



2. A. 40. 60

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Sassari.  
diretto dal prof. ZAGARI

Osteo-sifiloma della regione parietale de-  
stra. Meningo-encefalite della zona ro-  
landica e meningite diffusa. Emiparesi,  
emianestesia. Neuro-cheratite.

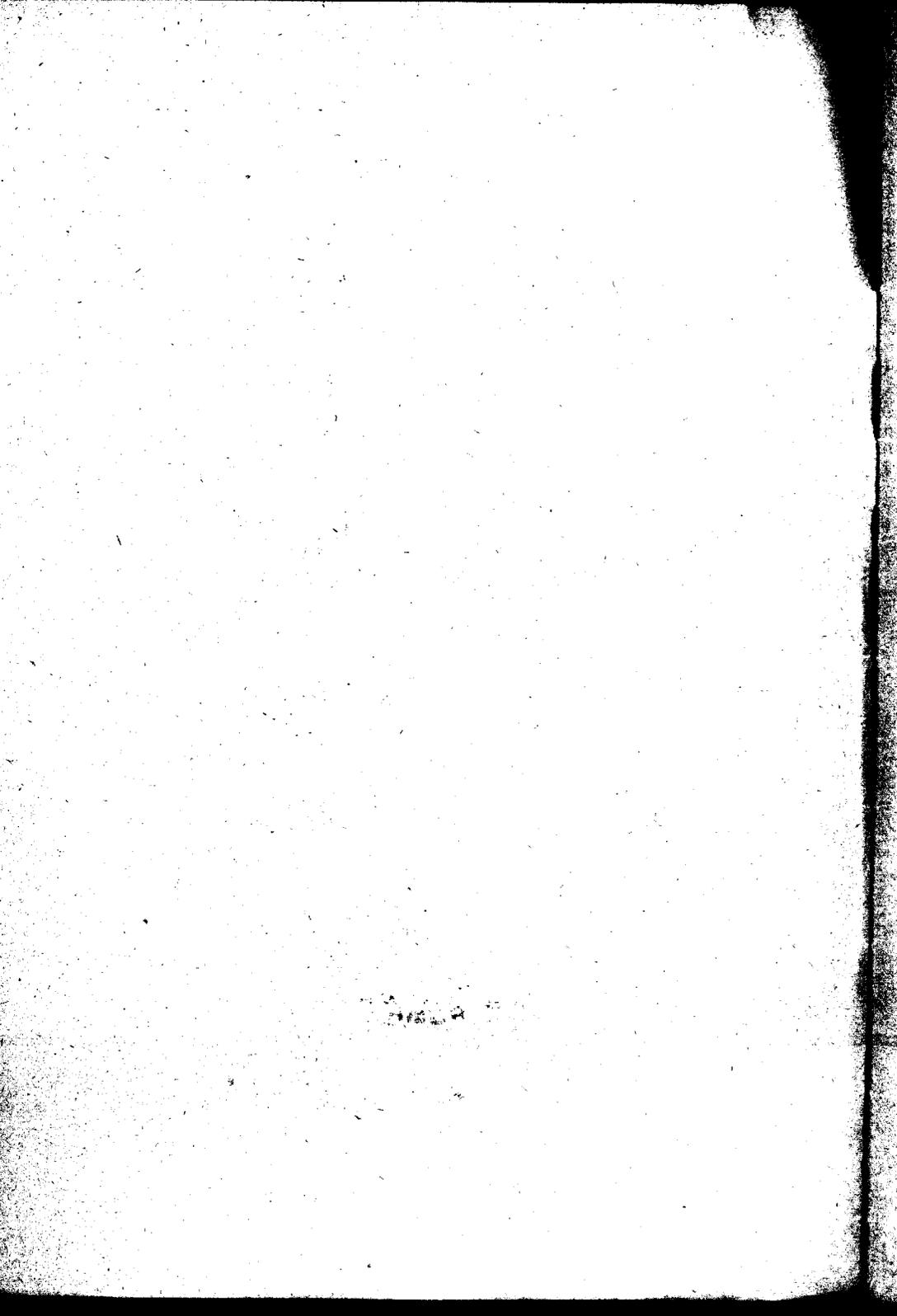
Lezioni cliniche del prof. Giuseppe Zagari  
del 30 e 31 marzo, raccolte dall'assistente Dr. Casoni.

*Meningoencefalite*  
*acute*

(Estratto dalla *Riforma Medica*, anno XXIV, num. 28)



NAPOLI  
TIPOGRAFIA DELLA RIFORMA MEDICA  
*Largo de' Bianchi, num. 3*  
1908



Istituto di Clinica Medica della R. Università di Sassari  
diretto dal prof. ZAGARI

---

Osteo-sifiloma della regione parietale de-  
stra. Meningo-encefalite della zona ro-  
landica e meningite diffusa. Empiparesi,  
emianestesia. Neuro-cheratite.

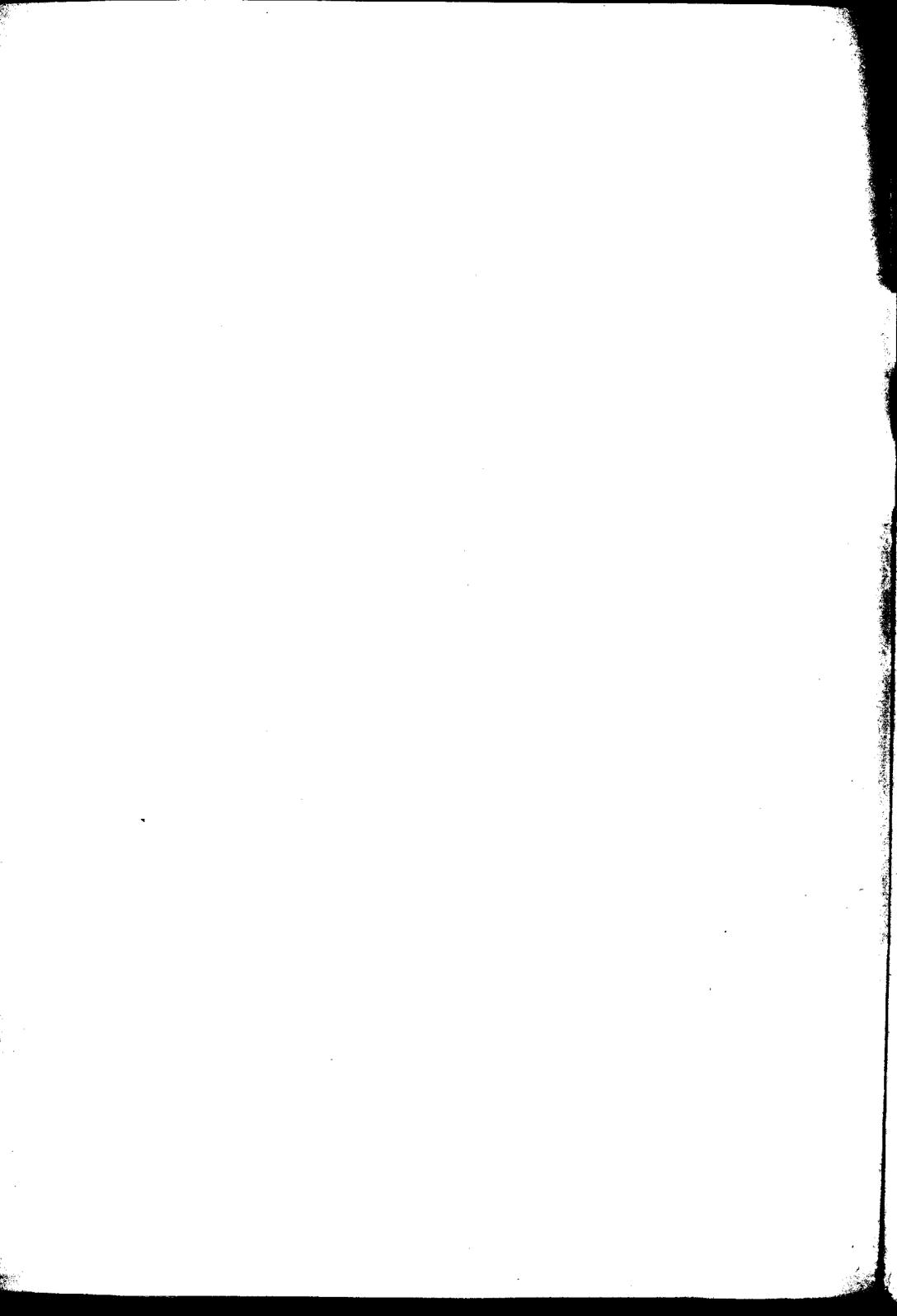
Lezioni cliniche del prof. Giuseppe Zagari  
del 30 e 31 marzo, raccolte dall'assistente Dr. Casoni.

