

16

Manic B76/28 28

Dott. PERICLE POZZILLI

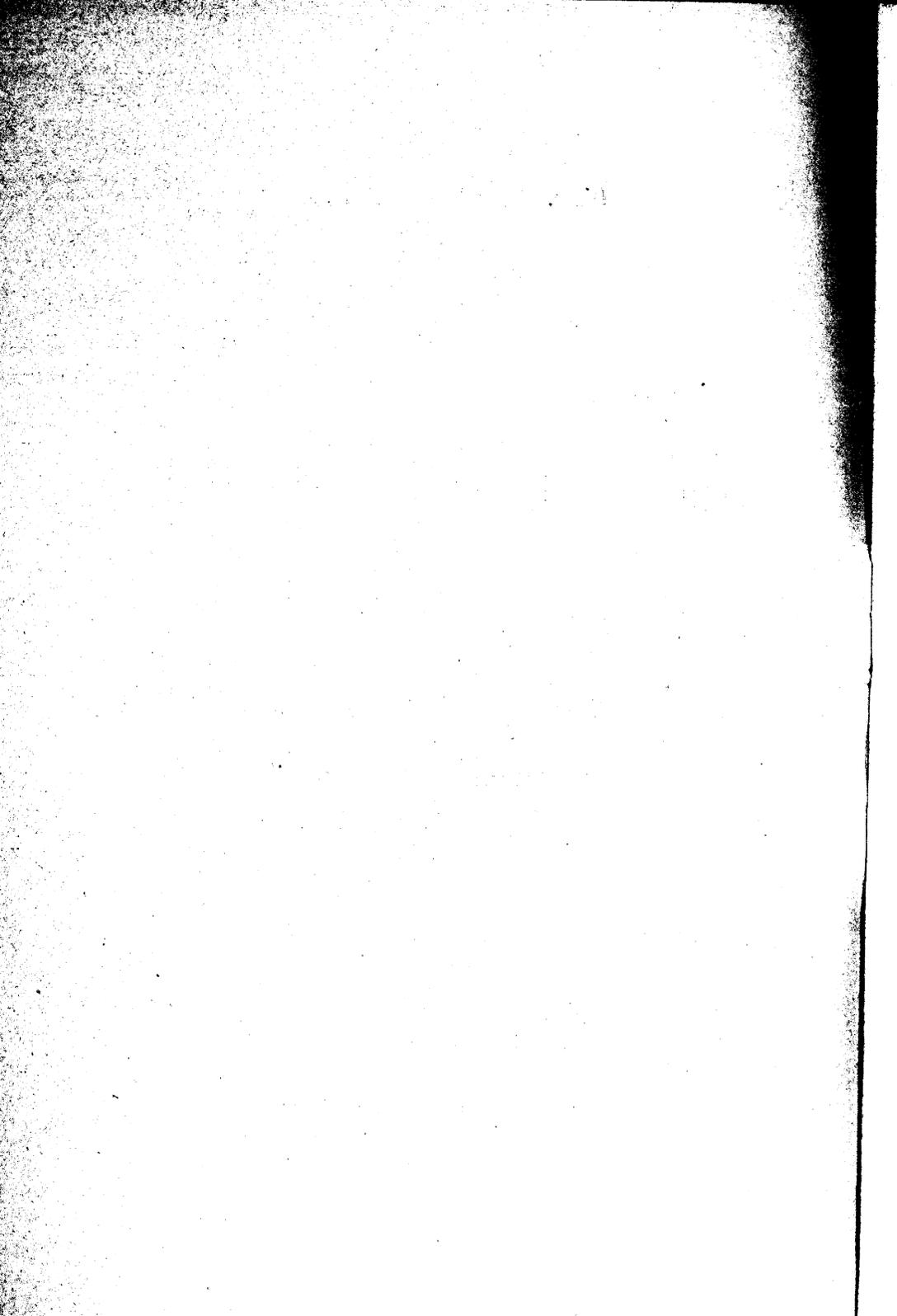
# SINDROME CEREBELLARE MALARICA

Estratto dal POLICLINICO (Sez. pratica), 1912



ROMA  
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE "IL POLICLINICO",  
N. 46 - Via del Tritone - N. 46

1912



DOTT. PERICLE POZZILLI

---

# SINDROME CEREBELLARE MALARICA

---

*Estratto dal* POLICLINICO (Sez. pratica), 1912

---

ROMA  
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE "IL POLICLINICO",  
N. 46 - Via del Tritone - N. 46

---

1912

---

*Proprietà letteraria*

---



OSPEDALE DI COPPARO (FERRARA) — SEZ. MEDICA.

