

BIBLIOTECA
LANCISIANA



LA

LESIONI DEL SISTEMA NERVOSO

CONFERENZE

II

DI

W. R. GOWERS

Professore di Clinica medica nell'Università di Londra

(Versione dall'inglese del dott. G. E. Curatolo)



Estratto dal Morgagni, Anno XXXI, Giugno 1889

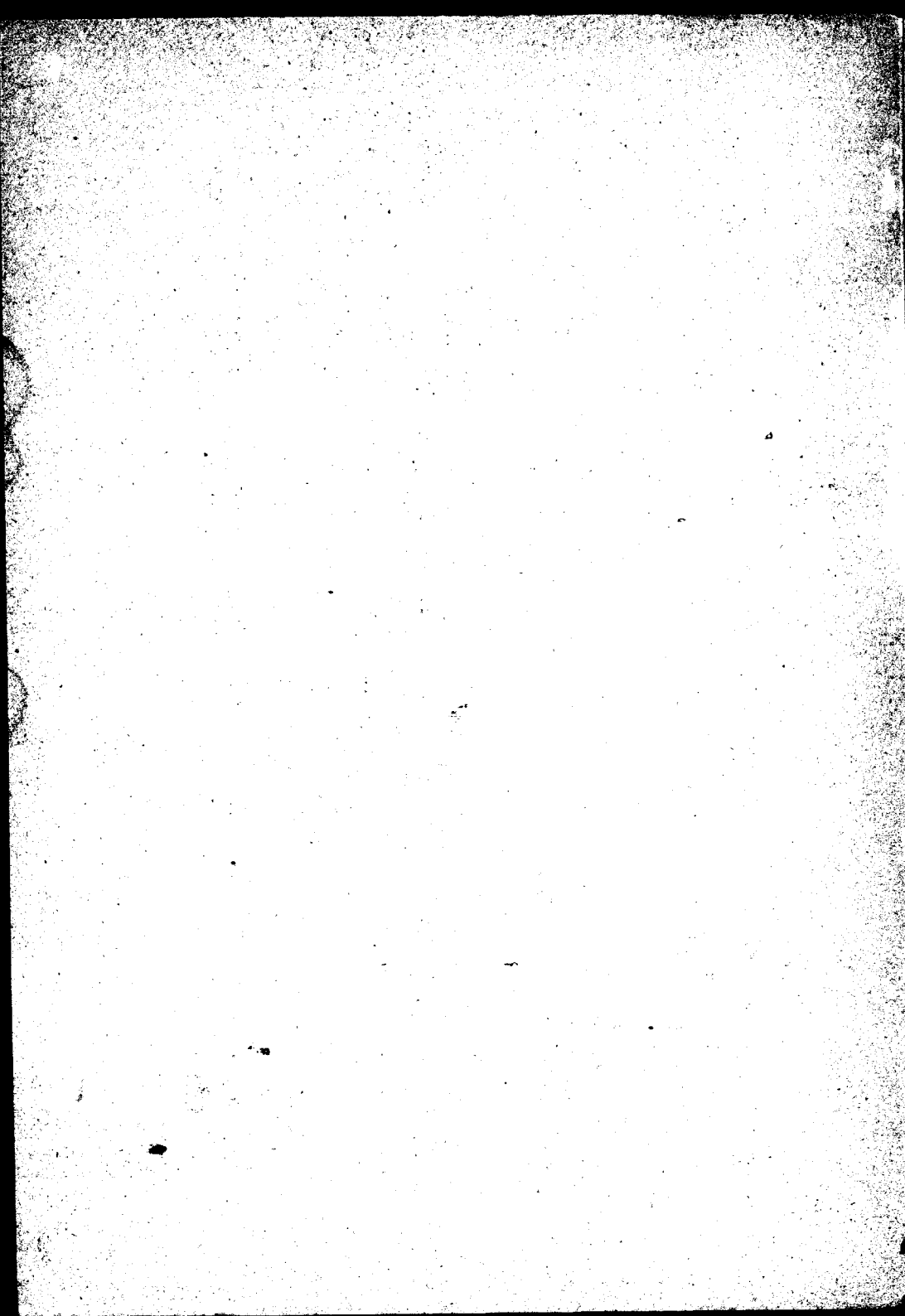


MILANO

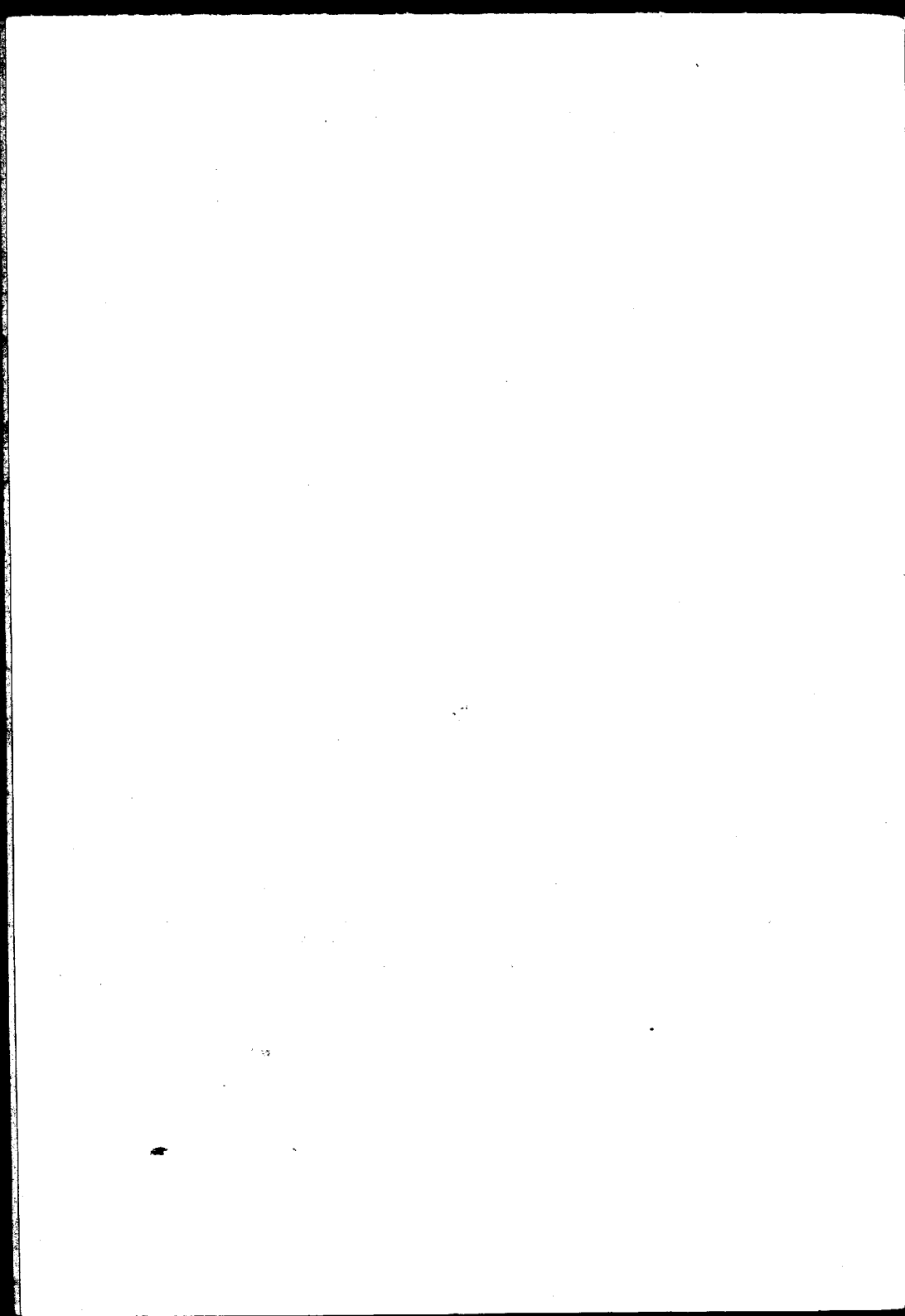
Dott. LEONARDO VALLARDI, Edit.

Via Disciplini, Num. 15

1889.



LA SIFILIDE DEL SISTEMA NERVOSO



LA
SIFILIDE DEL SISTEMA NERVOSO

CONFERENZE

DI

W. R. GOWERS

Professore di Clinica medica nell'Università di Londra

(Versione dall'inglese del dott. G. E. Curatulo)

Estratto dal Morgagni, Anno XXXI, Giugno 1889



MILANO

Dott. LEONARDO VALLARDI, Edit.

Via Disciplini, Num. 15

1889.

MILANO, 1889 - STAB. TIP. ENRICO REGGIANI.

Signor Presidente, Signori,

Dalle questioni di manifestazione etiologica e di patologia che c'intrattennero nella passata conferenza, passiamo ad argomenti di maggiore interesse pratico, ai sintomi, cioè, ed alla diagnosi. Il passaggio può forse apportare con sé un senso di sollievo, ma sfortunatamente non ci fa evitare tutte quelle difficoltà, dalle quali l'argomento che prendiamo a discutere è circondato, e che non lo rendono meno difficile dal lato della sua applicazione.

