BIBLIOTECA LANCISIANA
MISCELL.
B 7
20
BIBLIOTECA MEDICA ROMA

PROF. ROBERTO ALESSANDRI

TUBERCOLO SOLITARIO DELLA REGIONE ROLANDICA

Craniectomia — Asportazione — Guarigione

Estratto dal POLICLINICO, *Vol. XII-C., 1905*

ROMA
N. 219 — Corso Umberto I — N. 219
1905

Prof. ROBERTO ALESSANDRI

TUBERCOLO SOLITARIO DELLA REGIONE ROLANDICA

Craniectomia — Asportazione — Guarigione

Estratto dal Policlinico, *Vol. XII-C., 1905*

ROMA
N. 219 — Corso Umberto I — N. 219

1905

Roma, 1905 — Tip. Nazionale.

Tubercolo solitario della regione rolandica

Craniectomia - Asportazione - Guarigione

per il prof. ROBERTO ALESSANDRI,

Professore di Patologia Chirurgica nella R. Università, Chirurgo Primario negli ospedali di Roma.

La storia dell'infermo, che è oggetto della presente comunicazione, offre parecchi punti importanti nel riguardo clinico ed in quello anatomo-patologico e fisiologico.

Per il primo è molto netto il quadro sintomatico, che permise la diagnosi precisa di sede e fino a un certo punto di natura della lesione; inoltre si presta a importanti considerazioni per l'intervento chirurgico, riguardo alla tecnica operativa e al risultato ottenuto.

Per il secondo punto è interessante la limitazione abbastanza netta del focolaio tubercolare, e le particolarità istologiche dell'esame microscopico, nonchè la localizzazione del tumore, diversa da quella ordinariamente nota in fisiologia per il centro dell'arto superiore.

Riferirò pertanto con una certa larghezza la storia clinica e il diario dell'infermo, e farò poi brevi considerazioni sui punti accennati.

C. C., di anni 31, ammogliato, di Civita d'Antino, lustrascarpe, entra all'ospedale di S. Giacomo il 21 febbraio 1904, per una tumefazione al ginocchio sinistro.

Anamnesi familiare negativa; egli ha sofferto di vaiuolo a 14 anni; a 27 di periostite del mascellare inferiore d'origine dentaria, di cui fu operato con incisione esterna; a 28 anni ebbe bronchite con emottisi; dopo quest'ultima malattia ha sempre avuto un po' di tosse e catarro.

Da circa un mese dice che il ginocchio sinistro ha cominciato a tumefarsi ed a dolere specie nei movimenti di flessione.

Obiettivamente si notava il ginocchio sinistro tumefatto in modo che erano scomparse le depressioni fisiologiche ai lati della rotula, ed erano fortemente

prominenti le estroflessioni inferiori della sinoviale di lato al tendine rotulieno; il ginocchio era in leggera flessione; vi era notevole ipotrofia della coscia. La palpazione dava rigonfie e molli le estroflessioni inferiori della sinoviale, meno la superiore; senso netto di fluttuazione ben trasmissibile; ballo della rotula; movimenti passivi limitati, ma possibili, dolorosi; dolorosa la pressione della linea articolare.

Viene diagnosticata una sinovite tubercolare con versamento liquido (idrope tubercolare); e col Potain (28 febbraio) si estrassero circa 150 cmc. di liquido torbido, giallognolo, in cui l'esame microscopico fece rilevare abbondanti linfociti e qualche elemento endoteliale; negativa riuscì la ricerca del bacillo di Koch. Previo lavaggio del cavo articolare con soluzione fisiologica, si iniettano dieci grammi di sospensione iodoformica in glicerina 10 per cento. Apparecchio.

Durante la degenza l'infermo è colpito a varie riprese da accessi convulsivi, pei quali reclama la somministrazione di bromuri, che dichiara era solito prendere. Interrogato su questo punto, racconta che nel settembre antecedente (1903), mentre si preparava a fare un bagno, fu improvvisamente preso da un accesso convulsivo, che poi si ripetè due volte nella notte. senza causa apparente. D'allora in poi a distanza variabile di 5, 7, 10 giorni l'infermo è andato soggetto ad accessi simili. Si è fatto visitare, e gli venne ordinata una cura bromica, che egli ha fatto, senza però notevole vantaggio.

Interrogato sul tipo degli accessi, egli afferma di presentire l'attacco imminente da una sensazione speciale di formicolio localizzata alla mano destra, e precisamente alle prime tre dita, che poi si diffonde all'avambraccio, braccio e spalla, e a cui seguono poco dopo contrazioni e scosse, che talora colpiscono solo l'arto superiore destro, e poi cessano, senza che l'infermo perda la coscienza; tal'altra invece si diffondono all'arto inferiore, alla faccia, e l'infermo non ricorda più. Dice di aver emesso qualche volta bava dalla bocca, ma di non essersi mai morsicata la lingua, nè aver avuto perdita involontaria di urine. Dopo l'accesso resta una lieve confusione e un senso di spossamento che gli dura qualche ora. Da un certo tempo ha avvertito anche un indebolimento della mano destra e più specialmente delle tre prima dita. tanto che non può più scrivere; indebolimento che egli riporta al ripetersi frequente degli attacchi.

In vista di ciò, l'infermo fu attentamente sorvegliato, e si potè così assistere ad alcuni accessi: una prima volta, avvenuta la sensazione di formicolio alla mano e poi diffusasi all'avambraccio e alla spalla, quasi subito si vedono entrare in contrazione tonica le tre prime dita della mano, che rimasero in estensione, ricordando l'atto di chi benedice: anche l'avambraccio era in flessione, fortemente contratto, tanto che non si riusciva ad estenderlo. L'accesso durò 5 minuti; il malato non perdè la coscienza, nè vi si aggiunsero altri sintomi.

