



Misc. XIX. 6. 1. (22). XIX. 6. 1. (22)

OMAGGIO

OSPEDALE DI S. ANTONIO ALL'ESQUILINO

Dott. G. FORNACA

EPILESSIA E TUMORE CEREBRALE

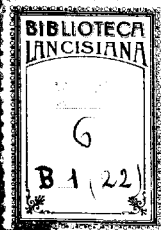
ESTRATTO

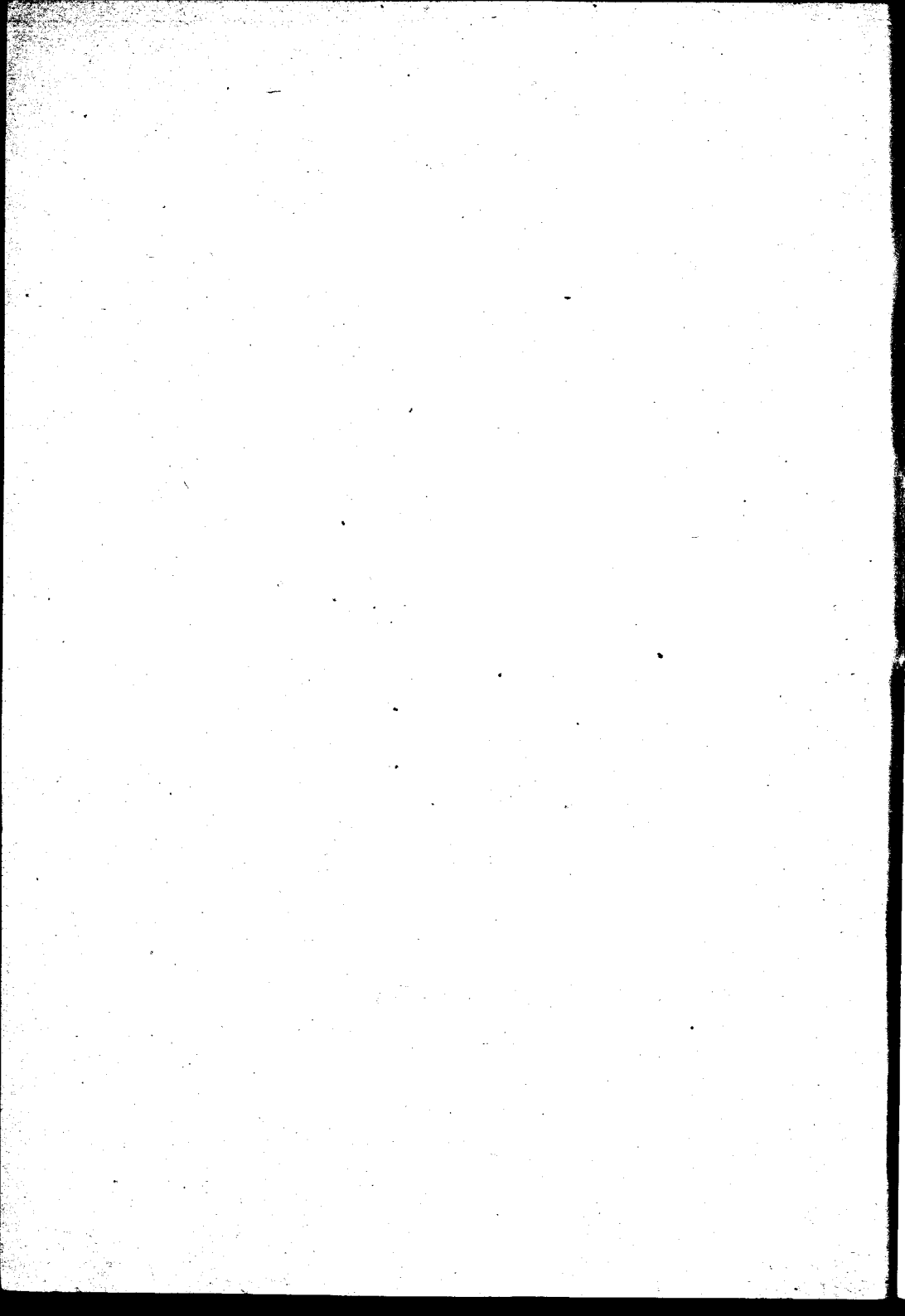
dalla « GAZZETTA MEDICA » di Roma, Anno 1907.