Anzitutto debbo però riparare ad un'omissione avvenuta nella passata conferenza. Nella lunga serie di malattie, degli effetti, cioè, certi od ipotetici dell'infezione sifilitica, dovrebbero essere anche annoverati taluni disturbi funzionali del sistema nervoso. Da autorevoli persone si è pensato infatti che talune malattie, come l'epilessia, l'isterismo, la pazzia e le nevralgie, nella loro forma puramente funzionale, sieno frequenti successioni morbose dell'azione del virus sifilitico sugli elementi nervosi, durante il periodo della sua massima attività. Il tempo mi manca per una adeguata discussione dell'argomento, ma vi sono due punti che appaiono specialmente interessanti anco ad un esame semplicemente superficiale. Il primo si è che, se alcuna forma speciale di disturbo funzionale sembra doversi esclusivamente riferire alla sifilide, è indispensabile che la prova positiva dal lato della sifilide debba essere data e confermata dalla prova negativa che queste forme non occorrono all'infuori di essa. In secondo luogo, se le forme associate alla sifilide non sono speciali, è d'uopo considerare molto accuratamente la questione se essa vi agisca come causa indiretta. Le cause di queste malattie funzionali sono molte e varie, ed esse prevalgono in larga scala sulla sifilide. Talune delle più potenti si confondono molto facilmente colle condizioni morbose prodotte dalla sifilide costituzionale, in cui la depressione fisica e l'indebolimento mentale sono talora uniti ad un intenso eccitamento corporeo e psichico. È ancora necessario che il criterio terapeutico sia sicuro, e ciò si ottiene per mezzo di una rigorosa osservanza alle condizioni menzionate come indispensabili nella passata conferenza.

Tutto questo, credo, potrebbe avere grandissima influenza sui fatti sui quali si fonda per ora quest'opinione.

Nello studio dei sintomi, non meno che nelle quistioni che abbiamo fin qui studiato, sentiamo tuttavia l'influenza di quell'antagonismo già menzionato sin dal principio di queste conferenze. Il successo, per quanto incompleto, con cui possiamo curare le malattie prodotte dalla sifilide sul sistema nervoso, rende impossibile di ottenere una conoscenza dei loro sintomi in modo così esteso e sicuro come l'abbiamo nel caso di moltissime altre malattie. Noi possiamo averla con certezza, o almeno colla più grande probabilità (che in medicina in generale equivale a certezza) solamente limitando la nostra attenzione ai casi, in cui il reperto necroscopico mette la natura del morbo fuori di ogni dubbio. Ma, se in tal guisa restringessimo il campo dell'investigazione a questi fatti certi e le nostre conclusioni a quelle sicure illazioni che noi potremmo trarre da tali fatti, la nostra conoscenza sarebbe senza dubbio pochissimo estesa ed assai imperfetta. Essa sarebbe basata solamente, o principalmente, su dei casi veramente gravi, e gli effetti delle forme più lievi e dei varii gradi della malattia ci sfuggirebbero in grandissima parte. D'altro canto, se noi includiamo questi ultimi nel campo della nostra investigazione, ci troviamo su di un terreno che è sempre incerto non solo, ma sovente ingannatore, onde gran parte delle nostre conclusioni, che potranno variare a seconda della capacità e dell'attenzione di chi fa le osservazioni, rimarranno incerte: e questa incertezza, a me pare che debba essere francamente ammessa e riconosciuta. Riconoscendone l'esistenza, ne segue che se noi facciamo tesoro delle probabili conclusioni come tali e non attribuiamo loro tutta quella sicurezza della quale mancano, possiamo trarne utilità da tutte, o da molte di esse, senza poi grande pericolo di cadere in errore. Per ottenere un'utilità pratica quanto più è possibilmente estesa, dobbiamo da un canto contentarci sovente di probabilità, che se non sono, è vero, molto sicure, dall'altro dobbiamo usufruirne però come tali, e fidare su di esse solo di tanto di quanto la loro natura ci autorizza.

Nella diagnosi di queste malattie, del pari che nella loro investigazione scientifica, è d'uopo ponderare accuratamente col ragionamento ogni passo, più di quanto si conviene nel caso di molte altre malattie. Il lavoro intellettuale, che è indispensabile per il lento procedimento di illazione nel processo diagnostico, varia molto secondo le differenti classi di malattie; esso, però, dovrebbe sempre essere tale da offrirci risultati di una certa sicurezza. Se noi avessimo minuziosamente ponderato ciascun passo che si fa per venire ad una diagnosi, non sarebbe bastata la nostra vita, e la nostra pazienza sarebbe venuta meno prima di essere arrivati a fare un quarto del lavoro fatto, proporzionando il lavoro intellettuale a seconda dei casi. Ma anco nei casi più semplici, in cui la diagnosi sembra scaturire dalla mera osservazione, ha

luogo nella nostra mente un vasto lavoro di deduzioni, del quale non abbiamo coscienza.

Ancora più estesa è poi la parte di questo lavoro mentale nel diagnosticare quelle malattie, che non sono accessibili all'osservazione diretta e che pure danno « segni fisici » della loro presenza. Tuttavia, in questi casi possiamo permettere che esso resti incosciente senza molto pericolo di cadere in errore ed abitualmente noi facciamo così, e perfino diciamo di « trovare » pneumonite od una pleurite con tutta la certezza, sebbene poi realmente deduciamo l'esistenza della malattia da una serie di procedimenti mentali, che sarebbero di lunghissima durata, se ne distinguessimo tutti i passaggi. Questo, in tali casi, include poco pericolo per un osservatore abbastanza provetto. Ma le lesioni del sistema nervoso sono, però, assolutamente fuori della nostra osservazione, e con tutta la nostra rilassatezza nell'uso dei termini non diciamo di *trovare* un'emorragia cerebrale, o un tumore cerebrale, durante vita. Nel procedere alla diagnosi, la malattia manifestandosi solamente per mezzo di sintomi, che non sono soltanto indiretti, ma eziandio sovente doppiamente indiretti (perchè sono, cioè, gli effetti degli effetti della lesione), non possiamo dispensarci dal considerare accuratamente ciascun passo che siamo per fare per venire alla diagnosi ultima. Questa asserzione è eminentemente vera per le malattie che noi siamo per studiare, perciocchè in esse abbiamo da pigliar in considerazione non solo il carattere della lesione, ma ancora la natura del processo morboso.

Il concetto espresso in queste ultime parole è la prima importante considerazione che deve aversi riguardo al modo di procedere alla diagnosi. Esso è, e deve essere, sempre doppio, e delle due parti di cui si compone, l'una dovrebbe sempre essere separatamente presa prima dell'altra. Noi dovremmo infatti domandarci sempre quale è la natura del processo morboso, prima di venire alla conclusione se esso sia, o no, un processo specifico, e se è dovuto, o no, alla sifilide. Più esattamente parlando, i passi indispensabili che si debbono fare pel lavoro diagnostico sono i seguenti: 1. Quale è la sede della lesione indicata dai sintomi e quale la sua natura dimostrata dal loro decorso? 2. Tale processo morboso è uno di quelli che può essere originato dalla sifilide? 3. L'infermo ha sofferto di sifilide? 4. Può rintracciarsi qualche altra causa di questo processo morboso? 5. Finalmente, in seguito dobbiamo vedere se il risultato della cura conferma la nostra conclusione. Quest'ultimo elemento di diagnosi differisce dagli altri per carattere ed ancora per il tempo in cui deve essere messo a profitto. L'esame attento di esso racchiude dei quesiti, che discuteremo nella prossima conferenza e che per altro sono quelli che menzionammo nel considerare l'uso scientifico del criterio terapeutico; di essi adunque non c'intratteremo oggi. Ma noi dobbiamo considerare brevemente gli altri passi

necessarii per venire alla diagnosi, poichè il solo mezzo per evitare in questi casi di cadere in errore, e di venire a conclusioni tanto sicure, quanto le condizioni delle cose lo permettono, si è di considerare ogni caso come un problema nuovo, indipendente dagli altri casi o dai tipi generici, e studiarlo completamente analizzando separatamente ogni questione e comparandole invece solo alla fine del processo.

Uno dei quesiti messi avanti, se, cioè, possa venire rintracciato qualche altro momento etiologico della lesione, può parere superfluo, trattandosi di lesioni che non hanno altra causa che la sifilide. Ma ciò è vero solamente per la lesione patologica considerata *post-mortem*. Molti processi dovuti alla sifilide hanno delle analogie con dei processi che non sono di natura sifilitica. Gli effetti di entrambi sugli elementi nervosi e del pari i sintomi ad essi dovuti possono essere gli stessi. Una gomma della corteccia ed un glioma sviluppatasi entrambi nello stesso punto possono produrre sintomi identici. Le conseguenze dell'occlusione di un'arteria per un'affezione sifilitica e per embolismo possono assolutamente corrispondere in egual maniera. L'elemento della specificità, adunque, manca interamente durante la vita. Non vi sono sintomi per i quali noi possiamo dire, come lo si può alla tavola anatomica: *questo prova una lesione specifica*. Non vi sono sintomi, nè concomitanze di sintomi prodotte dalla sifilide, che non possano essere prodotte anche da altre malattie.

Ma, mentre ogni processo morboso specifico ha il suo analogo di natura benigna, vi sono molti processi benigni che non hanno i loro analoghi specifici, e molti di questi processi sono rappresentati da sintomi caratteristici. Alcuni di questi processi benigni possono essere anche dovuti alla sifilide, come abbiamo visto, ma anche allora non sono specifici; per quanto possiamo vedere essi sembrano benigni. Se essi, però, sono dovuti alla sifilide non sono certamente influenzati dalla cura, come lo sono le lesioni specifiche; quindi, mentre non vi sono sintomi che provano che una lesione è specifica, ve ne sono però molti che provano che una lesione non è specifica.

Donde l'importanza capitale di considerare in primo luogo per qual genere di lesione i sintomi depongono. Tenere questo in poco conto, dire: perchè un infermo ha una malattia del sistema nervoso e perchè ha avuto la sifilide, che la lesione è di natura sifilitica; sarebbe precisamente lo stesso che sostenere, che un tumore sottocutaneo qualunque in un soggetto sifilitico sia una gomma, senza sentirne la consistenza od osservarne il carattere, ovvero che un'ulcerazione alla gola è specifica senza guardarla. Se una persona che ha sofferto di sifilide ha un'ematemesi, non sembrerebbe molto logico di presumere a primo acchito che quella è un effetto della pregressa sifilide; eppure alcuni fatti osservati arrecano realmente più valore a questa opinione, anzichè alla conclusione che una paraplegia sorta in modo veramente

subitaneo sia dovuta alla sifilide. Noi sappiamo che la sifilide ha cagionato un'emorragia nello stomaco pel fatto clinico dell'ematemesi, ma non possiamo sapere che essa ha cagionato un'emorragia nel midollo spinale.