In un altro attacco alla consueta aura sensitiva fecero seguito scosse cloniche, dapprima limitate all'arto superiore destro; poi si diffusero al faciale, e a questo punto l'infermo perdè la coscienza. e poi all'arto inferiore destro ed infine a quelli di sinistra: l'accesso durò 12 minuti; non fu accompagnato da bava sulla bocca, nè da morsi alla lingua, nè da perdita di urine.

Un esame completo dell'infermo dette i risultati seguenti:

Individuo di media statura; colorito bruno pallido; leggermente butterato; capelli e baffi castagni; conformato regolarmente ad eccezione di una leggera asimmetria cranica; pannicolo adiposo scarso. La metà sinistra della faccia è meno sviluppata della destra; orecchie grandi e staccate; il padiglione di esse s'inserisce a livello diverso: il sinistro più in alto; così pure le altre parti molli a sinistra: sopracciglio, pinna nasale e angolo della bocca. La narice sinistra è slargata e rotondeggiante, la destra più ristretta nel senso antero-posteriore, e più bassa della sinistra.

Nulla di notevole a carico del faciale superiore; il faciale inferiore di destra è invece leggermente paretico: infatti nell'atto di mostrare i denti il paziente non riesce a sollevare l'angolo labiale destro quanto il sinistro e tutta la metà destra della bocca si muove assai meno. La lingua nello stato di riposo non presenta deviazione; è mobile in tutte le direzioni, ma protrusa devia leggermente a destra. L'ugola è alquanto deviata a sinistra. Non reagisce al titilla-

mento, che ha effetto solo se portato nelle parti posteriori del faringe. Non vi è alcun disturbo della fonazione e dell'articolazione del linguaggio; però nel pronunciare parole difficili si nota un lusso di movimenti in tutti i muscoli faciali. Nessun disturbo della masticazione e deglutizione.

Le pupille reagiscono lentamente alla luce e all'accomodazione; sulla cornea destra verso il centro leggero opacamento, che il malato riferisce al vaiuolo; anche la sinistra non è perfettamente trasparente. Nessuna traccia di nistagmo. L'intensità ed il campo visivo sono normali. L'esame oftalmoscopico dà solo a sinistra discreta iperemia dei vasi retinici.

L'udito è un po' diminuito a sinistra. Gli odori si avvertono meglio a sinistra che a destra; gusto normale.

Il paziente si lagna di dolori di testa, che non hanno localizzazione precisa, ma in genere prediligono la fronte e le regioni temporali (parte anteriore); prevalgono la sera. Vi è leggera asimmetria cranica, ma non infossamenti nè cicatrici. Alla percussione si avverte un'area circoscritta a sinistra nettamente dolorosa, che corrisponde presso a poco alla parte media della regione rolandica; inoltre si percepisce con evidenza, che percuotendo coll'indice su questa area si ottiene un suono ottuso, che contrasta col suono chiaro che si ottiene nella parte simmetrica di destra.

Movimenti della testa normalmente estesi ed energici. Movimenti delle spalle normali.

L'arto superiore sinistro ha movimenti attivi e passivi normali in tutte le direzioni. Quello di destra non presenta speciali posizioni nè attitudini viziose: solo si nota una evidente tendenza delle ultime tre dita a flettersi verso la vola. I movimenti passivi in tutto l'arto oppongono una resistenza maggiore del normale; le masse muscolari sono piuttosto flaccide; vi è inoltre ipotrofia dell'eminenza ipothénar: i movimenti attivi sono tutti possibili, ma lenti, e tutti meno energici che a sinistra; molto diminuita è la forza muscolare, specialmente della mano; sono soprattutto lenti i movimenti delle dita, e quelli più delicati impossibili; così non riesce a toccare col pollice le due ultime dita. Ciò spiega anche l'impossibilità di scrivere, perchè al paziente cade con facilità la penna di mano. Esaminando le mani nell'attitudine del giuramento, si nota come le dita sono allontanate le une dalle altre; il pollice è abdotto. Talvolta mentre l'infermo tiene le mani così distese, notiamo scosse cloniche del pollice e dell'indice destri.

Tutti gli spazi interossei sono più accentuati a destra che a sinistra, specialmente il primo.

I movimenti del tronco sono bene conservati; vi è leggera scoliosi dorsale con concavità a destra.

I movimenti degli arti inferiori non offrono nulla di notevole; l'individuo nella stazione eretta si appoggia sull'arto destro, a causa della lesione del ginocchio sinistro; anche per questo l'arto sinistro è evidentemente ipotrofico, specialmente nella coscia. Si mantiene in equilibrio a talloni riuniti, anche ad occhi chiusi. Il cammino non si può bene esaminare a causa della lesione del ginocchio sinistro; non vi è però traccia di titubanza, e solleva da terra ambo i piedi.

Dei riflessi tendinei sono più vivaci a destra quello del pugno e l'olecranico; il patellare a destra è normale; manca il clono del piede.

Dei cutanei il plantare è normale da ambo i lati, il cremasterico vivace; gli addominali assenti; così pure assente il congiuntivale; il corneale debole.

La sensibilità tattile è bene conservata in tutto il corpo; le punture leggere invece vengono avvertite come contatto sulla pelle che ricopre la regione ipothénar, e in una piccola zona del dorso della mano verso il margine esterno.

La sensibilità termica è bene conservata.

Il senso di posizione è conservato; quello di direzione negli arti superiori è evidentemente offeso: infatti il malato non riesce a occhi chiusi a incontrarsi le punte delle dita delle due mani, nè colla mano destra la punta del naso.

Il senso barico e stereognostico è normale.

Non esiste R D nei muscoli dell'arto superiore destro; ma soltanto aumento dell'eccitabilità galvanica nei muscoli dell'avambraccio destro e diminuzione delle medesime sull'eminenza ipothénar.