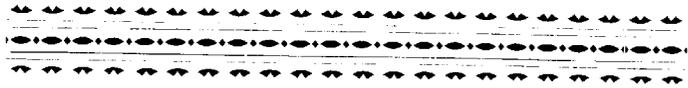
---

(Estratto dalla *Riforma Medica*, anno XXIV, num. 28)



NAPOLI  
TIPOGRAFIA DELLA RIFORMA MEDICA  
*Largo de' Bianchi, num. 3*  
1908





Il gravissimo giudizio prognostico, formulato da quanti hanno osservato quest' infermo e le condizioni presenti abbastanza soddisfacenti, che oggi mi permettono di presentarlo qui seduto, basterebbero da soli a fermare vivamente la loro attenzione; ma sentiranno nell'anamnesi ed osserveranno anche ora degli avvenimenti così importanti, ed alcuni così disparati nella genesi e svolgimento, che per coordinarli in un'interpretazione logica, la quale scaturisca limpida, dovremo richiamare molti ricordi di anatomia, dei dati di fisiologia, frutto di nuovi studi, dovremo attentamente tutto analizzare. E ciò valga ad interessarli ancora più al presente caso.

Mura Salvatore, contadino di Sassari, con genitori viventi e sani, con fratelli e sorelle in ottima salute, è stato sempre bene fino al settembre del 1906, quando si può far risalire l'inizio della presente gravissima malattia. Ci narra che non ha avuto mai infezioni celtiche, e che, presa moglie, all'età di 20 anni, ne ebbe 4 figli, nati a termine, dei quali, eccetto il 3° morto or son due mesi di probabile malattia di petto, gli altri stanno bene e furono visitati da noi accuratamente, senza che abbiano mostrato nessuna tara ereditaria. E neanche nell'infermo alcun dato si rinviene che possa presumibilmente riferirsi ad infezione celtica, nè il sistema glandulare, nè l'osseo presentano dati sicuramente apprezzabili.

Riassumendo le molte circostanze dell'anamnesi prosima, pare adunque che il paziente non siasi sentito più bene fin dal settembre 1906, quando, essendo a guardia d'un vigneto, di notte, ebbe a patire una forte emozione, temendo di essere stato assalito dai ladri. Nel dicembre,

in seguito ad un forte raffreddore, fu colto da catarro bronchiale e da coriza, con abbondante scolo nasale sieroso (mai purulento) e grave malessere e vomito, per cui tenne anche il letto. In questo periodo si manifestò un dolore di testa localizzato alla fronte, il quale compariva la mattina all'alzarsi da letto e durava due o tre ore, poi scompariva per ritornare al mattino seguente. Nel mentre che durava il dolore, l'ammalato asserisce che sentiva come se inturgidissero le vene della faccia e della fronte, come se divenissero sporgenti gli occhi. Nel mese di febbraio il dolore cambiò presentandosi la sera verso le 18 e durante tutta la notte; al mattino cessava per ricomparire alla stessa ora. Lo scolo nasale continuava ancora abbondante e sempre di carattere muco-sieroso. Per tre mesi ancora soffrì sempre per il dolore alla testa, che talvolta cessava facendo delle abluzioni d'acqua fredda alla testa, talora restava indifferente. Presentò anche altri caratteri: ora era pulsante e martellante, ora fisso come un chiodo nel mezzo del cranio: non risentiva alcun beneficio da vari farmaci prescrittigli, anzi nel maggio tornò ancora più forte, localizzandosi specialmente alla fronte ed alla metà destra di questa, con irradiazione alla regione occipitale, e sembra si manifestasse contrattura dei muscoli della nuca. Il dolore era continuo giorno e notte, ma maggiore la notte. Il mese di giugno si manifestò un tremore clonico generale simile all'epilessia spinale, ora da un lato, ora all'altro, e si ripeté per vari giorni, più volte al giorno; e, nei momenti di maggiore intensità dei dolori di testa, si manifestavano delle vertigini. In queste condizioni l'infermo dovette abbandonare il lavoro e nel mese di luglio così fiero era il dolore di testa, che carezzò l'idea del suicidio.

Nel mese di agosto si aggiunse, ai cennati, un altro sintoma: il vomito, che si ripeteva di notte, non alimentare; dopo nausea, peso allo stomaco, veniva emessa della sostanza filante, mucosa, specie la notte; e dopo il vomito il dolore si calmava.

Alla fine di agosto, mentr'era in istrada, fu colto da un tremore generale, dovette esser sostenuto dai presenti e perdette la coscienza: si manifestarono delle convulsioni cloniche-toniche alla metà sinistra della faccia, all'arto superiore ed inferiore sinistro, che durarono per circa 20 minuti. Ritornato quindi in sè, s'accorse che il braccio e la gamba sinistra erano paralizzati: la paralisi non era però completa, l'ammalato trascinava la gamba e poteva solo imperfettamente muovere il braccio. Le convulsioni continuarono e un sanitario amministrò le polveri del C a s s e r i n i. Il tremore però continuava con i caratteri descritti, così pure le vertigini e le convulsioni.

Fu sottomesso, pare ad iniezioni di sublimato, (sette), furono applicate delle correnti elettriche, ed il massaggio sulle regioni paralizzate e la funzionalità degli arti sembrava ritornata.

Una notte però, verso il Natale, il dolore di testa divenne fierissimo e la moglie notò che l'occhio sinistro si era iniettato di sangue, che l'ammalato parlava male (disartria), che la metà sinistra della faccia era divenuta insensibile, che non potea masticare, perchè le arcate dentarie non combaciavano più, la lingua era deviata a sinistra: in breve una paralisi del facciale sinistro, con anestesia della stessa metà della faccia. In questa stessa notte l'ammalato notò una tumefazione sulla bozza parietale destra, dolente e pulsante, che arrivava fino quasi alla metà della tempia.

Richiamata su di questa l'attenzione dell'infermo, racconta che, fin dall'agosto, avea notato sul cuoio capelluto, circa sei cm. al disopra dell'inserzione superiore ed anteriore del padiglione dell'orecchio, un piccolo noduletto come un neo, che toccato provocava vivissimo dolore, che si irradiava verso l'altro orecchio attraverso il cranio. Al rossore dell'occhio sinistro seguì una vera cheratite, con ulcerazione corneale e la cecità completa. Il paziente notò, fino d'allora, una graduale diminuzione della potenza visiva dell'occhio destro.

Riassumendo, abbiamo un infermo, che è stato a noi condotto dopo aver presentato, nel corso di circa un anno e mezzo, i seguenti sintomi: cefalea intensa, pulsante martellante, come un chiodo — cefalea che l'avea spinto quasi al suicidio — vomito, vertigini, tremore generale epilessia jacksoniana, emiparesi a sinistra ed emianestesia, paralisi del facciale, cheratite neuro-paralitica, anestesia della faccia sinistra, una bozza nella regione temporo-parietale destra, diminuzione della vista.

Tutti questi dati traggono a pensare, fin dal primo momento, al tumore cerebrale; ed infatti raggruppando e raffrontando i vari sintomi, vi si trovano vuoi quelli generali, del tumore cerebrale, vuoi quelli locali (*Herd-symptomen* dei tedeschi), così come hanno sentito nell'illustrazione dell'altro caso, in cui abbiamo posta la diagnosi di tumore del cervelletto. Ed il presente ammaloato è, in vero, a noi venuto con la diagnosi di tumore cerebrale.

Ma quale è la sua sede, quale la natura e quindi possibilmente la etiologia?

Analizziamo anzitutto i vari sintomi che ci offre, valutandoli nella loro essenza.

L'infermo presenta conformazione scheletrica regolare, intelligenza e stato emotivo normale, memoria assai bene conservata; non ha sintomi di allucinazione o delirio; non esiste traccia di afasia, nè di disartria; la conformazione del cranio non presenta nulla di notevole. Alla palpazione si avverte in corrispondenza della parte anteriore e inferiore della bozza parietale destra, e propriamente a cinque centimetri in sopra dell'inserzione del padiglione dell'orecchio, una diminuzione di resistenza per mancanza del tavolato osseo, in una zona di forma triangolare, del diametro massimo di otto cm. (Fig. 1<sup>a</sup>).

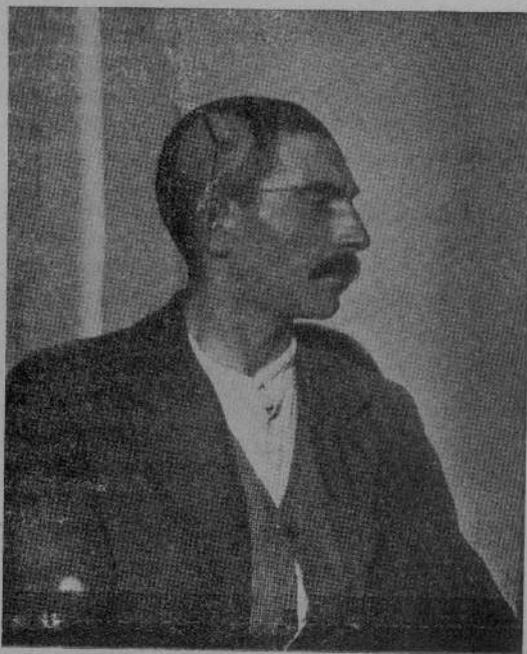


Figura 1<sup>a</sup>.

