

## SOMMARIO

1. Clinica medica propedeutica di Pavia. Un caso di ascesso cerebellare pel prof. B. Silva. — 2. *Rivista delle cliniche*. Clinica medica di Vienna (prof. Kahler). Contributo alla patologia e terapia della cirrosi renale genuina (atrofia granulata del rene). — 3. *Rivista bibliografica*. — 4. *Notizie*.

CLINICA MEDICA PROPEDEUTICA  
DI PAVIA

## UN CASO DI ASCESSO CEREBELLARE (1)

pel prof. B. SILVA

Luigi B., contadino, d'anni 27, celibe, di Rocchetta ligure, entra nella Clinica medica propedeutica di Pavia il 5 dicembre 1890.

La madre è morta per tubercolosi polmonare a 40 anni; alcuni fratelli, di cui non ci sa precisare il numero, sono morti in tenera età, ignorasi per quale malattia.

Il paziente soffersse di febbri da malaria (?) all'età di cinque anni, guarite facilmente col chinino. A 16 anni ebbe per tre mesi tosse con escreato abbondante, talora sanguinolento, e febbre; la tosse ricomparve da qualche tempo. Non ebbe mai sifilide, nè fu alcoolista.

Cinque anni fa scolo purulento dal condotto uditivo esterno di destra e diminuzione dell'udito dallo stesso lato; a questo scolo si aggiunse l'anno scorso (1889) la produzione di escrescenze carnosce nello stesso condotto uditivo, con dolori forti all'orecchio e fischi, a cui nel settembre si aggiunsero vertigini. Asportati nell'ottobre i polipi del condotto uditivo esterno, i dolori diminuirono notevolmente, comparando solo ad accessi e meno intensi, mentre le vertigini si esagerarono. Nel novembre ricomparvero i dolori più violenti, talora con vomiti, che si verificavano per lo più dopo il pasto, se specialmente questo era abbondante.

All'entrata in Clinica i dolori erano vivi, cominciavano al condotto uditivo esterno, irradiandosi in avanti al bulbo oculare, in addietro alla nuca; lo stato vertiginoso era grave; l'ammalato aveva la sensazione continua di movimento in senso orizzontale degli oggetti esterni; nel volgere gli occhi in alto, come nei movimenti del corpo, la vertigine aumentava; nella posizione seduta lo stato vertiginoso era più grave che nel decubito

orizzontale, ancora maggiore se l'ammalato tentava di reggersi in piedi. In questa posizione il paziente traballava, come in preda a paura ignota e minacciando ad ogni momento di cadere, coi segni di crescente dispnea non resisteva a lungo in piedi. Anche ad occhi chiusi il paziente accusava senso di vertigine. Non ebbe mai perdita della coscienza.

All'orecchio sinistro il paziente non avvertì mai alcun disturbo. Alvo ed orinazioni regolari. Non avvertì mai febbre.

Quando il giorno dopo l'entrata in Clinica il paziente fu presentato nel corso di Neuro-patologia, offriva ancora le note di uno stato vertiginoso piuttosto grave. Anche tranquillo, nella posizione orizzontale, il malato aveva la sensazione come se fosse in una barca e gli oggetti esterni gli girassero continuamente attorno. La sua fisionomia esprimeva l'ansia e lo spavento. I fenomeni, come è detto, si esacerbavano nei movimenti; l'andatura era come quella di un ubbriaco, titubante, e il paziente non poteva camminare se non sorretto. Vivi dolori tormentavano il malato nella regione temporo-occipitale di destra, specialmente in corrispondenza del condotto uditivo. Questo all'ispezione mostrava uno scolo abbondante purulento, le pareti coperte da strato ditterico, qua e là da tessuto necrosato facilmente sanguinolento, per cui non si potè vedere il fondo del condotto uditivo, anche pel dolore che si suscitava coll'applicazione dello speculum. L'apofisi mastoide non era tumefatta; alla pressione era indolente.