Non vi sono traccie obiettive d'infezione celtica. Il cuore è normale; l'apice polmonare di sinistra è alquanto abbassato e vi è diminuzione degli atti respiratorii; non rantoli. Le urine sono normali.

***

Riassumendo, i fatti più notevoli erano:

1° Il ripetersi di accessi convulsivi a tipo nettamente Jacksoniano, preceduti da un'aura sensitiva nelle tre prime dita della mano destra, e che prendevano ora in parte o in totalità tutto l'arto superiore destro, a coscienza integra, ora si estendevano anche al faciale e arto inferiore sempre destri, con perdita di coscienza, raramente infine si generalizzavano.

2° La paresi permanente dell'arto superiore destro, accentuata specialmente nella mano, e soprattutto nelle tre prime dita; leggera paresi permanente del faciale destro.

3° Corrispondentemente a queste un'area nella regione parieto-temporale sinistra, a risonanza ottusa e dolente alla percussione.

Il quadro era così talmente netto, che non era possibile dubitare nè della sede della lesione, nè che questa fosse rappresentata da qualche cosa di organico, che esercitasse pressione permanente sui centri corticali.

Si localizzò pertanto nella parte media della zona rolandica sinistra, in corrispondenza del centro dell'arto superiore.

Più difficile era stabilire la natura del morbo, e se questo colpisse le meningi, o lo strato corticale o sub-corticale.

Gli accessi convulsivi e la paresi datavano da sette mesi, ed erano rimasti presso a poco sempre uguali per estensione e intensità; questo fatto unito all'assenza di sintomi di aumentata pressione endocranica (non fieri dolori di testa, non vomito, non fatti gravi a carico del fondo oculare, ecc.), mi fecero con probabilità escludere il neoplasma vero e proprio, glioma o glio-sarcoma; insieme alla limitazione netta dei fatti paretici, e alla ripetizione frequente di accessi convulsivi molto limitati (all'avambraccio o all'arto superiore senza perdita di coscienza).

Di lues non vi era traccia nè nell'anamnesi nè nell'esame obiettivo dell'infermo; vi erano stati invece precedenti tubercolari, ed in atto presentava una lesione del ginocchio sicuramente bacillare.

Ciò non ostante l'infermo fu assoggettato per un certo tempo ad una energica cura antisifilitica (iniezioni di calomelano e ioduro), senza nessun risultato.

La diagnosi di natura fu perciò posta con probabilità di tubercolosi, e per la presenza dei dolori alla percussione, si pensò ad una sede meningea.

Si consigliò l'intervento, ma l'infermo spaventato dalla gravità di esso, lo rifiutò, ed il 10 aprile abbandonò l'ospedale.

Se non che, gli accessi continuarono, anzi divennero più frequenti, pur per-

sistendo sempre uguali o presso a poco per intensità ed estensione, tanto che il 25 giugno 1904 l'infermo tornò di nuovo nel mio reparto, per essere operato.

L'esame obiettivo ripetuto in questo periodo non offriva differenze notevoli da quello fatto nel marzo e nell'aprile; anche la paresi era pressochè immutata; solo gli accessi si ripetevano ora ogni due o tre giorni, talora più volte nella stessa giornata.

***

Il 7 luglio venne operato, e all'operazione mi fecero l'onore di assistere parenti colleghi, fra cui i professori Mingazzini e Ghilarducci.

Essendo stata previamente determinata sul cranio raso la direzione del solco di Rolando (coi metodi di Lucas-Championnière, Poirier e D'Antona), presa come centro la parte media al davanti di esso, feci un largo lembo circolare ad U a base inferiore, incidendo a tutto spessore sino all'osso: collo scalpello di Mac Ewen sollevai poi il lembo dall'alto al basso insieme a brattee ossee del tavolato esterno, che rimasero in connessione col lembo stesso, ottenendo così un lembo osteoplastico alla maniera del Durante. Asportato poi un tratto osseo della parte scoperta verso la periferia, sino alla dura, distaccai colla pinza ossivora del Montenovesi circolarmente a tutto spessore l'osso nell'estensione della ferita, e asportai il tratto osseo, scoprendo così ampiamente la parte media della regione rolandica; il solco rolandico si riconobbe benissimo decorrente nella metà posteriore della breccia; la superficie cerebrale era rivestita dalla dura d'aspetto e tensione normali, appena pulsante. Incisi la dura a croce e sollevai i quattro lembi; la superficie cerebrale apparve di aspetto normale: il poco liquido fuoruscito non mostrò nulla di notevole. Introdussi il dito fra la dura e il cervello ed esplorai all'intorno al di là della breccia praticata: direttamente in alto avvertii nettamente una tumefazione dura, senza nessuna aderenza colla dura meninge, della grandezza apparente di una moneta da dieci centesimi. Prolungai allora in alto le branche dell'U dell'incisione delle parti molli, in modo che questa venne ad assumere una forma quasi di H, e nello stesso modo sopradetto sollevai collo scalpello un lembo osteoplastico a base superiore, arrivando fin quasi alla linea mediana. Asportai poi colla pinza ossivora l'osso nello spazio che copriva la tumefazione suddetta, e prolungai l'incisione alta della dura, in modo da metterla completamente allo scoperto.

Come ho detto, la dura si lasciò sollevare senza difficoltà non essendovi alcuna aderenza. Apparve allora alla vista una superficie della grandezza di un uovo di piccione, di figura ovale, appena sollevata sul piano della superficie cerebrale, di colorito grigio un po' più scuro delle parti vicine, abbastanza nettamente limitata: le meningi molli erano strettamente unite in questa zona colla sostanza cerebrale sottostante.

