

tre anni, quando improvvisamente il paziente venne colpito da una tetraparesi con totale immobilizzazione degli arti, disartria e diplopia. Trattai il paziente al suo domicilio esclusivamente con una seduta quotidiana di agopuntura della durata di due ore. Trascorsi sette giorni senza alcuna variazione importante della sindrome, il paziente comincio gradatamente a riacquistare la mobilità ortodossa degli arti e la scomparsa degli altri sintomi. Questo avvenne nell'ottobre del 1980. Trattai il paziente ancora per qualche mese diradando progressivamente le sedute e quindi avendo constatato che anche il riflesso addominale era scomparso, sospesi la terapia. Sono ormai trascorsi oltre 13 anni senza più alcuna recidiva e pertanto si deve ritenere che il processo patologico sia stato debellato.

Il secondo caso.

L.G. nata il 4-2-64 ricoverata il 6-10-88 in neurologia all'Ospedale Molinette di Torino venne dimessa il 21-10-88 con il seguente referto:

"La paziente affetta da malattia demielinizzante in discreto compenso da circa cinque anni, ha lamentato nei primi giorni di ottobre cefalea, quindi parestesie ed ipoestesia della ombelicale trasversa distalmente più a destra, instabilità alla deambulazione.

All'ingresso: stazione eretta possibile solo con appoggio, oscillazioni in tutte le direzioni peggiorate con l'apertura degli occhi. Nistagmo orizzontale esauribile a sguardo in laterale. Rimanenti nervi cranici indenni.

Ipostenia agli arti di sinistra, con atassia e dismetria alle prove.

Riflessi propriocettivi prevalenti a destra; addominali assenti.

Anapallestesia dalla basilica distalmente; disestesie emisoma sinistro

Gli esami ematochimici di routine sono normali eccetto G.B. 18700

Batteriuria. Rx torace nei limiti.

Il referto (17-9-87) della tomografia a risonanza magnetica dell'encefalo era il seguente:

Sono state eseguite scansioni orientate secondo il piano orbito-meatale della base cranica al vertice con sequenze S.E. appesantite in T1 e T2.

L'esame è stato completato con scansioni sagittali mediane ottenute con metodica M.E. 30-70-120.

L'indagine di Tomografia a R.M. dimostra la presenza di alcune piccole aree caratterizzate da un incremento di segnale in T2, riferibile con ogni verosimiglianza a placche di demielinizzazione.

Esse sono situate prevalentemente nella sostanza bianca periventricolare, ma anche in sede sottocorticale parietale d'ambo i lati ed in sede cerebellare emisferica sinistra. Un incremento di segnale a carattere focale, rivelabile in corrispondenza del midollo cervicale a livello di C2-C3 potrebbe riconoscere la stessa genesi.
Dott. R. Delucchi - Dott. R. Zatteri

Praticato ciclo di cortisone in fleboclisi 1gr per tre giorni, quindi gr. 500, 250, 200, 125 (tre giorni per ogni ciclo)

Dopo pochi giorni dall'inizio della terapia, con l'aiuto anche della fisioterapia, la paziente ha iniziato a mantenere la stazione eretta e deambulazione anche senza appoggio; alla dimissione è migliorata la sensibilità profonda (ipopallestesia arti inferiori) deambulazione e stazione eretta corrette anche ad occhi chiusi; lieve dismetria alle prove."