### **Sindrome cerebellare malarica**

per il dott. Pericle Pozzilli, medico primario.

Indagini cliniche importantissime, che anzi rivestono uno spiccatissimo carattere pratico, sono quelle che si riferiscono alle sindromi nervose sviluppatasi durante l'infezione malarica o anche dopo cessati gli accessi febbrili: i disturbi nervosi della malaria, infatti, hanno sempre richiamato l'attenzione dei medici per le serie difficoltà diagnostiche; ma solo in questi ultimi anni si è cominciato a fare, in grazia ai progressi della neuropatologia, una determinazione esatta delle sindromi nervose osservate.

Alcuni disordini nervosi che si credevano rari in seguito a malaria erano quelli attribuibili ad una localizzazione cerebellare. È merito di Schupfer e specialmente di Pansini di aver dimostrato per primi queste sindromi nel loro insieme. Mentre infatti fino ad alcuni anni or sono lo studio delle encefalopatie malariche era compreso in quello delle perniciose

comatose, oggi la ricerca tende ad essere più precisa, tanto circa la localizzazione quanto circa la formazione del processo.

Rimandiamo ai ben noti lavori di Marchiafava, Celli e Bignami lo studio di tali disturbi, sia per le alterazioni anatomo-patologiche, sia dal punto di vista parassitario.

Riferiamo il caso da noi osservato in questo Ospedale, che ci sembra riprodurre il quadro tipico e completo della sindrome cerebellare da malaria acuta.

C... A..., di anni 4, proveniente da Coccanile, entra in ospedale il 21 settembre 1910. Non ha sofferto mai di malaria negli anni scorsi. Quest'anno è malato di febbri, dai primi di agosto, a tipo terzanario. La mamma mi dice che il bambino da 3 o 4 giorni traballa, ha febbre alta, non si regge in piedi, mentre prima camminava benissimo. Visitato dal medico curante, questi lo invia in ospedale con diagnosi di poliencefalite acuta.

All'esame obbiettivo si rilevano: notevoli disturbi dell'equilibrio, della stazione e della andatura (cammino vacillante con tendenza a cadere in avanti o ai lati); la parola è stentata, scandente (disartria); intenso grado di anemia, facies apatica senza vivacità e mobilità nell'espressione. Tumore di milza, la quale deborda due dita dall'arco costale. Sensibilità normale. Riflessi tendinei esagerati, riflesso pupillare torpido, leggero nistagmo, tremore intenzionale. Assente il segno di Babinski; non esiste alcuna alterazione del trofismo. La sindrome motoria nel nostro infermo è assolutamente isolata, ha cioè le caratteristiche di una astenia-atonìa-atassia. Il nostro infermo infatti non presenta il fenomeno di Romberg; ma se gli si ordina di avvicinare le piante dei piedi, o se gli si fanno chiudere gli occhi, egli oscilla in senso antero-posteriore.

Non si regge sulla punta dei piedi, nè sui calcagni, nè su di un piede solo. Il bambino è apirettico al suo ingresso nell'ospedale e così si mantiene fino al 27 settembre, quando si nota lieve rialzo termico (37.7): si fa l'esame del sangue colla colorazione del Giemsa, che dimostra *avelli* di *estivo-autunnale* in modico numero, e due bellissime *semilune*.

Diagnosi: *atassia a tipo cerebellare di origine malarica*.

Si iniziò immediatamente opportuna cura chininica con tannato in cocoidi da 50 cmg. ciascuno; il miglioramento si rese subito evidente, per quanto nel sangue riesaminato il 30 settembre persistessero i parassiti estivo-autunnali e semilunari. Il miglioramento progredì sempre, sia nelle condizioni generali, specie nella facies e nella ematosi, sia nei sintomi nervosi: il bambino infatti cominciò a camminare discretamente bene, tenendosi quasi da solo nella stazione eretta; il disordine ambulatorio era ridotto verso l'8-10 ottobre alla minima espressione; il bambino fu potuto dimettere il 23 ottobre perfettamente guarito, rimanendo soltanto un lievissimo grado di alterazione della parola.