La limitazione era molto più netta alla palpazione digitale, sentendosi una differenza precisa dalla consistenza molle della sostanza cerebrale normale alla duro-fibrosa del nodulo, che manifestamente si affondava nella corteccia. Col

bistorì potei così circoscriverlo esattamente, tenendomi precisamente sul limite, e scapsularlo poi quasi per via ottusa, mostrandosi esso nodulo ben circoscritto e solo da un lato verso la profondità fu necessario usare il tagliente, per evitare che per trazione venisse asportata sostanza cerebrale d'aspetto e consistenza normale, in quel punto non distinta dalla tumefazione. Questa asportata avea una forma ovale appiattita, il volume di una grossa nocciuola. Il cavo residuo venne tamponato leggermente con garza iodoformica per il gemizio sanguigno discreto; la dura suturata in tutta l'estensione, meno che nell'angolo posteriore, donde usciva lo stuello, e così i due lembi ribattuti e suturati per prima, tranne anch'essi all'angolo posteriore, per dar esito alla garza.

L'infermo rimase dopo l'operazione in uno stato di shok con polso piccolo e frequente. Il giorno successivo si è riavuto, è un po' agitato, ha orinato spontaneamente; temperatura 38° 3: l'arto superiore destro è completamente paralitico, il faciale e l'arto inferiore destri fortemente paretici; è del tutto atasico, nè riesce a protrudere la lingua.

Il 10 luglio (terza giornata) viene rimosso il tampone di garza e medicato a piatto. È possibile la protrusione della lingua; permane l'afasia motoria e a destra paralisi dell'arto superiore, paresi del faciale e dell'arto inferiore.

La temperatura arrivò al massimo a 37° 7 (11 luglio a sera).

Il 14 luglio (settima giornata) vengono tolti tutti i punti: la ferita è guarita perfettamente per prima; anche l'angolo posteriore è cicatrizzato. La motilità della lingua si può dire normale; la paresi dell'arto inferiore è appena evidente, migliorata assai anche la paresi del faciale; muove e solleva pure alquanto anche l'arto superiore; l'afasia invece resta completa: solo due o tre volte in questo periodo ha detto: oh Dio!

Il 22 luglio si alza; cammina bene: l'arto inferiore destro è normale; lievissima paresi del faciale; anche l'arto superiore destro si muove abbastanza bene; l'afasia invece persiste completa.

Un esame metodico praticato il 23 luglio dà i seguenti risultati:

La costrizione della rima palpebrale si effettua d'ambo i lati con pari energia. Nell'atto di digrignare i denti la plica naso-labiale di sinistra si rende più profonda della destra e l'angolo della bocca di sinistra viene stirato più che a destra. La lingua si protrude bene, ma è un po' deviata a destra.

Nulla a carico dei movimenti attivi e passivi degli arti di sinistra (meno la limitazione dell'inferiore per la lesione del ginocchio). Ben conservati del pari tutti i movimenti dell'arto inferiore destro. L'arto superiore destro è visibilmente ipotrofico; l'atrofia colpisce specialmente il braccio e l'avambraccio.

I movimenti attivi si eseguiscono tutti in modo parziale per quanti sforzi faccia il paziente. Questa limitazione è maggiore nelle dita che nella mano, nella mano più che nell'avambraccio ed in questo più che nel braccio, talchè la limitazione dei movimenti cresce verso la parte distale. Sono completamente aboliti i movimenti di opposizione del pollice.

Il cammino si compie bene, senza spasmi; vi è solo una lieve incertezza.

Mancano i riflessi tendinei superiori; i rotulei sono poco pronti; sono pronti

i riflessi plantari, che si esplicano con una tendenza a retrarsi di tutto l'arto.

La sensibilità dolorifica è percepita meglio a destra.

Esame del linguaggio: il paziente percepisce bene le domande semplici ed elementari; però qualche volta rimane un po' incerto nell'eseguire i comandi, ed è evidente che esiste un ritardo nella comprensione delle parole udite. Non si può fare l'esame della scrittura, causa la paresi dell'arto superiore destro. I comandi mediante parole scritte non vengono compresi affatto; egli non è capace neppure di ripetere le parole che gli vengono rivolte, e così pure è incapace di trovare spontaneamente la parola che corrisponde alle idee. Ogni suo conato si riduce all'emissione di suoni inarticolati e di sillabe: si-si-si, te-te-te.

Riassumendo: l'infermo presentava (dopo 16 giorni dall'operazione) afasia motoria completa, lievissima afasia acustica, *verborum coecitas*. Paresi dell'arto superiore destro, lieve paresi del faciale inferiore destro.

***

Il 1° di agosto per la prima volta, interrogato: come stai? risponde: bene, bene!

Da allora man mano l'afasia motrice è andata sempre migliorando, come pure le condizioni generali e la paresi brachiale, per la quale è stato assoggettato ad applicazioni elettriche galvaniche e faradiche.

Il 18 ottobre durante la notte ebbe un breve accesso convulsivo localizzato al faciale superiore destro e all'arto superiore destro.

Poi nulla più. Attualmente (gennaio 1905 — l'infermo è ancora degente all'ospedale per la tubercolosi del ginocchio — iniezioni endoarticolari della soluzione iodo-iodurata alla Durante) si trova in eccellenti condizioni generali.

L'esame obiettivo in sommario è il seguente: la costrizione della rima palpebrale si effettua ugualmente bene da ambo i lati: può fischiare senza difficoltà; nell'atto di digrignare i denti è quasi insensibilmente accennato un minor movimento a destra: la lingua si protrude senza deviazione.

L'arto superiore sinistro ed entrambi gli inferiori nulla offrono di anormale (tranne la sinovite del ginocchio sinistro).

L'arto superiore destro è un po' ipotrofico; i movimenti delle spalle, del braccio e dell'avambraccio sono però perfettamente normali, benchè un po' meno energici che a sinistra: il movimento di flessione della mano e delle dita si compie bene; invece l'estensione delle dita è incompleta, rimanendo sempre un po' flessi il pollice e il mignolo; sono sempre poco perfetti i movimenti delle dita: il pollice si oppone all'indice e al medio, ma non alle due ultime dita; non riesce a scrivere. La forza della mano è di poco inferiore a quella di sinistra.