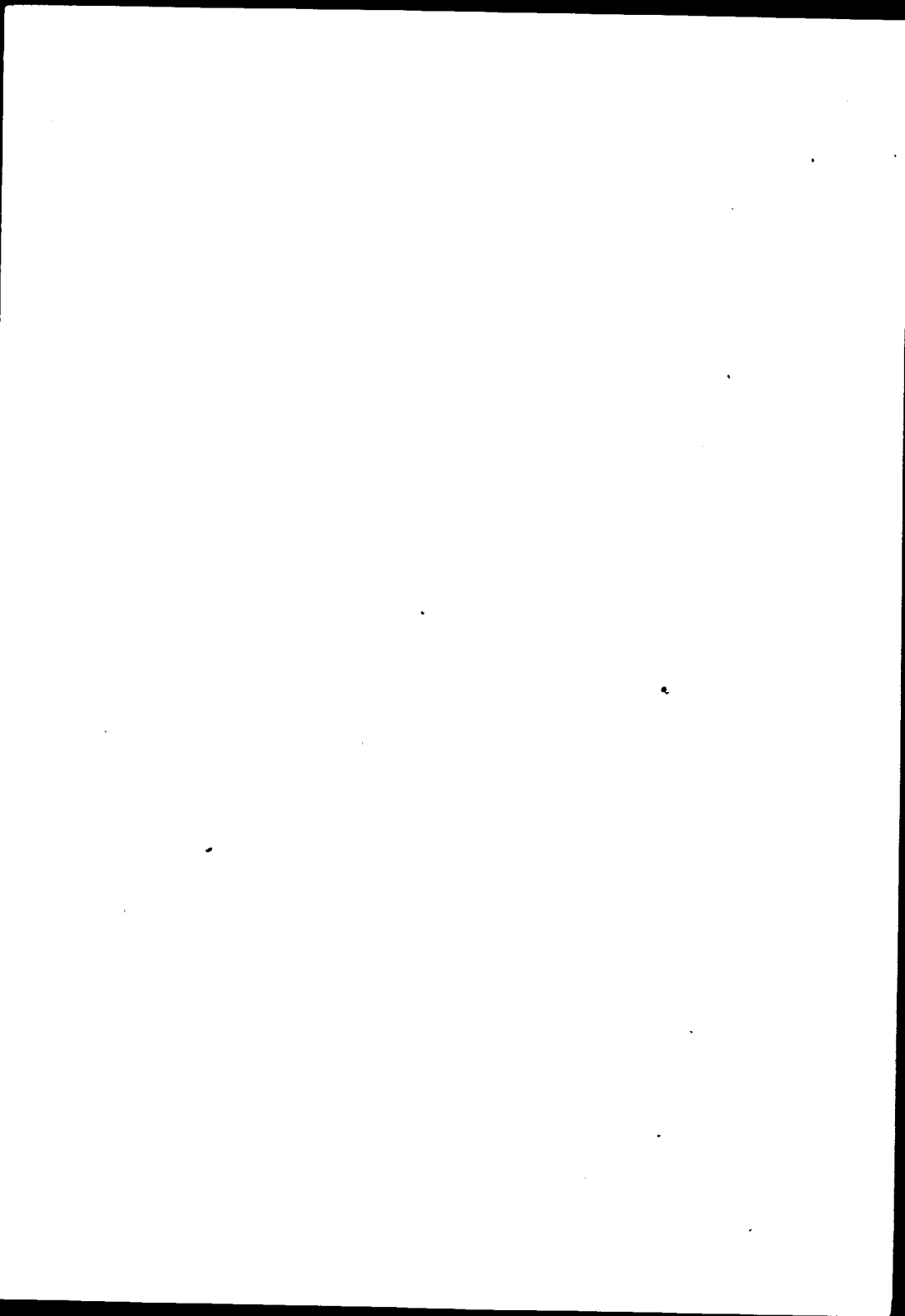


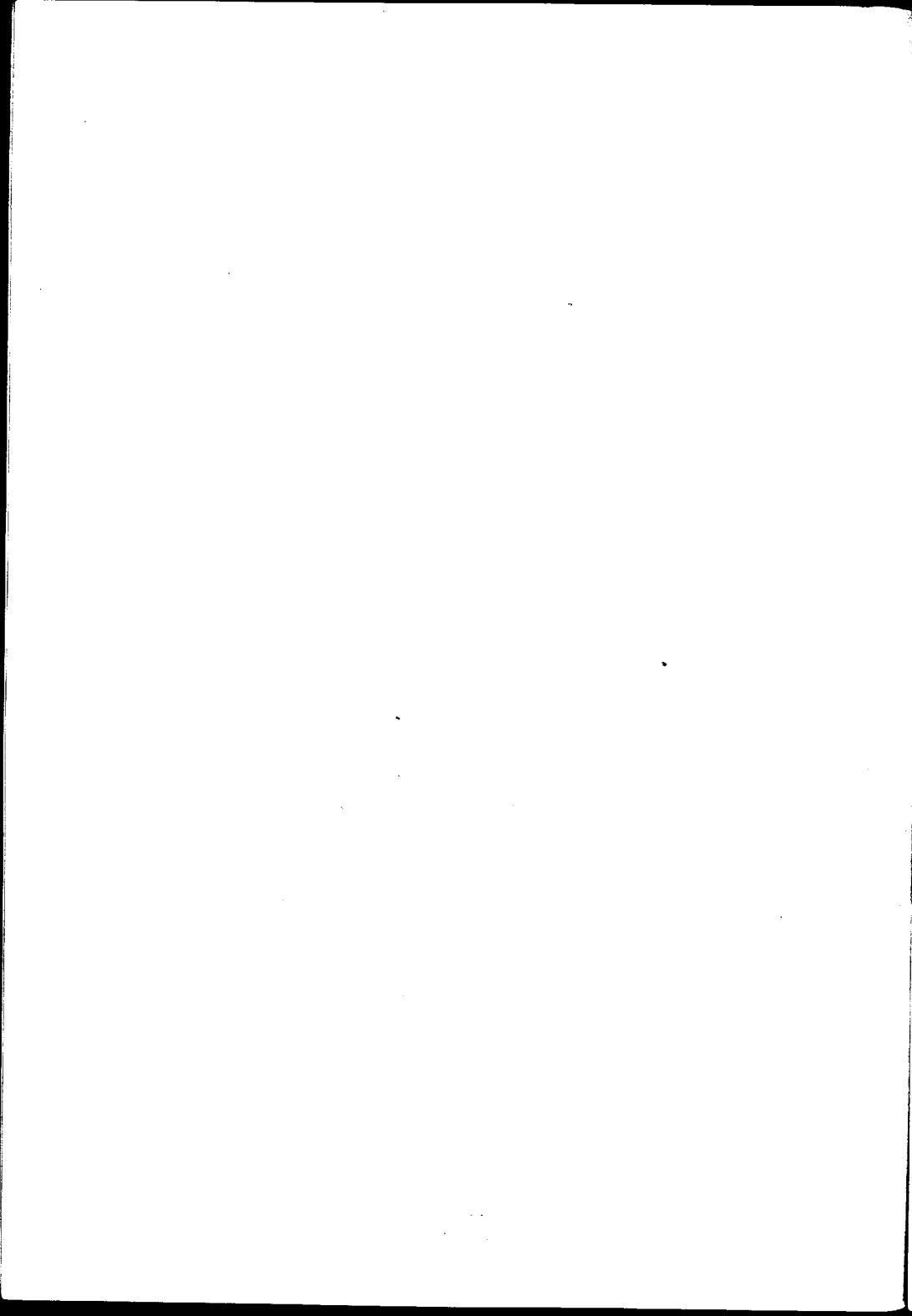
ROMA
TIPOGRAFIA FRATELLI PALLOTTA
Via del Nazareno 14

