuta alle tossine cadaveriche, che l'infermo si poté inoculare nel corso dell'autopsia.

Lo stesso Brouardel, nella seduta seguente del 22 giugno 1897 dell'Accademia di medicina di Parigi, ritornando sull'argomento, dimostrò che la paralisi nel caso di Rendu non potette esser dovuta alle iniezioni alla Pasteur, perchè in queste non è dimostrata la presen-

za di tossine, e, se pur esistono, esse si comportano diversamente dalle tossine conosciute, e poi perchè le iniezioni anche le più virulente non han mai provocato paralisi negli animali più sensibili. Di più fece notare come certi morsi da cani idrofobi, trattati con le iniezioni antirabiche, presentano accidenti paralitici durante o dopo il trattamento, i quali pare siano dovuti al fatto che la rabbia si trova modificata dal trattamento antirabico, e sono quindi dei successi del metodo e non degl' insuccessi.

I casi di questo genere non sono affatto infrequenti: già *Laveran* (1) nel 1891 riferì alla Società medica degli Ospedali di Parigi il caso di un soldato (morsicato al ginocchio sinistro da un cane sospetto) il quale fu sottoposto alla cura *Pasteur*; ma all' 8° giorno cominciò debolezza negli arti inferiori, insonnio, dolori a livello della morsicatura, anoressia, disfagia, iperestesia nel 3° superiore della gamba e nel 3° inferiore della coscia. Sicchè si credette dover sospendere le iniezioni; ma dietro l' influenza del cloralio e delle iniezioni di morfina, l' infermo guarì e potette riprendere la cura interrotta.

*Chantemesse* nella stessa seduta riferì altri due esempi di simil genere.

Altri casi molto importanti sono stati osservati dal prof. *Murri* e dal prof. *Bordoni-Uffreduzzi*.

(1) Sur une forme atténuée de la rage observée pendant le cours du traitement par les inoculations préventives. *Société médicale des hôpitaux*, 24 aprile 1891. *Semaine médicale*, p. 180, 1891.

Il primo del prof. Murri, pubblicato da Novi e Poppi (1) riguarda un giovane di 22 anni, che, 4 giorni dopo essere stato morsicato al polpaccio sinistro, fu sottoposto alla cura Pasteur; al 20° giorno di cura cominciò a sentirsi debole, ad avere una rachialgia intensa, e poi paralisi degli arti inferiori, ritenzione delle fecce e delle urine. Dopo tre o quattro giorni però tutti i sintomi morbosi cominciarono a migliorare e l'infermo guarì completamente dopo una quindicina di giorni.

L'altro caso pubblicato dal prof. Murri (2) riguarda un uomo a 51 anni, che, morsicato alla gamba da un cane reputato idrofobo, fu sottoposto al trattamento antirabico 6 giorni dopo; ma all'11° giorno di cura cominciò ad avere qualche brivido, un senso di formicolio agli arti inferiori ed indebolimento della forza muscolare, tanto che dopo un paio di giorni non si reggeva più in piedi; inoltre avea pure ritenzione assoluta di urina, emissione involontaria delle fecce. Ma a capo di un paio di giorni cominciò a migliorare e finì per guarire completamente.

È noto come in questi due casi all'apparire dei sintomi rabbici il prof. Murri abbia adoperato le iniezioni intravenose di midolle poco attenuate. Ma quel che importa qui notare si è la conclusione del Clinico di Bologna, il quale, lungi dall'accusare le iniezioni alla Pasteur di produrre sintomi di rabbia, dice che la cura preventiva, anche quando non vale a impedire

(1) Novi e Poppi. — La prima guarigione di un caso grave di rabbia nell'uomo. *Comunicazione alla Società medico-chirurgica di Bologna*, 15 aprile 92.

(2) Murri. — Sulla guaribilità della rabbia paralitica. *Il policlinico*, p. 357, 1894.

lo sviluppo della rabbia, modifica utilmente l'organismo per guisa che l'infezione sviluppata non è più così grave da portare sempre la morte.

Tra i casi osservati dal Bordon-Uffrediuzzi sono specialmente importanti: quello (1) riguardante un carrettiere, morsicato all'avambraccio, che fece la cura per 16 giorni; ma il giorno dopo fu colto da paresi degli arti inferiori, disappetenza, ripugnanza al cibo, paralisi della vescica e del retto: fatti che durarono per 5-6 giorni, poi cominciarono a migliorare e l'infermo guarì a capo di una quindicina di giorni, e l'altro caso (2) riguardante un giovanetto a 14 anni, morsicato alla mano, che cominciò la cura 8 giorni dopo, ma al 12° giorno dovette sospenderla, perché avea cefalea, inappetenza, dolori alla nuca, e poi paresi e quindi paralisi degli arti inferiori, paralisi del retto e della vescica; indi la paralisi si estese anche alle braccia; ma dopo 3-4 giorni cominciò a migliorare e guarì a capo di un mese.

Ultimamente il Rendu (3) ha comunicato in nome di Brault il caso di un uomo senza antecedenti sifilitici e senza stimmate isteriche, il quale, in seguito a morsicatura di un cane, fu sottoposto al trattamento antirabico, ma al 13° giorno ebbe paraplegia completa con inconti-

(1) *Gazzetta degli Ospedali*, n. 58, 1892; e *Riforma Medica*, n. 211, 1892.

(2) Relazione del servizio batteriologico dell'Ufficio municipale d'Igiene di Torino per l'anno 1893. Torino, 1895.

(3) Paraplegie survenue au cours du traitement antirabique. *Accadémie de médecine*, 29 giugno 1897. *Se-maine médicale*. p. 248, 1897.

nenza delle urine e delle fecce, tanto che si sospesero le iniezioni. Ma ben presto l'infermo migliorò e guarì dopo 15 giorni dall'inizio degli accidenti morbosi.

A me è capitato, non più tardi di un mese fa, di osservare il caso di un giovane signore napoletano, il quale, essendo stato morsicato al polpaccio da un cane reputato idrofobo, cominciò la cura 20 giorni dopo. Ma al 10° giorno fu preso da febbre con cefalea intensa, e grande eccitazione nervosa, tanto che tre giorni dopo è costretto a restare a letto, e si aggiunge ritenzione delle urine—per modo che per due giorni si dové praticare il cateterismo—e delle fecce, di più senso d'intormentimento e parestesie ai piedi, debolezza agli arti inferiori, con riflessi normali. Ad onta del parere contrario di altri medici e dello stesso infermo, volli continuare il trattamento, che espletai regolarmente. Ma già dopo 3 giorni il malato era in via di miglioramento e guarì perfettamente, prima ancora del termine della cura.

Resta ad ogni modo assodato che la forma paralitica della rabbia non è dovuta al virus di laboratorio, bensì al virus di strada come la forma furiosa. Ed infatti si è osservato uno stesso cane generare in alcuni individui la forma furiosa, in altri la paralitica.

Esclusa la qualità del virus (1) come causa produttrice della forma paralitica, si son cercate

(1) Va qui menzionato che Bordini-Uffreduzzi (La rabbia canina e la cura Pasteur, Torino 1889), in un caso di rabbia paralitica, in individuo non assoggettato alla cura Pasteur, trovò il virus rinforzato in natura.

altre interpretazioni del perchè si determina or l'una, or l'altra forma di rabbia.

Da alcuni si ammise che nella produzione della forma paralitica avesse grande importanza la quantità del virus penetrato con la morsicatura. Tale ipotesi (G a m a l e j a ed altri) sarebbe appoggiata dai seguenti fatti: 1° parecchi casi son dovuti a morsicature multiple e profonde; 2° parecchi a morsicature da lupo; 3° questa forma è più frequente in Russia, dove più che in ogni altro paese d'Europa i lupi sono gli animali morsicatori; 4° infine P a s t e u r (1) dimostrò che le grandi dosi di virus introdotte per via sottocutanea o intravenosa producono la forma paralitica, mentre le piccole dosi, introdotte per trapanazione, danno la forma furiosa quasi costantemente.

Si è data pure importanza, nella produzione della forma paralitica, alla predisposizione nervosa; in molti casi si sono rinvenuti precedenti ereditari o personali. E G r a n c h e r ha dato grande valore all'alcoolismo, al nervosismo ed all'epilessia, come cause predisponenti.

Infine si è da molti autori presa in considerazione la sede della morsicatura. D i V e s t e a e Z a g a r i (2), poggiandosi sui dati sperimentali della progressione del virus a tappe lungo l'asse spinale, e sull'osservazione clinica di casi di rab-

---

(1) P a s t e u r. — Nouvelle communication sur la rage. *Accadémie de médecine*, 26 febbraio 1884.