Quindi, considerando il genere di lesione che deve esistere, perchè essa produca quei sintomi, noi possiamo sapere una delle due cose, se cioè il processo morboso appartiene ad uno di quelli che possono essere specifici, o viceversa. Studiare dettagliatamente queste indicazioni però, sarebbe lo stesso che entrare interamente nel campo delle diagnosi delle malattie del sistema nervoso. Ad ogni modo, vi sono due condizioni, alle quali quasi tutte le lesioni specifiche soddisfano, una di tempo, l'altra di sede. Anzitutto, le vere lesioni specifiche sono, in generale, subacute o subcroniche. L'insorgere acuto (non nel senso assoluto) d'un processo, praticamente parlando depone per un'inflamazione, e noi abbiamo visto nella passata conferenza che l'occorrere di una infiammazione sifilitica in modo acuto deve essere ancora considerato come una questione *sub judice*. È certo che i sintomi di lesioni sicuramente specifiche rarissimamente si sviluppano in grado considerevole in meno che una settimana; essi, inoltre, rarissime volte assumono un decorso cronico, e raramente si sviluppano in modo notevole in più che tre mesi. Però un'insorgenza acuta, subitanea, nel vero senso della parola, non è molto rara, ma essa è quella che si vede talvolta nei fenomeni morbosi dovuti alla occlusione vascolare. Fatte queste eccezioni, quando i sintomi si sviluppano in pochi giorni, o in molti mesi, non è probabile che essi sieno dovuti ad una vera lesione specifica. I processi degenerativi hanno, naturalmente, un insorgere cronico, ma essi non sono veramente specifici ed inoltre le infiammazioni interstiziali croniche, assai dubbiosamente specifiche, sono eziandio croniche.

Passiamo ora alla seconda delle due condizioni menzionate, a quella cioè di sede. I processi specifici hanno luogo, come abbiamo visto, all'infuori degli elementi nervosi; non hanno adunque una speciale relazione colla funzione nervosa, epperò i loro effetti saranno accidentati nella loro distribuzione. Essi sono riferibili ad una funzione speciale solo quando la funzione è dipendente da una sola regione, e questo avviene si raramente da avere poca importanza pratica. Come regola generale, se noi troviamo taluni tessuti di funzione comune, affetti isolatamente in mezzo ad altri tessuti di differente funzione, possiamo essere sicuri di non avere da fare con un vero processo specifico. Potrebbe essere, bensì, una degenerazione post-sifilitica, ma questa non è, a rigore, una lesione specifica. Questi due segni sono di un'importanza così capitale, da metterci in grado di escludere processi che e non sono sifilitici.

Avendo noi adunque le prove che un processo può essere specifico,

possiamo fare un passo avanti dicendo che i suoi sintomi lo rivelano *probabilmente* specifico. Ma prima di venire a questo, è d'uopo accertarsi se nel caso che abbiamo sotto la nostra osservazione, questa possibile infezione può venire rintracciata. La lesione può essere dovuta alla siflide; si ha questa nell'anamnesi del nostro infermo? In ogni genere di diagnosi, il fatto che noi possiamo trovare una causa sicura è sempre qualche cosa, ragionevolmente, di grande valore. Ma questo fatto, però, non deve avere la preponderanza sulla manifestazione diretta della natura della lesione, ma, in giusta subordinazione, costituisce un segno assai prezioso. Onde passiamo a farci l'altra domanda: ha avuto l'infermo la siflide? Almeno questa è la forma sotto cui si mette comunemente la questione; ed in molti casi è sufficiente. Ma noi però non dobbiamo accontentarci di una risposta negativa, poichè abbiamo già visto come taluni di quelli che hanno avuto la siflide, non lo sanno. Si è visto la necessità di riconoscere questo fatto nel campo dell'investigazione scientifica, ma esso è del pari importante relativamente alla pratica diagnostica. Noi non possiamo, in modo assoluto, escludere la siflide, a meno che non si possa escludere come causa un'infezione. La siflide si contrae così raramente per vie diverse dalla solita, che non è d'uopo prendere in considerazione altre possibilità, e se v'è stata la possibilità di esporsi all'infezione, la malattia non può venire assolutamente esclusa. La verità e l'importanza dell'anzidetto non verrà messa in dubbio da coloro, i quali hanno veduto molti casi di effetti tardivi della siflide, ma a coloro ai quali l'osservazione di questi casi capita di rado, ciò può parere certamente appena credibile.

Relativamente a questo, poi, potrebbe farsi la seguente domanda: quale influenza avrebbe sulla diagnosi l'incertezza della siflide nell'anamnesi dell'infermo? La probabilità che si tratti di una lesione di natura sifilitica di quanto dovrebbe scemare a cagione dell'incertezza della progressa siflide e *viceversa*?

Io credo che l'errore più comune e meno facilmente evitato è quello di accordare troppa importanza a questo elemento d'incertezza. I sintomi, in un dato caso, presentano tali caratteri, che la causa che li genera può essere veramente un processo sifilitico; ma, se si sa che l'infermo ha sofferto di siflide, la natura sifilitica del processo pare più probabile di quanto non lo sarebbe, se la progressa siflide fosse dubbia. Forse è bene tenere calcolo di ciò, ma il peso che vi si dà dovrebbe essere sempre dato come un elemento di diagnosi, cui esso più propriamente appartiene, come un elemento cioè di probabilità. Non è giusto adunque che abbia influenza su indicazioni assai distinte, positive o negative di siflide. Se, ad esempio, i sintomi sono tali che nettamente debbono per una lesione sifilitica (per una lesione quasi mai dovuta ad altra causa), è evidente che questi sintomi non debbono essere, in realtà, influenzati dal semplice fatto che l'anamnesi della sifi-

lide è dubbia, purchè s'intende l'infezione sia stata in qualche modo possibile. D'altro canto, se i sintomi sono tali da rendere assai improbabile che il processo sia di natura sifilitica, questa improbabilità non è di fatto diminuita anco dalla certezza che il paziente ha sofferto di sifilide.

Ma, se la lesione appartiene alla categoria delle lesioni possibili della sifilide, nasce il quesito: può rintracciarsi qualche altra causa di questo processo morboso? Se un'altra causa esiste, la difficoltà è certo molto accresciuta. La diagnosi allora dipende, anzitutto, dal parallelo delle lesioni prodotte dalle due cause separatamente prese con quella indicata dai sintomi del caso in esame, e poi dal parallelo dei sintomi pei quali quelle lesioni si manifestano con quelli presentati dal nostro infermo.

Questo breve riepilogo del processo di diagnosi potrà sembrarvi complesso oltre il necessario e si potrebbe credere che queste considerazioni siano puramente teoretiche; esse però rappresentano, nella loro forma più semplice, i processi essenziali da adottarsi per una esatta diagnosi. Io li do in astratto, perchè la loro applicazione varia in ogni caso, e per il loro giusto uso è necessario si abbia una certa familiarità con i loro principii:

Nullameno bisogna francamente riconoscere che un'esatta diagnosi della natura di queste lesioni specifiche è talvolta impossibile. I sintomi possono essere equivoci e tali da poter dipendere od essere prodotti da più che da un solo processo sifilitico; però, noi possiamo generalmente limitare le lesioni possibili a due solamente, e vedere se si hanno prove preponderanti più per l'una che per l'altra.

Dobbiamo ora prendere in esame i sintomi di alcuni di questi processi specifici. Una gomma cagiona, in massima parte, sintomi simili a quelli prodotti da ogni altro tumore intra-cranico a rapido sviluppo, cioè sintomi generali cerebrali, e sintomi locali dovuti alla influenza locale della neoplasia. I caratteri speciali non sono di solito che solamente suggestivi; essi dipendono dal decorso ed ancora dal fatto che le gomme sono piuttosto più frequenti in certi punti che in altri. Il decorso, come quello delle altre lesioni specifiche, è subacuto o subcronico; la sede è generalmente superficiale nella corteccia o alla base, talvolta al ponte, tal'altra nella regione dei talami dal lato dei peduncoli, di rado è il cervelletto. Laonde, i sintomi d'irritazione corticale sono relativamente più frequenti che in altri tumori e le convulsioni sono comuni. Tali sintomi hanno molta importanza per la loro distribuzione e per il loro iniziarsi che indica il punto in cui lo scoppio comincia. Ma tutte queste indicazioni, anche se associate, non ci danno, non dico un assoluto, ma nemmeno un approssimativo mezzo di distinzione. Esse possono essere, e spesso lo sono, prodotte da neoplasmi di altra natura e specialmente da gliomi a rapido sviluppo.

L'indicazione data dal decorso dei sintomi è utile principalmente per

la sua importanza negativa: una neoplasia a decorso veramente cronico, non è facile che sia di origine sifilitica. Sotto questo punto di vista, noi possiamo trarre preziosa luce dalla nevrite ottica, che non manca quasi mai. I sifilomi producono sempre una forma acuta di nevrite ottica che diviene assai intensa; una neoplasia a rapido sviluppo giammai produce una forma cronica di nevrite, sebbene talvolta un'altra a lento decorso possa cagionare una nevrite di forma acuta. Laonde, mentre l'acuzie della nevrite è di un valore diagnostico poco importante, la cronicità (una nevrite, cioè, che permane per lungo tempo in grado moderato o lieve), depone chiaramente contro la diagnosi di un neoplasma sifilitico e vi aggiunge grandissimo valore il fatto della grande cronicità di altri sintomi. Questo segno della nevrite è poi specialmente interessante allorquando i primi sintomi sono equivoci e troviamo difficoltà a poter dire per quanto tempo il tumore ha esistito.