1907









OSPEDALE DI S. ANTONIO ALL'ESQUILINO

Dott. G. FORNACA

EPILESSIA E TUMORE CEREBRALE

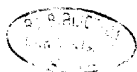
ESTRATTO

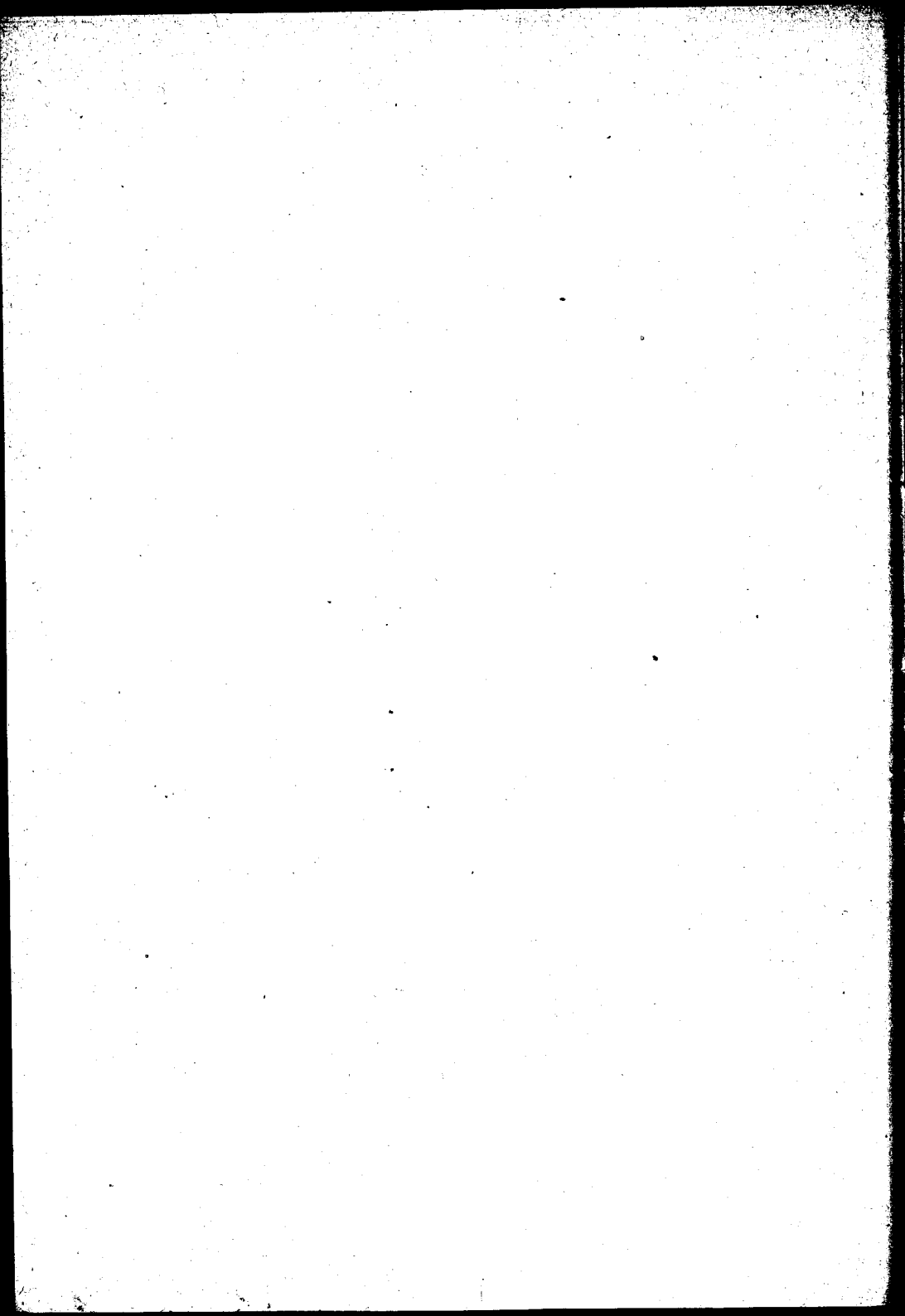
dalla « GAZZETTA MEDICA » di Roma, Anno 1907.



ROMA
TIPOGRAFIA FRATELLI PALLOTTA
Via del Nazareno 14

1907





Il 25 giugno 1906, durante il mio turno di guardia, fui invitato, verso le ore 17, a recarmi al V Padiglione del reparto Cronici per visitare un « aggravato ».

Al letto n. 146 trovai un individuo dell'apparente età di circa quaranta anni; in decubito dorsale, col volto un po' cianotico. L'infermo respirava affannosamente e teneva gli occhi chiusi e i pugni stretti. Chiamato, scosso, non rispondeva, nè accennava ad udire. Il polso ampio, teso, raro, giungeva solo a 52 battiti al minuto, la temperatura era 37°9; sollevate le palpebre era evidente l'anisocoria ($S > D$) delle pupille; i riflessi tendinei tutti esagerati: l'infermo aveva perso urina e feci.

Domandai agli infermieri per quale malattia quell'individuo era degente nell'Ospedale e mi fu risposto che era un epilettico, istupidito e cieco, che da circa tre giorni si trovava in quelle condizioni, cioè non apriva più gli occhi, non inghiottiva i cibi solidi, respirava affannosamente, e, di tanto in tanto, aveva scosse convulsive di breve durata.

Mi feci allora consegnare la scheda cubicolare. Su di questa era scritta la diagnosi di « Epilessia » seguita da due punti interrogativi. Circa un anno prima, da un collega che ignoro

chi sia, era stata redatta una scarsissima anamnesi e trascritto un breve esame obiettivo nevrologico. Quà e là le temperature più alte erano contrassegnate da una linea tracciata colla matita turchina e, ogni tanto si leggevano delle brevi annotazioni riferentisi, per lo più, al numero degli attacchi convulsivi che l'infermo aveva avuto. Era stato internato nell'ospedale di S. Spirito il 15 marzo 1904, e di lì, il 2 aprile 1905 era stato trasferito a S. Antonio nel reparto Cronici.

Volli interessarmi del « caso » e diedi ordine di essere chiamato quando l'infermo fosse preso da nuovi attacchi, e, l'indomani, interrogai a lungo la moglie che era venuta a visitare il marito malato e del quale conosceva bene l'istoria.

Ora riporto prima l'Anamnesi da me raccolta; per ordine cronologico trascrivo poi le osservazioni trovate sulle pagine della scheda e l'esame nevrologico fatto dal collega che non sono riuscito a sapere chi sia; segue un esame obiettivo da me praticato, qualche breve diario fino alla morte del paziente; ed infine il reperto dell'autopsia.

Anamnesi. — E..... Giuseppe, di anni 37, da Manciano (Grosseto), muratore.

Il padre è morto, molti anni fa, in seguito ad emorragia cerebrale: era uno strenuo bevitore di vino e di liquori, maltrattava la moglie ed i figli, dissipava il suo guadagno settimanale, era di carattere irritabile, aveva riportato varie condanne per violenze usate contro compagni di lavoro o di vizio.

La madre è morta per cancro di una mammella. Un fratello maggiore del paziente si trova in carcere ove sconta una pena per omicidio; una sorella è morta due anni fa in seguito ad un'affezione delle vie respiratorie.

All'età di due anni il malato ha sofferto di convulsioni che

si sono fatte sempre più frequenti e sono aumentate di intensità fino all'età di circa cinque anni.