(2) D i V e s t e a e Z a g a r i. — Sulla trasmissione della rabbia per la via dei nervi. *La Psichiatria*, Anno V, fasc. 2°, 1887. Nuove ricerche sulla rabbia. La trasmissione per i nervi di fronte a quella per i vasi. *Giornale internazionale delle scienze mediche*, 1889.

bia paralitica in morsicati agli arti inferiori, ammisero un rapporto tra la sede della morsicatura e la comparsa e successione dei più importanti sintomi morbosi, nel senso che nei morsicati al capo ed agli arti toracici predominano i grandi sintomi bulbari e corticali e mancano o sono ultimi a comparire i fenomeni spinali, mentre che il fatto inverso si verifica nei morsicati agli arti inferiori.

Oggi dai più si ritiene che i sintomi della rabbia derivino dai punti del sistema nervoso, in rapporto con la sede della morsicatura, ove il virus per prima si localizza e si coltiva; e la rabbia paralitica è ritenuta una *mielite dorso-lombare*, mentre la forma volgare dell' idrofobia è ritenuta una *mielite cervico-bulbare*.

Credo degno di considerazione il seguente caso di rabbia, perchè esso mi dà l'opportunità di discutere fin a che punto possa ritenersi esatta tale distinzione e quale delle teorie possa accettarsi per spiegare la comparsa della forma paralitica della rabbia.

### Storia clinica

*Anamnesi.* — La signorina Elisa S., di anni 18, da Galatina (Lecce), nubile, ha entrambi i genitori viventi: il padre gode florida salute e non è andato soggetto a neuropatie, solo ricorda che quando, giovane, venne a Napoli per la prima volta, fu affetto da nostalgia per più d' un mese; la madre gode egualmente buona salute, ma è di carattere molto eccitabile ed ha due sorelle eminentemente psicopatiche, perchè una è affetta da mania religiosa e l'altra, in seguito alla perdita di tre figli, ebbe per circa un anno gravi fatti di alienazione mentale.

La giovane inferma ha un fratello e due sorelle

in ottime condizioni di salute: però una delle sorelle, che è sua gemella, è di carattere molto irascibile.

Eguualmente essa fin dai primi anni di sua vita è stata sempre di carattere nervoso; tanto da bastare una piccola contrarietà per farla piangere e strepitare, e da passare con grandissima facilità dal pianto al riso e viceversa. Mai però è andata soggetta a convulsioni.

Mestrinata la prima volta a 12 anni, le regole sono state in seguito sempre un po' scarse; mai però furono accompagnate da dolori.

Ad eccezione del morbillo, sofferto all'età di 6 o 7 anni e della scarlattina, sofferta un anno dopo, l'inferma non ha avuto a patire alcun'altra infermità; anzi ha goduto sempre salute floridissima.

Non ha abusato di vino; ne ha fatto abusi di altro genere.

La sera dell'11 dicembre scorso, mentre prodigava delle carezze ad un cane, in casa della sua sarta, quello in un bel momento le si avventò, mordendola al labbro superiore ed inferiore. Dalle ferite non uscì molto sangue; ed il padre della signorina, medico, senza procedere a causticazione di sorta, vi appose dei punti di sutura: la cicatrice si ebbe in pochi giorni.

Il cane, che prima di mordere avea preso il suo pasto ordinario ed avea anche bevuto, nè avea presentato alcun altro segno della benchè minima alterazione, dopo che ebbe morsicato, fu dal padrone ferocemente bastonato, per cui scappò via di casa e non vi fece più ritorno. È da notare che lo stesso cane anche sei mesi prima morsicò un'altra persona, e dopo non presentò mai alcun segno di malattia. Per tutte queste ragioni fu ritenuto non idrofobo e quindi non essere necessaria per la giovane morsicata la cura antirabica.

L'inferma stette benissimo fin al 45° giorno dopo la morsicatura, cioè al 25 gennaio c. a., quando lesse in un giornale della provincia la descrizione di un caso di rabbia, sviluppatasi in un individuo, il quale venne a morte. Di tale lettura restò grandemente impressionata, divenne triste, pensosa, malinconica, cominciò ad avvertire capogiri e di tratto in tratto un dolore alla nuca ed in diversi altri punti del corpo. Le fu somministrato della chinina, le fu

praticato il massaggio; e tutto parve dileguarsi. Ma il 30 gennaio, accusando disturbi gastrici per non aver da 4 giorni deposto l'alvo, le fu somministrato un purgante, da cui ebbe grandissimo effetto, ma subito dopo cominciò a sentire un certo senso di freddo e di debolezza agli arti inferiori. L'indomani, 31 gennaio, la debolezza era cresciuta al punto da mutarsi in completa paraplegia, con impossibilità assoluta di camminare e di reggersi in piedi; nello stesso tempo che le si era manifestata un'alterazione nella voce, la quale divenne nasale, e nella respirazione, che era interrotta da brusche inspirazioni, non che un accasciamento generale ed un senso di disfagia, per cui cominciò a rifiutare di bere e di mangiare.

Visitata da parecchi medici del suo paese, si fece diagnosi di rabbia; per cui il padre, vedendo che i fatti non accennavano a miglioria, volle condurla qui in Napoli, dove giunse la sera del 2 febbraio.

Al mattino seguente l'inferma volle tentare di scendere dal letto, perchè diceva di sentirsi in grado di reggersi in piedi; ed in fatti vi riuscì non solo, ma fece pure pochi passi, tanto che dai parenti si pensava già ad un miracolo; ma dopo poco sopraggiunse di nuovo la paraplegia.

*Stato attuale.* — È una giovane robusta, di costituzione validissima, con regolare sviluppo scheletrico, salvo una leggerissima scoliiosi della colonna vertebrale. Il colorito del volto è leggermente acceso, specialmente alle gote: cianotico il colorito delle mucose. Le palpebre, specialmente la superiore, sono fortemente iniettate, come pure la congiuntiva oculo-palpebrale. Tutta la cute del volto mostrasi lucente per leggera scorrea oleosa.

In corrispondenza del solco labio-genieno di destra notasi una cicatrice, dovuta alla morsicatura, lunga  $2\frac{1}{2}$  cm. e larga un 3 mm.: altra cicatrice più piccola, lunga appena 1 cm. trovasi in sotto della precedente e dalla commissura labiale si porta in basso ed in fuori.

Non si notano tumefazioni glandolari in nessuna parte del corpo. Non vi ha edemi.

La temperatura al momento dell'osservazione è  $38^{\circ},3$ ; i polsi sono 130 e le respirazioni 31 a minuto.

L'inferma giace nel letto apatica, con gli occhi

semichiusi; ma in certi momenti fissa lo sguardo in una data direzione e resta così per diverso tempo. In generale ha l'aspetto di chi ha voglia di dormire e risponde di mala voglia alle domande che le si rivolgono, dicendo di non aver volontà di parlare e di soffrir a sentire parlare.

La parola non offre anomalie; soltanto la pronunzia è un po' stentata e di suono nasale. Conserva integra l'intelligenza e tutte le altre funzioni psichiche: mostra molto sviluppate le facoltà affettive ed è proclive al pianto.

Ricusa assolutamente di bere e di mangiare. Alla vista del bicchiere con l'acqua esegue parecchi movimenti inspiratori molto bruschi, come fa chi piange singhiozzando. Costretta a bere, all'accostare il liquido alle labbra, avverte difficoltà di respiro, esegue parecchi movimenti spasmodici del torace e del gurgure; ma in ultimo finisce per bere e così pure dopo alquanto stento finisce per ingoiare i cibi solidi regolarmente.

Quando le si soffia sul volto, ovvero è colpita da una corrente d'aria sul viso, esegue pure quei movimenti spasmodici, come quando beve; ma l'aerofobia non si avvera, quando le si soffia sovra una parte periferica del corpo.

Mal tollera la luce molto viva: ed a ogni rumore, anche non molto forte, trasale ed esegue movimenti spasmodici della sespirazione.

L'inferma può nuovere benissimo il capo in tutte le direzioni: conserva integra la funzione di tutti i muscoli della faccia, come pure quella dei muscoli del tronco.

Egualemente conservata è la motilità volontaria negli arti superiori.

Vi ha invece paralisi completa degli arti inferiori; paralisi flaccida, per cui gli arti giacciono inerti, come corpo morto. Assolutamente impossibile riesce ogni tentativo di flessione volontaria delle gambe sulle cosce, o di queste sul tronco, come pure ogni altro movimento di quelle e di queste: resta ancora possibile, sebbene sia molto limitato, il movimento di flessione del piede sulla gamba.

La deambulazione e la stazione eretta in piedi;

sono assolutamente impossibili. Stando però seduta, regge bene e dritta la parte superiore del tronco.

La forza muscolare negli arti superiori è di poco indebolita: essi offrono ai tentativi di flessione ed estensione passiva una resistenza alquanto minore di quella che comporterebbe lo stato di nutrizione dell'inferma. Il dinamometro segna 30 nella mano destra e 25 nella sinistra.

La forza muscolare è poi addirittura spenta negli arti inferiori, che non offrono la benchè menoma resistenza ai tentativi di movimenti passivi.