Per quanto riguarda il linguaggio, capisce perfettamente ogni domanda ed esegue prontamente qualunque comando; capisce benissimo la parola scritta, legge correntemente il giornale. Ripete benissimo ogni parola, anche le più difficili, queste talora con qualche incertezza. Trova facilmente la parola corrispondente agli oggetti mostratigli. Il ricordo della parola è un po' inceppato solo se egli deve parlare a lungo, ed egli dice che non gli vengono subito le parole.

La breccia praticata nella regione parieto-temporale sinistra si presenta infossata nel centro, ma completamente ossificata. Per qualche tempo l'osso che si era riformato in quasi tutta l'estensione del campo operatorio, mancava nella parte media e posteriore, nel punto cioè che fu dovuto lasciare aperto per dar passaggio al tampone messo all'operazione, e che guarì per seconda. E sino all'ottobre si vedevano in questo punto le parti molli alzarsi ed abbassarsi ritmicamente, seguendo le pulsazioni cerebrali. Da quell'epoca però anche questa zona si è andata indurendo, ed ora l'ossificazione è completa in tutta l'estensione della breccia; nè alla percussione vi è dolorabilità in alcun punto.

***

L'esame anatomico ed istologico del pezzo asportato offre pure qualche dato d'importanza.

Il nodulo escisso ha la forma e il volume d'una nocciuola, pesa gm. 6, per una delle faccie più lunghe è rivestito dalle meningi (pia e aracnoide), per una estensione di 5 cm. per 2 1/2, nel resto è come rivestito da una specie di capsula, meno che per un certo tratto dove la superficie ha aspetto cerebrale. La consistenza, meno in questo punto, è duro-fibrosa. Alla sezione presenta una parte centrale di aspetto caseoso (gomma tubercolare), mentre alla periferia è nella massima parte di costituzione fibrosa (tubercolo solitario).

L'esame istologico mostra un evidente sviluppo di tessuto connettivo fibrillare, in alcuni punti a tipo adulto fibroso, alla periferia del tumore (tendenza all'incapsulamento); un tessuto di granulazione specifico nettissimo, che ha sostituito del tutto il tessuto cerebrale, di cui non si trova traccia, e che si presenta sotto forma di un'infiltrazione parvicellulare con numerosi vasellini, seminato qua e là di noduli, di cui alcuni tipici, con cellule giganti, zona endotelioide e zona linfocitica, alcuni formati solo di elementi endotelioidi ed elementi parvi-rotondo-cellulari, con scarsissimi vasellini periferici, di cui alcuni trombosati. Nel centro del nodulo questo tessuto di granulazione passa man mano in un focolaio di necrosi, coll'aspetto caratteristico dei focolai caseosi.

Nella parte inferiore infine, dove non vi è limitazione netta apparente del nodulo dalla sostanza cerebrale, i preparati sono molto interessanti, passandosi qui grado a grado dall'imagine del granuloma tipico anzidetto ad un reperto di un tessuto con infiltrazione parvicellulare, in cui però qua e là sono ben riconoscibili elementi nervosi e gliali, reperto che si va facendo più evidente nell'estremo limite, dove il preparato rappresenta sostanza corticale con discreta infiltrazione parvicellulare.

***

Farò seguire, come ho detto, l'esposizione del caso, da brevi considerazioni.

Il trattamento dei tumori cerebrali (il tubercolo solitario dal punto di vista clinico, come i sifilomi e le cisti, va compreso nei tumori) dalla prima opera-

zione praticata dal Durante nel 1884 (1), è andato generalizzandosi, e progredendo sia dal punto di vista della diagnosi sia dell'intervento.

Certo i risultati non sono stati sempre brillanti, la diagnosi in molti casi è sempre ardua, e spesso l'intervento è riuscito negativo, non essendosi trovato il tumore, o perchè veramente non esisteva o il più spesso perchè non si era caduti sulla sua sede precisa.

Questo spiega il poco entusiasmo di alcuni chirurgi, l'incertezza dell'indicazione, e il numero relativamente scarso di casi.

In un tempo, in cui la chirurgia ha avuto diffusione e ardimenti meravigliosi, di fronte alla frequenza notevole di tumori cerebrali riscontrati all'autopsia, la statistica di von Bergmann, riguarda 273 casi, di cui in soli 116 il tumore fu trovato nella sede diagnosticata ed estirpato, mentre negli altri 157 l'operazione fu negativa, e precisamente in 16 di essi il tumore non esisteva affatto (all'autopsia), in 89 esisteva, ma in altra sede.

Dei 116 poi, il cui il tumore fu trovato ed estirpato, abbiamo 29 morti operatorie; e 60 guariti, di cui solo in 28 la guarigione persisteva oltre i tre anni.

Le statistiche più recenti aumentano il numero degli interventi. Duret ne riporta 344.

Di un numero notevole si trovano riassunti i dati più importanti nella pubblicazione di Chipault sullo stato della chirurgia nervosa nei vari paesi.

Non intendo perciò diffondermi di più su questo punto, rimandando ai lavori di Oppenheim, di Auvray, di Bruns, di Bergmann ed ai più recenti ricordati di Chipault e di Duret.

***

Per limitarmi a qualche considerazione sulle lesioni tubercolari, ricorderò come tutti oggi siano d'accordo nella necessità di estirpare i tubercoli così detti solitari, o tuberculomi o gomme tubercolari, come altri li chiama, quando appunto siano ben circoscritti, e diano fatti di compressione o d'irritazione, si comportino in una parola come veri tumori.