Fu allora mandato in un paese di montagna presso una zia materna e rimase lontano quasi quattro anni. Di questo periodo non si hanno notizie precise ed attendibili.

Ritornato in famiglia, per volontà del padre dovette entrare in un cantiere in qualità di garzone muratore. - Ma vi rimase ben poco perchè non aveva voglia di lavorare, si sentiva sempre debole, spossato, ogni tanto rimaneva in letto perchè tormentato da forti giramenti di capo. - Però non ha mai sofferto malattie degne di nota.

All'età di 14 anni, cresciuto inoperoso, indolente, bizzoso, irascibile oltre ogni dire, in un ambiente pessimo sotto tutti gli aspetti, venuto a lite per un nonnulla con un suo coetaneo, lo colpì con un sasso sul capo così violentemente da produrgli gravi lesioni.

Fu perciò arrestato, portato in questura, subì vari interrogatori e rimase a lungo impressionato e fortemente impaurito.

Sei mesi circa dopo questo fatto in seguito ad una questione avuta col fratello, all'improvviso con un grido cadde a terra e, per la prima volta, fu colto da convulsioni a carattere epilettico. Queste crisi non lo hanno di poi più lasciato: di tanto in tanto, più spesso quando si inquietava per qualche piccola contrarietà o dopo avere bevuto più del consueto del vino (per cui aveva avuto sempre una forte tendenza) era preso da convulsioni che lo lasciavano spossato e confuso per un po' di tempo.

Costretto dalla necessità si mise a fare il muratore, ma per un periodo di quasi un anno cambiò padrone cinque o sei volte a causa delle stranezze che commetteva dopo gli accessi o a causa della sua grave indolenza e della sua pigrizia.

Peggiorando sempre più, colto quotidianamente da due o

tre accessi, fu internato una prima volta nell'Ospedale di S. Spirito ove rimase circa quattro mesi.

Uscì dall'Ospedale molto migliorato psichicamente e somaticamente, tanto che potè riprendere il suo lavoro ed aiutare la famiglia che in quel tempo versava in cattive condizioni finanziarie.

A venti anni, dichiarato abile al servizio militare, quale soldato del genio, fu inviato a Verona. Dopo un mese e mezzo circa fu ripreso da forti attacchi epilettici accompagnati o preceduti da periodi di impulsività grave e seguiti da stati crepuscolari protratti. Venne perciò mandato all'Ospedale Militare. Mentre era quì degente, parecchie volte fu sorpreso, di notte, in uno stato completamente incosciente, a girare, nudo o coperto della sola camicia, per l'Ospedale. In seguito a tutti questi fatti venne riformato.

Ritornato a casa sua si diede nuovamente ai bagordi, gli attacchi ed i disturbi pre e postaccessuali si fecero più frequenti ed aumentarono d'intensità. Venne perciò internato a S. Spirito per la seconda volta.

Vi rimase però per poco tempo; causa la sua impulsività e per avere più volte disubbidito e mancato di rispetto ai Sanitari, fu dimesso per misure disciplinari.

Uscito prese bromuri per circa sei mesi, perchè sollecitato dalla moglie, allora sua fidanzata.

Più tardi, volendo cercare di guadagnare di più per potere sposare, si decise ad emigrare in America. Giunto a Genova fu ripreso da attacchi convulsivi gravi, e, pare, che ebbe a patire anche dei disturbi psichici, tanto che fu ricoverato in un Ospedale di quella città.

Dopo quattro mesi venne inviato a Roma. Era assai migliorato in salute, ingrassato, gli attacchi lo assalivano molto di rado, erano diminuiti di violenza, il periodo confusionale postacces-

suale era meno marcato e di durata più breve che una volta. Persistevano però la facile irritabilità e l'impulsività.

Trovò ad occuparsi in un cantiere e dopo cinque mesi, all'età di 22 anni) andò a nozze. Non aveva mai avvicinato sessualmente donne.

Il giorno del matrimonio, forse per l'emozione, più probabilmente per il vino e poi liquori bevuti, fu colto da cinque attacchi epilettici consecutivi, ma di breve durata.

La moglie l'obbligò a prendere bromuri e lo sorvegliava intanto affinché non commettesse sregolatezze di nessun genere. Essa narra che in tal modo l'infermo per quasi due anni non fu preso dal male forte; solamente di tanto in tanto aveva capogiri o per periodi di tre o quattro giorni si mostrava irrequieto, bisbetico o dormiva per delle giornate intere incapace a stare sveglio, a distrarsi, come intontito.

Un giorno festivo, recatosi in campagna con alcuni amici e all'insaputa della moglie, ritornò a casa ubriaco. L'indomani non poté recarsi al lavoro e la sera, dopo avere vomitato del liquido « nero come la pece » (dice la moglie) si alzò improvvisamente dal letto e, urlando, corse contro uno specchio, lo spezzò con un vigoroso pugno ferendosi la mano e poscia, digrignando i denti, cadde riverso fra le braccia della moglie che era accorsa per trattenerlo. Posto in letto s'addormentò profondamente.

Quattro o cinque giorni dopo poté riprendere il suo lavoro.

Seguì un lungo periodo di quasi cinque anni di relativo benessere, interrotto solo da qualche raro e leggiero attacco epilettico.

Nell'estate del 1898, cacciato dal cantiere per avere litigato con dei compagni e per avere minacciato un suo capo, trovandosi senza lavoro dovette adattarsi a fare il facchino di piazza. Sospese perciò ogni cura, doveva faticare molto, e ogni

tanto commetteva degli eccessi nel bere. Gli attacchi convulsivi si fecero più gravi e più frequenti. Un giorno dopo un accesso violento avuto in casa sua, in un momento in cui la moglie non poteva sorvegliarlo, si alzò dal letto ove giaceva ed uscì.

Per due giorni la consorte non poté sapere ove fosse andato, finchè, interessatane la Questura, venne a conoscere che il marito era stato trovato in terra, incosciente, quasi quattro chilometri lungi dalla Porta S. Giovanni e che era stato ricoverato all'Ospedale della Consolazione per un'ampia ferita lacera della fronte.

La donna narra che, recatasi a visitare l'infermo, questi la trattò molto male perchè non si era fatta vedere prima di allora, non ricordava affatto nè di avere avuto l'attacco epilettico, nè di essere fuggito di casa e di essersi recato tanto lontano; ignorava del pari come era caduto e come si era ferito.

Uscì dalla Consolazione guarito della ferita, dopo venticinque giorni di cura.