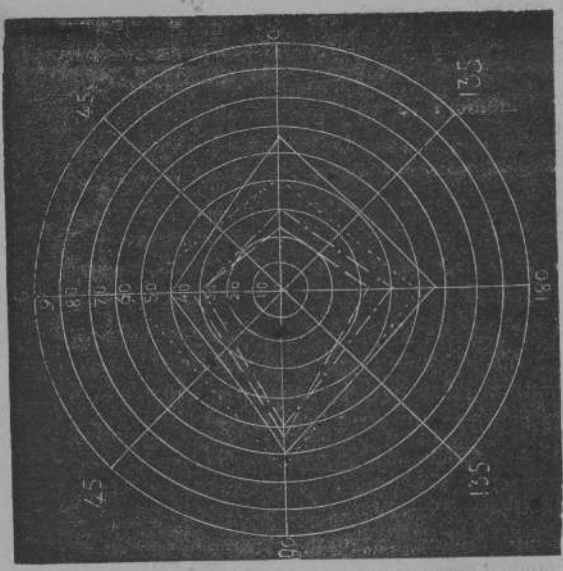
La sensibilità può dirsi in generale conservata sotto tutte le sue forme; solamente col compasso di Weber si trovano in diversi punti del corpo delle zone ipoestetiche. Infatti i circoli tattili sono rappresentati dai seguenti numeri:

punta del naso	5 mm.	coscia sin.	70 mm.
» della lingua	1.5	» gamba	40 »
gote	10	» pie. dest. (dorso)	125 »
fronte	20	» » (pianta)	16 »
br. des. (reg. int.)	130	» pie. sin. (dorso)	40 »
» » (reg. est.)	55	» » (pianta)	20 »
» sin.	60	» sterno	45 »
antibraccio	40	» addome	50 »
polpastrella	2,5	» dorso	60 »
cos. des. (reg. ant.)	145	» glutei	45 »
» » (reg. post.)	65	»	»

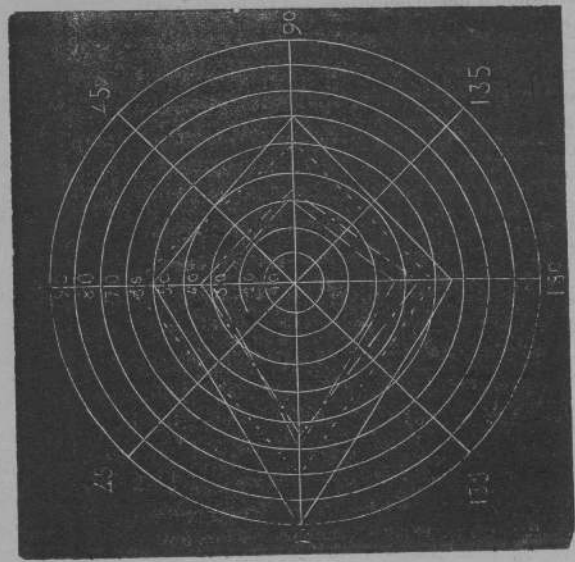
In corrispondenza delle zone ipoestetiche, le quali si trovano alla regione interna del braccio destro, alla regione anteriore della coscia destra e sul dorso del piede, anche la sensibilità dolorifica è notevolmente indebolita.

Inoltre vi ha marcate zone iperestetiche in corrispondenza delle ovaie e delle mammelle, più al lato sinistro che al destro: basta anche una leggiera pressione nei siti anzidetti per risvegliare dolore nell'inferma, che si agita convulsamente.

Gli organi di senso specifico sono tutti in condizioni fisiologiche: solo vi ha restringimento del campo visivo, più pronunziato a destra che a sinistra, come si può scorgere dai seguenti schemi, dai quali si vede pure come il campo visivo del giallo superi in certi punti quello del bianco e quanto sia ampio quello del rosso che supera talvolta il bleu.

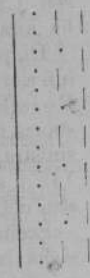


Occhio destro



Occhio sinistro

bianco  
giallo  
rosso  
bleu



I riflessi cutanei sono tutti conservati, come pure i riflessi tendinei degli arti superiori. Il riflesso rotuleo è completamente spento nei due arti inferiori. Normale il riflesso pupillare alla luce ed all'accomodazione. Vi ha ritenzione delle urine e delle fecce.

Nessun disturbo trofico negli arti superiori, nè negli inferiori.

La reazione alla corrente faradica e galvanica è normale negli arti superiori. Così, stimolando con la slitta di Du Bois-Reymond il nervo cubitale, si ha la 1<sup>a</sup> contrazione alla distanza tra i due rocchetti di 115 mm. a destra e 128 a sinistra: stimolando il m. bicipite brachiale, a 90 mm. nei due lati; il tricipite a 70 mm.; i muscoli flessori dell'antibraccio a 100 mm.; gli estensori a 105 mm. nei due lati.

Stimolando il nervo cubitale con la corrente galvanica, in ambo i lati si ha la prima contrazione alla chiusura del catode con corrente di 0,5 MA., eccitando i muscoli flessori del braccio e dell'antibraccio, con 1,2 MA.; i muscoli estensori con 2 MA. Non vi ha affatto reazione degenerativa.

Di poco indebolita è la reazione elettrica negli arti inferiori. Eccitando il nervo peroniero con la slitta di Du Bois-Reymond, si ha la prima contrazione alla distanza tra i due rocchetti di 135 mm. a destra e 140 a sinistra, eccitando i muscoli della coscia, 140 a destra, 145 a sinistra ed i muscoli della gamba, 135 a destra e 140 a sinistra.

Eccitando il nervo peroniero con la corrente galvanica si ha la prima contrazione alla chiusura del catode con corrente di 3 MA a destra e 3,5 a sinistra, eccitando i muscoli della coscia, con 3,5 MA in ambo i lati, ed i muscoli della gamba, con 3 MA a destra, 3,5 a sinistra. Non vi ha però affatto reazione degenerativa.

Tutti gli altri organi ed apparecchi sono in condizioni normali. Solo vi ha uno stato catarrale delle vie digerenti e l'inferma ha la lingua molto impatinata ed arrossita ai margini, alito fetidissimo.

Le urine sono alquanto scarse, con reazione acida, peso specifico 1024, aspetto un po' torbido per fosfati, colore giallo-pallido. *Assenza di albumina e di zucchero* e di ogni altro principio chimico patologico. Abbondanti i fosfati, l'urea e l'indossilsolfato po-

tassico. Al microscopio non lasciano veder nulla di anormale.

Chi per poco non guarda la forma clinica grossolana della malattia, ma fa attenzione alle singole particolarità della storia clinica, troverà giustificato che di fronte a questo caso incombeva l'obbligo di non ammettere la diagnosi di rabbia, prima di escludere con fondamento che si trattasse di una forma isterica.

È risaputo, infatti, come si possa avere un complesso di sintomi molto simile a quello della rabbia, dovuto ad esaltata immaginazione di individui nervosi, isterici, precedentemente morsi-cati: complesso di sintomi che va col nome di lissofobia o idrofobia non rabbiosa (psicosi lissiforme). La letteratura registra molti casi di simil genere, tra cui son rimasti celebri: quello riferito da Trousseau (1) (un individuo, leccato da un cane arrabbiato, ebbe per 10 giorni manifestazioni d'idrofobia, di cui finì per guarire), quello riferito da Barbantini (2) (un giovane, sei giorni dopo essere stato morsicato dal suo cane, ch'egli crede idrofobo, presenta evidenti segni d'idrofobia: il suo stato è grave, allorché per fortuna si trova il cane, glielo si mostra e tutti gli accidenti scompaiono), infine quello di Reymond (3) (un veterinario dopo essere stato morsicato da un cane arrabbiato ebbe delle crisi

(1) Trousseau. — Clinique de l'Hôtel Dieu, T. II, p. 421, 3<sup>a</sup> Ediz.

(2) Barbantini. — *Journal ital. de phys. et ch.* janvier 1897. *Journal de médecine* T. LXI, p. 362.

(3) Reymond. — Société médicale des hôpitaux, 24 avril 91. *Semaine médicale*, 1891, p. 180.

d'idrofobia: per rassicurarlo si sostituì all'animale che lo avea morsicato un altro sano, che gli assomigliava: lo stratagemma riuscì e gli accidenti tutti scomparvero come per incanto).