L'udito a destra era abolito, a sinistra appena leggermente diminuito con sclerosi della membrana del timpano; sentiva a sinistra il battito dell'orologio a 40 cm. di distanza.

Il polso era 70, il respiro 22, la temperatura fra 36°,5 e 37°. Fu medicato con jodoformio e lavande boriche.

In presenza di tale sintomatologia il primo pensiero fu quello di attribuire i fenomeni offerti dal nostro paziente all'alterazione dell'orecchio: *vertigine ab aure laeso*.

Il decorso ulteriore parve per un certo momento dare ragione alla diagnosi. Dal 6 all'11 dicembre, in seguito all'uso della chinina, le vertigini diminuirono notevolmente e così pure il dolore all'orecchio; anche i fenomeni locali del condotto uditivo esterno pareva andassero migliorando. Si sospese dopo il giorno 11, secondo i dettati di Charcot, il chinino, e per non istare inerti si ricorse all'uso

(1) Comunicazione alla Società medica di Pavia.

della pilocarpina per iniezioni ipodermiche, consigliata in queste forme di vertigini.

Senonchè lo stato dell'ammalato invece di migliorare, come accade abbastanza frequentemente di osservare in queste affezioni, nella settimana di riposo che sussegue a quella della somministrazione del chinino, andava peggiorando.

Il giorno 14 dicembre si manifestò di nuovo vomito, che dal primo dicembre non era mai più comparso; l'appetenza, conservatasi fino allora normale, scomparve dal giorno 15 in avanti; il giorno 18 ricomparvero dolori vivi al capo, specialmente localizzati alla regione frontale, e da quell'epoca l'ammalato si mise a decubere sul lato sinistro del corpo raggomitolato sopra sè stesso come sta chi ha molto freddo. Invitato ad alzarsi o a muoversi sul letto, o per soddisfare i propri bisogni, poteva bensì fare ogni movimento; però appena eseguito detto movimento ritornava nella posizione di prima sul fianco sinistro. Contemporaneamente si manifestò uno stato generale di dimagrimento e marasma, che andò sempre più accentuandosi in seguito, mentre a rari intervalli si aveva qualche vomito delle materie ingeste.

Si riprese il chinino il giorno 22 dicembre e lo si continuò, con qualche giorno di riposo, alla dose di  $\frac{1}{2}$  gr. ad 1 gr. al giorno fino al 1° gennaio 1891.

Ciò nondimeno i sintomi andarono aggravandosi; il peso del corpo che al 5 dicembre (giorno d'entrata in clinica) era di chgr. 38, si ridusse ancora fino a 34,600 (il giorno 26 dicembre).

È a notare che il malato non offrì mai durante tutto il tempo che stette in clinica temperature superiori a 37°, nè inferiori a 36°; in genere avea T. di 36°,6 a 36°,9 (all'ascella); il polso era di 68-70, qualche rara volta scese a 64; il respiro 20-22 al 1'.

Le urine erano in genere scarse, sempre prive di albumina e di zucchero.

Di fronte a questi sintomi, persistenza, anzi aggravarsi dello stato vertiginoso, malgrado la cura, posizione coatta del corpo, dimagrimento generale dell'ammalato, persistenza del vomito, non esitai a pensare che oltre alle lesioni auricolari, forse causa prima della vertigine, vi fossero anche altre lesioni più gravi centrali, già preesistenti o sopravvenute in seguito, e precisamente un ascesso cerebrale.

Infatti noi sappiamo che fra i più frequenti

momenti etiologici degli ascessi cerebrali vi hanno le lesioni suppurative croniche dell'orecchio medio; secondo le più recenti statistiche la metà dei casi di ascesso cerebrale avrebbe tale causa, nell'altra metà dei casi interverrebbero come causa o il trauma, o altri processi piemici, oppure lesioni tubercolari, bronchiti putride, pneumoniti, etc.