Quanto ai disturbi del linguaggio, come avemmo anche occasione di far rilevare nei numerosi casi di disartria, anartria, dislalia, osservati nell'ospedale di Grosseto, esclusa ogni possibilità di nevrite periferica e di poliencfalite, poichè la lingua era mobile in tutti i sensi e senza atrofia, il facciale era integro, è chiaro che l'origine del disturbo della parola nel nostro caso debba trovarsi oltre il primo neurone motorio: non è cioè l'imbarazzo della parola che si ha nella paralisi bulbare, ma nel nostro caso si riconoscono i fenomeni dell'insufficienza cerebellare manifestatisi in modo acuto subito dopo gli accessi febbrili. Sani gli



apparati di comprensione relativi al linguaggio, delle immagini auditive e visive, non può parlarsi di afasia sensitiva. Nè di afasia motoria, giacchè coi movimenti delle labbra e della lingua l'infermo riusciva a sillabare le parole.

Sappiamo che i disordini dell'articolazione del linguaggio (anartrie, disartrie) sono in rapporto con lesioni delle vie centrifughe del linguaggio; sappiamo pure che il meccanismo di articolazione si compie attraverso una linea estendentesi dalla corticalità ai nuclei bulbari dell'ipoglosso, del facciale e del gruppo vago-glosso faringeo.

È noto come casi di disartria ed anartria esistono in numerose osservazioni, in cui la lesione era capsulare, peduncolare, protuberanziale, ed altri infine in cui la disartria si associava alla atassia cerebellare, e alla malattia di Friedreich. Ma il vero tipo delle disartrie si rileva nelle lesioni bulbari; ecco dunque che a spiegare la sindrome disartrica bisogna attribuire tale disordine del linguaggio all'interessamento trombotico della corrente sanguigna in uno dei due neuroni che formano l'apparato motore della parola. Bisogna ammettere allora con Schupfer una sindrome *bulbo-cerebellare*. È certo però che riesce assai difficile in clinica stabilire la posizione anatomico-patologica del disordine verbale.

La funzione del cervelletto, considerata complessivamente ed in rapporto al suo effetto finale, è di organo coordinatore destinato a realizzare l'equilibrio della stazione e del cammino: è la scoperta fondamentale del Flourens, confermata da Bouillaud e da Magendie; ma è però al Luciani che spetta il merito di averci

fatto conoscere, coi suoi classici lavori, gli elementi fisiologici della funzione cerebellare:

1° l'azione stenica sul cervelletto, che aumenta l'energia potenziale di cui dispongono gli apparecchi neuro-muscolari;

2° l'azione tonica, per cui si aumenta il grado della tensione di questi, durante le pause funzionali;

3° l'azione statica, onde si accelera il ritmo degli impulsi elementari durante la loro attività funzionale e si ottiene la fusione normale e la continuità degli atti.

Se tali funzioni difettano o vengono comunque disordinate si ha l'atonìa, l'astenia, l'atassia. Secondo il Luciani queste tre funzioni non sarebbero dissociabili. Il Rummo però in base a fatti clinici e sperimentali ha potuto dimostrare che questi tre disordini possono alle volte presentarsi non associati, poiché ha potuto osservare individui in cui il fenomeno atassico era prevalentissimo, mentre quelli dell'atonìa e dell'astenia erano molto secondari.

È certo ad ogni modo che essendo il cervelletto organo coordinatore in quanto è regolatore del tono, della forza e dell'equilibratura del movimento, la sindrome motoria nel nostro caso appartiene al cervelletto.

Un fenomeno comune a tutti i casi osservati dagli altri autori e che impressionò a prima vista nell'esame del nostro malato, è quello di stupore del viso o di ottundimento, che non corrisponde al grado normale dell'intelligenza dell'infermo.

Il nistagmo, scompagnato da altri disturbi oculo-pupillari è certamente fenomeno di azione

turbata cerebellare, e poichè si discute se il nistagmo possa essere spastico o paretico, nel nostro caso si comprende che debba essere paretico, espressione cioè dell'astenia dei muscoli oculari; in conclusione i sintomi dell'insufficienza cerebellare si estendono a tutti gli apparati neuro-muscolari del corpo a cominciare dai muscoli della faccia per finire a quelli degli arti superiori e inferiori: è prevalente il disturbo degli arti inferiori (Luciani).