Le ragioni che nel caso nostro facevano pensare ad una forma isterica erano le seguenti:

1. l'età dell' inferma , che era una giova-  
netta a 18 anni;
2. precedenti neuropatici in famiglia e per-  
sonali ;
3. esistenza di zone ipoestesiche sul braccio ,  
sulla coscia e sul piede destro, e di zone ipere-  
stesiche in corrispondenza delle ovaie e delle  
mammelle ;
4. restringimento del campo visivo, con le  
particolarità già notate per rispetto al campo vi-  
sivo dei colori: cioè il giallo in certi punti supera  
anche il bianco, ed il rosso, molto ampio, su-  
pera anche il bléu, particolarità queste, di cui  
la prima è stata riscontrata da Hirt (1) nel-  
l'isterismo e la seconda è ritenuta da Char-  
cot (2) caratteristica della nevrosi.
5. inizio della malattia dietro un trauma  
psichico, cioè dopo la lettura nel giornale di quel  
caso di rabbia.
6. modo di stabilirsi della paraplegia tu-  
multuariamente, perchè dalla sera al mattino l'in-  
ferma si trovò nell' impossibilità di reggersi in  
piedi e di camminare.
7. particolare decorso della paralisi, che in

(1) Hirt.— Pat. e Ter. delle malattie nervose. Tra-  
duz. Bonfigli. Milano, Vallardi, p. 425 e seg.

(2) Charcot.—Ouvres complètes. Tomo III, lezio-  
ne VI.

un bel giorno spari — tanto che l' inferma potette dare pochi passi da sola — per ristabilirsi poi da capo.

8. atipicità del quadro clinico, nel senso che fin dall'inizio si ebbero l' idrofobia, la disfagia, l' aerofobia, il disturbo della respirazione, mentre nella forma paralitica della rabbia i sintomi bulbari o mancano o sono tardivi.

9. in ultimo atipicità della stessa idrofobia, nel senso che l' inferma rifiutava di bere, diceva di non potere inghiottire, ma poi, costretti, beveva regolarmente; mentre si sa che il vero idrofobo, tormentato dalla sete, vuol soventi bere e non' lo può, soventi tenta di bere, ma ne riporta orribili spasimi.

Aggiungasi a tutto questo anche il fatto che il cane morsicatore, dal racconto fatto dal padre dell' inferma, non appariva affatto rabbioso.

Però anche quando si fosse saputo che il cane era realmente idrofobo, non si poteva escludere per ciò la idea di un fatto isterico, poichè — a parte i casi di idrofobia nervosa per morsicature o inoculazione di saliva di uomo od animale non idrofobo, riferiti da Malpighi (1) Van Swieten (2) Fabric de Hilden, Druhen, Sauvages, Morin (3), ecc., — si registrano appunto molti casi di lissofobia, dopo morsicature di cani, sperimentalmente riconosciuti idrofobi. Valga per tutti lo splendido e-

(1) Malpighi.—Citato di Brouardel. Art. «Rage chez l'homme» nel Dizionario di Dechambre.

(2) Van Swieten.—Commentaria, Paris, 1771.

(3) De Hilden, Druhen, Morin.—Hist. de l'Acc. des sciences, 1699.

sempio riferito dal Grasset (1) di un individuo a 43 anni, morsiato da un cane, riconosciuto idrofobo nell'Istituto Pasteur, che andò soggetto ad una nevrosi che simulava perfettamente la rabbia, ma che Grasset stimò di natura isterica, perchè vi era strettezza del campo visivo, zone isterogene, emianestesia.

Nè vale il dire che nei casi di isteria rabiforme il quadro clinico differisce per certi sintomi da quello della vera rabbia: così per es. Brouardel (2) Menard (3) dicono che nei casi di rabbia immaginaria mancano sempre i disturbi respiratori, i quali sono costanti nella vera rabbia.

Ciò non è esatto, perchè al contrario il quadro clinico della rabbia immaginaria può esser completamente analogo a quello della rabbia vera. Basti il dire che nel caso di Grasset non solo vi erano i disturbi respiratori, ma vi era financo la satiriasi.

Del resto, se è raro vedere la nevrosi respiratoria per isterismo, pure ne son registrati parecchi casi, e Maragliano (4) ne ha riferiti tre, in cui agli spasmi del diaframma si accoppiavano spasmi dei muscoli inspiratori, così come accade precisamente nella rabbia: in quei

(1) Grasset.—Hystérie rabiforme chez un homme après morsure par un chien enragé et le traitement Pasteur. *Semaine médicale*, p. 289, 1891.

(2) Brouardel. — Rage chez l'homme. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Paris 1874.

(3) Menard.—Articolo « Hydrophobie » nel dizionario enciclopedico di Dechambre.

(4) Maragliano. — Manifestazioni isteriche. Nevrosi respiratoria rara. *Riforma Medica*, p. 1646. II. 1887.

3 casi bastava una semplice suggestione per provocare gli accessi.

Ben a ragione il Guignon (1), alla cui tesi rimando chi voglia più larghe nozioni sull'argomento, ha consacrato un capitolo importantissimo a stabilire che gli agenti causali possono imprimere un determinato aspetto alle manifestazioni dell'isterismo: quindi nessuna meraviglia che nei casi di morsicatura si stabiliscano tutt' i sintomi, che sono caratteristici della vera idrofobia.

Nel caso nostro un solo fatto facea mettere in guardia nell' ammettere la diagnosi di isteria rabiforme; ed era l'abolizione del riflesso rotuleo, che, come si sa, è un fatto eccezionale nell' isterismo.

Ad ogni modo il decorso ulteriore della malattia, e poi l' esito degli esperimenti diagnostici fecero vedere che si trattava realmente di rabbia e non già di un fatto isterico.

..

Ecco le particolarità offerte dalla malattia durante i pochi giorni, nei quali l' inferma fu in osservazione.

*3 febbraio '97.*— Ad onta che l' inferma rifiutasse di bere e di mangiare, pure, costrettavi, ha mangiato parecchi cucchiari di pastina, un po' di pollo, un pezzo di carne arrosto ed ha bevuto tre cucchiari di marsala, con pochissimi spasmi. Non ha evacuato da 48 ore. Alle ore 20 di sera ha polsi 150, respirazioni 28 a minuto. Le si pratica un enteroclisma salato, senza esito.

*4 febbraio.*— Ore 8. Non ancora ha evacuato e non urina da 24 ore. Le si danno 50 centigr. di calomelano.

(1) Guignon.—Thèse de Paris, 1886.

La debolezza si accentua negli arti superiori, che non possono più venir elevati come prima e ricadono subito pel proprio peso. Sono ancora possibili tutt' i movimenti dell'antibraccio e delle mani.

Persistono l'aerofobia e gli spasmi respiratori: riesce a prendere una zuppa di latte e caffè, ingoiando alcune volte senza difficoltà, altre volte con spasmi del gurgure.

Ore 12 — Polsi 180, resp. 21; urina abbondantemente ed emette molto materiale ventrale puzzolentissimo. Nelle urine *non si riscontra presenza di albumina, nè di zucchero.*

Riesce non senza grandi difficoltà ad ingoiare la pastina, un pezzo di mozzarella e due braciolette; ma al bere del marsala presenta un accesso idrofobico molto intenso.

Ore 20 — Presenta polsi 210, respirazioni 24, interrotte continuamente da bruschi movimenti inspiratori: mostrasi grandemente accasciata.

5 febbraio — La debolezza negli arti superiori è cresciuta a tal punto da non poter più sollevare le braccia e da non riuscire ad abbottonarsi la canicia. Il dinamometro segna 0 in ambo le mani. Polsi 180, respirazioni 28 al minuto.

Ore 12. — Nel mangiare la pastina, la mastica ripetutamente e poi la rigetta, non potendo inghiottire per spasmi del gurgure. Ha emissione involontaria delle urine e delle fecce.

Ore 20. — Giace nel letto immobile, con gli occhi vitrei e la faccia fortemente arrossata e lucente, da sembrare edematosa. Si notano contrazioni fibrillari alle labbra ed al mento. Polsi 210. Le si pratica un'iniezione con  $\frac{3}{4}$  di centigrammo di morfina e 5 gocce di tintura di digitale. Il polso fa notare dopo  $\frac{1}{2}$  ora 99 pulsazioni.

6 febbraio. — Continua lo stesso stato: l'inferma non riesce più a reggersi nè pure semiseduta a letto, essendosi la paralisi estesa, oltre che agli arti superiori, anche ai muscoli del tronco. Polsi 150, respirazioni 25. Sono più spiccate le contrazioni fibrillari alle labbra ed al mento e crescono ancora più, quando si soffia in volto all'inferma o le si vuol dare a bere.

Persistono l'aerofobia, la disfagia e gli spasmi respiratori.

Le si pratica un'iniezione con  $\frac{1}{2}$  gr. di bicloruro di chinina e 5 gocce di digitale. Di più le si praticano due enteroclistimi con acqua salata.

Ore 10 — Sembra alquanto più rianimata. Le si dà un bagno a  $38^{\circ}$ ; mentre vi si immerge, ha ematemesi, emettendo bruscamente un 200 gr. circa di liquido color rosso-brunastro.

Ore 12. — Nessuna miglìoria nella paralisi. L'intelligenza si conserva ancora perfettamente integra.