Le gomme sono, tra le lesioni specifiche, quelle in cui l'effetto della cura è di grandissimo valore diagnostico. Esso, di solito, produce una pronta diminuzione nei sintomi, ma, per essere di una certa importanza, questa diminuzione dovrebbe essere considerevole e dovrebbe comprendere tanto i sintomi generali, che i locali. È un fatto degno di nota e sicuro che talora, in casi di tumori di altra natura, dietro la somministrazione del joduro di potassio segue una considerevole diminuzione dei sintomi, ed in specie dei sintomi generali. Tale effetto è frequentissimo nei gliomi, e sono queste, appunto, le neoplasie che danno luogo a gravi difficoltà. Talvolta, anche la nevrite ottica può declinare, ma più spesso permane invariata, e ciò dovrebbe farci stare in guardia. Per ben apprezzare l'importanza della retrocessione della nevrite, noi dobbiamo rammentarci che ogni intensa infiammazione, dopo che ha raggiunto il suo apice, lentamente declina dando luogo ad un'atrofia cicatriziale, sebbene il tumore che l'ha cagionata continui a crescere. Noi, adunque, non dobbiamo cadere in errore, credendo questa naturale declinazione un effetto della nostra cura, e possiamo soltanto far fronte a questa difficoltà terapeutica coll'aspettare e sorvegliare attentamente. Se taluno dei sintomi ritorna o aumenta d'intensità, se taluno dei sintomi persiste, mentre dovrebbe prontamente essere influenzato dalla cura, qualora il neoplasma fosse di natura sifilitica, noi dobbiamo presumere che non è probabile si tratti di lesione di tale natura. L'indugio non può essere evitato, ma esso è un grande svantaggio, poichè la moderna chirurgia ha fatto tali progressi da far sentire il bisogno, non solo di un'esatta, ma di una pronta diagnosi.

La meningite locale cronica, di natura sifilitica, cagiona sintomi distinti, principalmente quando colpisce la base del cervello e lede i nervi cranici, ovvero, quando è localizzata alla convessità e lede una regione motrice. I sintomi sono quelli di una lesione superficiale e la mancanza di segni di considerevole perdita della funzione del tessuto

sottostante, come una notevole compressione dovrebbe cagionare, è il fatto principale che fa distinguere la meningite da una gomma della stessa sede. Se poi i sintomi depongono per una larga area d'irritazione con lesione semplicemente superficiale, la diagnosi può venir fatta con grandissima probabilità. Questa meningite locale è forse meno frequente alla convessità del cervello di quanto lo sono le gomme, ed è certamente meno frequente ivi, anzichè alla base del cervello. Quivi i sintomi più importanti sono dovuti alla lesione dei nervi cranici e sono ben noti i punti diagnostici più importanti. Il criterio terapeutico ci dà aiuto solo nei casi recenti di meningite. Quando lo sviluppo del tessuto di neoformazione tra le fibre è già incominciato, esso sembra procedere nel suo corso a dispetto della cura, e l'inevitabile retrazione cicatriziale può rendere perpetua la lesione prodotta nel periodo più attivo della malattia. In un caso di meningite locale, che durò alquanti mesi, quantunque in seguito si fosse constatato essere di natura sifilitica, i sintomi furono generalmente influenzati poco, e forse per niente, da un trattamento antisifilitico, benchè energico. Le altre forme di meningite cerebrale e spinale, per quanto interessanti, io sono costretto a passare sotto silenzio.

Lo stato incompleto della storia clinica di una lesione sifilitica, quando quella storia è basata soltanto su di un segno sicuro, è assai importante nel caso delle lesioni delle pareti delle arterie. Le classiche ricerche dell'HEUBNER che, per il primo, mise quest'argomento su di un terreno sicuro, erano basate di necessità su di una grande quantità di casi gravi.

Il quadro clinico delineato da esse, per quanto sia vero nella parte che riguarda le conseguenze di una estesa e grave lesione, è però imperfetto a rappresentare le conseguenze più lievi e più comuni del processo morboso. Sorvolando sulle prime, perchè sono ben note per la descrizione che se ne dà, sebbene poi s'incontrino di rado, io vorrei richiamare la vostra attenzione su di alcuni fatti riguardanti queste forme più lievi. L'importanza dell'urgenza della diagnosi di queste alterazioni è superiore a quella delle altre lesioni sifilitiche.

Nessun altro processo luetico è più di questo proclive a produrre lesioni gravi e durature; nessun processo, come questo, ha conseguenze tali che, una volta prodotte, sfuggono completamente ai nostri mezzi di cura; però un trattamento energico le può sicuramente prevenire. Egli è per questo che credo cosa savia soffermarmi a preferenza su questo soggetto anche perchè esso costituisce una malattia, in cui la diagnosi durante la vita può generalmente venir formulata con sufficiente sicurezza, tale da dare un alto valore a fatti clinici.

Il meccanismo principale col quale questo processo produce i suoi sintomi è, come abbiamo visto, la subitanea occlusione di un'arteria. Essa si deve senza dubbio al fatto che il lume ristretto del vaso viene



ad essere occluso da un trombo, e sotto questo punto di vista la lesione sifilitica non differisce dall'altra forma comune di malattia delle arterie, cioè dall'ateroma. L'occlusione forse sovente non avviene nell'arteria più grossa e le cui pareti sono ammalate, ma in una branca che da essa si parte in quel punto, ed il cui orificio è sì ristretto, che la corrente sanguigna che resta al di là tende a ristagnare ed a coagularsi. Questo oppilamento produce la solita conseguenza, cioè una pronta anemia e necrosi del tessuto cerebrale, a meno che non vi siano sufficienti anastomosi atte a ristabilire la circolazione collaterale. Questa poi può essere sì completa, in modo da non prodursi alcuna alterazione, ovvero così incompleta che ne risulti un indurimento sclerotico.

I sintomi caratteristici sono quelli di una lesione subitanea a focolajo del cervello. Eccetto che per embolismo una tale lesione è assai rara, a meno che non siasi raggiunto il periodo degenerativo della vita. Un embolismo può di solito venire escluso, se non vi è un vizio valvolare od un'altra causa comune, ovvero se l'infermo nca ha recentemente sofferto d'una malattia ordinariamente atta a produrre l'endocardite. Da ciò si deduce come l'occorrere di tali sintomi in un adulto al di sotto dei venticinque anni, che abbia sofferto di sifilide, e che non abbia un vizio di cuore, possa in generale essere considerato come indice di una lesione sifilitica di un'arteria cerebrale, e la diagnosi può essere formulata con una tale certezza, che raramente puossi avere in altre affezioni sifilitiche. E questa sicurezza è stata confermata talvolta casualmente. Quando, dopo fatta la diagnosi, l'infermo è morto, la lesione dell'arteria è stata invariabilmente rinvenuta, almeno per quanto m'insegnano la mia esperienza e la letteratura. È vero, però, che in rari casi debbono essere escluse anche certe altre cause sicure di occlusione arteriosa. Io farò menzione di queste per ora; esse però non diminuiscono in realtà il valore del giudizio testè enunciato, giacchè la necessità che se ne tenga conto è non solo rara, ma ancora generalmente nota. Però, quando il periodo degenerativo della vita è arrivato, possono esistere altre cause di occlusione arteriosa, cause che noi non possiamo escludere con quella prontezza e sicurezza, colla quale possiamo escludere un embolismo, la qual cosa arreca una certa difficoltà nei casi di individui al di sopra dei quarantacinque o cinquanta anni. Quindi sforzandoci di constatare la storia di questi casi semplicemente dall'osservazione clinica, conviene limitare la nostra attenzione a quelli in cui la diagnosi può esser fatta con grandissima sicurezza. La lesione ha luogo durante l'ultimo periodo della vita, e nella nostra pratica diagnostica dobbiamo riconoscere questo fatto; può darsi che esso ci meni a trarre conclusioni imperfette, ma noi dobbiamo accettare questa imperfezione onde ottenere quanto più di sicuro è possibile.

Le seguenti conclusioni sono basate su di una serie di casi venuti

sotto la mia osservazione, avendo esclusi quelli oltre i 45 anni. I casi sono in numero di cinquanta, ma per talune omissioni in alcuni, il numero valevole per il nostro studio è minore. Gli infermi erano tutti di 25 anni, meno uno che ne aveva 21. I maschi stanno alle femmine come tre ad uno, una proporzione che può non essere molto lontana da quella della frequenza della sifilide stessa.

Molti osservatori hanno notato come sia assai variabile l'intervallo di tempo che corre tra la malattia iniziale e la lesione cerebrale, e la variazione è molto marcata nei miei casi. In un quarto la lesione occorre durante i primi due anni susseguenti all'infezione e negli altri nei dodici anni consecutivi (dopo due, in nove casi; dopo tre a cinque anni in sette casi; da sei a dieci, in nove; da undici a quindici, in undici casi; da sedici a venti, in quattro). Vi fu un intervallo di diciannove anni in un individuo che ebbe la sifilide ben manifesta a 18 anni ed all'età di 37 anni un accesso di emiplegia destra, seguita un anno dopo da paraplegia di forma subacuta. Diciotto anni trascorsero pure in una donna, che a 16 sposò un uomo di non buoni costumi; i primi due figli nacquero morti, ed a 35 anni ebbe un'emiplegia con l'insorgenza caratteristica della trombosi arteriosa. L'intervallo più breve fu di tre mesi, ed il caso non può sembrar dubbio. Un individuo all'età di 21 anni ebbe un'ulcera dura, seguita da ingorghi ghiandolari indolenti. Tre mesi dopo la comparsa dell'ulcera, fu colpito subitamente da emiplegia, che lentamente scomparve, ma che fu seguita sei mesi dopo da un secondo accesso allo stesso lato. In questi casi, come in tutti gli altri, un'accurata ricerca non rivelò altra causa. Nell'altro caso solamente, in cui l'intervallo fu meno di un anno, l'accesso occorre sei mesi dopo l'infezione.