Pansini e Schupfer nelle osservazioni che espongono non si trovano completamente d'accordo, poichè, mentre il Pansini stabilisce l'esistenza di una sindrome cerebellare « avente figura propria tra le neuropatie da malaria » e attribuisce unicamente a lesioni del cervelletto i disturbi presentati dai suoi infermi, Schupfer preferisce riportare i suoi casi al quadro della *poliencephalitis di Wernicke*: vero è che Schupfer in una successiva pubblicazione riferendo un'altra osservazione affine alle precedenti riconosce un « fulcro fenomenico » caratteristico (atassia cerebellare, nistagmo, oscillazione del tronco e un certo grado di disartria) che impartisce a questi casi una fisionomia speciale per cui ammette la presenza di una profonda lesione del cervelletto. Il Pansini conviene con lo Schupfer in ciò, ma mentre questi parla di una sindrome « bulbo-cerebellare con disartria », il Pansini parla semplicemente di una « sindrome cerebellare con anartria ».

Ora tale discrepanza può dipendere, come afferma lo Schupfer, dal fatto che forse il Pansini osservò i suoi malati quando i disturbi nervosi datavano già da tempo, in un mo-

mento in cui i fenomeni bulbari, che sono specialmente marcati (come fu dato rilevare anche a noi in molti malarici gravi nell'ospedale di Grosseto nel 1908 e 1909, e in due casi di perniciosa eclampsica osservati a Copparo), solo o prevalentemente all'inizio, potevano essere già scomparsi.

Per decidere sulla questione, se cioè trattisi di sindrome cerebellare pura o bulbo-cerebellare, bisognerebbe avere numerosi reperti necroscopici di malarici che in vita avessero presentato una sindrome nervosa simile a quella che ci interessa. Questo appunto ci manca, poichè se togliamo i casi illustrati da Ascoli, Schupfer e Bastianelli, non possediamo reperto necroscopico di malarici morti dopo aver presentato la caratteristica sindrome che andiamo considerando.

Alle osservazioni di Pansini e Schupfer seguì il caso di Luzzatto, osservato a Grosseto nel 1903; poi le bellissime illustrazioni di Pecori, Bevacqua, Ciauri, Ficucci, Forlì e D'Allocco. Noi avemmo occasione di osservare un caso simile a Grosseto, e che illustrammo brevemente nelle considerazioni cliniche pubblicate nel 1908.

La letteratura medica perciò registra a tutt'oggi, con i nostri due casi, 14 osservazioni di sindrome cerebellare da malaria. Assai interessante è il caso di Bevacqua per il fatto che la sindrome cerebellare da malaria osservata per oltre un anno in un soldato reduce dall'Africa (ove era stato colpito da febbre perniciosa) aveva assunto un vero e proprio andamento cronico. Questo fatto induce ad ammettere, come nell'altro caso splendidamente

illustrato dal Rummo, anch'esso a decorso cronico, che gravi lesioni non solo dinamiche o funzionali, ma anche organiche avvengano nel tessuto cerebellare, per cui la sindrome cerebellare si fa cronica e ribelle ai vari trattamenti.

Si è discusso se per i fatti paretici e i fatti atassici e le nevriti in generale possa ammettersi una teoria tossica o possano spiegarsi con le emorragie puntiformi o con la irritazione corticale.

Certo sarebbe illogico immaginare che l'alterazione cerebellare sia molto diversa da quella che si verifica nella corticalità cerebrale durante le perniciose comatose; ma la persistenza dei fenomeni, che in molti casi si osservò dopo che i parassiti erano scomparsi dal sangue, è assolutamente contraria all'idea che per avere l'atassia sia proprio necessaria la presenza dei parassiti nei capillari cerebellari.

Più accettabile è invece la teoria delle emorragie puntiformi (Marchiafava, Celli, Bignami) per quanto neppure essa possa spiegare tutti i casi. Il Marchiafava e il Celli rilevano l'importanza delle emorragie puntiformi, che in alcuni casi gremiscono la sostanza bianca del cervello, per spiegare le paralisi cerebrali che non risolvono prontamente. Che tali emorragie possano anche localizzarsi quasi esclusivamente nella sostanza grigia del cervelletto, è dimostrato nel caso di Schupfer, in cui il cervelletto si rinvenne gremito di emorragie puntiformi, nessuna delle quali nella sostanza bianca, ma tutte nella grigia. Altrettanto è interessante il reperto del Bastianelli: egli ha trovato alla necropsopia del paziente studiato e deceduto

che il cervelletto presentava i segni di lieve atrofia, con notevole diminuzione delle cellule del Purkinje, con atrofia e degenerazione di quelle osservate. Ascoli, all'autopsia di un individuo che aveva presentato sintomi imputabili a deficienza cerebellare, trovò la sostanza corticale del cervello e del cervelletto scura, con capillari ricchi di parassiti, mentre la sostanza bianca era tutta cosparsa di emorragie.