Ore 20. — Polsi 224, respiro stertoroso: di tanto in tanto la respirazione si arresta per brevi istanti (respiro di Stokes).

7 febbraio.—Ha dormito poche ore: sta molto abbattuta. Il respiro è regolare, tranne gli spasmi inspiratori. Pronunzia male le parole, da non farsi più comprendere. Integra l'intelligenza. Polsi 130. Le si pratica un enteroclistima con 2 gr. di bromuro, 15 gocce di tintura di assafetida e 40 centigr. di antipirina. I movimenti fibrillari si sono estesi alla metà sinistra della faccia.

Ore 12. — Giace incosciente, ha delirio, coma. Le si applica la vescica di ghiaccio sul capo e le si pratica un enteroclistima salato.

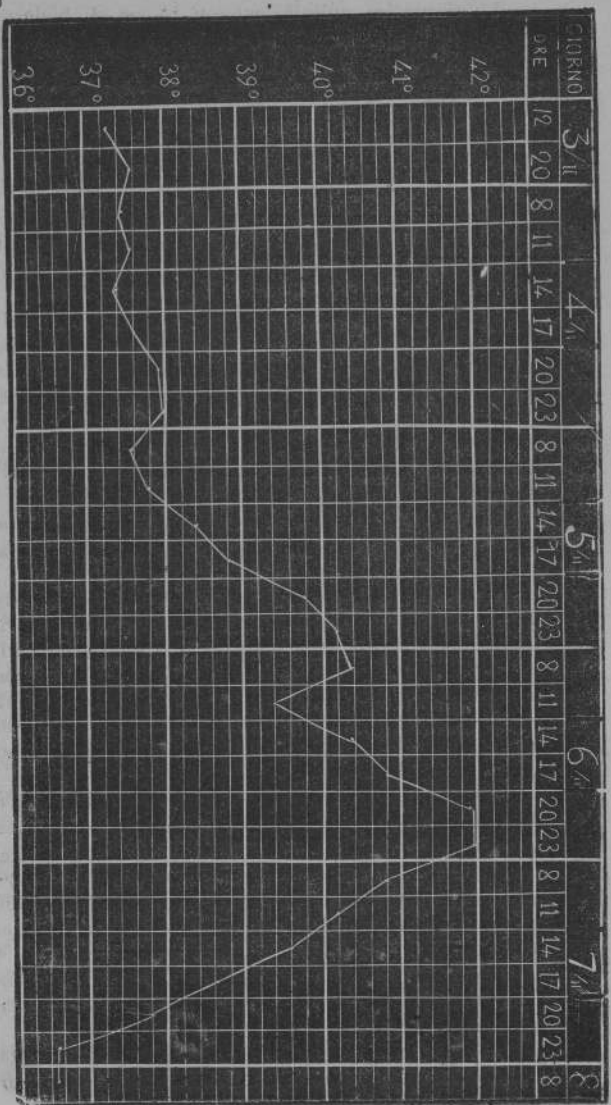
Ore 20.—Nessuna miglìoria. Le si pratica un bagno a  $31^{\circ}$ : mentre si pone nel bagno, ha di nuovo ematemesi con gli stessi caratteri dal giorno innanzi, e dopo poco impallidisce e perde i polsi, tanto che bisogna subito toglierla dal bagno e praticarle una iniezione di etere. Il polso si ripiglia, ma continua lo stato grave dell'inferma, che sembra quasi uno stato catalettico.

Si continua l'applicazione della vescica di neve e si applicano due sanguisughe alle mastoidi. Nessuna miglìoria.

8 febbraio.—L'inferma ha passato la notte insonne, in un continuo coma ed emettendo un continuo lamento. Notansi movimenti convulsivi nel volto e nelle braccia.

Alle ore 8 in un momento si fa livida in volto e muore, dopo aver emesso dalla bocca molta bava spumante.

Il decorso della temperatura, nei giorni che restò in Ospedale, è rappresentato dalla seguente grafica.



Curva termica

Adunque il corso della malattia e soprattutto l'esito infausto facevano chiaramente vedere che non si era trattato di isterismo rab-biforme. Però l'importanza del caso richiedeva la prova sperimentale per esser sicuri della diagnosi di rabbia, tanto più che sono stati riferiti da diversi autori, quali Rozière (1), Virey, (2), Leveillé (3), Velpeau (4), Putégnat (5), Decroix (6), Delpech (7), Fèreol (8), Gross (9), Menard (10) ecc. un certo numero di fatti davvero inspiegabili, riguardanti persone che son morte con sintomi di rabbia, dopo essere state morsicate da animali, riconosciuti poi certamente non rabbiosi.

Lo stesso Roger (11) afferma che le morsi-cature di animali non idrofobi determinano talora in soggetti nervosi e impressionabili degli accidenti molto gravi, che ricordano quelli della rabbia e *che possono anche condurre a morte*. Cita al proposito il caso osservato da Nocard e riferito da Doléris (12) di un uomo morsi-cato da un cane, che egli crede arrabbiato e che

(1) Rozière. — *Journal de Sédillot*, 1806.

(2) Virey. — *Bull. de l'Acad. de méd.* 1827.

(3) Leveillé. — *Arch. générales de médecine*, 1827.

(4) Velpeau. — *Soc. méd. d'emulation* 1835.

(5) Putégnat. — *Gazette hebdomadaire*, 8 giugno 1860.

(6) Decroix. — *Abeille médicale*, 1863.

(7) Delpech. — *Gazette des hôpitaux*, 1896.

(8) Fèreol. — *Thèse de Paris*, 1861.

(9) Gross. — *Thèse de Paris*, 1860.

(10) Menard. — *Loco citato*.

(11) Roger. — *Trattato di medicina di Charcot e Bouchar d*. Articolo «Rabbia», pag. 93.

(12) Doléris. — *Loco citato*.

non lo era, il quale presenta sintomi di rabbia, delirio, furore e muore in 48 ore.

È vero che si può sempre obbiettare che in tutti questi casi, riferiti dai vari autori, la vera inoculazione del virus rabbico ha potuto passar inosservata, come pure che la morte ha potuto verificarsi per tutt'altra ragione, che per la rabbia.

Ma appunto per questo motivo io giudicai di somma importanza constatare con l'esperimento se realmente la signorina S. era o pur no morta di rabbia.

A tal uopo, prelevai dal cadavere un pezzetto di midollo spinale ed un pezzetto di nervo sciatico, per procedere alle inoculazioni.

Ed ecco il risultato degli esperimenti:

Due conigli, inoculati per trapanazione con emulsione del midollo spinale, ammalarono entrambi al 15° giorno dall'inoculazione con i sintomi caratteristici della rabbia, e morirono l'uno a capo di 16 e l'altro di 18 giorni dalla inoculazione.

Due conigli inoculati (per controllo) col bulbo del primo dei conigli precedenti ammalarono di rabbia al 14° giorno dall'innesto per trapanazione.

Infine due altri conigli inoculati per trapanazione con emulsione del nervo sciatico ammalarono l'uno a capo di 33 giorni e l'altro dopo 38 giorni.

Noto appena la lunga incubazione presentata dai conigli inoculati col nervo sciatico, a paragone di quelli infettati col midollo spinale: fatto, che viene generalmente spiegato con l'ammettere la poca concentrazione o quantità di virus inoculato nel primo caso.

A scopo di ricerche istologiche un altro pezzetto del nervo sciatico fu da me fissato nel liquido di Müller, dopo averlo ben disteso e

poi indurito nella serie degli alcool, incluso in paraffina e tagliato al microtomo, in modo da avere delle sezioni trasversali e longitudinali, che colorai con litio-carminio, con ematossilina, e col metodo di Pall, e Weigert. Ma — come era da prevedere — non mi fu dato di osservare altro di anormale se non un discreto accumulo di elementi linfoidi, e leggiera dilatazione vasale, con integrità del cilindrase, della mielina, e delle altre guaine.

Sarebbe stato desiderabile fare uno studio istologico minuto di tutto l'asse nervoso, specialmente del midollo spinale; ma, per ragioni facili a comprendersi, l'autopsia completa non si potette ottenere.

..

Si era dunque trattato indubbiamente di un caso di rabbia. Ed io desidero richiamarvi su l'attenzione, sia perchè questi casi di rabbia paralitica non sono frequenti ad osservarsi, e sia perchè esso dà il campo di discutere certe teorie e certe affermazioni circa la patogenesi e la forma clinica della malattia.

E prima di tutto esso dimostra come non è sempre netta la distinzione tra le due forme di mielite, che si son credute il fondamento delle due forme cliniche della rabbia, cioè la mielite cervico-bulbare (rabbia furiosa) e la mielite dorso-lombare (forma paralitica) o mielite ascendente, stabilita soprattutto da Schaffer (1).

Così dai vari autori, che si sono occupati della rabbia paralitica (Gama leja, Igouf ecc.)