Solo von Bergmann esprime qualche dubbio. Egli dice infatti che non vuole entrare nella questione, se i tubercoli si debbano o no operare di proposito: però, dice subito, che quando sono sulla corteccia danno gli stessi sintomi dei tumori,

---

(1) L'operazione praticata dal Durante nel maggio 1884, è realmente la prima per tumore endocranico, non sconfinato: si trattava di un sarcoma della dura madre, che comprimeva il lobo frontale; vi era anosmia, indebolimento della memoria e disturbi psichici; l'occhio sinistro era abbassato e deviato in fuori (ma non vi era tumore nell'orbita): fu fatto un lembo osteoplastico alla Durante, e estirpato il tumore. L'ammalata guarì. Fu poi rioperata per una recidiva nel 1896, guarita ancora, e sta bene.

È dunque anche il primo caso di successo favorevole. Errano dunque Broca e Maubrac, che ritengono il caso di Durante come un tumore extracranico divenuto intracranico, e riportano il primo intervento a Bennett e Godlee (novembre 1884) e il primo successo ad Horsley (1885).

Le date sono riportate precise da Roncali nella pubblicazione riassuntiva di Chipault. Nondimeno anche ultimamente Duret nel rapporto presentato al XVI Congresso di chirurgia francese (ottobre 1904) riporta il primo intervento a Bennett e Godlee (1884) e mette secondo quello di Durante, datandolo nel 1885 (!).

anzi spesso la diagnosi precisa non fu fatta che all'operazione o dopo, all'esame microscopico del tumore asportato, e, aggiunge che quando pure all'operazione si scopra che si tratta di un tumore tubercolare, bisogna asportarlo lo stesso.

La limitazione del resto sembra che egli la faccia più che altro pei tubercoli del cervelletto, di cui ha operato 5 casi, tutti con esito letale.

Un'osservazione importante, e che costituirebbe una controindicazione all'intervento, è che spesso i focolai tubercolari cerebrali sono multipli.

Questo però secondo le ricerche anatomiche di Allen Starr, e l'esperienza concorde di molti chirurgi, si ha soprattutto nei bambini, in cui spesso anche la sede (cervelletto, corpi striati, ecc.) costituisce una ragione per non operare.

Ma negli adulti si tratta per lo più di tubercoli solitari.

Non sempre però è così, e un caso molto dimostrativo fu operato dal professor Durante e pubblicato da Roncali nel lavoro ricordato di Chipault. L'individuo aveva 23 anni.

All'operazione fu trovato e asportato un conglomerato tubercolare grosso come un uovo di colombo, di consistenza fibrosa, di color giallastro al centro, grigio alla periferia, che occupava la parte superiore della parietale ascendente e un buon tratto della parte anteriore delle due parietali. L'individuo morì dopo tre mesi, e si trovarono oltre lesioni della base altri due tubercolomi circoscritti, uno nei due terzi anteriori del lobo occipitale (faccia mediana) e un altro nella porzione superiore della metà destra della grande falce.

Pur tenendo presente questa possibilità, dobbiamo affermare, che quando la sintomatologia è così netta da farci diagnosticare una lesione organica localizzata in un punto dell'emisfero crerebrale (per lo più nella zona psico-motrice), anche se la diagnosi di natura possa con probabilità farsi di tubercolosi — e questo è tutt'altro che facile — siamo autorizzati a intervenire.

Casi di questo genere, benchè non numerosi, esistono, e i risultati sono stati spesso favorevoli. Duret raccoglie 23 casi, e in 17 si ebbe successo operatorio: in parecchi casi inoltre la guarigione si constatò mantenersi dopo due, tre, cinque e otto anni.

***

Nel caso mio la sintomatologia era veramente tipica. Mancavano è vero tutti i fatti che costituiscono la sindrome generale dei tumori cerebrali (cefalea, vomiti, torpore intellettuale, papilla da stasi): ma questi, a mio parere, non hanno grande importanza, quando viceversa i sintomi di localizzazione sono così evidenti, come erano nel mio malato.

Questo fatto naturalmente si può verificare soltanto per quelle lesioni, che colpiscono certe zone del cervello, quelle a funzioni ben note e nettamente localizzate, sopratutto quindi i centri psico-motori.

Per non parlare del cervelletto, anche per i centri visivi, per quelli dell'udito, e dopo le osservazioni cliniche di molti autori e specialmente quelle dimostrative del Durante, pei lobi frontali, si può fino ad un certo punto accettare la stessa idea.

Ma è certamente sopratutto per le circonvoluzioni pararolandiche, che questo dato clinico ha la massima importanza.

Quando alla convulsione localizzata, all'epilessia jacksoniana, preceduta dall'aura caratteristica, si associa la paresi permanente dei gruppi muscolari colpiti, non rimane dubbio sull'esistenza di una lesione organica e sulla sua precisa localizzazione.

Anzi, l'intervento chirurgico sarà tanto più indicato perchè in questi casi possiamo farlo precocemente, quando cioè la lesione è ancora molto limitata, e non ha ancora dato quei disturbi generali, che comunque si vogliano interpretare, accompagnano per lo più i tumori voluminosi e diffusi, e ci permettono di diagnosticarli, quando per la loro sede nei periodi iniziali non ci danno alcun sintomo caratteristico di focolaio.

E il risultato sarà perciò tanto migliore, e l'analisi dei casi noti e il mio lo dimostrano ad evidenza.

Mi sia permesso inoltre richiamare l'attenzione su alcune ricerche cliniche, che nella maggior parte dei casi si trascurano o a cui si dà poca importanza, e che invece possono averne moltissima, come risulta nettamente dal mio caso.

Intendo parlare del dolore alla pressione e della tonalità della percussione cranica.