Certamente alcuni casi di sindromi nervose malariche trovano la loro spiegazione o esclusivamente o almeno parzialmente nelle emorragie puntiformi della sostanza cerebellare. Nulla si oppone del resto al pensiero che oltre alle emorragie le tossine malariche abbiano una parte rilevante nella produzione dei disordini nervosi in generale, e che ne possano avere anche nel determinare le emorragie stesse.

Non mi trattengo a parlare dei criteri esposti dagli altri autori in quanto all'ammettere la teoria tossica o la trombo-parassitaria o quella delle emorragie puntiformi, o la teoria mista (meccanico-tossica); noi riteniamo che si tratti di un vero sovrariempimento della capillarità corticale con infiltrazioni emorragiche lungo la guaina linfatica perivascolare del cervelletto.

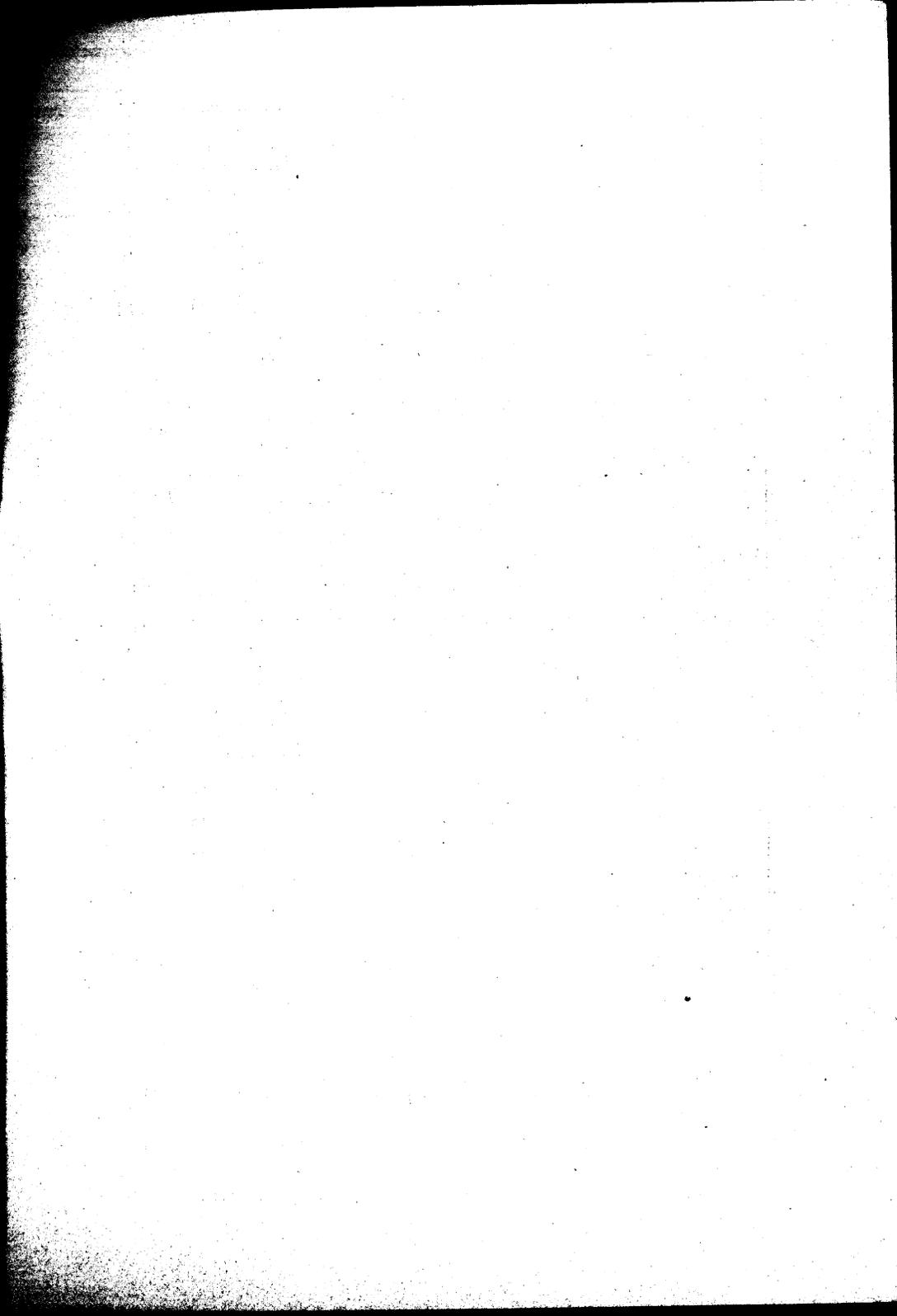
Date le conoscenze anatomo-patologiche del sistema nervoso nella malaria, può supporre che le lesioni vascolari e perivascolari subiscano alterazioni sclerotiche, note in conseguenza di turbe circolatorie cerebellari (embolia, trombosi, rammollimento); e perciò possiamo concludere col Rummo che nell'associazione della sindrome cerebellare a quella del linguaggio in dipendenza dell'infezione mala-