(1) Schaffer. — Pathologie et anat. path. de la rage. *Ziegler's Beiträge*, t. VI.

si è affermato che in questa forma i sintomi bulbari, sotto forma di spasmi respiratori, idrofobia, disfagia, aerofobia) o mancano addirittura, ovvero insorgono tardivamente, poco tempo pria della morte. Ebbene, si è notato nel caso che ho riferito come fin dal primo giorno della malattia, contemporaneamente alla paraplegia, si manifestò la disfagia, il disturbo della respirazione ecc.; si ebbe, cioè, la comparsa precoce dei sintomi bulbari.

Inoltre si è avuta in questo caso la comparsa della paralisi agli arti inferiori, in seguito a morsicatura non già in questi, bensì al volto.

Per avere un'idea del rapporto che passa tra la sede della morsicatura e la sede primitiva della paralisi, non che per apprezzare giustamente l'epoca della comparsa dei sintomi bulbari nella rabbia paralitica, ho pensato di riunire questi dati nella seguente tabella, ricavandoli dalle osservazioni di rabbia paralitica, che mi è stato possibile riscontrare nella letteratura, tenendo conto però soltanto di quei casi, in cui si è avuta la paralisi come prima manifestazione della malattia, e soprattutto di quei casi, che sono stati descritti con tutte le particolarità necessarie, da non lasciar dubbio alcuno sulla diagnosi.

Dalla tabella possiamo trarre agevolmente le seguenti conclusioni:

1. Sopra 41 casi, in 10 si è avuta morsicatura agli arti inferiori, in 22 casi agli arti superiori, in tre alla testa, in due contemporaneamente al capo ed agli arti superiori, in due contemporaneamente al capo ed agli arti inferiori: in due non si sa la sede della morsicatura.

2. Nei 10 casi di morsicatura agli arti inferiori, la comparsa della paralisi si ebbe costantemente agli arti inferiori.

3. Nei 22 casi di morsicatura agli arti superiori, si ebbe 5 volte paralisi negli arti inferiori, 16 volte nell'arto del lato morsicato, 1 volta nell'arto del lato opposto.

4. Nei tre casi di morsicatura alla faccia si ebbe una volta paralisi del braccio destro, una volta degli arti inferiori ed una volta in tutte le membra.

5. Nei casi in cui la paralisi cominciò dagli arti superiori, 8 volte si ebbero i sintomi bulbari sin dall'inizio, una volta mancarono affatto, e nel resto si ebbero tardivamente, per lo più un giorno o due pria della morte.

6. Nei casi in cui la paralisi cominciò dagli arti inferiori, i sintomi bulbari o mancarono affatto (5 casi) ovvero si ebbero sempre tardivamente, nelle ultime ore della vita.

7. La durata della malattia è stata di 9 giorni in 4 casi, di 8 giorni in 1 caso, di 7 in 3, di 6 in 4, di 5 in 2 casi, di 4 in 16, di 3 giorni in 6 e di 2 in 1 caso.

Osservazioni di rabbia paralitica

Num. d'ordine	Nome dell'Autore	Luogo di pubblicazione	Sede della morsiatura	Sede primitiva della paralisi	Epoca della comparsa dei sintomi bulbari	Durata della malattia in giorni
1	Gamaleja	<i>Annales de l'Inst. Pasteur</i> , 87, n. 2	mano destra	braccio destro	fin dall'iniz.	4
2	Roussel	<i>Loire médicale</i> , 83, n. 8.	pugno destro	spalla destra	al 4° gior.	4
3	Labordé	Andry—Recherches sur la rage, 1778. Memoires de la Soc. royale de méd. p. 388.	braccio destro	arto sup. destro	al 5° gior.	9
4	Rombro	<i>Ruskaita medicina</i> , 1887, n. I.	anulare sinistro	arto sup. sinist.	fin dall'iniz.	8
5	Mignot	Soc. royale de médec. 1783, n. II.	mano sinistra	arto sup. sinist.	al 3° gior.	5
6	Roussine	<i>Ruskaita medicina</i> , 1886.	cosce e natica	arti inferiori	al 7° gior.	7
7	Howmann	<i>Acad. de méd.</i> , 18 jan. 87.	mano destra	mano destra	al 5° gior.	6
8	Laussobe	<i>ibidem</i>	mano sinistra	braccio sinistro	mai	4
9	Chantemesse	<i>ibidem</i>	mano sinistra	braccio sinistro	al 2° gior.	3
10	Dunloy	<i>The Lancet</i> , 1877.	dito	br. del lato mors.	tardiva	9
11	Gamaleja	<i>Annales de l'Inst. Pasteur</i> , 87, n. II.	capo e coscia s.	tutti i muscoli del corpo	al 2° gior.	2
12	Bardach	Thèse de Ygouf, Paris 87	capo, antibr. des	braccio destro	al 2° gior.	4
13	id.	<i>ibidem</i>	faccia	braccio destro	fin dall'iniz.	4
14	id.	<i>ibidem</i>	faccia	arti inferiori	al 3° gior.	4
15	Genet	Acad. de médec. 18 jan. 87.	braccio sinistro	arti inferiori	al 2° gior.	4
16	Grancher	Boston med. and surg. Journ. 87.	dito	arti inferiori	al 4° gior.	7
17	Houbset	Hyst. et mem. de la Soc. royale de méd. 1788, p. 112-119.	gnancia e gambe	arti inferiori	tardiva	9
18	Hémon	Thèse, Paris, 1860.	palm. della man.	br. del lato mors.	tardiva	3
19	Bajwid	Thèse de Ygouf, Paris, 87.	polso ed anul. s.	braccio sinistro	fin dall'iniz.	7
20	Toussaint	Recueil de memoires de médecine, chirurg. et pharm. milit., 1862.	gamba sinistra	arti inferiori	al 2° gior.	5
21	Baudot	Essais anti-hydrophobiques, 1770.	mano destra	braccio destro	fin dall'iniz.	4

22	Champion	<i>Gazette de Santé</i> 1813.	mano sinistra	braccio sinistro al 2° gior.	9
23	Trolliet	Nouveau traité de la rage. Lyon 1820.	mano sinistra	tutte le membra fin dall'iniz.	3
24	Peyraud e Saussol	<i>Gazette hebdomadaire de Montpellier</i> , 1820.	mano sinistra	braccio sinistro fin dall'iniz.	4
25	Ricochon	<i>Gazette hebdom.</i> Paris, 87.	coscia sinistra	al 3° gior.	5
26	Trolliet	Nouveau traité de la rage, 1820.	mano destra	fin dall'iniz.	4
27	Gannaleja	<i>Annales de Pasteur</i> , 87 n. IV.	capo, antib. dest.	al 2° gior.	4
28	Di Vestea e Zagari	<i>Giorn. intern. scienze med.</i> 1887.	gamba	al 3° gior.	6
29	Contrade	<i>Unión médica</i> 8 mai 88	indice destro	al 4° gior.	4
30	Bristowe e Horsley	<i>Sem. méd.</i> 88 p. 447.	?	mai	3
31	Uffreduzzi	La rabbia canina e la cura Pasteur, Torino, 89.	indice destro	al 3° gior.	4
32	Tedeschi	Cit. da Di Vestea e Zagari.	gamba sinistra	tardiva	4
33	Schafer	<i>Annales de Pasteur</i> , 1890.	indice sinistro	fin dall'iniz.	4
34	Marchais	Thèse de Paris, 1891	gamba destra	al 3° gior.	4
35	Vivenzio e Grillet	Cit. da Di Vestea e Zagari.	gamba	al 2° gior.	3
36	Rascol	Thèse de Marchais, 1881.	gamba destra	al 2° giorn.	3
37	Novi e Poppi	<i>Buletino delle scienze mediche</i> , serie VII, v. 3.	gamba sinistra	mai	( )
38	Uffreduzzi	<i>Riforma medica</i> , 1892 n. 112.	avambrac.	mai	( )
39	Murri	<i>Policlinico</i> , 1894, p. 357.	gamba	mai	( )
40	Uffreduzzi	Relaz. del serv. batteriol. Torino, 1895.	mano	mai	( )
41	Bamberger	<i>Wiener klin. Woch.</i> 1895 n. 16, p. 294.	?	br. e gamba des. al 3° gior.	6

( ) Guarigione

Eccomi ora a rilevare le particolarità del caso da me osservato, delle quali cercherò alla meglio di dare qualche interpretazione.

I. Prima di tutto il nostro caso appartiene a quelli, nei quali, pur avendosi la paralisi agli arti inferiori, la morsicatura accadde invece nella sezione alta del corpo, nel volto.

Io credo che la ragione di questa mancata corrispondenza tra la sede della morsicatura e la comparsa della paralisi debba consistere nel fatto che il virus rabico, se propagasi il più delle volte per la via dei nervi, non è escluso che possa tal fiata farsi strada anche per la corrente sanguigna.