In corrispondenza di questa zona la pelle è integra, spostabile e si palpa la sostanza cerebrale pulsante, con pulsazioni sincrone a quelle della carotide; i bordi delle

ossa sono irregolari; comprimendo la carotide destra la pulsazione diminuisce fin quasi a scomparire, comprimendo la sinistra diminuisce ancora, ma non sparisce; la palpazione riesce estremamente dolorosa; ascoltando su detta area, non si avverte alcun soffio. La colonna vertebrale non lascia rilevare nulla di anormale, ad eccezione di una lievissima deviazione scoliotica con convessità a sinistra nel tratto che va dalla settima alla dodicesima dorsale.

In quanto ai nervi cranici: il primo paio non presenta anomalie, poichè i diversi odori sono apprezzati ed opportunamente; in quanto al secondo paio, ad un metro di distanza vede (solo con l'occhio destro) un carattere dell'altezza di sette cm., il campo visivo ha dato i seguenti dati (Fig. 2<sup>a</sup>), che dimostrano ristretto il campo

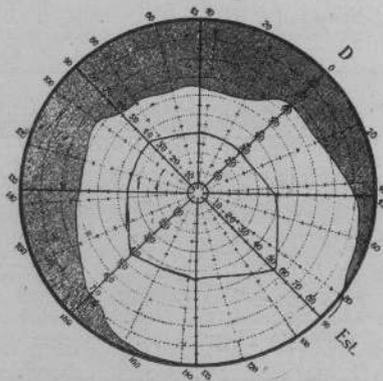


Figura 2<sup>a</sup>.

visivo. Non esiste cecità per i colori, nè discromatopsia. L'esame oftalmoscopico, sempre per l'occhio destro, ha dato: Scomparsi i contorni della papilla e dei vasi nelle loro porzioni centrali: il tutto è offuscato da un turgore di moderata prominenza, due volte all'incirca del diametro del disco normale, di un colore bianco roseo con striature rosse alla periferia; nel centro si vede ancora l'escavazione, sotto forma di una macchia bianca. I vasi si osservano partire dalla periferia di detto tumore, le vene di calibro rilevante, le arterie sottilissime. Notansi ancora due piccole emorragie. Per l'occhio sinistro non si può istituire alcuno di questi esami a causa di una forte infiltrazione corneale, con relativa opacità; tutta la cornea è opacata e la congiuntiva palpebrale e bulbare effettivamente iniettate di sangue; oltre a ciò non esiste dolore spontaneo,

nè provocabile, poichè tanto la congiuntiva, quanto la cornea, sono del tutto anestesici.

Per quanto riguarda il terzo, quarto e sesto paio, nulla è a registrare: quindi pupilla destra di grandezza ampia e rotonda, reagente alla luce ed all'accomodazione, movimenti degli occhi e delle palpebre conservati, nessuna traccia di strabismo, di ptosi, di nistagmo, nè nella posizione di riposo, nè nelle posizioni estreme.

In riguardo al quinto paio invece, abbiamo a registrare notevolissime anomalie.

*Parte sensitiva.* La metà sinistra della faccia e della parte anteriore del cranio è anestetica; l'anestesia sempre più completa a misura che ci avviciniamo verso la regione zigomatica e nasale. (Fig. 3<sup>a</sup>).

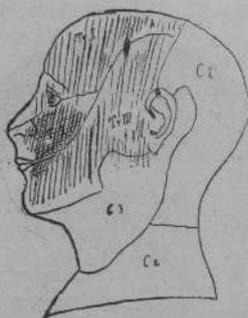


Figura 3<sup>a</sup>.

Su tutta la regione, insensibile al tatto, è conservata la sensazione di pressione. Nella parte più centrale della zona, e verso il naso, le sensazioni dolorifiche non sono percepite, mentre verso la parte periferica vengono avvertite come sensazioni tattili.

Si ha altresì termo-anestesia completa, tanto per il caldo, come per il freddo, nella zona più mediana; e termo-ipoestesia nelle parti periferiche. La sensibilità ossea (che ricerchiamo, come vedono, col diapason) è un pò diminuita, ma non abolita sull'apofisi zigomatica. L'anestesia si dimostra anche nella narice, alla parte interna della guancia, nella metà sinistra del labbro inferiore e superiore, nella metà sinistra ed anteriore della lingua.

*Parte motoria.* Facendo compiere all'ammalato, movimenti di masticazione, si vede e si sente, palpando, che il massatere ed il temporale di sinistra non si contraggono affatto; anzi già allo stato di riposo i suddetti muscoli si toccano flaccidi e moltissimo ridotti di volume. Vi ha quindi lesione tanto della branca sensitiva, quanto

della motrice del trigemino sinistro; e già abbiamo ricordato nell'anamnesi che il paziente, nel dicembre, avvertì l'occhio sinistro iperemico. la parola divenuta disartrica, le mascelle che non combaciavano, etc.

In quanto al settimo paio, si nota all'ispezione (fig. 4<sup>a</sup>) l'angolo sinistro della bocca più abbassato del destro, la piega naso-labiale meno designata; nei movimenti volontari della bocca, delle labbra, vedono che le pieghe della faccia a sinistra sono meno pronunziate dell'altro lato, la bocca devia un pò a destra, mentre la fronte si corruga egualmente da tutti e due i lati, il pellicciaio di sinistra è assolutamente immobile, nessuna piega sul collo, nella metà sinistra.

Udito normale a destra e a sinistra; conduzione aerea e ossea normale (ottavo paio); non si osserva anestesia del faringe e difficoltà d'inghiottire (nono paio); la motilità del velo pendulo è normale, non troviamo disturbi della voce e nessun dato a carico del respiro, cuore, stomaco (decime paio); normali sono i movimenti dello sternocleido e del trapezio (undicesimo).



(Figura 4.<sup>a</sup>)

Se l'ammalato sporge la lingua questa devia a sinistra; nel resto i movimenti di lateralità, ed in alto e in basso, son conservati sebbene un po' lenti.

In quanto ai *fenomeni motori*, troviamo che mentre d'ordinario allo stato di riposo, non presenta nè tremore nè contrazioni fibrillari o coreiche etc., per emozione e per stanchezza, subentra un tremore generalizzato, che

nella metà sinistra del corpo, braccia e gambe, assume l'aspetto di trepidazione epiletticoide; sono scosse cloniche e ritmiche, prima più leggere e che poi diventano più frequenti ed intense.

Oltre ai fenomeni di paresi nel dominio del facciale di sinistra e nella branca motoria del quinto, vi ha lieve diminuzione della forza muscolare del braccio e mano sinistra (dinamometria a destra 14, a sinistra 8) e nel piede, gamba e coscia dello stesso lato; paresi che assume quindi il tipo emiplegico. Invitando l'infermo, disteso in posizione supina, ad incrociare le braccia sul petto e porsi a sedere, egli solleva prima dal piano del letto la gamba sinistra, e per quanti sforzi faccia, non riesce a sollevarsi e a sedere. Mentre nell'arto superiore destro non vi ha incoordinazione, con il sinistro si vede compiere molte oscillazioni, quando vuol raggiungere col dito il naso etc.; lo stesso osserviamo nei movimenti degli arti inferiori. L'incoordinazione notata è più pronunziata ad occhi chiusi.

Non vi ha asinergia cerebrale, non esiste nè ipertonìa, nè ipotonia. Non vi ha atrofia nè sugli arti, nè sul tronco, eccetto quella del massetero e del temporale, già notata.

Manca *adiadococinesi*, non vi ha cioè incapacità di eseguire successivamente ed in maniera rapida dei movimenti antagonisti, così i movimenti di pronazione e supinazione della mano, sintoma, descritto da poco da Babinski come proprio dei tumori del cervelletto, che hanno osservato nel caso nostro testè ricordato, e che viene ricevendo conferma da varii osservatori.

L'andatura è un pò incerta, un pò paretica la metà sinistra, andatura che non si può avvicinare ad almeno dei tipi noti; e l'incertezza va attribuita alla forte diminuzione della funzione visiva. I riflessi tendinei, o profondi, sono vivaci in tutti e due i lati; ma un pò più a sinistra, ove vi ha clono del piede e della rotula ed un colpo, portato sul tendine sotto-rotuleo, provoca una serie di scosse cloniche del piede (otto-dieci).