Nel gennaio del 1900 recatosi in una chiesa, di mattina a buon'ora per ascoltare la messa, (il malato è sempre stato assai religioso), fu colto da un attacco convulsivo che si ripetette appena l'infermo ritornò a casa. La sera fu preso da forte febbre e da dolore puntorio al torace, dal lato sinistro. Un medico chiamato l'indomani diagnosticò una broncopolmonite, della quale lo curò per quasi venti giorni.

Rimase ancora in casa per un mese, ma poi, ristabilitosi completamente, poté riprendere il suo gravoso mestiere di facchino.

A detta della moglie, pareva che l'affezione delle vie respiratorie gli avesse giovato per l'epilessia perchè per quasi tre anni l'E. non ebbe più che attacchi rari e leggeri.

Ma nell'aprile del 1903 cominciò a lamentarsi di un forte dolore gravativo al capo, dolore che aumentava durante il pe-

riodo pre e postaccessuale, ma che non lo abbandonava quasi mai nè di giorno nè di notte.

Ripresa la cura bromica diminuirono di frequenza e di intensità gli attacchi epilettici, non così la cefalea che andò sempre più aumentando e si localizzò a destra, in corrispondenza della bozza frontale.

Visitato da un Sanitario gli vennero prescritte e praticate per più di tre mesi delle iniezioni ipodermiche di ferro e arsenico, ma con nessun vantaggio.

Intanto le crisi di epilessia si ripetevano sempre più frequentemente: però la moglie dell'infermo narra che le scosse tonico-cloniche invece di essere subito generali come per tanti anni erano state, ella aveva osservato che al principio dell'attacco erano manifeste solo al lato sinistro e durante l'attacco prevalevano a sinistra.

La cefalea, sempre più violenta, dalla bozza frontale destra si era diffusa anche alla regione orbitaria dello stesso lato: era costante in tutte le ore del giorno e della notte, talora era più forte in corrispondenza della cicatrice della ferita la cera che aveva riportato qualche anno addietro, e si esacerbava se l'infermo ruotava il capo in fretta. Nessun medicamento alleviava il dolore; solo delle compresse ghiacciate e il sonno costituivano un sollievo pel malato che era intanto molto dimagrito.

Essendogli stato consigliato il cambiamento di aria lasciò Roma e colla moglie si recò presso alcuni parenti nel paese natale.

Le condizioni dell'infermo quivi migliorarono alquanto: la cefalea diminuì d'intensità, le crisi epilettiche si fecero meno frequenti: però il malato cominciò a lagnarsi che la vista andava diminuendo a poco a poco.

Dapprima la moglie diede poca importanza a questo fatto,

ma in seguito consultò un medico che attribuì la diminuzione del potere visivo alla epilessia grave da cui era affetto l'infermo da tanto tempo.

Durante la permanenza a Manciano la cefalea non cessò completamente, ma diminuì moltissimo; però le crisi di attacchi epilettici si fecero sempre più lievi e frequenti e lo lasciavano in preda a sonnolenza quasi continua: la vista rapidamente diminuì tanto da obbligare l'infermo a farsi accompagnare per muovere qualche passo senza pericolo di cadere.

L'ammalato era torpido, accasciato, di umore triste, parlava poco, rispondeva lentamente e a monosillabi alle domande che gli si rivolgevano; smemorato, non ricordava neppure i fatti più semplici da un istante all'altro: mangiava però con discreto appetito e dormiva circa tutto il giorno.

Divenuto quasi cieco dall'occhio destro la moglie volle ricondurlo a Roma per farlo visitare da uno specialista di malattie degli occhi.

Le fu detto che il marito era affetto da nevrite ottica, (la moglie dice *neuralgia*), che nessuna speranza poteva nutrire per il ricupero della vista dell'occhio destro, ma che il sinistro essendo meno colpito dalla nevrite poteva forse migliorare. Fu perciò sottoposto ad una cura che non dette alcun risultato favorevole.

Intanto la moglie dell'infermo aveva notato che questo non era più tanto triste, accasciato, neanche dopo gli attacchi convulsivi fattisi frequentissimi quantunque di lieve intensità e di corta durata.

Il malato divenne poco alla volta più allegro: però, narra la moglie, che le sembrava che il marito fosse divenuto una « creatura »: non chiedeva e non voleva niente, interrogato rispondeva con sciocchezze, o metteva in ischerzo quanto gli

si chiedeva, servendosi però di poche parole, aveva sempre il volto atteggiato ad un sorriso fatuo, vuoto, senza senso.

Al principio dell'anno 1904 l'infermo non sapeva, sempre secondo quanto racconta la moglie, formulare più un ragionamento, non sapeva più esprimersi bene, era sempre sorridente; era divenuto noncurante di tutti e di tutto anche di ciò, che doveva maggiormente interessarlo.

Peggiorando ognor più tali condizioni psichiche, aumentati gli accessi fino a dieci o dodici al giorno, divenuto quasi completamente cieco, il 15 marzo 1904 fu internato una terza ed ultima volta nell'ospedale di S. Spirito donde fu trasferito a S. Antonio dopo un anno e diciotto giorni.

Diario. — Nessuna notizia di quanto è accaduto durante la degenza a S. Spirito.

Due giorni dopo il trasferimento a S. Antonio, l'infermo ha avuto cinque attacchi convulsivi, l'indomani nove, il 7 aprile tre, il 20 aprile dodici.

Il 21 aprile ha avuto un'elevazione febbrile ($37^{\circ}9$) che, con remissioni vespertine, lo ha tormentato per una settimana,

Il 12 maggio è preso da sette attacchi consecutivi. Si incomincia a somministrargli il Bromuro di Potassio.

Il 4 giugno è preso da un attacco forte e protratto: segue a questo uno stato comatoso, con febbre fino a $38^{\circ}7$, durato nove giorni. Si deve nutrire il malato con una sonda e gli si praticano dei clisteri di idrato di cloralio.

Il 18 giugno due accessi.

Il 30 giugno lo si deve isolare perchè canta e disturba gli altri ammalati.

8 luglio: due accessi convulsivi.

28 luglio: quattro attacchi.

30 luglio: sei attacchi.

16 agosto : nove attacchi.

17 agosto : temperatura 39°1 ; polso 58, teso ; respiro stertoroso.

21 agosto : un attacco.

5 settembre : un attacco.

6 settembre : un attacco.

7 settembre : sette attacchi.

8 settembre : un attacco, stato comatoso ; temperatura 38°6,

17 settembre : Breve Anamnesi raccolta dalla moglie del paziente.

Esame necrologico. — Lieve ipotonia del facciale superiore di sinistra.

Accenno al clono della rotula e del piede a sinistra.