Lo stesso Zagari (1) fa osservare che la forma clinica della rabbia sta in rapporto con la sede della morsicatura, *quando però si può nel caso speciale ammettere la trasmissione del virus per la via nervosa.*

Ed invero, ammettendo che in certi casi peculiari la trasmissione si faccia per la corrente sanguigna, non ci sorprende più la mancata corrispondenza.

Infatti Pasteur (2) sacrificando i cani, a cui avea inoculato in vena il virus rabico, ai primi sintomi che accennavano il manifestarsi del male, trovò il virus solo nel midollo lombare, per cui ritenne che l'inoculazione nelle vene dà d'ordinario la prima localizzazione del vi-

(1) Zagari. — Articolo « Rabbia » nel Trattato italiano di Pat. e ter. med. diretto da Maragliano, vol. I p. 2<sup>a</sup> p. 341.

(2) Pasteur.—Compt. Rend. de l'Acad. des sciences, T. XCVIII, p. 457, 1884.

rus nel midollo lombare, onde il più delle volte la forma spinale.

Ma Di Vestea e Zagari (1) inoculando il virus in vene di regioni diverse (ed asportando il tratto per cui passava l'ago) di animali a cui precedentemente aveano resecatò il midollo lombare, o di animali che uccidevano all'iniziarsi dei primi sintomi della rabbia, trovarono il virus primitivamente nei due estremi dell'asse cerebro-spinale, per cui ritennero che la prima localizzazione del virus trasmesso per la corrente linfatico-sanguigna accade saltuariamente or nell'una or nell'altra estremità dell'asse spinale.

Nel caso che ho riferito, si è poi indotti a pensare che il virus sia stato trasportato dalla corrente sanguigna, anche per un altro dato molto importante, pel fatto, cioè, che mancarono completamente tutti i segni di risentimento da parte della cicatrice nella sede della morsicatura: non prurito, non parestesie, non dolore, non stirature, nulla. Ebbene i fenomeni di risentimento da parte della ferita sono stati ritenuti come un criterio validissimo in appoggio della teorica nervosa. Mancando i medesimi, è più logico ammettere che il virus, invece che per i nervi, sia stato trasportato dalla corrente sanguigna: onde la paralisi negli arti inferiori, sotto il dominio del midollo lombare, precisamente come dimostrarono Pasteur e Di Vestea e Zagari, poter accadere sperimentalmente.

(1) Di Vestea e Zagari. — Neue untersuchungen über die Wuthkrankheit. *Fortschritte der Medicin*, n. 7, 8, 1889.

II. Un secondo fatto che merita considerazione è la comparsa precocissima dei sintomi bulbari, quali la disfagia, l'idrofobia, l'aerofobia, l'alterazione della respirazione.

Ho già detto innanzi come gli autori abbiano affermato che nella rabbia paralitica i sintomi bulbari o mancano affatto, ovvero insorgono tardivamente, qualche giorno o due prima della morte.

Ed ho fatto notare altresì come dal quadro precedente, che racchiude 41 osservazioni di rabbia paralitica, risulta effettivamente che nei casi in cui la paralisi è cominciata dagli arti inferiori i sintomi bulbari o non si sono mai avuti, ovvero son comparsi a decorso inoltrato; mentre poi frequentemente si è avuta la comparsa precoce dei sintomi bulbari, allorché la paralisi è cominciata dagli arti superiori. Quest'ultimo fatto si intende agevolmente considerando la vicinanza del midollo cervicale al bulbo.

Ma nel caso, da me riferito, si ebbero fin dall'inizio paralisi degli arti inferiori, cioè manifestazioni morbose in dipendenza del midollo lombare e sintomi di pertinenza del bulbo, con integrità del midollo cervicale, tanto che l'inferma fin al 3 febbraio (4° giorno di malattia) poteva servirsi benissimo degli arti superiori.

Questo fatto sta in opposizione con quanto si ammette generalmente e con quanto specialmente ha cercato di dimostrare lo Schaffer cioè che nella rabbia paralitica abbia luogo una mielite ascendente. E dimostra come non sia sempre giustificata la distinzione che si vuol fare delle due forme di rabbia, cioè la forma furiosa, o cervico-bulbare, e la paralitica o dorso-lombare.

Ma come si può interpretare il fatto della coesistenza di sintomi bulbari e di sintomi da parte del midollo lombare?

Io credo non si possa far a meno di ammettere che il virus abbia raggiunto contemporaneamente le due sezioni dell'asse encefalo-midollare, e che si sia propagato o per la via sanguigna esclusivamente, ovvero per la via nervosa (al bulbo) e sanguigna (al midollo lombare) contemporaneamente.

Al certo si deve restare nel campo delle ipotesi; poichè nessuna dimostrazione sperimentale è possibile avere del modo come il virus si sia propagato.

III. Possiamo noi darci ragione di tutta la forma clinica presentata dall'inferma solamente ammettendo la rabbia?

Certamente no. I precedenti personali e di famiglia, il restringimento del campo visivo, l'iperestesia ovarica e l'esistenza di altre zone iperestesiche ed ipoestesiche debbono farci assolutamente ammettere nell'inferma un fondo isterico, sul quale poi si è sviluppata la rabbia.

Ed a questo proposito richiamo alla memoria l'opinione di quegli autori, i quali credono che nella determinazione della forma clinica della rabbia influisca la predisposizione nervosa dell'individuo che vi va soggetto. Ho già riferito innanzi che il Grancher (1) ha accordato la massima importanza al nervosismo, all'alcoolismo, all'epilessia nella produzione della forma paralitica della rabbia.

È naturale che l'azione del virus sia più spic-

(1) Grancher.—*Bull. Acad. de méd.* p. 31, 1887.

cata, e le lesioni, che ne derivano, siano più profonde (paralisi) nei soggetti in cui il sistema nervoso è meno resistente.

Così nel coniglio — più soggetto alla rabbia— osserviamo nella massima parte dei casi la forma paralitica, mentre nel cane—che è più refrattario — trovasi più di soventi la forma furiosa, la quale predomina pure nell'uomo—che è anche meno recettivo.

Sarebbe stato interessante sapere se in tutte le osservazioni, riferite dagli autori, di rabbia paralitica fosse esistita o no qualche predisposizione neuropatica. Però se questa non trovasi registrata in tutte: pure non fa difetto in alcune di quelle riferite dal Gamaleja; così il soggetto della I. osservazione apparteneva a famiglia di neuropatici, quello della 21<sup>a</sup> era epilettico ecc. . .

Io credo adunque che realmente la predisposizione del soggetto possa avere influenza nel determinare la forma paralitica della rabbia e credo che nel caso da me descritto l'esistenza del fondo isterico abbia contribuito a determinare e rendere più complessa la forma clinica della malattia.

IV. Trovasi consacrato nella storia che un bel giorno la giovane inferma, che era già da tre giorni completamente paralizzata negli arti inferiori, sentì ritornarvi la forza, disse di potersi reggere da sola ed infatti scese dal letto e potette anche dare alcuni passi nella stanza; ma poi ricadde di nuovo nell'impossibilità di reggersi e di camminare.

Come possiamo intendere questa temporanea scomparsa della paralisi?

Il fatto non deve maravigliare, giacchè è stato da vari osservatori notata la possibilità di regresso, almeno temporaneo, dei sintomi dipendenti della rabbia.

G a m a l e j a (1) infatti dice che la lesione anche dei centri più sensibili non è sempre fatalmente progressiva e può sparire almeno temporaneamente senza cause apprezzabili o sotto l'influenza degli agenti più diversi.

Sono numerosissimi gli esempi di infermi che aveano spasmi faringei, idrofobia ecc., e che uno, due giorni prima della morte poterono mangiare e bere senza alcuna difficoltà. Possono al proposito riscontrarsi le osservazioni 1<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup>, 19<sup>a</sup>, 20<sup>a</sup> e 30<sup>a</sup> di G a m a l e j a e la 30<sup>a</sup> di Y g o u f.

Nella 1<sup>a</sup> osservazione di G a m a l e j a si ha pure l'esempio di una regressione temporanea della paralisi nel corso della malattia.

Il fatto è stato pure osservato negli animali. Valga per tutti il seguente esempio: un cane inoculato al laboratorio di P a s t e u r ammalò di rabbia, presentando dapprima paraplegia: per parecchi giorni questa non fece alcun progresso, ma poi diminuì e scomparve del tutto per ripristinarsi poi da capo e l'animale soccombè alla rabbia.

Il caso da me riferito apporta quindi un bel contributo alla conoscenza della possibile regressione, almeno temporanea, di certi sintomi nella rabbia.

V. Merita considerazione il decorso della temperatura che si discostò alquanto dal tipo ordinario della febbre nella rabbia.

(1) G a m a l e j a.—Loco citato.