L'effetto più comune della lesione si fu sempre l'emiplegia, come indice di una lesione dell'arteria cerebrale media e forse d'oppilamento di una branca irrorante i gangli cerebrali. In un caso solamente le convulsioni all'insorgere fecero pensare che la lesione fosse limitata alla corteccia (Un rammollimento simultaneo centrale necessariamente impedisce la caratteristica speciale di una lesione corticale). In tre casi di emiplegia si pensò che la lesione fosse nella arteria cerebrale posteriore.

È chiaro però, come questi casi mostrino soltanto taluni degli effetti della lesione vascolare e non tutte le più gravi conseguenze. Delle lesioni possono aver luogo in punti del cervello, dove essi non cagionano sintomi locali, come d'altro canto succede che ad una lesione della basilare e delle vertebrali, capace di cagionare sintomi ben definiti, di rado si sopravviva.

Queste gravi conseguenze sono, però, ben conosciute, ed io dunque vi passerò sopra. Quasi in diciannove casi sopra venti, l'arteria di Silvio è quella che quando è lesa cagiona dei sintomi, fatto, del resto, molto

facilmente spiegato; e di tale lesione questa statistica presenta un bel-l'esempio.

Il grado della paralisi, come ancora il suo decorso, presenta delle varianti simili e così estese, come quelle riscontrate nell'embolismo. Essa può essere lieve e passeggera, o grave e sovente allora permanente, solo con poco consecutivo ritorno di forza nella gamba e nel braccio, rimanendo però la mano priva di forza o quasi, e rigida. Poche volte ebbi a vedere due accessi di emiplegia ad intervalli di mesi e molto raramente sintomi di qualche altro processo sifilitico coincidono coll'insorgere dell'emiplegia. Solo in un caso, in cui vi era ragione a sospettare di una gomma, io ho riscontrato la nevrite ottica. In parecchi casi poi gl'infermi aveano, in altra epoca, sofferto di paraplegia, forse prodotta dalla compressione di una gomma sul midollo spinale.

In un terzo dei casi l'accesso era avvenuto durante il sonno: durante la veglia, esso fu di rado seguito da perdita della coscienza, e solo in un decimo dei casi (fatto questo di molta importanza). Talvolta si ebbero vertigini e vomito, ed è pure di grande importanza il fatto che l'accesso fu, in più della metà dei casi, preceduto da dolori di capo, di solito intensi, ora generali ed ora specialmente dal lato della susseguente lesione. La cefalea precedeva l'accesso talora di solo pochi giorni o di una settimana, spesso di più settimane, di rado di due o tre mesi. Essa era manifestamente in certo qual modo dovuta alla stessa lesione arteriosa. Talvolta, per un giorno o due prima dell'accesso si avea un leggero formicolio od altra sensazione dal lato in seguito divenuto paralitico. Così, un infermo si ebbe dieci giorni prima intensa cefalea, e due giorni prima dell'accesso ripetute sensazioni di formicolio. L'accesso si manifestava sovente in modo affatto subitaneo ed unico, ed in taluni casi occorre in due stadii. Ecco i diversi modi con i quali l'accesso si manifestava:

1.° Il braccio e l'arto inferiore divenivano deboli per pochi minuti, poscia si riavevano e mezz'ora dopo venivano di un colpo paralizzati.

2.° Un leggero indebolimento precedeva di sei giorni, prima che l'emiplegia subitanea scoppiasse.

3.° L'arto inferiore verso sera diveniva debole e durante la notte paralitico.

4.° L'infermo si svegliava sul mattino con paralisi alla gamba e durante i due giorni consecutivi essa si estendeva gradatamente al braccio ed alla faccia.

5.° Il braccio era di un colpo reso paralitico e sei giorni dopo si avea afasia, con convulsioni senza dubbio dovute ad occlusione di una branca corticale.

La diagnosi di questa affezione dipende principalmente dalle indicazioni causali, negative o positive, dall'assenza di altre cause, e dalla

presenza della sifilide. Il criterio terapeutico qui non può darci aiuto: il processo sifilitico delle pareti arteriose, ed il trombo che secondariamente ne risulta, sono del tutto separate dal semplice processo cerebrale — dal rammollimento necrotico, cioè, da cui i sintomi direttamente dipendono. Curate l'infermo come volete, rimuovete quanto più presto e più completamente vi sarà possibile la lesione della parete dell'arteria, voi non potete però ripristinare la circolazione, nè impedire la necrosi del tessuto cerebrale, una volta che il sangue si è coagulato nel vaso. Paragonate due serie di casi di emiplegie, l'una dovuta, cioè, all'embolismo e l'altra alla sifilide, e voi troverete come il decorso generale è uguale, per quanto saggio e lungo sia stato il trattamento adottato nei casi dovuti alla sifilide. In ambo le serie noi troveremo dei casi, nei quali la paralisi è lieve o passeggera, però questi sono casi in cui la sostanza motrice non è stata coinvolta dal rammollimento, ma è solo stata temporaneamente affetta, perchè la lesione era avvenuta vicino ad essa. In entrambe troveremo casi di paralisi gravi, perchè la via motrice è stata interrotta, ovvero i centri nervosi distrutti. Quindi voi, colla cura, potete salvare il vostro infermo da un nuovo accesso, ovvero dall'estendersi della già avvenuta lesione, ma non potete salvarlo dalla distruzione del tessuto nervoso già avvenuta o allontanare gli effetti di essa. Riconosciuto un segno premonitorio qualunque (anticipato, cioè, all'insorgere dell'accesso) l'attacco può forse essere prevenuto, ma una volta che il vaso si è occluso, ogni vostro trattamento terapeutico sarà inutile per la lesione già avvenuta. In tali casi adunque, il risultato della cura non ha alcuna importanza per la diagnosi, e se un risultato positivo sembra aversene, noi possiamo essere sicuri che il miglioramento è una coincidenza e non una conseguenza della cura.

Un esempio può rendere più chiaro questo fatto assai importante, e quantunque ipotetico, nullameno io credo che esso sia nei limiti del possibile non solo, ma del probabile. Un individuo è colpito subitaneamente da emiplegia per embolismo, che ha prodotto una piccola chiazza di rammollimento vicino ai centri motori, ma senza coinvolgerli in esso. Come noi sappiamo, e come comunemente avviene in questi casi, la funzione di questi centri si è temporaneamente indebolita. Quest'individuo ha una stenosi mitralica non nota, essendo sfuggito all'esame un breve soffio presistolico; il suo medico curante, il quale sa che l'infermo ha sofferto la sifilide costituzionale, crede che l'emiplegia sia di natura sifilitica e subito gli prescrive l'ioduro di potassio. In due o tre giorni si ha distintamente ritorno di forza agli arti; il miglioramento procede sempre ed in un mese l'infermo sta realmente bene. Quale ferma convinzione non vi sarà dal lato del medico che l'emiplegia era dovuta alla sifilide? Non sarebbe essa quasi incrollabile? Eppure sarebbe del tutto erronea. Notate, inoltre, che se la stessa

lesione cerebrale fosse stata prodotta dalla siflide, il ragionamento del medico, di dedurre la causa produttrice dall'effetto della cura, sarebbe stato parimente erroneo, quantunque la sua conclusione giusta. Gran parte degli errori in medicina (e non in essa semplicemente) si deve al fatto che la esattezza di una conclusione dipende dal ragionamento, per mezzo del quale noi siamo ad essa venuti.

La frequenza di sintomi premonitori e dell'insorgere più o meno subitaneo, senza perdita di coscienza, sono indicazioni diagnostiche, che spesso sono di grande importanza. Esse sono importanti specialmente quando coesiste qualche altra causa di occlusione vasale, soprattutto e quando può rinvenirsi una causa di embolismo. Talvolta la cardiopatia è il postumo delle febbri reumatiche; l'individuo contrae la siflide e dopo è colpito da un attacco di emiplegia subitanea. Noi non possiamo allora trarre profitto dall'indicazione causale, a meno che non troviamo una prova che l'una malattia o l'altra ha recentemente influenzato intensamente l'organismo, vuoi con recenti embolie, vuoi con recenti processi sifilitici in altri punti. L'insorgere subitaneo e deliberato depone assai favorevolmente per una trombosi, epperò per una lesione sifilitica piuttosto che per un'embolia. Ma le indicazioni più importanti, però, sono i sintomi premonitori e specialmente la cefalea. Questa, se è intensa, dimostra che un processo morboso endocranico precede l'insorgere dell'accesso, mentre che in un embolismo le condizioni intracraniche sono normali fino al momento in cui una particella ostruente non sia di un tratto trasportata dal sangue dal cuore all'arteria cerebrale. Il valore pratico di questa indicazione è accresciuto dal fatto che, non solo essa è comune, ma è eziandio un sintomo assai spiccato.