Reflessi tendinei vivacissimi, specie il rotuleo che a sinistra è però più pronto che a destra.

Sensibilità dolorifica pare normale : il malato fa dei movimenti di difesa ad ogni puntura.

Sensibilità termica un po' diminuita : la provetta contenente acqua calda deve rimanere a lungo a contatto della cute perchè il malato faccia qualche moto di difesa.

5 ottobre : tre accessi.

9 ottobre : un accesso.

Da questo giorno il diario tace completamente. Non sono neppure più prese le temperature.

Esame obbiettivo (27 giugno 1906). — L'infermo giace inerte sul letto, respira affannosamente, tiene gli occhi chiusi. Il muscolo pettorale destro è agitato da un fine tremore a scosse rapidissime.

Individuo di costituzione scheletrica regolare. Masse muscolari povere e assai flaccide. Pannicolo adiposo scarsissimo. Cute e mucose visibili molto pallide.

Si palpa qualche ghiandola, piccola, dura, spostabile nella regione inguinale d'ambo i lati.

Organi toracici e addominali normali.

Antropologicamente si nota:

Cranio oxicefalo: notevole plagiocefalia incrociata (anteriore sinistra-posteriore destra). Capelli castagno-scuri formanti un vortice unico spostato molto verso destra. Fronte bassa. Plagio-prosopia marcata: la metà sinistra della faccia è più sporgente. Linea naso-mentoniera alquanto spostata verso destra.

Dorso del naso formante una curva con concavità rivolta verso destra. Orificio boccale grande, labbra sottili. Denti guasti: due incisivi spezzati; due molari di destra mancanti; un molare sinistro lesionato dalle carie.

Palato notevolmente escavato. Lingua sfrangiata ai margini, con numerose e profonde impronte dentarie.

L'orecchio destro è inserito più in basso e un poco più indietro del sinistro: il padiglione di quest'ultimo è però più distaccato dal piano osseo.

Si trovano, in ambedue le parti, ugualmente sviluppati trago e antitrago. Tubercolo di Darwin molto sviluppato a destra. Lobulo sessile in ambo i lati.

Nulla di notevole nel tronco, negli arti, nel sistema cutaneo ed in quello pilifero.

L'esame *nevrologico* fa notare:

Evidente paresi del facciale superiore e inferiore di sinistra: tutte le pliche cutanee sono da questo lato più spianate: l'apertura palpebrale è più ampia che a destra, l'angolo labiale sinistro è più abbassato.

I movimenti passivi non offrono alcuna resistenza. Dato lo stato mentale del soggetto, i movimenti attivi non si può vedere come si compiono, però l'infermo quando vuole afferrare qualcosa, adopera sempre l'arto destro.

Non clono della rotula e del piede. Presente il fenomeno di Babinski d'ambo i lati, ma particolarmente a sinistra.

Le pupille hanno contorni regolari: Quella di sinistra è più ampia di quella destra. Le iridi non reagiscono alla luce.

Il riflesso irideo all'accomodazione non si può provare.

I riflessi tendinei sono tutti più vivaci a sinistra.

L'infermo ritira l'arto o contrae i muscoli ad ogni puntura, abbastanza prontamente. A sinistra l'acqua calda contenuta in una provetta desta una piccola reazione solo quando è rimasta a lungo a contatto della pelle.

Il malato non risponde alle domande che mostra neppure di udire. Non chiede spontaneamente nulla: di tanto in tanto colla mano destra descrive in aria delle curve come se volesse prendere qualche oggetto. Perde urina e feci.

Temperatura: 37°2. Polso: 51 al minuto. Si nutrisce per via rettale.

Diario. — 28 giugno: Al mattino due accessi di brevissima durata e di minima intensità. Il respiro si è fatto più affannoso: la cianosi è intensa: polso 50 ineguale, aritmico, teso. Temperatura 38°1.

29 giugno. Ho potuto presenziare ad un attacco convulsivo. Il respiro dell'infermo si fa più affannoso, aumenta la cianosi: cominciano ad apparire fini e rapide scosse a carico del lato sinistro della faccia, poi dell'arto superiore ed infine dell'arto inferiore di sinistra; dopo un pò le scosse da questa parte si fanno grossolane, ampie: i bulbi oculari sono ruotati in alto e verso destra. Il malato non emette bava, non perde urina o feci. Ponendo sotto le nari del malato un batuffolo di cotone sul quale sono state poste alcune gocce di nitrito di amile, le scosse, che cominciavano a diminuire d'intensità, si fanno più forti e più rapide. Dopo 48 minuti secondi l'accesso si può

dire terminato, solo di quando in quando l'arto superiore sinistro è agitato da qualche scossa ampia e lenta.

La temperatura è di 38°3; Polso 47, fortemente aritmico, ineguale.

Durante la notte altre due scosse leggiere e di breve durata.

30 giugno. Da questa mattina gli attacchi si sono seguiti frequentissimi quantunque lievi.

Tremori fibrillari si notano nei muscoli pettorali e delle coscie. La cianosi del volto e delle labbra è intensa, il respiro stertoroso. Temperatura 39°1. Polso lentissimo, pieno: 45 pulsazioni al minuto.

Si pratica all'infermo un salasso di 225 gr. di sangue.

La sera le condizioni persistono gravi.

1 luglio. Gli attacchi lievissimi, fugaci sono talmente frequenti che non si contano più: il malato è scosso continuamente da sussulti; la respirazione è sempre più affannata; la cianosi è più che mai intensa.

2 luglio. Alle ore 9 l'infermo muore.

Autopsia praticata 16 ore post-mortem. — Diploe alquanto ridotta di volume; dura madre liscia, lucente, tesa normalmente; la pia si distacca facilmente dalle circonvoluzioni sottostanti in tutto l'encefalo, meno che in corrispondenza del lobo frontale di destra ove si mostra aderente per un tratto quasi circolare grande quanto una moneta da cinque lire.

Nel lobo frontale destro esiste una neoformazione che invade la prima circonvoluzione frontale nella sua parte laterale, la seconda circonvoluzione frontale e sfiora appena il lato superiore della terza circonvoluzione frontale. Il neoplasma è, come è stato detto, rotondeggiante, ed il diametro raggiunge cm. 3 $\frac{1}{2}$: rispetta la porzione più anteriore del lobo frontale ed il piede della prima e della seconda circonvoluzione fron-

tale; cosicchè all'ispezione risulta che la neoplasia occupa la porzione mediana della prima e della seconda circonvoluzione frontale senza raggiungere però la scissura interemisferica.