Pur non volendo ammettere che questi fatti abbiano valore assoluto, quando, come nel mio caso, in correlazione con una paresi localizzata e con accessi di epilessia parziale, si trovi una zona cranica dolorosa alla pressione del dito, e in cui la risonanza alla percussione è nettamente più ottusa che nelle aree vicine, e nella corrispondente dell'altro lato, e si noti, questa zona viene a coincidere precisamente colla determinazione del centro che dalla fisiologia e dall'anatomia possiamo stabilire come probabile sede della lesione, l'insieme di questi dati, l'associazione sintomatica diviene di una chiarezza e di una precisione quasi matematica da acquistare valore determinante per la diagnosi e per l'indicazione all'intervento.

***

Per quanto riguarda la tecnica operativa, dirò brevi parole.

La determinazione del centro leso, o più precisamente del solco rolandico, può farsi con uno qualunque dei metodi proposti. Li ho a lungo provati sul cadavere, e ho veduto che dall'uno all'altro non vi sono che differenze piccole, le quali possono portare un errore nella determinazione precisa di un centimetro al massimo o poco più, e questo non può avere una grande importanza oggi, che sappiamo esser necessario fare delle breccie ampie.

Non conviene però esagerare neanche in questo, e mi sembra poco corretto non preoccuparsi di limitare l'intervento al puro necessario; poichè qualunque metodo e processo di craniectomia si adoperi, la superficie cerebrale che si mette allo scoperto non resta certo in condizioni perfettamente normali, e non è davvero indifferente che l'estensione di avvallamenti o di aderenze o di mancanze ossee sia maggiore o minore. Tanto più, che aperto il cranio, se si trova neces-

sario allargare la breccia, possiamo farlo facilmente e rapidamente, regolandosi allora de visu sui limiti da mantenere. E le emicraniectomie esplorative, se possono essere operatoriamente brillanti, non sono davvero scientifiche, e non sono certamente le più vantaggiose per gli infermi, scopo supremo di ogni nostro intervento.

In questo riguardo, dalle moltissime esperienze fatte sul cadavere, ho veduto come i processi, che meglio rispondono per la determinazione della direzione del solco di Rolando, sono quello di Poirier e quello di D'Antona, che coincidono quasi esattamente, e differiscono solo per il punto inferiore del solco; e nel mio caso infatti mi risposero benissimo.

In quanto all'operazione vi sono molti, e Chipault fra questi anche recentemente, che sopratutto per lo shock e l'emorragia, sostengono l'operazione in due tempi.

Non sono di questo avviso; quando rapidamente si esegua il lembo, alla maniera di Durante, e si usi la pinza ossivora, si può arrivare sul cervello in pochi minuti, e la perdita di sangue non è molta. Quando poi, come nel mio caso, il tumore si trova presto, ed è facilmente aggredibile, non conviene certamente rimandare ad una seconda seduta un atto operativo, che si può espletare senza inconvenienti.

Forse se il tumore è voluminoso, se richiede ulteriori manovre di craniectomia, se l'operazione è già durata qualche tempo o si abbia emorragia insistente, converrà tamponare e soprassedere. Ma non credo si debba così agire per partito preso. Ho una certa esperienza di questi interventi, poichè oltre il mio, ho avuto la fortuna di assistere a tutte le craniectomie (meno la prima) praticate dal prof. Durante, ed in cui l'atto operativo fu sempre compiuto in una sola seduta, e soltanto in un caso di glio-angio-sarcoma diffuso, e soltanto per la non netta limitazione del processo neoplastico, fu espletato in più volte.

Per la formazione del lembo, questa stessa esperienza mi ha mostrato la utilità del lembo osteoplastico alla Durante, incidendo in un tempo solo tutte le parti molli fino all'osso, pericranio compreso, e sollevando poi il lembo collo scalpello di Mac Ewen applicato molto obliquamente, in modo da distaccarlo insieme con brattee ossee, che restano unite al pericranio. L'osso scoperto si perfora poi in un punto fino alla dura col trapano o colla sgorbia, e per l'apertura con una pinza ossivora rapidamente si isola in giro e si asporta.

L'esperienza clinica e ricerche di laboratorio hanno dimostrato, che in questo modo si ha la ricostituzione completa dell'osso per tutto l'ambito della breccia; le brattee muoiono e scompaiono, ma servono di eccitamento e di modello alla neoformazione, che proviene dal pericranio e dalla dura.

Anche nel mio caso la breccia si è completamente ossificata; anche il punto, per cui usciva lo stuello, e che per qualche tempo (tre mesi) rimase molle, si è poi del tutto chiuso con neoproduzione ossea.

***

Poche parole mi sia permesso di aggiungere sul reperto istologico del mio caso.

Il focolaio tubercolare così come anche macroscopicamente, pur nei preparati istologici appare in gran parte nettamente limitato, e quasi incapsulato. Dal lato delle meningi, queste sono ispessite e circoscrivono nettamente il tessuto specifico, che ha sostituito completamente la corteccia, della cui struttura non esiste più traccia; nel centro del focolaio vi è una vasta zona di necrosi caseosa; verso la profondità il processo è pure in parte limitato, e si può vedere anche qui una tendenza all'incapsulamento per formazione di connettivo fibroso che circoscrive il processo: però in altri punti questo fatto non esiste; non vi è alcun limite netto fra il tessuto tubercolare e quello della corteccia, e si passa man mano dall'uno all'altra per una infiltrazione parvicellulare notevole, che gradatamente diminuisce, rendendo visibili gli elementi nervosi più o meno ben conservati.

Roncali dallo studio dei conglomerati tubercolari del caso sopraccennato, operato dal prof. Durante, ha visto invece che il tessuto connettivo era molto abbondante nelle parti centrali dei focolai, dove mancavano i tubercoli tipici, e quelli che esistevano erano in via d'involuzione, attorniati da connettivo più o meno fibroso, mentre alla periferia erano numerosi i tubercoli tipici con forte infiltrazione leucocitaria, a cui egli riporta la trasformazione successiva in connettivo; e interpreta tutto il processo come una tendenza alla guarigione spontanea, rassomigliandolo a quanto Nannotti e Baciocchi hanno osservato nella peritonite tubercolare.