È noto inoltre che è più specialmente nelle lesioni dell'orecchio destro, per ragioni che Körner ha tentato di spiegare, che si osserva la complicità dell'ascesso cerebrale; di più, in genere, questi ascessi risiedono lontano dalla lesione auricolare, nei  $\frac{2}{3}$  dei casi nelle circonvoluzioni temporali, in  $\frac{1}{6}$  nel cervelletto, e nel resto in altre parti dell'encefalo; quando è maggiormente colpita la superficie superiore della rocca l'ascesso risiede in genere nelle circonvoluzioni temporali, e nella fossa endocranica posteriore, quando la suppurazione interessa specialmente le cellule dei processi mastoidei.

Nel caso nostro, mancando ogni segno di lesione dei nervi basilari, non era nemmeno da discutere l'eventuale insorgenza di una complicazione meningea.

Per quanto riguarda i sintomi di ogni ascesso cerebrale, sia che insorga nel decorso di un'otite media purulenta, sia che avvenga per altra causa, dessi sono di tre specie:

1° Sintomi che sono dipendenti dalla suppurazione per sè.

2° Sintomi che sono dipendenti da aumentata pressione endocranica.

3° Sintomi dovuti alla sede dell'ascesso: sintomi di focolaio.

Fra i sintomi del primo gruppo può avere importanza capitale la febbre, che però nell'otite media purulenta può venire anche per questa causa: nel caso nostro mancò sempre.

Fra i sintomi del secondo gruppo la cefalea predomina insieme con il dolore alla percussione del cranio; anche nelle lesioni dell'orecchio abbiamo la cefalea così detta faringotimpanica, indipendentemente da ogni complicazione di ascesso cerebrale; questa esisteva nel nostro caso. Gli altri sintomi del 2° gruppo; rallentamento del polso, sonnolenza, coma, respiro stertoroso o di Cheyne-Stokes, papilla da stasi, etc. sono più frequenti nei tumori; negli ascessi cerebrali possono mancare. Il vomito è frequente anche nella vertigine di Menière e in quella ab aure læso. Nel nostro paziente esisteva solo questo ultimo sintoma

e mancavano tutti quegli altri segni accennati che si attribuiscono ad aumentata pressione endocranica.

Restano i sintomi di focolaio. Qui si presentano due possibilità:

O l'ascesso risiede nelle regioni così dette latenti dell'encefalo, in quelle zone di cui ignoriamo i sintomi consecutivi alla loro lesione, e allora ogni tentativo diagnostico è vano; non si può che giocare ad indovinare. O l'ascesso risiede in una regione del cervello, le cui funzioni sono fino ad un certo punto note, e la cui lesione dà sintomi riconoscibili, e allora la diagnosi può talora essere relativamente facile; questi sono i casi meno frequenti, specialmente negli ascessi consecutivi a lesione dell'orecchio medio.

Difatti in tali casi l'ascesso più frequentemente risiede nelle circonvoluzioni temporali, e dovrebbe aver per conseguenza la sordità verbale, ma poichè, come dice Barr, la grande maggioranza dei casi di otite suppurativa cronica è bilaterale, e quindi accompagnata per sè da sordità, è chiaro che il sintoma in questione può anche non dare segno di sua esistenza, perchè coperto da altro più grave.

Nei casi invece in cui l'ascesso risiede nel cervelletto allora desso o può colpire zone così dette latenti, come gli emisferi cerebellari, e allora non dà segni per cui lo si possa diagnosticare, o risiede nel verme o nel peduncolo cerebellare medio, e allora i sintomi sono gli stessi che dà una lesione auricolare, come si sa dalle esperienze sugli animali e dall'osservazione clinica.

È noto che, affezioni del peduncolo cerebellare medio inducono sintomi specialissimi, fra cui primeggia la vertigine, la quale d'ordinario è assai intensa e qualche volta non si limita ad un semplice senso di giramento, ma dà luogo ad un effettivo e involontario moto di rotazione, ad un movimento *forzato* del tronco sul suo asse longitudinale, talvolta verso la parte della lesione, tal'altra in senso opposto. Tuttociò può semplicemente ridursi alla tendenza irresistibile a giacere su di un fianco. (Gowers) (1). Vi può essere pure nistagmo. Tali fenomeni probabilmente dipendono da irritazione attiva e non da distruzione del tessuto nervoso. Spesso vi hanno segni dipendenti da lesione unilaterale del ponte.