Praticati i soliti tagli vertico-trasversali si osserva che in quelli più anteriori che passano al davanti del ginocchio del corpo calloso, la sostanza cerebrale è integra. Nei tagli che interessano il corno anteriore si presenta il neoplasma che si diffonde dalla corteccia della prima e della seconda circonvoluzione frontale nel centro ovale, senza raggiungere però la volta del corno anteriore. La neoformazione rispetta la sostanza grigia delle circonvoluzioni mediali e non occupa affatto il territorio spettante alla terza circonvoluzione frontale. Il neoplasma raggiunge il massimo sviluppo nel taglio vertico-trasversale che passa attraverso la parte anteriore del ginocchio del corpo calloso, in seguito diminuisce rapidamente e non se ne trova più traccia nel taglio che passa proprio all'innanzi della commessura anteriore.

La superficie di taglio della neoplasia è di colorito grigio-rossastro quasi ovunque; in alcuni punti vi sono piccole porzioni d'aspetto gelatinoso.

Le cavità dei ventricoli sono normali ed i tagli nel resto del cervello non mostrano alterazioni degne di nota.

La superficie interna dell'Arteria basilare non è liscia, ma presenta qualche placca ateromasica.

*
* *

Riassumendo abbiamo qui il caso di un individuo figlio di un alcoolizzato morto di apoplezia, e fratello di un omicida, affetto di epilessia fin quasi dalla nascita, che all'età di 34 anni comincia a soffrire di cefalea intensa e ribelle ad ogni medica-

mento, poi di diminuzione della vista fino alla cecità. Contemporaneamente gli attacchi convulsivi divengono prevalenti a sinistra, da questa parte si manifesta una emiparesi, e le facoltà psichiche subiscono alterazioni notevoli.

L'esame necroscopico ha rivelato la presenza di un glioma nel lobo frontale destro.

*
* *

Ora si può domandare:

1.° L'epilessia era genuina o rappresentava un sintoma del tumore cerebrale?

2.° I disturbi di cui era affetto il paziente potevano far pensare alla presenza di una neoplasia del cervello?

3.° Questi disturbi erano in rapporto colla sede del tumore?

Se si esamina con attenzione l'istoria del paziente e si raccolgono da essa tutti i sintomi caratteristici della Epilessia, si vede che ne esistono anche altri che, senza dubbio, si possono mettere in rapporto con un tumore cerebrale. Però questa divisione, che riesce abbastanza netta per sintomi secondarii, non si può fare invece per due di essi che han dominato la scena e che forse han impedito, anche perchè comuni alle due malattie, che venisse pronunciata una diagnosi precisa.

Quanto ho detto fin'ora appare più chiaro nella tavola seguente:

Sintomi di		
EPILESSIA	TUMORE	COMUNI
1. Convulsioni fin da bambino. 2. Impulsività ed irascibilità del carattere. 3. Equivalenti: <i>motori</i>: automatismo ambulatorio <i>somnici</i>: attacchi di sonno, coma <i>sonnambolici</i>: attacchi di sonnambulismo <i>psichici</i>. 4. Segni degenerativi.	1. Cefalea frontale preval. a destra (1903). 2. Preval. delle scosse muscolari a sinistra. 3. Emiparesi a sinistra. 4. Nevrite ottica. 5. Polso raro. 6. Cambiamento di carattere, facilità al motteggio. 7. Aumento delle scosse convulsive in seguito alle inalazioni di Nitrito di Amile (Vidal).	1. Accessi convulsivi (1883). 2. Stato demenziale.

Gli accessi convulsivi erano cominciati nel mio malato nel 1883, quando egli aveva 14 anni; dalla descrizione fatta da chi vi ha assistito si può dedurre che quegli attacchi rivestivano tutti i caratteri dell'accesso epilettico tipico ed erano preceduti e seguiti dai comuni fenomeni che si riscontrano per solito nel quadro dell'Epilessia genuina.

La prevalenza delle scosse a sinistra comincia a manifestarsi assai più tardi, circa venti anni dopo, quando l'infermo era già molto deperito e aveva sofferto traumi specialmente dal lato destro del cranio.

Gli accessi di una volta duravano molto ed erano più rari

rispetto a quelli che negli ultimi tempi affliggevano il paziente.

Gli attacchi convulsivi, divenuti prevalenti a sinistra, erano lievi, fugaci, spesso molti, l'un dietro l'altro.

Lo stato demenziale può attribuirsi sia alla Epilessia che al Tumore: però è bene ricordare quanto dice a questo riguardo il Ballet (1). Questo autore sostiene che la demenza neoplasica è molto più rapida a sopravvenire di quella epilettica. Egli dice pure che la demenza colpisce prima i neoplasici cerebrali che presentano convulsioni che quelli che non le presentano; ed aggiunge altresì che, negli affetti da tumore cerebrale, l'epilessia generale è (dal punto di vista della sua relazione coi progressi della demenza) di una prognosi più grave che l'epilessia parziale.

Nei neoplasici il risveglio intellettuale dopo ogni accesso ha luogo più lentamente che non in un epilettico genuino e la mentalità dell'individuo con tumore cerebrale, dopo ogni attacco o serie di attacchi convulsivi, discende ad un livello inferiore di molto rispetto a quello in cui si ferma quasi la mentalità di un epilettico.

Infatti, nel mio caso, il paziente per un ventennio ha sofferto di epilessia grave, ma la demenza è sopravvenuta rapida, totale solo quando il neoplasma del cervello ha cominciato a dare qualche segno di sé.

Non vi ha dubbio che il mio paziente non fosse un vero epilettico. Si può dire che quasi l'intero quadro morboso dell'Epilessia si è svolto nella sua esistenza: dagli attacchi convulsivi insorti fin dalla prima età agli attacchi del « gran male », dagli equivalenti motori, agli equivalenti psichici, alle gravi anomalie del carattere.

L'alcoolismo cronico del padre, la presenza di gravi stigmate degenerative del cranio e della faccia nel paziente, davano alla diagnosi di Epilessia una conferma assoluta.

Dopo quasi venti anni però, forse in seguito al trauma riportato dal malato in corrispondenza della bozza frontale destra, si comincia a mutare alquanto il quadro della prima infermità, e compaiono le scosse convulsive più forti a sinistra, o da questa parte han principio le convulsioni generali che si esacerbano colle inalazioni di nitrito di amile che aumenta la pressione intracranica provocante una congestione (Vidal (2)); il malato ha cefalea sempre più grave, prevalente a destra; dopo comincia a vedere meno bene e rapidamente diviene cieco: in ultimo è colpito da emiparesi sinistra, da paresi vescicale e rettale, ha un polso raro, febbricita, cade in istato comatoso e muore.