I riflessi radiali, ulnare, del tricipite, del pugno sono vivaci e leggermente più a sinistra. I riflessi cutanei, o superficiali (plantare, cremasterico, addominale), leggermente più deboli a destra. Eccitando la pianta del piede destro, si ha la flessione plantare dell'alluce (riflesso della pianta del piede); eccitando egualmente a sinistra, l'alluce resta immobile (Babinski indifferente). Il riflesso corneale è abolito a sinistra, conservato a destra; il riflesso faringeo è normale.

La sensibilità tattile, termica e dolorifica è conser-

vata in tutto il corpo, eccetto nella zona suindicata nell'esame del quinto paio. Inoltre col compasso di Weber si trova che mentre nella mano destra, all'estremo delle dita, si ha la doppia sensazione quando l'apertura del compasso segna 0,5 cm., a sinistra è necessaria l'apertura di un centimetro. Non vi sono modificazioni nelle due metà agli arti inferiori e al tronco. Ma è perduto il senso di pressione per le dita della mano e del piede sinistro, che per altro è conservato negli altri segmenti ossei.

Per la localizzazione di sensazione, mentre toccando sul tronco o sugli arti non erra, o di qualche cm., costantemente nell'arto superiore sinistro indica sedi differenti e distanti almeno 15 cm., specie nella parte distale. Il senso di vibrazione, o sensibilità ossea (diapason), è normale ovunque, eccetto nella mano sinistra, ove è notevolmente diminuito, e sul piede dello stesso lato, ove è lievemente scemato (fig. 5 e 6).

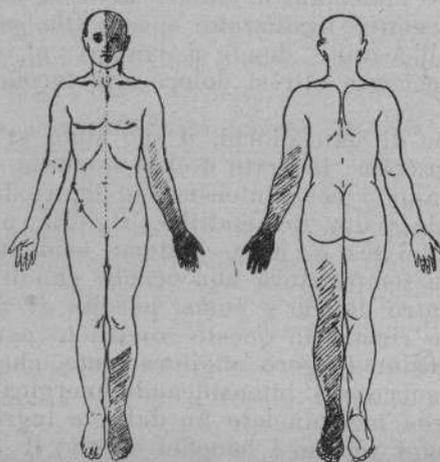


Fig. 5 e 6. — Nelle parti tratteggiate (e più evidentemente là ove il tratteggio è più fitto) si trova: *a*) ipoestesia tattile; *b*) ipoestesia ossea (maggiore alla mano che al piede); *c*) perdita del senso stereognostico, nella mano sinistra; *d*) perdita del senso di posizione delle dita; *e*) termoestesia normale.

Non esistono iperestemie e parestesie, nè dolorabilità alla pressione sui nervi, o sui muscoli. Non vi ha ritardo rimarchevole di percezione, ad ogni stimolazione. Il senso articolare e di posizione è notevolmente attutito nella mano e sul piede sinistro; vi sono notevoli disturbi di stereognosia. Come vedono infatti non riconosce gli oggetti che gli si pongono, non una chiave, non un lapis etc.,

ha solo la sensazione bruta, riconoscendo se trattasi d'un corpo rotondo, o quadrato etc.

Non si osservano modificazioni trofiche sui muscoli, sulla pelle, sulle articolazioni eccetto l'alterazione sulla cornea descritta. Reazioni elettriche normali su tutti i muscoli, eccettuati quelli innervati della seconda branca del quinto, i quali non reagiscono per nulla.

I risultati della puntura lombare, eseguita il 14 febbraio, sono i seguenti: Vengono fuori 15 emc. di liquido con modica pressione, dapprima evidentemente emorragico, poscia macroscopicamente limpido. L'esame di quest'ultima porzione ha dato: albumina assente, zucchero riduzione appena apprezzabile del  $\text{CuSO}_4$ , acido lattico tinta paglierina col percloruro di ferro. Formula leucotaria: polinucleati 50,9 ‰, mononucleati 4,8 ‰, linfociti 44,3 ‰ (grandi 14 ‰, piccoli 30,3 ‰).

*Riassunto del d'ario.* L'infermo in Clinica, nei primi giorni, si è lamentato di dolore di testa intenso, esacerbantesi la notte, localizzato specie alla metà destra del capo ed all'occipite, donde si irradiava al vertice; di tanto in tanto accusava altresì dolore alla faccia, al zigoma sinistro.

A capo di sette giorni, il suo stato si è repentinamente aggravato; la notte dell'11 febbraio, dopo aver gridato e smaniato per l'intensissimo dolore di testa, ha presentato, alla visita del mattino, rigidità nucale, vomito, fenomeno del *Koernig*, sintomi evidenti di una meningite. La temperatura non crebbe che di pochi decimi, però subentrò delirio e coma, perdita di urina e di feci e l'infermo rimase in queste condizioni per 4 giorni; il 15 cominciò un leggero miglioramento, che poi proseguì nei giorni successivi, intensificando energicamente la cura, che già avea incominciato fin dal suo ingresso in Clinica e di cui oggi vedono i benefici effetti; il 17 rispondeva con speditezza alle domande; anche il dolor di testa era diminuito, sebbene non cessava completamente. Dal 22 anche la cefalea non era avvertita più nemmeno durante la notte.

Adunque, ai sintomi registrati dall'anamnesi (cefalea, vomito, vertigini, epilessia jacksoniana, emiparesi sinistra del facciale superiore e d'entrambi gli arti) deve aggiungersi quanto l'esame obiettivo ha fatto rilevare e che si può compendiare nelle seguenti altre manifestazioni. Una lesione ossea della bozza parietale destra, dove si palpa la sostanza cerebrale pulsante, emianestesia sinistra, riflettente specialmente alcune sensibilità, quali la sensibi-

lità profonda, ed il senso stereognostico, più pronunziati alle parti distali degli arti, neuro-cheratite, oltre l'ane-stesia per le diverse specie di sensibilità alla faccia sinistra e la paralisi della branca motoria del quinto.

Anzitutto importa precisare con esattezza qual'è la sede della lesione del cranio e a quale parte dell'emisfero cerebrale essa corrisponde; per il che ci varremo delle linee, che i chirurghi sogliono tracciare per stabilire la topografia delle diverse circonvoluzioni, rispetto alla calotta. Tiriamo una linea sagittale, come suggerisce P o i r i e r, dal inion alla glabella, e segniamo un primo punto di ritrovo alla metà di questa linea, partendo dal solco mentale, più due cm.: esso corrisponde ordinariamente a 17 o 18 cm. Nel nostro infermo a 18. Seguendo L u c a s, C h a m p o n n i e r, tiriamo ora una linea orizzontale dall'apofisi orbitaria destra per sette cm. e quindi una verticale per tre cm.: questo è il secondo punto di ritrovo. Congiungendo i due punti di ritrovo notati, si segna sul cranio una linea obliqua, alla quale sottostà la scissura di R o l a n d o Orbene, all'estremo inferiore di questa linea, corrisponde la lesione ossea, a forma triangolare, che presenta questo nostro ammalato (fig. 7).

È dalla topografia e dal complesso dei sintomi, che si sono manifestati, che noi dobbiamo ammettere la lesione risieda sull'emisfero di destra, propriamente sulla zona rolandica. Ma se la breccia ossea corrisponde, come s'è visto, alla parte inferiore della scissura di R o l a n d o, il complesso dei sintomi, che si sono manifestati, ci porta ad ammettere la lesione diffusa a tutta la zona.

E, anzitutto, quale è la natura di questa lesione?

Come vedranno essa ci spiegherà tutta la successione dei fatti morbosi.

E incominciamo dalla lesione ossea. L'infermo ci ha riferito di aver notato sulla regione parietale destra, fin dall'agosto (dopo però circa un anno da che molti dei sintomi nervosi si erano succeduti) una piccola tumefazione, come un neo sul cuoio capelluto, che nel dicembre si era estesa e ché, al luogo della tumefazione, dopo, aveva rilevato un avvallamento, qualche cosa di pulsante.



e tutta la regione dolente, fino al padiglione dell' orecchio destro, e tumida.

Analizzando i vari processi, così localizzati, che possono sul cranio manifestarsi come prominenze, che poi finiscono all' usura dell'osso, ed escluse le cisti, lipomi, l'osteomielite, il sarcoma (del quale un caso interessante



Fig.<sup>a</sup> 7<sup>a</sup>.

per la lunga latenza, descrisse l'anno scorso S o u q u e s), processi, facilmente differenziabili per il decorso o per gli esiti etc., la mente ricorre all'osteotubercoloma del cranio, che pure è preceduto da dolori violenti e accessionali, quindi si manifesta con tumefazione della regione, tumefazione che ulteriormente rammollisce, diviene fluttuante e può vuotarsi rimanendo anche una perdita della sostanza ossea, con processo identico a quello che ordinariamente vediamo nelle osteiti con necrosi, sequestri,

etc. Però, la contemporanea ulcerazione del cuoio capelluto, i caratteri del pus granuloso, le fungosità della piaga, i precedenti dell'infermo, o i sintomi di tubercolosi agli altri organi, nonchè i dati che provengono dalle moderne, delicate ricerche per stabilire la diagnosi della tubercolosi (nel nostro caso tutti negativi compresa l'oftalmoreazione) hanno concorso a farci escludere questa lesione. Anche il cancro delle ossa craniche lede l'osso, e la parete cutanea s'ulcera ma l'aspetto della fungosità è così caratteristico che viene, dopo quanto s'è descritto nel nostro infermo, escluso a prima giunta.