Nel caso nostro quindi il marasma rapido,

segno frequente degli ascessi cerebrali, la tendenza a giacere su di un fianco, e i sintomi vertiginosi, se dovevano far pensare, data la presenza della otite, ad una complicazione di ascesso cerebrale, naturalmente doveano anche indicarcene la sede nel peduncolo cerebellare medio del lato della lesione (come in tali casi avviene).

Mancava il nistagmo nel caso nostro, sintoma però non necessario delle lesioni peduncolari.

In favore di tale concetto parlavano pure altri sintomi comparsi proprio negli ultimi giorni di vita del paziente. Infatti in un esame fatto in data 3 gennaio abbiamo trovato clono del piede, esagerazione dei riflessi rotulei; questi fenomeni, che per sè soli non avrebbero importanza, potrebbero parlare nel caso nostro in favore di una lieve alterazione (da compressione) del fascio piramidale.

La morte del paziente avvenne dopo tre giorni di stato soporoso; questo sintoma si osserva anche negli ascessi cerebrali.

Resta difficile però stabilire l'epoca dell'insorgenza della complicazione cerebrale; l'ascesso si è fatto dopo l'operazione dei polipi, o solo verso la metà di dicembre in Clinica, quando contemporaneamente si notò l'aggravarsi dei sintomi esistenti, e la comparsa di nuovi? Per chi ha esperienza clinica e conosce la difficoltà di simili diagnosi appare difficile la soluzione del quesito.

Difatti l'insorgere di un ascesso cerebrale consecutivo a lesione dell'orecchio medio è sempre subdolo, e Bergmann dice a ragione a pag. 31 della sua classica monografia sul trattamento chirurgico delle affezioni cerebrali (1): « l'esacerbazione acuta dello scolo dall'orecchio non ha nulla da fare con l'insorgere o con l'ingrossarsi dell'ascesso cerebrale. I nuovi sintomi che, data tale evenienza, per caso insorgessero, anche quando consistano in vertigine, cefalea, insonnia e malessere, non sono da ritenersi quale espressione della supposta lesione cerebrale, ma piuttosto da attribuirsi all'affezione auricolare fattasi più grave. »

Ora nel caso nostro nemmeno questo aggravarsi dei sintomi auricolari ci dava argomento per la diagnosi; mancava la febbre, solita a verificarsi nelle complicanze di ascesso

(1) E. von Bergmann. *Die chirurgische Behandlung der Hirnkrankheiten*, Berlin, 1889.

(1) Gowers. *Diseases of the Brain*, London, 1885.

cerebrale, e tutti gli altri segni potevano spiegarsi con la lesione auricolare esistente. Solo in via razionale abbiamo potuto pensare all'ascesso cerebellare, fondandoci specialmente su due sintomi: il marasmo e la tendenza irresistibile del paziente a stare raggomitolato e sul fianco sinistro.

L'autopsia diede pienamente ragione alla diagnosi fatta. Si trovò « anemia del ponte e del midollo allungato ». La superficie dell'emisfero cerebellare destro nella parte esterna, era rammollita così che nell'asportazione della massa cerebrale si perforò, lasciando sfuggire del pus denso, gialliccio; tagliato si trovarono due ascessi della grossezza di una ciliegia, circondati da una capsula connettiva, ricca di vasi.

Dei due ascessi, il superiore un po' più grosso, occupava quasi tutta la parte bianca dell'emisfero cerebellare destro, circondato dalla corteccia cerebellare, e anteriormente e posteriormente limitato dalla sostanza bianca che costituisce la continuazione dei peduncoli cerebellari, anteriore e posteriore; il lobo medio del cervelletto non era in nessun modo interessato.