rica, vi è luogo a pensare che focolai molteplici, sparsi qua e là nel sistema nervoso alla stessa guisa dei focolai di sclerosi a placche disseminate, possano originare tali sindromi complesse.

Febbraio 1912.

#### BIBLIOGRAFIA.

1. PANICHI. *Contributo allo studio delle disartrie e della miastenia da causa malarica*. Policlinico, Sez. med., 1901, pag. 266.
2. PANSINI. *Su di una sindrome cerebellare con anartria da malaria acuta*. Riforma Medica, 1901, vol. IV, pag. 458, 471, 483, 494, 506.
3. SCHUPFER. *Sopra alcuni disturbi nervosi nei malarici*. Bull. della R. Accad. medica di Roma, 7 luglio 1901.
4. SCHUPFER. *Ulteriore contributo allo studio dei disturbi nervosi e delle nevriti malariche, con particolare riguardo alla loro patogenesi*. Policlinico, Sez. med., 1902, pag. 145, 193.
5. MARCHIAFAVA e BIGNAMI. *La infezione malarica*. 1902.
6. GIGLIOLI. *Su alcune sindromi nervose nell'infezione malarica*. Riv. crit. di Clin. med., 1902, 440, 471.
7. LUZZATTO M. *Perniciosa con sindrome cerebellare ed anartria; terzana estiva con sintomi bulbari*. Riforma medica, 1904, pag. 396.
8. ASCOLI V. *Successioni morbose della malaria a carico del sistema nervoso*. Policlinico, XII, 2, 1905, pag. 49.
9. PECORI. *La sindrome cerebellare da malaria*. Policlinico, Sez. med., 1906, pag. 477, 564.
10. BEVACQUA. *Sindrome cerebellare da malaria acuta con anartria (sindrome di Pansini), ed atassia centrale acuta di Leyden*. Riforma Medica, 1909, pag. 1383.
11. MEMMI e POZZILLI. *La malaria nell'ospedale di Grosseto nel 1908*. Atti della Società per gli studi della malaria, vol. X, 1909.
12. CIAURI. *Studium*, 2, 1910.
13. BEVACQUA. *Sindrome cerebellare di Pansini a decorso cronico*. Clinica medica italiana, 7, 1910.
14. RUMMO. *Sindrome cerebellare e disturbi del linguaggio da malaria*. Riforma Medica, 1910, pag. 757.



# IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

DIRETTO DAI PROFESSORI

**GUIDO BACCELLI | FRANCESCO DURANTE**

DIRETTORE DELLA R. CLINICA MEDICA  
DI ROMA

DIRETTORE DELLA R. CLINICA CHIRURGICA  
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

chirurgia e dell'igiene.

nella sua parte originale (Archivi) 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

## 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 formule.

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 due rubriche speciali 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 gli 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 meglio rispondenti alle esigenze dei tempi moderni.

### ABBONAMENTI ANNUI

	Italia	Unione postale
1. Alla sezione medica e alla sezione pratica . . . L.	17	25
2. Alla sezione chirurgica e alla sezione pratica . . . >	17	25
3. Alle tre sezioni insieme . . . . . >	22	32
4. Alla sola sezione pratica (settimanale). . . . . >	12	17

Il *Policlinico* si pubblica sei volte il mese.

La sezione medica e la sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli mensili illustrati di 48 pagine, che in fine di anno formano due distinti volumi, con copertina di 16 pagine.

La sezione pratica si pubblica una volta a settimana in fascicoli di 36 e di 40 pagine con copertina di 20-28 pagine.

Un num. separato della sezione medica o chirurgica Lire UNA  
in num. separato della sezione pratica cent. 60.



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