Ma vi ha un'altra lesione del cranio, così circoscritta la quale va diagnosticata nel caso presente ed è l'osteosifiloma gommoso del cranio.

Per quanto l'anamnesi fosse assolutamente muta, anzi decisamente negativa per l'infezione celtica, per quanto si fosse insistito nell'investigazione anamnesticca, l'infermo ha asseverantemente negato ogni contagio. Si è anzi esaminata la moglie, che non ha patito alcuno aborto ed i bambini (ed anche l'ultimo è florido e senza alcuna nota di sifilide ereditaria).

Ma, ad onta di tutto ciò, la grave lesione della regione parietale, che ha portato all'usura dell'osso e provocato chiari sintomi di meningo-encefalite della zona rolandica, seguita ad un periodo precedente lungo quasi un anno, con cefalea, tremore, vertigini ecc., cefalea assai più intensa nelle ore della notte, m'indusse a pensare all'osteosifiloma gommoso del cranio. E la cura specifica, sistematicamente ed energicamente praticata, dette la più ampia conferma.

Questa lesione sulle ossa del cranio è una delle manifestazioni della sifilide necrosante e perforante ossea, una delle manifestazioni della sifilide terziaria. Non è nuova, per quanto negli ultimi anni studiata con molto dettaglio da V a l l e t, L a g n e a u, P o u l e t, H o b b s, B r o u s t e t, M a u r i a c e recentemente illustrata in due brillanti lezioni cliniche da D i e u l a f o y.

Tanto i sifilografi, come F o u r n i e r, D e l o r m e etc., quanto gli anatomisti-patologi, come C o r n u i l, Z i e g l e r ecc., avevano osservato e descritto le importanti, profonde alterazioni, che la sifilide apporta nelle ossa del cranio,

lesioni che possono essere limitate a un solo osso o a vari contemporaneamente e che giungono a difformare nei modi più varii la calotta, la quale in seguito a perdite irreparabili di sostanza, rimane cribrata e deformata per osteiti, condensanti e usuranti, nelle maniere più strane. Le ossa frontali, il parietale, il temporale, l'occipitale presentano i focolai dell'osteite gommosa. Con esostosi, con perdita di sostanza, e forme varie, a bordi irregolari, con sequestri ossei in parte aderenti a qualcuno dei bordi stessi, il cranio, ch'è stato sede di sviluppo di questi processi, presenta un aspetto così imponente e così caratteristico, che lo si riconosce a prima giunta. Anche la tubercolosi del cranio può determinare delle perdite di sostanza, come ho detto sulla volta, ma il rimanente delle ossa al di fuori della lesione mostrasi liscio e non così accidentato come nella sifilide del cranio.

Notino—e sarà utile per intendere le varie manifestazioni cliniche—: l'osteo-sifiloma della volta può prendere origine sia dal periosteo del tavolato esterno dell'osso, e allora ha una esplicazione esteriore fin dall'inizio, ovvero nasce dal tavolato interno e propriamente dalla dura madre, aderente al tavolato stesso. Vedremo quali sono i sintomi comuni alla precedente condizione e quali i sintomi diversi.

Cornil, Ziegler, Lancereaux hanno descritto le successive alterazioni istologiche della gomma ossea anche in queste sedi.

Si passa dall'accumulo di cellule embrionali specifiche con cellule periferiche più grandi, alla degenerazione e mortificazione di quelle centrali, a processi infiammatorii circostanti, dalla lesione iniziale provocati processi di osteite raddensante o di osteite distruttiva.

Senza oltre indugiarsi su questi rilievi istologici, a me preme formare l'attenzione sul dato che siffatto processo riguarda le manifestazioni della sifilide terziaria. Possiamo, invero, come è noto, osservare l'esostosi, osteiti e periostiti di sifilide tardiva anche sulle ossa del cranio, come su altre ossa dell'organismo, ma queste non hanno nulla da fare con la lesione del nostro infermo. Il modo di evolvere, la struttura, le diverse fasi del processo isto-

logico, gli esiti, la differenziano completamente. Or quanto è ancora più importante, consiste nel fatto che all'osteosifiloma del cranio, specie a quello che, come nel nostro caso, si svolge dalla dura madre, dal tavolato interno, non rimangono indifferenti le altre meningi ed il cervello. In questo paziente la gomma ossea si è svolta senza nemmeno l'ulcerazione del cuoio capelluto, al di sotto del quale si possono toccare i bordi sfrangiati della lesione ossea triangolare, e la sostanza cerebrale, pulsante e sempre dolente.

In quanto al poter riconoscere fin da principio se esiste questo sifiloma, non è agevole, poichè delle volte occorre trovarsi altresì di fronte ad una cefalea, che presenti i caratteri della cefalea sifilitica e il dolore esser dato sia da lesioni gommose o sclerogommose delle meningi e del cervello ed infine da sifiloma endo-cranico e periostiti dolorose del secondo periodo; potrà la cefalea alla palpazione e percussione del cranio ridestarsi più accentuata quando si palpa, o si percuote in una data regione; ma non perciò alcuno si sentirà di diagnosticare l'osteosifiloma del cranio.

Si potrà essere autorizzati a parlare di questa lesione, o quando si manifesta esternamente, o quando, svoltasi nel tavolato interno, produce dei sintomi endo-cranici di localizzazione. È naturale che i sintomi variano a seconda della sede, ove si esplica la gomma ossea e secondo che interessa o meno il tessuto cerebrale.

Nel mentre, nell'osteosifiloma del tavolato esterno, il dolore è l'unico sintoma generale, e si ha la formazione della bozza cranica, non mobile, dura, con diffusione periosteale circostante, con rammollimento al centro — vero ascesso — arrosamento ed aderenza del cuoio capelluto, con o senza ulcerazioni dello stesso.

E si potrà osservare, in questo secondo caso, una soluzione di continuo dai caratteri specifici, con bordi tagliati a picco, fondo lardaceo, caratteristici della ulcerazione specifica.

Nel tumore intracranico, alla cefalea durata per lungo tempo, più o meno ribelle, più o meno inesplicabile seguono minacciosi gli accidenti della meningoencefalite, della leptomeningite.

Nel nostro paziente si è manifestato il quadro d'una meningo-encefalite della zona Rolandica. Per la sede della lesione ossea, abbiamo dovuto ammettere l'osteosifiloma all'estremo inferiore della scissura di rolandica; però i sintomi manifestatisi dimostrarono che i centri corticali interessati non furono solo quelli dell'ipoglosso e del facciale, ma altresì quelli dell'arto superiore e dell'arto inferiore e non solo con lesioni motrici, ma anche sensitive, laonde dalla regione corrispondente alla usura ossea, la lesione ha determinato una diffusione in alto, lungo tutta la zona rolandica.

Ma oltre a ciò, l'infermo, dopo tre giorni dalla sua ammissione in Clinica, ha cominciato a presentare i sintomi più classici di una grave meningite. Ecco come dall'osteosifiloma del tavolato interno del cranio si svolgono encefaliti e meningiti circoscritte, non che meningiti diffuse, con contrattura nucale, sintoma di K ö r n i g, grido encefalico, delirio, coma, perdita di urina e di feci ecc.

Se il sifiloma si è svolto nella regione sensitivo-motrice, i sintomi son quelli del nostro infermo e che analizzeremo ancora più minutamente; se invece si svolge (come ne è descritto qualche caso) nel lobo frontale, non mancano i disturbi della memoria e dell'intelligenza ecc. Nel nostro paziente, ai primi sintomi di cefalea, di vertigini, di vomito—sintomi d'indole generale—si sono aggiunti quelli di focolaio, come da principio abbiamo notato, ed anzitutto l'epilessia jacksoniana, che ora, dopo aver conosciuto la natura e la sede della lesione, intendiamo benissimo come effetto della stimolazione sulla zona motrice. Il non essersi presentate ulteriormente le convulsioni jaxoniane si può spiegare ammettendo che il sequestro osseo o altri prodotti della gomma, in primo tempo, irritassero notevolmente la zona rolandica e che in seguito, eliminati od assorbiti, fosse cessata ogni causa di eccitazione. Qualche chirurgo è opportunamente intervenuto in lesioni ossee del cranio come le presenti e, tolto il sequestro, ha visto cessare l'epilessia jacksoniana e la paralisi.