A parte un embolismo od un trauma, un'emiplegia che insorge tra i 25 ed i 45 anni, è, io credo, rarissimamente dovuta ad altra causa che non sia la siflide, ed il suo occorrere deve giustamente far nascere un forte sospetto di questa infezione, perfino in casi in cui non vi sia alcuna prova positiva di essa. Ma questo sospetto è ancora più forte se si tratta d'uomini, e non di donne, perchè in queste, meno raramente che negli uomini, un'emiplegia subitanea, nettamente dovuta ad una lesione organica, insorge quando noi non possiamo ritrovare alcuna causa d'embolismo e quando possiamo escludere la siflide. Qualche volta l'insorgere della emiplegia è accompagnato da quella forma di piresia che rammenta la setticemia, ma una prova reale di questa può venir data dalle emorragie retiniche caratteristiche. Un grumo rammollito, in qualche punto, è la causa più probabile dei sintomi e l'emiplegia può essere considerata come embolica. Ma vi sono però altri casi, nei quali l'insorgere non è accompagnato da sintomi che facciano pensare ad embolismo. Io ho veduto diversi casi simili in donne nubili dell'età tra i 18 ed i 30 anni, nelle quali dalla storia, dal carattere e dalla vita di esse si poteva assolutamente escludere la si-

filide ereditaria o acquisita. L'ipotesi di una trombosi in un'arteria, dovuta ad uno stato generale dell'organismo, sembra forse la spiegazione più probabile che si possa dare di tali casi. Ma, se si tratta di una donna non maritata, di basso ceto, la diagnosi di sifilide non è improbabile che si faccia ed abbastanza presto, perchè non possiamo noi escludere il rischio di un'infezione nel caso di donne nubili, come lo possiamo in uomini non ammogliati.

Nel periodo della vecchiaia la difficoltà della diagnosi è epormemente accresciuta. Passati i 45 o i 50 anni non possiamo mai essere sicuri che non si abbia a fare con le note lesioni delle arterie, cagionanti emorragia cerebrale o rammollimento. La difficoltà è inoltre accresciuta dal fatto, che una lesione sifilitica diviene non solo relativamente, ma assolutamente meno frequente in questa età, sicchè la sua probabile esistenza non serve di aiuto all'osservatore, come lo è nel periodo più giovane della vita. Da ciò adunque, la maggiore facilità, quando la lesione sifilitica occorre in questa età, che essa non venga sospettata e riconosciuta. Questa è invero una delle principali cause d'errore, ma quantunque con meno sicurezza, pure la diagnosi può essere fatta in moltissimi casi.

Le indicazioni diagnostiche, che sovente sono sì spiccate ed importanti nella età giovanile, sono del pari frequenti ed egualmente importanti nel periodo della vecchiaia. L'importanza di talune di esse non è veramente tale come lo è nell'età giovanile, ma la loro importanza relativa è maggiore qui, giacchè da esse e specialmente da quelle che sono manifeste, la diagnosi principalmente dipende. Il loro significato è avvalorato dall'anamnesi di sifilide, ma quest'anamnesi sola ha un peso di gran lunga minore di quello che avrebbe, se si avesse in un'età meno avanzata. Inoltre, siccome noi non possiamo escludere la sifilide semplicemente perchè non la si riscontra nell'anamnesi, così non possiamo escludere le lesioni degenerative, solamente perchè una degenerazione non è manifesta. Da qui l'importanza grandissima delle indicazioni diagnostiche dateci dal modo d'insorgere dell'emiplegia e dai sintomi premonitori, presi, s'intende, di unità a tutte quelle indicazioni diagnostiche d'indole generale, che si riferiscono alle lesioni subitanee che sogliono avvenire nella vecchiaia. La mancanza di coma, il frequente occorrere di prodromi, ovvero un deliberato insorgere della paralisi, insieme alle condizioni del cuore, depongono sfavorevolmente per un'emorragia, e la difficoltà principale consiste nella diagnosi differenziale tra essa ed il rammollimento ateromasico. Nell'ateromasia, come nell'affezione sifilitica, uno stato morboso delle arterie preesiste allo insorgere simultaneo della paralisi, ed esso può cagionare sintomi premonitori di poco conto, analoghi a quelli che abbiamo studiato. Però, la cefalea non è molto comune e non è mai così intensa come lo è sovente in una lesione sifilitica; un rammollimento ateromatoso è inoltre una malattia esclu-

sivamente senile. A parte da una lesione renale, ovvero da una precoce tendenza degenerativa, di solito manifesta, il rammollimento in discorso non lo s'incontra di frequente al di sotto dei sessant'anni, e diviene più frequente mano a mano che la vecchiaia si avvanza, mentre che la lesione sifilitica diventa sempre più rara, a meno che, in ultimo, speciali circostanze non ne facciano pensare la possibilità.

L'applicazione di questi principii, siccome varia nei casi particolari, io debbo tralasciarla; però, posso menzionarvi un caso che dimostra assai bene l'uso di essi e la loro importanza. Per una strana e fortunata coincidenza, questo caso, uno degli esempi più splendidi di questa particolare difficoltà diagnostica ch'io m'abbia incontrato, venne a mia conoscenza mentre stava per completare questa parte della mia conferenza. Il dottor BARNES, di Ewell, mi pregò di vedere insieme a lui una donna di 42 anni, la quale due giorni prima era stata colpita nel corso di poche ore da emiplegia destra, senza perdita della coscienza. La faccia dal lato destro non era alterata, e questo fatto, insieme ad un distinto indebolimento della metà sinistra del viso, diplopia, formicolio alla mano sinistra e frequente singhiozzo, rendevano quasi certo che la lesione fosse localizzata al ponte. L'urina avea per alcuni anni presentato albumina e cilindri granulosi. Nell'occhio sinistro esistevano i reliquati di una coroidite sifilitica ed un bambino era stato dato alla luce morto. Per parecchi mesi l'inferma avea sofferto molto di mal di capo sempre crescente d'intensità ed era divenuta edematosa.

Noi, adunque, avevamo le manifestazioni di una lesione che, con tutta probabilità, doveva essere un'emorragia e non un rammollimento, a cagione della sua sede e dell'insorgere subitaneo senza perdita della coscienza; un'emorragia nel ponte cagionante intensi sintomi iniziali che, inoltre, sono durati poche ore. Quindi, la lesione più probabile era quella dell'arteria basilare, con trombosi in taluna delle sue branche. Per una tale lesione arteriosa noi avevamo due cause adeguate: un'affezione renale sufficiente, all'età dell'inferma, a rendere probabile una atheroma e la sifilide. Non vi erano segni di recente ed intensa sifilide, e le maggiori probabilità erano evidentemente per l'atheroma, essendo quest'affezione assai frequente in tali circostanze e sotto queste condizioni causali. Però vi era un sintomo di carattere positivo e di grandissima importanza: l'intensa e persistente cefalea. Una lesione renale produrrà cefalea, ma non si intensa come quella che l'inferma avea sofferto, che la teneva sveglia durante la notte e, sovente, più intensa dal lato sinistro della testa che dal destro. Era questo un sintomo che faceva pensare a qualche cosa di più che un semplice atheroma, e che rendeva maggiori le possibilità in favore di un'affezione sifilitica. Il caso era, senza dubbio, di prognosi infausta, come lo è ogni caso in cui si ha un processo morboso attivo al ponte, ed io confesso che riponevo assai poca speranza nella terapia. Tuttavia,

decidemmo di fare il trattamento per qualche tempo, nel sospetto che la lesione fosse di natura sifilitica e fu cresciuta la quantità di joduro di potassio, che l'inferma prendeva già in piccole dosi, sino a 45 grani al giorno, aggiungendo un po' di digitale per regolare il circolo. Si stabilì che, se nessun miglioramento si fosse osservato dopo alquanti giorni, la dose del joduro sarebbe stata nuovamente ridotta, temendo che non ricevendone alcun beneficio le pareti dell'arteria, il farmaco avrebbe potuto riuscire dannoso, aumentando la tendenza del sangue a coagularsi. Però, al terzo giorno, l'inferma era evidentemente migliorata; il miglioramento proseguì regolarmente ed ora sento dal dott. BARNES che la donna ha acquistato una discreta forza nel braccio e nelle gambe, che è liberata dalla cefalea e che non presenta sintomi allarmanti.

Naturalmente è possibile che la diagnosi fosse sbagliata, ma il caso non può non essere istruttivo ed il risultato sembra recare una certa conferma tanto ai principii già esposti, quanto alla loro applicazione pratica. Se non altro, da esso si può vedere come è assolutamente necessario venire ad un'esatta diagnosi del carattere della lesione prima che le indicazioni causali siano prese in considerazione, e che questa necessità, sempre presente, è in special modo assoluta quando si tratta d'infermi, la cui età o il cui stato di salute li espone al pericolo di diverse lesioni. Una diagnosi affrettata di emorragia cerebrale in questa inferma avrebbe probabilmente tolta l'importanza che è stata annessa da noi alle indicazioni di una pregressa sifilide.

Da questo caso, eziandio, si può vedere come è necessario dare il suo giusto valore ad ogni indicazione, come il significato di una può essere avvalorato dalla concomitanza di altre, e come è supremo il bisogno di non assegnare grandissima fede all'influenza di una mera probabilità e di non permettere che essa annulli un sintomo distinto e positivo. Quantunque, come dissi, la guarigione non provi che la diagnosi fatta era corretta, pure questa riserva deve farsi ogni qualvolta un infermo sopravvive felicemente. La prova di invocare il risultato della cura può non essere valida nei casi individualmente presi, ma in un numero di casi presi insieme non sarà erronea.

Un altro punto, però, nella diagnosi differenziale di una lesione vascolare meriterebbe di essere considerato, perchè la sua particolare ed insolita difficoltà, talvolta fa cadere in errore anco coloro i quali hanno molta esperienza. Esso consiste nella distinzione delle forme più lievi di questa emiplegia, ovvero d'un altro sintomo locale dai sintomi unilaterali che si hanno comunemente nella paralisi generale degli alienati, anco nello stadio più iniziale del disordine. Qualunque possa essere la loro causa immediata, questi sintomi unilaterali non sembrano dipendere da una lesione organica, ma essi sono talvolta simulati da quelli in maniera veramente imbarazzante. La difficoltà è accresciuta ed è, in gran parte, dovuta al fatto che moltissimi degli individui affetti da paralisi generale hanno avuto la sifilide.