Come si può scorgere dalla grafica avanti riportata, la temperatura si mantenne dapprima quasi continua intorno ai 38 gradi centigradi, ma poi si elevò di botto a 40°2 la sera del 5 febbraio ed a 42 la sera seguente, per ridiscendere bruscamente a 36°5 in 24 ore e continuare così afebrile fino alla morte.

Non è questo l'ordinario corso della febbre nell'uomo idrofobo. Per lo più la temperatura resta costantemente febrile; anzi un'elevazione eccessiva annunzia la morte e spesso la temperatura si eleva ancora di più dopo la morte.

Diversamente che nell'uomo si comporta la temperatura nel coniglio e nel cane in preda all'infezione rabbica. Nel coniglio si ha elevazione di temperatura nel periodo dei prodromi, mentre poi succede un abbassamento al comparire dei sintomi spino-bulbari. Così Di Vestea e Zagari (1) nei conigli inoculati con virus fisso notarono costantemente elevarsi la temperatura al 5° giorno di 1 o 2 gradi e mantenersi così per 1 o 2 giorni, per poi discendere di botto al normale o sotto al normale ai primi segni di paralisi.

Nel cane al contrario la febbre appare allorchè si manifestano i sintomi spino-bulbari, ma poi si abbassa rapidamente prima della morte.

Sicchè il decorso della temperatura nel caso descritto si è accostato più al tipo della curva febrile del cane, anzichè a quell'ordinario dell'uomo.

Devo far notare che anche in un caso riferito da

---

(1) Di Vestea e Zagari.—Rendiconto di un anno di osservazioni di esperimenti sulla rabbia. *Giorn. intern. delle scienze mediche*, 1887.

Schaffer (1) la curva febbrile offrì le medesime particolarità.

VI. Richiamo l'attenzione sopra i disturbi gastro-intestinali presentati dall'inferma. In principio ebbe infatti inappetenza, nausea, stitichezza, tanto che per 4 giorni non vi fu evacuazione alcuna.

Tanto più vi richiamo sull'attenzione, in quanto che l'inizio con disturbi gastro-intestinali trovatisi registrato nella massima parte di osservazioni di rabbia paralitica: qualche volta si ha la diarrea, ma il più delle volte la stitichezza, quasi sempre disturbi dispeptici.

Ma nell'inferma vi fu un fatto di ben altra importanza e che io credo meriti tutt'altra interpretazione, ed è l'ematemesi, ripetutasi per ben due volte.

Nella forma ordinaria della rabbia trovasi — è vero — lo stomaco più o meno iniettato e qualche volta con erosioni emorragiche; ma i caratteri dell'ematemesi nel caso da me osservato fanno piuttosto ammettere l'origine nervosa.

Accennata da Carré de Montgeron, da Frank, da Pinel, Chomel, Martin Solon, l'ematemesi di origine nervosa fu considerata in rapporto dell'isterismo da Dalmas, Georget, Forget, Parrot. Ed il Ferran (2) nel 1874 fece la sua tesi sui vomiti sanguigni nell'isterismo.

D' allora numerose ricerche e pubblicazioni

(1) Schaffer. — Sur un cas atypique de rage humaine. *Annales de l'Institut Pasteur*, p. 517, 1890.

(2) Ferran. — Du vomissement du sang dans l'hystérie. Thèse de Paris, 1874.

furon fatte sull' ematemesi isterica da Lorey, Mathieu, Josserrand ed altri e recentemente da Hermann (1), alla cui tesi rimando chi desidera notizie dettagliate sull' argomento.

Qui mi limiterò semplicemente ad enunciare le conclusioni dell' importantissima tesi: « Nell'isterismo ha luogo frequentemente l'emissione di un liquido sanguinolento del colore di ratania allungato, costituito da sangue diluito nella saliva, che si origina in occasione di un'emozione, di una paura, di una collera, di una contrarietà qualsiasi. Nessuna lesione trovasi nello stomaco: il sangue pare che si versi nelle glandole e poi venga fuori insieme al secreto di esse. È tale la frequenza del sintoma nell'isterismo, che potrebbe forse elevarsi al grado di una stimata ».

I caratteri del liquido sanguinolento emesso dalla nostra inferma (piuttosto scarso, del colore di ratania allungato), l'essersi verificata l'ematemesi tutta d'un colpo, in occasione della brusca impressione del bagno, l'essersi ripetuta in occasione dello stesso stimolo il giorno appresso, mi fanno credere non ardita l'ipotesi che l'ematemesi sia stata precisamente di origine nervosa e che debba ascriversi alla categoria dell'ematemesi, che si verificano nell'isterismo.

VII. Farò in ultimo notare di volo: 1° l'aumento esagerato del numero dei polsi, che talora riusciva addirittura impossibile poter enumerare — aumento che la digitale riusciva in

(1) Hermann. -- Sur une variété d'hématémèse nerveuse fréquente dans l'hystérie. Thèse de Paris 1895.

minima parte a modificare — ; 2° il respiro di Cheyne-Stokes verificatosi la sera del 6 febbraio; 3° i disturbi dell'urinazione e della defecazione; 4° l'assenza di albumina nelle urine 5° l'aggravamento dell'inferma nel bagno freddo, tanto da far temere prossima e certa la fine se non se n'estraeva subito; 6° la lunga durata della malattia (di 9 giorni, se si considera dall'inizio della paralisi, di 14 giorni, se si vuol computare anche il periodo dei prodromi), la quale conferma il dato di osservazione degli altri autori, che, cioè, la forma paralitica della rabbia ha una durata molto più lunga dell'ordinaria idrofobia volgare.

Conchiudendo, il caso osservato merita considerazione :

1. perchè è un esempio di rabbia paralitica in soggetto che non avea subito alcun trattamento preventivo;

2. perchè offre la singolarità della precoce comparsa dei sintomi bulbari insieme a fenomeni paralitici dipendenti dal midollo lombare, e con integrità del midollo cervicale;

3. perchè coesisteva nell'inferma la nevrosi isterica, che potette aver importanza nella determinazione della forma paralitica della rabbia e che valse a complicare il quadro clinico della malattia.

4. per l'arresto temporaneo della paralisi e per i caratteri peculiari del sintoma idrofobia.

5. per il decorso singolare della temperatura, molto differente dal tipo ordinario della curva termica nell'uomo idrofobo;

6. per la lunga durata della malattia.

Il caso, che ho riferito, vale anche a dimostrare quanto sia poco giustificato il concetto espresso da Jaccoud (1) che « al contrario degli altri veleni morbosi, il virus rabico non agisce che sopra una porzione circoscritta del sistema nervoso, non estende la sua azione a tutto l'organismo, non altera la nutrizione, non provoca movimento febbrile: tutto si riduce all'eccitazione eccessiva, seguita da spossamento, della regione bulbo-mesocefalica ».

Al contrario dimostra la verità del concetto di Brouardel, il quale all'Accademia di Medicina di Parigi diceva: « Nous tous medecins avons donc encore sans doute beaucoup à apprendre sur les formes cliniques de la rage, et nous devons chasser de notre esprit cette idee qu'elle est une maladie à grandes manifestations, delirantes ou spasmodiques. Souvent il n'en est rien ».

Giustamente poi scriveva il Lannois (2) che le forme cliniche della rabbia sono molto più numerose che non si creda, giacchè come tutte le malattie infettive che attaccano i centri nervosi, la rabbia può presentarsi sotto gli aspetti i più differenti.

Ed egli cita al proposito il caso di Freyer (3) in cui la rabbia prese il decorso della malaria a forma perniciosa e come tale fu curata, ma l'infermo morì di rabbia; e l'altro riferito dal Dujardin-Beaumetz (4) al Con-

(1) Jaccoud.—*Traité de path. int.* t. II. 1874.

(2) Lannois.—*Sur les formes cliniques de la rage humaine.* *Lyon médicale* 1888, 19 août, p. 581.

(3) Freyer.—*Indian medical Gazette*, avril 1887.

(4) Dujardin-Beaumetz.—*Rapport au Conseil d'hygiène de la Seine.* Citato da Lannois. *Lyon médical*, 1888, n. 84.

siglio d'Igiene della Senna, di un giovane a 25 anni, che in preda a delirio furioso minacciava di uccidere quelli che lo circondavano, tanto che i medici furono concordi nella diagnosi di mania, ma l'infermo morì di rabbia, perchè il bulbo dette la rabbia nei conigli a capo di 15 giorni.

Sicchè mi pare potersi conchiudere che mentre fino a poco tempo fa s'insegnava esser la forma clinica della rabbia tipica, definita, costante percorrendo i tre noti periodi, oggi bisogna dire che la rabbia è una malattia a manifestazioni multiple e che nel caso speciale non sempre si può far distinzione tra rabbia bulbare e rabbia paralitica: l'una non esclude l'altra: è il malato che dà alla malattia il suo tipo particolare, la sua sintomatologia individuale.

Napoli, Giugno 97.

2865