I fenomeni di motilità qui presentarono tutti i caratteri delle lesioni corticali, come la monoplegia brachiale e la paresi dell'arto inferiore, dopo varie crisi di

epilessia jacksoniana e di dolore. E i disturbi di motilità erano infatti prevalenti alla parte più distale degli arti, a tipo di paralisi mono-articolare.

Il disturbo motorio è andato anche regredendo dalla periferia verso il centro: e quello rimasto più a lungo, che fino al presente non risolve, è costituito solo dalla paralisi nel facciale sinistro.

## II.

Proseguendo nell'illustrazione del caso — oggetto del nostro studio fin da ieri — i sintomi, sui quali debbo richiamare ancora la loro attenzione, sono specialmente quelli della sensibilità.

Hanno sentito che il paziente, oltre ad emiparesi a sinistra, ha presentato emianestesia. Ma esaminiamo con diligenza, un pò più dettagliatamente, questi disturbi della sfera sensitiva.

Invero:

1°) Il senso tattile è così leggermente turbato, che quasi passava inosservato alle prime esplorazioni. Abbiamo dovuto ricorrere all'esame del compasso di Weber, per scoprire delle differenze nei circoli di sensazione, che appunto una tecnica più delicata ci ha rilevato, come vedono, più ampi nell'arto emiparetico, che nel sano. (Confr. i dati registrati nell'esame obiettivo e le hg. 5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup>).

2°) Il senso di localizzazione non è ben conservato: mentre infatti indica con precisione la regione della pelle (sede dell'eccitazione) in altre regioni, nel braccio sinistro erra di 10-15 cm.

3°) Non un ritardo riscontriamo nella percezione delle diverse stimolazioni; ritardo che siamo soliti osservare quando s'è di fronte a lesioni spinali radicolari.

4°) Vedono turbe notevoli nella sensibilità profonda, cioè nella sensibilità diffusa, che fisiologicamente noi non si avverte e riguarda le ossa, i muscoli, le articolazioni, i ligamenti, i tendini, mercè la quale ci si rende conto, anche senza l'aiuto della vista, dei movimenti passivi, impressi ai nostri arti; e, quando essa è lesa, segue l'atassia che presenta il nostro infermo. Nell'arto sinistro paretico non osservasi solo la limitazione della funzione nei movimenti attivi; ma non riesce a toccare per esem-

pio un bottone, l'altro polso, senza commettere gravi errori di sede; vi ha quindi incoordinazione motrice, data dalla perdita della sensibilità profonda.

5°) Manca la percezione delle vibrazioni del diapason che noi studiamo col metodo proposto da Egg e r. Ed insistendo, non le avverte, infine, che come sensazione tattile. Questo sintoma ci dimostra che la sensibilità ossea è lesa.

6°) Infine non solo le sensibilità semplici di tatto, senso muscolare, etc. vedono turbate: ma un senso più complesso, la capacità cioè di riconoscere la forma degli oggetti e la proprietà fisica della sostanza che li costituisce, come consistenza, temperatura ecc., quel senso complesso un insieme di sensi elementari, sul quale ha richiamato l'attenzione nella semiologia del sistema nervoso Landry che fu ben studiato da Redlich, Wernicke, Claparède, Von Monakow, etc.

Il nostro ammalato non riconosce per nulla un lapis, un orologio, un coltello, che noi poniamo nella sua mano sinistra, e appena apre gli occhi rimane sorpreso e mortificato del grossolano errore.

Or questi disturbi della sensibilità, con i caratteri come li presenta il nostro infermo, si riscontrano benissimo per affezioni corticali e ne invocheremo presto le leggi fisiopatologiche. Ben vero esso si possono ritrovare altresì in affezioni midollari e spinali, come quando fanno difetto lesioni organiche, nell'isterismo cioè, ma con caratteri differenti. Però, quando per lesioni organiche è abolito il senso stereognostico, non mancheranno alterazioni di altre sensibilità, la tattile, il senso muscolare, ecc. e ciò intendono di leggeri, se considerano quanto or ora ho affermato, che questa sensazione non è una sensibilità speciale, ma il risultato dell'associazione delle diverse sensibilità profonde e superficiali, come ha dimostrato Dejerine.

Pertanto due considerazioni semiologiche discriminative, molto utili, c'induce a fare l'odierno studio, considerazioni interessanti specie per casi, ove una diagnosi fra manifestazioni organiche o funzionali s'impone, ed utili per stabilire la sede della lesione corticale:

1° Nell'isterismo si può trovare il senso stereognostico alterato e non turbate le altre specie di sensibilità

questa dissonanza, contraria alle condizioni testè indicate di turbe, contemporanee delle altre sensibilità, necessarie per aversi l'abolizione del senso stereognostico, è propria della nevrosi;

2° in una lesione corticale, come nel caso presente, si rinviene maggiormente leso il senso stereognostico, più la sensibilità profonda, che non la superficiale, più nelle regioni distali, che nelle regioni vicine al tronco.

Come spiegarsi intanto, nel nostro infermo, di osteosifiloma e meningoencefalite della zona rolandica, i disturbi sensitivi a forma d'emiaestesia e di mono-anestesia, con le modalità riscontrate?

Intorno ai disturbi di sensibilità in genere le nostre cognizioni negli ultimi anni si vanno modificando ed arricchendo di nuovi ed importanti orientamenti. E per quanto esplorato, è tuttavia questo un campo poco noto: mentre infatti conosciamo completamente la via motrice dal suo inizio (alla corteccia) fino alla periferia, nei suoi due neuroni, cortico-bulbare e bulbo-periferico, non possediamo ancora i dati per costruire tutta la via di conduzione sensitiva.

Recenti ricerche cliniche ed anatomo-patologiche comprendono in questa tre neuroni distinti: uno periferico il 1° neurone, dal ganglio intervertebrale alla periferia e midollo e dal midollo ai nuclei gracili di Goll e Burdack nel bulbo (n. spino-bulbare), un secondo neurone (n. bulbo-talamico) dal bulbo al talamo ed un terzo (n. talamo-corticale).

Un'esposizione sulla maniera di decorrere delle vie sensitive, oggi non può essere che provvisoria e dalla Clinica e dal metodo anatomo-clinico molte incognite aspettano la soluzione. Oscurità regnano altresì sulla via che tengono le diverse sensibilità. Conoscasi soltanto che le vie del senso termico; originate nelle ramificazioni nervose intraepidermiche dello strato malpighiano, passano nel midollo al lato opposto, e che quelle del senso tattile dai corpuscoli del Meissner seguono invece la spinale omolaterale; così il senso muscolare batte anche una via omolaterale.

Le fibre poi del 2° neurone dai nuclei di Goll e

Burdach, costituite nel bulbo le fibre arciformi interne, s'incrociano indietro delle piramidi anteriori, formano il nastro interolivare, il nastro mediano di Reil, si portano in alto nel ponte e peduncolo presso il rafe mediano, terminando nel talamo. Non accenno nemmeno ad altre fibre, una serie di vie corte di conduzione, scaglionate a diversa altezza tra bulbo, ponte e peduncoli, perchè ancora per nulla ben conosciute. Ma le oscurità maggiori, intorno alle vie principali sensitive, sono sul decorso delle fibre del 3° neurone, il talamo-corticale: prima si ammetteva che le fibre sensitive del bulbo si accompagnassero, in un fascio, alle vie motrici e passassero per la parte posteriore della capsula interna, il noto carrefour sensitivo-sensoriale di Charcot e Ballet; ma oggi pare dimostrato che, come ho detto, le fibre sensitive dal bulbo ascendono al talamo ottico, il quale per la concezione di Monahow, Dejerine, Longo, Roussy, etc. sarebbe un organo sensitivo (motore-sensitivo per altri). Dal talamo ottico le fibre, non riunite in unico fascio da occupare una parte limitata della capsula, ma in parte commiste (in parte no) a quelle motrici, si dirigerebbero alla corteccia. Anche qui non è detta l'ultima parola. Il talamo ottico, ad onta di tanti studi e di tanti progressi nel campo nevrologico, ha tuttavia una funzione indecisa. Così profondamente situato, così poco agevolmente aggrissibile, rimane una delle parti meno note.

E io pertanto voglio far notare che queste nozioni hanno, fin da ora, per la Clinica un'importanza notevole: infatti prima con Turck e Meynert, poi con Charcot e quindi con Veyssiere, Lepine, Rendu, Raymond, Ballet, si ammetteva (e lo trovano nel maggior numero dei manuali) che le vie sensitive, dal bulbo risalendo, costituissero un fascio situato nella parte esterna del peduncolo cerebrale—fascio sensitivo—e, dopo aver passato per la parte posteriore del segmento posteriore della capsula interna, avessero termine nel lobo occipitale.