Non sono rari i casi in cui la lesione insorge nel periodo attivo dell'infezione sifilitica, ed essa può anco sopravvenire in seguito ad un vero processo sifilitico del cervello. L'emiplegia dovuta ad un'affezione sifilitica vascolare è di solito seguita da sintomi degenerativi di varia specie e di vario grado. Dopo la guarigione completa od incompleta della paralisi, si possono distintamente sviluppare altri sintomi come: debolezza della memoria, eccitabilità, alterazione nelle proprietà mentali e morali individuali, lesioni articolari in vario grado di intensità. Questi sintomi possono cominciare mentre che l'emiplegia tende a scomparire; essi possono continuare per un certo tempo, quindi scomparire, ovvero persistere in modo stazionario od anche crescente. Ad un attacco di emiplegia, quindi, che al momento sembra dovuto ad una lesione vascolare, possono talvolta seguire, nel corso di pochi mesi, i sintomi di paralisi generale degli alienati, perfettamente tipica nel suo carattere e decorso. Un individuo, per esempio, otto anni dopo dell'infezione sifilitica iniziale, ebbe un accesso di subitanea emiplegia intensa che era stata preceduta da cefalea. Nel corso di un mese egli guarì quasi completamente, e coloro che lo avevano conosciuto prima dell'accesso, trovavano ora ben poca differenza nel suo stato. Ma un po' più tardi, un certo disordine nel linguaggio attirava la loro attenzione insieme ad un debole pervertimento delle facoltà mentali. Dopo poche settimane, cominciò ad essere in preda ad un delirio di grandezza e di idee ottimiste; egli diceva che lavorava a fare la sua fortuna e quella dei suoi amici; parlava con disinvoltura di migliaia e di centinaia di migliaia di lire, ed i suoi discorsi presto si resero affatto inintelligibili a cagione del disordine nell'articolazione della parola, e la malattia compì rapidamente il suo corso fatale sino alla fine. In tali casi, se l'emiplegia iniziale è lieve e passeggera, si può trovare difficoltà nel dire se l'accesso è dovuto ad una lesione organica, ovvero è uno di quegli accessi inorganici che hanno luogo nel decorso di questa malattia. Io credo che noi dobbiamo considerare l'emiplegia come primitiva e generale: 1.° ogni qualvolta non vi sono sintomi premonitori, lievi o considerevoli, che depongono per la paralisi generale; 2.° quando la paralisi è così intensa che i sintomi durano per più di una settimana; 3.° quando un intervallo distinto separa questo accesso dai sintomi cronici, e 4.° quando non vi sono altri accessi ricorrenti di simile carattere.

Un'altra difficoltà è dovuta al fatto che nella paralisi generale si producono degli accessi, non con i sintomi di una repentina perdita di forza di carattere emiplegico, ma con quelli caratteristici di un'emorragia del cervello. Quando quest'emorragia è sì vasta ed in tal modo localizzata da cagionare una vera convulsione, vi è meno pericolo di commettere un errore; ma, talvolta, vi sono altri sintomi subitanei, di carattere più equivoco, come il formicolio iniziantesi in un punto ed estendentesi in un lato, accompagnato talvolta da una debolezza inibitrice o da tem-

poranea afasia; questi accessi sono stati sovente addebitati a lesioni vascolari sifilitiche. Una lesione vascolare di natura sifilitica, però, non cagiona emorragie cost definite e limitate come primo sintomo. Queste emorragie depongono sempre per un processo cronico e non per una lesione subitanea, è quindi, in mancanza di segni di tumore o di una meningite, si dovrebbe sempre pensare ad una lesione degenerativa. Ciò è vero, eziandio, se vi sono stati altri simili accessi, ovvero disordini mentali o della favella, ma di poco conto.

Tra gli altri innumerevoli problemi diagnostici che attirano la nostra attenzione, debbo notare solamente un altro gruppo, quelli cioè che si riferiscono alle paralisi dei muscoli oculari. Queste paralisi sono, tra le manifestazioni dell'influenza del *virus* sifilitico sul sistema nervoso, le più frequenti. Il lungo e svariato decorso dei nervi oculari li espone a molte lesioni specifiche. Una lesione di un'arteria raramente ostacola le funzioni nervose, e quando lo fa, si manifesta solamente producendo una subitanea lesione muscolare, distinguibile da ogni altra lesione dal complessivo disordine associato e da un insorgere realmente subitaneo. Una gomma, ovvero una meningite localizzata, possono ledere i nervi alla base del cervello e la sede della lesione è allora indicata dal complesso dei sintomi dei nervi affetti; i due processi morbosi si possono talora differenziare per una lesione più estesa degli organi centrali o dei tratti motori dei peduncoli e del ponte ed ancora per maggiore frequenza della nevrite ottica nelle gomme, che nella meningite della metà posteriore della base del cervello. La nevrite ottica può essere benissimo causata dalla meningite, quando questa ha luogo nella parte anteriore della base, talchè la distinzione dipende dalla manifestazione della sede della malattia.

Una gomma che ha sede nei tronchi nervosi stessi, può appena essere differenziata da un'infiammazione. Su qualche punto del loro decorso, i nervi possono essere la sede di una nevrite sifilitica, ed è questa, forse, la più comune affezione che resti isolata ad un solo nervo, ovvero ad una sola branca nervosa.

Ogni diagnosi, adunque, richiede un accurato esame dei sintomi, del loro coincidere e del loro modo d'insorgere. L'argomento è assai vasto perchè io possa fare di più che tracciare le linee più salienti. È d'uopo, in verità, che si faccia un attento studio per portar luce su fatti patologici sparsi nella letteratura medica, ed il cui numero abbisogna che sia grandemente accresciuto prima che ogni nostra diagnosi possa dirsi esatta. Le difficoltà maggiori in questi casi derivano dal fatto che le paralisi oculari sono cagionate da taluni effetti della sifilide che non sono specifici nella loro natura. Per esempio, una paralisi isolata al terzo paio in un giovane che si sa di aver avuto la sifilide costituzionale, si supposeva naturalmente di natura veramente specifica. La cura, però, per quanto pronta e lunga, non ebbe alcuna influenza su di essa,

finchè un giorno, di un colpo, perdette la coscienza ed in poche ore moriva. Si può appena mettere in dubbio che un aneurisma dovuto alla siflide cagionasse la paralisi e la morte. Ma le cause non specifiche, più frequenti di questi sintomi, sono le degenerazioni. Queste possono aver luogo prima che il periodo delle vere lesioni specifiche sia passato ed i nervi oculari sono, tra tutte le regioni, quelli in cui i sintomi delle due malattie spesso coincidono. È questa paralisi dovuta ad una vera lesione specifica, ovvero essa è parte di un processo nervoso degenerativo che non è una successione morbosa specifica della siflide? Questo è il dubbio che sorge in noi dalla frequenza di queste paralisi, maggiore di quella che una semplice coincidenza potrebbe spiegare. Ed il quesito è di grande importanza tanto per la diagnosi quanto per la cura. In casi di atassia locomotrice che avvengono relativamente presto, questa difficoltà si incontra più di frequente.

La distribuzione dei sintomi però può, come vedremo fra breve, darci un aiuto. Talvolta la subitanità dell'accesso ci dà una forte ragione a presumere che la paralisi sia dovuta alla tabe e che non sia specifica. Alla stessa conclusione veniamo, allorché i sintomi prontamente diminuiscono senza alcun trattamento e subito dopo ritornano. La natura di molte di queste paralisi dovute alla tabe è dubbia, ma talune sono con certezza causate da una degenerazione nucleare. Esse, come abbiamo visto nella passata conferenza, sono spesso successioni morbose della siflide. Il distinguerle da una lesione veramente specifica, è un altro problema di molta difficoltà, difficoltà ulteriormente accresciuta dal fatto, che l'affezione nucleare sembra talvolta seguire una paralisi periferica così direttamente, che i sintomi dell'una passano in quelli dell'altra.

Le caratteristiche più importanti della paralisi nucleare sono le lesioni muscolari relativamente alla loro funzione, la loro distribuzione sempre bilaterale e la loro persistenza ad onta della cura. Nella maggior parte delle lesioni veramente specifiche un trattamento terapeutico ha un'influenza che manca nelle malattie degenerative e non ho bisogno di dilungarmi con esempi di questa natura. Questi caratteri differenziali sono importanti tanto in una degenerazione isolata, quanto in un'altra associata alla tabe, ed io posso ad essi aggiungervi il criterio terapeutico, che è spesso di grande valore nella diagnosi, ma esso è di importanza negativa, solo quando è stato impiegato troppo presto.

Come dissi, la degenerazione nucleare talvolta sembra seguire una paralisi specifica, e principalmente quando per l'indugio al trattamento terapeutico, essa durò lungo tempo e guarì imperfettamente. Una domanda curiosa sorge però da questo, domanda che io mi accento semplicemente di fare. Questa apparenza di una causalità è dessa un segno reale? La conducibilità attraverso le fibre motrici è arrestata; quest'arresto può, anzi, deve modificare l'azione delle cellule dalle quali

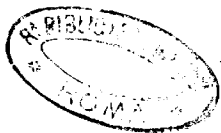
le fibre si partono, perchè le fibre non conducono la forza come dei tubi conduttori, ma per un'azione simile a quella delle cellule, sibiene in un grado di gran lunga inferiore. Il disturbo funzionale del centro deve dar luogo adunque a lesioni di nutrizione, siccome accade per ogni stato funzionale, ed alla stessa guisa che noi vediamo gli effetti di un prolungato arresto di conducibilità nell'alterata azione dei muscoli faciali, dopo una lesione prolungata del tronco nervoso. Ora si comprende come, data una predisposizione per un processo degenerativo, le alterazioni nutritizie cagionate dall'arrestata azione possono acquistare un'energia indipendente ed assumere un decorso indipendente. Tale deduzione non manca inoltre dell'appoggio indiretto di taluni processi fisiologici.