Certamente la successione di questi sintomi, così come l'ho riferita, doveva fare pensare all'esistenza di un tumore del cervello al quale del resto, volendo, si potevano attribuire, oltre che le convulsioni presentate dal malato, anche i suoi stati psicopatici. Infatti il Giannelli (3) dice che una neoplasia cerebrale può produrre disturbi psichici e motori perfettamente analoghi e talora identici a quelli che suole produrre l'Epilessia essenziale.

Però troppo tempo è trascorso fra il principio della Epilessia e l'apparire dei primi sintomi del Tumore cerebrale per potere affermare che quella non è che un sintoma di questo: e, d'altra parte, mi pare inamissibile il supporre che un tumore così diffuso sia potuto rimanere a lungo assolutamente latente, ed abbia avuto uno sviluppo tanto lento!

Riguardo alla diagnosi di sede è opportuno ricordare che, secondo Oppenheim (4), il lobo frontale destro, insieme col lobo temporale ed una parte del lobo parietale pure di destra, possono albergare tumori di grande volume senza sintomi di focolaio.

Charvet e Baucel (5) recentemente han pubblicato il caso

di un tumore che occupava tutta la terza circonvoluzione frontale sinistra senza dare afasia nè fenomeni motori di alcun genere tanto che per spiegare questo fatto quegli autori ammettono che l'emisfero destro debba, in quel caso, avere funzionalmente supplito il sinistro.

Generalmente però i tumori che si sviluppano in corrispondenza del lobo frontale destro danno diverse alterazioni della psiche e fenomeni motori vari, per lo più convulsioni.

Raramente la lesione si traduce solo con disturbi motori, e con l'epilessia generale, così come nel caso di Roncoroni (6), e in quelli di Maurice Dide (7). Talvolta le facoltà mentali sono intatte e l'ammalato si trova solo in uno stato substuporoso, così come nel caso del Phelps. (8).

Quasi sempre si hanno disturbi psichici importanti. Tra questi ve ne è uno che consiste in una strana tendenza agli scambi di parole (*Witzelsucht*) combinata ad un certo grado di euforia.

Molti autori ammettono queste alterazioni ed insistono sul significato diagnostico di esse per la sede della neoplasia.

Ricordo Oppenheim (loco citato) Obici (9), Byron Bramwel (10), Raymond (11), Pel (12), Brault e Loeper (13), Lannois (14), Gauthier (15), Dupré e Devaux (16), Burzio (17), Raymond Cestan e P. Lejonne (18), Höniger (19), Bayerthal (20) e (21), Müller (22).

Il paziente da me studiato avrebbe presentato (almeno per quanto si può dedurre dalla narrazione della moglie) un mutamento notevole di carattere quasi improvviso divenendo euforico ed assumendo un aspetto frivolo, un contegno puerile.

Un altro fatto interessante ho riscontrato nel mio infermo: l'anisocoria.

Dell'asimmetria pupillare nei tumori del lobo frontale pochi autori fanno cenno. Bianchi (23) potè constatarla in un

caso; Tambroni e Obici (24) in due osservazioni; Michell Clarke (25) dice che nei casi da lui studiati l'ha sempre vista costante.

Tutti questi osservatori hanno riscontrato la dilatazione pupillare maggiore nel lato opposto al lobo frontale leso: anch'io, fin dal primo istante in cui ho esaminato il mio paziente, ho constatato che la pupilla sinistra era più ampia della destra.

*
* *

In conclusione nel caso da me riferito mi pare giusto considerare l'Epilessia, che per un ventennio da sola ha afflitto il malato, come una malattia a se, anzichè come un sintoma del Tumore cerebrale che ha cominciato tanto tempo dopo a dare qualche segno di sua presenza.

In tal modo ai casi simili descritti da Sharkey, Bruns, Oppenheim, Bowlby, Giannuli, Mingazzini, Bindo de' Vecchi (citati da Oppenheim) si può aggiungere questa mia osservazione di una neoplasia sviluppata in un cervello ad organizzazione epilettica.



BIBLIOGRAFIA

- (1) GILBERT BALLLET. *Traité de Pathologie mentale*.
- (2) M. VIDAL (de Périgueux). *Epilepsie généralisée*, XIV Congrès de l'Association française de Chirurgie. Paris 21-26 octobre 1901.
- (3) GIANNELLI. *Effetti diretti ed indiretti dei neoplasmî encefalici sulle funzioni mentali*. Policlinico, volume IV M. 1897.
- (4) OPPENHEIM. *Trattato delle malattie nervose* - Vol. II, pag. 289 - 1905.
- (5) CHARVET et BAUCÉL. *Gliome volumineux du lobe frontal gauche* - Lyon médical 1904 - pag. 717.
- (6) RONCORONI. Accad. di Med. di Torino 1893.
- (7) MAURICE DIDE. Bulletins de la Société anatomique, 1898 pag. 217.
- (8) PHELPS. American Journal of medical Sciences, 1902.
- (9) OBICI. Policlinico 1895, vol. II, fasc. VI.
- (10) BYRON BRAMWEL. Brain 1899 pag. 1 e segg.
- (11) RAYMOND Société. Méd. des hôpitaux 24-VI-92.
- (12) PEL. Neurologisches Centralblatt 1898 s. 776.
- (13) BRAULT et LOEPER. Arch. génér. de méd. 1900 p. 256.
- (14) LANNOIS. Lyon médicale 1899 p. 575.
- (15) GAUTHIER. Archives générales de méd. 1900 p. 244.
- (16) DUPRÉ et DEVAUX. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1900.
- (17) BURZIO. Annali di Freniatria e scienze affini, vol. X fasc. 3, 1900.
- (18) RAYMOND CESTAN et P. LEJONNE. Revue névrologique p. 846, 1901.
- (19) HÖNIGER. *Zur Diagnose der Geschwülste des Stirnhirns*. Münchener med. Wochenschr 1901 p. 740.
- (20) BAYERTHAL. Arch. f. Psych. 1902, n. 36, f. s. p. 323.
- (21) " Neurol. Centralblatt. 1903 p. 615.
- (22) MÜLLER. Deutsch. Zeitsch. f. Nervenhe., 1903.
- (23) BIANCHI, Atti del IX Congresso di med. interna vol. IV Roma 1895.
- (24) TAMBRONI e OBICI. *Due casi di tumore dei lobi frontali*. Riv. di Patologia Nervosa e mentale vol. II, fasc. 4 e 6 1897.
- (25) MICHELL CLARKE. *The accurate localisation of intracranial tumours*. Brain 1898.

2/11