Ciò importava che lesioni sulla parte esterna del peduncolo, del ponte, della capsula interna, fossero quelle che determinassero i disturbi più imponenti e duraturi della sensibilità: l'emiplegia capsulare, che si era affermata

per tanti anni, deve essere accompagnata dall' emianestesia, che comprendeva tutte le sensibilità, generale (tatto, dolore, senso muscolare, ecc.) e speciale (udito, gusto, odorato) emianestesia detta perciò sensitivo-sensoriale.

Ma le ricerche moderne hanno dimostrato:

1° che tale fascio esterno sensitivo non esiste; infatti questa parte del peduncolo cerebrale è provato che è un fascio discendente, non ascendente, il quale dalla parte media del lobo temporale si porta alla parte superiore ed esteriore della protuberanza (Dejerine):

2°) che tenendo presenti minutamente in Clinica le modalità e grado del disturbo sensitivo e riscontrando anatomo-patologicamente tutta l'entità e la sede della rispettiva lesione nella capsula interna, non si riscontrano nelle lesioni di questa disturbi permanenti ed estesi della sensibilità: e tanto meno delle anestesi complete sensitivo-sensoriali (come prima si ammetteva per la sola lesione capsulare): Dejerine al proposito sostiene che le anestesi, registrate così di sovente per emorragie, dovevano essere di natura isterica: o per lo meno bisogna convenire, a mio modo di vedere, che questo studio dei disturbi sensitivi non era, allora, molto approfondito. Certo che, anche per lesioni della capsula, si verificano — e vi sono osservazioni ben documentate — disturbi della sensibilità, persistenti; ma ciò avviene quando la lesione è così estesa, da comprendere il talamo, o, almeno, da interessarlo, comprimerlo, ecc. in primo tempo; tanto ciò è vero, che, dopo iniziatosi il riassorbimento, più libero il talamo, molti dei disturbi sensitivi (presenti appena verificatasi l'emorragia capsulare) si dileguano in secondo tempo. Ma oltre a ciò anche in questi ultimi casi giammai si hanno tutti quei disturbi, così estesi e complessi delle varie sensibilità, come si ammetteva prima per le emianestesi sensitivo-sensoriali.

Quello che oggi si può dire di ben acclarato, intorno alle lesioni centrali e disturbi di sensibilità, è questo:

1°) che emianestesi seggono a tumori del bulbo, della protuberanza, dei peduncoli quando son lese le fibre della parte interna, presso la linea mediana, che, si può dire, costituiscono appunto per questo il fascio sensitivo, il nastro di Reil, emianestesi crociate, a volta

alterne (della faccia da un lato e degli arti dall'altro), e in questo caso la lesione interessa e fascio sensitivo e radice del quinto (casi di *Nieden*, di *Bristowe*, di *Jolly*, di *Reymond* ecc.);

2°) che emianestesia persistente si determinano in lesioni capsulari e sopra capsulari, quando tumori ledono altresì il talamo ottico. Nel caso di *Demange e Spillmann*, che costituisce un bell'esempio da ricordare, un tubercolo del talamo e rammollimento consecutivo del centro ovale avevano determinato emiplegia, con contrattura ed emianestesia completa a sinistra;

3°) che disturbi sensitivi, emianestesia, anestesia da focolo, si hanno per lesioni corticali, con caratteri semiologici particolari, da ben distinguerli sia da sindromi funzionali, sia da manifestazioni per lesioni in altre sedi, come sentiranno. (Ed è questo che a noi interessa, per intendere i disturbi della sensibilità, osservati nel presente infermo).

Anche sulla topografia della sensibilità della corteccia cerebrale le nostre cognizioni son diverse da quelle, che erano qualche anno fa. Mentre, quand'io sedeva sui banchi della scuola, s'insegnava che i centri sensitivi fossero localizzati principalmente nei lobi occipitali o diffusi a tutto il mantello cerebrale e che solo la funzione visiva avesse una localizzazione ben sicura occipitale, oggi, dopo le osservazioni di *Grasset*, *Tripier*, *Vergier*, *Dejerine*, *Raymond*, ecc., nelle quali sono raccolti importanti dati di disturbi della sensibilità in forma di monod ed emianestesia per lesioni della zona rolandica, oggi si ritiene che la sensibilità generale è localizzata appunto nella regione cortico-motrice, che è una zona invero sensitivo-motrice, zona tra cui le cellule finiscono, arborizzando, le fibre del terzo neurone sensitivo, le quali godono altresì di una certa autonomia a trasmettere le diverse sensibilità, tanto che può seguire dissociazione delle medesime, come per esempio è occorso nel caso di *parachimeningite gommosa del Lyod*.

Queste nozioni hanno modificate una legge di semiologia del sistema nervoso: infatti prima si dava come carattere importante, per la diagnosi di una lesione cor-

ticale della zona motrice, l'assenza di disturbi sensitivi. Come conciliare, in tal caso, nel nostro infermo la sede corticale del disturbo motorio con la contemporanea presenza delle turbe sensitive? Le osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche di Grasset, Tripier, Ballet, Verger, Brissaud, Dejerine, Raymond hanno dimostrato che non è necessaria l'assenza delle turbe sensitive per ammettere la lesione corticale. La qualcosa è in pieno accordo con i fatti, che qui vediamo.

Inoltre da osservazioni recentissime di chirurghi, che hanno praticato, in seguito a trapanazioni ed interventi operativi, per asportazione di tumori ecc., eccitazioni colla corrente faradica (recentemente Dario Maragliano), si viene stabilendo che, della zona rolandica, « la circonvoluzione frontale ascendente è più particolarmente deputata alla motilità, mentre alla sensitiva è destinata la circonvoluzione parietale ascendente ».

Nei focolai poi di necrobiosi per ischemia cerebrale da embolismo e trombosi osserviamo—come hanno visto nel caso di embolismo della Silvana sinistra, nell'infermo del N° 15 Langiu Speranza, con stenosi mitralica, afasia ed emiplegia — disturbi sensoriali di sensibilità, cioè formicolio, crisi dolorose, specie in primo tempo, ma non obiettivi, nè duraturi, sia ciò per il fatto che essi hanno sede molto superficiale, e anche quando sono profondi i rammollimenti sottocorticali non danno luogo ad emianestesi durevoli, perchè, lese le arterie corticali, suppliscono le arterie lenticolo-striate (Raymond). Si deve trattare di lesioni corticali, oltre che profonde, distruttive, per tumori, cisti, ecc., come nei casi di Knapp, di Mya e Codivilla, di Dejerine. per aversi paresi e persistente disturbo della sensibilità. Nel caso di Knapp infatti, col cucchiaino chirurgico, era stata asportata della sostanza cerebrale nella zona rolandica, il caso di Mya e Codivilla riguardava una cisti da echinococco, quello di Dejerine una neoplasia.

L'emianestesia della sensibilità generale si riscontra sia nelle lesioni puramente e primitivamente corticali, sia nelle lesioni sottocorticali. Infatti Dejerine e Egger, Roussy, Thomase Chiari, Durochez, Haskaweck, Long, Buordon e Dide, sostengono

da poco tempo in quà, che l'emianestesia cerebrale segua altresì a lesioni del talamo ottico, le quali distruggono le fibre terminali del 2° o iniziali del 3° neurone sensitivo, di cui ho detto (sindrome talamica di Deyerine e Long); ovvero a lesioni che distruggono, a talamo intatto, le connessioni talamo-corticali; ma in questo caso la lesione deve essere di quelle molto estese.

Ma come riconoscere i due tipi di emianestesia cerebrali la corticale e la sottocorticale? Sia a loro bastevole tener presenti i seguenti caratteri:

1°) I disturbi sensitivi sono molto più profondi ed estesi nella lesione capsulo-talamica (Vergger), così la perdita di senso muscolare, di senso kinestetico, di localizzazione, il difetto di sensibilità tattile, dolorifica, termica.

2°) Prevalgono le turbe sensoriali, che secondo Deyerine mancano assolutamente nell'altra.

3°) Nell'anestesia corticale si ha principalmente abolizione del senso stereognostico e di localizzazione della cute, e meno interessata è la sensibilità tattile, termica e dolorifica.

4°) I disturbi sono i più pronunziati nella parte distale.

5°) La paralisi è più limitata nella corticale (ridotta delle volte ad una monoplegia) e preceduta o seguita da accessi di epilessia jaxoniana.

Non mi fermo ad un altro carattere di queste anestesia, che cioè mai terminano a limite netto, a manicotto, sibbene a sfumature, molto utile insieme ad altri dati, distinguere le organiche dalle emianestesia isteriche, le quali ed in ciò convengono i recenti neurologi hanno, pur troppo emianestesia, mentite paralisi, paralisi giudicate capsulari, corticali ecc.