Non intendo togliere valore alle belle osservazioni del Roncali; nel mio caso però certamente si aveva un processo quasi inverso, ed i preparati sembra accennino piuttosto ad un incapsulamento del focolaio, mentre da un lato il processo appariva invece progrediente verso la corteccia normale.

Ciò significa che probabilmente l'evoluzione istologica della tubercolosi nel cervello, come del resto avviene in altri tessuti ed organi, non è sempre identica, e la tendenza alla guarigione può aversi nel focolaio stesso per processi speciali o intorno ad esso per la reazione limitante dei tessuti normali: e prevale l'una o l'altra a seconda i casi, la virulenza dei bacilli, il tessuto colpito, la resistenza organica, ecc.

Un'ultima osservazione, importante dal punto di vista fisiologico, è la sede anatomica della lesione nel mio caso.

Nessun dubbio che essa interessava il centro dell'arto superiore, e più precisamente quello dell'avambraccio e della mano. La sindrome clinica era precisa, e se non bastasse questo, la conseguenza operatoria immediata lo conferma, colla paralisi completa dell'arto superiore.

Pure il tumore asportato non era in corrispondenza della parte media della circonvoluzione precentrale, dove la fisiologia e la clinica concordemente ci affermano essere il centro dell'arto superiore. La lesione era evidentemente più alta.

Colla breccia ossea io caddi esattamente sulla parte media della prerolandica, dove avrei dovuto trovare la lesione; ma questa non c'era, ed io la trovai esplorando col dito il cervello, molto più in alto, tanto che dovetti fare un nuovo lembo verso la linea mediana, e avvicinarmi di molto al seno longitudinale; il tumore era situato dunque dove ordinariamente sarebbe il centro dell'arto inferiore.

Dobbiamo ammettere che nel mio caso si trattasse di un'eccezione, o che la localizzazione dei centri psico-motori non dobbiamo prenderla come matematicamente esatta, o infine dobbiamo pensare che per il processo patologico sia avvenuto uno spostamento, che abbia alterato la relativa posizione dei centri?

Quest'ultima ipotesi potrebbe essere avvalorata dal fatto dell'afasia motoria completa e lungamente persistente, che seguì all'intervento, mentre questo non interessò affatto il centro del linguaggio, nella sua sede ordinaria, che rimase del tutto fuori del campo operativo. Ammettendo uno spostamento patologico dei centri, anche quello del linguaggio doveva essere rialzato, e poteva per le manovre operatorie o per edema collaterale risentire gli effetti, che pur transitori, si mostrarono dapprima in maniera così completa ed allarmante.

3405

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

DIRETTO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI | FRANCESCO DURANTE

DIRETTORE DELLA R. CLINICA MEDICA DI ROMA

DIRETTORE DEL R. ISTITUTO CHIRURGICO DI ROMA

con la collaborazione di altri Clinici, Professori e Dottori italiani e stranieri

si pubblica in tre Sezioni distinte:

Medica — Chirurgica — Pratica

IL POLICLINICO nella sua parte originale (Archivii) pubblica i lavori dei più distinti clinici e cultori delle scienze mediche, riccamente illustrati, sicchè i lettori vi troveranno il riflesso di tutta l'attività italiana nel campo della medicina, della chirurgia e dell'igiene.

LA SEZIONE PRATICA che per sè stessa costituisce un periodico completo, contiene lavori originali d'indole pratica, note di medicina scientifica, note preventive e tiene i lettori al corrente di tutto il movimento delle scienze mediche in Italia e all'estero Pubblica perciò numerose e accurate riviste su ogni ramo delle scienze suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono fatte da valenti specialisti.

Pubblica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di Medicina, e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici, speciali corrispondenze.

Non trascura di tenere informati i lettori delle scoperte ed applicazioni nuove, dei rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, dei nuovi strumenti, ecc. ecc. Contiene anche un ricettario con le migliori e più recenti formole.

Pubblica articoli e quadri statistici intorno alla mortalità e alle malattie contagiose nelle principali città d'Italia, e dà notizie esatte sulle condizioni e sull'andamento dei principali ospedali.

Pubblica le disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, potendo esserne informato immediatamente, e una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Pubblica in una parte speciale tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Condotte vacanti, ecc.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgeranno al *Policlinico* per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica una rubrica speciale e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli verranno richieste.

IL POLICLINICO contiene ogni volta accurate recensioni bibliografiche, e un indice di bibliografia medica, col titolo dei libri editi recentemente in Italia e fuori, e delle monografie contenute nei Bollettini delle Accademie e nei più accreditati periodici italiani ed esteri.

A questo proposito si invitano gli autori a mandare copia delle opere e delle monografie da loro pubblicate.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO adunque, per gl'importanti lavori originali, per le copiose e svariate riviste, per le numerose rubriche d'interesse pratico e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia più completi possibili e che meglio rispondono alle esigenze dei tempi moderni.

ABBONAMENTI ANNUI:	Italia	Unione postale	Fr. oro
1. Alla sezione medica e alla sezione pratica . .	L. 15	20	
2. Alla sezione chirurgica e alla sezione pratica	» 15	20	
3. Alle tre sezioni insieme	» 20	27	
4. Alla sola sezione pratica	» 10	12.50	

Un num. separato della **sezione medica** o **chirurgica** *Lire UNA*

Un num. separato della **sezione pratica** *cent.* 50.

☞ Gli abbonamenti cominciano a decorrere dal primo di gennaio di ogni anno.

Il **Policlinico** si pubblica sei volte il mese.

La **sezione medica** e la **sezione chirurgica** si pubblicano ciascuna a in fascicoli illustrati di 48 pagine, che in fine di anno formeranno due distinti volumi.

La **sezione pratica** si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32 pagine.