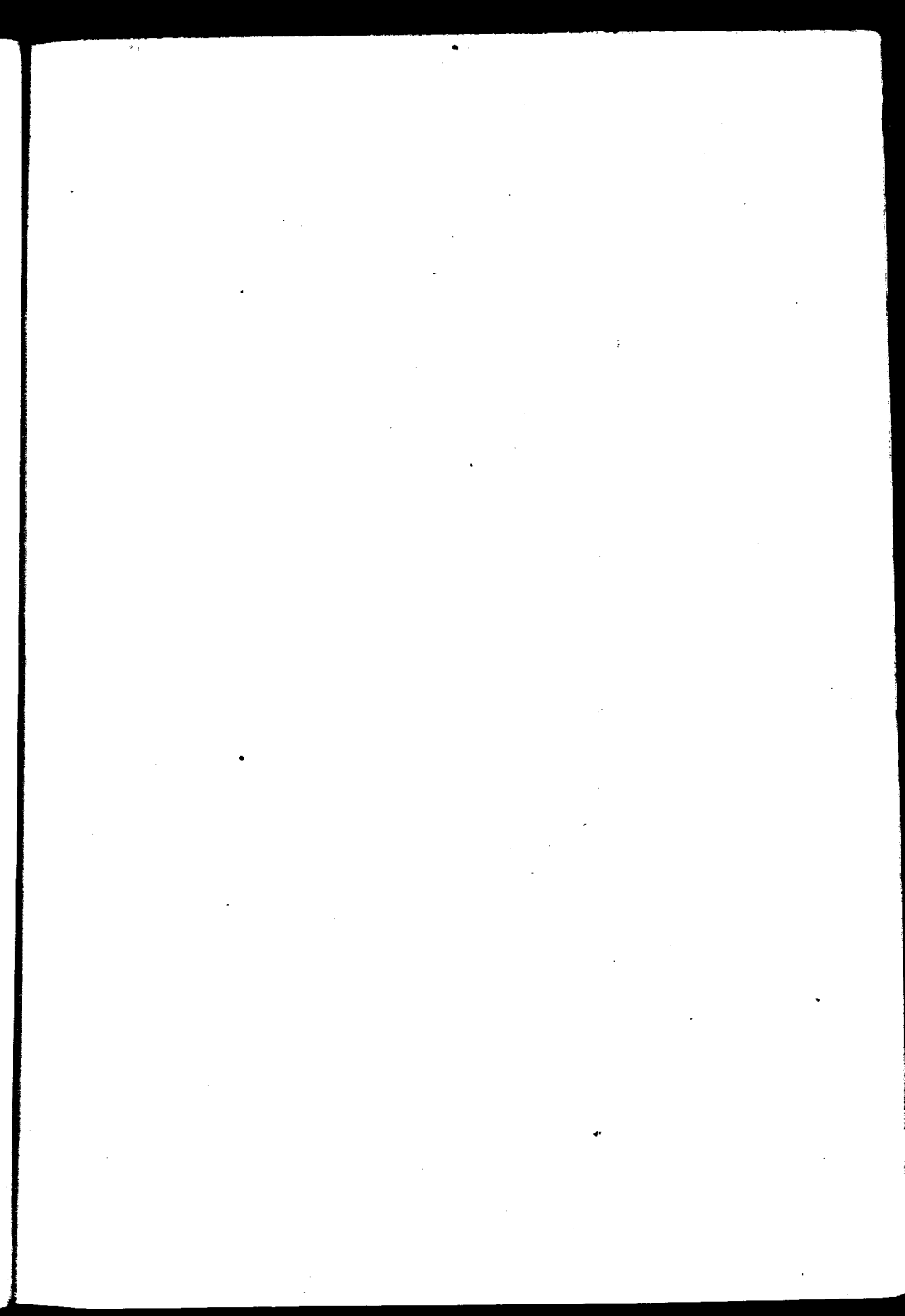
Spesso oggidì si ha la tendenza di stimare troppo poco le diagnosi in genere, o almeno le diagnosi elaborate, delle quali le affezioni del sistema nervoso forniscono numerosi esempi. Davanti agli urgenti bisogni dell'umanità sofferente, muti o palesi, ed ai quali non sempre noi possiamo recar sollievo, le nostre minuziose indagini di distinzione ed elaborati metodi di diagnosi possono sembrare un ingegnoso artificio utile ad interessar noi, a danno dell'infermo. Come tale giudizio sia interamente erroneo, non è d'uopo che io lo dica a voi che mi state intorno. Ma la tendenza accennata è pur troppo reale: essa si ha in altre classi di persone, ed io posso darvi un ammonimento utile, affinché ci manteniamo sempre in guardia per non fare alcuna cosa, con parole o maniere, che possa eccitare o caldeggiare questa falsa credenza. La diagnosi deve sempre venire prima della cura, ma per non destare sgradevole impressione, bisogna avere la prudenza di non far comprendere che noi riguardiamo la prima come più importante della seconda, impressione facilmente prodotta quando, come spesso accade, la cura è semplice ed il modo di eseguirla familiare, mentre la diagnosi è complessa e difficile. Sicuramente, però, le malattie sulle quali abbiamo rivolto la nostra attenzione, danno un forte rimprovero a coloro che considerano l'importanza della diagnosi « come qualche cosa di esagerato ». Una diagnosi per così dire abbozzata e fatta troppo presto, può servire a rendere efficace il nostro trattamento terapeutico nella maggioranza dei casi, ma ve ne sono molti invece, in cui è soltanto una assai accurata e minuziosa diagnosi che ci rende capaci a quel tanto che può essere fatto in favore dell'ammalato, ed altri ancora, poi, nei quali un estremo grado di minuziosità nella diagnosi è assolutamente necessario per non farci cadere in errore sulla scelta della cura, che oltre ad essere non indicata, potrebbe talvolta essere assai nociva. Io potrei portarvi parecchi di questi esempi, tristi e sorprendenti, ma non credo necessario il farlo. La mia speciale convinzione si è che il valore della diagnosi in sé stessa non può essere mai esagerato. Permettere che la diagnosi venga minutamente studiata a danno

della cura, è un procedimento riprovevole oltre ogni dire. Coltivare, a danno della sua applicazione pratica, quello che non avrebbe altro scopo, sarebbe in medicina un peccato tale, che non merita perdono. Ma la diagnosi deve esserci come una guida al trattamento terapeutico ed alla prognosi di quelle malattie di cui non possiamo conoscere troppo bene minutamente la sede, e non possiamo con troppa certezza saperne la natura. La nostra arte può essere interamente efficace per salvare la vita; ma senza una guida essa è inutile, sarebbe come adoperare la mano senza permettere all'occhio di vedere.

Quando la malattia è al di là dei mezzi dei quali al presente dispone la scienza per combatterla, quella stessa guida della diagnosi è eziandio utile per l'infermo, perchè non potendosi far del bene non gli si faccia del male, ed io credo che non vi sia punto in ogni diagnosi, per quanto minuzioso o superfluo esso possa sembrare, che non sia o non sarà, in qualche caso od in qualche tempo, utile e forse essenziale per rendere la vita o migliorare la salute agli *ammalati*.

3482





IL MORGAGNI

NAPOLI
Via Pignatelli, 29

ANNO XXXI

MILANO
Via Disciplini, 15

Modo e condizioni della pubblicazione.

Il MORGAGNI consta di due parti:

Parte Prima: *Archivio* (Memorie originali), si pubblica a fascicoli liberi da 64 a 80 pagine cadauno, riccamente illustrati da tavole litografiche, cromolitografiche e fotolitografiche. — *Dodici fascicoli ogni anno.*

Parte Seconda: *Rivista e Gazzettino*, si pubblica a fogli settimanali di pagine 16.

L'abbonamento è annuale, da gennaio, e non disdetto entro il dicembre s'intende rinnovato per l'anno seguente. — Costa L. 12 per Regno e L. 18 per gli Stati dell'Unione Postale, pagabili anche in due rate semestrali, anticipate.

L'abbonamento implica elezione del domicilio in Milano.

Dono. — Pagando in una sola volta l'intero prezzo d'abbonamento (L. 12), si riceve in *dono*, a partire dal mese in cui ha avuto luogo il pagamento e fino al termine dell'anno, il

Bollettino delle Cliniche

che si pubblica a fascicoli mensili di 48 pagine. Gli abbonati che pagano entro gennaio l'intero abbonamento in L. 12, vengono dunque a ricevere in dono **tutto** il *Bollettino delle Cliniche* dell'intera annata, e cioè un vol. di 584 pag. (compresi l'indice e il frontespizio).

Riassumendo, gli abbonati al *Morgagni*, per sole L. 12, ricevono:

- 1.° Un vol. di circa 900 pagine riccamente illustrato, contenente Memorie originali dei più distinti clinici d'Italia;
- 2.° Un vol. di circa 850 pagine, contenente recensioni bibliografiche, riviste di giornali ed accademie italiane e straniere, notizie varie e di interesse professionale;
- 3.° Un vol. di 584 pagine, il *Bollettino delle Cliniche*, che è la più varia, la più ricca raccolta di casi clinici e di formole terapeutiche che si pubblichi in Italia, presi dalle cliniche, dagli ospedali, dalla pratica privata d'Italia e dell'estero.

Ai signori editori e scrittori ricordiamo che: Di ogni nuova pubblicazione inviata in dono alla Redazione del giornale in doppio esemplare, si farà un annuncio sulla copertina ed un cenno bibliografico nella *Rivista*, sempreché, s'intende, siane riconosciuta la opportunità dalla Redazione stessa.