L'ascesso inferiore, un po' più piccolo, occupava lo spessore del peduncolo cerebellare medio, appena questo usciva dal ponte; un piccolo seipimento trasversale, come una lamina costituita da tessuto in apparenza sano, divideva i due ascessi nel punto in cui il peduncolo si espande a costituire la sostanza bianca del lobo cerebellare laterale. Non potei stabilire se i due ascessi potevano eventualmente comunicare fra di loro, dato lo stato di cattiva conservazione e spappolamento nel quale mi fu consegnato il pezzo anatomico.

Nel resto dell'autopsia non v'era nulla di interessante, all'infuori dell'otite bilaterale, purulenta a destra, già diagnosticata in vita.

Quello ch'è notevole da constatare si è che anche dopo morte non ci è dato risolvere i quesiti postici, quando l'ammalato era vivo. Ci fu impossibile dedurre dallo stato anatomico dei pezzi, l'epoca probabile dell'insorgere dell'ascesso, che, dato lo stato congestizio delle pareti, pareva di origine relativamente recente. Non sappiamo dopo morte ancora stabilire quali dei sintomi offerti dal paziente si devano attribuire alla lesione auricolare, e quali alla lesione cerebellare.

È lecito credere che all'entrata in clinica il paziente avesse già l'ascesso dell'emisfero

cerebellare, che coll'aggravarsi dei sintomi, e con la comparsa tendenza a posarsi sul fianco sinistro sia coincisa la formazione dell'ascesso peduncolare. L'ascesso dell'emisfero non poteva per sé dare segni di sua presenza. All'ascesso peduncolare si può attribuire questo sintoma unico della posizione coatta; i sintomi di vertigine e di vomito, esistenti già da mesi, devonsi con maggiore verosimiglianza attribuire alla lesione auricolare.

## RIVISTA DELLE CLINICHE

CLINICA MEDICA DI VIENNA. (Professor KAHLER). — **Contributo alla patologia e terapia della cirrosi renale genuina (atrofia granulare del rene).**

Il primo cenno della malattia esistente nella nostra inferma trovasi indicato nel dato anamnestico che ella due anni fa cominciò ad accusare sete singolarmente intensa. Inoltre ebbe a notare di emettere moltissima orina chiara e limpida. Di più l'inferma da quattro settimane soffre disturbi visivi, e più nell'occhio destro che nel sinistro. Insieme con questi disturbi della vista sono sorte cefalalgie molto intense. Da alcuni giorni il suo stato subiettivo è turbato dalla dispnea, che l'inferma descrive in forma di accessi asmatici.

Trattasi di una persona abbastanza muscolosa, robusta, di media taglia, che possiede nel cellulare sottocutaneo grasso relativamente in copia. Colorito del volto non troppo pallido; neppure le mucose visibili presentano un pallore peculiarmente intenso. Nella posizione dei bulbi, nel modo di contenersi delle pupille, nelle congiuntive non si vede nulla di anormale. Invece un reperto assai notevole si ottiene dall'esame oftalmoscopico del fondo dell'occhio, cioè quello di una estesa lesione retinica. Così a destra come a sinistra troviamo, nei dintorni della *macula lutea*, una rilevante degenerazione adiposa degli elementi retinici in forma di piastre bianco-gialle o biancastre, che in parte confluiscono ovvero sono disseminate su tutta la retina come piccoli punticini. Allato a questi punti bianco-gialli trovansi in alcuni tratti emorragie; infine i limiti della papilla non sono distinti. Questo reperto, che costituisce la retinite albuminurica, ha fatto ricoverare l'inferma nella nostra clinica.

In lei i disturbi della vista non sono molto forti, ma ha la spiacevole sensazione dell'obnubilamento della vista. Del resto la maniera del disturbo visivo accusato dall'inferma, indica un processo localizzato nella *macula lutea*. Essa dice che, guardando diretta-