Nel nostro infermo tutti i disturbi sensitivi, più manifesti nella sensibilità profonda, ossea, senso muscolare, senso stereognostico e limitati nella sensibilità tattile ecc., a forma monoplegica, ci hanno dimostrato il loro nesso con la grave meningo-encefalite per l'osteosifiloma necrosante ed usurante della zona rolandica.

Ma tra i sintomi registrati ve ne sono due, che meritano la loro interpretazione e cioè l'emianestesia della faccia (confr. fig. 3<sup>a</sup>), compresa la cheratite neuroparalitica a sinistra, e la paralisi ed atrofia del massetere e temporale dello stesso lato.

Questi disturbi sono da lesione del trigemino e tanto della branca sensitiva, quanto della motrice. Sulla cornea si ha non solo l'anestesia, come sul resto della faccia; ma iniezione vasale, intorbidamento ed opacamento fino all'abolizione completa della visione, varie ulcerazioni e perforazione, una vera cheratite così come la descrisse per primo *Magendie*. (Fig. 8<sup>a</sup>).



Fig. 8<sup>a</sup>.

Si ammetteva che queste lesioni, così gravi, fossero conseguenza dell'anestesia e dei traumatismi da cause esterne, da pulviscolo da germi, che l'occhio subiva; poi che fosse legata alle alterazioni vascolari (*Gaglio*), quindi alla mancanza di flusso nervoso e perciò, sottratta la cornea alla sua innervazione, subisse tutte le alterazioni

trofiche della neurocheratite paralitica (Charcot). Ma oggi in base ai dati sperimentali di Turner e ai dati clinici di Krause, Wilbrand, Sanger Parsons, Samuel ecc. bisogna ammettere che tali lesioni conseguono ad irritazioni del nervo, che si tratti quindi d'infiammazione nevritica e di cheratite non neuroparalitica, ma nevritica.

Nel nostro infermo oltre i sintomi obiettivi sulla cornea non mancava il dolore che di tanto in tanto il paziente indicava localizzato nella regione zigomatica sinistra (v. diario).

Pertanto dove ha sede la lesione di disturbi cosı imponenti?

Stante che alla emianestesia e alla cheratite si associa la paralisi motrice del trigemino ed i due centri distano notevolmente da quelli dell'altra branca del V, non  a parlare di lesione corticale; altre a ci i caratteri stessi della paralisi sono per una lesione radico-are.

Devesi ammettere una lesione alla base del cranio. E, poich essa non si associa a paralisi nel dominio di altri nervi cranici, specie sesto e quarto, come avviene costantemente per lesioni basilari, devesi ritenere che essa  localizzata « all'apice della porzione petrosa del temporale », nella fossetta della rocca, ove riposa appunto il ganglio di Gasser; una placca di meningite in questa sede, o piuttosto un'osteo-peristite, pu solo darci ragione dei sintomi qui rilevati. E la siflide  noto che suole appunto presentare queste lesioni limitate ed elettive a territori circoscritti, a singoli nervi.

Considerando poi che i disturbi vasomotori dell'occhio e l'opacamento della cornea si son manifestati nell'infermo prima ancora che venisse in Clinica e che si svolgesse la meningo-encefalite della zona rolandica e la meningite diffusa,  ancora pi legittimo il pensare che piuttosto, in questa sede siasi svolto, fin da principio, un processo limitato di periostite. E vi d ancora conferma il decorso: mentre infatti hanno ceduto alla cura energica e la paralisi emiplegica e l'emianestesia, mentre tutti gli altri sintomi dell'osteo-sifiloma e della meningo-encefalite rolandica si sono risolti, ci che rimane  l'anestesia del trigemino sinistro, la cheratite e la pa-

ralisi e l'atrofia del massetere e del temporale, ove non si è riuscito mai di poter determinare nessun grado di eccitabilità, alla stimolazione elettrica.

In questo paziente, per tutte le ragioni addotte, la diagnosi etiologica da infezione celtica ha trovato la sua ragione altresì nei dati forniti dalla puntura lombare, oltre che dal risultato della cura. La puntura lombare eseguita il 14 febbraio, quando ancora mancavano tanti altri dati per la diagnosi, c'è riuscito di grande utilità.

La linfocitosi cefalo-rachidiana è, come oggi si sa, molto probabile per la diagnosi di una lesione sifilitica dei centri nervosi. B a l l e t e B a r b e nell'ultima seduta della società di Neurologie riferiscono di un caso di sifilide recente, in cui la linfocitosi del liquido cefalo-rachidiano sparì dopo 60 iniezioni mercuriali, ma, dopo un mese e mezzo, si presentò di nuovo e si svolse una meningite mortale. Nel nostro infermo la linfocitosi esisteva e persiste ancora oggi (20 aprile), dopo il miglioramento notevole.

Ciò prova che la sifilide cerebrale qui è stata molto grave e, al presente, è solo sopita.

Così l'esame del fondo oculare ci ha dimostrato la papilla da stasi fin dall'ammissione del paziente in clinica e durante il trattamento, un progressivo miglioramento, fino all'uscita, quando registrammo un'evidente diminuzione della tumefazione della papilla, la scomparsa delle emorragie per quanto però si deve notare che ancora non sono visibili nè i contorni, nè i vasi che decorrono all'intorno di essa.

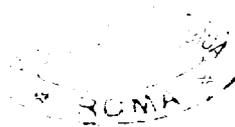
In quanto al trattamento, questo caso porta ad alcune considerazioni utili. Anzitutto c'insegna che la cura specifica, nei casi di osteo-sifiloma del cranio, va intrapresa subito e in maniera energica. Trattandosi di manifestazioni di sifilide terziaria, sia essa limitata all'osso e comprenda anche lesioni cerebrali, bisogna largamente ed energicamente ricorrere alla cura specifica: la quale eseguita non convenientemente, può portare a gravissime conseguenze, altresì dal lato diagnostico. Prima ancor che il nostro ammalato venisse in Clinica, qualche me-

dico avea praticato iniezioni di pochi cgr. di sublimato (cgr. 7 in tutto) e qui arrestatosi quando nessun giovamento si era manifestato, traeva argomento della natura non sifilitica delle manifestazioni, di fronte alle quali si trovava! Fermi della diagnosi, noi abbiamo fin da principio sottoposto l'infermo ad una cura di frizioni mercuriali, consumando fino ad otto gr. al giorno di unguento cinereo, continuandole anche nei giorni di massima gravità per la meningite diffusa e non arrestandoci ai sintomi di stomatite, la quale ha pur richiamato la nostra attenzione e fu con ogni cura trattata, mediante frequenti collutori di clorato e di decotto di china, mediante toilette della bocca, piccoli toccamenti con soluzioni di nitrato 1:10 d'argento ecc. Anche l'ioduro si è amministrato a dosi progressivamente elevate e subito portate a 5 gr. al giorno.

Si è potuto osservare inoltre che i migliori vantaggi si sono ottenuti dalla cura di frizioni mercuriali, durante la quale si è visto dileguare lo stato comatoso, diminuire la cefalea, sparire il fenomeno di K o e r i n g, diminuire l'omiparesi, ritornare la sensibilità all'arto. Dopo 15 frizioni lo stato dell'a. era così modificato, che egli affermava di sentirsi rinato. Stante le condizioni della bocca si sospese per cinque giorni la cura, pur continuando l'ioduro, si iniziò, dopo, un trattamento di iniezioni di bijoduro di mercurio, che son tanto vantate dal Dieu-lafoy in queste forme. Però l'infermo durante tale periodo ebbe a lamentarsi di nuovo della cefalea, ch'era ritornata così molesta nella notte, da non farlo dormire, cefalea diffusa a tutta la volta cranica, ma specie alla regione parietale destra, tanto che riprescrissi le frizioni mercuriali, nella dose precedente. Dopo cinque frizioni, il dolore di testa era completamente cessato, l'infermo ha lasciato il letto e, dopo altri 20 giorni di cura, la Clinica, migliorato in tutto, potendo camminare senza traccia di paralisi, e solo rimanendo la cheratite nevritica e l'anestesia e paralisi motrice del trigemino.

Nel nostro caso, di osteo-sifiloma della volta del cranio il trattamento medico è stato sufficiente per un miglioramento così pronunziato. Gli si è consigliato però di proseguire nella cura specifica, che specie dopo il

risultato dell'ultima puntura lombare è, per noi, reclamato. Ma vi sono dei casi, in cui è necessario invocare altresì qualche intervento chirurgico, e cioè qualora dei sequestri ossei rimangono immobilizzati e non è possibile di parlare di riassorbimento. È indicato la loro asportazione, per togliere altre cause di traumatismo sulle meningi e sul cervello e per facilitare la cicatrizzazione. In tali casi il chirurgo coadiuva la cura del medico.



3378

